

UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E CULTURA

Verusk Arruda Mimura

**A COMUNICAÇÃO E AS TROCAS CULTURAIS MEDIADAS PELO REIKI COM O
PACIENTE EM COMA**

Sorocaba/SP

2013

Verusk Arruda Mimura

**A COMUNICAÇÃO E AS TROCAS CULTURAIS MEDIADAS PELO REIKI COM O
PACIENTE EM COMA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Cristina Carlos Silva.

Sorocaba/SP

2013

Ficha Catalográfica

Mimura, Verusk Arruda

M614c A comunicação e as trocas culturais mediadas pelo reiki com o paciente em coma / Verusk Arruda Mimura. -- Sorocaba, SP, 2013.

119 f. : il.

Orientador: Profa. Dra. Miriam Cristina Carlos Silva.

Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura) -
Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2013.

Bibliografia: f. 86-95.

Verusk Arruda Mimura

**A COMUNICAÇÃO E AS TROCAS CULTURAIS MEDIADAS PELO REIKI COM O
PACIENTE EM COMA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Miriam Cristina Carlos Silva
Universidade de Sorocaba

Prof. Dr. José Eugênio de Oliveira Menezes
Faculdade Cásper Líbero

Prof. Dr. Wilton Garcia Sobrinho
Universidade de Sorocaba

À minha mãe, Marcelina; ao meu marido, Helio; e ao meu filho, Augusto.

À minha mãe, pelo incentivo; ao meu esposo, pelo apoio incondicional; e ao meu filho, pela energia do viver.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus e a todos que diretamente ou indiretamente acreditaram no nosso trabalho;

À Prof.^a Dr.^a Míriam Cristina Carlos Silva, que oportunizou a realização desta pesquisa, por sua excelente orientação e por haver compartilhado comigo muita atenção, paciência, conhecimento e dedicação;

Aos funcionários do departamento de Comunicação e Cultura, que estiveram presentes nessa minha jornada;

Ao Sr. Francisco Araújo, provedor da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim pela confiança;

Ao meu amigo Anderson Fortini, coordenador do serviço de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim, pelo seu empenho, que contribuiu inexoravelmente para a realização da nossa pesquisa;

A toda equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim, pela iniciativa;

À Dra. Rafaela, médica intensivista da Unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim, pelo seu apoio;

Aos familiares do paciente, pela esperança e confiança.

Deixar é também ficar em silêncio para ouvir no interior de nós mesmos, no coração de nossa carne, a palavra que um dia Abraão ouviu: “Deixa teu mundo... e vai para você!” Essa mesma voz, um dia nos chamará. E esse corpo, esse país, com toda sua geografia, riquezas e misérias, será deixado. Hoje esse chamado é para abandonar aquilo e aquele que não somos ou parecemos ser. A hora de nossa hora será um chamado para ser tudo o que podemos ser, uma passagem de plenificação da pessoa junto ao Amor infinito.

(Evaristo Miranda)

RESUMO

A comunicação é interação e troca entre pessoas, e só se torna efetiva quando produz mudanças no outro. O processo de comunicação está intrinsecamente relacionado à cultura dos sujeitos envolvidos. O Reiki, objeto de estudo deste trabalho, representa uma prática cultural e uma possibilidade de comunicação, entendida como construção de vínculos. O objetivo deste estudo foi identificar indícios prováveis do processo de comunicação com o paciente em coma induzido, durante a aplicação das sessões de Reiki, por meio da leitura e interpretação de possíveis alterações da frequência cardíaca, do percentual de saturação de oxigênio no sangue e de sinais subjetivos emitidos pelo corpo por meio das expressões faciais e corporais. Para análise dos resultados, utilizamos os códigos hipolinguísticos, segundo Bystrina (1994), e os princípios ambiência, vinculação e projetividade, considerados por Pross (1972) e Kamper (1972). A amostra se constituiu de um paciente com 51 anos de idade, sexo masculino internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O paciente selecionado apresentava quadro clínico de coma induzido, com pontuação de R4/R5, mensurado pela Escala de Sedação de Ramsay. O paciente foi submetido a uma sessão de Reiki diária, totalizando-se cinco sessões administradas em horários que não coincidiram com o horário de visita. Foram observadas alterações na frequência cardíaca, percentual de saturação de oxigênio e expressão facial do paciente após as sessões administradas. Existem poucos estudos hospitalares acerca da aplicação do Reiki no Brasil e, nesse sentido, nosso achado poderá vir a contribuir com a necessidade de continuarmos as pesquisas acerca do Reiki como processo de comunicação, além de outros benefícios ao indivíduo que o recebe. Acreditamos que, após nosso estudo, abram-se caminhos para a aplicação do Reiki nos pacientes hospitalizados, independente de sua patologia.

Palavras-chave: Comunicação. Cultura. Corpo. Reiki.

ABSTRACT

The communication is interaction and exchange among people, and only becomes effective when it produces changes in another one. The communication process is intrinsically related to the culture of the subjects involved. Reiki, object of this study is a cultural practice and a possibility of communication, understood as building links. The objective of this study was identify probable evidence of the communication process with the patient with induced coma, during the application of Reiki sessions by reading, interpreting possible changes in heart rate, the percentage of oxygen saturation in the blood and signs subjective issued by the body through facial expressions and body using the hypolinguistic codes according Bystrina (1994), and the principles ambience, linking and projectivity considered by Pross (1972) and Kamper (1972) to analyze the results. Our sample consisted of a patient with 51-years-old male, admitted to the Intensive Unit Care for Adults. The selected patient presented a clinical picture of induced coma, with R4/R5 scores, measured by the Ramsay Sedation Scale. The patient was submitted to a Reiki session daily, amounting to five sessions administered at times that do not coincide with the time of visit. Changes were observed in heart rate, percentage of oxygen saturation and facial expression of the patient after the sessions administered. There are few studies hospital based on the application of Reiki in Brazil in this sense, our finding may assist with the need to continue research on Reiki as a means of communication, and other benefits to the individual who receives it. We believe that after our study, ways can be opened to the application of Reiki in hospitalized patients, independent of their pathology.

Keywords: Communication. Culture. Body. Reiki.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente vascular cerebral
AR	Aparelho respiratório
BCNF/2T	Bulhas cardíacas normofonéticas a dois tempos
CID	Classificação internacional de doenças
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECGI	Escala de Coma de Glasgow
ESR	Escala de Sedação de Ramsay
FC	Frequência cardíaca
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MMIs	Membros inferiores
MV	Murmúrios vesiculares
PA	Pronto atendimento
RH+	Ruídos hidroaéreos presentes
SIC	Segundo informações colhidas
SNG	Sondagem nasogástrica
SPO2	Saturação de oxigenação
SNC	Sistema Nervoso Central
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UNISO	Universidade de Sorocaba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A COMUNICAÇÃO E AS TROCAS CULTURAIS	20
3 A COMUNICAÇÃO COMO VÍNCULO: O CORPO COMO MÍDIA E COMO TEXTO	36
3.1 Os Vínculos comunicacionais por meio do corpo: O corpo como Mídia.....	40
3.1.1 Ambiência.....	42
3.1.2 Vínculos.....	43
3.1.3 Projetividade.....	44
3.2 O corpo como texto: Os órgãos do sentido.....	45
3.2.1 O Toque	48
3.2.2 Os tipos de toque na área da saúde	51
3.3 Coma	54
3.4 Importância da comunicação com os pacientes em coma.....	55
3.5 Aspectos da institucionalização do serviço de enfermagem.....	57
3.6 O cotidiano da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.....	58
3.7 Teoria Interacionista.....	61
4 O CAMINHO PERCORRIDO: DOS PÉS AOS POROS E MAIS ADENTRO.....	67
4.1 Estratégia para coleta de dados e intervenção	68
4.2 Definição da amostra	69
4.2.1 Local do estudo	70
4.2.2 Critérios de inclusão	70
4.2.3 Critérios de exclusão.....	70
4.3 Estudo de caso.....	70
4.3.1 Análise dos resultados	72
4.3.2 Discussão.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	86

ANEXO A — Instrumentos utilizados pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia, para cadastro de terapeutas reikianos voluntários.....92

ANEXO B — Regulamentação das terapias Integrativas e complementares Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasil, 2006; Ministério da Saúde.99

ANEXO C — Pontos de aplicação do Reiki104

ANEXO D — Documentos do comitê de ética e pesquisa106

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea, convivemos com um hibridismo social e cultural que permite o estreitamento das relações com determinados grupos que diferem de nossas práticas cotidianas. Isso contribui para a assimilação e aceitação de novos costumes, que auxiliam a sociedade e trazem novos conhecimentos que podem contribuir ou não para o bem estar das pessoas/grupos. Os novos conhecimentos são provenientes do desenvolvimento social e humano, e dois fatores importantes dentro desse processo são a tecnologia e a cultura que vêm na sua esteira. Ao longo deste trabalho, discutiremos como a cultura e a tecnologia são fatores que contribuem significativamente para a incorporação de novas práticas, de acordo com Strauss e Certeau. O Reiki, como parte essencial da pesquisa, mostra-se relacionado a esta incorporação cultural (BAUMAN, 2012).

No passado, o fato de pertencer ou não a um sistema tinha como principal fator questões espaciais e geográficas, ou seja, por muito tempo a informação ficou isolada. Isso começa a mudar a partir do desenvolvimento dos meios de transportes, o que provocou o encurtamento das distâncias, proporcionando a troca de informações e levando a uma maior interação de pessoas/grupos de sistemas diferentes (BAUMAN, 2012).

A reprodução técnica da palavra escrita proporcionou gigantescas transformações na vida das pessoas; no entanto, destacamos como marco o século XVIII, no qual a xilogravura e a litografia ilustravam, por meio de desenhos, o modo de vida cotidiano. Vale a pena destacar que a xilogravura permitiu a reprodução técnica dos desenhos, antes da prensa, e como prática rudimentar, contribuiu significativamente com o surgimento da fotografia (BENJAMIN, 1996). Posteriormente, outros meios foram sendo criados para contribuir com a difusão de práticas, costumes e crenças, destacando-se, neste âmbito, as novas tecnologias de comunicação (BAUMAN, 2012).

McLuhan (1971) aborda a ideia de disseminação da informação em questões de minutos, para qualquer pessoa, em qualquer lugar do mundo. Hoje, com o advento da

internet, sua ideia se tornou uma realidade, salvo o termo “qualquer pessoa”, se considerarmos os grupos que não têm acesso a essa tecnologia.

Assim, a revolução tecnológica, evidente na sociedade contemporânea, tem como baluarte o advento da internet, como a grande responsável pela propagação, difusão e intercâmbio das diversas culturas, retirando-as de seus limites espaciais e geográficos e derrubando as barreiras até mesmo de países considerados tradicionalistas, bastante apegados a suas raízes culturais, dentre os quais destacamos como exemplo o Japão, onde surgiu o Reiki.

Ao analisar o assunto por essa ótica, é importante salientar que a tecnologia proporcionou essa busca e aceitação da cultura oriental, mesclada com a carência da população brasileira no que diz respeito à atenção à saúde, o que abriu espaço para as terapias complementares/integrativas que compreendem o Reiki, tai-chi-chuan, shiatsu, yoga, shantala, homeopatia, acupuntura, fitoterapia, medicina antroposófica (BRASIL, 2006; TESSER; BARROS, 2008).

O Reiki é uma forma de comunicação energética e de expressão humana que pode ser realizada pela imposição das mãos (toque sem toque), na qual não há a necessidade de um toque direto na pele do paciente, bem como pelo toque propriamente dito. Sabe-se que o Reiki exerce efeitos diversos no organismo. Eles são decorrentes da reorganização energética, quando pensamos o ser humano e o seu meio como um sistema aberto, exposto às trocas constantes. Estes efeitos propiciam a aplicação do Reiki como terapia complementar (DE'CARLI, 2000).

Esta terapia foi redescoberta em 1980 e sua valorização, como “um remédio para o corpo e para a mente”, é muito antiga (DE'CARLI, 2000, p. 7).

De'Carli (2000) considera que sua aplicação oferece às pessoas recursos curativos, que atendem às necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais dos indivíduos nas diversas faixas etárias. O Reiki proporciona efeitos benéficos, tais como: o alívio da dor, a diminuição dos níveis de estresse e ansiedade. Além do mais, pode ser utilizado como complemento da assistência de enfermagem, por facilitar a comunicação e promover um ambiente agradável, humanizando um momento difícil e de potencial angústia para o paciente e sua família. Sendo assim, é importante destacar o outro fator que é a cultura. Ela demanda envolvimento social de determinado grupo,

que se manifesta por meio de transformações pessoais. Essa introjeção e posterior exteriorização que acontece por intermédio da realização das práticas são momentos distintos que conferem identidade própria a cada época, sendo essa apropriação nomeada como culturação (CERTEAU, 2011).

Lévi-Strauss (1989), assim como Certeau (2011), também propõe a cultura como algo próximo e acessível, ao considerar as possibilidades dessa apropriação facilitada pela tecnologia.

O terceiro capítulo deste trabalho trata justamente da comunicação e dos vínculos comunicacionais por meio do corpo, considerando os códigos hipolinguísticos, na ótica de Bystrina, (1994) e os princípios de ambiência, vinculação/interação e projetividade, segundo Pross (1972) e Kamper (1972) (apud BAITELLO JUNIOR, 2008), considerando o ambiente da unidade de terapia intensiva, que é o local preparado para admitir o paciente em coma, dentre outros casos.

Ainda no capítulo *Vínculos comunicacionais por meio do corpo*, conceituamos o coma segundo Shawn, (2002) e Pugina, (2009) e ressaltamos a dificuldade dos profissionais de enfermagem em estabelecer o processo de comunicação com os pacientes em coma, associado à institucionalização, segundo (Goffman 2010).

Assim, na classificação de Goffman (2010), os hospitais são vistos como instituições totais. Para contextualizar a institucionalização e a consequente dificuldade de interação e estabelecimento de vínculos, utilizamos como ilustração o filme *Jonhny vai à guerra* (1971), do escritor e diretor Dalton Trumbo. O filme retrata as tentativas de comunicação de um soldado mutilado na primeira guerra mundial, com as enfermeiras que prestam o cuidado. A sua persistência abre caminho para uma via de comunicação através do toque.

