

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP

MARIANA LOPES BORGES

**Efeito do Reiki na redução da ansiedade, sucesso gestacional e estresse
em mulheres inférteis na Reprodução Assistida: ensaio clínico
controlado, aleatorizado e mascarado**

Ribeirão Preto -SP

2024

MARIANA LOPES BORGES

Efeito do Reiki na redução da ansiedade, sucesso gestacional e estresse em mulheres inférteis na Reprodução Assistida: ensaio clínico controlado, aleatorizado e mascarado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientadora: Prof. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Co-orientadora: Prof. Dra. Rosana Maria dos Reis

Ribeirão Preto

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Borges, Mariana Lopes

Efeito do Reiki na redução da ansiedade, sucesso gestacional e estresse em mulheres inférteis na Reprodução Assistida: ensaio clínico controlado, aleatorizado e mascarado. Ribeirão Preto, 2024.

153 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Coorientadora: Prof. Dra. Rosana Maria dos Reis

1. Estresse. 2. Ansiedade. 3. Mulheres Inférteis. 4. Técnicas de Reprodução Assistida. 5. Reiki.

BORGES, Mariana Lopes

Efeito do Reiki na redução da ansiedade, sucesso gestacional e estresse em mulheres inférteis na Reprodução Assistida: ensaio clínico controlado, aleatorizado e mascarado.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em 11/03/2024

Presidente

Prof. Dra. Marislei Sanches Panobianco.

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP.

Comissão Julgadora

Prof. Dra. Amanda Salles Margatho do Nascimento.

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP.

Prof. Dra. Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva.

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRP-USP.

Prof. Dra. Ilda Estefani Ribeiro Marta.

Instituição: Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS/CPTL.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas, assim como eu, que buscam o despertar para o cuidado em saúde centrado na pessoa, respeitando seus valores e crenças e ao movimento de transformação e educação no cenário da saúde, rompendo o paradigma fragmentado do modelo vigente de cuidado, visando a integralidade, emancipação do cuidado em saúde e uma assistência mais coerente com os valores e princípios do cuidar, genuinamente, do outro e de si.

AGRADECIMENTOS

Especialmente, aos amigos da espiritualidade e ao Mestre Mikao Usui, que me inspiram, me intuem e me guiam para as melhores escolhas que fiz e faço nesta experiência de jornada.

À minha família, pelo incansável incentivo e apoio para a realização dos meus sonhos.

À professora Marislei, mestre, orientadora, parceira e amiga, sempre me motivando a avançar no aperfeiçoamento da minha formação acadêmica e confiou em mim, para desenvolver este e outros projetos profissionais, inclusive de vida!

À professora Rosana, coorientadora e querida incentivadora, que me acolheu desde o início do projeto com muito carinho e me proporcionou autonomia investigativa.

A todas as participantes do estudo, mulheres em tratamento da infertilidade, inclusive seus companheiros, que me acolheram, incentivaram e contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa. Muito obrigada!

Aos profissionais (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, médicas(o), auxiliar administrativa, biólogas, biomédicas, técnicas de laboratório e farmacêuticas) do laboratório de Reprodução Assistida do HC/FMRP-USP: Sandra, Marisa, Alessandra, Adriana, Josiane, Gisele, Maria Albina, Maria Cristina, Marilda, Roberta, Catarina, Tatiana, Rafaela, Rui Ferriani, Ana Carolina, Paula, Bárbara, Daniela, Maíra, Lucas e Ingrid pela solidariedade e empenho ao incentivar e divulgar a pesquisa entre as mulheres em tratamento da infertilidade.

Aos meus amigos e amigas, que se entusiasmaram junto comigo para o desenvolvimento do estudo, me apoiando, estimulando e acompanhando todo o processo, de perto ou de longe.

Às reikianas que se dedicam ao próximo e ao Templo São Francisco de Assis, local de aprendizado e prática do Reiki caritativo, tão valoroso para mim.

Às estatísticas que deram o suporte para análise dos dados e orientação necessária para a compreensão dos resultados: Miyeko, Suleimy e Gleici.

À secretária do programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Edilene Aparecida Foletto por todas as orientações e esclarecimentos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

EPÍGRAFE

“A missão do Reiki Mikao Usui é guiar para uma vida pacífica e feliz, curar os outros e a nós mesmos”

Mikao Usui

RESUMO

BORGES, M.L. **Efeito do Reiki na redução da ansiedade, sucesso gestacional e estresse em mulheres inférteis na Reprodução Assistida: ensaio clínico controlado, aleatorizado e mascarado.** 2024. 153 p. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Objetivo primário: Avaliar o efeito do Reiki sobre o estresse e a ansiedade de mulheres inférteis durante o ciclo da Reprodução Assistida (RA). **Objetivo secundário:** Avaliar a taxa de gestação em mulheres submetidas ao Reiki, na RA. **Método:** ensaio clínico controlado, aleatorizado, mascarado e experimental, com a questão de pesquisa “O Reiki tem algum impacto/efeito sobre o estresse, ansiedade e taxa gestacional de mulheres inférteis na Reprodução Assistida?”. Participaram 40 mulheres entre 29 e 42 anos, sendo a maioria profissional liberal, casada, branca, ensino universitário completo, renda familiar maior que três salários mínimos, católica, com diagnóstico de infertilidade em tratamento no Centro de Reprodução Humana de um hospital público. Foram aleatorizadas em três grupos - Reiki (G1), Placebo (G2) e Controle (G3). A coleta de dados e aleatorização ocorreram entre 2021 e 2023, utilizando o gerenciador virtual de dados RedCap. Foram aplicadas escalas psicométricas, validadas no Brasil, nos três grupos, avaliando estresse (Inventário de Problemas de Fertilidade - IPF), ansiedade (Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar-HAD-A) e um questionário contendo dados sociodemográficos, clínicos e conhecimento sobre práticas integrativas e Reiki aplicados no início - Tempo 1 (T1) e final do tratamento - Tempo 2 (T2) para todos os grupos. A intervenção clínica Reiki e um placebo foram aplicados nos grupos G1 e G2, respectivamente, em três momentos do tratamento - estimulação ovariana (T1), transferência dos embriões e fase lútea média (T2). A análise foi processada nos programas IBM® SPSS® Statistics versão 25 e R i386 v.3.4.0 por estatística analítica e descritiva. Todos os preceitos éticos foram respeitados. **Resultados:** Houve diferença estatística nos grupos G1 ($p=0,02$) e G2 ($p=0,01$) em relação aos escores da HAD-A. Os escores médios de G1 no T1 vs T2 foram 7,71 vs 5,64 e medianos foram 7,5 vs 4,0. Para G2 os escores médios no T1 vs T2 foram 7,61 vs 4,46 e medianos foram 7,0 vs 4,0. Estes valores confirmam que as participantes destes grupos, submetidas às intervenções Reiki e placebo, no ciclo de RA, tiveram uma redução da ansiedade. Para o G3, não houve diferença estatística significativa ($p\text{-valor}=0,16$). Sobre o estresse, não houve diferença

estatística significativa entre os tempos T1 e T2 para o G1 ($p=0,42$), G2 ($p=0,31$) e G3 ($p=0,89$) contudo, observou-se relevância clínica, pois os escores médios e medianos apresentaram variação entre os tempos com menor nível de estresse a partir dos escores fatoriais da IPF. A taxa de gestação foi maior nas mulheres do G1 (42,9%), em relação ao G2 (38,5%) e ao G3 (15,4%), contudo não houve diferença estatística significativa.

Conclusão: O Reiki se mostrou uma terapia eficaz para redução da ansiedade de mulheres na RA e provavelmente contribuiu para a taxa de sucesso gestacional. Não houve diferença estatística significativa dos níveis de estresse entre os grupos, entretanto, há evidências importantes, de relevância clínica no contexto da RA. Estudos futuros, com amostragem ampliada e melhor delineamento do método devem ser estimulados, pois o Reiki se mostrou promissor e impactou positivamente no tratamento da infertilidade das mulheres na RA.

Palavras-chave: Estresse. Ansiedade. Mulheres Inférteis. Técnicas de Reprodução Assistida. Reiki.

ABSTRACT

BORGES, M.L. **Effect of Reiki on the reduction of anxiety, gestational success and stress in infertile women in Assisted Reproduction: a controlled, randomized and masked clinical trial.** 2024. 153 p. Thesis (Doctor of Science). College of Nursing, Ribeirão Preto. University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Primary objective: To evaluate the effect of Reiki on stress and anxiety in infertile women during the Assisted Reproduction (AR) cycle. **Secondary objective:** To evaluate the pregnancy rate in women undergoing Reiki in AR. **Method:** randomized, masked, experimental controlled clinical trial, with the research question "Does Reiki have any impact/effect on stress, anxiety and pregnancy rate of infertile women in Assisted Reproduction?". Participants were 40 women between 29 and 42 years of age, most of whom were self-employed, married, white, with complete university education, family income greater than three minimum wages, Catholic, with a diagnosis of infertility undergoing treatment at the Human Reproduction Center of a public hospital. They were randomized into three groups - Reiki (G1), Placebo (G2) and Control (G3). Data collection and randomization took place between 2021 and 2023, using the RedCap virtual data manager. Psychometric scales, validated in Brazil, were applied to the three groups, assessing stress (Fertility Problems Inventory - IPF), anxiety (Hospital Anxiety and Depression Measurement Scale - HAD-A) and a questionnaire containing sociodemographic and clinical data and knowledge about integrative practices and Reiki applied at the beginning - Time 1 (T1) and end of treatment - Time 2 (T2) for all groups. The Reiki clinical intervention and a placebo were applied to groups G1 and G2, respectively, in three treatment moments - ovarian stimulation (T1), embryo transfer and middle luteal phase (T2). The analysis was performed using IBM® SPSS® Statistics version 25 and R i386 v.3.4.0 using analytical and descriptive statistics. All ethical precepts were respected. **Results:** There was a statistical difference in groups G1 ($p=0.02$) and G2 ($p=0.01$) in relation to the HAD-A scores. The mean G1 scores at T1 vs T2 were 7.71 vs 5.64 and median scores were 7.5 vs 4.0. For G2, the mean scores at T1 vs T2 were 7.61 vs 4.46 and median scores were 7.0 vs 4.0. These values confirm that the participants in these groups, submitted to Reiki and placebo interventions, in the AR cycle, had a reduction in anxiety. For G3, there was no statistically significant difference (p -value=0.16). Regarding stress, there was no statistically significant difference between

T1 and T2 times for G1 ($p=0.42$), G2 ($p=0.31$) and G3 ($p=0.89$), however, clinical relevance was observed, as the mean and median scores varied between the times with the lowest level of stress based on the IPF factor scores. The pregnancy rate was higher in women in G1 (42.9%) than in G2 (38.5%) and G3 (15.4%), but there was no statistically significant difference. **Conclusion:** Reiki has been shown to be an effective therapy for reducing anxiety in women in AR and probably contributed to the gestational success rate. There was no statistically significant difference in stress levels between the groups, however, there is important evidence, of clinical relevance in the context of AR. Future studies, with an expanded sample and better design of the method, should be encouraged, as Reiki has shown promise and has had a positive impact on the treatment of infertility in women in AR.

Keywords: Stress. Anxiety. Infertile women. Assisted Reproduction Techniques. Reiki.

RESUMEN

BORGES, M.L. **Efecto del Reiki en la reducción de la ansiedad, el éxito gestacional y el estrés en mujeres infértiles en Reproducción Asistida: un ensayo clínico controlado, aleatorizado y enmascarado.** 2024. 153 p. Tesis (Doctorado en Ciencias). Facultad de Enfermería, Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Objetivo principal: Evaluar el efecto del Reiki sobre el estrés y la ansiedad en mujeres infértiles durante el ciclo de Reproducción Asistida (RA). **Objetivo secundario:** Evaluar la tasa de embarazo en mujeres sometidas a Reiki en RA. **Método:** ensayo clínico aleatorizado, enmascarado, experimental controlado, con la pregunta de investigación "¿Tiene el Reiki algún impacto/efecto sobre el estrés, la ansiedad y la tasa de embarazo de mujeres infértiles en Reproducción Asistida?". Participaron 40 mujeres entre 29 y 42 años de edad, la mayoría de las cuales trabajaban por cuenta propia, casadas, blancas, con educación universitaria completa, renta familiar superior a tres salarios mínimos, católicas, con diagnóstico de infertilidad en tratamiento en el Centro de Reproducción Humana de un hospital público. Fueron aleatorizadas en tres grupos: Reiki (G1), Placebo (G2) y Control (G3). La recolección y aleatorización de datos se realizó entre 2021 y 2023, utilizando el gestor virtual de datos RedCap. Se aplicaron escalas psicométricas, validadas en Brasil, a los tres grupos, evaluando el estrés (Inventario de Problemas de Fertilidad - FPI), la ansiedad (Escala de Medición de Ansiedad y Depresión Hospitalaria - HAD-A) y un cuestionario que contenía datos sociodemográficos, clínicos y conocimientos sobre prácticas integrativas y Reiki aplicadas al inicio - Tiempo 1 (T1) y final del tratamiento - Tiempo 2 (T2) para todos los grupos. La intervención clínica de Reiki y un placebo se aplicaron a los grupos G1 y G2, respectivamente, en tres momentos de tratamiento: estimulación ovárica (T1), transferencia embrionaria y fase lútea media (T2). El análisis se realizó con IBM® SPSS® Statistics versión 25 y R i386 v.3.4.0 utilizando estadística analítica y descriptiva. Se respetaron todos los preceptos éticos. **Resultados:** Hubo diferencia estadística en los grupos G1 ($p=0,02$) y G2 ($p=0,01$) en relación a las puntuaciones del HAD-A. Las puntuaciones medias de G1 en T1 vs T2 fueron de 7,71 vs 5,64 y las puntuaciones medianas fueron de 7,5 vs 4,0. Para G2, las puntuaciones medias en T1 vs T2 fueron de 7,61 vs 4,46 y las puntuaciones medianas fueron de 7,0 vs 4,0. Estos valores confirman que los participantes de estos grupos, sometidos a intervenciones de Reiki y placebo, en el ciclo de RA, tuvieron una reducción

de la ansiedad. Para G3 no hubo diferencia estadísticamente significativa (p -valor=0,16). En cuanto al estrés, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos T1 y T2 para G1 (p =0,42), G2 (p =0,31) y G3 (p =0,89), sin embargo, se observó relevancia clínica, ya que las puntuaciones medias y medianas variaron entre los momentos con menor nivel de estrés en función de las puntuaciones del factor FPI. La tasa de embarazo fue mayor en las mujeres en el G1 (42,9%) que en el G2 (38,5%) y en el G3 (15,4%), pero no hubo diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** Se ha demostrado que el Reiki es una terapia eficaz para reducir la ansiedad en mujeres con RA y probablemente contribuyó a la tasa de éxito gestacional. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de estrés entre los grupos, sin embargo, existe evidencia importante, de relevancia clínica en el contexto de la RA. Se deben fomentar estudios futuros, con una muestra ampliada y un mejor diseño del método, ya que el Reiki se ha mostrado prometedor y ha tenido un impacto positivo en el tratamiento de la infertilidad en mujeres en RA.

Palabras clave: Estrés. Ansiedad. Mujeres infértiles. Técnicas de reproducción asistida. Reiki.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentis, interpretação dos fatores F1, F2, F3, F4 e faixa de escores fatoriais do Inventário de Problemas de Fertilidade.....	19
Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas das participantes em relação aos grupos de estudo.....	24
Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas das participantes em relação aos grupos de estudo.....	25
Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas das participantes em relação aos grupos de estudo.....	27
Tabela 5 - Distribuição das variáveis sobre Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e Reiki das participantes em relação aos grupos de estudo.....	28
Tabela 6 - Estatística descritiva dos escores totais da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) para os grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2.....	28
Tabela 7 - Comparação entre T1 e T2 com a classificação de ansiedade de acordo com a pontuação dos escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar HAD-A nos grupos G1, G2 e G3.....	33
Tabela 8 - Estatística descritiva dos escores IPF-Escore Geral para os grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2.....	34
Tabela 9 - Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do grupo G1.....	35
Tabela 10 - Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do grupo G2.....	36
Tabela 11 - Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do grupo G3.....	37
Tabela 12 - Taxa de gestação das participantes dos Grupos 1, 2 e 3 concomitante às técnicas de reprodução assistida.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens da subescala de ansiedade da Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A)17

Quadro 2 - Aspectos relacionados aos Fatores 1, 2, 3 e 4 do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF).....18

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma ajustado do delineamento e alocação das participantes do estudo.....	23
Figura 2a - Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G1 (2a)	29
Figura 2b - Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G2 (2b)	30
Figura 2c - Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G3 (2c)	30
Figura 3a, 3b, 3c - Histograma dos valores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no tempo T1 e T2 para os grupos G1 (3a), G2(3b) e G3 (3c)	31
Figura 4a, 4b, 4c - Gráfico de dispersão dos valores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no tempo T1 e T2 para os grupos G1 (4a), G2 (4b) e G3 (4c)	32
Figura 5 - Gráfico Boxplot dos escores médios fatoriais do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) nos tempos T1 e T2 para os grupos G1, G2 e G3.....	35
Figura 6 - Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o Grupo G1 (Reiki).....	38
Figura 7 - Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o Grupo G2 (Placebo).....	39
Figura 8 - Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o Grupo G3 (Controle).....	40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
Contextualização da ansiedade na infertilidade.....	07
Contextualização do estresse na infertilidade.	09
A terapia Reiki Mikao Usui.....	10
OBJETIVOS	13
MÉTODO	13
Delineamento.....	13
Pergunta de pesquisa.....	14
Local de estudo e participantes.....	14
Recrutamento das participantes.....	14
Critérios de elegibilidade.....	15
Aleatorização e mascaramento.....	16
Instrumentos de coleta de dados.....	16
Descrição do método terapêutico Reiki como intervenção clínica.....	20
Considerações Éticas.....	22
ANÁLISE DE DADOS	22
RESULTADOS	22
DISCUSSÃO	41
Perfil sociodemográfico das participantes.....	41
Perfil clínico das participantes.....	51
Perfil sobre conhecimento das PICS e Reiki.....	63
Desfechos clínicos relacionados ao estresse.....	67
Desfechos clínicos relacionados à ansiedade.....	73
Taxa de gestação das participantes.....	80
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	107
APÊNDICE	118

INTRODUÇÃO

A infertilidade é definida como a incapacidade de gerar filhos, caracterizada pela ausência de gravidez após um ano de relações sexuais regulares e sem uso de contracepção (ZEGERS-HOCHSCHILD, 2017). É considerada um relevante problema de saúde pública, o que aponta a necessidade de atenção e planejamento assistencial para a população infértil, seja mulher, homem ou casais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007; BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o Programa de Ação da Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento visa a garantia às mulheres/casais inférteis, o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, bem como a prestação dos cuidados em infertilidade e procriação assistida a serem alcançadas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).

No Brasil, segundo os protocolos de assistência na Atenção Básica em Saúde do Ministério da Saúde (MS), a infertilidade é assistida por meio de sistematizações de condutas clínicas, exames diagnósticos, tratamentos, acolhimento e aconselhamento a mulheres/casais que tenham alguma dificuldade para engravidar. O acompanhamento é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolvendo para além das condutas preconizadas o planejamento reprodutivo, considerando os princípios e direitos fundamentais em saúde (BRASIL, 2013).

Na perspectiva de contemplar o cuidado às pessoas em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2015-2030), apontando no objetivo três assegurar a todas as mulheres e homens o direito à saúde sexual e reprodutiva, caracterizados por ações que abrangem para além da saúde reprodutiva o planejamento familiar, educação em saúde reprodutiva respaldados por programas e ações instituídos nacionalmente para este cuidado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Um dado global sobre a infertilidade merece destaque do ponto de vista epidemiológico. Em uma análise sistemática de 190 países entre os anos de 1999 e 2010, sobre prevalência e tendências globais sobre a infertilidade a partir dos dados da OMS, Maya et al. (2012) mostraram que 1,9% das mulheres já tinham vivenciado a infertilidade após um ano de relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos (infertilidade

primária), e 10,5% das mulheres tiveram alguma dificuldade de conceber outro filho ou sustentar uma gestação até o nascimento (infertilidade secundária).

Segundo o relatório publicado recentemente sobre estimativas futuras e a prevalência global e regional da infertilidade, contendo dados epidemiológicos, de notificação, acesso a tratamentos e políticas de financiamento, regionalização e qualidade dos serviços oferecidos à população infértil globalmente, a OMS e a Associação Pan-Americana de Saúde (OPAS) alertam para os parâmetros estatísticos preocupantes. Cerca de 17,5% da população adulta mundial em idade fértil, sendo um em cada seis indivíduos, terá algum problema relacionado à fertilidade. Os resultados gerais mostram que a prevalência da infertilidade no mundo tem características semelhantes, independente da regionalização e renda per capita do país (ASSOCIAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023).

A crescente incidência da infertilidade, do ponto de vista global, pode estar relacionada a vários fatores como a idade das mulheres (a partir dos 35 anos), o adiamento da maternidade, o aumento da prevalência das infecções de transmissão sexual, o sedentarismo, a obesidade, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, estilo de vida, profissão, lazer e a poluição atmosférica. Os desdobramentos da infertilidade em mulheres, homens ou casais inférteis podem influenciar diretamente na saúde mental, social, financeira, reforçar os estigmas negativos do problema e, portanto, gerar sofrimento multidimensional às pessoas inférteis (ASSOCIAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023).

Nesse sentido, devido aos novos hábitos e estilo de vida de casais e mulheres, relacionados principalmente à carreira profissional e independência financeira, observa-se o adiamento da primeira gestação. Como exemplo do que acontece em países ocidentais, cerca de 80% das mulheres brasileiras utilizam algum método contraceptivo, segundo dados lançados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006.

Dessa forma, os tratamentos oferecidos pelo SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Integral na Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), compreendem no tratamento utilizando Tecnologias na Reprodução Assistida (TRA) a indução da ovulação, coito programado, inseminação intrauterina, fertilização *in vitro* e injeção intracitoplasmática de espermatozoide. Os exames necessários para o diagnóstico e tratamento correspondem ao espermograma, histerossalpingografia, ultrassonografia, dosagens hormonais e sorologias infecciosas (BRASIL, 2005, 2012).

Estudos apontam que estes tratamentos para a infertilidade podem desencadear repercussões negativas ao casal, inclusive em sua vida sexual, quando apresentam insucesso a cada tentativa (COCCHIARO et al., 2020). De maneira geral, os aspectos emocionais negativos são os mais referidos, como por exemplo o humor depressivo, estresse, frustração, impotência e a ansiedade. Segundo estudo com casais em tratamento *in vitro* para a infertilidade, as mulheres são mais comprometidas emocionalmente e apresentam dificuldades em lidar com atividades corriqueiras do dia a dia (MARCIANO; AMARAL, 2021).

Além disso, as mulheres inférteis estão mais propensas à vulnerabilidade multidimensional e impactos no estilo de vida, uma vez que os prejuízos deste contexto as afetam de maneira acentuada, interferindo sobremaneira no desempenho das atividades diárias, bem como na qualidade das atividades, em função do impacto emocional, social, familiar e sintomatológico da disfunção reprodutiva (LEÃO; LINDÔSO, 2020).

Na mesma direção, estudo de Souza, Cenci, Luz e Patias (2017) evidenciou que preocupação e tensão estão relacionadas à Reprodução Assistida (RA) em decorrência da natureza do tratamento e pelos custos elevados para sua manutenção, o que provoca muitas vezes um desgaste financeiro, levando a outros impactos negativos entre o casal ou mulheres inférteis que buscam na RA a oportunidade de tratamento para a infertilidade e a desejada gestação. As mulheres inférteis estão mais vulneráveis e propensas a sofrer significativamente o estresse e tendem a permanecer em maior estado de ansiedade (KARUNYAM et al., 2023). Estudo de Gradwohl, Osis e Makuch (2013) apontou ainda que mulheres e homens inférteis que recorrem à Reprodução Assistida (RA) apresentam níveis altíssimos estresse e ansiedade, desencadeando possivelmente desequilíbrios multisistêmicos.

Corroborando estes achados, um estudo qualitativo, que investigou o impacto da infertilidade de 21 mulheres da cidade de Goiânia-GO, apontou com unanimidade o estresse psicológico e social e a redução do bem-estar, com piora da qualidade de vida como consequência principal advinda do tratamento da infertilidade, evidenciando assim a importância de profissionais incluírem no plano da assistência ações que contemplem essas dimensões (BATISTA; BETRONES; ALMEIDA, 2016).

Outro estudo mostrou que mulheres em tratamento da infertilidade encontram dificuldades no relacionamento conjugal, com um desgaste físico e emocional ao submeter-se aos procedimentos clínicos que envolvem os tratamentos, além de enfrentar problemas econômicos, uma vez que tais tratamentos são caros e a maioria dos

estabelecimentos de saúde que oferecem esse serviço são privados (FERREITA et al., 2011). Durante décadas, muitos autores sugeriram que o estresse e a ansiedade podem ser fatores de alteração na função reprodutiva. Foi considerado, por exemplo, que um evento de estresse (conhecido ou não) pode inibir o eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, e com isso, acarretar amenorreia, irregularidade menstrual, liberação de hormônios na função reprodutiva e, até mesmo, infertilidade (MARIZ et al., 2022). As pesquisas iniciais e recentes, relacionadas ao estresse, incluindo a mensuração desta variável e seus impactos em estudos clínicos com mulheres inférteis na RA, apontam que o estresse está diretamente relacionado com as taxas de fracasso dos procedimentos de fertilização assistida, e quanto maior for o nível de estresse, piores são as chances de sucesso do tratamento (ANDERHEIM, 2005; LIPP, 2006).

Considerando a possibilidade de mensuração do estresse, em 1999, Newton e colaboradores desenvolveram um questionário FPI (Fertility Problem Inventory), que em 2007 foi validado no Brasil e se tornou um instrumento adequado e confiável para avaliar o estresse relacionado à infertilidade, utilizado neste estudo (RIBEIRO, 2007).

Uma revisão da literatura identificou que níveis hormonais e de outras substâncias relacionadas ao sistema reprodutivo possuem uma associação positiva entre estresse e infertilidade. O estudo concluiu que o estresse interfere na dinâmica dos glicocorticóides e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), levando a uma deficiência funcional das estruturas envolvidas nesta regulação, impactando diretamente no processo natural ovulatório em mulheres com possível desfecho de infertilidade (ARRUDA et al., 2022).

Nesse sentido, o estresse contribui para uma baixa viabilidade na pré-implantação embrionária uterina, comprometendo todo o processo de desenvolvimento do embrião de maneira satisfatória, devido ao dano oxidativo desencadeado por altos níveis de estresse (DELUAO et al., 2022). Autores brasileiros também encontraram dados importantes a respeito do estresse associado às mulheres inférteis. Um estudo controlado evidenciou que 61,8% das mulheres inférteis *versus* 36% das mulheres do grupo controle apresentavam ansiedade (MOREIRA et al., 2006).

A ansiedade pode também estar ligada à RA, em decorrência da natureza estressante dessa, bem como a depressão, embora esta tenha tendência a surgir associada ao resultado negativo do tratamento (OZKAN; BAYSAL 2006). Outros estudos apontam ainda que é possível aumentar/acentrar os sintomas psicológicos em 25% a 60% das pessoas inférteis, sendo que os mais frequentes são: ansiedade, depressão, raiva, frustração, isolamento familiar e dificuldades sexuais (DYER et al., 2006).

Todos esses sintomas podem ser tratados com terapia farmacológica, contudo, existem outras propostas de tratamento para esses casos: as terapias integrativas e complementares, que possuem um fator comum que é a busca pela saúde holística, ou seja, do ser humano como um todo, integrando corpo, mente e espírito.

Reconhecidas pela OMS, as ações para o incentivo do uso das terapias complementares e a medicina tradicional foram consolidadas e publicadas na versão documental mais atualizada “A estratégia da OMS para medicina tradicional 2014-2023” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013), com o objetivo de priorizar nos serviços de saúde estratégias integrativas para o cuidado ampliado e qualificado. Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), assim denominadas no Brasil foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971/06 (BRASIL, 2006).

Entre os anos de 2017 e 2018, foram incorporadas e reconhecidas 19 novas práticas integrativas no SUS, com intuito de ampliar a assistência e abordagens em saúde de maneira integral, proporcionando novas possibilidades do cuidado (BRASIL, 2017). Por meio da PNPIC, o MS reconhece oficialmente a importância das manifestações populares em saúde e a chamada medicina não convencional, considerada como prática voltada à saúde e ao equilíbrio vital do homem. A medida foi publicada no *Diário Oficial* da União no dia 28/03/2017.

Assim, também denominadas de Terapias Integrativas (TI), tais práticas visam auxiliar no tratamento de problemas e agravos em saúde, bem como na redução de efeitos colaterais indesejáveis dos tratamentos para a recuperação da pessoa e seu estado saudável. Dentre as 29 terapias hoje propostas e oferecidas pelo SUS, estão: apiterapia, biodança, dança circular, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica, termalismo social/crenoterapia, meditação, arte terapia, reflexoterapia, musicoterapia, osteopatia, quiropraxia, shantala, terapia comunitária integrativa, ioga e o Reiki (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a assistência à mulher infértil recebeu por meio da Portaria n. 3.149/2012 recursos da União destinados às instituições do SUS para ampliar e qualificar melhor os tratamentos oferecidos às mulheres e/ou casais inférteis, visando à promoção da saúde, a prevenção de futuros problemas advindos dos tratamentos, acompanhamento

e auxílio em todo o processo, considerando todos os pontos de atenção em que a mulher for submetida por uma equipe de profissionais qualificados para tal função, com ênfase na atuação interprofissional (BRASIL, 2005; 2012).

Os benefícios do tratamento com as TI têm sido comprovados por meio de evidências científicas e há um crescente índice de profissionais habilitados e capacitados para o exercício destas práticas na assistência à saúde. Em 2017, foram mais de 30 mil profissionais habilitados que implementaram tais práticas nos diferentes pontos de atenção à saúde, em especial na Atenção Primária (BRASIL, 2018). Outros estudos apontam que mulheres em tratamento da infertilidade entendem as TI como uma possibilidade de cura para o corpo e mente e, portanto, podem ser beneficiadas positivamente durante o seguimento na RA (SHARIFI; HEYDARI; ROUDSAR, 2021).

Considerando o Reiki, a OMS já recomenda esta terapia energética complementar à medicina tradicional inicialmente para o controle e alívio da dor. Complementares, porque a terapia vibracional não substitui a medicina convencional e vice-versa. Cada uma delas atua em diferentes campos, unindo forças para melhorar as condições de vida dos seres humanos (TOMA et al., 2021). Estudos recentes apontam o Reiki como uma estratégia integrativa eficaz no alívio da dor, consequentemente reduzindo analgesia por medicamentos alopáticos por tempo prolongado e prevenindo os efeitos colaterais associados (FREITAS, 2021).

O Reiki é uma terapia energética, sem vínculo religioso, que se baseia na estimulação dos mecanismos naturais de manutenção e recuperação da saúde integral do ser humano (MAGALHÃES, 2021). De origem japonesa e secular, também pode ser considerada uma terapia curativa, que foi canalizada e sistematizada pelo mestre budista Mikao Usui, que define o Reiki como sendo uma energia espiritual, universal e vital. A energia é canalizada e transferida à pessoa por meio das mãos com diferentes técnicas, estabelecidas pelo criador do método Mikao Usui, com intuito de equilibrar os chacras principais, que são centros de captação e transformação energética distribuídos da base da coluna até o topo da cabeça, sendo eles: chakra 1- básico; chakra 2 - umbilical; chakra 3 - plexo solar; chakra 4 - cardíaco; chakra 5 - laríngeo; chakra 6 - frontal e chakra 7 - coronário (DE'CARLY, 2006, 2021).

É nesse sentido, por equilibrar o padrão energético das pessoas, que se percebeu a necessidade de avaliar se essa técnica promove a melhora das chances de engravidar, minimizando problemas de saúde e condições que levam à infertilidade, por meio da redução dos níveis de estresse e ansiedade, relacionados ao tratamento.

Em uma revisão integrativa recente com mulheres em tratamento do câncer, o Reiki foi apontado como uma prática integrativa que reduziu o estresse mental e físico, proporcionando maior bem-estar e melhora física, emocional, espiritual e cognitiva dessas mulheres, além de ser uma estratégia de enfrentamento positivo frente ao tratamento (PINHEIRO et al., 2021).

Alguns estudos têm utilizado o Reiki para redução de ansiedade e estresse em tratamentos de saúde (KUREBAYASH et al., 2016); outros mais específicos como tratamento de mulheres soropositivas para HIV (BREMNER; BLAKE; WAGNER; PEARCEY, 2016), ou mesmo para melhorar sintomas de dor em mulheres em tratamento quimioterápico (SIEGEL et al., 2016; ROSENBAUN, 2016). Até o momento, não há estudo publicado no Brasil que utiliza o Reiki na RA como estratégia clínica de intervenção explorando o impacto na ansiedade e estresse deste perfil de mulheres.

Outro estudo mais recente, de Kurebayashi et al. (2020), verificou técnicas de massagem associada ao Reiki com intuito de reduzir níveis de estresse e melhorar a qualidade de vida de pessoas em seguimento ambulatorial de PIC, concluindo que o Reiki foi fundamental para desfechos positivos em relação aos níveis de estresse e aspectos psicoemocionais da amostra estudada.

Ainda, o estudo de Bondi, Morgan e Fowler (2021) com mulheres hospitalizadas em tratamento ginecológico e obstétrico apontou o Reiki como uma terapia com efeitos positivos e duradouros durante o acompanhamento terapêutico, favorecendo melhores desfechos clínicos relacionados às condições de internação, inclusive no controle ou redução dos níveis de ansiedade.

Frente a essa nova perspectiva de política de saúde, percebe-se a necessidade de ampliar as abordagens terapêuticas, especialmente o Reiki, como uma opção segura e eficiente de intervenção terapêutica em mulheres inférteis concomitante à RA.

Contextualização da ansiedade na infertilidade

A OMS (2021), de maneira geral, define a ansiedade como um estado emocional reativo natural e adaptativo a circunstâncias inesperadas ou previsíveis em resposta a fatores multicausais, intrínsecos e extrínsecos do ser humano.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), na sua 11ª revisão organizada e lançada pela OMS em 2019 e atualizada em janeiro de 2023 na categoria MB24.3, a ansiedade é definida por um “estado de apreensão ou antecipação de perigo

ou infortúnio futuro, acompanhada por um sentimento de preocupação, angústia ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo previsto pode ser interno ou externo. A ansiedade se torna patológica quando a pessoa apresenta sintomas de sofrimento ou prejuízo funcional relevantes”.

No Brasil, o MS (2011) considera a ansiedade como uma resposta positiva ou negativa da pessoa, a partir das circunstâncias ou intensidade com que se manifesta, podendo gerar um estado de desequilíbrio ou patológico, prejudicial ao sistema psíquico e somático. Ainda, o estado ansioso permanente pode ser prejudicial à pessoa e desencadear os Transtornos de Ansiedade (TA), que são um conjunto de doenças que se manifestam relacionadas ao funcionamento do organismo e associado às experiências de vida. Os sintomas mais comuns dos TA são preocupações, medos ou tensões acentuadas, gerando desequilíbrio homeostático bem como multidimensional.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2022), a ansiedade é definida como uma resposta natural aos estímulos internos e externos do ser humano que contribui para ação na resolução de problemas e, muitas vezes, protetiva contra situações de exposição a riscos. Para a ABP, os TA são classificados em quatro categorias: o Transtorno de Pânico, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, o Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social e o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Estas doenças podem evoluir para a cronicidade, necessitando de controle e acompanhamento interprofissional de saúde, o mais precoce possível a partir do seu diagnóstico.

Frota et al. (2022) citam a partir de López-Ibor JJ e López-Ibor M-I (2010) que a ansiedade é categorizada em dois grupos distintos sintomatológicos, e, por ser um estado de origem multifatorial, é considerada uma síndrome. A síndrome ansiosa contempla *sintomas objetivos*, relacionados aos aspectos somáticos, com sinais e sintomas físicos percebidos e desagradáveis e *sintomas subjetivos*, relacionados ao aspecto psicológico, representados por exemplo por medo, insegurança, preocupações emocionais.

No contexto da infertilidade, uma revisão sistemática e meta-análise recente, dentre os resultados obtidos observou que a taxa de prevalência da ansiedade foi maior (36,17%) em mulheres inférteis, quando comparadas à população em geral, homens inférteis e mulheres férteis. As mulheres inférteis enfrentam desafios relacionados aos aspectos multifatoriais da infertilidade e vivenciam intensa percepção da ansiedade, por não conseguirem engravidar. O estudo concluiu ainda que a ansiedade está relacionada com a qualidade da saúde mental e de vida de mulheres inférteis e todas são fortemente

impactadas multidimensionalmente pelos desdobramentos dos tratamentos da infertilidade (KIANI et al., 2020).

Corroborando estes achados, estudo de Gdańska et al. (2017) apontou que mulheres inférteis submetidas a técnicas de reprodução assistida apresentam um nível maior de ansiedade, com ênfase quando há insucesso do tratamento ou período prolongado do mesmo.

Nesse sentido, outra revisão sistemática e meta-análise incluindo estudos brasileiros concluiu que, especialmente em mulheres inférteis, a ansiedade é considerada um fator objetivo, subjetivo, social e cultural desencadeador do desequilíbrio multidimensional, interferindo direta ou indiretamente no tratamento da infertilidade, bem como impactando nos desfechos do tratamento na RA. Assim, é reconhecido como um problema de saúde relevante para a criação do planejamento de ações a partir das políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, seja mulher, homem ou casais inférteis (HA; BAN, 2021).

Contextualização do estresse na infertilidade

Segundo a OPAS/OMS (2001), o estresse é definido como uma “resposta do corpo a situações que apresentam demandas, restrições ou oportunidades”. Agente estressor é definido como o estímulo que evoca uma resposta ao estresse. Para a OMS, o estresse está relacionado ao estilo de vida, bem como os mecanismos e habilidades que a pessoa desenvolve no controle dos sintomas manifestados. Os agentes estressores podem ser intrínsecos ou extrínsecos, reais ou imaginários e são classificados em cinco categorias: 1. Físicos ou ambientais; 2. Desastres naturais causados pela ação humana; 3. Mudanças no estilo de vida; 4. Aborrecimento (alterações ou agravamentos no cotidiano) e 5. Personalidade.

Ao consultar o CID-11, na versão atualizada pela OMS/2023 na categoria QE01, o estresse é conceituado como um “problema associado ao ambiente social e cultural”.

Para o MS, o estresse é entendido como uma resposta natural a situações que colocam as pessoas em ameaça ou perigo. Provoca um estado de alerta e defesa desencadeando sinais e sintomas somáticos e emocionais. Considera ainda que o estresse é um fator importante de adaptação às circunstâncias inéditas na vida do ser humano. É categorizado como *agudo*, manifestado por alta intensidade, responde a situações ameaçadoras imediatas e, portanto, passageiro e *crônico*, de intensidade moderada a

baixa, entretanto constante e prejudicial ao equilíbrio multidimensional da pessoa (BRASIL, 2012).

A história evolutiva de investigação sobre definição do estresse e o impacto na vida da pessoa vem se expandindo ao longo do tempo, em diferentes contextos, fato observado no estudo de Lu, Wei e Li (2021). Os resultados dessa investigação apontaram que os agentes estressores bem como a síndrome do estresse têm desafiado de maneira significativa a homeostase humana. O estresse influencia diretamente no sistema neuroendócrino resultando em respostas sistemáticas ao estímulo estressor inadequadas, adequadas ou ruim, de maior ou menor intensidade, com maior ou menor impacto na saúde.

Considerando o estresse em mulheres inférteis, as evidências científicas apontam que o diagnóstico da infertilidade é um estímulo estressor que implica em desdobramentos desafiadores para a manutenção de uma boa qualidade de vida, qualidade psicológica e bem-estar percebido. O estresse é classificado nesta população como crônico e impacta de maneira relevante no enfrentamento das consequências da infertilidade e dos tratamentos na reprodução assistida (NERY et al., 2018).

O estresse também está associado com a percepção das mulheres de pior saúde mental e pior qualidade de vida e bem-estar. É o que concluiu uma revisão de revisões sistemáticas e meta-análise de casais em tratamento, e que especialmente nas mulheres, emoções negativas e nível de estresse encontravam-se elevados. O estudo apresentou que intervenções não farmacológicas no controle ou redução do estresse, como técnicas de relaxamento, ioga, meditação e acupuntura promoveram resultados positivos na melhora da adaptação ao estresse (PARASKEVI; ANTIGONI; KLEANTHI, 2021).

A terapia Reiki Mikao Usui

A história do Reiki se inicia com o monge budista Mikao Usui, nascido na aldeia de Taniai, Yamagata, na província de Gifu, no Japão, em 1865. Além de monge e praticante do budismo, ocupou diferentes ofícios ao longo da vida. Era reconhecido por suas refinadas habilidades, fervorosa devoção aos estudos e a busca por saúde física e mental através da energia universal, espiritual (MAGALHÃES, 2021, p. 64).

Por ser budista, com frequência dedicava-se a momentos de meditação profunda e recolhimento. Com essas práticas, sua motivação principal era compreender qual o propósito da vida e como sentir-se em harmonia com o Todo. Durante um retiro de 21

dias, em jejum, no monte Kurama, no Japão, sentiu penetrar no topo da cabeça um impulso, uma poderosa luz espiritual, experimentando o *Anjin Ryumei* ou *Satori - a iluminação*, uma vivência reveladora por meio de energia sutil e símbolos sagrados (yantras), seus conceitos (kanjis) e funções. Sintonizou-se com essa energia espiritual alcançando uma expansão da consciência e a partir dessa vivência, descobriu um método de harmonia e possivelmente de auxílio nos processos de cura (MAGALHÃES, 2021, p. 64).

Ao longo de um período, aplicou o método em si, com intuito de sentir os efeitos da energia Reiki. Simultaneamente foi traduzindo para a língua japonesa o que cada símbolo representava e repercutia nos corpos físico, mental, emocional e espiritual, sistematizando as informações, descrevendo passo a passo como utilizá-las para obter a harmonia, vitalidade e o bem-estar multidimensional. Foi então que compreendeu o verdadeiro sentido da energia Reiki: um convite para experimentar o estado de felicidade, por proporcionar maior equilíbrio multidimensional do ser humano e pela elevação da consciência, modificando padrões de comportamento da pessoa (MAGALHÃES, 2021, p. 15).

Assim, o sistema ou método de Reiki Mikao Usui foi então fundamentado em teoria e prática contendo mais de 20 técnicas de aplicação da energia e objetivos específicos. O mestre ainda considera que a experiência de vivenciar o Reiki é uma filosofia de vida, norteadas por Cinco Princípios que levam à felicidade e elevação do padrão consciencial: *1º Princípio*: Só por hoje sou grato; *2º Princípio*: Só por hoje confio; *3º Princípio*: Só por hoje sou calmo; *4º Princípio*: Só por hoje trabalho honestamente e *5º Princípio*: Só por hoje sou bondoso. Mikao Usui sistematizou o aprendizado na terapia em três níveis, sendo eles: *Shoden* - Nível 1, o Despertar; *Okuden* - Nível 2, a Transformação; *Shinpiden* - Nível 3A, a Realização e *Gokukaiden* - Nível 3B ou Mestrado. À medida que o praticante de Reiki avança na formação, amplia os níveis de conhecimento sobre a terapia energética e a mudança para uma vida mais equilibrada e feliz (MAGALHÃES, 2021, p. 15).

Em 1922, Mikao Usui muda-se para Aoyama, Tóquio onde inaugura a primeira associação de ensino e tratamento da terapia Reiki. Conceitua o Reiki como sendo uma energia universal e vital, terapêutica, aplicada pela imposição das mãos, facilitando a quem recebe e pratica, eleva o nível de consciência e também auxilia nos processos curativos (MAGALHÃES, 2021, p. 21).

Em 1924, Mikao Usui muda-se para a cidade de Nakano, Tóquio, onde recebe, em 1925, o médico naval Chujiro Hayashi, que foi aprendiz das técnicas e níveis do Reiki. Após a morte do mestre Mikao, em 1926, Hayashi reivindica e assume o direito de propagar e formar novos reikianos pelo método aprendido com o mestre, fazendo pequenas modificações. Conhece, em 1935, a nipo-americana Hawayo Takata, que foi ao Japão para tratamento de saúde com o Reiki. Após se beneficiar da terapia e melhorar sua condição de saúde, ela decide aprender o método com Hayashi e ao término de sua formação retorna aos Estados Unidos da América. Takata inaugura no ocidente, em 1970, os ensinamentos e a prática do Reiki (MAGALHÃES, 2021, p. 78-83), formando dezenas de novos reikianos que se espalharam pela América do Norte e Latino Americana.

O método Mikao Usui de Reiki, no contexto da saúde, é referenciado como uma terapia holística, pois considera o ser humano na sua integralidade. A canalização da energia se dá por um reikiano iniciado por um mestre, com os símbolos dos níveis de formação correspondentes. O mecanismo de ação da energia Reiki atua nos chakras (em sânscrito) ou centros de força, conceituado, segundo a filosofia hinduísta, por estruturas etéricas, receptores e distribuidores de energia, que proporcionam equilíbrio e vitalidade ao corpo físico, por meio de glândulas específicas que distribuem a energia Reiki às células, órgãos, tecidos, sistemas orgânicos complexos e aos corpos emocional/psíquico, mental e espiritual. É considerada uma energia passiva (DE'CARLY, 2021; MAGALHÃES, 2021).

O sistema de chakras é amplo e complexo e corresponde a inúmeros centros de força distribuídos em todos os corpos energéticos. Contudo, há consenso na literatura hinduísta e ocidental sobre estas estruturas energéticas que os sete principais são responsáveis pela homeostase energética e física dos seres vivos. Ao proporcionar um estado estável e equilibrado das emoções e respostas orgânicas, o mecanismo de ação da energia Reiki atua no sistema neuroendócrino e em suas vias aferentes e eferentes de comunicação, bem como no corpo de energia sutil, imaterial, o duplo etérico.

Didaticamente são classificados dos mais densos, inferiores ou telúricos para os mais sutis ou espirituais energeticamente, de maneira ascendente, sendo assim distribuídos: Chakra 1 - básico, situado na base da coluna vertebral e relaciona-se com o instinto de sobrevivência e segurança; Chakra 2 - umbilical, situado abaixo do umbigo e relaciona-se com a sexualidade, criatividade e sistema reprodutor; Chakra 3 - plexo solar, situado na região do baço, relaciona-se com a digestão emocional, ego e poder de ação; Chakra 4 - cardíaco, situado na região do timo, relacionado com a circulação sanguínea,

com a capacidade de amar e com os sentimentos. Este é o divisor dos chakras inferiores (os três primeiros) dos superiores (os três últimos). Chakra 5 – laríngeo, situado na região da tireóide, relaciona-se com a comunicação e a forma como o ser humano se expressa para o mundo; Chakra 6 - frontal ou terceira visão, situado entre as sobrancelhas e relaciona-se com a glândula hipófise e intuição; Chakra 7 - coronário ou da coroa, situado no topo da cabeça e relaciona-se com a conexão espiritual, universal e a glândula pineal.

Atualmente, o Reiki é praticado no Brasil com excelente aceitação da população. Há décadas é oferecido por terapeutas holísticos e no contexto da saúde por profissionais de saúde, integrando as PICS, desde 2017. A demanda pela formação em Reiki pelos profissionais de saúde aumentou significativamente, com intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas na prática clínica (BRASIL, 2017).

Isso se deve a um aumento da solicitação da população para incluir o Reiki como uma opção terapêutica nos serviços de saúde, especialmente os públicos, e aos resultados de pesquisas científicas que apontam evidências positivas nos diferentes cenários de cuidado. Deve-se ainda ao impacto benéfico e promissor nos desfechos clínicos, além do fato de fortalecer os fatores salutogênicos, melhorando a qualidade de vida e de saúde no país, contemplando o princípio da integralidade e as diretrizes do cuidado centrado na pessoa e participação comunitária/social no SUS. A meta é o modelo de cuidado pautado nas recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (MS) na prevenção de complicações e promoção da saúde, norteados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no SUS (BRASIL, 2017), como será discutido adiante.

OBJETIVOS

Primário: Avaliar o efeito do Reiki sobre o estresse e a ansiedade de mulheres inférteis durante o ciclo na RA.

Secundário: Avaliar a taxa de gestação em mulheres submetidas ao Reiki, na RA.

MÉTODO

Delineamento: Trata-se de um ensaio clínico controlado, aleatorizado, mascaramento simples e experimental, que se concentra estritamente em uma questão específica de pesquisa, proporcionando evidências científicas mais robustas. O

pesquisador elabora e intervém ativamente nos fatores que influenciam as participantes da amostra, expondo tal amostra a terapias testes, comparando-a com um grupo controle (OLIVEIRA; VELARDE; SÁ, 2015).

Pergunta de pesquisa: Norteada pela estratégia PICO (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), sendo P “população - mulheres em tratamento para infertilidade”, I “intervenção - aplicação de escalas específicas e intervenção clínica - Reiki, C “comparação - três grupos - Reiki, Placebo e Controle” e O “desfecho - avaliação do nível de estresse, ansiedade e taxa gestacional com a aplicação do Reiki”, foi elaborada a pergunta norteadora: “*O Reiki tem algum efeito/impacto sobre o estresse, ansiedade e taxa gestacional de mulheres inférteis, na Reprodução Assistida?*”

Local do Estudo e Participantes: O estudo se deu no Centro de Reprodução Humana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - CRH/HCFMRP-USP, em mulheres com diagnóstico de infertilidade, cujo tratamento indicado foi a Técnica de Reprodução Assistida Injeção Introcitoplasmática de Espermatozóide (ICSI), a fresco. Esta técnica prevê um percurso terapêutico de quatro momentos específicos: estimulação ovariana por indução medicamentosa, captação dos óvulos, transferência dos embriões e fase lútea média, com duração média de 15 dias.

Recrutamento das participantes: contemplaram a amostra do estudo mulheres com diagnóstico de infertilidade conjugal em atendimento no CRH/HCFMRP-USP, indicadas para tratamento com a técnica ICSI, a fresco. O recrutamento das participantes iniciou em agosto de 2021 e encerrou-se em janeiro de 2023.

Enquanto aguardavam o exame ultrassonográfico ou a consulta médica, na recepção do Laboratório, as mulheres foram abordadas individualmente pela pesquisadora do estudo e o convite se deu verbalmente. Foi entregue um panfleto informativo, elaborado pela pesquisadora, contendo dados gerais sobre o Reiki e os objetivos principais do estudo. A pesquisa teve início no dia da primeira consulta do ciclo basal, que corresponde ao primeiro dia do ciclo de estimulação ovariana, momento em que as mulheres recebem informações sobre a terapia medicamentosa, submetem-se ao exame de ultrassonografia e agendamento de consultas e exames futuros. Aquelas que aceitaram participar do estudo foram encaminhadas a uma sala privativa, reservada para a pesquisa.

Cabe citar que a proposta inicial para coleta de dados estava prevista para ocorrer em 12 meses, de setembro de 2020 a setembro de 2021. Devido à pandemia de COVID-

19, que aconteceu neste período, o CRH/HCFMRP-USP restringiu o acesso às pesquisas, seguindo as recomendações sanitárias de distanciamento social e, portanto, não foi possível acessá-lo para início da coleta de dados. A abertura para este processo se deu em agosto de 2021 e a demanda de mulheres no laboratório ainda era muito baixa, devido à insegurança provocada pelo cenário pandêmico, exigindo distanciamento social, e muitas pessoas encontravam-se com esquema vacinal incompleto para COVID-19. Dessa forma, entre agosto e dezembro de 2021, o número de convites para participar do estudo foi relativamente baixo. Nesta fase da pandemia, as gestantes encontravam-se no grupo de risco para complicações da COVID-19 e, portanto, adiaram o início do tratamento, conforme recomendado pelas instituições de saúde e órgãos sanitários.

Com o avanço na produção, aprovação do uso e aplicação das vacinas, além da segurança relativamente maior em relação aos tratamentos médicos da COVID-19, a normalização da demanda no laboratório foi gradual e a agenda retornou com capacidade plena a partir de julho de 2022. Dessa forma, ainda com número reduzido de mulheres tornou-se um desafio contemplar a amostra calculada para o estudo. Em função da baixa demanda, foi estendido o prazo de coleta até janeiro de 2023. Nesse período, a pesquisadora esteve no laboratório todos os dias da semana, contemplando todo o ciclo basal, com a intenção de incluir o maior número possível de participantes.

Considerando estes fatores, o tamanho da amostra foi comprometido. Mesmo com a extensão do prazo de coleta de dados, não foi possível atender o cálculo amostral previsto, realizado pelo programa GPower versão 3.1.9.2 e baseado na estimativa de tamanho de efeito de Cohen (COHEN, 2013). Assumindo-se uma medida de tamanho de efeito de 0.7 (considerada grande) entre os grupos, e considerando um poder de 80% e um nível de significância de 5%, eram necessárias 34 mulheres em cada grupo do estudo, totalizando 102 participantes. Contudo, devido aos fatores limitantes expostos anteriormente, foram convidadas 68 mulheres e 40 foram incluídas na pesquisa. Outro fator que contribuiu para o número reduzido de participantes foi a alteração do itinerário terapêutico no ciclo basal. Na RA, assume-se o risco de os objetivos esperados das etapas do tratamento não serem alcançados, pois cada resposta varia de acordo com as condições clínicas e multidimensionais de cada mulher.

Critérios de Elegibilidade: Foram consideradas elegíveis para pesquisa as mulheres que contemplaram os seguintes critérios de inclusão: faixa etária entre 18 e 42 anos, em tratamento no CRH/HCFMRP-USP e que participaram do ciclo basal completo, ou seja, da estimulação ovariana à transferência dos embriões. Todas as mulheres

elegíveis aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo no período de coleta de dados. Contemplaram os critérios de descontinuidade no estudo mulheres que desistiram de participar da pesquisa e aquelas que modificaram o percurso terapêutico proposto inicialmente.

Aleatorização e mascaramento: Para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e aleatorização das participantes optou-se pelo software RedCap, que permite a coleta, gerenciamento, sistematização, criação de um banco de dados organizado da pesquisa e sorteio das participantes aos grupos de estudo. Após o aceite em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), realizada a aplicação das escalas psicométricas, seguido da aleatorização e intervenção, conforme os grupos determinados pelo método adotado. Todas as participantes aleatorizadas foram distribuídas em três grupos: Grupo Reiki (G1): as que receberam a intervenção Reiki durante o tratamento. Grupo Placebo (G2): as que foram submetidas apenas à simulação de canalização energética, sem técnica de Reiki. Grupo Controle (G3): as que não receberam nenhuma técnica de intervenção durante o tratamento. As participantes que foram aleatorizadas nos grupos Reiki e Placebo não tiveram ciência do grupo ao qual pertenciam; sabiam apenas que faziam parte do grupo de intervenção, respeitando o mascaramento simples proposto pelo método.

Instrumentos de coleta de dados: três instrumentos foram utilizados:

1) Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD

Para avaliação da ansiedade, Zigmond e Snaith elaboraram, em 1983, a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD), que foi validada por Botega et al. (1995) no Brasil, (Anexo A). Ela é composta por duas subescalas, com 14 itens bem definidos, sendo sete para ansiedade (HAD-A) e sete para depressão (HAD-D), esta suprimida neste estudo por não ser objetivo de investigação. Com base na validação do instrumento para o Brasil, a pontuação média para a subescala da ansiedade foi 7,7 com desvio padrão de 4,3 e Alfa de Cronbach de 0,68. Os valores obtidos para a sensibilidade foram de 93,7% e especificidade 72,6%. Já a correlação entre o valor adquirido na subescala de ansiedade com a gravidade dos sintomas avaliado através da resposta dos participantes foi de 0,44.

Ao responder as questões do instrumento, tem-se uma pontuação global que varia de 0 a 21 pontos. As questões relacionadas à ansiedade são 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13, respondidas em uma escala Likert com quatro categorias de respostas, conforme apresentado no Quadro 1, abaixo. Os escores de interpretação e classificação da ansiedade

correspondem à somatória dos valores, sendo eles: 0 - 7 pontos: improvável; 8 - 11 pontos: possível (questionável ou duvidosa) e 12 - 21 pontos: provável. Para ser considerado ausência ou improvável nível de estresse, a participante precisa pontuar no escore total a partir dos itens da HAD valores entre 0 e 7 pontos. Nesse sentido, segundo a interpretação sugerida pelos autores originais da escala, é considerado baixo nível ou ausência de ansiedade as participantes que apresentarem valores abaixo do escore 7.

Quadro 1. Itens da subescala de ansiedade da Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) segundo Botega, 1995

1. Eu me sinto tensa ou contraída () a maior parte do tempo[3] () boa parte do tempo[2] () de vez em quando[1] () nunca [0]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se algum coisa ruim fosse acontecer () sim, de jeito muito forte [3] () sim, mas não tão forte [2] () um pouco, mas isso não me preocupa [1] () não sinto nada disso[1]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações () a maior parte do tempo[3] () boa parte do tempo[2] () de vez em quando[1] () raramente[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado () sim, quase sempre[0] () muitas vezes[1] () poucas vezes[2] () nunca[3]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago () nunca[0] () de vez em quando[1] () muitas vezes[2] () quase sempre[3]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum () sim, demais[3] () bastante[2] () um pouco[1] () não me sinto assim[0]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico () a quase todo momento[3] () várias vezes[2] () de vez em quando[1] () não senti isso[0]

Fonte: Botega, 1995.

2) Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF)

O Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF), elaborado por Newton (1999) e validado no Brasil por Ribeiro, em 2007 (Anexo B), classifica o nível de estresse relacionado a fatores específicos no contexto da infertilidade. É composto por 46 questões, em quatro subescalas ou fatores sendo elas: F1. Relacionamentos Sociais; F2. Vida sem Filhos; F3. Relacionamentos Conjugal e Sexual e F4. Necessidade de Maternidade/Paternidade.

Na validação para o Brasil, a autora apresentou três possibilidades de explorar os fatores do IPF, considerando que todas contemplam os critérios para a validade dos itens. Neste estudo, optou-se pela matriz com quatro fatores para avaliação do estresse em

mulheres inférteis. O quadro 2, a seguir, apresenta os aspectos relacionados a cada fator pesquisado:

Quadro 2. Aspectos relacionados aos Fatores 1, 2, 3 e 4 do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) segundo Ribeiro, 2007

Fatores do IPF	Aspectos Definidores
F1. Relacionamentos Sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com familiares e/ou amigos - Como a pessoa lida com esses por não ter filhos - Incômodo quando perguntam sobre
F2. Vida sem Filhos	<ul style="list-style-type: none"> - Liberdade em não ter filhos - Aceitação de uma vida sem eles - Não são necessários para a felicidade/ ou relacionamento - Ter filho não é o maior objetivo da vida
F3. Relacionamento Conjugal e Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas no relacionamento conjugal - Dificuldade de falar com o parceiro sobre a infertilidade - Dificuldades sexuais por causa da infertilidade
F4. Maternidade/Paternidade	<ul style="list-style-type: none"> - Sempre quis ser mãe/pai - Dificuldade de ter uma vida sem filhos - Possibilidade de ser feliz mesmo sem um filho - Ter filho não é o maior objetivo da vida

Fonte: Ribeiro (2007).

Cada questão do IPF é respondida numa escala tipo Likert, com pontuações que variam de 1 a 6, segundo as categorias: 1 - discordo muito, 2 - discordo, 3 - discordo um pouco, 4 - concordo um pouco, 5 - concordo e 6 - concordo muito.

A classificação do estresse é realizada a partir dos valores dos quartis, calculado pelas médias das respostas para homens e mulheres, conforme Ribeiro (2007) demonstra na validação da escala original para o Brasil. Para obtenção dos escores fatoriais, somam-se os itens de cada fator, invertendo os valores daqueles com carga fatorial negativa (extração obtida pelos métodos dos eixos principais da matriz com rotação oblíqua) e obtém-se a média. A inversão deve seguir os seguintes critérios: resposta = 6 inverte para 1; resposta = 5 inverte para 2, resposta = 4 inverte para 3; resposta = 3 inverte para 4; resposta = 2 inverte para 5 e resposta = 1 inverte para 6.

Assim, tem-se uma matriz para os quatro fatores, sendo que para obter o escore do F1, soma-se o resultado dos itens 12, 19, 27, 39, 40 e 43 e os itens 7, 9, 35 e 44 com valores invertidos e dividindo por 10. Para o F2, somam-se os itens 15, 20, 23, 25, 28, 31,

38 e 41 dividindo por 8. Para o F3, somam-se os itens 4, 18 e 46 e os itens invertidos 3, 11, 13, 16, 21, 22, 24, 26, 36, 37 e 45 dividindo por 14. Para o F4, somam-se os itens 2, 5, 6, 8, 10, 14, 17, 19, 29, 30, 34, 40 e 42 e os itens 1 e 23 invertidos, dividindo por 15.

Dessa forma, os valores obtidos resultaram na classificação geral para interpretação dos fatores, conforme a pontuação dos percentis: abaixo de 25 - baixo estresse; entre 25 e 50 - médio estresse; entre 50 e 75 - moderadamente alto estresse e entre 75 e 100 - muito alto estresse. A variação dos escores abaixo ou igual ao percentil 25 são considerados clinicamente relevantes e portanto, apontando uma diferença clínica importante na avaliação do nível de estresse. Nesse sentido, é considerado baixo nível de estresse, valores abaixo do percentil 25. A tabela 1, a seguir, apresenta o resumo da classificação dos fatores do IPF, após o cálculo dos quartis.

Tabela 1. Percentis, interpretação dos fatores 1, 2, 3 e 4 e faixa de escores fatoriais do Inventário de Problemas de Fertilidade, segundo Ribeiro, 2007

Percentil	Nível de estresse	Fatores do IPF			
		1	2	3	4
		Faixa de escores fatoriais			
25	Baixo	1 - 1,90	1 - 2,37	1 - 1,18	1 - 2,87
50	Médio	1,91 - 2,30	2,36 - 2,87	1,19 - 2,13	2,88 - 3,33
75	Moderadamente alto	2,31 - 2,80	2,88 - 3,37	2,14 - 2,60	3,34 - 3,93
100	Alto	2,81 - 6	3,38 - 6	2,61 - 6	3,94 - 6

Fonte: Ribeiro, 2007.

As escalas psicométricas HAD-A e IPF foram aplicadas a todas as participantes da pesquisa, em sala reservada, com tempo médio de 30 minutos, em dois momentos distintos: no início do ciclo basal, denominado Tempo 1 (T1) (pré-intervenção) e final do ciclo basal, denominado Tempo 2 (T2), que corresponde à fase lútea média, cerca de sete dias após a transferência de embriões (pós-intervenção).

3) Questionário sociodemográfico, clínico e de conhecimento sobre PICS e Reiki (Anexo C) aplicado uma única vez, no Tempo 1 do estudo. Foram adotadas as seguintes variáveis para caracterização da amostra, considerando **dados sociodemográficos**: nome, idade, situação conjugal, escolaridade, raça/etnia, renda familiar, ocupação, religião/espiritualidade, número de gestações, número de filhos vivos (da relação atual ou anterior), **clínicos**: menarca, atividade sexual e frequência, abortamento, infecções sexuais transmissíveis (IST), comorbidades prévias, uso de medicamentos e tempo de uso, índice de massa corporal (IMC), sedentarismo, hábito alimentar, consumo de álcool,

tabaco e outras drogas, tempo de tentativa para engravidar, tempo de diagnóstico de infertilidade, tratamento prévios realizados e tempo de tratamento realizados e **conhecimento das TI e Reiki**: Alguma vez ouviu falar nas PICS?; Alguma vez se beneficiou com alguma PICS? Qual? Por quanto tempo?; Alguma vez ouviu falar sobre o Reiki?; Já recebeu Reiki alguma vez? Por quanto tempo?

Na etapa de aplicação dos instrumentos, especialmente no início do estudo, foi possível proporcionar um espaço de acolhimento às mulheres, por se tratar de um momento vulnerável e sensível para a maioria delas. A escuta sensível e atenta da pesquisadora se mostrou uma estratégia efetiva de acolhimento e suporte, deixando as mulheres mais à vontade e seguras para falar sobre sua situação de vida atual e questões relacionadas à infertilidade. Não foi necessário o encaminhamento interprofissional para apoio emocional a nenhuma participante do estudo.

Descrição do método terapêutico Reiki como intervenção clínica

Para participantes do Grupo Reiki (G1): de acordo com o método de Reiki Mikao Usui, são necessárias pelo menos 3 sessões para elevar o campo energético da pessoa e restabelecer a saúde dos chakras (USUI, 1999). Frente a esta informação, foram escolhidos três momentos para a realização das sessões de Reiki: *1ª sessão*: no primeiro dia do ciclo basal, que corresponde a estimulação ovariana; *2ª sessão*: no dia da transferência dos embriões; *3ª sessão*: na fase lútea média, cerca de sete dias após a transferência de embriões. Segundo a observação clínica dos profissionais do laboratório, experientes com este perfil populacional frente aos tratamentos indicados, estes três momentos são considerados de grande tensão emocional pelas mulheres, devido à insegurança das respostas esperadas e seguimentos futuros.

Após o acolhimento, a mulher foi convidada a deitar-se em uma maca em ambiente preparado para o desenvolvimento da técnica, foi realizado uma varredura energética, que permite identificar a saúde energética dos chakras e na sequência energia Reiki foi aplicada através das mãos nos chakras cardíaco e umbilical preferencialmente, relacionados às emoções, sentimentos e gônadas sexuais, respectivamente. Na percepção de outro chakra em maior desequilíbrio, a pesquisadora dispendeu o restante do tempo à aplicação em tal chakra, com objetivo de proporcionar maior harmonia energética. A sessão de Reiki foi individual com duração aproximada de 15 minutos. Na ausência de

identificação de alteração de outro chakra, os outros cinco minutos foram utilizados para aplicação no chakra coronário, que tem a função de equilibrar todos os chakras.

A técnica foi aplicada pela pesquisadora do estudo, com formação no grau máximo de Mestre no método Reiki Mikao Usui Rhyoho e com experiência há 10 anos, oferecendo Reiki caritativo para a comunidade de Ribeirão Preto e na formação de novos reikianos em um centro holístico de terapias integrativas e no HCFMRP-USP e EERP-USP, com projetos de extensão universitários.

Para participantes do Grupo Placebo (G2): após o acolhimento, a terapeuta iniciou a atividade estendendo as mãos sobre os chakras selecionados, sem aplicação da técnica do Reiki. A pesquisadora buscou estratégias de distração durante a atividade, como pensamentos aleatórios, atenção à música ambiente, para que nem mesmo a intenção de que a mulher pudesse ser beneficiada de alguma forma gerasse um campo energético favorável para um desfecho tendencioso ao esperado. O tempo de duração e os chakras selecionados foram os mesmos das sessões do grupo A.

Para participantes do Grupo Controle (G3): após o acolhimento, as escalas psicométricas foram aplicadas no início do tratamento e na fase lútea média e não houve intervenção. Para estas voluntárias, após o término do estudo foi oferecido uma sessão de Reiki à distância, como forma de agradecimento por terem participado do estudo. Todas as participantes deste grupo aceitaram o envio do Reiki.

Na semana após a transferência de embriões, dia não programado para a voluntária comparecer ao hospital, a participante que residia em outra cidade ou estado pôde finalizar a última etapa da pesquisa à distância, por vídeo chamada, inclusive para manter a retenção da participante no estudo. Por ser o Reiki uma terapia atemporal e não se limitar à barreira física, o método prevê uma técnica de envio à distância, com mesmo nível de eficácia e eficiência.

A técnica de aplicação à distância não se difere da presencial, sendo utilizado símbolos específicos da terapia para aplicação à distância, o tempo de aplicação e os chakras selecionados foram os mesmos utilizados no G1, às mulheres foi solicitado a permanência em um ambiente tranquilo, de preferência deitadas para execução da atividade. Entretanto, às mulheres que decidiram finalizar a pesquisa presencialmente, foi oferecido retorno junto ao sistema de agendamento do laboratório para o dia previamente determinado para a finalização da pesquisa.

Considerações Éticas

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP/USP e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP/USP com número CAAE 34515120.2.0000.5393. Todos os preceitos éticos foram seguidos conforme recomendado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (Brasil, 2012).

ANÁLISE DE DADOS

A análise foi processada nos programas IBM® SPSS® Statistics versão 25 e R i386 v.3.4.0 e estatística descritiva, considerando as medidas de tendência central e cálculo das frequências relativas dos dados.

Foram utilizados os testes estatísticos McNemar, que tem por objetivo comparar a associação entre variáveis de amostras pareadas com intervenção e sem intervenção (controle), o Teste Exato de Fisher, com o objetivo de testar a associação das variáveis em grupos pequenos e o efeito do tamanho da amostra e o teste de hipótese não paramétrico Wilcoxon, com o objetivo comparar grupos independentes e pareados (MARTINEZ, 2015).

Para todas as análises foi adotado um nível de variância $\alpha = 5\%$ e intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

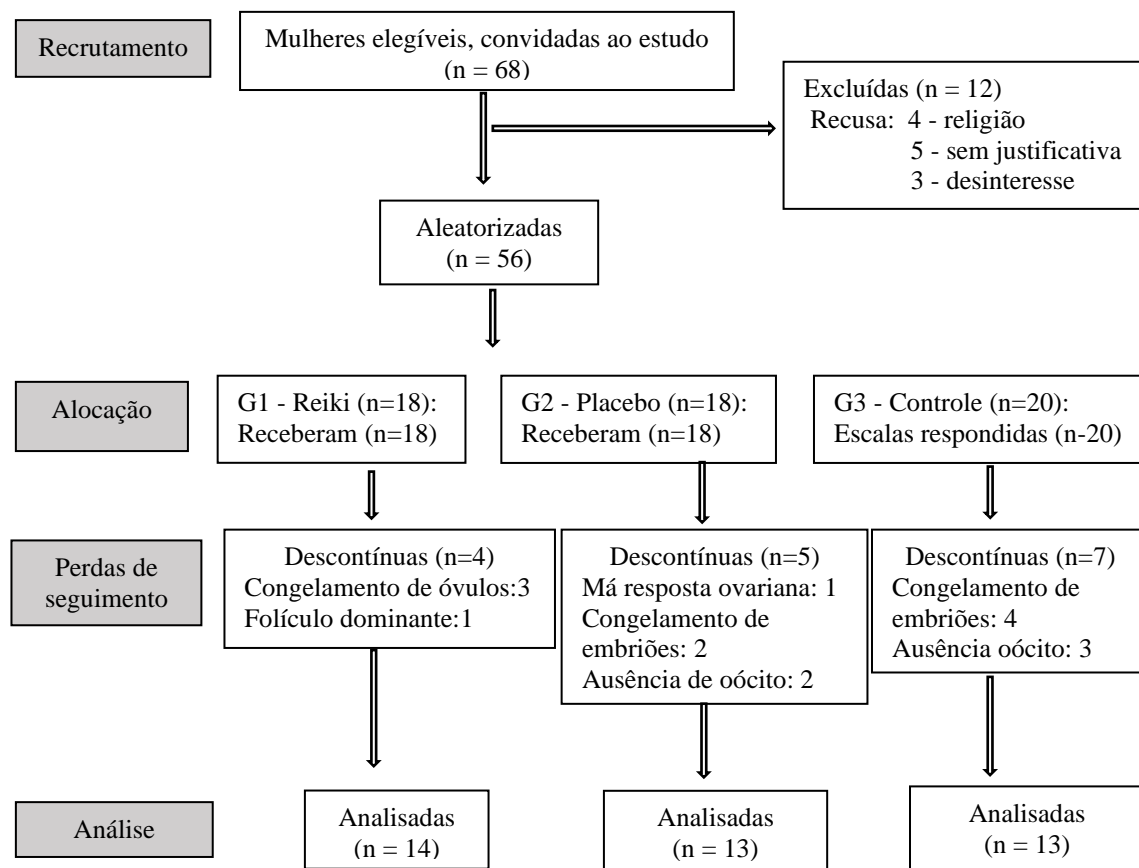
Foram convidadas a participar do estudo 68 mulheres, elegíveis segundo os critérios de inclusão e etapas do tratamento. Inicialmente, 12 não aceitaram participar, sendo 04 delas pelo fato de sua crença religiosa não aceitar o Reiki como terapia; 03 por simples desinteresse na pesquisa e 05 não justificaram a recusa de sua participação.

Das 56 mulheres incluídas, houve descontinuidade da participação no estudo de 16 delas, pela modificação de seu itinerário terapêutico, com diferentes desfechos (previstos em RA), sendo eles a suspensão do ciclo basal, o tratamento hormonal, o

congelamento de óvulos, a pesquisa genética de tecido embrionário e/ou congelamento de embriões.

O fluxograma, a seguir apresenta detalhadamente a inclusão, exclusão e alocação das participantes recrutadas, conforme recomenda o guia Consort, para estudos aleatorizados (KAHAN et al., 2023).

Figura 1. Fluxograma do delineamento e alocação das participantes, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



Fonte: Consort 2023.

Para a caracterização das participantes do estudo, nas Tabelas 1, 2 e 3 apresentam-se as variáveis analisadas, correspondendo aos aspectos sociodemográficos, clínicos, de PICS e Reiki respectivamente, considerando os três grupos de estudo Reiki (G1), Placebo (G2) e Controle (G3).

A idade das participantes variou entre 29 anos e 42 anos, com média de 35,5 anos e desvio padrão 3,7 (DP=3,7). A maioria das participantes possui idade entre 36 anos e 40 anos (42,5%), estão casadas ou em união estável (95%), com ensino universitário completo (65%), autodenominam-se brancas (70%), com renda familiar média de três a cinco salários-mínimos (50%) e 82,5% são profissionais liberais.