Quando pensamos nos diversos canais de comunicação que o corpo apresenta, passamos a considerá-lo como mídia e texto. Mídia: pelo fato de ser portador de comunicação, sendo por isso um meio. Texto: por apresentar sinais que podem ser interpretados. Pelo fato então de o corpo assim se caracterizar, propomos a prática do Reiki, que entende o corpo como um sistema aberto para as trocas com o ambiente, buscando oferecer possibilidades de comunicação, bem estar físico, mental e social.

Ao considerarmos essa afirmação, transpondo-a para o cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde os pacientes, em sua maioria, apresentam alteração do seu nível de consciência, nos preocupamos com a interação por parte da equipe de saúde, especificamente a equipe de enfermagem, com esses pacientes considerados incapazes de se comunicar em decorrência do seu quadro clínico.

De acordo com Goffman (2010), para que a comunicação ocorra faz-se necessária a interação entre os sujeitos. Em sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, o autor objetiva apresentar o mundo vivenciado e percebido por pacientes internados em instituições totais. Uma instituição total pode ser definida como um local onde as atividades acontecem no mesmo lugar e horário, entre as pessoas que apresentam situações semelhantes, afastadas da sociedade por vontade própria ou de forma compulsória, nos casos das internações.

Segundo Goffman (2010), em quaisquer dos casos, seja a institucionalização forçada do sujeito, seja no caso de isolamento por iniciativa própria, um processo de mortificação do eu tem início pelas concessões de adaptação às novas regras institucionais.

Podemos observar que a institucionalização de pacientes em coma na Unidade de Terapia Intensiva também tende à mortificação do eu inicial, ou seja, o paciente é despido de sua personalidade real enquanto gradativamente outra personalidade lhe é induzida, pois eles permanecem confinados ao próprio inconsciente e sua internação não é por iniciativa própria; pelo contrário, é o resultado de um trauma fisiológico decorrente de acidentes ou doenças. Desse modo, os pacientes institucionalizados são inseridos no cotidiano hospitalar, porém com um agravante: o fato de estar inconsciente, o que acaba dificultando a interação. (GOFFMAN, 2010).

O filósofo francês Merleau-Ponty (1999), propôs o conceito de percepção corporal. Em sua opinião, quando a interação é dificultada, o que se segue é o confinamento do paciente ao seu próprio inconsciente, perdendo o vínculo com o mundo externo. Nesse sentido, priorizamos a importância das trocas com estes pacientes que, em sua maioria, passam a ser esquecidos como pessoas, sendo vistos apenas como um corpo que requer cuidados.

O cuidado não se restringe a técnicas mecanicistas, demanda uma atenção maior, com a possibilidade de promover vínculos e comunicação efetiva (BAITELLO JUNIOR, 1997). Ao mesmo tempo, é importante nos atentarmos ao distanciamento que pode se estabelecer, devido à mecanização da assistência e, conseqüentemente, à falta de humanização, associada às barreiras que constituem o dia a dia dos profissionais da área da saúde.

A tecnologia, bem como equipamentos eletrônicos, que fazem parte de setores específicos como unidades de terapia intensiva, podem se constituir num agente facilitador e, ao mesmo tempo, assumir um papel contrário, dependendo da forma com são empregados por parte da equipe de saúde.

O processo de comunicação com os pacientes internados em unidades específicas como a unidade de terapia intensiva requer percepção e proximidade mais aprofundadas por parte da equipe de enfermagem. Porém, estar disponível para o outro não costuma fazer parte da rotina dos profissionais, seja pela excessiva demanda de trabalho ou pela dificuldade em trabalhar um tipo de relação enfermeiro/paciente, com os pacientes em coma.

Como existem muitas dúvidas em relação ao que ocorre com o paciente em coma, precisamos aprender outros meios de percebê-los, visando um atendimento humanizado.

Portanto, abordamos esse assunto na área da comunicação para que o conhecimento desta situação contribua para a implementação de propostas objetivadas à humanização do atendimento, utilizando o Reiki como um meio para promover a interação e a comunicação com os pacientes em coma.

Em nossa pesquisa, no capítulo *O caminho percorrido: dos pés aos poros e mais adentro*, buscamos identificar indícios prováveis do processo de comunicação com o paciente em coma induzido, durante a aplicação das sessões de Reiki, através da leitura e interpretação de possíveis alterações da frequência cardíaca (FC)¹, do

¹A frequência cardíaca varia de 50 batimentos por minuto nos adultos jovens saudáveis e atletas, até frequências bem acima de 100 batimentos por minuto após exercícios ou períodos de excitação (SHAWN, 2002).

percentual de saturação de oxigênio (SPO₂)² e de sinais emitidos pelo corpo através das expressões faciais e corporais, utilizando os códigos hipolinguísticos de Bystrina (1994) e os princípios ambiência, vinculação e projetividade, considerados por Pross (1972) e Kamper (1972) (apud BAITELLO JUNIOR, 2008) para análise dos resultados.

A falta de divulgação de iniciativas que possam humanizar esse tipo de atendimento contribui com o panorama atual. Sendo assim, faz-se relevante a abordagem desse assunto na área da comunicação, pois, do contrário, a divulgação para um público mais amplo estaria comprometida, direcionada apenas a profissionais que atuam na área específica.

Este estudo também informa os leitores acerca das possibilidades que podem ser utilizadas por parte da equipe de saúde e da instituição hospitalar no atendimento a esses pacientes destacando-se a comunicação como um processo formador de vínculos, portanto, humanizador.

Silva e Rodrigues (2008) observaram a necessidade de estudos acerca do tema, o que nos remeteu à concentração de esforços para realizar a pesquisa, pois ela deve ajudar a tornar o atendimento mais humanizado, por meio do uso da comunicação e da interação com o outro e, nesse caso, o Reiki pode oferecer essas possibilidades: a interação e a comunicação com o paciente em coma.

O cuidado com o outro em uma relação de coexistência é uma preocupação autêntica e constitui o objeto de trabalho da enfermagem. Observamos que, cada vez mais, na prática, a assistência de enfermagem oferecida ao paciente em estado crítico vem se distanciando de um estilo de presença, de estar por inteiro no processo (SILVA; RODRIGUES, 2008, p. 234).

Millani e Valente (2005), também observaram de outra forma a mesma dificuldade, ou seja, o distanciamento da equipe de saúde decorrente do uso inadequado da tecnologia. Como exemplo, citamos os monitores hemodinâmicos de última geração, disponíveis no mercado. O que poderia ser utilizado para aproximar

²Saturação de oxigênio expresso como um percentual. Fornece indicação não invasiva contínua da saturação de oxigênio arterial da hemoglobina funcional. O valor da SPO₂ em ar ambiente para um adulto saudável é de 95 a 100%, podendo atingir a casa dos 80 em um paciente fumante ou com DPOC. Valores inferiores a 85% indicam que os tecidos não estão recebendo oxigênio suficiente (ROTHROCK, 2007).

acaba distanciando os profissionais dos pacientes, dificultando a interação, a comunicação e o atendimento humanizado.

De um lado vemos a equipe de saúde em luta contra a doença e do outro o doente sem a presença daqueles que o amam. Observamos grande objetividade em todas as ações, nas quais podemos comparar tecnologias existentes nas Unidades Intensivas com as também existentes em grandes centros espaciais e sofisticados laboratórios. Desta forma, a subjetividade das relações parece não ser considerada, os doentes são separados de suas famílias, negados da naturalidade da morte e da necessidade de efetuar o ciclo de vida (MILLANI; VALENTE, 2007, p.235).

Acreditamos que nossa pesquisa contribuirá com a busca pela implementação do processo de comunicação e humanização da equipe de enfermagem de modo geral, principalmente na assistência ao paciente em coma.

Pudemos relacionar as alterações fisiológicas da FC e da SPO2 associadas às expressões faciais do paciente em coma induzido (escala de Rawsey 5) durante a aplicação das sessões de Reiki, que foram ministradas diariamente, totalizando cinco sessões, como prováveis indícios do processo de comunicação energética, mediada pelo Reiki.

A aplicação do Reiki pela equipe de enfermagem pode se constituir num elo entre os profissionais e pacientes, como uma forma de interação e comunicação que proporciona benefícios terapêuticos para o paciente e resgata a essência da enfermagem, que é o cuidar em si por meio da interação e da promoção de vínculos.

2 A COMUNICAÇÃO E AS TROCAS CULTURAIS

Neste capítulo, trabalhamos o conceito de cultura no sentido da rigidez e da flexibilidade, de acordo com Bauman (2012). Citamos rigidez, em relação aos valores, normas comportamentais e artefatos, organizados num dado sistema, e a flexibilidade, em relação às transformações que aconteceram a partir do apoio ao multiculturalismo pelo Estado-nação. A rigidez imposta pelo sistema tradicionalmente estruturado exerceu por muito tempo o papel de contenção, que impedia que a mistura, a diversidade e a troca permeassem os grupos distintos.

Entre os diversos sentidos associados ao termo Cultura, sublinhamos o duplo sentido arraigado e presente no que diz respeito à ideia de construção social estritamente ligada à base cognitiva do ser humano: criatividade e regulação normativa, ambas distintas e presentes na ideia de cultura, em que uma permite e a outra restringe, novidade e tradição, rotina e quebra dos padrões, as exceções e as regras, a monotonia e a mudança e, além dessas apontadas, outras demais antíteses (BAUMAN, 2012).

A cultura veio como algo novo na segunda metade do século XVIII, uma invenção, algo que diferenciava as realizações humanas dos fatos da natureza, a que devíamos obedecer. A produção social da vida constitui um valor que propicia a organização coletiva para gerar poder, por meio de uma representação simbólica da vida, denominada “ideologia” (GONZÁLEZ, 2011). Referimo-nos aqui ao valor que o grupo, enquanto organização coletiva, concede a esse poder/liberdade de se tornar agente produtor de cultura, bem como o interesse do Estado no valor agregado a essa produção coletiva.

Pode-se traduzir ideologia, dentre outras formas, como o complexo de fatos ou ações em cadeia crescente: Sistema de exploração, Sistema de dominação, Sistema de hegemonia. A ideologia se configura, dentre tantos conceitos, quantos tentarem-se definir, em necessidade associativa: representação social, formas de consciência (religião, ciência, direitos, comportamentos, costumes, valores, entre outros). A preocupação se faz necessária frente à falsa consciência, ou seja, a ideia deturpada que se faz dela diante de tantas possibilidades (HORKHEIMER, 1985).

A ordem construída para os homens (pelo homem) evidencia a ambivalência do conceito de cultura em uma sequência ordenada, porém manipulada para além das possibilidades de escolha dos seres humanos, as probabilidades são ilusórias (BAUMAN, 2012).

Ainda, dentro da ótica de Bauman (2012), no final do século XVIII, com o apoio ao multiculturalismo pelo estado enquanto nação, a flexibilidade começa a ganhar espaço entre os grupos e também na ciência, o que abriu portas para a revolução tecnológica tornar-se real e assumir com isso, um papel importante na relação de troca entre os grupos que pertencem às sociedades distintas. É com esse olhar de aceitação para o “novo” que o Reiki entra em consonância.

Dando sequência ao assunto tratado, antes de abordar o multiculturalismo, perpassamos pelos conceitos estabelecidos entre os grupos na forma de paradigmas em relação à paranormalidade, por serem classificadas assim as situações ainda não explicadas de forma cartesiana pela pesquisa científica e, aqui vale ressaltar que pesquisadores compreendem grande parte deste grupo (WEIL et al., 2003).

Segundo Bauman (2012), a cultura também pode ser vista como fator gerador de desordem tanto quanto de ordem. A ordem decorrente do medo do caos é estruturada num sistema, em que os itens circunscritos obedecem a um processo que permite mensurar as variações de cada item. Esse movimento é constantemente vigiado, pois a desordem, com seu dinamismo, assume o sentido de alavanca acerca de novas experimentações e mudanças. Esse “novo” pode fazer parte do sistema devido a condições concedidas: adaptação ou acomodação que o torne passível de assimilação por parte do sistema. Dessa forma, mantêm-se a identidade do sistema e a ideia de transformação passiva como condição para o estabelecimento dos recém-chegados, ou seja, as possibilidades concedidas, ou mesmo as transformações, constituíam-se em condições ilusórias e previstas, porém deixavam a falsa ideia de liberdade aos integrantes do sistema.

Dessa forma se constituem os grupos sociais e os Estados tradicionais. A oposição do Estado ao modelo cultural ortodoxo se torna evidente, deixando de privilegiar/apoiar um determinado modelo cultural nacional para dar espaço às representações culturais. Tal atitude faz-se indispensável nos dias atuais, pois

convivemos com um hibridismo social e cultural (diversidades) que permite o estreitamento das relações com determinados grupos que diferem da prática cotidiana (BAUMAN, 2012).

Quando citamos as práticas de grupos distintos e sua aceitação por outro grupo, referimo-nos ao Reiki como prática que transcendeu barreiras e se tornou parte da medicina complementar no nosso país.

O fato de pertencer ou não a um sistema deve-se a questões espaciais e geográficas, ou seja, por muito tempo a informação ficou estancada, esperando o desenvolvimento dos meios de transportes que deslocariam os corpos e, conseqüentemente, as informações, para que pudessem se propagar e, num segundo momento, outros meios foram criados para contribuir com a difusão do conhecimento e das práticas culturais (BAUMAN, 2012).

O momento da junção das informações aos meios de comunicação aperfeiçoados é vislumbrado por McLuhan (1964):

O híbrido ou encontro de dois meios constitui um momento de verdade e revelação, do qual nasce a forma nova. Isto porque o paralelo de dois meios mantém nas fronteiras, entre formas que despertam da narcose narcísica o momento do encontro dos meios em um momento de liberdade e libertação do entorpecimento e do transe que eles impõem aos nossos sentidos (MCLUHAN, 1964, p. 75).

Para McLuhan (1964), antes da televisão, o homem vivia na Galáxia de Gutenberg, na qual o conhecimento era transmitido predominantemente na dimensão oral, por meio da oralidade, observação e posterior experimentação. O homem hoje desenvolveu, para tudo que costumava fazer com o seu corpo, extensões ou prolongamentos desse mesmo corpo, o que podemos facilmente observar com o avanço tecnológico. Assim, é possível perceber que a mudança é uma constante na contemporaneidade e talvez o termo contemporaneidade denote a velocidade com que ela acontece (MCLUHAN, 1964). Em outras palavras, Hall (1989) aponta que o homem se diferencia dos outros animais por desenvolver extensões de seu organismo, que se aperfeiçoam e potencializam suas funções, citando como um dos exemplos o computador como extensão de uma área do cérebro.