Quanto aos aspectos religiosos/espirituais, a maioria se autodetermina católica (70%) e 95% das participantes afirmaram ser praticantes de atividades religiosas ou espirituais com uma frequência média de duas vezes por semana (80%).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis sociodemográficas das participantes em relação aos grupos de estudo, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Variáveis	Grupo 1 n=14 n(%)	Grupo 2 n=13 n(%)	Grupo 3 n=13 n(%)	Total N=40 n(%)
Idade (anos)				
29 a 30	2 (14,3)	3 (23,1)	1 (7,7)	6 (15,0)
31 a 35	4 (28,6)	3 (23,1)	6 (46,2)	13 (32,5)
36 a 40	6 (42,9)	7 (53,8)	4 (30,8)	17 (42,5)
41 ou mais	2 (14,3)	0 (0,0)	2 (15,4)	4 (10,0)
Situação conjugal				
Solteira	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (5,0)
Casada/União estável	13 (92,9)	13 (100,0)	12 (92,3)	38 (95,0)
Escolaridade				
Ensino médio	5 (35,7)	4 (30,8)	5 (38,5)	14 (35,0)
Ensino universitário	9 (64,3)	9 (69,2)	8 (61,5)	26 (65,0)
Raça/etnia				
Branca	9 (64,3)	8 (61,5)	11 (84,6)	28 (70,0)
Parda	3 (21,4)	4 (30,8)	2 (15,4)	9 (22,5)
Amarela/índigena	2 (14,3)	1 (7,7)	0 (0,0)	3 (7,5)
Renda familiar (salário-mínimo)				
um a dois	3 (21,4)	2 (15,4)	4 (30,8)	9 (22,5)
três a cinco	8 (57,1)	8 (61,5)	4 (30,8)	20 (50,0)
> cinco	3 (21,4)	3 (23,1)	5 (38,5)	11 (27,5)
Ocupação/profissão				
Do lar	2 (14,3)	2 (15,4)	3 (23,1)	7 (17,5)
Profissional liberal	12 (85,7)	11 (84,6)	10 (76,9)	33 (82,5)
Religião				
Católica	10 (71,4)	10 (76,9)	8 (61,5)	28 (70,0)
Espírita	0 (0,0)	2 (15,4)	4 (30,8)	6 (15,0)
Evangélica	2 (14,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	3 (7,5)
Espiritualista	1 (7,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	2 (5,0)
Agnóstica	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Prática religiosidade/espiritualidade				
Sim	13 (92,9)	13 (100,0)	12 (92,3)	38 (95,0)
Não	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (5,0)
Frequência que pratica R/E				
Uma vez por semana	1 (7,1)	1 (7,7)	4 (30,8)	6 (15,0)
Duas vezes por semana	12 (85,7)	12 (92,3)	8 (61,5)	32 (80,0)
Nenhuma	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (5,0)

Elaborado pela autora. R/E - Religiosidade e Espiritualidade. Valor de p: > 0,05

Em relação às variáveis clínicas, a maioria das participantes atingiu a menarca entre 9 e 14 anos de idade (85%) e a coitarca entre 16 e 20 anos (65%), são nuligestas (70%), não possuem filho vivo (92,5%) e praticam sexo de uma a três vezes por semana (90%). Não sofreram abortamento (82,5%) e nenhuma participante relatou infecções sexualmente transmissíveis (IST) prévias (100%). Quanto às comorbidades prévias, 45% das participantes referiram pelo menos uma comorbidade e a mais prevalente está relacionada às disfunções do sistema endócrino, correspondendo a 20% dos casos. A maioria (72,5%) referiu uso de medicamento, geralmente vitaminas e ácido fólico, segundo recomendação médica; prática de atividade física pelo menos três vezes por semana (47,5%) e peso normal (42,5%).

Quanto à ingestão alimentar, 72,5% das participantes referiram quatro ou mais refeições diárias, consideraram a qualidade da dieta balanceada (60%), com baixo consumo de álcool (<1 dose diária) (57,5%) e nenhum consumo de tabaco e/outras drogas (100%). A maioria referiu tentativas para engravidar há mais de cinco anos (52,5%) e já realizou algum tipo de tratamento para reprodução assistida (62,5%), contemplando de dois a quatro ciclos de tratamento (40%). As Tabelas 3 e 4 sintetizam esses resultados.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis clínicas das participantes em relação aos grupos de estudo, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Variáveis	Grupo 1 n=14 n(%)	Grupo 2 n=13 n(%)	Grupo 3 n=13 n(%)	Total N=40 n(%)
Número de gestação				
Nenhuma	10 (71,4)	9 (69,2)	9 (69,2)	28 (70,0)
Uma	4 (28,6)	4 (30,8)	4 (30,8)	12 (30,0)
Número de filhos vivos				
Nenhum	12 (85,7)	13 (100,0)	12 (92,3)	37 (92,5)
Um	2 (14,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	3 (7,5)
Menarca (anos)				
9 - 14	10 (71,4)	13 (100,0)	11 (84,6)	34 (85,0)
>14	4 (28,6)	0 (0,0)	2 (15,4)	6 (15,0)
Coitarca (anos)				
13 - 15	3 (21,4)	2 (15,4)	2 (15,4)	7 (17,5)
16 - 20	7 (50,0)	10 (76,9)	9 (69,2)	26 (65,0)
>20	4 (28,6)	1 (7,7)	2 (15,4)	7 (17,5)
Frequência atividade sexual				
Não pratica	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,5)
Uma vez por semana	5 (35,7)	3 (23,1)	4 (30,8)	12 (30,0)
Duas vezes por semana	3 (21,4)	3 (23,1)	6 (46,2)	12 (30,0)
Três vezes por semana	4 (28,6)	6 (46,2)	2 (15,4)	12 (30,0)
Quatro vezes por semana	2 (14,3)	1 (7,7)	0 (0,0)	3 (7,5)

continuação

Abortamento				
Nenhum	12 (85,7)	9 (69,2)	12 (92,3)	33 (82,5)
Um	2 (14,3)	4 (30,8)	1 (7,7)	7 (17,5)
Infecção sexualmente transmissível				
Nunca teve	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Comorbidades*				
Sim	7 (50,0)	7 (53,8)	4 (30,8)	18 (45,0)
Não	7 (50,0)	6 (46,2)	9 (69,2)	22 (55,0)
Hipertensão arterial sistêmica				
Sim	1 (7,1)	1 (7,7)	0 (0,0)	2 (5,0)
Não	13 (92,9)	12 (92,3)	13 (100,0)	38 (95,0)
Diabetes mellitus				
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Sistema cardiovascular				
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Sistema respiratório				
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,5)
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	12 (92,3)	39 (97,5)
Sistema renal				
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Sistema hepático				
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Sistema endócrino				
Sim	1 (7,1)	5 (38,5)	2 (15,4)	8 (20,0)
Não	13 (92,9)	8 (61,5)	11 (84,6)	32 (80,0)
Sistema neurológico				
Não	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Sistema reprodutor				
Sim	3 (21,4)	0 (0,0)	1 (7,7)	4 (10,0)
Não	11 (78,6)	13 (100,0)	12 (92,3)	36 (90,0)
Outras comorbidades				
Sim	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (7,5)
Não	14 (100,0)	12 (92,3)	11 (84,6)	37 (92,5)
Uso de medicamentos				
Sim	9 (64,3)	11 (84,6)	9 (69,2)	29 (72,5)
Não	5 (35,7)	2 (15,4)	4 (30,8)	11 (27,5)
IMC				
Peso normal (18,5-24,9)	5 (35,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	17 (42,5)
Sobrepeso (25-29,9)	7 (50,0)	3 (23,1)	4 (30,8)	14 (35,0)
Obesidade (≥ 30)	2 (14,3)	5 (38,5)	2 (15,4)	9 (22,5)

Elaborado pela autora. Valor de p: > 0,05

Tabela 4 - Distribuição das variáveis clínicas das participantes em relação aos grupos de estudo, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Variáveis	Grupo 1 n=14 n(%)	Grupo 2 n=13 n(%)	Grupo 3 n=13 n(%)	Total N=40 n(%)
Pratica atividade física (semana)				
Uma vez	3 (21,4)	3 (23,1)	4 (30,8)	10 (25,0)
Mais de três vezes	8 (57,1)	4 (30,8)	7 (53,8)	19 (47,5)
Não pratica	3 (21,4)	6 (46,2)	2 (15,4)	11 (27,5)
Quantidade refeições diárias				
Uma	5 (35,7)	2 (15,4)	4 (30,8)	11 (27,5)
Quatro ou mais	9 (64,3)	11 (84,6)	9 (69,2)	29 (72,5)
Qualidade dieta alimentar				
Balanceada	9 (64,3)	7 (53,8)	8 (61,5)	24 (60,0)
Desbalanceada	5 (35,7)	6 (46,2)	5 (38,5)	16 (40,0)
Consumo álcool				
Baixo (<1dose diária)	3 (21,4)	7 (53,8)	7 (53,8)	23 (57,5)
Não consome	11 (78,6)	6 (46,2)	6 (46,2)	17 (42,5)
Consumo tabaco/outras drogas				
Não faz uso	14 (100,0)	13 (100,0)	13 (100,0)	40(100,0)
Tempo de tentativa engravidar (anos)				
< um	7 (50,0)	7 (53,8)	5 (38,5)	19 (47,5)
> cinco	7 (50,0)	6 (46,2)	8 (61,5)	21 (52,5)
Tratamento prévio				
Sim	8 (57,1)	10 (76,9)	7 (53,8)	25 (62,5)
Não	6 (42,9)	3 (23,1)	6 (46,2)	15 (37,5)
Ciclos tratamento prévio				
Um	2 (14,3)	2 (15,4)	1 (7,7)	5 (12,5)
Dois	3 (21,4)	3 (23,1)	2 (15,4)	8 (20,0)
Três	0 (0,0)	3 (23,1)	1 (7,7)	4 (10,0)
Quatro	3 (21,4)	1 (7,7)	4 (30,8)	8 (20,0)
Nenhum	6 (42,9)	4 (30,8)	5 (38,5)	15 (37,5)

Elaborado pela autora. Valor de p: > 0,05

Em relação às variáveis sobre Práticas Integrativas e Complementares e Reiki, a maioria das participantes já tinha ouvido falar sobre as terapias (82,5%), entretanto, 32,5% delas não se beneficiaram de nenhuma prática integrativa. Quando questionadas sobre o conhecimento da terapia Reiki, 85% delas já ouviu falar em algum momento da vida, contudo 77,5% nunca receberam Reiki, conforme aponta a Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis sobre Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e Reiki das participantes em relação aos grupos de estudo, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Variáveis	Grupo 1 n=14 n(%)	Grupo 2 n=13 n(%)	Grupo3 n=13 n(%)	Total N=40 n(%)
Ouviu falar sobre PICS				
Sim	12 (85,7)	11 (84,6)	10 (76,9)	33 (82,5)
Não	2 (14,3)	2 (15,4)	3 (23,1)	7 (17,5)
Beneficiadas com as PICS				
Sim	6 (42,9)	5 (38,5)	4 (30,8)	15 (37,5)
Não	8 (57,1)	8 (61,5)	9 (69,2)	25 (62,5)
Ouviu falar sobre Reiki				
Sim	11 (78,6)	10 (76,9)	13 (100,0)	34 (85,0)
Não	3 (21,4)	3 (23,1)	0 (0,0)	6 (15,0)
Recebeu Reiki				
Sim	3 (21,4)	2 (15,4)	4 (30,8)	9 (22,5)
Não	11 (78,6)	11 (84,6)	9 (69,2)	31 (77,5)

Elaborado pela autora. Valor de p: > 0,05

ANSIEDADE

A Tabela 6 apresenta os valores obtidos da comparação dos grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2, separadamente, junto aos escores totais da HAD-A. O teste de Wilcoxon apontou diferença estatística significativa nos grupos G1 ($p=0,02$) e G2 ($p=0,01$) e houve uma redução da ansiedade em relação à diferença entre os tempos T1 e T2 para estes grupos. As medianas do G1 e G2 apontaram valor menor no delta (subtração) T2-T1, confirmando que as participantes, após submetidas às intervenções, tiveram redução da ansiedade durante o ciclo na RA. Já para o G3 (Controle) a diferença entre os escores não foi relevante ($p\text{-valor}=0,16$).

Tabela 6. Estatística descritiva da diferença dos escores totais ansiedade da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) para os grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Grupo	Tempo do Estudo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Q1	Q3	DP	p*
G1	T1	2,00	15,00	7,50	7,71	5,25	9,00	3,36	0,02
	T2	0,00	13,00	4,00	5,64	4,00	8,25	3,54	
G2	T1	2,00	14,00	7,00	7,61	3,00	11,00	4,72	0,01
	T2	1,00	9,00	4,00	4,46	3,00	6,00	2,54	
G3	T1	3,00	16,00	10,00	9,76	5,00	14,00	4,42	0,16
	T2	4,00	13,00	9,00	8,30	5,00	11,00	3,40	

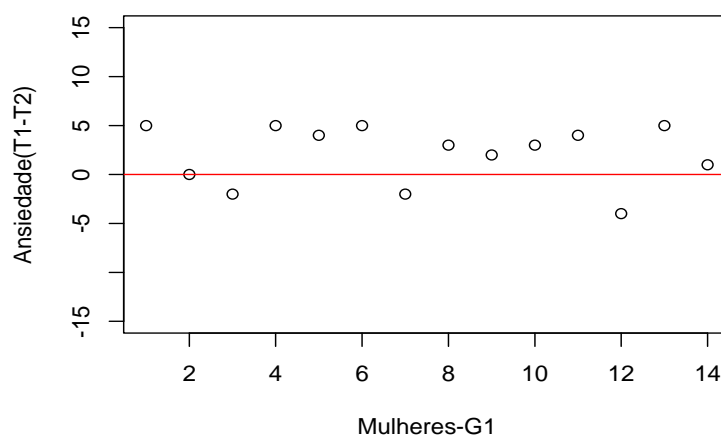
* Teste Wilcoxon. DP: desvio padrão. Q1: quartil 1. Q2=mediana. Q3: quartil 3.

As figuras 2a, 2b e 2c, a seguir, representam os gráficos de dispersão do delta entre o escore da ansiedade no T1 e T2, mostrando a variabilidade em relação ao zero, que representa o efeito nulo da intervenção para cada participante nos três grupos avaliados.

A Figura 2a apresenta o comportamento dos escores no T1 e T2 para as participantes do G1 (n=14) submetidas ao Reiki. Os valores negativos para T1-T2 significam que a escala de ansiedade aumentou para estas mulheres (círculos abaixo da linha vermelha). Valores positivos para T1-T2 significam que a escala de ansiedade diminuiu para estas mulheres após a intervenção.

Uma mulher permaneceu em um mesmo padrão de ansiedade do início ao término do tratamento, que corresponde à linha referente a zero, e três mulheres estavam com níveis de ansiedade entre o possível e o provável, segundo os escores de interpretação da HAD-A após as intervenções. Contudo, a maioria delas (n=10) apresentou níveis de ansiedade reduzidos ou improváveis após as intervenções e término do ciclo de RA.

Figura 2a. Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G1 (2a), Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

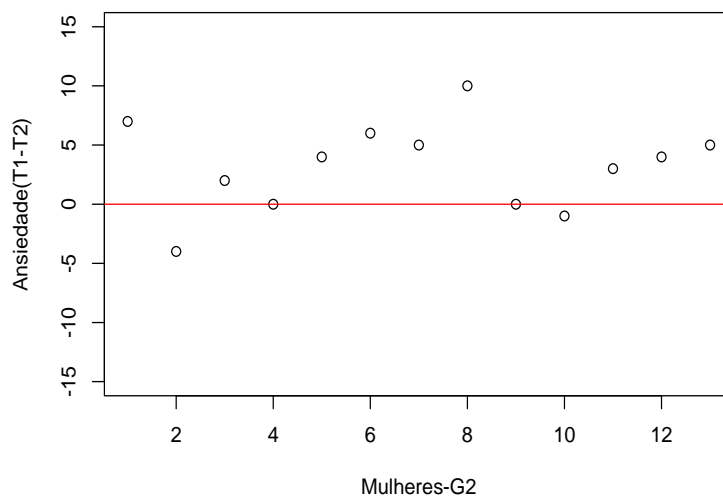


Elaborado pela autora.

A Figura 2b apresenta o comportamento dos escores no T1 e T2 para as participantes do G2 (n=13) submetidas ao placebo. Observou-se que a variação da ansiedade foi positiva para a maioria das participantes, quando avaliado T1-T2, confirmando que os níveis de ansiedade também reduziram neste grupo.

Duas participantes mantiveram-se com níveis de ansiedade inalterados após a intervenção placebo. Duas mulheres apresentaram níveis prováveis ou possíveis de ansiedade, após as intervenções. Entretanto, a maioria delas (n=9) apresentou níveis reduzidos ou improváveis de ansiedade após as intervenções e finalização do ciclo na RA.

Figura 2b. Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G2 (2b), Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

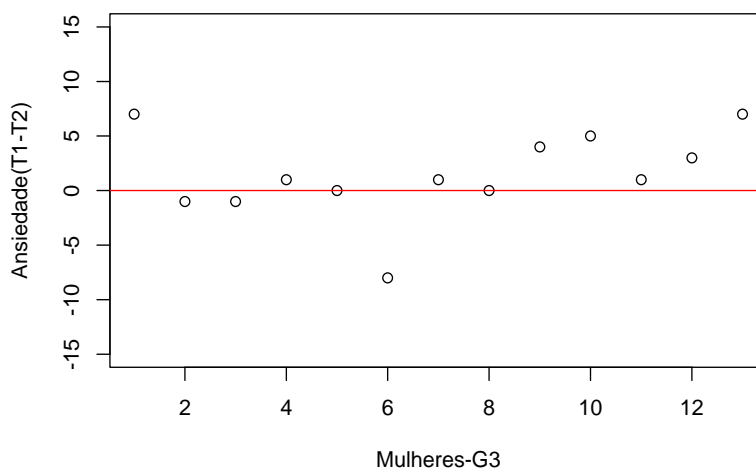


Elaborado pela autora.

Para o grupo G3, o teste de Wilcoxon não resultou em diferença estatística relacionado à ansiedade, segundo os escores da HAD-A ($p=0,16$). A mediana variou um ponto do T1 (mediana=10,00) para o T2 (mediana=9,00).

Segundo a variação entre os tempos T1 e T2, demonstrada na figura 2c, não houve alteração em relação aos níveis de ansiedade, tomando a linha zero como referência. Contudo, observa-se que a maioria das participantes do grupo controle ($n=7$) apresentou níveis de ansiedade mais baixos ou improváveis após o término do ciclo de RA. A Figura 2c, a seguir, apresenta a distribuição das participantes do G3, mostrando uma diminuição nos níveis de ansiedade, ainda que pequena, após o término do ciclo da RA.

Figura 2c. Gráfico de dispersão do delta entre os escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no T1 e T2 nos grupos G3 (2c), Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



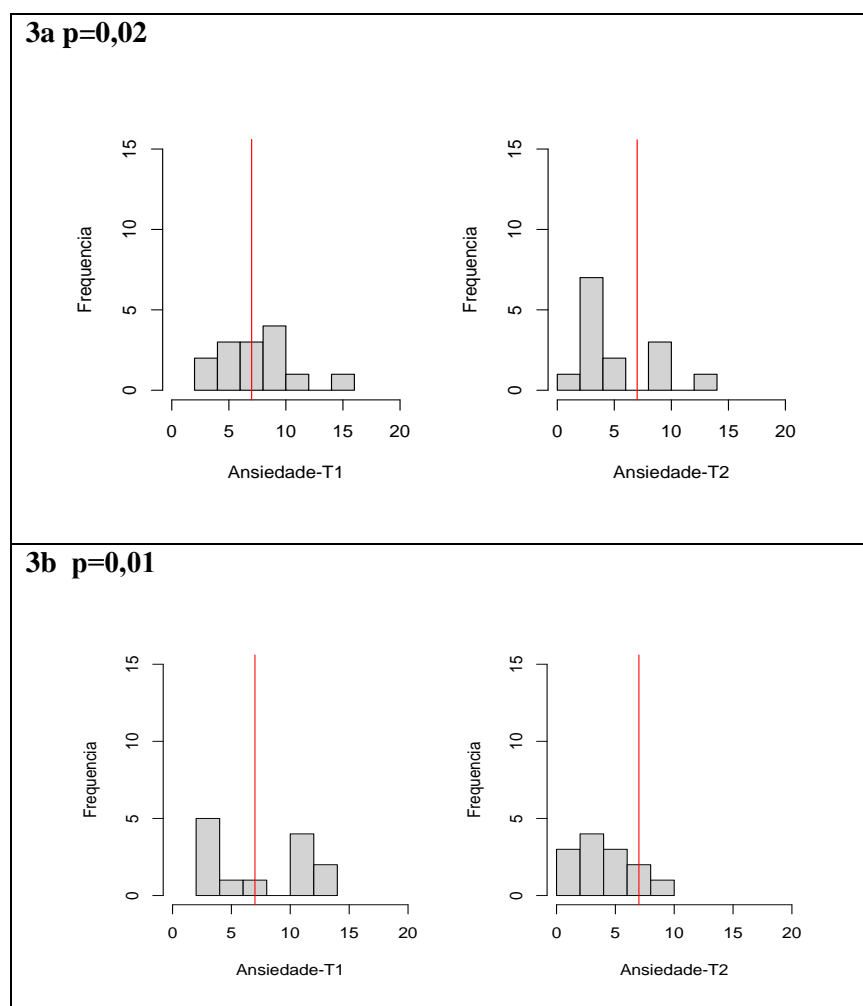
Elaborado pela autora.

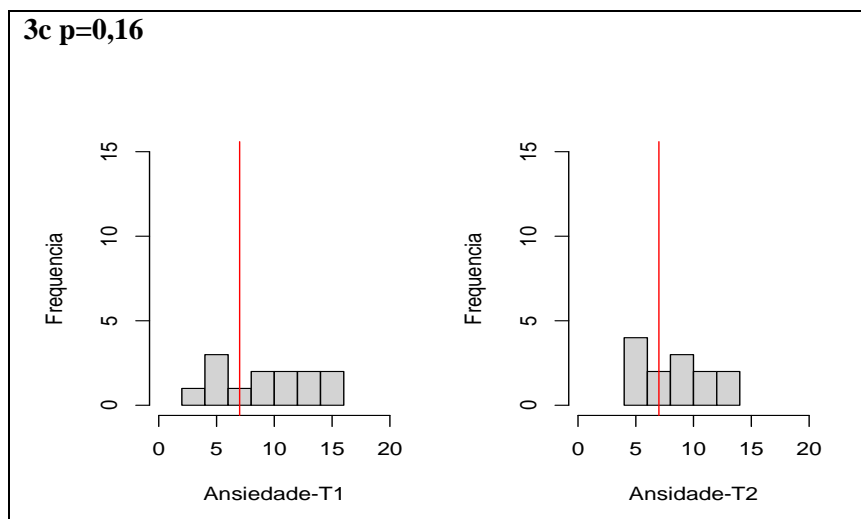
As Figuras 3a, 3b e 3c, a seguir, representam os níveis de ansiedade das participantes dos três grupos de estudo, em um histograma. A linha vermelha corresponde ao valor 7, classificado segundo a interpretação dos escores da HAD-A como nível improvável de ansiedade, o qual foi adotado como ponto de corte para avaliação da ansiedade.

Na Figura 3a, que representa o G1 (Reiki) e 3b representando o G2 (placebo), a escala da ansiedade à direita (referente à T2) desloca-se para a esquerda, indicando que os escores de ansiedade reduziram após a intervenção. Já na Figura 3c, relacionada ao G3 (controle), a escala deslocou levemente para a esquerda, havendo redução dos escores.

Assim, os histogramas apontam que houve diminuição dos escores de ansiedade nos três grupos após a intervenção no tempo T2 e finalização do ciclo de RA.

Figura 3. Histograma dos valores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no tempo T1 e T2 para os grupos G1 (3a), G2(3b) e G3 (3c), Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



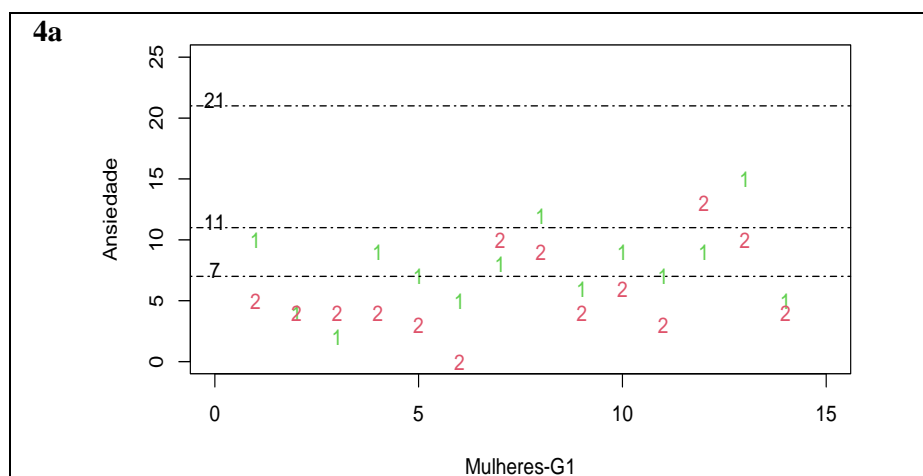


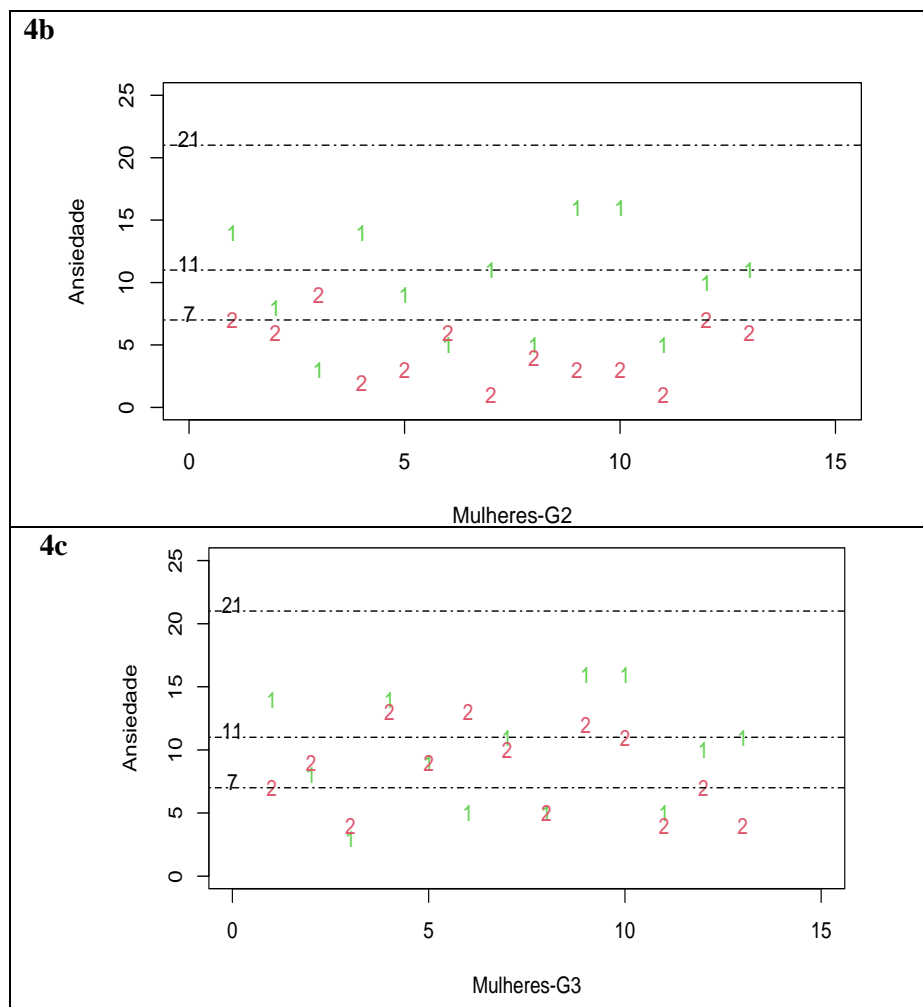
Elaborado pela autora.

A escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) é interpretada segundo os escores pré-estabelecidos pelos autores originais do instrumento e a classificação da ansiedade corresponde à somatória dos valores, sendo eles: 0 - 7 pontos: improvável; 8 - 11 pontos: possível (questionável ou duvidosa) e 12 - 21 pontos: provável.

Assim, a Figura 4a representa o G1 (Reiki), 4b representa o G2 (placebo) e 4c representa o G3 (controle); apresentam a dispersão de todas as avaliações para o Tempo 1 (representado pelo número 1) e Tempo 2 (representado pelo número 2). As bandas (-.-) marcam os níveis improvável (abaixo de 7), possível (entre 8 e 11) e provável (acima de 12).

Figura 4. Gráfico de dispersão dos valores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD-A) no tempo T1 e T2 para os grupos G1 (4a), G2 (4b) e G3 (4c), Ribeirão Preto-SP, 2021-2023





Elaborado pela autora.

A Tabela 7 quantifica as participantes em cada categoria (Improvável, Possível e Provável) da escala HAD-A, no T1 e T2 do estudo. A análise da ansiedade se faz comparando os valores da linha horizontal (T1) com a linha vertical (T2). Exemplo: para o G1, sete mulheres estavam no T1 como “improváveis para ansiedade” e mantiveram-se com o resultado “improvável” no T2. Ou seja, não houve variação do nível de ansiedade após a intervenção para estas participantes, em todos os grupos.

Tabela 7 - Comparação entre T1 e T2 com a classificação de ansiedade de acordo com a pontuação dos escores da escala Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar HAD-A nos grupos G1, G2 e G3, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Classificação (pontuação)	Ansiedade - Tempo 2			Total	p*
	Improvável n (%)	Possível n (%)	Provável n (%)		
Ansiedade - Tempo 1					
Grupo 1 (n=14)					0,189
Improvável (0-7)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7	
Possível (8-11)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5	

continuação

Provável (12-21)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2	
Total	10	3	1	14	
Grupo 2 (n=13)					-
Improvável (0-7)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7	
Possível (8-11)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	3	
Provável (12-21)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3	
Total	12	1	0	13	
Grupo 3 (n=13)					0,392
Improvável (0-7)	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	4	
Possível (8-11)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	5	
Provável (12-21)	1 (25,0)	1 (25,0)	2 (50,0)	4	
Total	6	4	3	13	

*Teste McNemar.

ESTRESSE

Em relação à avaliação do estresse, o instrumento psicométrico IPF é dividido em quatro fatores considerando a média dos fatores para avaliação dos escores. Para os fatores F1: Relacionamentos Sociais, F2: Vida sem Filhos, F3: Relacionamento Conjugal e Sexual e F4: Maternidade/Paternidade considerou-se o escore geral (F1+F2+F3+F4) dividido por quatro, em princípio, para cada grupo.

A Tabela 8, a seguir, apresenta os valores estatísticos descritivos do escore geral do IPF para os grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2 do estudo. O Teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença estatística significativa entre os tempos T1 e T2 para os três grupos de estudo, G1 ($p=0,42$), G2 ($p=0,31$) e G3 ($p=0,83$).

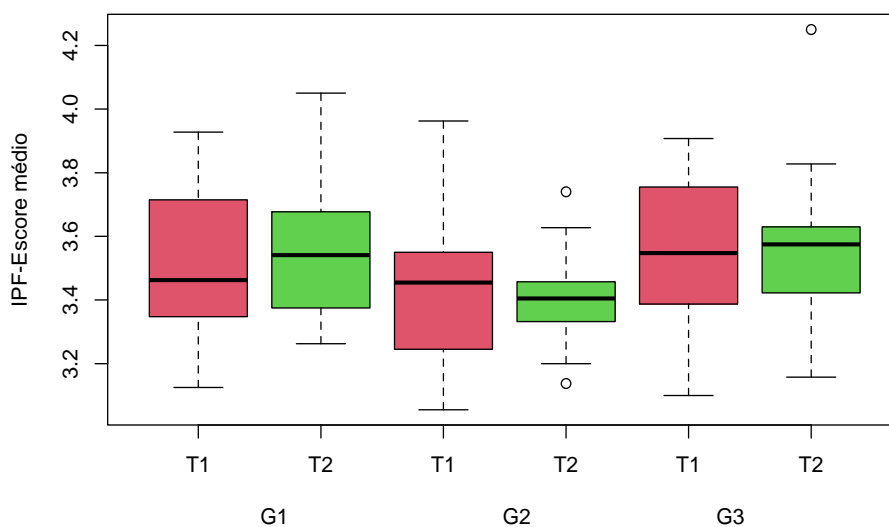
Tabela 8. Estatística descritiva dos escores IPF-Escore Geral para os grupos G1, G2 e G3 nos tempos T1 e T2, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Grupo	Tempo do Estudo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Q1	Q3	DP	p*
G1	T1	3,13	3,93	3,46	3,51	3,37	3,69	0,21	0,426
	T2	3,26	4,05	3,54	3,54	3,39	3,66	0,21	
G2	T1	3,06	3,96	3,45	3,46	3,25	3,55	0,26	0,311
	T2	3,14	3,74	3,40	3,41	3,33	3,46	0,16	
G3	T1	3,10	3,91	3,54	3,56	3,39	3,76	0,25	0,893
	T2	3,16	4,25	3,57	3,57	3,42	3,63	0,27	

* Teste Wilcoxon. DP: desvio padrão. Q1: quartil 1. Q2=mediana. Q3: quartil 3.

A Figura 5, a seguir, apresenta o gráfico Boxplot dos escores médios fatoriais do IPF, sendo os valores representados na caixa, Q1, Q2 (mediana) e Q3 respectivamente. Pode-se observar que as medianas se mantiveram com valores muito próximos entre T1 e T2, ou seja, a variação dos níveis de estresse não foi significativa nos três grupos do estudo.

Figura 5. Gráfico Boxplot dos escores médios fatoriais do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) segundo as medianas nos tempos T1 e T2 para os grupos G1, G2 e G3, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



Elaborado pela autora.

A Tabela 9 apresenta os valores estatísticos descritivos dos escores isolados dos fatores do IPF comparando os tempos T1 e T2 no grupo G1. O Teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença estatística significativa entre os tempos T1 e T2 do estudo, confirmando que o Reiki não impactou o nível de estresse relacionado ao Fator 1 - Relacionamentos Sociais, ao F2 - Vida sem filhos, ao F3 - Relacionamento Conjugal e Sexual e ao F4 - maternidade/paternidade antes e depois da intervenção.

Tabela 9. Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do **grupo G1**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

G1	Tempo do Estudo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Q1	Q3	DP	p*
Fator 1	T1	1,90	3,40	2,35	2,37	2,02	2,47	0,41	0,167
	T2	2,00	3,44	2,22	2,27	2,05	2,33	0,36	
Fator 2	T1	2,88	4,50	3,75	3,62	3,25	3,97	0,49	0,207
	T2	2,88	4,63	3,75	3,77	3,63	4,09	0,48	

Fator 3									0,305
	T1	3,86	5,21	4,79	4,77	4,71	5,00	0,32	
	T2	2,88	4,63	3,75	3,77	3,63	4,09	0,27	
Fator 4									0,861
	T1	2,40	4,27	3,23	3,27	2,96	3,45	0,52	
	T2	2,20	4,20	3,23	3,27	2,94	3,53	0,56	

* Teste Wilcoxon. DP: desvio padrão. Q1: quartil 1. Q2=mediana. Q3: quartil 3.

A Tabela 10 apresenta os valores estatísticos descritivos dos escores isolados dos fatores do IPF comparando os tempos T1 e T2 no grupo G2.

O Teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença estatística significativa entre os tempos T1 e T2 do estudo, confirmando que o placebo não impactou o nível de estresse relacionado ao Fator 1 - Relacionamentos Sociais, ao F2 - Vida sem filhos, ao F3 - Relacionamento Conjugal e Sexual e ao F4 - maternidade/paternidade antes e depois da intervenção.

Tabela 10. Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do **grupo G2**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

G2	Tempo do Estudo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Q1	Q3	DP	p*
Fator 1									0,049
	T1	1,80	3,50	2,60	2,56	2,20	2,80	0,51	
	T2	1,56	3,22	2,44	2,40	2,00	2,67	0,49	
Fator 2									0,364
	T1	2,75	4,38	3,25	3,29	3,00	3,38	0,46	
	T2	2,38	4,50	3,25	3,23	2,88	3,50	0,59	
Fator 3									0,138
	T1	3,29	5,14	4,86	4,64	4,50	5,00	0,52	
	T2	2,38	4,50	3,25	3,23	2,88	3,50	0,55	
Fator 4									0,082
	T1	2,00	4,53	3,47	3,35	4,07	4,53	0,90	
	T2	2,07	4,40	3,13	3,24	2,80	4,07	0,73	

* Teste Wilcoxon. DP: desvio padrão. Q1: quartil 1. Q2=mediana. Q3: quartil 3.

A Tabela 11 apresenta os valores estatísticos descritivos dos escores isolados dos fatores do IPF, comparando os tempos T1 e T2 no grupo G3. O Teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença estatística significativa entre os tempos T1 e T2 do estudo, confirmando que o placebo não impactou o nível de estresse relacionado ao Fator

1 - Relacionamentos Sociais, ao F2 - Vida sem filhos, ao F3 - Relacionamento Conjugal e Sexual e ao F4 - maternidade/paternidade antes e depois da intervenção.

Tabela 11. Estatística descritiva dos escores do Inventário de Problemas de Infertilidade (IPF) para o Fator F1, F2, F3 e F4 comparando os tempos T1 e T2 do **grupo G3**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

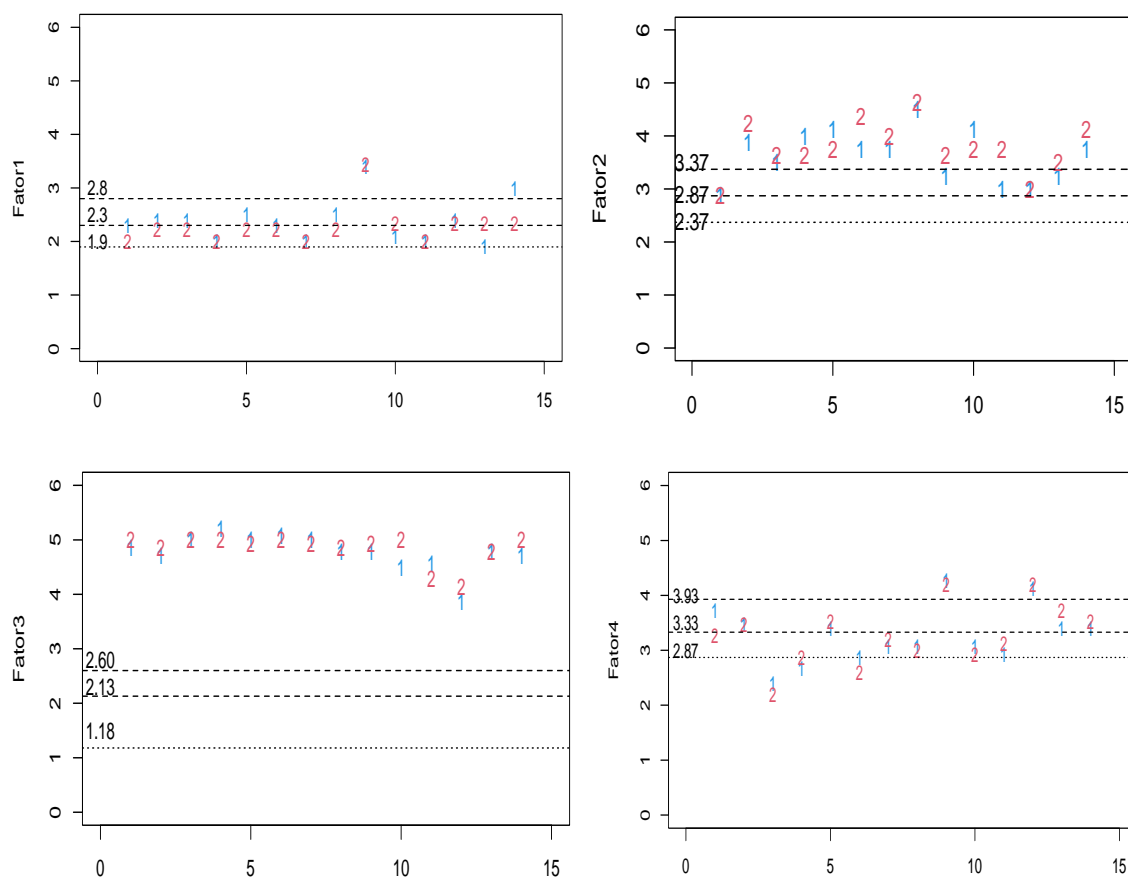
G3	Tempo do Estudo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Q1	Q3	DP	p*
Fator 1	T1	2,00	4,90	2,80	2,87	2,30	3,10	0,79	0,735
	T2	2,11	4,56	2,78	2,94	2,22	3,33	0,83	
Fator 2	T1	2,50	5,00	2,75	3,16	2,75	3,38	0,75	0,531
	T2	1,75	4,38	3,00	3,07	2,38	3,38	0,77	
Fator 3	T1	2,64	5,00	4,57	4,19	3,71	4,79	0,82	0,683
	T2	1,75	4,38	3,00	3,07	2,38	3,38	0,71	
Fator 4	T1	2,93	5,27	4,00	3,99	3,47	4,60	0,75	0,753
	T2	3,20	5,40	3,60	4,03	3,33	4,60	0,81	

* Teste Wilcoxon. DP: desvio padrão. Q1: quartil 1. Q2=mediana. Q3: quartil 3.

As figuras 6, 7 e 8, a seguir, representam graficamente e de forma ilustrativa estes resultados, considerando os escores fatoriais isolados para cada grupo do estudo, G1, G2 e G3, em que os valores obtidos podem ser comparados com a classificação geral para interpretação dos fatores F1, F2, F3 e F4, conforme sugerido por Ribeiro (2007) e apresentado anteriormente na tabela 10.

A figura 6 apresenta o gráfico de dispersão dos valores do IPF para o grupo G1, submetido à intervenção Reiki nos tempos T1 e T2 do estudo. Para os quatro fatores do IPF associados ao Reiki, o teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença significativa nos valores dos fatores F1 ($p=0,167$), F2 ($p=0,20$), F3 ($p=0,30$) e F4 ($p=0,86$).

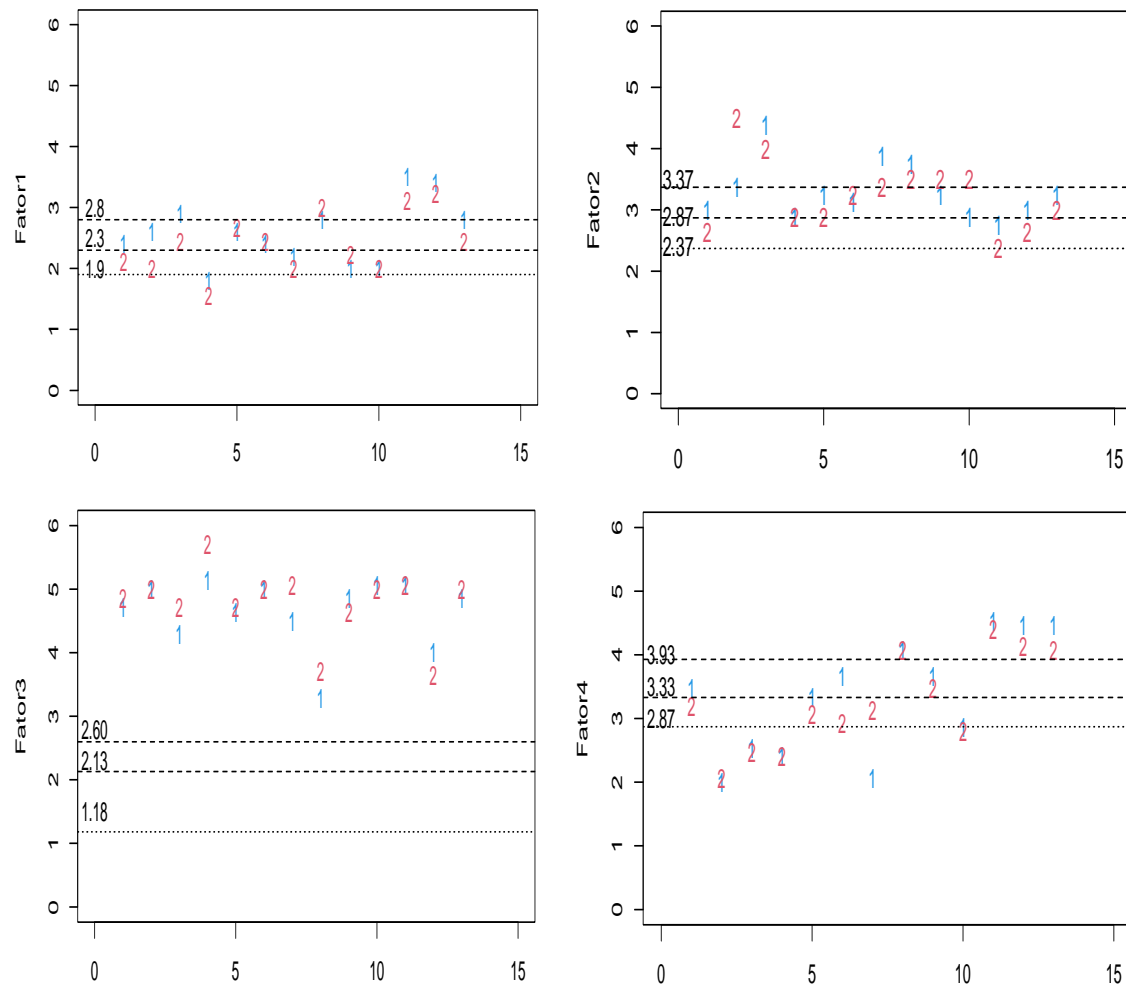
Figura 6. Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o **grupo G1**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



Elaborado pela autora

A figura 7 apresenta o gráfico de dispersão dos valores do IPF para o grupo G2, submetido à intervenção Placebo, nos tempos T1 e T2 do estudo. Para os quatro fatores do IPF associados ao placebo, o teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença significativa nos valores dos fatores F1 ($p=0,05$), F2 ($p=0,36$), F3 ($p=0,13$) e F4 ($p=0,08$).

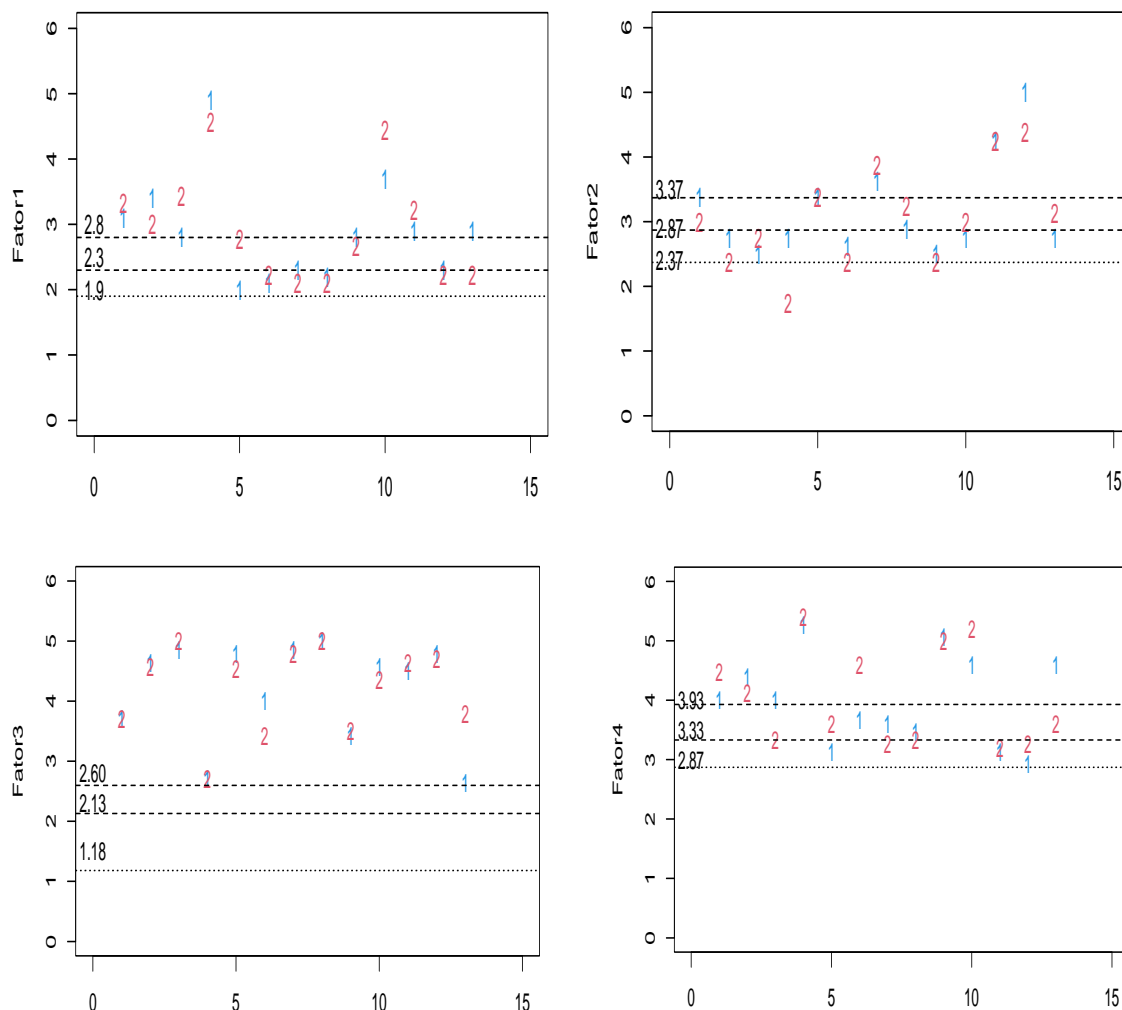
Figura 7. Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o **grupo G2**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



Elaborado pela autora.

A figura 8 apresenta o gráfico de dispersão dos valores do IPF para o grupo G3, grupo que não recebeu intervenção (Controle) nos tempos T1 e T2 do estudo. Para os quatro fatores do IPF associados ao placebo, o teste não paramétrico de Wilcoxon apontou não haver diferença significativa nos valores dos fatores F1 ($p=0,73$), F2 ($p=0,53$), F3 ($p=0,68$) e F4 ($p=0,75$).

Figura 8. Gráfico de dispersão dos valores do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) no tempo T1 e T2 para os Fatores F1, F2, F3 e F4 para o **grupo G3**, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023



Elaborado pela autora.

A Tabela 12 apresenta as taxas de gestação das participantes após o término do tratamento nos grupos G1 e G2, submetidas ao Reiki e placebo respectivamente e G3, as participantes que não receberam intervenção, concomitante à utilização da técnica ICSI na RA.

Segundo o Teste Exato de Fisher, não houve diferença estatística significativa em relação à taxa gestacional ($p=0,33$). No entanto, em uma comparação quantitativa, relacionada à intervenção entre os grupos, as mulheres que receberam Reiki tiveram maior taxa de sucesso gestacional em relação aos demais grupos e, portanto, observou-se relevância clínica para o desfecho investigado.

Tabela 12. Taxa de gestação das participantes dos Grupos G1, G2 e G3 após o tratamento na Reprodução Assistida, Ribeirão Preto-SP, 2021-2023

Taxa de Gestação	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Total N(%)	p*
Engravidou					0,33
Sim	6 (42,9)	5 (38,5)	2 (15,4)	13 (32,5)	
Não	8 (57,1)	8 (61,5)	11 (84,6)	27 (67,5)	
Total	14	13	13	40	

*Teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

A discussão dos pontos relevantes desta investigação clínica, entendidos como contribuição para as áreas de interesse em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Reprodução Assistida no Brasil, está dividida em três tópicos, considerando os objetivos propostos da pesquisa.

O primeiro está relacionado ao perfil sociodemográfico das participantes, considerando o cenário da RA. O segundo tópico aborda os desfechos clínicos relacionados à ansiedade e ao estresse, e o terceiro tópico discute a taxa de gestação apresentada pelas participantes do estudo. Os três grupos de estudo são homogêneos e não houve diferença estatística entre eles quando comparados às variáveis sociodemográficas, clínicas e de conhecimento sobre Reiki, discutidas a seguir.

1. Perfil das Participantes

1.1. Perfil Sociodemográfico das Participantes

Atualmente, determinantes sociais, clínicos e estilo de vida têm demonstrado importante impacto na vida reprodutiva das mulheres bem como nos fatores de risco para o aumento da infertilidade feminina. Variáveis como idade, escolaridade, carreira profissional, consumo de tabaco e abuso drogas ilícitas, ingestão de álcool e dieta rica em gordura, sedentarismo, comportamento sexual de risco e infecções sexualmente transmissíveis (IST), ansiedade, depressão, poluentes atmosféricos, radiação e doenças do sistema reprodutor são apontados na literatura científica e pelas organizações de referência em saúde pública e mundial como potentes fatores de risco para disfunções do sistema reprodutor e consequentemente, infertilidade (EMOKPAE; BROWN, 2021).

A idade média das participantes foi de 35,5 anos, sendo que 21 (55,2%) encontravam-se na faixa etária entre 36 e 42 anos. Por ser uma variável que influencia diretamente no processo gestacional, a idade foi discutida relacionando-se aos possíveis fatores associados, apresentados na literatura.

A idade, segundo as evidências científicas, está bem consolidada como um fator que exerce grande influência na qualidade dos gametas e sistema endócrino feminino. O envelhecimento reprodutivo é definido pela redução da qualidade do microambiente e quantidade dos oócitos e folículos ovarianos, associando-se aos processos de infertilidade da mulher. O ovário é responsável pela produção dos óvulos, o primeiro órgão a sofrer um declínio funcional a partir dos 30 anos, o qual desencadeia um impacto direto na saúde das células e estruturas responsáveis pela manutenção da integridade e funcionalidade envolvidas no processo de fertilidade (BABAYEV; DUNCAN, 2022).

Sendo a idade um fator de impacto sobre a infertilidade de mulheres, há serviços na Reprodução Humana que incentivam aquelas com mais de 35 anos à prática das relações sexuais com maior frequência e regularidade, seis meses antes de iniciar o tratamento na RA, e as equipes mantêm contato com a mulher/casal durante todo este período (ALEIXO; ALMEIDA, 2021). Segundo o MS (2013), a partir dos 35 anos, as mulheres aumentam as chances de redução da fertilidade feminina, dos 40 a 44 anos a taxa de fertilidade basal cai para 62% e acima de 45 anos corresponde a 14%. Neste estudo, consideraremos gestação avançada aquela relativa a mulheres com idade igual ou superior a 35 anos.

A mudança de paradigma em relação ao status social da mulher também contribui para o aumento da incidência de sua infertilidade. Adiar a gestação vem sendo uma opção das mulheres em função do estilo de vida, relacionado especialmente à sua inserção expressiva nos espaços públicos do mercado de trabalho e autonomia para optar ou não pela gravidez (BEZERRA et al., 2015). Uma vez que optam pela gestação em idade mais avançada, mulheres com mais de 35 anos apresentam maiores riscos de desenvolver patologias gestacionais como obesidade, diabetes e hipertensão, complicações obstétricas e desfechos perinatais com pior prognóstico (PINHEIRO; AREIA; PINTO; DONATO, 2019). Apesar dos riscos relacionados com o avanço da idade na gestação, amplamente divulgados na literatura, as mulheres têm recorrido com maior frequência às TRA para satisfazerem o desejo de se tornarem mães.

Embora na perspectiva biomédica os fatores de risco para possíveis agravos e complicações durante a gestação tardia sejam evidenciados, gestar é um fenômeno

naturalizado na sociedade brasileira e a infertilidade coloca a mulher na contramão das convenções sociais (FIOCRUZ, 2022). Limitar o olhar ao aspecto biológico da gestação, analisando-o de maneira objetiva e norteada por protocolos clínicos e evidências científicas, parece não ser suficiente para a compreensão da magnitude e complexidade que existe em torno deste processo (ALDRIGHI et al., 2016).

Mesmo diante dos possíveis riscos biológicos, a gestação também é percebida pelas mulheres segundo fatores subjetivos, sendo eles as experiências prévias, culturais, sociais e, muitas vezes, familiares. A gestação faz parte dos planos para uma vida realizada e satisfatória, esteja ela em um relacionamento estável ou independente (BAYRAMPOUR; HEAMAN; DUNCAN; TOUGH, 2012).

Este último estudo citado apontou ainda que a maioria das mulheres em idade avançada reconhece ou tem a percepção real dos riscos. Nesse sentido, com o aumento crescente da gestação em idade avançada, os profissionais de saúde têm papel fundamental na saúde e desfecho gestacional dessas mulheres. Acolher de maneira atenta e sensível, sem eximir-se das informações pertinentes do contexto clínico e compreender os fatores motivacionais interligados com a gestação avançada é fundamental para desfechos mais positivos.

Uma assistência integrativa, livre de julgamentos pessoais, que contemple as dimensões física, emocional, social e espiritual da mulher tende a favorecer maior adesão às recomendações profissionais para o autocuidado materno e fetal, proporciona o desenvolvimento de vínculos mais estreitos com a equipe de saúde bem como uma gestação mais segura e reduzida de complicações.

Em uma investigação sobre a vivência de mulheres na gestação avançada, dentre os fatores relacionados apresentados, chamou atenção a ambivalência de seus sentimentos, que transitaram entre medo e felicidade. Todavia, a preocupação sobre as incertezas da gestação de alto risco fora atenuada ao terem conhecimento da saúde satisfatória dos bebês e, portanto, a aceitaram, trazendo a percepção de felicidade e alegria com a situação atual e futura. Outro ponto interessante no estudo é o aspecto da maturidade pessoal em relação à idade avançada na gestação. As gestantes demonstraram sentir-se mais seguras, competentes, responsáveis e preparadas emocionalmente para gestar, colocando-se em condição de alerta e vigília, especialmente para o autocuidado físico durante a gestação, conciliado com o acompanhamento obstétrico dos profissionais de saúde (ALDRIGHI; WALL; SOUZA, 2018).

Resultados semelhantes sobre o aspecto emocional de mulheres com idade igual ou maior que 40 anos, quando submetidas aos tratamentos na RA, apontaram que emoções negativas são observadas em menor frequência quando comparado às mulheres com idade inferior a 40 anos, na mesma situação, o que pode estar relacionado com o aspecto da percepção de maior preparo emocional e segurança frente ao processo. Contudo, estas mulheres apresentam menor interesse nas relações sociais, por exemplo, por se dedicarem integralmente ao momento que estão vivendo (SCARAVELLI et al., 2023).

Em relação aos filhos, cabe ampliar o olhar para o aspecto do desenvolvimento fetal e de crianças concebidas por meio de uma gestação em idade avançada, em comparação com o desenvolvimento daquelas de uma gestação de mulheres mais jovens. Apesar de os riscos para bebês e mães, resultantes de gestação na idade materna avançada já estarem consolidados na literatura e empiricamente, cabe citar um estudo longitudinal apontando que crianças de até cinco anos de idade, de uma gestação em idade avançada, apresentaram melhor habilidade emocional, melhor desenvolvimento da linguagem, menor risco de lesões e melhores indicadores de saúde (SUTCLIFFE et al., 2012).

Assim, a gravidez em idade avançada se mostra em diferentes facetas. Por um lado, os riscos reais, objetivos e biológicos maternos e fetais; por outro lado, os aspectos subjetivos, sociais e individuais que motivam as mulheres a investirem em uma gestação, mesmo com idade superior a 35 anos. Estas mulheres se sentem mais competentes para vivenciar gravidez de alto risco, assumindo os riscos e os benefícios, quando amparadas por uma equipe interprofissional de saúde qualificada para o atendimento neste contexto, utilizando abordagens multidimensionais frente aos desdobramentos deste processo complexo e desafiador, tanto para a mulher quanto para os profissionais que as assistem.

No que se refere à situação conjugal, quase a totalidade das participantes deste estudo estava casada ou em união estável. Para as mulheres na RA, ter um companheiro é fator fundamental para o seguimento nessa assistência. Apesar de a constituição familiar adotada atualmente, com diferentes formas institucionais de núcleo familiar, neste estudo as relações conjugais se configuraram heteronormativas.

A relação afetiva para uma gestação em idade avançada deve ser levada em consideração. Ao se deparar com o diagnóstico da infertilidade e a possibilidade de realizar o tratamento utilizando as TRA, o casal defronta-se com uma série de desafios estabelecidos no percurso do tratamento. Readaptações conjugais, prioridades atribuídas

ao tratamento e uma adequação do estilo de vida, especialmente social e financeira, são necessárias para dar suporte durante todo o processo.

O sonho da parentalidade biológica entre o casal que vivencia a RA evidencia um momento sigiloso do processo. É comum aos casais se manterem privados do convívio social, com intuito de evitar os estigmas da infertilidade, como por exemplo o julgamento social pela dificuldade de procriação, os questionamentos sobre os procedimentos, os riscos de uma gravidez avançada na RA e a morosidade do tratamento. Em muitas situações, o casal passa por um processo de mudança no padrão ou ressignificação marital, levantando inclusive a hipótese sobre o futuro da união, caso as chances de gestar se apresentem remotas (SOUZA; CENCI; LUZ; PATIAS, 2017).

O companheiro da mulher infértil exerce um papel importante no auxílio ao enfrentamento multidimensional das consequências do tratamento na RA. Um estudo com mulheres na faixa etária semelhante às das participantes desta pesquisa apontou que elas apresentaram, ao longo do tratamento, sentimentos como tristeza, luta, angústia, ansiedade, culpa e depressão associados à infertilidade. Os companheiros apresentaram um comportamento de repressão dos seus próprios sentimentos, na tentativa de exercer um papel mais protetor às mulheres, e de serem sua principal fonte de apoio (FARIA; GRIECO; BARROS, 2012).

No estudo de Campos e Scorsolini-Comin (2021) esses achados são corroborados, mostrando que os companheiros apresentaram comportamento solidário, empático e protetivo em relação ao sofrimento da companheira, no enfrentamento da infertilidade. No entanto, o estudo apontou também que a infertilidade afetou diretamente o aspecto emocional do casal, alterando a qualidade de vida de ambos, reforçando uma relação tênue entre infertilidade e labilidade humoral. Nesse sentido, sabe-se que o estado emocional do companheiro impacta diretamente nas respostas comportamentais de enfrentamento deste momento. Contudo, o olhar direcionado ao sofrimento dele muitas vezes é negligenciado, pois a mulher torna-se o centro do cuidado.

Durante a RA, outras repercussões são evidenciadas entre o casal. Os resultados de uma revisão sistemática da literatura, que teve como objetivo analisar as expectativas de casais inférteis frente ao diagnóstico de infertilidade e como a RA pode contribuir para mudar essa realidade, mostraram que a infertilidade interrompe ou desvia de maneira significativa projetos de vida do casal. Neste caso, embora o problema afete o casal, a mulher tende a manifestar de maneira mais intensa angústia, sofrimento, ansiedade, estresse e depressão relacionados à infertilidade e seus desdobramentos, mas também é

um processo doloroso e angustiante para o parceiro, especialmente quando a infertilidade é masculina, reportando-se a um estigma social, afetando sua autoestima (FÉLIS; ALMEIDA, 2016).

Neste estudo, uma observação importante sobre os companheiros merece ser compartilhada. Estes não foram incluídos na pesquisa, todavia, ao realizar o convite às companheiras, eles as incentivaram participar, vislumbrando talvez a possibilidade da aplicação do Reiki contribuir para o aspecto emocional delas e conseqüentemente impactar positivamente no desfecho do tratamento na RA.

Quanto à escolaridade, a maioria das participantes possuía ensino universitário completo, e em menor proporção, ensino médio completo. A literatura aponta a escolaridade como um fator importante associado ao adiamento ou escolha reprodutiva em não ter filhos. À medida que as mulheres avançam em anos na educação, há uma queda aproximada de 0,4 filhos, podendo gerar um impacto futuro relacionado à infertilidade (POIATTI, 2020).

No Brasil, são poucos os estudos que direcionam a investigação isolada da escolaridade com a interface da infertilidade feminina. Para aqueles que abordaram esta variável, isolada ou conjuntamente com outras variáveis sociodemográficas, percebe-se um consenso de que maioria das mulheres que buscam o tratamento na RA possui nível de escolaridade com ensino médio ou universitário completo (POIATTI, 2020; DUARTE; TEIXEIRA, 2021).

Apesar de ser relevante a demanda das mulheres com este perfil para o tratamento da infertilidade, observa-se uma deficiência na divulgação e implementação equitativa da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida no país, gerando desafios ao acesso às informações sobre os direitos e os tratamentos das mulheres inférteis, com alta ou baixa escolaridade (LEÃO; LINDÔSO, 2020).

Estudo de Duarte e Teixeira (2021), que teve como principal objetivo analisar o efeito do nível de escolaridade sobre a fecundidade de mulheres brasileiras, corrobora estes dados. Foi observada uma relação positiva entre nível de escolaridade e a tendência de as mulheres não serem mães ou optarem por ter, no máximo, um filho. Os efeitos marginais das variáveis associadas à fecundidade, incluindo a escolaridade, confirmaram que o nível de escolaridade é inversamente proporcional à fecundidade, ou seja, quanto mais alta é a escolarização da mulher, menor é a taxa de fecundação, influenciando na redução das possibilidades de gestação.

Esses resultados aparecem também em um estudo realizado há mais tempo, da autoria de Oliveira (2007), o qual levantou a discussão sobre o efeito negativo da escolarização em relação à taxa de fecundidade de mulheres portuguesas. Tal efeito está relacionado com o contexto em que as mulheres são mães de dois ou mais filhos, e que a menor escolarização aumenta a taxa de fecundação. A autora enfatiza que a inserção da mulher no mercado de trabalho, seu maior conhecimento e acesso a métodos contraceptivos e a estabilidade financeira e conjugal parecem ter relação com o adiamento da gestação, aumentando as chances do desencadeamento da infertilidade feminina.

Contudo, o paradigma sociocultural que as mulheres enfrentam desde a transição do século XX para o XXI traz à reflexão o fato de que educação e maternidade não podem ser analisadas de maneira isolada, pois a mulher é indivisível, e tem o direito fundamental humano de usufruir dos direitos à educação e de optar pela maternidade, conjuntamente (OLIVEIRA, 2014).

Foi possível observar neste estudo, que a maioria das participantes tinha ensino médio e/ou universitário completo. Ao refletirmos, neste contexto, a relação entre escolaridade e infertilidade, ficou claro que adiar a gestação, pelos vários motivos apresentados na literatura, pode levar a uma maior insatisfação das mulheres e/ou casais com a demora para conseguir engravidar; há um maior custo com os tratamentos para infertilidade e, conseqüentemente, uma chance maior de infertilidade devido à idade e à redução da funcionalidade do sistema reprodutor.

Em relação às variáveis renda familiar e ocupação/profissão, neste estudo a maioria das participantes era profissional liberal, economicamente ativa e independente financeiramente dos companheiros, com renda familiar entre três e cinco salários mínimos. O enfoque da literatura científica para estas duas variáveis sociodemográficas é limitado, sendo que poucos estudos abordam especificamente o impacto do trabalho e a situação financeira relacionados à infertilidade feminina (CUNHA; VASCONCELOS, 2016;

Os serviços de referência para o tratamento da infertilidade oferecidos no âmbito público não são 100% gratuitos e, considerando o aumento de mulheres e/ou casais com infertilidade, as políticas públicas voltadas para essa assistência específica e complexa precisam ser revistas para facilitar o acesso aos tratamentos, bem como seu financiamento. As mulheres que são encaminhadas aos centros de reprodução humana dos hospitais públicos que oferecem o tratamento da RA têm de se reorganizar financeiramente e reavaliar prioridades, pois as medicações prescritas utilizadas são

consideradas de alto custo, restritas a determinadas revendedoras e são subsidiadas integralmente pelas mulheres (PEREIRA, 2013; SOUZA; CENCI; LUZ; PATIAS, 2017).

Isso requer um planejamento adaptativo atual e prospectivo, em que as mulheres e/ou o casal precisam elencar prioridades em suas vidas, no sentido de equilibrar o orçamento e financiar o tratamento na RA. Os ciclos do tratamento muitas vezes necessitam de dosagens maiores de medicação, gerando um impacto financeiro importante para as mulheres, pois uma vez iniciado o processo, elas assumem os desafios de arcar com os altos custos para terem a chance de engravidar.

A infertilidade impacta nos diferentes aspectos da vida da mulher, como a dinâmica familiar, a atividade laboral e de socialização, a escolarização, bem como o estilo de vida. O sofrimento emocional devido à infertilidade e seus tratamentos pode levar a uma redução potencial do desempenho profissional, trazendo prejuízos econômicos futuros. Conciliar a rotina de consultas e o trabalho é um desafio para as mulheres, que por vezes se ausentam ou abandonam seus empregos para se dedicar integralmente ao tratamento da infertilidade, o que interfere de maneira significativa na renda familiar (LUNA, 2022).

Sob a perspectiva da mais participação das mulheres no mercado de trabalho, em 2011, o Banco Mundial afirmou que elas representavam de 40% da força de trabalho no mundo e que o Brasil seguia a tendência internacional. Atualmente, observa-se a inserção das mulheres com idade entre 25 e 35 anos nos espaços economicamente ativos e, com maior prevalência, direcionam tempo para o aperfeiçoamento profissional, adiando a maternidade em função do plano de carreira desejável e conseqüentemente, aumentando os riscos para a infertilidade (BANCO MUNDIAL, 2011).

As longas jornadas de trabalho, com dedicação máxima à performance de desempenho associadas às jornadas domésticas de trabalho, adiam o planejamento familiar em tempo viável para gestação. Assim, é possível, de maneira observacional, traçar uma correlação entre a atividade laboral e infertilidade.

Estudo de Cunha e Vasconcelos (2016) analisou a fecundidade e a participação de mulheres no mercado de trabalho no Brasil e concluiu que há uma correlação negativa entre altos salários e fecundidade ou adiamento em tempo oportuno da gestação. Dessa forma, as mulheres que possuem alta renda apresentam maior probabilidade de não ter filhos por optarem pela participação por mais tempo no mercado de trabalho. Podemos observar, portanto, que estas variáveis, de maneira indireta, podem contribuir para o

surgimento da infertilidade de mulheres economicamente ativas e que competem por cargos altamente remunerados.

Quanto aos aspectos religiosos e/ou espirituais das participantes, a maioria declarou ter uma religião ou conexão espiritual e praticar a religiosidade ou a espiritualidade pelo menos duas vezes por semana. A maioria das mulheres da amostra deste estudo era católica, seguida de espíritas, evangélicas e espiritualistas.

No contexto da saúde, espiritualidade e religiosidade são complementares, contudo, é importante compreender a diferença entre os conceitos. A religiosidade é a prática sistematizada de crenças a partir de uma religião e suas doutrinas, representadas por símbolos e rituais. Já espiritualidade está mais associada com o propósito, sentido de vida e as relações intrínsecas e extrínsecas com o transcendente, está além do imaterial, alcançando o sagrado que existe em cada ser humano (KOENIG, 2012; PUCHALSKY; BLATT; KOGAN; BUTLER, 2014).

Dentre os desdobramentos da infertilidade, o conflito, a crise ou sofrimento espiritual podem ser manifestados levantando questionamentos sobre sentido e propósito de vida. Pesquisadores observam que a transição da mulher para a maternidade pode ser relacionada como uma experiência sagrada, de caráter transcendente e, portanto, espiritual (PRINDS; HVIDT; MOGENSEN; BUUS, 2014).

Para as mulheres inférteis, a interrupção do ciclo natural de conceber um filho pode levar a um processo desconectivo com sua própria identidade e reduzir o sentido de vida, desencadeando sentimentos como impotência, incompletude, disfuncionalidade, baixa autoestima, entre outros (SILVA et al., 2012; BATOOL; VISSER, 2016).

Segundo uma síntese de estudos qualitativos com mulheres, homens e casais inférteis, existe uma correlação próxima entre infertilidade e espiritualidade. As pessoas que vivenciam o problema manifestam a necessidade do suporte espiritual para o enfrentamento circunstancial da infertilidade, situação que prejudica de maneira significativa a percepção da existência holística de si. Dessa forma, os profissionais que assistem diretamente a população infértil necessitam ampliar as estratégias de cuidado, incluindo terapias holísticas que permitam a manifestação das necessidades espirituais intrinsecamente apoiadas na infertilidade, bem como superar os desafios dos tratamentos e o viver nesta condição de saúde com menor carga de sofrimento (ROMEIRO et al., 2017).

Estudo que investigou a vivência de mulheres com gestação em idade avançada considerou a religiosidade ou espiritualidade como fatores indispensáveis no

enfrentamento e alívio do sofrimento gerado pelo medo e preocupação que circundam a gestação tardia. Aquelas que praticavam a religiosidade ou espiritualidade, receberam o apoio de suas comunidades de fé, fortalecendo também os vínculos sociais, sentiram-se mais confiantes e importantes neste processo. Ainda, mobilizar a fé, pautada na espiritualidade ou religiosidade foi importante para estas mulheres na superação dos desafios relacionados à gestação (OLIVEIRA, 2014).

Semelhante a estes achados, há de se notar que a religiosidade ou a espiritualidade influenciam de maneira significativa e positiva na infertilidade. Os autores Collins, Kim e Chan (2018) identificaram em um estudo com mulheres americanas inférteis, de etnias raciais distintas, que 70% delas recorreram à oração para superar ou lidar com os desafios ou diagnóstico da infertilidade, trazendo alívio do sofrimento.

Em outro estudo, prospectivo, controlado e aleatorizado que investigou a incorporação da espiritualidade enquanto intervenção em um grupo de mulheres chinesas, submetidas aos tratamentos na RA, concluiu que a mobilização da espiritualidade nas mulheres favoreceu o bem-estar espiritual durante o tratamento, reduzindo os níveis de sofrimento físico e ansiedade, contribuindo ainda para o ajustamento psicossocial das participantes frente ao tratamento (CHAN et al., 2012).

Nesse sentido, nos centros de referência para tratamento da infertilidade, o modelo de cuidado centrado no aspecto biológico e fragmentado reduz a possibilidade de olhar para a dimensão espiritual que para a maioria das mulheres é fundamental em suas vidas. Assim, Romeiro e Caldeira (2017) enfatizam que os desdobramentos multidimensionais que abrangem a vida da mulher infértil são complexos e evidenciam uma oportunidade para o cuidado espiritual, por tangenciar o aspecto existencial e sentido de propósito para estas mulheres, contribuindo para o alívio de seu sofrimento.

Ao analisarmos estes resultados à luz das evidências científicas, fica clara a consolidação e a necessidade urgente da inclusão do cuidado espiritual na assistência de saúde às mulheres inférteis como um recurso terapêutico concomitante aos tratamentos da infertilidade e na prática clínica em saúde (CALDEIRA; ROMEIRO; MARTINS; CASALEIRO, 2019). Os estudos apontam que esta dimensão impacta sobremaneira os aspectos mentais, emocionais e respostas orgânicas das mulheres, influenciando diretamente na atitude comportamental e tomada de decisão frente à condição de saúde ou tratamento na RA.

Contudo, as pesquisas que correlacionam infertilidade com religiosidade e espiritualidade precisam ser exploradas amplamente, com intuito de compreender, em

profundidade, possíveis relações de causa e efeito, articuladas com outros determinantes em saúde. É fundamental considerar a ética, valores e crenças individuais e os fins terapêuticos das pesquisas que envolvem este tema, bem como qualificar melhor a experiência, percepção e significado da dimensão religiosa e espiritual na vida das mulheres inférteis e em tratamento na RA.

1.2 Perfil Clínico das Participantes

Nesta pesquisa, segundo o Teste Exato de Fisher, as variáveis elencadas como clínicas não apresentaram diferença estatística significativa em relação aos grupos de estudo G1, G2 e G3, contudo, apresentamos uma análise do perfil clínico das participantes, comparando os resultados obtidos com a literatura e destacando resultados relevantes.

A maioria das participantes era nuligesta, com tentativa para engravidar há mais de cinco anos e fizeram ao menos um ciclo de tratamento prévio na RA.

Apesar de a infertilidade ser uma questão de saúde pública e altamente complexa, no Brasil e no mundo, do ponto de vista social, falar sobre o assunto não é um tema corriqueiro, discutido em comunidade. Como já mencionado anteriormente, há uma lacuna, inclusive, nos serviços de saúde, onde os profissionais não exploram o tema com homens e mulheres de maneira preventiva ou para promoção da saúde. Dessa forma, as mulheres que vivenciam o problema recorrem a diferentes fontes de informação para compreender todo o processo multifacetado que abrange a infertilidade.

No contexto social, as mulheres que tentam engravidar por um longo período sem sucesso são denominadas de tentantes, termo atribuído por elas. Nas plataformas virtuais, definidas como redes sociais, existem diversos grupos e canais de comunicação com intuito de promover um espaço de acolhimento e de apoio às mulheres tentantes. Fazem parte destes grupos sociais mulheres inférteis e aquelas que não receberam o diagnóstico de infertilidade, mas por algum motivo, não conseguiram engravidar.