Para Wiener (1954) é necessário nos atentarmos às questões tecnológicas, principalmente em relação ao computador como extensão de nosso cérebro, pois, nesse caso, a devolutiva fica limitada às pesquisas e aos resultados que poderão ser observados na sociedade a longo prazo.

Segundo Hall (1989), as especializações das nossas extensões podem evoluir de modo acelerado e assumir o controle de nós mesmos; no entanto, faz-se necessário questionar e analisar acerca dos resultados desta relação a quem serão os beneficiados.

Sendo assim, as ideias de McLuhan (1964) e Santaella (2004) não só trabalham muito bem as transformações experimentadas pelo corpo em virtude da complexidade tecnológica sob a qual está a sociedade, mas também, o corpo em sua dimensão, que vai do físico fisiológico ao sensório, afetivo e mental, conforme a citação: “Aquilo que caracteriza a máquina nos fez questionar aquilo que caracteriza o ser humano.” (SANTAELLA, 2004, p.25).

Com isso, o movimento da informação ganhou velocidade, e uma rede mundial de computadores veio pôr fim à demora que a viagem dos corpos levava para informar. A informação agora está disponível no globo para quem quiser dela se servir (BAUMAN, 2012).

Para tanto, é importante enfatizar que a informação é o produto resultante da troca com o meio externo quando nos habituamos a ele, sendo esse processo de recepção e utilização, o resultado do ajuste às condições indeterminadas que permeiam a vida nesse meio ambiente (WIENER, 1954). Já para os grupos, essas condições são previamente conhecidas pelos seus, ficando para a informação a espera de ser decodificada, ou mesmo a incógnita de como e se essa ponte acontecerá.

Dessa forma, podemos considerar que comunicação, cultura e sociedade são indissociáveis, constituindo-se em uma estrutura social e suas relações. Quando nos referimos a relações, temos algo como que intangível, que nos remete a um viés presente na estrutura, por mais ortodoxa que pareça, ou seja, o sistema por mais coeso que se apresente, é influenciado pela sociedade e suas relações, o que o torna vulnerável às probabilidades (BAUMAN, 2012).

Segundo Benjamin (1996), o que os homens faziam, podia ser imitado por outros homens, a partir da informação recebida, mas em estudos realizados entre 1968 e 1973, Certeau (2011) definiu que não é suficiente para o indivíduo ser o autor de práticas sociais, sendo imprescindível que o significado acompanhe a realização, ou seja, faz-se necessário que o indivíduo incorpore um significado às realizações. Um grupo social pode receber as práticas e os significados dados por outro grupo, mas é necessário o ato de realizar, que irá marcar aquilo que outros lhe deram para vivenciar, imprimindo um significado (CERTEAU, 2011).

De acordo com Levi-Strauss (1978), as formas culturais constituem representações sociais de caráter cognitivo, construídas a partir da realidade empírica, não podendo jamais ser confundida com elas, pois assumem uma subjetividade que se faz comum em qualquer leitura que envolva observação de determinada realidade/representação/verdade. Ainda na visão do mesmo autor, é preciso banir a ideia de estrutura ortodoxa no que diz respeito à cultura como veículo de reprodução, obedecendo a um sistema que preserva a repetição e a monotonia, transformando-a em veículo de mudança contínua, abrindo para a variedade. A cultura passou a habitar o sistema nervoso do homem, mas ele não sabe disso, faz parte do seu inconsciente e o pouco que remanesce de modo consciente ele não consegue mudar.

Ainda na ótica de Levi-Strauss (1978), a cultura é capaz de proporcionar interação e ação significativa por parte dos sujeitos, e as diversidades que podem estar presentes entre os pares são resultantes da dimensão cultural.

Segundo Hall (1994), a cultura é interação e comunicação. Constitui-se num elo entre os seres humanos, pois é capaz de promover a interação. A diversidade cultural não deve ser encarada como fator limitador da interação entre os grupos e, sim, como uma associação capaz de enriquecer a dimensão cultural das formas possíveis de interação como a linguística, o ensino, a aprendizagem e a diversão. No entanto, essa busca por estratégias que viabilizam a interação, só serão utilizadas se houver a valorização do outro, porque a cultura não é algo distante, pelo contrário, está em cada um nós.

Já na perspectiva de Certeau (2011), a cultura demanda envolvimento social de determinado grupo, que se manifesta nas transformações pessoais, decorrentes dessa

apropriação, que o autor nomeia como culturação. Essa introjeção e posterior exteriorização que acontece na realização das práticas são momentos distintos, que conferem identidade própria a cada época. Hoje, vivemos essa culturação em relação à medicina oriental, pois houve a incorporação de parte dessas práticas em nosso cotidiano. Grande parte do cenário atual do sistema de saúde vigente abriu portas para essa culturação, pelo fato de que a medicalização da saúde não atende às necessidades de saúde de forma integral, mas acreditamos não ser só isso, pelo contrário, a busca do ser humano pelo seu equilíbrio interno assume o papel precursor desta aceitação e apropriação de novas práticas.

Somando-se, em nossa leitura, o pensamento de Strauss (1989) ao de Certeau (2011), este também propõe a cultura como algo múltiplo e não como objeto intocável, que está sob o poder de uns e outros; ambos destacam a cultura no plural, ao invés da cultura como produto controlado por certo grupo.

É nesse sentido de abertura para o novo que apresentamos nosso objeto de pesquisa. A velocidade da informação, a aceitação de outros modelos de vida cotidiana e suas práticas é ainda recente, e temos certa dificuldade de aceitação de práticas que constituem um choque perante “o saber” que trazemos arraigado.

A consideração de um determinado paradigma em uma determinada cultura não o é necessariamente para outras culturas, pois o que é paranormal em uma, pode não ser para outra (WEIL et al., 2003).

Em relação à apropriação de novas práticas, queremos destacar o Reiki enquanto terapia complementar. Sua aplicação consiste na imposição das mãos, o que propicia recanalização de energia. Esse método milenar, mesmo sendo muito utilizado por outras culturas, ainda necessita de estudos que elucidem sua aplicação e seus resultados e, nesse ponto, tocamos num problema cartesiano. Nas pesquisas, tabus ainda precisam ser trabalhados e, se as partes separadas e enumeradas não explicarem o fenômeno, estaremos diante de algo que não é científico, quando deveríamos prosseguir as investigações (WEIL et al., 2003).

Diante do exposto, destacamos a carência de trabalhos científicos acerca do Reiki, pois o modelo de pensamento reducionista ainda muito presente dificulta o interesse em dar sequência a pesquisas sobre o tema. O Reiki, bem como outras

práticas e terapias complementares, envolvem a meditação, a energia cósmica, a abstração como algo além de si, a subjetividade e conceitos sobre o intangível, ou seja, o que faz parte do mundo metafísico. Em virtude disso, para conferir um caráter mais “científico” a estas práticas, as pessoas que sabem aplicar esses conhecimentos e que outrora eram conhecidos por mestres, hoje são chamados de terapeutas. Contudo, faz-se necessário sabermos quem são esses terapeutas (DE’CARLI, 2007).

Para entendermos quem são estes profissionais, muitas vezes classificados como paranormais, é importante definirmos paranormalidade, que etimologicamente falando, origina-se da palavra paranormal, que vem do termo grego *anômalos*, remetendo ao significado ímpar, irregular ou desigual. Quando dada experiência é denominada paranormal, significa que a sua incidência em relação às pesquisas comuns, que acontecem mais frequentemente, é menor (SHELDRAKE, 2001).

De acordo com os autores Zusne e Jones (1980), a diferença entre o psicofisiologicamente normal e o paranormal é somente uma questão estatística e do contexto cultural em que o fenômeno acontece. Segundo Wescott (1980), o termo paranormal é decorrente da vertente dominante da teoria científica e suas leis, que considera que os fenômenos conhecidos como paranormais não violam as leis naturais; apenas carecem de explicações ainda não evidenciadas.

A ciência da paranormalidade não se atenta a fenômenos metafísicos, sobrenaturais ou teológicos, mas sim a fenômenos verificáveis, que requerem pesquisa ao invés de opiniões e afirma que a ausência de evidências não constitui a evidência de ausência (TRUZZI, 1971, p.636).

A racionalidade se deparou com algumas limitações inerentes à natureza do pensamento e estrutura psíquica e biológica do espírito humano, e não é capaz de responder a todas as questões, as quais requerem resposta. Essa busca hoje inquietante para jovens pesquisadores vem destacar como é imprevisível o crescimento futuro do saber humano (BARTLEY, 1977).

No entanto, segundo Bauman (2012), se olharmos o comportamento dos indivíduos em sua vida social sob a ótica da cultura, podemos utilizá-la como mapa que orienta, frente às limitações mencionadas acima. Puramente convencional, esse mapa não se confunde com o território: é uma representação abstrata dele, submetido a uma

lógica que permite decifrá-lo. Viver em sociedade é viver sob a dominação desta lógica, e as pessoas se comportam segundo as exigências dela, muitas vezes sem que disso tenham consciência.

Na perspectiva de Certeau (2011), a cultura, como linguagem de um determinado grupo perante a sociedade contemporânea, passa a ter maior significado e abrangência, pois faz com que outros grupos busquem os objetos que conceituam a informação veiculada por esses sujeitos na prática cotidiana. Neste parágrafo, nos referimos à aplicação do Reiki. A busca pelo conhecimento dessa terapia, mundialmente utilizada, é a iniciação dos mestres/terapeutas e os espaços disponíveis para os adeptos contribuírem para a propagação dessa técnica. A incorporação e realização por parte dos grupos é indispensável para que a prática realmente tenha um sentido para aqueles que a aplicam.

O Reiki se tornou conhecido pelos ensinamentos do Mestre Dr. Mikao Usui no Japão. O mestre Usui nasceu neste mesmo país, no dia quinze do mês de agosto do ano de 1865, no distrito de Yamagata de Gifu; sua família era de Samurais do nível mais elevado e eram adeptos do Budismo Tendai (DE'CARLI, 2007).

O Budismo Tendai foi trazido para o Japão pelo monge japonês Saicho (Dengyo Daishi, 767-822). Saicho estudou na China, no monte Tien-tai e, ao voltar para o Japão, fundou o budismo Tendai, com sede em Quioto (PETTER, 2007). Mikao Usui estudou durante anos os sutras japoneses, chineses e, posteriormente, o sânscrito (SHOJI, 2002).

Os sutras são as escrituras canônicas originadas dos ensinamentos orais de Buda Gautama acerca de uma filosofia de vida simples, em harmonia com o cosmo e todas as formas de vida. Tradicionalmente, somente os monges recitam um sutra em memória dos antepassados, escrevem seus nomes em um papel que é colocado no altar doméstico. Derivações do budismo tradicional, como a Reyukai, budismo leigo, subverteram essa prática, sendo os próprios adeptos que recitam o sutra para os antepassados. O Sutra de Lótus explica o potencial infinito da vida utilizando-se de parábolas e descrições de acontecimentos surpreendentes. Sakyamuni, conhecido em sua juventude como Siddarta Gautama, achou melhor descrever a iluminação que ele atingira (estado de Buda) e ensinou-a por meio de descrições da Cerimônia do Sutra de

Lótus. Por essas razões, o Sutra de Lótus é denominado como o auge, o ápice dos seus ensinamentos, pois elucida com êxito a energia fundamental da vida: a energia vital que nutre a sabedoria inata das vidas humanas e dá expressão à força da benevolência que emana no seu íntimo (SHOJI, 2002).

Quando nos referimos às escrituras consideradas sagradas, torna-se imprescindível ressaltarmos o sânscrito e sua importância cultural, pois os textos clássicos do hinduísmo, Reiki, dentre outros, foram escritos nessa linguagem (SHOJI, 2002). O sânscrito é um dos vinte e dois idiomas oficiais da Índia, sendo considerado uma língua clássica. Já para o budismo, o hinduísmo e o jainismo, ele se constitui em uma linguagem litúrgica, sendo utilizada nas cerimônias, nos rituais, na yoga, em forma de mantras e hinos (SHOJI, 2002).

Diante do trecho mencionado acima, pode-se observar que o próprio método Reiki se origina de uma mistura cultural, o que fez com que o mestre Usui estudasse durante anos a cultura tradicional de países como Índia e China (DE'CARLI, 2000).

Para conhecer melhor essa terapia, temos o livro Reiki, do autor reikiano De'Carli (2007). O autor conta que a história oficial se deu em março de 1922, no Japão, quando o mestre Mikao Usui decidiu se retirar para o Monte Kurama (um lugar considerado sagrado, de uma energia privilegiada e de acesso íngreme) para um período de jejum e meditação, que teve a duração de 21 dias. Usui buscava uma visão que o elucidasse sobre a utilização dos símbolos sagrados. Essa era uma prática comum para os antigos mestres na busca pela purificação. Segundo uma lenda que data de 770 d. C., em registros encontrados no templo, um sacerdote chamado Goki subiu o monte em seu cavalo branco e recebeu a iluminação. Em sua bagagem, o mestre Usui levou um cantil de água e 21 pedras que lhe serviram de calendário. Os dias se passaram e o mestre Usui se manteve em meditação. Orou, cantou, leu os sutras e pediu ao Criador que lhe desse o conhecimento de como utilizar corretamente os símbolos sagrados. Onde ele permaneceu, só se ouvia o som de um riacho. Foi na madrugada do 21.º dia que Mikao Usui obteve a visualização de uma luz branca de alta intensidade que o projetou para frente e para fora de seu corpo. Nesse momento, sentiu-se em comunicação com sua consciência profunda e com seu eu mental e, quando abriu os olhos pode enxergar os

símbolos sagrados dentro de bolhas coloridas. Naquele momento, Usui recebia sua iniciação através do conhecimento acerca da utilização dos símbolos sagrados.

Para os reikianos que viajam para o Japão, conhecer o Monte Kurama é um momento único, de inigualável sensação, pois o monte possui uma energia privilegiada (DE'CARLI, 2000).