Nesse sentido, pesquisa de Allebrandt e Freitas (2020) investigou, do ponto de vista etnográfico, como as redes sociais podem contribuir para disseminação do conhecimento sobre infertilidade. Identificou-se que as publicações sobre o tema, nos grupos específicos de mulheres tentantes, são especializadas e incluem informações sobre as tecnologias utilizadas nos tratamentos, exames específicos, emergindo uma rede

solidária de partilha de experiências, históricos de tratamentos prévios, proporcionando maior interação, sentimento de pertencimento e identificação entre as mulheres.

Estes autores esclarecem que as redes de apoio não substituem a relação entre as mulheres em tratamento e os profissionais de saúde que as assistem, contudo, este canal de comunicação amplia as possibilidades do acesso às informações sobre infertilidade, empoderando ainda mais a mulher na tomada de decisão compartilhada com os profissionais de saúde, junto ao seu itinerário terapêutico. Além disso, as redes de apoio contribuem para a ampliação do olhar às necessidades múltiplas das mulheres, que ultrapassam a abordagem tecnicista do profissional da saúde, proporcionando uma rede de suporte e acolhimento multidimensional.

É notável que as redes sociais possibilitam um acúmulo de informações significativas sobre a infertilidade. Nos grupos específicos, mulheres que vivenciaram o diagnóstico e tratamento e que foram esclarecidas pelos profissionais de saúde assumem uma postura solidária de compartilhar as informações com outras mulheres que estão em situações semelhantes de condição de saúde. Contudo, há riscos na qualidade das informações publicadas e as fontes de informações muitas vezes não são seguras. Além disso, as experiências individuais não podem ser generalizadas, aplicando-se a todas as mulheres de igual maneira.

O longo período de tratamento ou tentativas para engravidar são considerados um processo que gera sofrimento, angústia, negação, culpa, impotência e vazio nas mulheres inférteis. O sentido da maternidade e da infertilidade possui particularidades para cada mulher, entretanto, apresenta semelhanças abrangentes entre elas, especialmente no que se refere aos aspectos subjetivos, mas também nos desdobramentos práticos na vida social, econômica, conjugal/sexual e profissional. O acompanhamento de uma equipe interprofissional é fundamental no auxílio do manejo dos prejuízos causados pela infertilidade (LEÃO; LINDÔSO, 2020; LINS; PATTI; PERON; BARBIERI, 2014).

Outro aspecto importante relacionado às consequências psicológicas em mulheres inférteis é o surgimento dos transtornos mentais associados à infertilidade. Uma revisão sistemática e meta-análise avaliou a comparação entre a prevalência, os fatores de risco e o impacto psicológico da infertilidade em mulheres inférteis e férteis. Os resultados mostraram uma associação estatisticamente significativa entre fertilidade, sofrimento psíquico e depressão, concluindo que o surgimento de transtornos mentais é crescente na população feminina infértil (HAZLINA; NORHAYATI; BAHARI; ARIF, 2022).

Corroborando estas evidências, um estudo multicêntrico de desenvolvimento de consenso internacional sobre infertilidade que apontou as 10 prioridades para pesquisas futuras sobre o tema, destacou que o aspecto emocional da mulher infértil é frequentemente ignorado pelas equipes de saúde e o impacto na saúde psicológica está associado aos desfechos clínicos, merecendo, portanto, uma abordagem ampliada de acompanhamento durante os tratamentos (DUFFY et al., 2021).

Considerando estes aspectos, outro dado importante, observado pelo padrão linguístico, sobre as tentativas de mulheres inférteis, refere-se aos sentimentos que emergem quando submetidas pela primeira vez às TRA, em comparação com as mulheres que já realizaram dois ou mais ciclos de tratamento. As mulheres que iniciaram pela primeira vez utilizaram uma linguagem mais voltada para o lazer e bem-estar e menos palavras relacionadas com otimismo ou negação, por exemplo; enquanto as mulheres que já realizaram vários ciclos demonstraram ter elaborado estratégias defensivas relacionadas aos sentimentos negativos que surgem durante todo o processo, apresentando uma narrativa variante entre otimismo e negação, em uma visão prospectiva do futuro (SCARAVELLI et al., 2023).

Seguindo neste raciocínio, estudo de Leão e Lindoso (2020) questionou mulheres inférteis sobre as expectativas futuras em relação às tentativas para engravidar, seguindo tratamento na RA. Elas revelaram otimismo e esperança em relação ao futuro, e que, apesar das chances baixas de uma gestação do ponto de vista biomédico, a persistência as motivava a prosseguir na tentativa de engravidar.

Resultados compatíveis também foram encontrados nos estudos realizados por Batista, Bretones e De Almeida (2016) e Zaia (2017). Essas pesquisas concluíram que mesmo diante do insucesso das tentativas e tratamentos prévios, a confiança nos avanços terapêuticos e tecnológicos disponíveis atualmente era um fator positivo para a tomada de decisão em manter os tratamentos na RA.

A partir da apresentação destes resultados, fica evidente que embora o processo para engravidar seja longo e doloroso para muitas mulheres inférteis, o desejo da maternidade, especificamente conceber um filho, supera as estatísticas epidemiológicas e as barreiras percebidas por elas durante todo este percurso.

Em relação à atividade sexual, a maioria das participantes referiu praticar sexo até duas vezes por semana, todas afirmaram ausência de IST e mais da metade não relatou comorbidades associadas. Contudo, 45% das participantes apresentaram patologias associadas, concomitante ao tratamento na RA. Na infertilidade, a discussão sobre a

prática e frequência das relações sexuais em mulheres inférteis é complexa e sensível, requerendo uma abordagem multidimensional.

Muitos fatores estão envolvidos neste processo e a literatura aponta sobremaneira, as repercussões, na maioria das vezes negativas dos aspectos sexuais na vida das mulheres inférteis.

Em uma revisão sistemática da literatura, foi observado que a função sexual de mulheres inférteis é prejudicada na maioria dos casos, especialmente no contexto dos tratamentos na RA. Para a maioria das mulheres, a relação sexual é considerada uma obrigação, um cumprimento de tarefas conjugais que fazem parte de uma etapa do tratamento; a frequência com que as mulheres fazem sexo tende a ser menor, sendo estimulada em um determinado momento do tratamento para favorecê-lo; e as disfunções sexuais estão presentes na maioria dos casos, seja na mulher infértil ou no casal (STARC et al., 2019).

Nesse sentido, pesquisa conduzida por Cocchiaro et al. (2020) investigou o sofrimento sexual e emocional de 162 casais inférteis. Os resultados mostraram que as disfunções sexuais são mais incidentes em mulheres e raras nos homens, e, portanto, as mulheres tendem a desenvolver ansiedade e maior preocupação frente aos desdobramentos dos tratamentos, inclusive sexuais. A infertilidade alterou de maneira significativa o desejo e hábitos sexuais dos casais, sendo que em até 60% deles, pelo menos um dos parceiros foi afetado e as mulheres representavam a maioria.

As mulheres são mais afetadas que os parceiros sexualmente, uma vez que se preocupam em ter relações sexuais nos dias férteis do ciclo, decorrente da expectativa de engravidar. A tensão gerada pela situação as distancia da espontaneidade; conseqüentemente, dissocia-se do prazer e satisfação (LEÃO; LINDOSO, 2020). O prejuízo nas relações sexuais pode desencadear outras repercussões nas mulheres inférteis. Durante o período fértil da mulher em tratamento na RA, é incentivado pelos profissionais de saúde que as mulheres tenham relações sexuais o máximo possível, mas por que a frequência das relações não corresponde às expectativas?

Segundo Faria, Grieco e Barris (2012), a redução na frequência das relações sexuais entre casais inférteis está relacionada com alterações negativas vividas pelas mulheres associadas ao sexo, apontadas como a diminuição da libido e a qualidade das relações insatisfatórias. Tais manifestações não são percebidas pelos seus parceiros e, portanto, estes não qualificam as frustrações expressas por elas, o que pode gerar conflitos múltiplos entre o casal.

Consequências semelhantes também foram observadas em um estudo que analisou a associação entre infertilidade e disfunção sexual em mulheres e homens inférteis e discutiu estratégias de abordagem para este cuidado. Os resultados apontaram que existe uma relação cíclica entre disfunção sexual e infertilidade a cada tentativa de reprodução, especialmente a partir do insucesso do tratamento, atrelado aos sentimentos de culpa, raiva e depressão, afastando ainda mais os casais da prática sexual, reafirmando a importância do seguimento com profissionais de saúde qualificados para acolher estas demandas (BERGER; MESSORE, PASTUSZAK; RAMASAMY, 2016).

Entende-se, portanto, a importância de uma rede de apoio diversa, como a institucional, representada pelos profissionais de saúde, assim como a social, a familiar e a religiosa/espiritual que amparem e acolham as demandas relacionadas às disfunções sexuais quando manifestadas, a fim de reduzir o impacto negativo na qualidade de vida de mulheres e/ou casais inférteis.

Em relação às IST, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Papiloma Vírus (HPV), sífilis, dentre outras, estes são fatores de risco de grande impacto na vida de casais inférteis. Os estudos indexados nas bases de dados sobre a correlação entre infertilidade e IST reportam, em sua maioria, aspectos associados à infertilidade masculina e em proporção muito menor, na feminina (RAVEL; MORENO; SIMÓN, 2021; TAMARELLE et al., 2019). Nesta discussão, daremos atenção ao impacto das IST na fertilidade feminina, lembrando que nenhuma participante neste estudo referiu infecções sexuais prévias.

O perfil epidemiológico e clínico das IST relacionados à infertilidade está cada vez mais evidente na literatura. As consequências das infecções sexuais podem resultar em complicações para o sistema reprodutor, sendo as vaginoses bacterianas, doença inflamatória pélvica (DIP) e endometrite as mais prevalentes e citadas na literatura. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado em 2020 pelo MS, reporta que a DIP é uma disfunção do sistema genital feminino superior, na maioria das vezes causada por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* e considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento da infertilidade feminina (BRASIL, 2022; TSEVAT; WIESENFELD; PARKS; PEIPERT, 2017). Estes agentes patogênicos podem prejudicar o metabolismo disfuncional das células T imunológicas, deixando-as mais vulneráveis a infecções oportunistas por outros agentes patogênicos (DARVILE, 2021).

Em relação à endometriose, esta é considerada uma doença ginecológica crônica, benigna, estrogênio-dependente e de natureza multifatorial que acomete principalmente mulheres em idade reprodutiva. Pode ser definida pela presença de tecido que se assemelha à glândula e/ou ao estroma endometrial fora do útero, com predomínio, mas não exclusivo, na pelve feminina (PODGAEC et al., 2020).

Esta disfunção pode levar à cronicidade e, portanto, apresentar múltiplas manifestações clínicas, dentre elas a infertilidade. As vias fisiopatológicas da endometrite, da DIP e vaginoses bacterianas estão intimamente conectadas e o diagnóstico precoce e tratamento destas afecções ginecológicas são urgentes para evitar desfechos clínicos como a infertilidade feminina (RAVEL, MORENO, SIMON, 2021).

Em duas revisões sistemáticas, incluindo uma meta-análise, foram avaliados a associação entre a microbiota vaginal e o papilomavírus humano (HPV), *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* como fatores de risco para o desenvolvimento da DIP. Os resultados sugeriram que estes microrganismos podem desequilibrar a ação moduladora suscetível da barreira físico-química da microbiota vaginal (TAMARELLE et al., 2019) e prejudicar a funcionalidade das trompas uterinas (PASSOS et al., 2022), culminando em consequências crônicas, como a infertilidade.

Os efeitos adversos do HPV na função reprodutiva masculina e feminina merecem destaque. Em relação ao câncer de colo de útero e de anexos, está bem consolidado na literatura que o HPV é o principal fator de risco para o desenvolvimento das neoplasias e que os desdobramentos advindos dos tratamentos, que inclui cirurgias, quimioterapia, radioterapia, entre outros, é um fator de risco alto para o surgimento da infertilidade feminina (FEBRASGO, 2023).

A associação do HPV e a infertilidade é multifatorial e depende do local de infecção do vírus nas estruturas reprodutivas e relaciona-se, de maneira geral, com estresse oxidativo, danos ao DNA levando à instabilidade genética, respostas imunomediadas pelo vírus. Em mulheres grávidas, alterações placentárias e na embriogênese podem provocar abortamentos e dificuldade em uma nova concepção (ISAGULIANTS et al., 2021).

As IST, de maneira geral, são fatores de risco na reprodução humana, seja em homens ou mulheres. Nesse sentido, é fundamental que uma anamnese detalhada, direcionada e ampliada, considerando o histórico de infecções e os fatores de risco para a contaminação seja realizada pelos profissionais de saúde no acompanhamento de mulheres ou casais inférteis, junto aos tratamentos para a infertilidade.

No que tange às comorbidades das participantes deste estudo, quase a metade delas referiu apresentar patologias associadas e as mais prevalentes foram disfunção do sistema endócrino e reprodutor, totalizando 12 mulheres. As especificidades das disfunções não foram foco de investigação neste estudo, entretanto, as mulheres citaram alterações da tireóide e endometriose, na maioria dos casos. O recorte breve sobre estas alterações nos ajuda a compreender melhor o perfil das participantes e a relação com a infertilidade.

A prevalência da disfunção é elevada entre as mulheres e está presente na maioria dos casos de mulheres com diagnóstico de infertilidade e dor pélvica crônica. Estimativas apontam que cerca de 50% de mulheres inférteis são acometidas por endometriose e, portanto, o impacto biopsicossocial é elevado nesta população (SILVA et al., 2021).

Cardoso et al. (2020), em um estudo retrospectivo, descreveram o perfil epidemiológico e clínico de mulheres com endometriose. Quase metade das participantes (49,5%) tinha o diagnóstico de infertilidade. Mulheres entre 30 e 40 anos apresentaram maior fator de risco para o desenvolvimento da infertilidade e aquelas que tinham comprometimento na tuba uterina devido à endometriose, apresentaram maior probabilidade de se tornarem inférteis.

Outro estudo mostrou que a endometriose influencia negativamente na qualidade de vida das mulheres. A presença da dor pélvica, oriunda da patologia, é prevalente e interfere diretamente na qualidade e frequência das relações sexuais, ocasionando frustração e culpa nas mulheres por evitá-las, impactando negativamente na vida conjugal. No aspecto profissional, a performance laboral reduziu. Os episódios de dor pélvica acarretaram indisposição, preocupação e comprometimento no desempenho profissional, levando a prejuízos financeiros, pois muitas mulheres se ausentaram ou deixaram o trabalho para o tratamento e controle dos sintomas (RODRIGUES et al., 2022).

Corroborando estes achados, uma revisão da literatura realizada por Caldeira, Serra, Inácio e Terra (2017) avaliou as consequências diretas da relação entre endometriose e infertilidade. Os aspectos emocionais, conjugais, sociais e transtornos mentais estão presentes na vida da mulher infértil, acarretando impactos negativos de difícil manejo devido à complexidade gerada pelo contexto multifatorial da infertilidade. A endometriose é uma patologia que requer abordagem interprofissional, para contemplar de maneira segura, efetiva e longitudinal mulheres que sonham ser mães, a partir dos tratamentos para a infertilidade, secundária à endometriose.

Já em relação à glândula tireóide, os estudos apontam uma relação direta de seus hormônios com as respostas aos tratamentos de mulheres com infertilidade. Os hormônios da tireóide influenciam o eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, funções neurobioquímicas e endócrinas que refletem na manutenção das estruturas associadas com a fertilidade feminina. Os distúrbios desta glândula afetam o sistema reprodutor de maneira pleiotrópica (SILVA; OCARINO; SERAKIDES, 2018), provocando alterações autoimunes e reprodutivas, incluindo a infertilidade (BROWN; OENG-GYASI; SALÃO; SHEKHAR, 2023).

A doença autoimune da tireóide (TAI), conhecida como autoanticorpos tireoidianos positivo atinge mulheres na fase reprodutiva do ciclo vital e, com frequência mulheres com infertilidade, secundária à TAI. A disfunção tireoidiana pode levar a hipo ou hiperatividade da glândula e requer tratamento farmacológico para o controle dos sintomas. Como consequência, os efeitos colaterais dos medicamentos podem afetar, de maneira transitória ou permanente, a função das gônadas femininas (KHIZROEVA et al., 2019). As mulheres em tratamento na RA com diagnóstico de infertilidade, apresentam risco maior em desenvolver disfunções tireoidianas devido ao uso do estrógeno em altas concentrações, o que afeta diretamente a funcionalidade da glândula, trazendo um elemento desafiador para o sucesso do tratamento (GUDE, 2011).

Em contrapartida, uma revisão sistemática e meta-análise sobre o efeito da autoimunidade tireoidiana no tratamento da RA, especialmente a fertilização in vitro (FIV) e ICSI, mostrou não haver diferença significativa nos desfechos do tratamento em mulheres eutireoidianas ou com hipotireoidismo subclínico (VENABLES; WONG; WAY; HOMER, 2020). Dessa forma, por serem complexos os eventos neuroendócrinos e parâmetros bioquímicos, estes devem ser investigados o mais precocemente possível, incluindo os distúrbios tireoidianos, imunológicos, metabólicos, absorção deficiente de micro e macronutrientes. Uma vez abordados precocemente, os desfechos tendem a ser melhores e aumentarem as chances de sucesso no tratamento de mulheres inférteis na RA (WASILEWSKI; LUKASZEWICZ-ZJAC; WASILEWSKA; MROCZKO, 2020).

Resultado semelhante foi observado no estudo de Tanska et al. (2023). Em mulheres inférteis, a prevalência de disfunções da tireóide tem aumentado significativamente e há uma heterogeneidade das condições causais nessa população. O estudo demonstrou que a autoimunidade tireoidiana pode impactar negativamente a fertilidade feminina, contudo, quando utilizadas as TRA, especialmente a ICSI no tratamento de mulheres inférteis, os resultados apontam melhores desfechos. A European

Thyroid Association (ETA) incentiva este tratamento específico em mulheres inférteis com autoimunidade tireoidiana (POPPE et al., 2021).

Fica claro que a função da tireóide é um importante parâmetro que deve ser monitorado, pois está comumente associado à infertilidade feminina. Essa condição pode provocar um ambiente citotóxico aos oocistos, reduzindo sua maturação e conseqüentemente a qualidade para a fertilização (BUCCI et al., 2022). Pode afetar, ainda, os desfechos obstétricos e fetais futuros (MAZZILLI et al., 2023).

Neste estudo, a prevalência de mulheres com esta disfunção foi baixa, contudo, problemas relacionados a alterações da tireóide podem ter sido um fator de contribuição para a atual condição de sua saúde reprodutiva. O seguimento clínico com profissionais qualificados e o esclarecimento dos desdobramentos da disfunção às mulheres inférteis são fundamentais, considerando que o controle da funcionalidade da glândula pode determinar o percurso e os recursos terapêuticos utilizados ao longo do tratamento na RA.

A seguir, serão abordadas as variáveis IMC, atividade física, qualidade da dieta alimentar, consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Neste estudo, a maioria (42,5%) das participantes, segundo a classificação do MS (2022, 2020a) apresentou eutrofismo, ou seja, valores para o peso dentro da normalidade, contudo, 35% das participantes estavam com sobrepeso e 22,5% delas estavam obesas.

O estilo de vida é um marcador importante para quem tem o desejo de engravidar, seja a mulher fértil ou infértil. Os estudos vêm demonstrando que o aconselhamento pré-concepcional a partir do conhecimento dos determinantes sobre o estilo de vida, inclusive no cenário da infertilidade, é uma etapa importante que pode resultar em desfechos satisfatórios no contexto reprodutivo (BOEDT et al., 2021).

No que tange ao peso corporal, a literatura científica é inconclusiva sobre a influência do peso e os mecanismos de ação na fertilidade feminina. Apresentaremos alguns desfechos utilizando métodos farmacológicos e não farmacológicos a partir dos estudos publicados na literatura mais recente sobre o assunto.

Os estudos mostram resultados que associam o aumento do índice de massa corporal, menores taxas de gestação e nascidos vivos e aumento do risco de abortamento espontâneo. O que está mais esclarecido na literatura são os impactos do sobrepeso e obesidade, condição presente na maioria das mulheres com idade reprodutiva em todo o mundo, atualmente. Sobrepeso e obesidade, considerados fatores modificáveis, dificultam ou desafiam a concepção ou sucesso do tratamento de mulheres inférteis (WEISS; CLAPAUCH, 2014). Segundo o relatório do Comitê de Práticas da Sociedade

Americana de Medicina Reprodutiva (ASMR), a obesidade se associa a mau prognóstico na RA, bem como a efeitos deletérios para uma gestação natural (PFEIFER et al., 2015).

Neste estudo a média de idade das participantes foi de 35,5 anos, e nesse sentido, Klenov e Jungheim (2014) apontam um dado importante para o perfil de mulheres inférteis nesta mesma faixa etária. A obesidade associada à idade avançada é um fator complicador para o sucesso dos tratamentos na RA, colocando em risco as chances potenciais para desfechos positivos com TRA. A obesidade interfere na funcionalidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, modulando a resposta ovulatória bem como influencia na função tireoidiana e adrenal (WEISS; CLAPAUCH, 2014).

Nessa direção, pesquisadores brasileiros investigaram a associação da obesidade e infertilidade aos aspectos anovulatórios e outros fatores associados. As evidências apontaram uma correlação positiva entre obesidade e o risco 3,1 vezes maior em mulheres obesas de desenvolver infertilidade anovulatória. Todavia, hábitos e estratégias que estimulem o controle do peso, por meio da prática de atividade física, qualidade nutricional e controle de outros fatores associados previamente aos tratamentos na RA podem ser benéficos para uma possível reversão do quadro clínico infértil e favorecer a gestação (FICHMAN; COSTA; MIGLIOLI; MARINHEIRO, 2020).

Corroborando estes achados, revisão sistemática e meta-análise da literatura realizada por Espinós et al. (2020), mostrou os efeitos de uma intervenção no estilo de vida de mulheres obesas e inférteis nos resultados da gravidez e do parto. Apesar da imprecisão nas estimativas de efeito e do risco de abortamento espontâneo nessas condições, os autores concluíram que intervenções baseadas em restrição alimentar e a prática de atividade física levaram a um pequeno aumento na taxa de gestação, mas com pequena diferença nas condições de vida dos nascidos vivos.

Dessa forma, os fatores como atividade física e qualidade nutricional merecem atenção nas mulheres inférteis em tratamento na RA. Como já foi mencionado anteriormente, o estilo de vida deve ser investigado previamente aos tratamentos, nas consultas pré-concepcionais, para avaliar as condições clínicas e fatores de risco associados a essas variáveis.

É o que mostrou o estudo de van Elten et al. (2018), que teve como objetivo investigar os efeitos de um programa de intervenção pré-concepcional de aconselhamento, seis meses antes do início do tratamento da infertilidade, sobre dieta e atividade física, acrescido de um plano de mudança de comportamento em mulheres obesas e inférteis. Os resultados apontaram que as mulheres que seguiram o plano

nutricional saudável, com redução de ingestão calórica e a prática de atividade física de duas a três vezes por semana apontou melhora dos índices cardiometabólicos, reduzindo drasticamente as chances de desenvolvimento de síndrome metabólica, o que pode prevenir complicações futuras durante o tratamento da infertilidade. Resultados semelhantes a estes também foram encontrados no estudo de Legro et al. (2022).

Outros achados semelhantes são apontados em uma revisão sistemática e meta-análise realizada por Kim, Eun-Sun e Kim (2020), que avaliou a eficácia de intervenções não farmacológicas em mulheres inférteis com sobrepeso e obesas. O grupo experimental, submetido aos métodos não farmacológicos, como dieta alimentar saudável e balanceada, atividade física regular e mudança comportamental foi comparado com o grupo controle, mantendo dieta habitual, uso de medicação e cuidados habituais ou nenhum tratamento para controle do peso. Os resultados mostraram que as mulheres do grupo experimental apresentaram efeitos positivos, a taxa de gestação e concepção natural foi significativamente maior comparado ao grupo controle e o estudo sugere que os métodos não farmacológicos contribuem para melhorar a taxa de nascidos vivos.

Neste estudo, a qualidade da dieta alimentar das participantes foi considerada pela maioria delas, balanceada e a frequência com que praticavam atividade física correspondeu a três vezes por semana ou mais. O controle do peso, por meio da dieta equilibrada e atividade física regular pode contribuir para desfechos mais positivos no tratamento da infertilidade. Às instituições de saúde, sugere-se que ofereçam programas de acompanhamento nutricional e estimulem atividade física regular prévia às mulheres inférteis em tratamentos na RA (FICHMAN; COSTA; MIGLIOLI; MARINHEIRO, 2020).

Em relação ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a maioria das participantes relatou baixo consumo de bebida alcoólica (menos de 1 dose diária) e nenhuma delas era tabagista ou consumia drogas ilícitas. Contudo, é fundamental reforçar a todos a importância da prevenção do consumo dessas substâncias, uma vez que essas são apresentadas na literatura das últimas duas décadas como fatores de impactos negativos na fertilidade feminina e masculina.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS brasileiro (2021), o Programa de Prevenção e Controle do Tabaco OPAS/OMS (2020) e o Center for Disease Control and Prevention dos EUA (CDC) (2020) consideram o tabagismo como uma epidemia global. Afirmam que os efeitos deletérios do hábito de fumar acarretam prejuízos sociais, econômicos e na saúde, incluindo a redução da fertilidade,

bem como o aumento dos riscos para o desenvolvimento da infertilidade feminina e masculina.

Mulheres tabagistas em tratamento para infertilidade, utilizando TRA, como por exemplo a ICSI, apresentam piores índices de fertilização nos ciclos de tratamento. A função tubária e ovulatória são alteradas, aumentando o risco de implantação deficitária de óvulos e embriões. O útero se altera quimicamente reduzindo as chances de sucesso de uma implantação embrionária. Aumentam os riscos para o surgimento de disfunções endócrinas, cardiovasculares, metabólicas, respiratórias. Nos homens, o hábito de fumar pode desencadear disfunção erétil, altera a qualidade do sêmen, do volume e a contagem móvel espermática, além de aumentar as taxas de fracasso na fertilização in vitro no tratamento na RA (SOARES; MELO, 2008; LOMBARDI; PRADO; SANTOS; FERNANDES, 2011; KOVAC; KHANNA; LIPSHULTZ, 2015; CORONA et al., 2020).

Uma revisão da literatura, realizada por Emokpae e Brown (2021), avaliou o efeito do estilo de vida na fertilidade e apontou recomendações importantes para casais e ou mulheres e homens inférteis que desejam engravidar, seja naturalmente ou utilizando recursos da RA. Afirmou ainda que hábitos incorporados no estilo de vida, incluindo tabagismo, consumo de álcool e outras drogas repercutem negativamente na fertilidade. As principais recomendações deste estudo sugerem que mulheres em tratamento com TRA sejam encorajadas pelos profissionais que as assistem a reduzir ou abster-se do consumo de álcool, pois há forte influência do álcool na produção de ovócitos, bem como nas taxas de nascidos vivos.

Resultados semelhantes foram observados em uma análise transversal sobre a correlação entre tabagismo e infertilidade. Os resultados mostraram que o risco de desenvolver infertilidade por mulheres tabagistas aumentou em 41,8% comparado com mulheres não tabagistas (HE; WAN, 2023).

Já uma revisão sistemática com meta-análise sobre a relação do álcool com o desenvolvimento de endometriose, condição de saúde considerada fator de risco para infertilidade, identificou uma correlação significativa entre ingestão moderada de álcool e endometriose (PIANI et al., 2012).

Ratificando estes resultados, Ângelis et al. (2020) apontaram que estudos de correlação entre uso de álcool e infertilidade possuem limitações e precisam ser melhor explorados em ensaios clínicos, contudo, o estudo mostrou que os efeitos do álcool podem provocar disfunção ovariana, hepática e endócrina, afetando diretamente a saúde reprodutiva da mulher. O abandono destes fatores de risco deve ser recomendado para

mulheres com o desejo de engravidar e para a manutenção mais saudável de sua saúde, sejam elas férteis ou inférteis.

Neste estudo, as participantes relataram baixo consumo de álcool e nenhum consumo de tabaco e outras drogas. Assim, entendemos a importância de reforçar e desestimular mulheres férteis e inférteis com desejo de engravidar, seja naturalmente ou em acompanhamento na RA, a adquirir hábitos e estilo de vida livres destas substâncias. Além de prejudicarem a saúde reprodutiva e serem um fator complicador em mulheres inférteis no tratamento da infertilidade, seu impacto na saúde em geral está associado com pior qualidade de vida, de maneira multidimensional.

1.3 Perfil sobre conhecimento das PICS e Reiki

Na presente investigação, segundo a caracterização do perfil das participantes, mais da metade delas já ouviu falar sobre PICS e a terapia Reiki. Contudo, a maioria delas nunca se beneficiou com qualquer terapia, incluindo o Reiki. Estes dados chamam a atenção para uma frágil divulgação e acesso das terapias integrativas, inseridas no contexto da saúde pública do Brasil por meio da PNPIC (2006) e de programas de oferta das terapias em âmbito estadual e municipal, especialmente inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS). Consideramos pertinente fazer uma breve contextualização e uma reflexão retrospectiva, prospectiva e sobre as expectativas para o avanço da saúde integrativa no Brasil e no mundo.

Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estabelecidos na Agenda 2030 das Nações Unidas, encontra-se a proposta de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Todavia, a publicação do relatório parcial da UN aponta que a maioria dos objetivos está longe de alcançar as metas estabelecidas e efetivar os compromissos firmados para a realização das mudanças necessárias. A pandemia de COVID-19 agravou drasticamente o progresso das ações. O relatório evidencia que adotar estratégias inovadoras, holísticas, inclusivas, compartilhadas, interdisciplinares, integradas às boas práticas já existentes, é um caminho sustentável, seguro e eficiente que atenderá às múltiplas necessidades das pessoas, incluindo o cenário da saúde humana (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015, 2023).

Nesse sentido, a urgência de olharmos para a saúde sob o aspecto integral e humanizado é uma realidade em todo o mundo e no Brasil. A PNPIC vem ao encontro de

fomentar a correlação dos aspectos social, biológico, psicológico com a saúde, reforçando que as demandas da sociedade não se restringem ao perfil epidemiológico, sendo que a saúde deve ser abordada de maneira interprofissional e interdisciplinar (BARLACH, 2021).

As PICS exercem hoje uma potente contribuição para a prevenção de agravos de saúde, tratamento e reabilitação no processo do adoecimento e na promoção de uma qualidade de vida melhor. O MS, por meio das diretrizes norteadoras para a oferta das PICS nos diferentes pontos de atenção à saúde, orienta a implantação e implementação de estratégias para o oferecimento das PICS, incentivando os profissionais de saúde a se capacitarem para ampliar as possibilidades terapêuticas em saúde de maneira segura e eficaz.

É certo que os desafios para a implementação das PICS enquanto recurso terapêutico disponível e reconhecido por profissionais de saúde e população são desafiadores, desde o aspecto da gestão do cuidado, da articulação em rede, financiamento, infraestrutura, recursos humanos, entre outros, ao oferecimento de fato à população. Muitos fatores estão envolvidos neste processo. A PNPIC, enquanto política pública vigente, não garante aos municípios a implantação das PICS de maneira homogênea. Há que se considerar a regionalização e os recursos financeiros atribuídos aos municípios para subsidiar a operacionalização das estratégias de implantação e oferta das terapias.

Apesar dos desafios existentes, a PNPIC apresenta atualmente avanços significativos para o cuidado da população. O Estado de São Paulo, por exemplo, possui experiências exitosas da oferta das PICS na APS e ambulatórios do SUS, beneficiando a população com a integralidade do cuidado e contemplando um princípio do SUS, alicerçado como direito humano em saúde. Entretanto, a PNPIC ainda não é uma realidade em várias regiões e cidades brasileiras, reduzindo as possibilidades das pessoas de terem acesso aos benefícios que as práticas integrativas proporcionam. A maioria das participantes deste estudo, embora residentes no estado de SP, não tiveram acesso às terapias, por desconhecimento de sua oferta na rede pública de saúde.

O modelo de cuidado instituído no país segue o pressuposto do método científico newtoniano-cartesiano, racional dedutivo e materialista. As evidências científicas se apoiam na metodologia científica da experimentação, no poder da métrica quantitativa, material, palpável, mensurável nas relações de causa e efeito biológicos, que fragmenta o cuidado e a observação dos pesquisadores centrada nas respostas orgânicas,

especialmente frente ao adoecimento. Obviamente que o modelo técnico-científico tem seu valor reconhecido na contribuição do avanço da ciência, contudo, o ser humano não é visto na sua integralidade, como um ser multidimensional.

As PICS se apoiam no modelo vitalista do cuidado, para além do modelo biologicista. Tais práticas se preocupam com as respostas orgânicas, contudo, buscam compreender a causalidade dos desequilíbrios de origem emocionais, mental, espiritual, energéticos e físicos, somatizados e expressos, na maioria das vezes, pelos processos patológicos, manifestados no físico. É um modelo de assistência integrativo e não subtrai ou exclui o cuidado biomédico, mas olha de maneira mais ampla as necessidades das pessoas. É um modelo de cuidado que valida os aspectos imateriais dos sujeitos, que ameaça a homeostase e impacta positivamente no resgate ou manutenção da saúde.

No contexto da saúde pública, o paradigma do cuidado, pautado no método científico com seus critérios de validação e reconhecimento dos fenômenos relacionados à saúde humana, está sendo convidado ao desafio da reflexão, ajustes, mudança e superação de referências absolutas até então impostas, justamente por manter a crença dominante e determinista que, para conhecer, é preciso fragmentar e não olhar o todo, que é indivisível.

Ao considerar o método científico para avaliar a interação do ser humano com o meio em que ele vive e, especialmente no adoecimento, René Descartes, na concepção mecanicista do funcionamento biológico humano, considerou o corpo como uma máquina, ou seja, as partes deveriam ser analisadas isoladamente para identificar a causa primária em desequilíbrio. Este modelo perpetua ainda hoje, quando profissionais de saúde se limitam a compreender a doença a partir da resposta do corpo físico, somente, desconsiderando outros fatores causais, de ordem emocional, mental ou espiritual (DE'CARLY, 2021).

Nesse sentido, Luz e Barros (2012) definem Racionalidades Médicas como um sistema complexo com seis dimensões: morfologia humana (anatomia), dinâmica vital humana (fisiologia), sistema diagnóstico (classificação das doenças ou adoecimento), sistema terapêutico (intervenções para a cura ou tratamento da doença), doutrina médica (diagnose, definição sobre saúde e doença) e cosmologia/cosmovisão (representação sociocultural, natureza e interações com o ser humano, adoecimento, morte ou cura), em que se estabelecem as diferenças terapêuticas dos modos de entender a doença e a saúde, a partir de diferentes culturas e práticas tradicionais de cuidado, vencendo obstáculos epistemológicos de limite dos diferentes sistemas terapêuticos. “Racionalidades

Médicas” reflete na prática do cuidado a validação institucional das diferentes formas de cuidar, rompendo com os sistemas hegemônicos de cuidado em que apenas um determinado caminho é o estabelecido para o cuidado.

Assim, as PICS resgatam o cuidado holístico, a cosmovisão das interações do adoecimento, ou seja, o cuidado em que não descarta as partes, mas os integra na avaliação de todas as possibilidades possíveis de interação do ser humano com o meio em que vive e que podem ser a causa dos desequilíbrios, gerando os processos patológicos que os somatizam na matéria, no corpo físico. No cenário da saúde brasileira, as PICS têm demonstrado melhores desfechos clínicos na reabilitação do adoecimento, no controle de sintomas em doenças crônicas e agudas, no equilíbrio e saúde mental, na emancipação da pessoa para o autocuidado, pautando todo o processo do cuidado de maneira integral e integrativa.

É o que mostra o Mapa de Evidência Clínicas em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, criado em 2019, contribuindo com os profissionais de saúde e pesquisadores no acesso às melhores evidências disponíveis para subsidiar a inclusão das PICS na prática clínica. O Mapa de Evidências é resultado de uma parceria entre o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa - CABSIN, a OPAS/OMS e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – (BIREME/OPAS/OMS), representada pela Biblioteca Virtual em Saúde Medicina Tradicionais, Complementares e Integrativas BVS MTCTI. Além disso, a ferramenta contribui para estratégias e recomendações de políticas públicas para os desafios da saúde pública, apresenta lacunas de conhecimento e um escopo de evidências robustas com intervenções e resultados clínicos (ROHDE; MARIANI; GHELMAN, 2021).

Nesse sentido, a concentração de evidências científicas sobre a utilização das PICS como recurso terapêutico na saúde pública tem como objetivo levar conhecimento e superar os preconceitos sociais e de profissionais, professores e pesquisadores na área da saúde sobre as PICS, por meio de monitoramento de resultados na aplicabilidade clínica, na gestão do cuidado e na atenção à saúde nas esferas de prevenção do adoecimento, na cura e na reabilitação dos processos patológicos multidimensionais, na promoção e manutenção do estado saudável da pessoa.

Assim, ao abordar as estratégias integrativas e complementares de cuidado, estimula-se o modelo de saúde integrativa, congregando diferentes saberes, respeitando a tradicionalidade do cuidado baseado em valores e crenças socioculturais, centrado na

pessoa e não apenas na doença, articulado com a melhor evidência científica possível na produção do cuidado (TOMA et al., 2021).

2. Desfechos clínicos relacionados ao estresse e ansiedade

Estresse

Neste estudo, os resultados associados ao estresse, nos tempos T1 e T2, para os grupos G1 (Reiki), G2 (Placebo) e G3 (Controle) demonstraram variabilidade de comportamento, no entanto não apresentaram diferença estatística significativa, sendo os valores de p para G1 ($p=0,42$), G2 ($p=0,31$) e G3 ($p=0,83$). Contudo, consideramos importante discutir a associação do estresse em mulheres inférteis, variável que está relacionada a um impacto significativo no contexto da infertilidade e na RA, a partir das evidências publicadas sobre o tema.

De modo geral, para os três grupos de estudo, os escores fatoriais médios do IPF, a partir dos domínios F1, F2, F3 e F4, transitaram nos tempos T1 e T2 entre 3.4 e 3.6, conforme apresentados na Tabela 1. Estes valores correspondem a um nível moderadamente alto ou alto para o estresse respectivamente, possibilitando-nos afirmar que as participantes deste estudo estavam sob efeito do estresse no início e ao término do tratamento na RA. A literatura aponta que o estresse está presente na população infértil, seja homem, mulher ou casal, estando ou não submetidos ao tratamento da infertilidade na RA.

Estudos sobre o estresse na saúde das pessoas, saudáveis ou enfermas, são altamente recorrentes na ciência, tamanha importância do comprometimento e impacto multidimensional a que o estresse está associado. Na infertilidade, os estudos estão buscando cada vez mais compreender os mecanismos da relação causa e efeito gerados por este binômio, estresse e infertilidade.

Sabe-se que o estresse fisiológico crônico, por exemplo, pode comprometer vários sistemas orgânicos, desencadeando uma cascata de desfechos disfuncionais que impactam negativamente a homeostase e as respostas adaptativas frente aos desequilíbrios gerados pelo estímulo estressor constante (CHU; MARWAHA; SANVICTORES; AYERS, 2022). No contexto da infertilidade, as mulheres que buscam tratamento na RA são submetidas, considerando as condições

clínicas, a vários ciclos de tratamento, aumentando os desafios na busca de equilíbrio multidimensional frente à situação estressora, que pode se prolongar por meses e até anos.

Neste sentido, pesquisa de Gradwohl, Osis e Makuch (2013) mostrou que os participantes do estudo, sendo homens e mulheres inférteis, apresentaram alto nível de estresse, associado aos domínios F1, F3 e F4 da escala IPF durante a primeira consulta do ciclo na RA. As variáveis idade, sexo, conhecimento sobre dificuldade para engravidar, tratamento prévio para infertilidade e qualidade do relacionamento conjugal apresentaram alto nível de estresse quando associadas aos domínios da escala IPF (avalia a ocorrência de estresse na infertilidade). As mulheres apresentaram maior índice de estresse, bem como comprometimento emocional e social em relação aos seus parceiros.

Outro estudo demonstrou que a associação entre infertilidade e estresse pode desencadear sofrimento psicológico, depressão e ansiedade nas mulheres, especialmente submetidas à TRA. O impacto do estresse nos desfechos gestacionais em mulheres inférteis ainda não está totalmente esclarecido na literatura, contudo, estudos apontam uma relação positiva do estresse com a infertilidade, avaliado a partir de biomarcadores como o cortisol, por exemplo (ROONEY; DOMAR, 2018; 2016).

Um estudo em andamento, liderado pela pesquisadora e docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Leandra Eugênia de Oliveira e desenvolvido pela estudante do curso de Enfermagem Laís de Jesus, com enfermeiras de um hospital público, tem como objetivo investigar o estresse como fator de impacto na infertilidade feminina. Os resultados preliminares apontaram que o estresse pode impactar negativamente a qualidade de vida, provocando desdobramentos em cascata, associados a outros sistemas orgânicos, e, portanto, pode alterar o funcionamento fisiológico do sistema reprodutor, aumentando as chances de infertilidade (UESB, 2023).

Estes achados demonstram que a infertilidade pode provocar um estado de maior percepção de estresse, afetando diretamente o aspecto emocional, as relações sociais e conjugais que permeiam o casal infértil, sugerindo que os serviços de saúde ofereçam uma assistência e intervenções clínicas ampliadas e especializadas, que contemplem e minimizem os desfechos negativos relacionados ao estresse no tratamento da infertilidade.

Muitas são as opções disponíveis atualmente para reduzir ou controlar níveis de estresse em populações expostas a estímulos estressores, especialmente no adoecimento ou disfunções físicas e emocionais, no contexto da saúde. As PICS têm contribuído amplamente na compreensão desta dimensão do cuidado, que perpassa do físico ao

espiritual e que de alguma maneira, influencia as respostas das pessoas frente ao adoecimento e seus tratamentos, bem como a promoção e manutenção da saúde.

As PICS têm ocupado um espaço importante no processo de cuidar nos serviços público e suplementar, no Brasil. Os profissionais de saúde estão se mobilizando, na tentativa de ampliar as estratégias de cuidado, que se configuram eficientes e seguras para a oferta de uma assistência de maior qualidade e resolutividade. No contexto da infertilidade, as terapias integrativas podem auxiliar os serviços de saúde especializados em infertilidade na criação de programas que incluam o uso das PICS, concomitante aos tratamentos realizados.

Nessa perspectiva, as necessidades de mulheres inférteis em tratamento da infertilidade perpassam por carência de informações e oferta das PICS nos serviços de saúde, de aconselhamento psicológico e integração ao tratamento convencional, de terapias mais condizentes com seus valores, cultura e demandas individuais, relacionados ao uso destas práticas (SHARIFI; ROUDSARI, 2022).

Dentre as PICS mais utilizadas no contexto da saúde, o Reiki tem sido apontado em diversas pesquisas, nos últimos 20 anos, como um recurso terapêutico integrativo importante e eficiente no processo saúde-doença. No entanto, a investigação do impacto do Reiki e seus desfechos na prática clínica no Brasil ainda é incipiente. Incentivos como financiamento, protocolos de pesquisa melhor delineados segundo as especificidades da terapia devem ser elaborados e encorajados pelos pesquisadores da área.

Na busca por superar estes desafios, os estudos que mostram a utilização do Reiki como recurso terapêutico para redução e controle dos desequilíbrios multidimensionais, melhorando a qualidade de vida das pessoas estão avançando, especialmente aqueles relacionados ao controle da dor, do estresse, da ansiedade, da depressão, das doenças crônicas e da saúde mental global. No contexto da infertilidade e da saúde da mulher de maneira geral, além do Reiki, outras práticas integrativas estão sendo exploradas visando proporcionar maior qualidade de vida e de saúde das mulheres no cenário brasileiro.

Estudo de revisão narrativa de Souza et al. (2020), que teve como objetivo analisar as evidências sobre as práticas integrativas e complementares na atenção integral à saúde da mulher no Brasil, corrobora estes dados. Os resultados mostraram que devido ao atendimento baseado no modelo biomédico de atenção à saúde, centrado na doença, ocorre uma centralidade do cuidado pautado na medicalização, exames e procedimentos invasivos, muitas vezes desnecessários, e as PICS podem representar recursos seguros,

eficazes e de baixo custo, favorecendo a resolução dos tratamentos de maneira mais sustentável e integral.

Estes autores evidenciam que o impacto das PICS na saúde da mulher nas dimensões física, emocional e mental associa-se positivamente ao alívio da dor e angústia, maior percepção de bem-estar e relaxamento e potente suporte no enfrentamento de processos do adoecimento. Doulas, fisioterapeutas, enfermeiras e médicos são os profissionais da saúde que estão buscando maior capacitação e qualificação profissional em métodos não farmacológicos para atuação assistencial na saúde da mulher, sendo a enfermagem, a líder nas pesquisas sobre PICS na saúde da mulher no Brasil.

Os resultados de um estudo que avaliou o estresse em 31 casais inférteis em tratamento ambulatorial na RA, utilizando a escala IPF, mostraram que as mulheres inférteis apresentaram níveis de estresse superiores aos seus companheiros, em todos os domínios da escala e do estresse global apresentou uma relação moderada entre estresse e infertilidade. O estresse associou-se ao item da escala “problemas conjugais” e, portanto, é um fator que impacta diretamente o bem-estar conjugal de casais em tratamento da infertilidade (FERREIRA et al., 2014).

Pesquisas clínicas com diferentes abordagens para o alívio e redução do estresse em mulheres na RA vêm sendo realizadas. Um estudo, com 144 mulheres inférteis, utilizou técnicas de gerenciamento de estresse, por meio de escalas psicométricas como a Escala de Depressão, Ansiedade, Estresse 21 (DASS-21), Escala de Estresse Percebido 14 (PSS-14) e IPF (usada também neste estudo) em mulheres submetidas à fertilização in vitro (FIV) para avaliar o efeito psicológico decorrente dessas intervenções. Os resultados mostraram que o estresse reduziu significativamente nos grupos de intervenção para o gerenciamento do estresse e nestes, as taxas de sucesso da FIV foram mais prevalentes (KOUMPAROU et al., 2021).

Estes resultados nos levam a refletir sobre o desfecho clínico das mulheres do presente estudo no que se relacionou ao estresse. O número de participantes, considerado pequeno, pode ter sido um fator limitante para que os escores da escala IPF associados à intervenção Reiki apresentassem valores diferentes. Futuras pesquisas serão necessárias para esclarecer os desfechos clínicos mais significativos sobre essa associação.

Cabe citar um estudo com o uso do Reiki em outras populações não inférteis, mas que buscavam auxílio para redução do estresse por outros motivos, em um ambulatório de PICS na cidade de São Paulo. Trata-se de um ensaio clínico controlado, aleatorizado e simples mascaramento, com 101 voluntários e que utilizou o Reiki e a Massagem Anmá

como intervenção clínica. Os resultados demonstraram que houve diferença estatística significativa na comparação dos tempos inicial e final das intervenções, com redução dos níveis de estresse e melhora da qualidade de vida nos domínios físico e mental. O Reiki se mostrou eficiente nos aspectos psicoemocionais relacionados à melhora da qualidade de vida percebida (KUREBAYASHI et al., 2020).

Outro exemplo da associação do Reiki na prática clínica com bom desfecho foi apresentado por Tsang et al. (2007), em relação aos sintomas desencadeados por neoplasia, em 16 mulheres em tratamento do câncer. Os resultados mostraram diferença significativa em relação às variáveis avaliadas no estudo. Fadiga, dor, ansiedade e cansaço diminuíram ao longo das sessões de Reiki e houve melhora da percepção da qualidade de vida das participantes do estudo.

O estresse também se associa às condições crônicas ou eventos disfuncionais agudos que geram desequilíbrio importante na homeostase. Nesse sentido, outro cenário de investigação utilizando o Reiki para avaliação de indicadores de saúde, por meio de um estudo de caso, também apontou desfechos interessantes com a intervenção da terapia. Após a intervenção do Reiki a frequência cardíaca, a frequência respiratória e glicemia capilar tiveram redução próximo aos valores de normalidade e o valor de saturação de oxigênio aumentou em direção aos valores de referência satisfatórios (COSTEIRA; RAQUELA, 2009).

O Reiki também se mostrou eficiente em estudo experimental, aleatorizado, controlado e duplo mascarado, no qual foi aplicado em 66 indivíduos hipertensos, visando a redução da pressão arterial (PA). Eles foram distribuídos em três grupos: Reiki, placebo e controle, e todos apresentavam PA igual ou superior a 140x90 mmHg no dia da aplicação da intervenção. Os resultados estatísticos mostraram que os valores da PA foram reduzidos significativamente no grupo que recebeu Reiki, impactando de maneira positiva no controle ou redução da pressão arterial em hipertensos (SALLES et al., 2014).

Ao encontro destes resultados, uma revisão sistemática da literatura avaliou a efetividade das PICS, incluindo o Reiki, no manejo de clusters de sintomas no contexto da oncopediatria e cuidados paliativos. Os resultados apontaram que a intervenção os escores para dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória tiveram uma redução após a aplicação de duas sessões de Reiki (LOPES-JÚNIOR et al., 2021).

Já em um estudo piloto, aleatorizado, duplo mascarado e controlado por placebo conduzido por Namuun (2021) que objetivou investigar os efeitos do Reiki na frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura corporal e níveis de estresse em 48 voluntários, os

resultados mostraram não haver diferença estatística entre os grupos para todas as variáveis clínicas avaliadas. O autor apontou muitas limitações do estudo, especialmente o tamanho da amostra, considerado pequeno.

Da mesma forma, frente aos resultados do presente estudo podemos inferir que os dados relativos à aplicação do Reiki para a redução do estresse associado à infertilidade também sofreram influência do tamanho amostral, e poderiam ser mais robustos na confirmação da eficácia da terapia. No entanto, ao analisar o impacto da intervenção Reiki nos domínios da escala IPF, fica evidente uma redução do estresse, apesar de discreta, demonstrando importante relevância clínica destes resultados na amostra estudada.

Nesse sentido, embora os valores das medianas tenham se mantido próximos em relação à diferença nos tempos T1 e T2, para os três grupos de estudo, houve diminuição nos escores relacionados aos domínios da escala IPF, após a aplicação do Reiki. No G1, por exemplo, houve redução nos valores das medianas nos domínios F1 (mediana T1=2,35 e T2= 2,22) associado aos aspectos de relacionamentos sociais e F3 (mediana T1=4,79 e T2=3,75) associado aos aspectos do relacionamento conjugal e sexual. Estes domínios da IPF são apontados na literatura como os aspectos que sofrem grande impacto associados ao estresse e à ansiedade em mulheres inférteis e em tratamento da infertilidade.

Já no grupo G2, após a intervenção, os valores das medianas apresentaram redução nos domínios F1 (mediada T1=2,60 e T2=2,44), associado aos aspectos de relacionamentos sociais, F3 (mediana T1=4,86 e mediana T2=3,25), associado aos aspectos do relacionamento conjugal e sexual e F4 (mediana T1=3,47 e mediana T2=3,13) associado à necessidade de maternidade/paternidade. Esta redução, em relação ao grupo placebo pode ter acontecido devido à atitude mental positiva das participantes, observada pela pesquisadora, mesmo antes da aleatorização da amostra. Elas demonstraram um comportamento mental e emocional positivo, otimista frente ao tratamento e em relação ao recebimento da intervenção, não importando ser ela o Reiki ou o placebo.

Nesse sentido, a neurociência vem explorando, ainda que muito incipientemente, a teoria da psicocinesia no contexto da saúde e como a relação mente-matéria/corpo pode influenciar os estados da saúde, enquanto uma função terapêutica. Estudos na área da psicologia e da psiquiatria abordam questões conscienciais para compreender as experiências humanas que reverberam em respostas orgânicas, sejam para a manutenção da saúde ou no processo do adoecimento (BATANOLLI; REICHOW, 2018). Pesquisas

sobre a associação mente e corpo devem ser encorajadas no contexto da saúde, com intuito de compreender e esclarecer os fenômenos mentais e emocionais que impactam o corpo físico relacionados no processo de adoecimento e enfrentamento do mesmo.

O grupo G3 também apresentou redução nos valores das medianas para o F3 (mediana T1=4,57 e T2=3,00), associado aos aspectos do relacionamento conjugal e F4 (mediana T1=4,00 e T2=3,60) associado à necessidade de maternidade/paternidade. Embora o grupo controle não tenha recebido intervenção Reiki ou placebo, é importante mencionar que para todos os grupos, ao longo da aplicação das escalas psicométricas, o acolhimento às participantes se deu de maneira natural e atenciosa, por meio da escuta atenta e sensível da pesquisadora. Não podemos afirmar que o acolhimento por si só tenha influenciado diretamente nos valores das medianas, contudo, sabe-se que a escuta centrada na pessoa pode ser uma estratégia de vigilância em saúde e facilita a interação e estabelecimento de vínculo em uma relação interdependente entre profissional e pessoa a ser cuidada, etapa que contempla o princípio da integralidade (SILVA et al., 2018).

Em síntese, como não houve diferença estatística significativa nos valores de *p* para a variável estresse nos grupos de estudo, não podemos afirmar que as intervenções foram responsáveis pela variação dos índices das medianas. Entretanto, estes resultados são indicativos de relevância clínica e da necessidade de investigação mais profunda relacionada ao Reiki associado ao estresse em mulheres inférteis, e novos apontamentos a partir dessa relação, compartilhados entre o meio acadêmico, científico e a população em geral que se beneficia da terapia em vários cenários do cuidado.

Ansiedade

No tocante à variável ansiedade, os resultados deste estudo apontaram uma diferença estatística significativa nos grupos G1 ($p=0,02$) e G2 ($p=0,01$), em relação aos escores obtidos da escala HAD-A, na diferença entre os tempos T1 e T2 do estudo. Os valores das medianas reduziram entre os tempos, sendo para o G1 (mediana T1=7,50 e T2=4,00) e G2 (mediana T1=7,00 e T2=4,00). Assim, é possível afirmar que o Reiki contribuiu para a redução da ansiedade no G1, bem como o placebo contribuiu para a redução da ansiedade no G2. O G3 também apresentou redução (mediana T1=10,0 e T2=9,00), com valor $p=0,16$. Estes resultados corroboram desfechos clínicos de outras pesquisas que utilizaram a intervenção Reiki para avaliar ansiedade, no contexto da infertilidade e em outras populações.

A prevalência da ansiedade em mulheres inférteis é maior nos países de baixa e média renda (54,24%), como o Brasil, dados confirmados por uma revisão sistemática da literatura com meta-análise, abordando 132 artigos e uma amostra coletiva de mais de 5.000 mulheres inférteis. A ansiedade associada à infertilidade correspondeu a 36,17% dessa amostra, em relação ao público geral e mulheres saudáveis. Apesar da alta prevalência, este sintoma é negligenciado na maioria dos serviços que assistem essa população. Isso exige dos profissionais de saúde e programas de atenção à infertilidade um olhar mais ampliado às necessidades emocionais das mulheres e que promovam ações para controle ou redução do sintoma, beneficiando a saúde, de maneira global, bem como durante o tratamento da infertilidade (KIANI et al., 2020).

Ao fazer a associação das TRA com a infertilidade, os estudos demonstram que os tratamentos na RA aumentam o nível de ansiedade das mulheres, especialmente quando o tratamento se torna longo e quando a gestação não é o desfecho do tratamento. Essa situação impacta não apenas na dimensão física, mas em todos os demais aspectos de vida da mulher. Estudos apresentam resultados mais conflitantes na associação da ansiedade e seu efeito sobre os resultados dos tratamentos e, portanto, merece ser melhor investigada (GDANSKA et al., 2017).

Estudo de Terzioglu et al. (2016), que teve como objetivo identificar os efeitos da ansiedade e depressão em 214 casais submetidos às TRA na RA e o desfecho gestacional, confirma estes resultados. Aponta que há uma relação positiva e aumentada entre os escores de ansiedade antes dos procedimentos e após a transferência dos embriões; estes escores diminuíram e os cônjuges de mulheres com resultado negativo para a gravidez apresentaram escores médios de ansiedade maiores em relação aos das mulheres com desfecho positivo para gestação.

Estes resultados reforçam a importância do cuidado direcionado ao estado mental e emocional das mulheres antes de iniciar as intervenções do tratamento na RA, seja medicamentoso ou procedimental. Neste estudo, as intervenções, seja o Reiki ou placebo, foram aplicadas antes e depois do tratamento, o que vai ao encontro dos resultados da citação anterior, uma vez que podem ter beneficiado no controle e redução da ansiedade, segundo os escores apresentados nos resultados. Nesse sentido, os estudos incluindo a avaliação da ansiedade como variável de investigação antes e depois das intervenções podem favorecer resultados mais satisfatórios e evidências com melhor norteamento para o planejamento integral do cuidado.

Os estudos com metodologias mais robustas nas pesquisas sobre ansiedade associada às PICS na área da saúde, em sua maioria apontam resultados promissores no contexto da saúde brasileiro e no mundo. Muitos pesquisadores se debruçam na investigação dos desfechos clínicos, evidenciando efetividade clínica e nível de confiança dos resultados. O Reiki é um recurso terapêutico muito presente no contexto da saúde pública, em todos os pontos de atenção de cuidado e na saúde da mulher. Diferentes perfis populacionais de mulheres saudáveis ou vivendo um processo de adoecimento estão sendo submetidos à intervenção, devido aos resultados positivos encontrados. A seguir, serão apresentados alguns exemplos de desfechos clínicos utilizando o Reiki como estratégia de intervenção associados à ansiedade e outras variáveis clínicas.

O estudo de Bondi, Morgan e Fowler (2021), comparativo e exploratório, em uma amostra de mulheres internadas por condições obstétricas, $n=85$ (dor, ansiedade, pré e pós-parto, trabalho de parto, parto, cesariana) e ginecológicas/oncológica, $n=37$ (dor, ansiedade, histerectomia) avaliou dor e ansiedade, com a utilização do Reiki. Uma escala foi aplicada para ambas as variáveis, pré e pós-intervenção com Reiki e os resultados na classificação geral mostraram que, tanto na obstetrícia, quanto na ginecologia, para 92% da amostra, o Reiki contribuiu para a redução da dor ($p<0,001$) e menor utilização de analgésicos após a intervenção, e para 96% das participantes houve uma redução dos escores para a ansiedade ($p<0,001$) após o Reiki.

Nesta mesma direção, uma meta-análise, que avaliou o desfecho clínico da dor, condição prevalente em mulheres com endometriose e dor pélvica crônica em tratamento da infertilidade após a aplicação do Reiki, resultou em uma redução estatisticamente significativa da dor ($p<0,0001$), confirmando a eficácia da terapia para alívio da dor (DOGAN, 2018).

Resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo clínico com 93 participantes, dividido em grupo Reiki, placebo e controle (sem intervenção) com o objetivo de avaliar o impacto do Reiki em relação aos níveis de dor, ansiedade, medo cirúrgico e saturação de oxigênio, no pré e pós-operatório por meio de escalas psicométricas. O estudo concluiu que no grupo que recebeu Reiki houve redução significativa dos níveis de ansiedade, medo e dor e aumento na saturação de oxigênio, havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre os grupos no pré e pós-teste para ansiedade (SISMAN; ARSLAN, 2023).

O estudo de McManus (2017) trouxe à luz das evidências por meio de uma revisão da literatura a comparação dos efeitos do Reiki em relação ao placebo ou Reiki simulado

no contexto de respostas fisiológicas (relaxamento físico e mental, estresse, parâmetros vitais, síndrome de Burnout em profissionais da saúde), nas doenças crônicas (dor, depressão, câncer, fibromialgia, diabetes e neuropatia diabética dolorosa, estado de ansiedade, qualidade de vida) e eventos agudos (colonoscopia, dor oral pós-operatória pediátrica, procedimentos médicos). Dos artigos aleatorizados, controlados por placebo com cegamento selecionados da prática clínica, foram incluídos dois estudos experimentais em ratos, com metodologia rigorosa e tecnologia dura para mensuração dos efeitos.

Assim, após a utilização do Reiki e o placebo/Reiki simulado, os resultados evidenciaram que, considerando todas as condições clínicas citadas, inclusive o experimento em ratos, o Reiki se mostrou mais eficaz e com efeitos duradouros nas respostas específicas para as variáveis investigadas em relação ao placebo/Reiki simulado, com exceção na redução da dor aguda, durante procedimentos médicos. Estes resultados são potencialmente significativos, uma vez que a terapia contribuiu para a redução dos efeitos deletérios a partir da cronicidade de doenças, bem como nos efeitos colaterais de tratamentos agudos e condições clínicas desafiadoras, como ansiedade, estresse, entre outros.

No caso do presente estudo, o resultado relacionado à ansiedade em mulheres inférteis que receberam Reiki (G1) vai ao encontro dos resultados do estudo anterior citado, uma vez que as participantes apresentaram uma redução da ansiedade do delta nos tempos T1 e T2 após a intervenção placebo ($p=0,02$). Os escores da escala de ansiedade HAD-A mostraram diminuição dos valores apresentados pós-intervenção.

No caso do grupo placebo (G2), os escores da escala de ansiedade também reduziram após a intervenção, para a maioria das mulheres neste grupo ($p=0,01$), o que pode estar relacionado com o processo de acolhimento e pela atitude mental positiva dessas participantes ao confiarem na intervenção (não tinham ciência sobre o grupo a que pertenciam) como uma possibilidade de auxílio no controle ou redução da ansiedade durante o tratamento para infertilidade.

A ciência atual não considera o efeito placebo como uma evidência científica, mas cada vez mais tomamos conhecimento de estudos publicados em que o grupo placebo apresentou resultados positivos, esperados para os grupos de intervenção principal, como foi o caso deste estudo e o desfecho para o grupo placebo. Não só apresentou a redução da ansiedade nas mulheres como obteve estatisticamente uma diferença significativa, mesmo com uma amostra pequena. Ao ignorarmos resultados do grupo placebo, estamos

descartando possíveis fenômenos que merecem ser explorados e compreendidos pela ciência e pelos pesquisadores para que, no contexto da saúde, a prática clínica se beneficie de eventos potencialmente promissores e positivos no cuidado. Assumir essas possibilidades não exclui a utilização do rigor acadêmico e científico para a classificação das evidências, tampouco a segurança das práticas na inclusão do planejamento terapêutico e que podem ser úteis, concomitantes aos tratamentos convencionais.

Já o grupo controle (G3), como era esperado, não apresentou diferença estatística significativa ($p=0,16$) e a variabilidade em relação aos escores do nível de ansiedade apresentou uma discreta redução, contudo, não representou um evento significativo neste contexto.

Os tratamentos para infertilidade utilizando as TRA exigem uma adaptação física e emocional de mulheres e casais inférteis. O processo pode desencadear alterações psicoemocionais que levam ao surgimento da ansiedade, angústia e sofrimento. As demandas emocionais de mulheres e casais em tratamento da infertilidade estão cada vez mais evidentes e os profissionais que assistem essa população necessitam aprimorar a oferta do cuidado para contemplar tais demandas. A condição física pode ser afetada quando a saúde emocional se encontra suscetível, levando a uma cascata de efeitos que comprometem os tratamentos na RA (BOIVIN, 2019).

Considerando os efeitos negativos da ansiedade e estresse para o tratamento da infertilidade, o Reiki, por ter como principal objetivo proporcionar maior equilíbrio energético, físico, emocional, mental e espiritual de quem o recebe e também de quem o pratica, favorece ao sistema nervoso a modulação de respostas desfavoráveis dos centros autônomos do sistema nervoso central, facilitando o gerenciamento de estímulos estressores e geradores de ansiedade que podem beneficiar as mulheres em tratamento na RA (HOHDE; MARIANI; GHELMAN, 2021).

Nessa perspectiva, o Reiki também pode ser aplicado à distância, por ser uma terapia atemporal, que transpõe barreiras físicas e produz o mesmo efeito de uma sessão presencial para quem recebe. Na impossibilidade da presença do terapeuta ou da pessoa, o envio à distância pode ser uma opção para a utilização da técnica, mantendo os benefícios relacionados à melhora da qualidade de vida, controle de estresse, ansiedade, sofrimento emocional, entre outros, que a terapia propõe (MAGALHÃES, 2021).

Foi o que o estudo de van Dongen et al. (2016) investigou em um ensaio clínico controlado e aleatorizado de viabilidade, com 120 mulheres submetidas às TRA, utilizando as e-terapias - psicológicas e de relaxamento, realizadas por recursos

tecnológicos à distância, para avaliar o desajuste emocional como sintomas de ansiedade, depressão, desamparo, aceitação da infertilidade e apoio social percebido. Descobriu-se que as e-terapias, avaliadas pelas mulheres em seguimento, fizeram diferença positiva durante o tratamento, relacionadas ao apoio psicossocial e que é viável oferecer as e-terapias antes mesmo do início do ciclo de TRA em mulheres com risco potencial ou em desajuste emocional identificado.

Esses resultados são promissores à medida que sugerem uma forma inovadora para o tratamento da infertilidade, ou seja, incluir terapias à distância, sejam elas energéticas ou psicossociais. Essas intervenções podem possibilitar a melhora da qualidade de vida e contribuir para o ajuste emocional necessário que sustente todo o percurso do itinerário terapêutico exaustivo multidimensionalmente que mulheres inférteis enfrentam na RA. Terapias energéticas como o Reiki podem ser uma estratégia não só viável, mas incluída como uma opção segura e eficaz ofertada pelos profissionais nos serviços de saúde para infertilidade.

Enquanto reikiana e profissional de saúde, venho praticando há anos o Reiki caritativo, como voluntária, para a comunidade de Ribeirão Preto e região e no HCFMRP-USP. A experiência com a terapia e os resultados obtidos só confirmam como é importante o acesso a uma rede de apoio para além do tratamento biológico e emocional dos desequilíbrios na saúde. Os efeitos do Reiki são relatados pelas pessoas que o recebem em diferentes percepções, casos complexos exigem maior tempo de tratamento para que a terapia resulte em efeitos mais eficazes.

No entanto, de modo geral, os resultados se mostram muito satisfatórios e os benefícios podem ser percebidos com uma única sessão. O Reiki ocupa um lugar de destaque entre as PICS, pois sua eficácia tem prevalecido em todos os contextos de cuidado, níveis de criticidade e complexidade diferentes, contribuindo para melhores desfechos nos tratamentos de saúde.

Assim, práticas seguras, convencionais e integrativas, norteadas por evidências científica e que abordem a multidimensionalidade da mulher e/ou casal infértil em tratamento na RA precisam ser incorporadas na assistência. Este avanço na área da Reprodução Humana é fundamental para a integralidade do cuidado e proporcionará maior benefício para essa população no contexto da saúde pública. Nesse sentido, faz-se importante uma equipe interprofissional capacitadas para identificar e abordar as necessidades multidimensionais de mulheres inférteis.

Entre os resultados de um estudo qualitativo, que propôs analisar as representações sociais e o papel das enfermeiras (que atuam nesta área) na Reprodução Humana Assistida por meio da Teoria das Representações sociais, destacam-se a carência de enfermeiras(os) especializados nesta área, atuantes em serviços especializados; lacuna na formação destes profissionais sobre esta área específica; precária estrutura de serviços que impossibilitam a oferta de equipes e serviços qualificados, especialmente os públicos; as enfermeiras atuantes nessa área desenvolvem um papel primordial no acolhimento, nas práticas humanizadoras, na educação para o cuidado e bom conhecimento tecnológico dos tratamentos (QUEIROZ et al., 2020).

Muitos são os desafios para a inserção de profissionais nesta área, visto sua especificidade e paradigmas éticos relacionados a essa abordagem de cuidado. O paradigma atual refere-se à ampliação de políticas e programas nesta área para a introdução de práticas integrativas ao tratamento convencional, altamente tecnicista e tecnológico duro. Além disso, no cenário científico, as pesquisas que associam PICS e infertilidade, especialmente na RA, carecem de interesse por parte dos pesquisadores e investimento de agências de fomento para fortalecer as condições para que estudos sejam realizados no Brasil.

Embora as pesquisas no Brasil estejam avançando significativamente, os estudos carecem de métricas mais coerentes com as especificidades das práticas, incluindo o Reiki, para que os resultados sejam os mais fidedignos possíveis e de fato, modifiquem o status de evidências que são apresentados atualmente na área da infertilidade e nas demais áreas e assistência em saúde (MINER et al., 2018).

3. Taxa de gestação das participantes

A taxa de gestação ou sucesso no tratamento das participantes correspondeu a: G1 (42,9%) (06 mulheres), G2 (38,5%) (05 mulheres) e G3 (32,5) (02 mulheres), totalizando 13 mulheres grávidas após o término do tratamento na RA. Cabe destacar que o grupo que recebeu o Reiki apresentou maior quantitativo dentre as mulheres que engravidaram, confirmando que o impacto da terapia contribuiu para o sucesso do tratamento e, conseqüentemente, a taxa de gestação positiva, ou seja, as mulheres submetidas ao Reiki engravidaram mais em comparação com as que não receberam a terapia.

Este estudo que associou uma técnica específica de tratamento na RA (ICSI) com uma prática integrativa energética, o Reiki, investigando ansiedade, estresse e taxa de

gestação em mulheres inférteis é inédito no Brasil, e por isso, os achados elevam as perspectivas de assistência, da inclusão das PICS, em especial o Reiki, no planejamento do cuidado compartilhado entre mulheres/casais inférteis e profissionais de saúde na área da infertilidade.

Sugere-se o incentivo dos profissionais atuantes na área e de pesquisadores à realização de novas pesquisas, com maior poder amostral e com a utilização de outras metodologias, que assim como a deste estudo, sejam coerentes com a prática integrativa e que permitam uma avaliação mais ampliada do fenômeno.

Quanto às publicações relativas a estudos que utilizaram a associação das técnicas psicológicas e das PICS concomitantemente aos tratamentos convencionais para a infertilidade, e desfechos sobre a taxa de gestação de mulheres e/ou casais inférteis, citamos um estudo controlado, aleatorizado e prospectivo de Domar et al. (2011). 143 mulheres inférteis, próximas ao início do ciclo de FIV utilizou como intervenção a terapia mente-corpo (MB) para avaliar a taxa de gestação. Foram realizados dois ciclos de FIV, e no segundo ciclo houve diferença estatística significativa entre as taxas de gestação das mulheres submetidas à MB (52%) em relação ao grupo controle (20%), sem intervenção ($p=0,05$), mostrando a eficácia da terapia.

Resultados semelhantes, foram encontrados em pesquisa utilizando intervenções psicossociais e outras técnicas integrativas, presenciais e à distância. Essas intervenções foram consideradas em uma revisão sistemática da literatura, para mensuração de variáveis como ansiedade, estresse, depressão, taxa de gestação, relação conjugal e outras variáveis psicológicas. O estudo concluiu, que apesar da limitação dos estudos incluídos metodologicamente, intervenções como a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Intervenção Mente-Corpo (MBI) contribuíram para taxa de gestação positiva em casais inférteis em tratamento na RA, em comparação aos casais que não receberam nenhuma intervenção (YING; LU; LOKE, 2016).

Nesta mesma direção, uma revisão sistemática com meta-análise com objetivo de avaliar as evidências de eficácia das intervenções psicossociais nas taxas gestacionais e no sofrimento de casais inférteis submetidos às TRA, em com 39 estudos, totalizando uma amostra de 2.746 mulheres e homens, identificou que as intervenções psicossociais influenciaram de maneira robusta e significativa estatisticamente sobre as taxas de gestação clínica ($p<0,001$), bem como para o aspecto psicológico combinado ($p<0,001$). Esse estudo sugeriu que as intervenções mente-corpo podem ser eficazes na redução de

estressores psicológicos e na melhoria das taxas gestacionais (FREDERIKSEN et al., 2015).

Outro exemplo de PICS utilizada no tratamento da infertilidade com efeito na taxa de gestação é a acupuntura, que pode ser usada isoladamente ou como tratamento coadjuvante em mulheres inférteis. A técnica da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) proporciona efeitos positivos, agindo diretamente na disfunção ovariana e no endométrio, colaborando para melhor implantação dos embriões na FIV. Além destes benefícios, contribui para o equilíbrio hormonal e na ativação da liberação de analgésicos endógenos, inibindo o estresse biológico, aumentando as chances de gravidez no tratamento da infertilidade na RA (QUEIROZ; ALVES, 2016; FIGUEIREDO; POMPA; VÁZQUEZ, 2021).

Nessa direção, citamos um ensaio clínico controlado, aleatorizado e prospectivo, tendo a acupuntura como intervenção em 60 mulheres inférteis submetidas à FIV, para avaliar desfechos clínicos como qualidade de vida e sintomas de ansiedade, estresse e depressão. O estudo concluiu que o grupo submetido à acupuntura (pré e pós-intervenção), em comparação ao grupo controle (sem acupuntura), melhorou a qualidade de vida geral ($p=0,043$) em vários domínios e reduziu níveis de ansiedade ($p=0,001$), estresse ($p=0,000$) e depressão ($p=0,004$), mensurados por instrumentos validados (COSTA, 2018).

Todavia, Nunes (2023) encontrou resultados diferentes em um estudo controlado, aleatorizado e prospectivo associando a taxa de sucesso das TRA com as intervenções meditação breve e extremamente breve, em 68 mulheres em tratamento da infertilidade na RA. As participantes foram divididas em grupos de intervenção e controle (sem intervenção). Os resultados não apresentaram diferença estatística significativa nos três grupos de estudo, associando as intervenções e as taxas de sucesso do tratamento e, portanto, foram inconclusivos para esta relação de efeito nas mulheres.

As taxas de sucesso de um tratamento na RA para a gestação são atribuídas a uma soma de fatores favoráveis para este desfecho. Quanto mais contemplados os aspectos multidimensionais de mulheres e/ou casais inférteis na assistência oferecida, maiores serão as chances de os resultados serem positivos. Nesse sentido, a literatura científica ainda é muito restrita, sendo que determinadas práticas são mais investigadas em grupos populacionais específicos em detrimento das outras terapias, limitando o acesso aos saberes e impactos mais abrangentes.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são realidade, já incluídas no SUS em todos os pontos de atenção à saúde e gradativamente profissionais da área se capacitam para ampliar e oferecer possibilidades terapêuticas mais coerentes, sustentáveis, seguras e que respeitam a pessoa na sua integralidade. Barreiras e paradigmas estão sendo superados, ainda que timidamente. Avanços da aplicabilidade das PICS são expressivos nos mais diferentes cenários e complexidade de cuidado, com bons desfechos clínicos que norteiam a prática do cuidado centrado na pessoa, justamente por contemplarem o saber intersetorial, interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional.

As PICS se apresentam como uma nova forma de olhar o cuidado, trazendo novos parâmetros de eficácia para indicadores de saúde bem como novas formas de aprender e práticas saúde, seja por quem se beneficia das práticas ou por quem as pratica como recursos terapêuticos, trazendo uma reflexão sobre o sentido na produção do cuidado ao qual estamos inseridos (JÚNIOR, 2016).

O resgate das Medicinas Tradicionais, Ancestrais e das Práticas Integrativas e Complementares é antes de tudo uma necessidade do compromisso com a qualidade do cuidado à população. Novos rumos estão sendo traçados para a produção da saúde no Brasil e no mundo, não em substituição a terapias convencionais já consolidadas segundo os benefícios, contudo, fragmentam a atenção voltada aos processos do adoecimento.