Além do mestre Usui, há outros nomes importantes para o Reiki, tal como o Dr. Chujiro Hayashi. Preocupado em transmitir seus conhecimentos, o mestre Mikao Usui, anos antes de sua morte, iniciou o Dr. Chujiro Hayashi, que era médico naval aposentado. Dr. Hayashi tornou-se seu sucessor (DE'CARLI, 2000).

Outro nome importante e que merece destaque é o da senhora Hawayo Takata que começou a prática do Reiki como paciente do Dr. Hayashi e posteriormente foi iniciada por ele. Ela era enfermeira de formação, mas, nesse caso, era uma paciente com muitos problemas de saúde, que saiu do Hawai para Tóquio para receber o Reiki. Depois de dois meses em tratamento diário, Takata obteve a cura de um tumor, dentre vários problemas de saúde. A partir daí, tornou-se introdutora do método Reiki em outros continentes (DE'CARLI, 2000).

Logo após o tratamento, a senhora Takata introduziu o Reiki no ocidente, no início dos anos 1980. Por orientação do seu mestre Hayashi, passou a agregar valor monetário às aplicações de Reiki, sendo iniciativa primordial para a valorização do método e contribuição para a profissionalização dos mestres/terapeutas (DE'CARLI, 2000).

Também é imprescindível citar a mestra Victoria Suzanne Crane. Ela foi responsável por pesquisar a fundo as origens do Reiki e concluiu que existe uma ligação intrínseca do método com os ensinamentos budistas, através da correlação dos cinco preceitos do Reiki, com os cinco obstáculos a todo crescimento deixados por Buda em Deer Pond (GLEISNER, 2000). Sendo assim, o mestre Usui preconizava a observação diária dos cinco preceitos, como um meio de prevenção de doenças e desequilíbrios energéticos, chamado de Gokai (GLEISNER, 2000).

Seguem os cinco preceitos que estão talhados em japonês antigo na pedra, que faz parte da construção do seu memorial: “Kyodakewa Okoru-na (Só por hoje não se zangue); Shinpaisuna (Não se preocupe); Kanshashite (Expresse sua gratidão);

Gyowohage me (Seja aplicado em seu trabalho); Hitonishinsetsuni (Seja gentil com os outros).” (DE’CARLI, 2007, p. 108).

A aplicação do Reiki oferece às pessoas recursos curativos, atendendo a necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de todos os indivíduos de todas as faixas etárias (DE’CARLI, 2000). Dentre tantos benefícios, vale ressaltar que a aplicação do Reiki pode acontecer isolada ou combinada com qualquer outra terapia ou tratamento de saúde. Não apresenta efeitos colaterais ou contra indicações (DE’CARLI, 2000).

No que diz respeito a desequilíbrios energéticos, o Reiki é uma terapia não polarizada, ou seja, encerra em si tripla atividade: yang (polaridade positiva), yin (polaridade negativa) e neutra. Portanto, independente da predominância da energia que o paciente apresenta, yang ou yin, o Reiki constitui uma terapia segura e inofensiva, incapaz de ocasionar qualquer tipo de choque energético (DE’CARLI, 2007). Um paciente que apresenta um desequilíbrio energético, que predomina no campo energético yang, apresenta sinais de intolerância, irritabilidade, hiperatividade e agressividade; no entanto, um paciente com um desequilíbrio energético no campo yin evidencia sinais contrapostos como melancolia, tristeza, desânimo e depressão. As terapias polarizadas nesses casos podem potencializar esses efeitos (DE’CARLI, 2000).

O Reiki é um método milenar de cura, uma possível forma de comunicação energética e expressão humana que faz com que a energia passe de um doador a um receptor de modo sistêmico, ou seja, pela imposição das mãos (toque sem toque), no qual não há a necessidade de um toque direto na pele do paciente. Sabe-se que o Reiki exerce efeitos diversos no organismo, decorrentes da reorganização energética, considerando o ser humano e o seu meio como sistema aberto, exposto às trocas constantes.

Estes efeitos propiciam a aplicação do Reiki como terapia complementar, conforme afirma De’Carli (2010):

A palavra japonesa REIKI descreve Rei como energia universal que flui em todas as coisas e em todos os lugares e Ki como a energia individual que pulsa em todos os organismos vivos, ou seja, tudo que tem vida irradia Ki. Essa força é expressa de diferentes maneiras em diversas culturas. Os chineses a conhecem como Chi, os indianos como Prana, os cristãos como Luz e em

alemão as palavras que mais se aproximam são Atem (Sopro) e Laben (vida). (DE'CARLI, 2000, p. 5).

O Reiki proporciona efeitos benéficos, tais como; o alívio da dor, a diminuição dos níveis de estresse e ansiedade, e, portanto, pode ser utilizado como complemento da assistência de enfermagem, por facilitar a comunicação e promover um ambiente agradável e humanizado em um momento difícil e de potencial angústia para o paciente e sua família (DE'CARLI, 2000). Para aplicação do Reiki, bem como qualquer terapia complementar, faz-se necessária a interação do profissional enfermeiro com o paciente e seus familiares (DE'CARLI, 2000).

Segundo Goffman (2010), a comunicação é interação e, após essa interação, o enfermeiro pode elencar o Reiki como um possível meio de comunicação com o paciente, além de propiciar os benefícios já mencionados.

Quando mencionamos a aplicação do Reiki pelos mestres, terapeutas, enfermeiros ou qualquer outro profissional aqui no Brasil (fazemos menção ao país pela diversidade cultural, frente ao país de origem que é o Japão), procuramos salientar a importância do conhecimento acerca do objeto de estudo e sua prática, bem como esclarecer que a ideia de cultura, hoje, não se restringe somente à prática propriamente dita, mas sim a toda construção interna por parte dos sujeitos. Quando buscamos e valorizamos esse conhecimento nos espaços que ocupamos nos tornamos produtores ativos de cultura.

A técnica de aplicação do Reiki pelo Dr. Mikao Usui não obedecia a uma sequência. O que ele deixava claro para os seus alunos era a importância da meditação, da indicação da energia e do tratamento. No que diz respeito à posição das mãos, o reiki era aplicado de maneira flexível e intuitiva. Foi o Dr. Hayashi quem sistematizou o método, de aplicação em sua clínica situada em Tóquio e, a partir daí, ganhou a denominação de “novo” Reiki. Em 1926, após a morte do Dr. Mikao Usui, o Dr. Hayashi resolveu homenagear seu mestre com a nomenclatura “O Sistema Usui de Cura Natural” (PETTER, 2001).

A sequência de posições das mãos durante a aplicação do Reiki compreende a cabeça, o tronco e os membros inferiores na parte anterior e posterior, ou seja, frente e costa e tem o objetivo de trabalhar os órgãos e as glândulas ligadas ao sistema

endócrino e aos sete chacras principais. A reorganização energética dos chacras leva ao equilíbrio e ao funcionamento harmônico do organismo (DE'CARLI, 2000). Assim sendo, a palavra Chakra vem do sânscrito, cujo significado é roda³. Essas rodas giram continuamente e delas flui a energia superior, que é a manifestação da corrente vital dominante do aspecto solar, ou seja, a energia primária (LEADBEATER, 1990).

Os chacras são considerados centros de força, situados na superfície do duplo etéreo que é constituído de matéria física invisível chamada de etérica (Figura 1). Essa parte invisível do corpo assume uma função primordial, pois constitui o veículo que transporta as correntes vitais do corpo astral para o corpo físico denso. Os chacras, para as pessoas que possuem certo grau de clarividência são visualizados como pequenos pratos com leve depressão no centro e, quando desenvolvidos, assemelham-se a círculos de aproximadamente 5 cm de diâmetro (LEADBEATER, 1990).

Contudo, a mestra Takata já não obedecia a uma linha rígida de posicionamento das mãos. Ela reduziu as posições e aumentou o tempo de permanência das mãos para cinco minutos. A mestra salientava a importância do tratamento completo. No nível 1, o aluno é orientado a permanecer por cinco minutos em cada posição, durante esse tempo o aluno deve procurar sentir o nível energético do receptor. Quando o aluno estiver familiarizado com a técnica e já conseguir captar o nível energético do receptor (no nosso caso, o paciente), o tempo de permanência das mãos em cada posição passa a ser definido pela necessidade percebida pelo terapeuta. Na impossibilidade de aplicação do Reiki em algumas posições específicas, o mesmo pode ser aplicado no chakra frontal ou cardíaco que assume uma função primordial e constitui-se no veículo que transportará a energia para todo o corpo (DE'CARLI, 2007).

³Nas culturas asiáticas, a roda indica o movimento cíclico do renascimento: no budismo ela comparece como a "Roda da Lei", que libera a existência dos sofrimentos terrenos. Na arte medieval é representada frequentemente a "Roda da Vida", que eleva os homens para depois deixá-los cair de novo, ou a "Roda da Fortuna", que nunca permanece parada, mas está sempre sujeita a mudanças. A deusa da *Fortuna* é representada muitas vezes sobre uma esfera, mas ocasionalmente também sobre uma roda (BIEDERMANN, Hans. *Dicionário Ilustrado de Símbolos*. Tradução de Glória Paschoal de Camargo. São Paulo: Melhoramentos, 1993).

Centros de Força

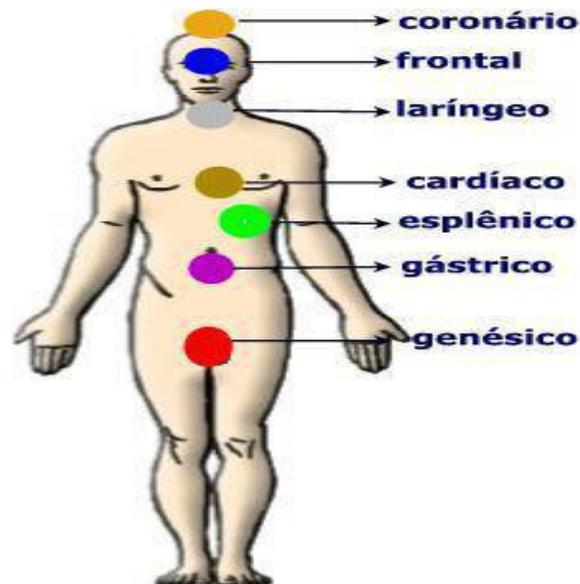


Figura 1: Centros de Força. Disponível em: <<http://helioaraujosilva.files.wordpress.com/2012/01/os-chakras.jpg>>.

Dialogando com De'Carli (2007), existem muitos sistemas de Reiki, derivados do sistema tradicional resgatado pelo Dr. Mikao Usui, modificado pelo Dr. Hayashi e posteriormente pela Mestre Takata. A garantia dos novos métodos que surgem diariamente não existe, porque não deve ser considerado certo apenas para quem aplica ou formula esses novos métodos, mas sim, para quem vai aplicar ou fazer uso do novo método. Trabalhar com a linhagem do Dr. Mikao Usui traz segurança, porque encontramos sem dificuldade materiais de mestres que reverenciam o método.

O mestre Usui ensinou os três níveis do Reiki que devem permanecer sem alterações em sua ordem e essência que são: nível 1, nível 2 e nível 3 (hoje com a subdivisão 3-A e 3-B (DE'CARLI, 2007).

De'Carli (2007), na apostila oficial do Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki, explica de modo sucinto os níveis de iniciação deixados pelo mestre Mikao Usui:

O nível 1 é chamado de "O DESPERTAR": o reikiano tem contato com um dos símbolos sagrados, envolve o contato físico que se dá através das mãos do reikiano para o receptor. Após a sintonização, o reikiano se torna apto para

canalizar a energia cósmica, posicionando suas mãos sobre os pontos a serem harmonizados. Nesse nível, o reikiano é aconselhado a aplicar o reiki por quatro dias, entre os colegas reikianos, para limpeza dos canais energéticos ativados. Mas isso é mais um conselho, não constitui uma regra. No nível 1, o tempo de aplicação é estendido, chegando a um tempo de duração de aproximadamente 60 a 90 minutos cada sessão. O reikiano deve iniciar as aplicações em si mesmo para ganhar bagagem e se familiarizar com a energia, visando o conhecimento do tempo e das posições que têm por objetivo harmonizar os chacras mais importantes.

Nível 2 “A TRANSFORMAÇÃO”: agora o reikiano conhece mais dois símbolos sagrados. Esse nível é chamado também de mental, pois o reikiano aprende agora trabalhar com problemas mentais e emocionais dos pacientes.

Este nível não compreende uma complementação do nível 1, pelo contrário, o reikiano que procura a iniciação do nível 2 é impulsionado pela busca do conhecimento em relação à energia. Isso é considerado um salto vibratório, sendo este nível voltado para harmonização do corpo sutil, as sessões têm em média a duração de 35 minutos, e os símbolos, agora, podem ser usados para tratamentos à distância.

Nível 3-A “A REALIZAÇÃO”: conhecido como o grau de mestre, o reikiano aprende nesse nível o símbolo do mestrado, que potencializa os efeitos dos símbolos ensinados no nível 2, o que não lhe confere qualificação para ensinar o método reiki. Nesse nível, o aluno aprende a trabalhar com um volume maior de energia, que faz com que o reikiano seja capaz de tratar uma multidão de pessoas.

Nível 3-B “MESTRADO”: conhecido como espiritual, ou nível de professor. O reikiano sintonizado como mestre de reiki recebe os conhecimentos necessários para iniciar novos reikianos. Esse nível tem duração de sete meses e compreende atenção especial para alimentação saudável e exercícios de desenvolvimento pessoal. O aluno que se torna mestre assume o compromisso de transmitir o método da forma como vem sendo ensinado desde o seu descobrimento. (DE’CARLI, 2007, p.134)

Segundo Takata (apud DE’CARLI, 2000), para que a cura aconteça é fundamental colocar em equilíbrio os órgãos principais e energizá-los. Hoje, as pesquisas na área de física quântica em relação ao átomo e à energia nuclear concluem que matéria é energia em um menor nível, e o mundo material constituído de pequenas partículas são ondas energéticas. Essa nova visão ocidental que declara ser energia tudo o que existe, é muito antiga no oriente. Albert Einstein provou cientificamente que energia e matéria são permutáveis, pois são dimensões da mesma realidade (DE’CARLI, 2000).