A integração dessas práticas contribui não apenas na reabilitação de enfermidades, mas atende às demandas multidimensionais, vinculadas aos processos do adoecimento e por vezes, as causadoras dos desequilíbrios na homeostasia e permite a promoção de novos estilos de vida, fortalecem fatores salutogênicos, sustentáveis e a prevenção de agravos em saúde.

O Reiki é considerado a prática integrativa mais utilizada no contexto da saúde pública, no SUS, desde a década de 90 praticada por voluntários e atualmente por meio dos profissionais da saúde, que tiveram a formação na técnica. Neste estudo, se mostrou uma terapia de reposição e equilíbrio energético eficiente e eficaz, contribuindo para os desfechos esperados, demonstrando impactos benéficos para a redução da ansiedade e na taxa de gestação nas mulheres em tratamento na RA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem a recomendação de que o Reiki seja inserido na prática clínica, por profissionais de saúde ou terapeutas habilitados na formação para contribuir com o avanço da assistência de saúde oferecida a partir do modelo hegemônico e passivo de cuidado. Assim, as PICS rompem o paradigma das racionalidades médicas, visando atribuir uma identidade de um cuidado mais colaborativo, participativo, sustentável para a saúde pública, educativo e acima de tudo, emancipatório.

No que tange à utilização das PICS no contexto clínico, esses resultados motivam os pesquisadores a se debruçarem na identificação dos efeitos e desfechos clínicos das terapias integrativas no contexto da infertilidade, relacionados aos fatores que impactam diretamente a saúde e a qualidade de vida de mulheres inférteis.

Há de se enfatizar que as pesquisas utilizando as PICS no contexto da infertilidade são incipientes no Brasil e o método científico utilizado como percurso metodológico para o desenvolvimento dos estudos muitas vezes não é suficiente para atingir a compreensão global das práticas integrativas e seus efeitos, e isso deve ser discutido no cenário científico. Evidências mais robustas são desejáveis, mas deve-se considerar no contexto da pesquisa, a cultura, valores, história de vida e desejos das mulheres relacionadas ao seu cuidado.

Cabe aqui uma reflexão relativa aos desfechos relacionados às variáveis pesquisadas neste estudo. As participantes relataram à pesquisadora, antes da aleatorização, que independentemente do grupo em que fossem alocadas, estavam confiantes de que seriam beneficiadas positivamente com energia de harmonização e equilíbrio para enfrentar o tratamento da infertilidade. Tal comportamento nos leva a observar a utilização do *coping* positivo, permeado pela resposta emocional mais equilibrada da mulher em relação à situação vivenciada e aos desdobramentos do tratamento. Observamos ainda, como a atitude mental positiva pode influenciar e modificar padrões de comportamento e sentimentos, favorecendo respostas mais adaptativas para o controle e/o alívio de sintomas e estímulos estressores, diante dos problemas de saúde e seus tratamentos.

Particularmente, como reikiana, foi possível observar a mudança no padrão emocional e energético das mulheres. O mecanismo de ação da terapia Reiki proporciona uma cascata de eventos que tendem, quanto maior o número e sessões, a uma harmonização e equilíbrio intenso de sentimentos e emoções e, conseqüentemente,

influenciam nas atitudes e ações direcionadas às situações mais sensíveis e difíceis que vulnerabilizam as mulheres, como é o caso do tratamento para infertilidade. Neste estudo, na segunda sessão de Reiki, que coincidiu com a transferência dos embriões, a saúde energética dos chakras cardíaco e umbilical estava mais equilibrada, o que pode ter contribuído para os desfechos obtidos a partir dos resultados apresentados.

Como profissional de saúde, reconheço nestes resultados a contribuição positiva do Reiki nesta população, mas sobretudo, o impacto benéfico na redução ou controle da ansiedade e estresse, variáveis tão prevalentes no contexto do adoecimento e tratamentos de forte impacto na saúde multidimensional das pessoas, no caso em mulheres inférteis. Assim, é motivo de entusiasmo e esperança que este recurso terapêutico esteja disponível na saúde pública, qualificando melhor a assistência e com profissionais de saúde ou terapeutas capacitados para a oferta da terapia.

Em suma, o Reiki se mostrou um recurso terapêutico com boa aceitação das participantes, importante e eficaz na redução da ansiedade em mulheres inférteis em tratamento na RA e contribuiu para maior taxa de sucesso gestacional. Esses resultados podem ser inspiradores e contributivos para que novas pesquisas sejam realizadas, a fim de ampliar as estratégias de cuidado em saúde, nas diferentes etapas dos tratamentos para infertilidade, bem como nos diferentes tipos de técnicas na RA, possibilitando melhores desfechos clínicos para estas mulheres que desejam viver a experiência da maternidade.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo, considerando suas características e especificidades metodológicas utilizadas, permitem afirmar que:

- O Reiki contribuiu para a redução da ansiedade de mulheres inférteis em tratamento na Reprodução Assistida, com impacto positivo nos níveis de ansiedade do grupo Reiki ($p=0,02$) e Placebo ($p=0,01$).

- Apesar de não haver diferença estatística analítica para a gestação, as taxas gestacionais foram maiores quantitativamente em mulheres que receberam o Reiki (42,9%) em relação ao Placebo (38,5%) e Controle (15,4).

- Neste estudo, não houve diferença estatística significativa da variável estresse das mulheres nos três grupos, contudo observou-se variação e redução dos níveis de estresse ao término do tratamento, demonstrando importante relevância clínica para o seguimento de mulheres inférteis na RA.

REFERÊNCIAS

ABDURAHMAN, F.; PAYNE, N. Reiki practitioners' perceptions of the impact of the COVID-19 pandemic on the experience, practice and future of Reiki. **Complement Ther Clin Pract**, v. 46, p. 101-530, fev. 2022. DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101530. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388121002292?via%3Dihub>. Acesso em: 09 jan. 2024.

ALDRIGHI, J. D.; WAL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K.; CANCELA, F. Z. V. The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 509-518, may./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/FM3Q7h8Q55PmtBYZZDqwjwm/?lang=en>. Acesso em: 12 dez. 2023.

ÂNGELIS, C.; NARDONE, A.; GARIFALOS, F.; PIVONELLO, C.; SANSONE, A.; CONFORTI, A.; DI DATO, C.; SIRICO, F.; ALVIGGI, C.; ISIDORI, A.; COLÃO, A.; PIVONELLO, R. Fumaça, dependência de álcool e drogas e fertilidade feminina. **Reprod Biol Endocrinol**, v. 18, n. 21, mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12958-020-0567-7>. Disponível em: <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-020-0567-7>. Acesso em: 24 out. 2023.

ANDERHEIM, L.; HOLTER, H.; BERGH, C.; MOLLER, A. Does psychological estresse affect the outcome of in vitro fertilization? **Human Reproduction**, Goteborg-Suécia, v. 20, n. 10, p. 2969-2975, out. 2005. DOI: 10.1093/humrep/dei219. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16123098/>. Acesso em: 17 jan. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Como diferenciar a ansiedade normal da ansiedade prejudicial? **Canal da Psiquiatria**, 2011. Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/como-diferenciar-a-ansiedade-normal-da-ansiedade-prejudicial>. Acesso em: 03 ago. 2023.

MARIZ, A. L. F.; ALBUQUERQUE, F. Q.; SANTOS, H. C.; SEGUNDO, J. C. C. F.; FILHO, J. M. T. S.; CUNHA, R. C. S. P.; SOUSA, D. H. A. V.; ARRUDA, I. T. S. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p.14508-14514, jul./aug. 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-210>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/51288>. Acesso em: 24 set. 2023.

BONDI, A.; MORGAN, T.; FOWLER, S. B. Effects of Reiki on Pain and Anxiety in Women Hospitalized for Obstetrical- and Gynecological-Related Conditions. **J Holist Nurs**, v. 39, n. 1, p. 58-65, mar. 2021. DOI: 10.1177/0898010120936437. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32618216/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BABAYEV, E.; DUNCAN, F. E. Age-associated changes in cumulus cells and follicular fluid: the local oocyte microenvironment as a determinant of gamete quality. **Biology of Reproduction**, v. 106, n. 2, p. 351-365, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/biolre/ioab241>. Disponível em:

<https://academic.oup.com/biolreprod/article/106/2/351/6495251>. Acesso em: 14 mar. 2023.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2012, visão geral: Igualdade de gênero e desenvolvimento. Washington: **Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento e Banco Mundial**, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/conselho/relatorio-sobre-desenvolvimento-mundial-2012-2013-2014/igualdade-de-genero-e-desenvolvimento>. Acesso em 14 dez. 2023.

BATANOLLI, G. S.; REICHOW, J. R. C. Interação mente-matéria dentro da perspectiva da Psicologia Anomalística: uma revisão de pesquisas realizadas nos últimos cinco anos (2012-2017). **Bol. - Acad. Paul. Psicol**, São Paulo, v. 38, n. 95, p.145-156, jul./dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2018000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2023.

BATISTA, L. A. T.; BETRONES, W. H. D.; ALMEIDA, R. J. O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. **Reprodução e Climatério**, Goiânia-GO, v. 31, n. 3, p. 121-127, set./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.05.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300292>. Acesso em: 01 ago. 2023.

BERGER, M. H.; MESSORE, B. S. M.; PASTUSZAK, A. W.; RAMASAMY, R. Associação entre infertilidade e disfunção sexual em homens e mulheres. **Revisões de Medicina Sexual**, v. 4, Ed. 4, p. 353-365, out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.05.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052116300051?via%3Dihub>. Acesso em: 16 abr. 2023.

BEZERRA, A. C. L.; MESQUITA, J. S.; BRITO, M. C. C.; SANTOS, R. B.; TEIXEIRA, F. V. Desafios Enfrentados por Mulheres Primigestas em Idade Avançada. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 163-168, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcsDOI:10.4034/RBCS.2015.19.02.12>. Acesso em: 04 mar. 2023.

BOKAIE, M.; SIMBAR, M.; YASSINI-ARDEKANI, S. Fatores sociais que afetam as experiências sexuais de mulheres que enfrentam a infertilidade: um estudo qualitativo. **Koomesh**, v. 20, n. 2, p. 228-39, 2018.

BOEDT, T.; VANHOVE, A. C.; VERCOE, M. A.; MATTHYS, C.; DANCET, E.; LIE FONG, S. Preconception lifestyle advice for people with infertility. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, n. 4, CD008189, abr. 2021. DOI: [10.1002/14651858.CD008189.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008189.pub3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33914901/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

BOIVIN, J. How does stress, depression and anxiety affect patients undergoing treatment? **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 31, n. 3, p 195-199, jun. 2019. DOI: [10.1097/GCO.0000000000000539](https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000539). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30893136/>. Acesso em: 22 fev 2023.

BONDI, A.; MORGAN T, FOWLER SB. Effects of Reiki on Pain and Anxiety in Women. **Reproductive Biology and Endocrinology**, v. 18, n. 120, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12958-020-00671-3>. Disponível em: <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-020-00671-3>. Acesso em: 17 ago. 2023.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; JR, C. G.; PEREIRA, W. A. B. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 389-363, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24135>. Acesso em: 28 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira. **Orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade** [recurso eletrônico]. Universidade de Brasília. Brasília-DF, v. 2, p. 37. 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/volume2_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE/MS Nº 53/2020. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos**. Brasília -DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf. Acesso em: 19 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Inclusão de 10 novas práticas integrativas no SUS. **In: 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/marco/ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e Saúde Reprodutiva**. Caderno de Atenção Básica. Brasília-DF, 1. ed., 1. Reimpr, n. 26. p.300, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 19 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST** [recurso eletrônico], Brasília-DF, p. 2011, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 02 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília-DF, p. 118, 2021.

Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1291679/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas de Saúde. **Definição de Ansiedade**, Brasília-DF, fev, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade.html#:~:text=%2D%20falta%20de%20controle%20sobre%20os,de%20uma%20situa%C3%A7%C3%A3o%20muito%20dif%C3%ADcil. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 03 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. Brasília-DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). **Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília-DF, p. 300, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 21 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 06 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atitude de ampliação de acesso. Brasília-DF, p. 96, 2ª ed, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 25 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 426/GM de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Brasília-DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0426_22_03_2005.html#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20Gabinete%20do%20Ministro%20PO

RTARIA%20N%C2%BA,DA%20SA%C3%A7%C3%B5es%20e. Acesso em: 30 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Estresse**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/estresse/#:~:text=Rea%C3%A7%C3%A3o%20natural%20do%20organismo%20que%20ocorre%20quando%20vivenciamos,biol%C3%B3gica%20necess%C3%A1ria%20para%20a%20adapta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20situa%C3%A7%C3%B5es%20novas>. Acesso em: 24 mai. 2023.

BREMNER, M. N.; BLAKE, B. J.; WAGNER, V. D.; PEARCEY, S. M. Effects of Reiki With Music Compared to Music Only Among People Living With HIV. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 27, n. 5, p. 635-47, set./out. 2016. DOI: 10.1016/j.jana.2016.04.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184735/>. Acesso em: 07 jun. 2023.

BROWN, E. D. L.; OBENG-GYASI, B.; SALÃO, J. E.; SHEKHAR, S. The Thyroid Hormone Axis and Female Reproduction. **Internacional J. Mol. Ciência**, v. 24, n. 12, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms24129815>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/12/9815>. Acesso em: 23 abr. 2023.

BUCCI, I.; GIULIANI, C.; DI DALMAZI, G.; FORMOSO, G.; NAPOLITANO, G. (2022) Thyroid Autoimmunity in Female Infertility and Assisted Reproductive Technology Outcome. **Front. Endocrinol**, v. 13, mai. 2023. DOI: 10.3389/fendo.2022.768363. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.768363/full>. Acesso em: 22 set. 2023.

CALDEIRA, S.; ROMEIRO, J.; MARTINS, H.; CASALEIRO, T. The therapeutic dimension of research about spirituality: Particularities of cancer, mental health and infertility. **Nurs Forum**, v. 54, ed. 4, p. 488-491, mai. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12356>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nuf.12356>. Acesso em: 14 abr. 2023.

CALDEIRA, T. B.; SERRA, I. D.; INÁCIO, L. C.; TERRA, I. B. N. Infertilidade na endometriose: etiologia e terapêutica. **HU Revista**, Juiz de Fora-MG, v. 43, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/946507/2677-17974-2-pb.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CAMPOS, S. O.; SCORSOLINI-COMIN, F. Infertilidade Feminina e Conjugalidade: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Abordagem Gestalt**, Goiânia-GO, v. 27, n. 3, p. 279-290, set./dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.18065/2021v27n3.3>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672021000300004. Acesso em: 18 set. 2023.

CARDOSO, J. V.; MACHADO, D. E.; SILVA, M. C.; BERARDO, P. T.; FERRARI, R.; ABRÃO, M. S.; PERINI, J. A. Perfil epidemiológico de mulheres com endometriose: um estudo descritivo retrospectivo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife-PE, v. 20, n. 4, p. 1069-1079, out./dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400008>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/VvLYZ9XdYDsLjYvYgh9GmgG/?lang=en>. Acesso em: 22 jun. 2023.

COSTA, C. M. V. **Acupuntura como terapia integrativa para pacientes inférteis em tratamento com fertilização in vitro: um ensaio clínico controlado randomizado**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

COSTEIRA, B.; RAQUEL, C. A influência da terapia de Reiki em indicadores de saúde. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n.1, p. 465-471, 2019. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832320050>. Acesso em: 23 mar. 2023.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. **Academic press**, 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Public Health Action Plan for Detection, **Prevention, and Management of Infertility**. U.S. Department of Health and Human Services, p. 26, 2014. Disponível em: http://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/pdf/drh_nap_final_508.pdf. Acesso em: 8 ago. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. **Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2020-smoking-cessation/index.html>. Acesso em: 22 out. 2023.

CHAN, C. H. Y.; CHAN, C. L. W.; NG, E. H. Y.; HO, P. C.; CHAN, T. H. Y.; LEE, J. L.; HUI, W. H. C. Incorporating spirituality in psychosocial group intervention for women undergoing in vitro fertilization: A prospective randomized controlled study *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 85, ed. 4, p. 356-373, set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02040>. Disponível em: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.2011.02040.x>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CHU, B.; MARWAHA, K.; SANVICTORES, T.; AYERS, D. Physiology, Stress Reaction, jan. 2023. In: **StatPearls** [Internet]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>. Acesso em: 14 mar. 2023.

COLLINS, S. C.; KIM, S.; CHAN, E. Racial and Ethnic Differences in the Utilization of Prayer and Clergy Counseling by Infertile US Women Desiring Pregnancy. **J Relig Health**, v. 57, n. 6, p. 2230-2240, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29188549/>. Acesso em: 29 set. 2023.

DARVILLE, T. Pelvic Inflammatory Disease Due to Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis. **J Infect Dis**, v. 224, n. 2, p. 39-46, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiab031>. Disponível em: https://academic.oup.com/jid/article/224/Supplement_2/S39/6352165?login=false. Acesso em: 03 mar. 2023.

DE'CARLI, J. **Reiki Universal**. São Paulo: Ed. Madras, 2006.

DE'CARLI, J. **Reiki - Amor, Saúde e Transformação**. 9ª ed. São Paulo: Editora Alfabeta, 2021.

DELUAO, J. C.; WINSTANLEY, Y.; ROBKER, R. L.; PACELLA-INCE, L.; GONZALEZ, M. B.; MCPHERSON, N. O. Oxidative Stress and Reproductive Function: Reactive oxygen species in the mammalian pre-implantation embryo. **Reproduction**, v. 164, n. 2, p. 95-108, out. 2022. DOI: 10.1530/REP-22-0121. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111646/>. Acesso em 16 nov. 2023.

DOGAN, M. D. The effect of reiki on pain: a meta-analysis. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 31, p. 384 -387, mai. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.020>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388117303626?via%3Dihub>. Acesso em 02 abr. 2023.

DOMAR, A. D.; ROONEY, K. L.; WIEGAND, B.; ORAV, J.; ALPER, M. M.; BERGER, B. M.; NIKOLOVSKI, J. Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. **Fertility and Sterility**, v. 95, n. 7, P. 2269-73, jun. 2011. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.03.046. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21496800/>. Acesso em 18 ago. 2023.

DUARTE, H. F. F. L.; TEIXEIRA, E. C. Effect of education level on fertility in Brazil. **Economia & Região**, Londrina-PR, v.9, n.1, p.167-185, jan./jun. 2021. DOI: 10.5433/2317-627X.2021v9n1p167. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/347631869_Efeito_do_nivel_de_escolaridade_sobre_a_fecundidade_no_Brasil. Acesso em 17 jul. 2023.

DUFFY, J. M. N.; ADAMSON, G. D.; BENSON, E.; BHATTACHARYA, S.; BHATTACHARYA, S.; BOFILL, M.; BRIAN, K.; COLLURA, B.; CURTIS, C.; EVERS, J. L. H.; FARQUHARSON, R. G.; FINCHAM, A.; FRANIK, S.; GIUDICE, L. C.; GLANVILLE, E.; HICKEY, M.; HORNE, A. W.; HULL, M L.; JOHNSON, N. P.; JORDAN, V.; KHALAF, Y.; KNIJNENBURG, J. L. L.; LEGRO, R. S.; LENSEN, S.; MACKENZIE, J.; MAVRELOS, D.; MOL, B. W.; MORBECK, D. E.; NAGELS, H.; GG, E. H. Y.; NIEDERBERGER, C.; OTTER, A. S.; PUSCASIU, L.; RAUTAKALLIO-HOKKANEN, S.; SADLER, L.; SARRIS, I.; SHOWELL, M.; STEWART, J.; STRANDELL, A.; STRAWBRIDGE, C.; VAIL, A.; VAN WELY, M.; VERCOE, M.; VUONG, N. L.; WANG, A. Y.; WANG, R.; WILKINSON, J.; WONG, K.; WONG, T. Y.; FARQUHAR, C. M. Top 10 priorities for future infertility research: an international consensus development study. **Fertility and Sterility**®, v. 115, n. 1, p. 0015-0282, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.11.014>. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(20\)32682-0/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(20)32682-0/fulltext). Acesso em 25 set. 2023.

DYER, S.; LOMBARD, C.; VAN DER SPUY, Z. Psychological diestresse among men suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. **Hum Reprod**, v. 24, n. 11, p. 2821-6, jul. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/dep278>. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/24/11/2821/627384>. Acesso em 13 mai. 2023.

EMOKPAE, M. A.; BROWN, S. I. Effects of lifestyle factors on fertility: practical recommendations for modification. **Reproduction & Fertility**, v. 2, n. 1, p. 13-26, jan. 2021. DOI: 10.1530/raf-20-0046. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35128442/>. Acesso em 18 mai. 2023.

ESPINÓS, J. J.; SOLÀ, I.; VALLI, C.; POLO, A.; ZIOLKOWSKA, L.; MARTÍNEZ-ZAPATA, M. J. The Effect of Lifestyle Intervention on Pregnancy and Birth Outcomes on Obese Infertile Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int J Fertil Esteril**, v. 14, n. 1, p. 1-9, abr./jun, 2020. DOI: 10.22074/ijfs.2020.5921. Disponível em: https://www.ijfs.ir/article_45570.html. Acesso em: 22 abr. 2023.

FARIA, D. E. P.; GRIECO, S. C.; BARROS, S. M. O. Efeitos da infertilidade no relacionamento dos cônjuges. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 794-801, ago, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/qswx8tvwvT99qD3tHwzxrqJ/>. Acesso em 19 fev. 2023.

FÉLIS, K. C.; ALMEIDA, R. J. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. **Reprod Clim**, v. 31, n. 2, p. 105-111, mai. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.01.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716000078>. Acesso em: 09 mar. 2023.

FERREIRA, L. A. P.; JUNIOR, L. R. S.; GONÇALVES, L. C. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; PINTO, M. J. C. Estresse em casais inférteis. **Reprod Clim**, v. 9, n. 3, p. 88-92, set./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.04.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000072?via%3Dihub>. Acesso em: 30 set. 2023.

FICHMAN, V.; COSTA, R. S.; MIGLIOLI, T. C.; MARINHEIRO, L. P. Associação entre obesidade e infertilidade anovulatória. **Einstein**, v. 18, p. 1-5, mar. 2020. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5150. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-18-eAO5150/2317-6385-eins-18-eAO5150-pt.pdf. Acesso em 21 jul. 2023.

FIGUEREDO, R. P.; POMPA, Y. M.; VÁZQUEZ, S. Y. N. Tratamiento de la infertilidad con el uso de la Medicina Natural y Tradicional. **Farmaco Salud Artemisa**. I Jornada Científica de Farmacología y Salud. 2021. Disponível em <https://farmasalud2021.sld.cu/index.php/farmasalud/2021/paper/view/42>. Acesso em 26 mai. 2023.

FREITAS, Regina Andreotti. **Reiki no manejo da dor: uma revisão de literatura**. 2021. 44f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2021.

FREDERIKSEN, Y.; FARVER-VESTERGAARD, I.; SKOVGÅRD, N. G.; INGERSLEV, H. J.; ZACHARIAE, R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 5, n. 1, p. e006592, jan. 2015. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006592. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25631310/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

FROTA, I. J.; MOURA FÉ, A. A. C.; PAULA, F. T. M.; MOURA, V. E. G. S.; CAMPOS, E. M. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **J Health Biol Sci**, v. 10, n. 1, p. 1-8, jan. 2022. DOI: 10.12662/2317-3206jhbs. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361739/3971.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2023.

FUNARO, V. M. B. O.; CALABREZ, A. P.; AGUIAR, G. A.; DZIABAS, M. C. C.; LAET, M. A.; NASCIMENTO, M. M. Universidade de São Paulo (USP). **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações da USP**. 4ª Edição. Parte I (ABNT), Cadernos de Estudos 9. 2020. Disponível em: <https://www.livrosabertos.abcd.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/459>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre quando a demanda é alcançar a gravidez**. Rio de Janeiro, 27 jun. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-quando-a-demanda-e-alcancar-a-gravidez/>

GRADVOHL, S. M. O.; OSIS, M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Stress of men and women seeking treatment for infertility. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 6, p. 255-61, JUN. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/yD6jVffwhFWtfGkps8WkDx/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2023.

GDAŃSKA, P.; DROZDOWICZ-JASTRZĘBSKA, A.; GRZETCHOCIŃSKA, B.; RADZIWIŃ-ZALESKA, M.; WĘGRZYN, P.; WIELGOŚ, M. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. **Ginekol Pol**, v. 88, n. 2, p. 109-112, 2017. DOI: 10.5603/GP.a2017.0019. Disponível em: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2017.0019/37563. Acesso em: 27 jul. 2023.

GUDE, D. Thyroid and its indispensability in fertility. **J Hum Reprod Sci**, v. 4, n. 1, p.59-60, jan./abr. 2011. DOI: 10.4103/0974-1208.82368. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136077/>. Acesso em: 10 mar. 2023.

HAZLINA, N. H. N.; NORHAYATI, M. N.; BAHARI, I. S.; ARIF, N. A. N. M. Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis, v. 12, n. 3, p. e057132, mar. 2022. **BMJ Open** DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057132. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354629/>. Acesso em: 06 abr. 2023.

HE, S.; WAN, L. Associations between smoking status and infertility: a cross-sectional analysis among USA women aged 18-45 years. **Front Endocrinol**, Lausanne -FRA, v. 19, abr. 2023. DOI: 10.3389/fendo.2023.1140739. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2023.1140739/full>. Acesso em: 11 jun. 2023.

JÚNIOR, E. T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Metrópole E Saúde**, v. 30, n. 86, p. 99-112, jan./abr. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gRhPHsV58g3RrGgJYHJQVTn/?lang=pt>. Acesso em: 04 mai. 2023.

JURKOVICH, P.; WATSON, S. Implementation of a Volunteer Reiki Program at an Academic Medical Center in the Midwest. **J Holist Nurs**, v. 38, n. 4, p. 400-409, dez. 2020. DOI: 10.1177/0898010120907734. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32100622/>. Acesso em: 05 fev. 2023.

J.-Y. HA, S.-H. BAN. Effects of MindeBody Programs on Infertile Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Asian Nursing Research**, v. 15, n. 2, p. 77-88, mai. 2021. DOI: 10.1016/j.anr.2021.02.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33607300/>. Acesso em: 01 ago. 2023.

KAHAN, B. C.; HALL, S. S.; BELLER, E. M.; BIRCHENALL, M.; CHAN, A. W.; ELBOURNE, D.; LITTLE, P.; FLETCHER, J.; GOLUB RM, GOULAO B.; HOPEWELL, S.; ISLAM, N.; ZWARENSTEIN, M.; JUSZCZAK, E.; MONTGOMERY A. A. Reporting of Factorial Randomized Trials: Extension of the CONSORT 2010 Statement. **JAMA**, v. 330, n. 21, p. 2106-2114, dec. 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.19793. PMID: 38051324. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2812475>. Acesso em: 05 jan 2024.

KARUNYAM, B.V.; ABDUL, K. A. K.; MOHAMED I. N.; UGUSMAN, A.; MOHAMED, W. M. Y.; FAIZAL, A. M.; ABU, M. A.; KUMAR, J. Infertility and cortisol: a systematic review. **Front. Endocrinol**, Lausanne-FRA, v. 14, jun, 2023. DOI: 10.3389/fendo.2023.1147306. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37455908/>. Acesso em 23 nov. 2023.

KIANI, Z.; SIMBAR, M.; HAJIAN, S.; ZAYERI F.; SHAHIDI M.; NAZ M. S. G.; GHASEMI, V. The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. **Prática Fertil Res**, v. 6, n. 7, abr. 2020. DOI: 10.1186/s40738-020-00076-1. Disponível em: <https://fertilityresearchandpractice.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40738-020-00076-1>. Acesso em 09 fev. 2023.

KIANI, Z.; SIMBAR, M. Infertility's Hidden and Evident Dimensions: A Concern Requiring Special Attention in Iranian Society. **Iran J Public Health**, v. 48, n. 11, p. 2114-15, nov. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961200/>. Acesso em: 12 set. 2023.

KLENOV, V. E.; JUNGHEIM, E. S. Obesity and reproductive function: a review of the evidence. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 26, n. 6, p. 455-460, dez. 2014. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000113. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25254319/>. Acesso em: 15 out. 2023.

KOENIG, H. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, n. 1, p. 1-33, dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. Acesso em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>. Aceso em: 25 out. 2023.

KOVAC, J. R.; KHANNA, A.; LIPSHULTZ, L. I. The effects of cigarette smoking on male fertility. **Postgraduate Medicine**, v. 127, n. 3, p. 338-41, fev. 2015. 127:3, 338-341, DOI:10.1080/00325481.2015.1015928. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2015.1015928?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 04 out. 2023.

KOUMPAROU, M.; BAKAS, P.; PANTOS, K.; ECONOMOU, M.; CHROUSOS, G. Stress management and In Vitro Fertilization (IVF): A pilot randomized controlled trial. **PsiquiatrikI**, v. 32, p. 290-99, ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.029>. Disponível em: <https://psiquiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/32.4-EN-2021-290.pdf>. Acesso em 01 out. 2023.

KIM, S. Y.; PARK, E. S.; KIM, H. W. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions for Overweight or Obese Infertile Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 20, p. 7438, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerp.17207438>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/20/7438>. Acesso em: 14 jan. 2023.

KHIZROEVA, J.; NALLI, C.; BITSADZE, V.; LOJACONO, A.; ZATTI, S.; ANDREOLI, L.; TINCANI, A.; SHOENFELD, Y.; MAKATSARIYA, A. Infertility in women with systemic autoimmune diseases. **Best Pract Res Clin Endocrinol Metab**, v. 33, n. 6, p. 101369, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2019.101369>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31837981/>. Acesso em: 12 out. 2023.

KUREBAYASHI, L. F. S.; GNATTA, J. R.; KUBA, G.; GIAPONESI, A. L. L.; SOUZA, T. P. B.; TURRINI, R. N. T. Massage and Reiki to reduce stress and improve quality of life: a randomized clinical trial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, p. 03612, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018059103612>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cKd5vB4Xgphhq7PfBMrCKyr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2023.

LEÃO, J.; LINDÔSO, Z. C. L. Infertilidade feminina: aspectos multidimensionais e a percepção da mulher. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup**, Rio de Janeiro-RJ, v. 4, n. 6, p. 985-1003, 2020. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto34235. Disponível em: <https://1library.org/document/y96o2pxw-artigo-original-infertilidade-feminina-aspectos-multidimensionais-percep%C3%A7%C3%A3o-mulher.html>. Acesso em: 26 out. 2023.

LEGRO, R. S.; HANSEN, K. R.; DIAMOND, M. P.; STEINER, A. Z.; COUTIFARIS, C.; CEDEARS, M. I.; HOEGER, K. M.; USADI, R.; JOHNSTONE, E. B.; HAISENLEDER, D. J.; WILD, R. A.; BARNHART, K. T.; MERSEREAU, J. (2022) Effects of preconception lifestyle intervention in infertile women with obesity: The FIT-PLEASE randomized controlled trial. **PLoS Med**, v. 9, n. 1, p. e1003883, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003883>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003883>. Acesso em 14 set. 2023.

LINS, P. G. A.; PATTI, E. A. M. R.; PERON, A. C.; BARBIERIO, V. O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular. **Estud. Psicol**, Campinas-SP, v. 31, n. 3, p. 387-392, set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166x2014000300007>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/vhVG4SprPvs6sHXYrd7bcgN/>. Acesso em: 22 set. 2023.

LIPP, M. E. N. Teoria de temas de vida do estresse recorrente e crônico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo-SP, v. 26, n. 3, p. 82-93, set./dez. 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94626311>. Acesso em: 18 set. 2023.

LOMBARDI, E. M. S.; PRADO, G. F.; SANTOS, U. P.; FERNANDES, F. L. A. O tabagismo e a mulher: Riscos, impactos e desafios. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 1, p. 118-128, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/6Sk8vMdHJrjXhfzfbJkWdDw/?lang=pt>. Acesso em 25 abr. 2023.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; URBANO, I. R.; SCHUAB, S. I. P. C.; PESSANHA, R. M.; ROSA, G. S.; LIMA, R. A. G. Effectiveness of complementary therapies for the management of symptom clusters in palliative care in pediatric oncology: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, p. e03709, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020025103709>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rCRgxxQpmcfnFhDwxHxpH5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2023.

LÓPEZ-IBOR, J. J.; LÓPEZ-IBOR, M. I. Anxiety and logos: Toward a linguistic analysis of the origins of human thinking. **J Affect Disord**, v. 120, n. 1-3, p. 1-11, jan. 2010. DOI: [10.1016/j.jad.2009.02.026](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.026). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19361866/>. Acesso em: 14 ago. 2023.

LU, S.; WEIT, F.; LI, G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. **Cell Stress**, v. 5, n.6, p. 76-85, abr. 2021. DOI: [10.15698/cst2021.06.250](https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34124582/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. Racionalidades e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Série Clássicos para Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro-RJ, CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p. 425, 2012. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2021/07/racionalidades-medicas.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

ISAGULIANTS, M.; KRASNYAK, S.; SMIRNOVA, O.; COLONNA, V.; APOLIKHIN, O.; BUONAGURO, F. M. Genetic instability and anti-HPV immune response as drivers of infertility associated with HPV. **Infectious Agents and Câncer**, v. 16, n. 29, mai. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13027-021-00368-1>. Disponível em: <https://infectagentscancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13027-021-00368-1>. Acesso em: 05 set. 2023.

MAGALHÃES, J. O Grande livro do Reiki: manual prático e atualizado sobre a Arte da Cura, níveis 1, 2, 3. Lisboa: **Editores Bambual**, p. 416, 2021.

MARIZ, A. L. F.; ALBUQUERQUE, F. Q.; SANTOS, H. C.; SEGUNDO, J. C. C. F.; FILHO, J. M. T. S.; CUNHA, R. C. S. P.; SOUSA, D. H. A. V.; ARRUDA, I. T. S. The effect of stress on glucocorticoid secretion as a cause of infertility. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba-PR, v. 5, n. 4, p.14508-14514, jul./aug., 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-210>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/51288>. Acesso em: 23 ago. 2023.

MARTINEZ, E. Z. Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. São Paulo: **Editora Blucher**, 2015.

MAZZILLI, R.; MEDENICA, S.; DI TOMMASO, A. M.; FABOZZI, G.; ZAMPONI, V.; CIMADOMO, D.; RIENZI, L.; UBALDI, F. M.; WATANABE, M.; FAGGIANO, A.; LA VIGNERA, S.; DEFEUDIS, G. The role of thyroid function in female and male infertility: a narrative review. **Journal of Endocrinological Investigation**, v. 46, p. 46-15-26, ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40618-022-01883-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40618-022-01883-7>. Acesso em: 13 dez. 2023.

MCMANUS, D. E. Reiki Is Better Than Placebo and Has Broad Potential as a Complementary Health Therapy. *J Evid Based Complementary Altern Med*, v. 22, n. 4, p. 1051-57, out. 2017. DOI: 10.1177/2156587217728644. Disponível em: <https://doaj.org/article/c10682919a8c46ae998f164ff510c1a1#:~:text=From%20the%20information%20currently%20available%2C%20Reiki%20is%20a,is%20needed%20to%20optimize%20the%20delivery%20of%20Reiki>. Acesso em: 14 dez. 2023.

MINER, S. A.; ROBINS, S., ZHU, Y. J.; KEEREN, K.; GU, V.; READ, S. C.; ZELKOWITZ, P. Evidence for the use of complementary and alternative medicines during fertility treatment: a scoping review. **BMC Complementary Altern Med**, v. 18, n. 158, mai. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2224-7>. Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12906-018-2224-7>. Acesso em: 14 mai. 2023.

MOREIRA, S. N. T.; MELO, C. O. M.; TOMAZ, G.; AZEVEDO, G. D. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Natal-RN, v. 28, n. 6, p. 358-64, jun. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000600007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/SBZPrfMLqzcGN4d6Sy5QWbG/>. Acesso em: 21 abr. 2023.

NAMUUN, B. The effects of reiki on heart rate, blood pressure, body temperature, and stress levels: A pilot randomized, double-blinded, and placebo-controlled study. **Complement Ther Clin Pract**, v. 43, mai. 2021. DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101328. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33639516/>. Acesso em: 30 jul. 2023.

NERY, S. F.; PAIVA, S. P. C.; VIEIRA, E. L.; BARBOSA, A. B.; SANTANA, E. M.; CASALECHI, M.; CRUZ, C. D.; TEIXEIRA, A. L.; REIS, F. M. Mindfulness-based program for stress reduction in infertile women: Randomized controlled trial. **Stress and Health**, v. 35, p. 49-58, out. 2019. <https://doi.org/10.1002/smi.2839>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2839>. Acesso em: 12 fev. 2023.

NEWTON, C. R.; SHERRARD, W.; GLAVAC, I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. **Fertil Steril**, v. 72, n. 1, p. 54-62, jul. 1999. DOI: 10.1016/s0015-0282(99)00164-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10428148/>. Acesso em: 26 fev. 2023.

NUNES, G. M. **O impacto das intervenções de meditação breve e extremamente breve nas taxas de sucesso de técnicas de reprodução assistida: um estudo controlado randomizado**. 2023. 87 f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1517731/tese-medit-fiv-gelza-nunes-set2023-ppsv-medicina-ufmg.pdf>. Acesso em: nov. 2023.

OLIVEIRA, M. A. P.; VELARDE, L. G. C.; SÁ, R. A. M. Ensaios clínicos randomizados: série entendendo a pesquisa clínica 2. **Feminina**, v. 43, n. 1, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4842.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, L. M. S. **Um estudo sobre a vivência da gravidez tardia**. 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://www.bdt.uerj.br:8443/bitstream/1/11354/1/DISSERTACAO_FINAL_LIDIA_MARIA_DE_SOUZA_OLIVEIRA_corrigido.pdf. Acesso em: 19 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OPAS/OMS. **OMS alerta que 1 em cada 6 pessoas é afetada pela infertilidade em todo o mundo**. Genebra, abr. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-1-em-cada-6-pessoas-e-afetada-pela-infertilidade-em-todo-mundo>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Folha Informativa. **Tabaco**. Genebra, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco>

OZKAN, M.; BAYSAL, B. Emotional distresse of infertile women in Turkey. **Clin Exp Obstet Gynecol**, Turquia, v. 33, n. 1, p. 44-6, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16761539/>. Acesso em: 02 fev. 2023.

PASSOS, L. G.; TERRACIANO, P.; WOLF, N.; OLIVEIRA, F. S.; ALMEIDA, I.; PASSOS, E. P. The Correlation between *Chlamydia Trachomatis* and Female Infertility: A Systematic Review. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 44, n. 6, p. 614-20, jun. 2022. DOI: 10.1055/s-0042-1748023. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-1748023>. Acesso em: 26 fev. 2023.

PARASKEVI, L.; ANTIGONI, S.; KLEANTHI, G. Stress and Anxiety Levels in Couples who Undergo Fertility Treatment: a Review of Systematic Reviews. **Mater Sociomed**, v. 33, n. 1, p. 60-64, mar. 2021. DOI: 10.5455/msm.2021.33.60-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116083/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

PEREIRA, L. L. **Assistência aos casais inférteis: uma análise da rede de atenção do sistema único de saúde na macrorregião de Juiz de Fora - Minas Gerais.** 2013, 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1179>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PESSINI, S. A.; CARVALHO, J. P.; REIS, R.; FILHO, A. L. S.; PEREIRA, W. Q. P. Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico. Febrasgo Position Statement. **Femina**, v. 51, n. 3, p. 154-60, mar. 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1428722/femina-2022-513-154-160.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

PIANI, L. L.; CHIAFFARINO, F.; CIPRIANI, S.; VIGANÒ, P.; SOMIGLIANA, E.; PARAZZINI, F. A systematic review and meta-analysis on alcohol consumption and risk of endometriosis: an update from 2012. **Sci Rep.** v. 9, n. 1, p. 19122, nov. 2022. DOI: 10.1038/s41598-022-21173-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36352037/>. Acesso em: 19 ago. 2023.

PINHEIRO, L. K. C.; SOUZA, T. B. G.; SANTOS, N. L.; GALVÃO, A. P. F. C.; MELO, M. A. S.; MARTINELLI, C. V. M., CUNHA, C. R. S. S.; MORAES, L. M. S.; SILVA, A. M. A.; ROCHA, J. C.; PEREIRA, J. F. S.; ARAGÃO, F. B. A. Integrative and complementary practices: a strategy for the Promotion of women's health. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.18147>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18147/23038>. Acesso em: 17 fev. 2023.

PINHEIRO, R. L.; AREIA, A. L.; PINTO, A. M.; DONATO, H. Idade materna avançada: resultados adversos da gravidez, uma meta-análise. **Acta Med Port**, v. 32, n. 3, p. 219-26, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.11057>. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11057>. Acesso em 22 out. 2023.

PODGAEC, S.; CARAÇA, D. B.; LOBEL, A.; BELLELIS, P.; LASMAR, B. P.; LINO, C. A. P. C.; SCHOR, E.; MINSON, F. P.; CORREA, F. J. S.; ROSSI, K. K. C.; GONÇALVES, M. O. C.; CARNEIRO, M. M.; OLIVEIRA, M. A. P. Protocolo Febrasgo. Endometriose. **Femina**, v. 48, n. 4, p. 233-7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096077/femina-2019-484-233-237.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2023.

POIATTI, D. D. Escolaridade feminina e a sua importância na escolha voluntária da fecundidade. **RIAEE**, Araraquara-SP, v. 15, n. 4, p. 1786-1798, out./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15i4.13182>. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/13182/9553>. Acesso em: 08 ago. 2023.

POPPE, K.; BISSCHOP, P.; FUGAZZOLA, L.; MINZIORI, G.; UNUANE, D.; WEGHOFER, A. 2021 European Thyroid Association Guideline on Thyroid Disorders prior to and during Assisted Reproduction. **Eur Thyroid J**, v. 9, n. 6, p. 281-95, fev. 2021. DOI: 10.1159/000512790. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33718252/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

PRINDS, C.; HVIDT, N. C.; MOGENSEN, O.; BUUS, N. Making existential meaning in transition to motherhood - A scoping review. **Midwifery**, v. 30, n. 6, p. 733-41, jun. 2014. DOI: 10.1016/j.midw.2013.06.021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813002039?via%3Dihub>. Acesso em: 02 mai. 2023.

PUCHALSKI, C. M.; BLATT, B.; KOGAN, M.; BUTLER, A. Spirituality and health: the development of a field. **Acad Med** [Internet], v. 89, n. 1, p. 10-16, jan. 2018. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000083. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2014/01000/spirituality_and_health__the_development_of_a.9.aspx. Acesso em: 25 mai. 2023.

QUEIROZ, A. B.; MOHAMED, R. P. S.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. O.; CARVALHO, M. C. M. P.; VIEIRA, B. D. G. Nursing work in assisted human reproduction: between technology and humanization. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 3, p. e20170919, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0919>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zVTbz4svjQsczqxqQVvvHd9j/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2023.

QUEIROZ, L. S.; ALVES, O. F. Acupuntura no tratamento da infertilidade. **Saúde & Ciência em Ação**, v.3, n. 1, p. 15-30, ago./dez. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/228>. Acesso em: 04 abr. 2023.

RAVEL, J.; MORENO, I.; SIMON, C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. **Am J Obstet Gynecol**, v. 224, n. 3, p. 251-57, mar. 2021. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.10.019. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31193-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31193-5/fulltext). Acesso em: 31 jul. 2023.

RIBEIRO, A. C. **Adaptation of the fertility problem inventory to infertile men and women**. 2007. 181f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-13072007-133824/publico/AndrezaCristinaRibeiro.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ROONEY, K. L.; DOMAR, A. D. The impact of stress on fertility treatment. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 28, n. 3, p. 198-201, jun. 2016. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000261. Disponível em: https://journals.lww.com/co-obgyn/Abstract/2016/06000/The_impact_of_stress_on_fertility_treatment.10.aspx. Acesso em: 04 mai. 2023.

RODRIGUES, L. A.; ALMEIDA, S. A.; FERREIRA, G. N.; NUNES, E. F. C.; AVILA, P. E. S. Análise da influência da endometriose na qualidade de vida. **Fisioter. Mov**, v. 35, p. e35124, 2022. DOI: 10.1590/fm.2022.35124.0. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/Yx6jYtnnqhfHLhnFGcScLqq/?format=pdf>. Acesso em: 02 jan. 2023.

ROMEIRO, J.; CALDEIRA, S.; BRADY, V.; HALL, J.; TIMMINS, F. The Spiritual Journey of Infertile Couples: Discussing the Opportunity for Spiritual Care. **Religions**, v.

8, n. 4, p. 76, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel8040076>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/8/4/76>. Acesso em: 06 fev. 2023.

ROMEIRO, J.; CALDEIRA, S.; BRADY, V.; TIMMINS, F.; HALL, J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. **J Clin Nurs**, v. 26, n. 23-24, p. 3917-35, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13813>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28329409/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, J. C. R.; VALERIO, F. P.; HERREN, H.; TRONCON, J. K.; GARCIA, R.; POLI NETO, O. B. Endometriose: aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. **Femina**, v. 49, n. 3, p. 134-41, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224073/femina-2021-493-p134-141-endometriose-aspectos-clinicos-do-dia_CFa8LoS.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

ROSENBAUM, M. S.; VELDE, J. The Effects of Yoga, Massage, and Reiki on Patient Well-Being at a Cancer Resource Center. **Clin J Oncol Nurs**. v. 20, n. 3, p. 77-81, jun. 2016. DOI:10.1188/16.CJON.E77-E81. Disponível em: <https://cjon.ons.org/cjon/20/3/effects-yoga-massage-and-reiki-patient-well-being-cancer-resource-center#:~:text=Findings%3A%20All%20three%20services%20helped%20decrease%20stress%20and,a%20greater%20extent%20than%20either%20massage%20or%20yoga..> Acesso em: 10 jan. 2023.

SALLES, L. F.; VANNUCCI, L.; SALLES, A.; SILVA, M. J. P. Efeito do Reiki na hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 5, p. 479-84, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400078>. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/5f68220a-0b02-4d34-9254-3adab39e2bf3/content>. Acesso em: 11 jan. 2023.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, mai./jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2463/2851>. Acesso em: 07 jan. 2022.

SHARIFI, F.; HEYDARI, A.; ROUDSARI, R. L. Infertile women's healing experiences of using complementary and alternative medicine: A phenomenological inquiry, **Eur J Integ Med**, v. 47, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.101369>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382021000871?via%3Dihub>. Acesso em: 29 set. 2023.

SHARIFI, F.; ROUDSARI, R. L. Complementary and alternative medicine use in infertility: A review of infertile women's needs. **J Educ Health Promot**, v. 30, n. 11, p. 195, jun. 2022. DOI: [10.4103/jehp.jehp_704_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_704_21). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9393951/>. Acesso em: 17 mar. 2023.

SILVA, I. R. V.; FERREIRA, A. M. N. S.; BRITO, M. A. F.; DIAS, N. M. B.; HENRIQUES, C. M. G. As vivências da mulher infértil. *Referência*, v. 3, n. 8, p. 181-89,

dez. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967006.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2023.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; CALDAS, C. P.; MARTINS, E. L.; FERREIRA, S. R. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde debate**, v. 42, n. 4, dez. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S420. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8650/1389>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SILVA, J. F.; OCARINO, N. M.; SERAKIDES, R. Hormônios tireoidianos e reprodução feminina. **Biol. Reprodução**, v. 99, n. 5, p. 907-21, mai. 2018. DOI: 10.1093/biolre/iy0115. Disponível em: https://watermark.silverchair.com/iy0115.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAA1swggNXBgkqhkiG9w0BBwagggNIMIIDRAIBADCCAz0GCSqGSIB3DQEhATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQM6WIQp0wRiNGOIRUAgEQgIIDDn_KPv77QT126PIQqd76EJdCHtdEEbNXnF6npARw5OPaMgxH_p64pCOQCE4uZit9_8mKAbYfAvhnWLNAAQZeCIE4leI9QTpn29l6seLrPGSdyRsaWrl2GObcQHX51BI77_4srl3qvReZkW_Nxf03I2eeddqL-1Veyrd3EFj88zKLLKuR4L08t3nl2JYH1Na10IB02Nf5yTZ003srkbyFWXqM3IFDvGiQay8vx_mCTfVqoR-cOgpmWeAFPQwh5uinudDuITg5GdAVxEow7PT1dWSY1E1ZT3O7QQsmYVNWILjw_KL3R19IMEsMaPUzhUyqXFCHxdOtyjVLM2i8vDsQ4mpU_AzgfHqGTK7652YCUv4eJVCWtGauY6OL8EFJpMCHIM0nfnJwG7U57hrCinD3qlAP4W5r6s5-QzNkG6oLzSktaRHMxMUFpSazobi6eidzHM0YGheLSBDzO4cNkybbkQOVexNWdwwaQ0kTyupC8qc4JTWYZS_rVaT2fW04eoy05v1N2xvd-2DdqsqgexMPZtv0u9PXXGcRUDYm5JpoE8mg2Axc2A6LXQ386yyVIKzs1eK5J5eHRsAt31aAPus9fdiKsd98MXn4LHDyU-2Rgna8cxcLfNHteeS7gnWQt9TsrIPOjJV-ffcnsVgCpY9ORx4k3ZZ8RNKhEHlhfnajb6lxfLhQQN16gsyQcoGrcf_j1pDxPKGGuO-msYApYbNjw0PteuiJBLHDvzeM8RwCD1VoXwo0Q0SrEmJ3bP-NkluQX5CM7vq_sId6saH11rWG_ZBGLZfEomS_TZrZ-BTzVTCI-Clz5QXSR7KhZDKZHq48Aa36859fv9HjqSvPsONEO1fXyiPONSMkZcSKMp7mdE1WrmzOF-aTnblnCuNt-Z2zC33of2cGw7TQhl0nX4hBRZOMHSQNT9Uhlw9v8gnzt0wOVpjmqr-crDfkMS7epTK21uGP8h2Ij0XuSOs8sSOhDrh2XV_5Pfx2D0us3njKoZDqthRZG5CCfn7op4TfgMj0jPG5EKvUIXnLk

SOARES, S. R.; MELO, M. A. Cigarette smoking and reproductive function. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v. 20, n. 3, p. 281-91, jun. 2008. DOI: 10.1097/GCO.0b013e3282fc9c1e. Disponível em: https://journals.lww.com/co-obgyn/abstract/2008/06000/cigarette_smoking_and_reproductive_function.15.aspx. Acesso em: 14 fev. 2023.

SOUZA, A. M.; CENCI, C. M. B.; LUZ, S. K.; PATIAS N. D. Casais Inférteis e a Busca pela Parentalidade Biológica: uma compreensão das experiências envolvidas. **Pensando Famílias**, v. 21, n. 2, p. 76-88, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200007. Acesso em: 18 ago. 2023.

SOUZA, V. A.; MACHADO, G. N.; ARRUE, A. M.; LUZARDO, A. R.; JANTSCH, L. B.; DANSKI, M. T. R. Integrative and Complementary Practices in women's health care. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e81985379, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5379>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5379/5185>. Acesso em: 24 jul. 2023.

ŞIŞMAN, H.; ARSLAN, S. The effect of reiki on anxiety, fear, pain, and oxygen saturation in abdominal surgery patients: A randomized controlled trial. **Explore**, v. 19, n. 4, p. 578-86, jul./ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2022.11.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830722002105?via%3Dihub>. Acesso em: 29 nov. 2023.

SUTCLIFFE, A. G.; BARNES, J.; BELSKY, J.; GARDINER, J.; MELHUISE, E. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. **BMJ**, v. 345, p. :1-10, ago. 2012. Disponível em: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2195&context=sspapers>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SCARAVELLI, G.; FEDELE, F.; SPOLETINI, R.; MÔNACO, S.; RENZI, A.; DI TRANI, M. Rumo a um serviço de aconselhamento psicológico personalizado em centros de tecnologia de reprodução assistida: uma análise qualitativa das necessidades dos casais. **J.Pers. Med**, v. 13, n. 1, p. 73, dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm13010073>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4426/13/1/73>. Acesso em: 15 dez. 2023.

STARC, S.; TRAMPUŠ, M.; JUKIĆ, D. P.; ROTIM, C.; JUKIĆ, T.; MIVŠEK, A. P. Infertility and sexual dysfunctions: a systematic literature review. **Acta Clin Croat**, v. 58, n. 3, p. 508-15, setb. 2019. DOI: 10.20471/acc.2019.58.03.15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6971809/>. Acesso em: 20 mai. 2023.

TANSKA, K.; GIETKA-CZERNEŁ, M.; GLINICKI, P.; KOZAKOWSKI, J. (2023) Thyroid autoimmunity and its negative impact on female fertility and maternal pregnancy outcomes. **Front. Endocrinol**, Lausanne-FRA, vol. 13, jan. 2023. DOI: 10.3389/fendo.2022.1049665. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2022.1049665/full>. Acesso em: 10 mar. 2023.

TAMARELLE, J.; THIEBAUT, A. C. M.; BARBEYRAC, B.; EAR, C. B.; RAVEL, J.; DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. **Clin Microbiol Infect**, v.25, n. 1, p. 35-47, jan. 2019. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.04.019. Disponível em: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(18\)30359-8/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(18)30359-8/fulltext). Acesso em: 14 ago. 2023.

TERZIOGLU, F.; TURCO, R.; YUCEL, C.; DILBAZ, S.; CINAR, O.; KARAHALIL, B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. **Journal / African Health Sciences**, v. 16, n. 2, p. 441-450, jun. 2016. DOI: 10.4314/ahs.v16i2.12. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/138602>. Acesso em: 08 fev. 2023.

THRANE, S.; COHEN, S. M. Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In-Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculations. **Pain Manag Nurs**, v. 15, n. 4, p. 897-908, dez. 2014. DOI: 10.1016/j.pmn.2013.07.008. Disponível em: [https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(13\)00080-5/fulltext](https://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(13)00080-5/fulltext). Acesso em: 04 jul. 2023.

TOMA, T. S.; HIRAYAMA, M. S.; BARRETO, J. O. M.; BOEIRA, L.; AMADO, D. M.; ROCHA, P. R. S. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo: **Instituto de Saúde**, 2021. 362 p.

TSANG, K. L.; B. A.; CARLSON, L.; OLSON, K. Pilot Crossover Trial of Reiki Versus Rest for Treating Cancer-Related Fatigue. **Integra Cancer Ther**, v. 6, n. 1, p. 25-35, mar. 2007. DOI: 10.1177/1534735406298986. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534735406298986?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 27 mai. 2023.

TSEVAT, D. G.; WIESENFELD, H. C.; PARKS, C.; PEIPERT, J. F. Sexually transmitted diseases and infertility **J Am Obstet Gynecol**, v. 216, n. 1, p. 1-9, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.08.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937816305737>. Acesso em: 18 fev. 2023.

UNITED NATIONS. **Global Sustainable Development Report. Independent group of scientists appointed by the secretary-general, global sustainable development report 2023: Times of crisis, times of change: Science for accelerating transformations to sustainable development**. New York-EUA, 2023. Disponível em: https://sdgs.un.org/sites/default/files/2023-09/FINAL%20GSDR%202023-Digital%20-110923_1.pdf. Acesso em: 24 nov. 2023

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. General Assembly**. Geneva, 2015. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E. Acesso em 14 de dez de 2019.

UNITED NATIONS. **Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Edição do 20º aniversário. 2019. p. 296. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/programa-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento>. Acesso em: 14 out. 2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA. UESB. Notícias. **Estudo da UESB aponta estresse como fator na infertilidade feminina**. 2023. Disponível em: <http://www.uesb.br/noticias/estudo-da-uesb-aponta-estresse-como-fator-na-infertilidade-feminina/>. Acesso em: 30 de nov de 2023.

USUI, M.; PETTER, F. A. The Original Reiki Handbook of Dr Mikao Usui. **Lotus Press**, 1999.

VAN ELTEN, T. M.; KARSTEN, M. D. A.; GEELLEN, A.; VAN OERS, A. M.; VAN POPPEL, M. N. M.; GROEN, H.; GEMKE, R. J. B. R.; MOL, B. W.; MUTSAERTS, M. A. Q.; ROSEBOOM, T. J.; HOEK, A. Effects of a preconception lifestyle intervention in obese infertile women on diet and physical activity. A secondary analysis of a randomized controlled trial. **PloS One**, v. 13, p. e:0206888, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206888>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30403756/>. Acesso em: 24 abr. 2023.

VAN DONGEN, A. J.; NELEN, W. L.; INTHOUT, J.; KREMER, J. A.; VERHAAK, C. M. e-Therapy to reduce emotional distress in women undergoing assisted reproductive technology (ART): a feasibility randomized controlled trial. **Hum Reprod**. 2016

WEISS, R. V.; CLAPAUCH, R. Female infertility of endocrine origin. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 2, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-2730000003021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/smNmTLSb4NQ5mhqbfQLTfcc/?lang=en>. Acesso em: 27 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023** [Internet]. Geneva, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Acesso em: 18 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD11 MMS)** [Internet]. Geneva, 2021. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2027043655>. Acesso em: 15 jul. 2023.

YING, L.; WU, L. H.; LOKE, A. Y. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. **J Assist Reprod Genet**, N. 3, P. 689-701, JUN. 2016. DOI 10.1007/s10815-016-0690-8. Acesso em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4889475/>. Acesso em: 09 jun. 2023.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F.; ADAMSON, D.; SEDA, T.; COOKE, I. D.; SIMPSON, J. L.; van der POEL, S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. **Fertility and Sterility®**, v. 108, n. 3, p. 393-406, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(17\)30429-6/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(17)30429-6/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2023.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-370, jun. 1983. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 10 jan. 2022.

ANEXO A

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD))

Botega et al., 1995

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"PROGRAMA GERAL
DE SAÚDE E SEGURANÇA
DO TRABALHADOR

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME _____			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça chela de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieto (a), como se eu não pudesse ficar parado (a) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animado (a) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: <input type="checkbox"/> questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: <input type="checkbox"/> questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA _____			

Referências:

Zigmond, A.S.7 Snaith,R.P.The Hospital Anxiety and Depression Scale.Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67,361 -370
Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

ANEXO B

O Inventário de Problemas de Fertilidade

Ribeiro, 2007

Inventário de Problemas de Fertilidade

Nome: _____

As seguintes afirmações expressam diferentes opiniões sobre o problema de fertilidade. Por favor, coloque um número na linha à esquerda de cada afirmação, para mostrar o quanto você concorda ou discorda delas. Se você tem um filho, responda como você se sente exatamente agora, depois de tê-lo.

Por favor, marque todos os itens. Use as categorias a seguir:

- 6 = concordo muito
- 5 = concordo
- 4 = concordo um pouco
- 3 = discordo um pouco
- 2 = discordo
- 1 = discordo muito

1. _____ Casais sem filhos são tão felizes quanto os que têm filhos.
2. _____ A gravidez e o parto são os dois eventos mais importantes no relacionamento de um casal.
3. _____ Eu percebi que o sexo deixou de ser prazeroso para mim por causa do problema da fertilidade.
4. _____ Eu me sinto tão atraente para meu (minha) parceiro (a) como antes.
5. _____ Para mim, ser pai / mãe é um objetivo mais importante do que ter uma carreira satisfatória.
6. _____ Meu casamento precisa de um filho (ou outro filho).
7. _____ Eu não me sinto diferente de outras pessoas do meu sexo.
8. _____ É difícil se sentir como um adulto de verdade até que se tenha um filho.
9. _____ Eu não me incomodo quando me fazem perguntas sobre crianças.
10. _____ Um futuro sem um filho (ou outro filho) me assustaria.
11. _____ Eu não posso mostrar como me sinto ao meu parceiro (a) porque ele/ela poderá ficar chateado (a).

- 6 = concordo muito
5 = concordo
4 = concordo um pouco
3 = discordo um pouco
2 = discordo
1 = discordo muito

12. _____ Parece que a família nos trata de maneira diferente.
13. _____ Eu sinto como se eu tivesse falhado sexualmente.
14. _____ Os feriados são especialmente difíceis para mim.
15. _____ Eu vejo algumas vantagens se nós não tivermos um filho (ou outro filho).
16. _____ Meu parceiro (a) não entende a maneira como o problema da fertilidade me afeta.
17. _____ Durante o sexo, eu só penso o quanto quero um filho (ou outro filho).
18. _____ Meu parceiro (a) e eu lidamos bem com questões sobre nossa infertilidade.
19. _____ Eu me sinto vazio (a) por causa do nosso problema de fertilidade.
20. _____ Eu poderia visualizar uma vida feliz juntos, sem um filho (ou outro filho).
21. _____ Incomoda-me que meu parceiro (a) reaja diferentemente ao problema.
-
22. _____ É difícil fazer sexo, porque eu não quero outra decepção.
23. _____ Ter um filho (ou outro filho) não é o maior objetivo de minha vida.
24. _____ Meu parceiro (a) está bastante desapontado comigo.
25. _____ Às vezes, me questiono seriamente se eu quero um filho (ou outro filho).
26. _____ Meu parceiro (a) e eu poderíamos falar mais abertamente um com o outro sobre nosso problema de fertilidade.
27. _____ Reuniões familiares são especialmente difíceis para mim.
28. _____ Não ter um filho (ou outro filho) me permitiria ter tempo para fazer outras coisas que me satisfazem.
29. _____ Eu sempre senti que eu nasci para ser pai / mãe.
30. _____ Não consigo deixar de me comparar com amigos que têm filhos.

- 6 = concordo muito
- 5 = concordo
- 4 = concordo um pouco
- 3 = discordo um pouco
- 2 = discordo
- 1 = discordo muito

- 31. _____ Ter um filho (ou outro filho) não é necessário para minha felicidade.
 - 32. _____ Se nós perdemos um dia apropriado para fazer sexo, eu posso sentir muita raiva.
 - 33. _____ Eu jamais poderia imaginar a gente se separando por causa disso.
 - 34. _____ Desde que eu me lembro, eu desejei ser pai / mãe.
 - 35. _____ Eu ainda tenho muito em comum com amigos que têm filhos.
 - 36. _____ Quando nós tentamos falar sobre nosso problema de fertilidade, isto parece provocar uma discussão.
 - 37. _____ Algumas vezes, eu me sinto tão pressionado (a), que fica difícil fazer sexo.
 - 38. _____ Nós poderíamos ter um relacionamento longo e feliz sem um filho (ou outro filho).
-
- 39. _____ Eu acho difícil conviver com amigos que tem filhos pequenos.
 - 40. _____ Quando eu vejo famílias com filhos eu me sinto excluído (a).
 - 41. _____ Há uma certa liberdade em não ter filhos que me atrai.
 - 42. _____ Eu vou fazer de tudo para ter um filho (ou outro filho).
 - 43. _____ Eu sinto como se amigos ou familiares estivessem nos deixando para trás.
 - 44. _____ Eu não me incomodo quando os outros falam sobre seus filhos.
 - 45. _____ Por causa da infertilidade, eu me preocupo se meu parceiro (a) e eu estamos nos distanciando.
 - 46. _____ Quando nós falamos sobre nosso problema de fertilidade, meus comentários parecem confortar meu parceiro (a).

ANEXO C

Questionário sociodemográfico, clínico e de conhecimento sobre PICS e Reiki

Dados sociodemográficos, clínico e Reiki

Record ID

GRUPO

 1 2 3

Nome completo

Data da Coleta:

Idade

Situação conjugal:

 solteira casada divorciada viúva união estável separada

Escolaridade:

- Analfabeta
- Ensino fundamental completo
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino universitário completo
- Ensino universitário incompleto
- Pós-graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado)

Raça/etnia:

 Branca Preta Parda Amarela ou indígena não soube responder

Renda familiar:

- Até um salário mínimo
- De um a dois salários mínimos
- De três a cinco salários mínimos
- Maior que cinco salários mínimos
- Não tem renda familiar

Ocupação/profissão:

 Do lar Profissional liberal Funcionária Pública Autônoma

Religião:

- Católica
 - Espírita
 - Protestante
 - Evangélica
 - Umbandista
 - Budista
 - Candomblecista
 - Espiritualizada
 - Testemunha de Jeová
 - Adventista do Sétimo Dia
 - Agnóstica
 - Ateu
 - Outra
-

Outra religião:

Prática religiosidade/espiritualidade:

- Sim Não
-

Frequência com que pratica religiosidade/espiritualidade:

- Uma vez por semana
 - Duas vezes por semana ou mais
 - Quinzenalmente
 - Mensalmente
 - Semestralmente
 - Anualmente
-

Número de gestações:

- Uma gestação Duas gestações 3 gestações ou mais Nunca engravidou
-

Número de filhos vivos (relação atual ou anterior):

- Um filho(a) Dois filhos (as) Três filhos ou mais Nenhum filho
-

Menarca:

- Menor que 9 anos Entre 9 e 14 anos Maior que 14 anos Não sabe
-

Coitarca:

- Menor que 13 anos Entre 13 anos e 15 anos Entre 16 anos e 20 anos Maior que 20 anos

Frequência que pratica atividade sexual:

- Uma vez por semana
- Duas vezes por semana
- Três vezes por semana
- Quatro vezes por semana
- Cinco vezes por semana
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Não pratica atividade sexual

Abortamento:

- Um abortamento
- Dois abortamentos
- Três abortamentos ou mais
- Nunca teve abortamento

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) prévias:

- Em tratamento
- Uma vez e tratada
- Duas vezes e tratadas
- Mais de 3 vezes e tratadas
- Nunca tratou uma IST
- Nunca teve uma IST

Comorbidades:

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Sistema Cardiovascular
- Sistema Respiratório
- Sistema Renal
- Sistema Hepático
- Sistema Endócrino
- Sistema Neurológico
- Sistema Reprodutor
- Obesidade
- Outros
- Não possui

Outra comorbidade:

Uso de medicamentos:

- Sim
- Não

Qual medicamento em uso?

Há quanto tempo em uso de medicamento:

- Menor que seis meses
 - Entre seis meses e um ano
 - Entre um ano e dois anos
 - Maior que dois anos
 - Não sabe
-

Peso (Kg):

Altura (m)

IMC

Pratica atividade física:

- Uma vez por semana
 - Duas vezes por semana
 - Três vezes por semana
 - Mais de 3 vezes por semana
 - Não pratica atividade física
-

Quantas refeições faz por dia?

- Uma refeição
 - Duas refeições
 - Três refeições
 - Quatro refeições ou mais
-

Qualidade da dieta alimentar em pelo menos duas refeições diárias:

- Balanceada (ingesta de proteínas, carboidratos, frutas, verduras e legumes)
 - Desbalanceada (carência de pelo menos um nutriente essencial)
 - Rica em carboidratos simples, gorduras e açúcares
 - Pobre em carboidratos simples, gorduras e açúcares
 - Não sabe
-

Consumo de álcool (cerveja, vinho, destilados):

- Baixo (< 1 dose/dia ou < 7 doses/semana)
- Moderado (de 1 a 3 doses/dia ou de 7 a 21 doses/semana)
- Alto (> 3 doses/dia ou > 21 doses/semana)
- Não consome álcool

Consumo de tabaco e outras drogas:

- Um cigarro e/ou droga por dia
 - Dois cigarros e/ou drogas por dia
 - Três cigarros e/ou drogas por dia
 - Maior que quatro cigarros e/ou drogas por dia
 - Não usa tabaco e/ou outras drogas
-

Tempo de tentativa para engravidar:

- Menor que 1 ano
 - Entre um e dois anos
 - Entre dois e três anos
 - Entre três e cinco anos
 - Maior que cinco anos
-

Tratamentos prévios realizados:

Número de ciclos (tentativas) de tratamentos prévios realizados:

- Uma tentativa
 - Duas tentativas
 - Três tentativas
 - Quatro tentativas ou mais
 - Nenhuma tentativa
-

Alguma vez ouviu falar sobre Práticas Integrativas?

- Sim
 - Não
-

Alguma vez se beneficiou com alguma Prática Integrativa?

- Sim
 - Não
-

Qual Prática Integrativa se beneficiou?

Por quanto tempo se beneficiou por esta Prática Integrativa?

- Mais de seis meses
 - Menor de um ano
 - Entre um e dois anos
 - Entre três e cinco anos
 - Maior que cinco anos
 - Não sabe
-

Alguma vez ouviu falar sobre Reiki?

- Sim
- Não

Já recebeu Reiki alguma vez na vida?

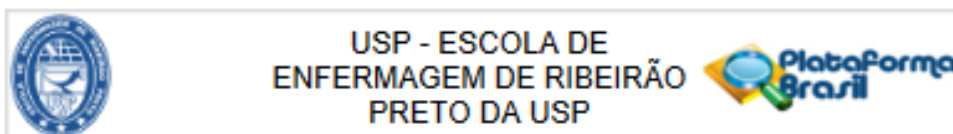
- Sim
 - Não
-

Por quanto tempo recebeu Reiki?

- Mais de seis meses
- Menor de um ano
- Entre um e dois anos
- Entre três e cinco anos
- Maior de cinco anos
- Não sabe

ANEXO D

Aprovação no Conselho de Ética em Pesquisa - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do nível de estresse e ansiedade com aplicação do Reiki no tratamento de reprodução assistida

Pesquisador: MARIANA LOPES BORGES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34515120.2.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.222.698

Apresentação do Projeto:

Trata de avaliação de resposta às pendências apresentadas por este CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Tópico já apreciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tópico já apreciado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram incluídos os seguintes documentos: ofício de encaminhamento e TCLE.

Recomendações:

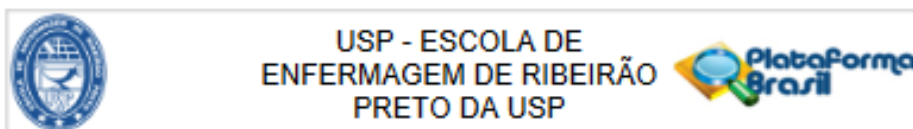
Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...]" após o encerramento da pesquisa,

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **Cep:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-8197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 4.222.698

totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório de CEP-EERP/USP se encontra disponível, em http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/Fluxograma_enc_protocolos_CEP_05_2019.pdf, na página 7 de 7.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1581846.pdf	18/08/2020 15:12:07		Aceito
Outros	Resposta.pdf	18/08/2020 15:11:17	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/07/2020 10:43:06	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Outros	Instrumento_2.pdf	25/06/2020 17:46:00	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Outros	Instrumento_1.pdf	25/06/2020 17:45:38	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Declaração de concordância	Instituicao_Cooperante.pdf	25/06/2020 17:44:50	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/06/2020 17:42:52	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/06/2020 17:42:28	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	25/06/2020 17:40:40	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/06/2020 17:36:00	MARIANA LOPES BORGES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	25/06/2020 16:28:36	MARIANA LOPES BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

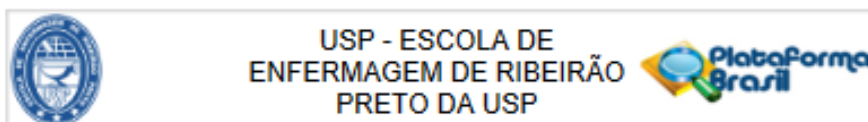
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CBI: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-8187 E-mail: cep@eerp.usp.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 4.222.698

RIBEIRÃO PRETO, 19 de Agosto de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
 (Coordenador(a))

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto de Pesquisa: “Avaliação do nível de estresse e ansiedade com aplicação do Reiki na reprodução assistida”

Pesquisadoras Responsáveis: Me. Mariana Lopes Borges (responsável) e Dr^a Marislei Sanches Panobianco (orientadora) e Rosana Maria dos Reis (coorientadora).

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar o efeito do Reiki sobre os níveis de estresse e ansiedade em mulheres inférteis, durante o tratamento da infertilidade, por meio da reprodução assistida. Compreender isso é importante para que possamos orientar melhor as mulheres que passam por essa situação e ajudá-las a lidar com esse momento de maneira mais equilibrada.

Caso você aceite, realizaremos algumas perguntas por meio de três questionários relacionados ao estado emocional, estresse e ansiedade e dados sociodemográficos, clínicos e sobre Reiki. Estes questionários serão respondidos em dois momentos distintos: no dia do início da estimulação da ovulação para o ciclo de “Fertilização *in vitro*” e novamente, em torno de uma semana após a transferência de embriões. Para receber a aplicação do Reiki, as participantes serão distribuídas em três grupos, por sorteio, com ajuda de um programa de computador sendo que, dois grupos específicos, serão submetidos a três sessões de Reiki ou técnica similar, e um grupo não será submetido a nenhuma técnica de intervenção. Se você estiver no grupo que não receberá intervenção, ao término da pesquisa poderá receber uma sessão de Reiki, caso queira.

A aplicação de Reiki se dará antes de iniciar dos procedimentos clínicos previstos, sendo a primeira sessão no dia do primeiro ultrassom da monitorização da estimulação ovariana, a segunda no dia da transferência de embriões e a terceira cerca de sete dias após a transferência dos embriões. O tempo previsto para aplicação do Reiki e preenchimento dos questionários será aproximadamente 30 minutos, em local reservando para sua privacidade, no próprio laboratório de reprodução onde você realiza seu tratamento. Procuraremos saber se a aplicação do Reiki reduz os níveis de estresse e ansiedade e auxilia no sucesso do tratamento, e saber qual o impacto do Reiki em você e no seu tratamento.

Os possíveis riscos pela sua participação na pesquisa são de um desconforto emocional, pois você responderá a perguntas de cunho pessoal, e poderá constranger-se em fornecer informações sobre seu tratamento durante a vivência da infertilidade. Caso esses desconfortos ocorram, estaremos à disposição para ajudá-la, conversando e tentando diminuir ou sanar seu constrangimento.

Por outro lado, ao conversar com a pesquisadora, você poderá ser beneficiada ao externar suas emoções e amenizar suas angústias e ansiedades. E ainda, os resultados deste estudo poderão fornecer conhecimentos para auxiliar profissionais de saúde no atendimento às necessidades de mulheres em tratamento da infertilidade e saber se o Reiki pode influenciar nos níveis de estresse e ansiedade gerados pelo tratamento, contribuindo assim no enfrentamento da situação.

Na semana após a transferência de embriões, em dia que não estará programado para você estar no hospital, de acordo com o cronograma do tratamento de reprodução assistida, você deverá retornar pelo fato de estar participando da pesquisa, para o preenchimento dos questionários e se estiver em um dos dois outros grupos selecionados para a realização

da sessão de Reiki ou técnica similar. Você não terá nenhum gasto por participar do estudo, e também não receberá pela sua participação.

Caso ocorra algum dano a você, decorrente de sua participação nessa pesquisa, você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país.

Lembramos que você poderá interromper ou desistir de sua participação, a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo ao atendimento que recebe no serviço.

Os resultados dessa pesquisa poderão ser divulgados de maneira acessível a você por correio eletrônico ou outra forma que julgar ser mais acessível. Também será divulgado em eventos científicos, na mídia ou similares. Garantimos que será mantido o respeito, o sigilo, o anonimato e que o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-la não aparecerá.

Você receberá uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável (Mariana).

Caso necessite, seguem os contatos com as pesquisadoras:

Pesquisadora: Mariana Lopes Borges - Telefone: 16-98108-4589, Ribeirão Preto - SP.

Pesquisadora/orientadora: Marislei Sanches Panobianco - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP – USP) – sala 100, Ribeirão Preto-SP, telefone: 16-3315-3480.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (EERP/USP). O CEP também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar seus direitos. Assim, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP situado na Av. Bandeirantes, 3.900- Ribeirão Preto-SP, ou pelo telefone 16-3315-9197, que funciona de 2ª à 6ª feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16h, e-mail cep@eerp.usp.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura da Entrevistada



Assinatura da Pesquisadora Responsável

Obs.: este documento será impresso em frente e verso