Até o final do século XIX prevalecia a física newtoniana, na qual os acontecimentos dependiam das leis físicas em um sistema organizado, ou seja, os processos físicos estavam sujeitos a tais leis. Esse comportamento deixou de existir na física e seu expoente se deve a contribuições de Boltzmann, na Alemanha e de Gibbs, nos Estados Unidos (WIENER, 1954).

Esses dois físicos, Boltzmann e Gibbs, introduziram a estatística na física de modo abrangente, considerando não apenas sistemas de enorme complexidade, mas também sistemas simples como o de uma única partícula num campo de força. Mantiveram o princípio segundo o qual certos sistemas poderiam ser distinguidos de outros pela sua energia total, mas rejeitaram a suposição de que sistemas com a mesma energia total pudessem ser distinguidos com nitidez, indefinidamente, e descritos para sempre por meio de leis causais (WIENER, 1954).

Para Roberto Freire (1977), a combinação de dois corpos, masculino e feminino, no momento da concepção, originará um terceiro elemento, um corpo que herdará as características biológicas de seus progenitores, que será parecido com a mãe, parecido com o pai e, ao mesmo tempo, diferente da sua mãe e diferente de seu pai, já que cada ser é único em sua multidimensionalidade.

Posso começar por dizer que o ser humano é um sistema energético como qualquer outro que exista no universo, à procura de realizar da forma mais completa e satisfatória possível seu papel particular e específico, mas, ao mesmo tempo, seu papel geral e inespecífico de continente experimental e provisório para a transformação e conservação da energia⁴ universal, enquanto bioenergia. E vou adiante, supondo que a pessoa humana, cada pessoa humana, é uma experiência necessária e provisória para a transformação e conservação da energia universal enquanto bioenergia, mas um continente e um conteúdo tão importante como qualquer outro no equilíbrio harmônico da dinâmica do Universo (FREIRE, 1988, p. 2-3).

Segundo Merleau-Ponty (1999), a mesma matéria que constitui o mundo constitui o corpo. Porém o corpo possibilita perceber o mundo e o que nele há, permite a realização de associações e significados às coisas e aos acontecimentos, para que possamos efetuar escolhas e tomar decisões.

⁴ Para algumas culturas, essa energia é capaz de transcender o mortal, ou seja, possibilita acreditar num estado imortal que abarca consigo a impotência frente ao estado ameaçador do sono perpétuo provocado pela morte (CAMPELO, 1997, p. 118).

3 A COMUNICAÇÃO COMO VÍNCULO: O CORPO COMO MÍDIA E COMO TEXTO

A comunicação objetiva promover o entendimento entre os grupos. A sociedade se constitui em um grupo de pessoas que vivem de acordo com pressupostos previamente estabelecidos, sendo a cultura o conhecimento adquirido ao longo do tempo, que difere de um grupo para outro. Os conceitos descritos acima servem-nos para mostrar que não podemos estudá-los separadamente, pois se constituem em um processo no qual os corpos, em sua aparência abarcam uma imensa diversidade. Corpos flagelados, emagrecidos, em contraste com corpos esguios, vigorosos, exprimem o retrato da desigualdade que a sociedade não consegue equiparar. Sendo assim, não resta dúvida de que o corpo se constitui na primeira mídia do homem (CAMPELO, 1997).

Na ótica da mesma autora, o corpo sofre ação biológica e cultural, sendo responsável pela vida e a segunda, pela superação, trazendo em si mesmo traços biológicos, que são transmitidos aos herdeiros, e textos da cultura, que tornam possível a imortalidade.

Lévi-Strauss (1978) destaca o mito entre os vários tipos de linguagem das quais o homem se utiliza, constituindo-se num modelo utilizado pelos grupos. Essa linguagem pode concretizar a identidade de determinado grupo através das crenças e do embasamento religioso e histórico, que suprime a constante ameaça do desconhecido: a morte.

Para Campelo (1997) e, em nossa leitura, consoante a ótica de Strauss (1978), o mito assume, dentre outros, um meio de interconexão com passado-presente-futuro. Desse modo, ressaltamos a busca pela compreensão dos mecanismos que estabelecem as relações entre o corpo e as funções mentais ditas da alma pelas antigas civilizações do Egito, Mesopotâmia, Índia e China, que contribuíram de forma histórica e científica para o aperfeiçoamento da neurocirurgia nos dias atuais, não podendo, nesse sentido, deixar de mencionar a Grécia Antiga sob as complexas formulações realizadas pelos filósofos Aristóteles, Platão e Hipócrates (CASTRO; FERNANDEZ, 2010).

No estudo dos autores Castro e Fernandez (2010), estes ressaltam que as antigas civilizações do Egito, Mesopotâmia, Índia e China, construíram em seu contexto histórico-cultural mecanismos próprios para buscar o conhecimento acerca da relação corpo e mente, tendo como respaldo para essa concepção as aberturas encontradas nos crânios de hominídeos, até a metade do século XIX, o que evidencia essa busca/prática. O primeiro crânio trepanado foi encontrado em 1685, na França, mas até então esses orifícios eram considerados consequências de ferimentos durante desentendimentos entre os grupos, lesões acidentais ou alterações realizadas após a morte.

A trepanação, palavra que se origina do grego *trupanon*, significa abertura de um buraco, perfurar. Conhecida hoje como craniotomia, consiste na realização de quatro ou cinco perfurações para retirada de uma pequena porção circular do crânio, em que o cirurgião expõe e afasta o tecido fibroso. Esse tecido forma uma membrana que recobre a parte externa do crânio, a dura-máter. Após exposição do cérebro, a cirurgia necessária pode ser iniciada (WILLIAMS; WILKINS, 2008).

Mesmo quando decorrentes de ferimentos provocados por desentendimentos entre os membros do grupo, é evidente que esses povos atribuíam grande importância para a cabeça em relação ao comando do corpo (WILLIAMS; WILKINS, 2008).

Em 1865, foi descoberto, em Cuzco, no Peru, pelo arqueólogo Americano Ephraim George Squier (1821-1888), um crânio que apresentava perfurações retangulares de 15 mm a 17 mm, o que levou à conclusão de que isso era resultado de uma ação humana. Desse modo, o crânio foi analisado pelo conceituado neurologista Paul Broca (1876), concluindo que o orifício localizado no crânio era resultado de uma cirurgia avançada, realizada na pessoa ainda viva. Sinais inflamatórios indicam que a pessoa teria morrido duas semanas depois. Esse fato constituiu-se num divisor de águas em relação às interpretações dos crânios trepanados encontrados nas culturas pré-históricas. Acredita-se que a prática da trepanação nas diferentes culturas se dava de forma independente, pois os tamanhos dos orifícios apresentavam dimensões variadas (BROCA, 2001).

Com relação aos motivos que justificariam a realização das trepanações pelo homem pré-histórico, temos duas vertentes importantes: a primeira é a defendida por

Broca, que atribui o componente místico e religioso, com o qual os povos acreditavam que os orifícios no crânio eram capazes de libertar os maus espíritos, os demônios, libertando, assim, a pessoa. A segunda vertente é a defendida pelo cirurgião Victor Horsley, 1857-1916, contemporâneo a Broca, que defende as trepanações pelos povos para alívio de traumatismos cranianos, pois as trepanações não se davam de forma aleatória, mas, na verdade, concentravam-se no ápice do crânio, acima do córtex motor primário, mais especificamente no giro pré-central (CLOWER; FINGER, 2001).

Isto posto, vem nos mostrar que as pessoas tornam-se mídias e veiculam textos, inerentes ao cotidiano das práticas dos grupos que frequentam; e a contribuição dos povos que realizavam a prática da trepanação nos prova isso. Essas informações divergiam de um povo para outro, não eram e não são hereditárias, mas transmitidas, adquiridas e incorporadas aos vários grupos que compreendem a humanidade de modo geral. Sendo assim, os povos que praticavam as trepanações, guiados pelo mito, quer na ótica de Broca ou de Horsley, acreditavam em algo que os impulsionavam, na tentativa de salvar a vida, seja reduzindo a hipertensão intracraniana traumática ou mesmo aliviando o sofrimento, por meio da libertação dos maus espíritos, o que contribuiu, ao longo dos séculos, com as atualizações que podemos observar em nossa medicina contemporânea (CAMPELO, 1997; CLOWER; FINGER, 2001).

Ao considerarmos o corpo como texto da cultura, agregando as informações provenientes dos gestos, costumes, vestimentas, ornamentos, efeitos cronológicos e cicatrizes, gostaríamos de esclarecer que, no capítulo *O caminho percorrido: dos pés aos poros e mais adentro*, que compreende o estudo de caso do paciente selecionado, segundo o quadro clínico de coma induzido, o paciente pode apresentar (dependendo da causa que o levou ao coma) cicatrizes evidentes, escoriações, dentre outros. Porém, neste estudo, pretendemos trabalhar a leitura dos sinais fisiológicos (frequência cardíaca, percentual de saturação de oxigênio) e sinais emitidos pelo corpo por meio das expressões faciais e corporais, ou seja, textos passíveis de leitura, esperando uma interpretação, não mencionando os sinais físicos decorrentes da causa do coma como, por exemplo, as cicatrizes.

Para leitura e interpretação dos gestos textuais, utilizando a codificação da semiótica da cultura de Bystrina (1994), destacamos os códigos hipolinguísticos,

linguísticos e hiperlinguísticos. Esses códigos resultam diretamente dos processos de interação que envolve o corpo, princípio da comunicação entre as pessoas, enquanto membros de um determinado grupo, o que torna fundamental o seu conhecimento por parte de pesquisadores que têm como objeto de estudo a linguagem corporal em seus níveis. Os códigos hipolinguísticos são inerentes a nossa constituição biológica, e os códigos linguísticos são constituídos dos ritos pragmáticos, que permeiam a comunicação social, fazendo parte do que o autor chama de primeira realidade. Os códigos hiperlinguísticos são aqueles originados das práticas culturais criadas pelo homem, que acabam se sobressaindo ao pragmatismo convencional, fazendo parte da segunda realidade, sendo sua relação mais estrita com o cultural.

Para Bystrina (1994), a primeira realidade compreende os sinais físicos biológicos, enquanto que a segunda realidade possibilita a existência da cultura humana. Não é possível uma análise isolada dessas dimensões que se encontram diluída na vida do ser humano, pois suas ações encontram seu substrato nessa simbiose.

Os animais que vivem em seu estado natural utilizam seu corpo como meio de sobrevivência; já o homem, ao longo do tempo, foi fabricando e aprimorando ferramentas que hoje o deixam em uma situação confortável. O simples fato de acender um fogão elétrico é um exemplo. O fato de percorrer um caminho distante sem necessariamente o fazer com os pés, assim também pode ser caracterizado. Com a revolução tecnológica, que alcançou proporções não mensuráveis, legou-nos também como consequência o consumismo desenfreado, a sofisticação, o luxo, etc. Resultados a serem pesados no atual contexto. Na área da saúde, a revolução tecnológica se aplica da mesma forma, porém seus resultados também merecem análise contextual (MCLUHAN, 1964).

O homem contemporâneo utiliza hoje o corpo biológico como mídia, uma comunicação gestual, mas suas estruturas internas, responsáveis pela circulação, respiração e produção de células, dentre outros, ainda assumem o papel de manutenção e equilíbrio e também veiculam comunicação por meio de alterações circulatórias e respiratórias que sucedem eventos emocionais, bem como situações de perigo. Essas alterações, nos padrões considerados basais para cada indivíduo, podem

ser vistas como resposta fisiológica aos eventos citados acima, ou seja, um processo comunicacional, desencadeado por alterações moleculares (CAMPELO, 1997; SALOMÉ; ESPÓSITO, 2011).

Essas situações mencionadas acima perpassam claramente pelos códigos referenciados e suas interpretações, e devem ser analisadas em seu contexto, no qual os códigos, de modo geral, se interconectam. No entanto, considerando o quadro clínico do paciente, pretendo esclarecer aqui que utilizaremos especificamente os códigos hipolinguísticos para a análise interpretativa dos resultados. Os códigos não podem ser analisados separadamente. Sabemos, portanto, que a primeira realidade está interconectada com a segunda, e que os códigos hipolinguísticos também se misturam aos códigos linguísticos e aos hiperlinguísticos. Assim, os sinais vitais do corpo, embora não estejam livres de uma carga simbólica, tanto quanto os gestos de imposição das mãos praticados pelo terapeuta, o que nos interessa, neste momento, é privilegiar a leitura dos códigos hipolinguísticos e da primeira realidade, por uma necessária delimitação de nosso objeto de pesquisa que, certamente, deixa lacunas para serem preenchidas por uma nova pesquisa que destaque, também, o universo simbólico.

3.1 Os Vínculos comunicacionais por meio do corpo: O corpo como Mídia

Foi no final da década de 1960 que Harry Pross propôs uma importante abordagem na área da comunicação quando proferiu a frase: “Toda comunicação começa no corpo e nele termina” (apud BAITELLO JUNIOR, 2008, p.95). O autor afirma que o corpo detém os meios primordiais primários que nos permitem alimentar elo com os outros. As mensagens que se utilizam dos meios primários compreendem a comunicação verbal e não verbal classificadas pelo autor como sons articulados e inarticulados, gestos, odores, expressões faciais, postura e movimentos (BAITELLO JUNIOR, 2008).

Para que o profissional da saúde possa interpretar os atos verbo gestuais dos pacientes, é preciso apaixonar-se pela ideia de compreender as pessoas e assumir um compromisso de produtor de linguagem (SILVA, 1996).

No decorrer deste capítulo, exploramos a comunicação a partir dos textos produzidos pelo corpo por meio dos órgãos do sentido, que compreendem a visão, o tato, o gosto, o olfato e a audição, trazendo essa possibilidade para área da saúde, mais especificamente para a enfermagem, oferecendo a interação e o vínculo como alternativas para utilização desses canais que se constituem em pontes para interação com o meio externo. Aproveitamos também para esclarecer que, de acordo com Silva (1996), não há como separar o emocional do fisiológico quando tratamos do ser humano.

Desse modo, trabalhamos a comunicação como interação e estabelecimento de vínculos, um universo inesgotável de signos que produzem sinais a serem interpretados, o que torna a comunicação uma vasta teoria, que precisa ser continuamente explorada em seu contexto e possibilidades, ou seja, convidamo-nos a sair da zona de conforto proposta na arte retórica aristotélica: emissor mensagem-receptor, para então mergulharmos num universo de probabilidades, onde o contexto exerce influências significativas. A capacidade de interpretação muitas vezes subjetiva requer que estejamos dispostos a nos doarmos para o outro durante o processo comunicacional, pois só assim seremos capazes de perceber e interpretar a comunicação que emana do corpo (CAMPELO, 1997).

Em nossa pesquisa, o fato de analisarmos a FC e a SPO2 do paciente pelo monitor cardíaco e pelo oxímetro de pulso⁵, significa que buscamos indícios prováveis de comunicação, neste caso, mediada por equipamentos eletrônicos. Menezes (2007) nos chama a atenção no sentido de que temos disponível um arsenal tecnológico que pode tornar possível os processos de vinculação ou ao mesmo tempo nos distanciar dele.

Para Menezes (2007), o risco de incomunicação está presente tanto na comunicação direta como na comunicação mediada por equipamentos; pautados nesta ideia percebemos que o que vai assumir um caráter significativo é a disponibilidade do

⁵Aparelho utilizado para detectar as alterações nos níveis de saturação de oxigênio. Possui uma sonda ou sensor descartável que é fixado à ponta do dedo. Alguns fabricantes possuem sensores para o lobo da orelha ou ponta do nariz. O sensor combina dois diodos emissores de luz de baixa intensidade (LEDs) como fontes luminosas e um fotodiodo como receptor ou detector de luz. A frequência de pulso também é indicada pelo aparelho (ROTHROCK, 2007).

outro no processo de comunicação. E aqui especificamente a enfermagem assumiria esse papel de doação em relação ao paciente em coma.

O corpo, segundo Plessner (1977), apresenta-se como universo aberto em constante interação entre sua estrutura anatômica, seu sistema de funções e seu comportamento em relação ao ambiente.

De acordo Goffman (2010), para que a comunicação ocorra entre os sujeitos se faz necessária a interação; é isso que viabiliza o processo de cuidar, em seu sentido mais amplo. Quando pensamos a comunicação com o paciente em coma, associada a análise dos dados do monitor, é imprescindível lembrar que houve a interação com o paciente durante as sessões de Reiki, que consistiram na imposição das mãos e no toque.

Corroborando a este pensamento, somam-se as infinitas possibilidades comunicativas primárias, emanadas pelo corpo, consideradas por Pross (1972), especificadas posteriormente pelo sociólogo Dietmar Kamper (1972), por meio dos órgãos do sentido (apud BAITELLO JUNIOR, 2008). São esses três princípios, ambiência, vínculos e projetividade, que nos ajudarão a contextualizar e fundamentar o processo de comunicação.

3.1.1 Ambiência

O corpo encerra em si uma multidimensionalidade, constituindo-se em um só tempo em mente, razão, sujeito, vontade, entre outras expressões. Esses atributos se encontram ancorados e diluídos e desabrocham em sua essência, sentimentos, valores e capacidades. Dessa forma, não podemos nos portar como reducionistas, desconsiderando ou desconhecendo esse universo que envolve o ser humano, apegando-nos a conceitos “emissor-receptor”, tampouco a processos lineares. O corpo assume importante papel de catalisador de ambientes comunicacionais e não apenas mediador ou mídia de um processo comunicacional (BAITELLO JUNIOR, 2010).

A definição, segundo o dicionário Houaiss, para a palavra *ambiente* é a seguinte: “Tudo o que rodeia os seres vivos e/ou as coisas.” Desse modo, podemos perceber que

vivemos em ambientes saturados de possibilidades de comunicação, em uma atmosfera permeada de possibilidades de vínculos (BAITELLO JUNIOR, 2010).

A simples presença do corpo desencadeia processos de interação e vinculação com o meio e com os seres à sua volta. Enquanto ser social, o que o outro está vendo em mim e o que sou eu para ele assume uma importância fundamental, já que precisamos do outro, que nos serve como espelho próprio, dada a nossa necessidade inata de vinculação (GAIARSA, 1995).

Precisamos do outro para sobreviver, por esse motivo priorizamos ambientes que favoreçam o estabelecimento de vínculos, o que nos deixa em uma situação de carência e fragilidade. Desse modo, somos vocacionados para a interação, buscando, no outro, suplementar nossas fraquezas e necessidades, já que somos um corpo com duração inquestionavelmente finita. É exatamente isso que procuramos no outro, o estabelecimento de vínculos, que protejam limites e nos projetem para além de nossa finitude. Portanto, comunicar-se é criar ambientes que propiciem o estabelecimento de vínculos (KAMPER, 1972, apud BAITELLO JUNIOR, 2008).

3.1.2 Vínculos

A comunicação não se constitui de informações enviadas por meio de sistemas unidirecionais, de modo quantificável, que servem como parâmetro para validar o processo comunicacional. É bem mais que isso. O processo de comunicação tem como objetivo o estabelecimento de vínculos (BAITELLO JUNIOR, 2008).

Segundo Baitello Junior (2008), os vínculos se originam de ambientes afetivos permeados pela falta, excesso, carência e negação. Os corpos se comportam de modo inespecífico, enigmático, o que desperta no outro a atração e a possibilidade de vinculação, quando auscultam e se deixam auscultar por outros corpos. Somente esse outro é capaz de preencher a lacuna proveniente de outros corpos. Em um primeiro momento, não é possível prever quais dos apelos disparados de um corpo a outro se transformarão em vínculos, mas a diversidade dos sinais pode contribuir para o sucesso.

Dialogando ainda com Baitello Junior (2008), os vínculos, em sua complexidade, amplitude e potencialidade, assumem formas que se diferenciam ao longo da vida, considerando seu princípio na ontogênese até o estreitamento das formas distintas de sociabilidade. Os vínculos (enquanto emanações do corpo vivo), assim como o próprio corpo, necessitam de alimentação, afeto, cuidado e amor. Devido à imensurável contribuição dos autores Pross (1972) e Kamper (1972) (apud BAITELLO JUNIOR 2008), com os quais dialogaremos ao longo da pesquisa, temos hoje a reconsideração da corporeidade como marco da comunicação, quando consideramos as necessidades do corpo como matéria prima dos processos comunicacionais e não mais a informação concreta, mas sim, a probabilidade de informar. Refinando as necessidades do corpo, aliadas agora a sua finitude e o seu projeto de infinitude, temos o amor como matéria prima do processo comunicacional.

As separações históricas que fazemos do corpo e da mente vêm da hipocrisia do contrato social assumido, que se estende até os dias atuais; é como se o corpo, rústico e grosseiro, fosse necessário para abrigar e, ao mesmo tempo “esconder”, a alma gentil e delicada (tão perfeita, mas que precisa se esconder o tempo todo) para que ninguém descubra o que todos sabem: somos todos “imperfeitos” (GAIARSA, 1995).

Essa separação corpo e mente se estendeu à enfermagem e hoje temos que ganhar a confiança dos pacientes em virtude desse contrato social. Para ganharmos a confiança dos pacientes, para que nos falem de seus sentimentos e para que possamos interagir, precisamos considerar a importância do estabelecimento de vínculos, da ambiência e da projetividade que estará implícita em todo contexto.

3.1.3 Projetividade

A projetividade retrata mais do que o canal, fluxo ou meio. Devemos nos atentar ao corpo e seu contexto (ambiência, vinculação), já que é deste que parte todo processo comunicacional. A projetividade nos coloca em contato com as experiências pregressas do corpo e suas relações com outros corpos, com o ambiente à sua volta, bem como aspirações futuras. O corpo é o registro da história, em densidade e profundidade, deixando para o outro a possibilidade de interpretação de experiências

pregressas e anseios. Enquanto corpo vivo, pulsam em seu âmago essas duas vertentes, passíveis de leitura e interpretação, porém essa projetividade está estritamente ligada à perspicácia do outro em captar sinais subjetivos, que demandam vinculação e interação. Em nossa pesquisa, buscamos identificar indícios prováveis do processo de comunicação com paciente em coma induzido, durante a aplicação das sessões de Reiki, por meio da leitura e interpretação de possíveis alterações da FC e da SPO2 e sinais emitidos pelo corpo por meio das expressões faciais e corporais, utilizando os códigos hipolinguísticos e os princípios ambiência, vinculação/ interação e projetividade para análise dos resultados (BAITELLO JUNIOR, 2008).

3.2 O corpo como texto: Os órgãos do sentido

Para Luria (1966), a evolução dos seres humanos segundo o darwinismo exige a organização das sensações, para fornecer ao cérebro as informações referentes às condições internas e externas do corpo. As sensações constituem-se em um grupo de informações integradas que estimulam neurônios responsáveis por respostas macro, micro, orais e escritas, sendo as últimas três exclusivamente humanas. Os movimentos inerentes ao comportamento humano envolvem uma gama de interconexões, provenientes de informações recebidas das regiões periféricas (pele, músculos, articulações e vísceras) e central (hemisférios cerebrais).

No processo de comunicação, a motricidade está implícita na linguagem como se fosse sua sombra. Algumas partes do cérebro encarregam-se de controlar o corpo e sua motricidade. Outras se disponibilizam para as imagens, símbolos e conceitos. A encefalização da espécie humana emerge da riqueza de padrões de ação. Estes por sua vez, resultam de uma maior sinergia dos receptores sensoriais, de onde imergiram sistemas de controle de organização neurológica (LURIA, 1982, p. 95).

Para Plessner (1977), as sensações e percepções são consideradas fontes de conhecimento dependentes do funcionamento dos respectivos órgãos sensoriais, tanto no homem quanto nos animais. Eles informam o organismo acerca dele mesmo, do ambiente e sua localização, ficando em aberto talvez o alcance dessa informação, já que sua verdade só se dá ao homem, que precisa levar em consideração o caminho

percorrido pelos estímulos externos e internos, que são captados e conduzidos ao órgão receptor, para que ocorram os processos de estimulação nervosa.

Segundo Plessner (1977), para os animais, o significado dos sentidos se esgota em sua informação, de acordo com as exigências do ambiente. Já para o homem, o significado dos sentidos não se esgota em sua função de abastecê-lo de informações. Nesse caso, é imprescindível lembrarmos que o campo ao qual temos acesso por meio dos órgãos dos sentidos representa apenas uma parte de nossas experiências, constituindo-se como caminho para “fora”, segundo seu objeto particular, que fornece substrato para o pensamento (PLESSNER, 1977).

São as terminações nervosas que têm “a última palavra”, a questão do transporte se reduz à transposição ou tradução dos estímulos externos para a “linguagem” dos nervos e do cérebro. No que diz respeito à sua modalidade, o sentido permanece um enigma, pois não podemos progredir filosoficamente em todo campo dessa problemática dos sentidos, se não aprendermos a entender o homem o quanto possível como um ser vivo (PLESSNER, 1977, p. 2).

Para Merleau-Ponty (1999), os movimentos do corpo são repletos de significados, atribuídos de acordo com a percepção de fenômenos interiores e exteriores, que contam com o deslocamento dos órgãos do sentido, que propiciam esse espetáculo. Isso em pleno equilíbrio, “organicidade”, à qual podemos assistir.

Com essa afirmação, o filósofo francês se contrapõe às ideias de John Locke, as quais admitiam a percepção como resultado de sensações anatômicas. Para Merleau-Ponty (1999), a percepção é ativa e representa a primeira abertura do ser ao mundo da vida.

A síndrome do membro fantasma retrata de maneira clara a afirmação acima. Como pode um paciente continuar sentindo, por exemplo, o braço amputado, como se a mutilação não houvesse ocorrido? Somente um pensamento orgânico pode estabelecer a relação psicofisiológica, que torna essa situação concebível (MERLEAU-PONTY, 1999).

A interação e a sinergia do organismo, ou seja, a “organicidade,” continua sendo para Plessner (1977) uma realidade fenomenal, na qual os sistemas e órgãos dos sentidos atuam em consonância. Dessa forma, os órgãos sensíveis à luz atuam como sentidos distais; receptores de tato e pressão como receptores proximais; os órgãos de

olfação e gustação assumem uma posição intermediária entre os receptores distais e proximais, sendo primordiais aos processos alimentares e sexuais. Sistemas de equilíbrio controlam a posição do corpo, as sensações e a motricidade, além da locomoção; atuam em conformidade com os outros órgãos e receptores mencionados acima.

Segundo Hall (1989), a organização sensorial do ser humano pode ser classificada como receptores a distância e receptores imediatos. Os receptores a distância são os olhos, os ouvidos e o nariz, ou seja, aqueles envolvidos com objetos distantes. Já os receptores imediatos são aqueles em proximidade com o mundo à sua volta e correspondem ao tato, sensações que recebemos através da pele e músculos.

A pele pode ser classificada como receptor misto, ou seja, tanto imediato (por meio do toque) como a distância (captando ondas de calor e de frio) (HALL, 1989).

Na visão de Plessner (1977), como em outros organismos animais, os sentidos exercem sua função de orientação e deslocamento, ações corporais, apoio, alerta, funções inibitórias e excitatórias. Os sentidos participam conjuntamente da construção de um mundo perceptivo a partir do corpo e do ambiente. A ausência de capacidade funcional de um órgão do sentido específico no ser humano acaba sendo compensada por outro, devido a sua capacidade de abstração e articulação de significados (PLESSNER, 1977).

Com propósito de construção perceptiva do ambiente, vale destacar o modo japonês de valorização do espaço. Um exemplo dessa associação pode ser visualizado nos jardins japoneses, onde encontramos a beleza das plantas, ao mesmo tempo o seu perfume, o som da água na fonte e, nessa contemplação, somos chamados a movimentar o corpo para escolhermos o melhor lugar para pisarmos, desviando das pedras que não são apenas decorativas. Mesmo não tendo consciência desse processo, a apreciação nos convida a exercitar os cinco sentidos de modo sincronizado (HALL, 1989).

“Todos os sentidos juntos trazem a multiplicidade ao todo. Quantos aspectos há, tantos sentidos existem. Mas também: quantos sentidos há, tantos aspectos existem.” (PLESSNER, 1977, p. 4).

Baseando-nos na citação acima, podemos observar, segundo Merleau-Ponty (1999), que a forma de abordagem como, por exemplo, o modo de olhar, a tonalidade da comunicação, define a maneira de como os sentidos serão interpretados, ou seja, nas formas de contato, sensações e percepções constroem a fisionomia do mundo, e o homem está no mundo, o que o torna certo de sua existência, é no mundo que ele se conhece.

Para Hall (1989), os cinco sentidos desempenham um papel importante na relação do homem com seu meio ambiente, condicionando reações inconscientes a cada estímulo sensorial recebido. O fato de vivermos hoje em um ambiente quase que totalmente manufaturado, alterou nossa relação com o ambiente, e conseqüentemente, a reação frente às suas exigências. Citamos como exemplo as turbulências dos grandes centros, em contraste com as regiões rurais. As reações frente a situações de violência, trânsito, dentre outras, passam a ser condicionadas. O contato ativo do corpo no espaço que ocupa pode ter seu repertório de experiências cinestésica, táctica, visual e auditiva ampliado ou inibido (HALL, 1989).

Viver em um ambiente cercado de aparatos tecnológicos diminui a relação direta do corpo com o meio. Como o paciente se encontra internado em uma unidade de terapia intensiva, que é um ambiente repleto de tecnologia de ponta, ou pelo menos se espera que seja, vale ressaltar que tanto os colaboradores desta unidade, como os pacientes, têm suas respostas sensoriais modificadas (HALL, 1989).

3.2.1 O Toque

Trabalhamos a questão do toque como meio de comunicação não verbal, que pode ter o seu uso maximizado pela equipe de enfermagem que dispensa cuidados diretos aos pacientes. A enfermagem em sua prática cotidiana acaba utilizando o toque sem consciência de sua importância. Os fatores que dificultam sua utilização como um meio de comunicação por parte da equipe de enfermagem, embora não justifiquem, envolvem a falta de dimensionamento de pessoal e a sobrecarga de trabalho, dentre outros (SILVA, 1991).

Em nossa pesquisa, aplicamos o Reiki nos pontos situados na cabeça, por meio da imposição das mãos e do toque. Por esse motivo, pretendemos esclarecer os tipos de toque que podem ser diariamente utilizados pela da equipe de enfermagem. Quando os profissionais, de modo geral, compreendem que a comunicação é o cerne dos processos, passam a julgar sua utilização como um ponto primordial para que se possa oferecer uma assistência humanizada e com qualidade (SILVA, 1991).

Segundo Silva e Belasco Júnior (1996), podemos nos comunicar de diversas maneiras pela comunicação verbal e pela não verbal — esta se constitui como manifestações de comportamentos existentes nas relações, percebidas pelo outro, o que não requer, necessariamente, o uso das palavras. É a interação pessoa-pessoa, que acontece por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas naturais ou artificiais, organização de objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos.

Dentre as formas de comunicação não verbal, destacamos o toque, como um tipo de comunicação indispensável para o desenvolvimento das atividades assistenciais do enfermeiro, podendo enviar mensagens positivas ou negativas para o paciente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre (SILVA, 1991; BELASCO JÚNIOR, 1996).

A pele que envolve o corpo constitui o mais sensível e antigo dos órgãos, e também o maior. É por meio dela que o ser humano compreende o mundo à sua volta, estabelecendo-se como primeiro meio de comunicação com o ambiente e o mundo externo. A pele também capta sinais de nosso meio interno. Esses sinais são traduzidos e constituem-se num espelho do funcionamento do organismo. (MONTAGU, 1998).

Em sua superfície estão localizados milhares de receptores sensoriais que captam os estímulos de calor, frio, toque, pressão e dor, além das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos (MONTAGU, 1988).

O anatomista inglês Frederic Wood Jones pontua que “o médico e filósofo sábio é aquele que percebe o sistema nervoso externo, quando considera a aparência externa de seu paciente”. Tanto a pele como o sistema nervoso originam-se da ectoderme, a mais externa das camadas que constitui as células embrionárias. A pele sofre alterações estruturais e funcionais decorrentes da idade; no entanto, o tato

permanece uma constante, o alicerce sobre o qual se depositam os outros sentidos, salvo os casos específicos de doenças que interferem na sensibilidade. (MONTAGU, 1998).

A pele encontra-se num estado de contínua renovação através da atividade das células de suas camadas profundas. A cada quatro horas aproximadamente, a pele forma duas novas camadas de células. As células da pele e das vísceras podem aparentemente dividir-se centenas e milhares de vezes durante toda a vida da pessoa. Nas diferentes partes do corpo a pele varia quanto à textura, flexibilidade, cor, odor, temperatura, inervação, dentre outros aspectos (MONTAGU, 1998, p. 23).

Ainda de acordo com Montagu (1998), a pele, além das suas funções primordiais descritas nos compêndios de anatomia e fisiologia, também registra as tentativas e os triunfos de toda uma vida e, com isso, transporta a memória de suas experiências. Esses registros se encontram explícitos no rosto, e de modo mais preservado, ao longo de toda extensão do corpo, quando o indivíduo não faz parte de grupos que expõem o corpo, como no caso das tribos indígenas em que o corpo é exposto em sua natureza.

Por meio do toque, podemos nos comunicar com o outro, compartilhando mensagens de caráter positivo ou negativo, que dependem das condições internas, externas do emissor, forma e local onde ocorre, sendo considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal. A ausência da experiência tátil afeta o desenvolvimento e o comportamento dos seres de modo geral (DELL'ACQUA et al., 1998).

Na ótica de Weiss (1979), o toque pode ser analisado de acordo com sua duração, localização, velocidade de aproximação, intensidade ou pressão exercida no outro, além da frequência e sensação provocada ao receber ou transmitir o estímulo. Porém, a palavra engoliu a ação.

Segundo Montagu (1998), somos mais propensos a nos envolvermos com bens de consumo e proferir declarações de gentileza do que de fato estabelecer um relacionamento sensorial, seja com nós mesmos ou com outro. O bloqueio é o mesmo, não ter familiaridade com o “tocar”.

O mundo ocidental — ao contrário dos preceitos judaico-cristãos que nos são impostos pelo batismo, onde a cabeça da criança é tocada sete vezes — apoiou-se

inteiramente nos sentidos de distância, visão e audição, subestimando os sentidos de proximidade, paladar, olfação e tato (MONTAGU, 1998; MIRANDA, 2002).

Os cães, por exemplo, utilizam facilmente em seu contato com outros cães, os cinco sentidos para estabelecer o processo de comunicação. Já nós, humanos, nos apegamos muitas vezes a um único tipo de comunicação: a verbal (MONTAGU, 1998). Essa atitude nos deixa um legado de empobrecimento e atrofia em relação às possibilidades de comunicação que envolvem o ambiente, as experiências e os vínculos, bem como o reconhecimento do outro e sua valorização (MONTAGU, 1998; BAITELLO JUNIOR, 2008).

3.2.2 Os tipos de toque na área da saúde

O toque faz parte do ato de cuidar em si; no entanto, sua importância na enfermagem assumiu grandes proporções nas décadas de quarenta e cinquenta. A valorização do outro passou a fazer parte do contexto de enfermagem humanizada, destacando-se as relações de cuidado afetivas, empáticas e compartilhadas que o toque pode propiciar (BUÓGO, 2000).

Vale ressaltar os tipos de toque que a enfermagem pode empregar no dia a dia de sua profissão:

Toque Instrumental: contato físico deliberado, necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Faz parte do exercício profissional da enfermagem e acontece inevitavelmente durante a execução de técnicas para realização de determinado procedimento (SILVA, 1991).

Toque Expressivo: contato relativamente espontâneo e afetivo, não obrigatoriamente relacionado a uma determinada tarefa (LE MAY, 1986).

A enfermagem pode utilizar o toque de maneira consciente, optando pelo toque expressivo, proporcionando ao paciente/cliente uma assistência embasada na humanização e na motivação para se comunicar, demonstrando aceitação e empatia, entre outros aspectos. Quando citamos o toque de maneira consciente nos referimos especificamente ao toque expressivo, que faz com que o enfermeiro deixe de lado suas demais atividades e olhe para o paciente de forma humana e respeitosa, reservando

um tempo para tocá-lo, sem que esse toque remeta a um determinado procedimento, mas simplesmente um toque que, para o paciente pode ter um valor terapêutico, revigorante (DELL'ACQUA et al., 1998).

Em uma classificação mais ampla, citamos o toque terapêutico, que tem como base a energia vital universal, que mantém todos os organismos vivos (SILVA, 1991; THAYER, 1990 apud CASTRO; FERNADEZ, 2007).

Toque terapêutico: é considerado uma técnica de terapia complementar, que consiste num toque sem toque, não sendo necessário o toque direto na pele do paciente, apenas a aproximação das mãos a cerca de 10 a 15 centímetros de distância.

Essa técnica foi descrita pela enfermeira Dolores Krieger, sendo posteriormente denominada método Krieger-Kunz, que deriva da prática antiga de cura por meio da imposição das mãos. A técnica do toque terapêutico nem sempre possui base religiosa e até independe da fé ou crença daquele que o recebe ou do terapeuta que aplica, para ser efetivo (CASTRO; FERNADEZ, 2007).

Segundo Montagu (1998), para aplicação do toque terapêutico, o terapeuta passa as suas mãos por cima ou próximas ao corpo do paciente, concentrando-se na cura do mesmo, por meio da recanalização da energia. As funções do corpo humano precisam do substrato que é a condução elétrica, para que possam acontecer. Desse modo, o corpo possui um campo energético individual interno e outro a sua volta.

Ainda na ótica do mesmo autor, a concentração do terapeuta durante o toque terapêutico é chamada de centralização, e o relaxamento leva à dispersão de pensamentos alheios. Durante o deslocamento das mãos, o terapeuta pode perceber um acúmulo de energia, decorrente das tensões do dia a dia ou de alguma doença. Durante o toque terapêutico, o terapeuta pode redirecionar essas energias, proporcionando a harmonização do campo.

O tocar como acontecimento terapêutico não é algo simples como um procedimento mecânico ou um medicamento, mais que isso, é uma expressão de comunicação. O uso do toque, a aproximação e a abertura dos profissionais para os pacientes em estado crítico se constituem no mais importante meio de comunicação. (SILVA, 1991).

Torna-se primordial durante esse momento o compartilhar de pensamentos positivos por parte do enfermeiro para o paciente, como, por exemplo, “sua recuperação está relacionada a sua própria vontade de melhorar, você vai ficar bem, você é importante” (MONTAGU, 1998).

Por um lado, as enfermeiras Ruth McCorkle e Margaret Hollenbah observaram que jovens estudantes de enfermagem tendem evitar o ato de tocar pacientes idosos e principalmente os pacientes críticos da unidade de terapia intensiva, que na verdade são os pacientes que mais necessitam desse tipo de comunicação não verbal. Os idosos, porque possuem o tato como sentido mais preservado em relação à visão e audição, e os pacientes em estado crítico, pela capacidade de percepção pelos receptores da pele (MONTAGU, 1998).

As enfermeiras McCorkle e Hollenbah ainda acrescentam que os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva raramente recebem o toque expressivo, sendo tocados instrumentalmente em virtude dos múltiplos procedimentos. Ainda nessa ótica, citam como exemplo um protocolo de atendimento a pacientes submetidos a transplante de medula óssea, que passam por inúmeros procedimentos desgastantes (MONTAGU, 1998).

Esses pacientes se sentem confusos, inseguros e vulneráveis, já que possuem uma chance de cinquenta por cento de sobrevivência. Desejam o contato humano, mas, ao mesmo tempo, retraem-se frente a esse contato, pois suas recordações não são agradáveis. O toque acaba remetendo a lembranças dolorosas (MONTAGU, 1998).

As enfermeiras observaram que experiências estruturadas focadas na aproximação gradual, visando ao estabelecimento de um relacionamento entre enfermeiro e paciente, têm chance de melhorar a qualidade de vida do paciente durante o processo de transplante (MONTAGU, 1998).

Existem algumas situações como quadro agudo de confusão mental e pacientes vítimas de abuso sexual, em que os profissionais precisam considerar a possibilidade de tocar o paciente, estando atentos à permissão do paciente, aceitação e sentimentos expressos durante o ato de tocar (SILVA, 1996). Para a mesma autora, quando o paciente evidencia aceitação em relação ao toque, passamos a compartilhar de sua individualidade e estabelecemos vínculos. Faz-se necessária a compreensão de que

esse relacionamento com o paciente é profissional, porém, quando passamos a implementar em nosso cotidiano a comunicação não verbal por meio do toque, sua naturalidade e descontração começam a fazer parte do nosso estilo de vida.

Quando os sentimentos como afeto, envolvimento, segurança e satisfação realmente forem transmitidos pelos enfermeiros por meio do tato, serão com esses significados que o toque passará a ser associado pelos pacientes. O significado humano de “tocar” (MONTAGU, 1998).

3.3 Coma

O coma (do grego *kôma* = sono profundo) pode ser definido como estado de perda total ou parcial da consciência, da motricidade voluntária e da sensibilidade, ocasionado devido a lesões cerebrais, intoxicações, problemas metabólicos e endócrinos. Nesse estado, dependendo da gravidade, as funções vitais são mantidas em maior ou menor grau. A inconsciência, característica típica do coma, é uma condição em que o paciente não responde aos estímulos ambientais e não está ciente deles. O termo é usualmente reservado para a falta de responsividade de curta duração (vai de momentânea a várias horas). Complementando nossa definição, o coma é um estado clínico de inconsciência, no qual o paciente não está ciente de si mesmo ou do ambiente durante períodos prolongados (dias a meses ou, até mesmo, anos). As causas de inconsciência ou coma podem ser neurológicas (traumatismo craniano, acidente vascular cerebral), toxicológicas (overdose de drogas, intoxicação etílica) ou metabólicas (insuficiência hepática ou renal, cetoacidose diabética) (SHAWN, 2002).

Quando fisiológico, o estado de coma pode ser mensurado com a utilização da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e, quando farmacológico, pela Escala de Sedação de Ramsay (ESR) (PUGGINA; SILVA, 2009).

Diante das definições acima vale ressaltar que a neurociência e os conceitos de consciência buscam incansavelmente estabelecer relações entre a experiência subjetiva e processos físicos do cérebro (BUENO, 2002).

De acordo com Miranda (2002), do ponto de vista anatômico, o crânio compreende uma caixa óssea que se constitui num arcabouço que protege a parte do

SNC denominada encéfalo e que abrange o cérebro, cerebelo, pedúnculos, a protuberância e o bulbo.

Do cérebro, originam-se aproximadamente 40.000 km de nervos responsáveis por sistema de comando e controle injeável. O bulbo raquiano representa o segmento ascendente do SNC que continua com a medula espinhal que se comunica com a ponte (MIRANDA, 2002).

3.4 Importância da comunicação com os pacientes em coma

A percepção auditiva dos pacientes em coma, tanto fisiológico como induzido, em relação à comunicação verbal ao seu redor, foi muito questionada e, até hoje, mesmo com os avanços da medicina e da neurociência, ainda não temos uma resposta precisa sobre o que acontece na mente desses pacientes durante a experiência de estar em coma (PUGGINA, 2006).

Para o homem, os sons têm uma função indicativa em relação à visão e o tato, que assumem uma relação estrutural (PLESSNER, 1977).

Já para Herder (1977 apud PLESSNER, 1977), a audição atua como sentido intermediário. O tato nos coloca em contato com o meio externo; a visão nos coloca em contato com o distante, sendo a audição a verdadeira porta para a alma, o elo com os outros sentidos. A audição parece ser o último sentido perdido. Tal afirmação pode ser sustentada pelos relatos de pessoas que retornaram desse estado. A maioria descreve dados sensoriais auditivos, como sons, palavras, frases, vozes familiares, etc., percebidos durante a permanência em coma. Por isso, é extremamente importante cuidar do ambiente sonoro em que o paciente está inserido, bem como das conversas paralelas ao lado do leito e da própria comunicação com o paciente, principalmente antes da realização de qualquer procedimento (PUGGINA, 2006).

Como existem muitas dúvidas em relação ao que ocorre com o paciente em coma, precisamos aprender outros meios de percebê-los. Manifestações ou correlatos fisiológicos das emoções são respostas autonômicas, comandadas pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA) frente a um estímulo. O aumento da frequência cardíaca e respiratória e o rubor da face são exemplos de manifestações fisiológicas de uma

emoção positiva. Uma emoção negativa também pode desencadear aumento da frequência cardíaca e respiratória, mas ao contrário da anterior, o indivíduo empalidece e sua frio. As emoções podem provocar, além disso, manifestações comportamentais, isto é, respostas motoras, que podem se mostrar estereotipadas (reflexas ou involuntárias) ou até mesmo bastante complexas, envolvendo ações voluntárias (PUGGINA, 2006).

Alterações na frequência cardíaca são efetuadas por controles reflexos mediados pelo SNA, incluindo suas divisões simpática e parassimpática. Os impulsos parassimpáticos que chegam até o coração por meio do nervo vago, podem tornar mais lenta a frequência cardíaca, enquanto impulsos simpáticos aumentam essa frequência. Tais efeitos sobre a frequência cardíaca resultam da ação sobre o nódulo sinoatrial, seja promovendo sua diminuição, seja provocando seu aumento. O equilíbrio entre esses dois sistemas de controle reflexo normalmente determina a frequência cardíaca, mas essa também é estimulada por um nível aumentado de catecolaminas circulantes (secretadas pela suprarrenal) e pelo excesso de hormônio tireóideo, o qual provoca um efeito semelhante à catecolamina (PUGGINA, 2006). Ainda na perspectiva do mesmo autor, os sinais vitais podem fornecer informações relevantes sobre o estado físico e emocional dos pacientes, sendo importante conhecer como estes são controlados e quais são as suas relações intrínsecas (PUGGINA, 2009).

Além disso, a frequência cardíaca também é afetada pelo SNC. Os barorreceptores, células nervosas especializadas localizadas no arco aórtico e nas artérias carótidas, são sensíveis às alterações na pressão arterial. Durante as elevações na pressão arterial, essas células aumentam sua frequência de descarga, transmitindo os impulsos para a medula. Isso inicia a atividade parassimpática e inibe a resposta simpática, diminuindo a frequência cardíaca e a pressão arterial; o oposto também é verdadeiro (SHAWN, 2002).

Os mecanismos regulares da pressão arterial incluem o córtex cerebral, o hipotálamo, os centros vasomotores, o SNA, as suprarrenais, os rins, os barorreceptores e algumas vias nervosas especiais, como o nervo de Cyon e o de Hering. O sistema humoral, a cargo dos rins e das suprarrenais é mediado por várias

substâncias — renina, aldosterona, angiotensina, prostaglandinas, vasopressina, desoxicorticosterona e glicocorticóides (SHAWN, 2002).

Em relação ao sistema respiratório, o simpático provoca broncodilatação e o parassimpático, constrição brônquica. Os músculos respiratórios são estriados esqueléticos, estão sob o comando de motoneurônios medulares e também sob o controle das vias descendentes. Por isso, os parâmetros dos movimentos são determinados por regiões do tronco encefálico, a partir de informações provenientes de quimiorreceptores aórticos e carotídeos, bem como mecanorreceptores situados nas paredes das vias aéreas (SHAWN, 2002).

A termorregulação funciona com um ponto de ajuste hipotalâmico que fica em torno de 37° C, na maioria dos casos. Os termorreceptores periféricos e centrais constituem o sistema de retroação; o hipotálamo é o integrador e o controlador é múltiplo, formado pelo SNA, pelo sistema endócrino e pelo sistema neuromuscular (SHAWN, 2002).

O hipotálamo anterior ativa os controladores sub-reguladores, ou seja, aqueles capazes de diminuir o tônus vascular simpático periférico e de provocar a sudorese e o aumento da frequência e amplitude respiratórias, garantindo a dissipação de calor corporal excessivo. O hipotálamo posterior, ao contrário, ativa os controladores suprarreguladores, ou seja, aqueles capazes de provocar a estimulação da inervação simpática dos vasos cutâneos e os tremores musculares involuntários, provocando a conservação e a geração de calor corporal (SHAWN, 2002).

3.5 Aspectos da institucionalização do serviço de enfermagem

A enfermagem cuidava e protegia pessoas enfermas, idosos e deficientes, o que remonta aos tempos do velho testamento, sendo considerada nos dias atuais como a arte e a ciência do cuidar de pessoas. Tem como base do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com os pacientes ou com a equipe multidisciplinar; por isso a comunicação é ponto chave em seu exercício (SILVA, 1996).

O progresso da ciência e o surgimento das primeiras universidades não se constituíram como alavanca para o crescimento da enfermagem, que permaneceu à

margem de toda essa evolução por muito tempo. Assim, o hospital passa a ser depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos. Contudo, as pessoas que tinham posses recebiam os cuidados em suas residências. Considerada um serviço doméstico, sob exploração deliberada pela queda dos padrões morais que a sustentavam, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a enfermagem, permaneceu por muito tempo e, apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais. As práticas de saúde no mundo moderno chamam atenção para as ações de saúde e, em especial, às de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Elas ressaltam o surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada. Com o advento da revolução industrial, no século XIX, surge a enfermagem moderna na Europa, mais precisamente na Inglaterra. É neste cenário que a Enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia (MCEWEN; WILLS, 2009).

3.6 O cotidiano da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

O homem hoje desenvolveu para o que costumava fazer com o seu corpo, extensões ou prolongamentos desse mesmo corpo o que podemos facilmente observar através do avanço tecnológico de modo geral, não sendo diferente na área da saúde (MCLUHAN, 1977).

Mesmo com o aparato tecnológico que podemos observar nas unidades de alta complexidade, as relações humanas são primordiais e seus efeitos muito fortes. Relações são inferidas, invisíveis aos olhos, intangíveis, presentes na sociedade, ou seja, no recorte que fazemos sobre ela e que interpretamos como realidade. A realidade nos remete às relações sociais que designam uma totalidade de recortes baseados nos produtos sociais, decorrentes dessa relação direta (MCLUHAN, 1977).

Desta forma, destacamos a importância da comunicação na área da saúde como interação, decorrente da assistência direta dispensada aos clientes por parte da equipe de enfermagem, que pode acontecer de diversas maneiras, dependendo do tipo de comunicação utilizada, por meio de canais espalhados pelo corpo. Ao mesmo tempo é imprescindível se atentar ao distanciamento que pode se estabelecer devido à mecanização da assistência, conseqüentemente à falta de humanização, associada às barreiras que constituem o dia a dia dos profissionais da área da saúde (PRADO; PERES; LEITE, 2011).

A Enfermagem, como já foi explicitado nesta dissertação, é considerada a arte e a ciência de cuidar de pessoas; para tal fato a importância e a valorização do processo de interação entre quem cuida, e quem recebe o cuidado, torna-se imprescindível, pois propicia a troca de informações e sentimentos entre os sujeitos (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

Segundo Silva (1996), entre os profissionais da área da saúde, o enfermeiro, por interagir diretamente com o paciente durante todo o período de trabalho, deve estar atento ao uso adequado das técnicas de comunicação interpessoal. Nesse ponto, discordamos da autora, no sentido de interação, pois o fato de estar presente, não significa estar por inteiro no processo, já que, segundo Goffman (2010), comunicação é interação, e não o contrário.

Diante do exposto, podemos observar que é na comunicação que a interação e a troca acontecem. A comunicação é, portanto, relação, sendo este o seu fundamento e isto viabiliza o processo de cuidar.

As pesquisas acerca da interação com pacientes internados em UTI ganharam maior relevância na última década, porém abordam, em sua maioria, as comunicações com os pacientes que se encontram conscientes, através da comunicação verbal. Os pacientes admitidos na UTI apresentam, dentre outros diagnósticos de enfermagem, a comunicação verbal prejudicada, o que faz com que os profissionais considerem dificultoso o processo de interação com esses pacientes (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

A interação propicia respeito à individualidade dos pacientes e pode auxiliar na identificação de possíveis formas de comunicação que podem ser utilizadas durante a internação (ZINN; SILVA; TELLES, 2003). O silêncio, a atividade ou falta dela

evidenciam significações comunicativas, como na comunicação não verbal, empregada na linguagem dos sinais, utilizada pelos deficientes auditivos, sendo muitas vezes mais significativas do que as palavras propriamente ditas (VYGOTSKY, 1984). Não podemos afirmar o quanto esses pacientes são capazes de nos ouvir, mas considerando as possibilidades, precisamos, no mínimo, nos preocupar com o que falamos ao redor deles (PUGGINA; SILVA, 2009).

À citação abaixo, acrescentamos um trecho do livro de Dalton Trumbo, que demonstra como esta situação pôde ser vivenciada: “Estivera anos e anos sozinho e agora pela primeira vez alguém atravessava a barreira, alguém falava com ele, alguém dizia Feliz Natal.” (TRUMBO, 1967, p. 161).

Essa é uma realidade que envolve milhares de pacientes e seus familiares. A grande maioria dos pacientes não têm uma rede de apoio, como mostra o filme *Johnny vai à guerra*⁶.

Já os pacientes que recebem visitas, vivenciam o problema da falta de orientação sobre as condições em que os pacientes se encontram e isso abala a relação naquele momento tão importante para ambas as partes. A falta de comunicação entre a enfermagem e a família se relaciona à dificuldade e complexidade do dia a dia na UTI. Nesse sentido, a enfermagem acaba se esquecendo de dispensar apoio à família, e de dar informações e orientações efetivas (CASANOVA; LOPES, 2009).

Em decorrência, o enfermeiro assume um papel primordial, que já lhe é conferido pela própria graduação, que é o papel de líder educador. Frente a todas as dificuldades que se apresentam, seja no dia a dia de modo geral ou nas dificuldades específicas do setor, o enfermeiro é o profissional que deve estar preparado para promover a integração e a motivação da equipe, buscando tornar o ambiente humanizado. Os profissionais também precisam se sentir acolhidos para que possam acolher o paciente

⁶*Johnny Vai à Guerra* é um livro de Dalton Trumbo publicado pela primeira vez em 1939, mas o filme foi lançado em 1971. Johnny é um recruta servindo na Primeira Guerra Mundial. Um dia, acorda em uma cama de hospital e percebe que perdeu sua mobilidade e sentidos — braços, pés, olhos, nariz, orelhas, língua, maxilares e toda a face perderam suas funções —, mas continua lúcido. Deprimido, tenta matar-se por sufocamento, mas uma traqueostomia o impediu. Tenta comunicar-se com os médicos batendo a cabeça em código Morse na estrutura da cama, e pede para ser posto em uma cuba de vidro para viajar pelo país e mostrar à população o horror verdadeiro da guerra. Deseja morrer, mas esse pedido nunca é atendido. Nos devaneios, recorda sua infância e mitifica a namorada, confundindo-a, às vezes, com a enfermeira.

em suas necessidades prejudicadas pelo processo de saúde doença (SILVA, 1991; CASANOVA; LOPES, 2009).

De acordo com Silva (1991), a enfermagem precisa compreender o paciente/cliente para que possa prestar uma assistência holística. Essa compreensão origina-se do que for expresso por ele de maneira verbal e não verbal. Desse modo, reconhece-se que a comunicação está sempre presente; até mesmo o silêncio é uma forma de se comunicar, o que torna fundamental que o enfermeiro reconheça a via por onde a interação está ocorrendo.

Precisamos estar abertos para primeiramente escutar, sem interferir na mensagem que está sendo transmitida; parece algo muito simples, mas temos uma dificuldade enorme em aplicar em nosso dia a dia. Com isso, é importante destacar que a comunicação não verbal é considerada como possibilidade importante de o enfermeiro responder às necessidades emocionais do paciente/cliente, visto que este se encontra em um lugar que não é sua casa, com pessoas que não fazem parte do seu convívio e com os objetos que não são os seus.

O paciente internado na UTI passa por processos de ruptura, mesmo que temporária, com seu meio externo, ou seja, é condicionado a se adaptar à rotina muitas vezes fria da UTI, ter seus hábitos interrompidos e ficar a maior parte do tempo longe de seus familiares, pessoas de seu convívio diário, sendo a própria patologia um fator que dificulta o processo de adaptação (VILLA; ROSSI, 2002).

O cuidado com o outro em uma relação de coexistência e preocupação autêntica constitui o objeto da enfermagem. Observamos que, cada vez mais, na prática, a assistência de enfermagem oferecida ao paciente em estado crítico vem se distanciando de um estilo de presença, de estar por inteiro no processo. (BITAR et al., 2005, p. 618).

De acordo com a citação acima “estar inteiro no processo” é não negar os vínculos entre os envolvidos, é dar espaço à comunicação efetiva, que envolve ambiência, trocas, projeções e sentidos.

3.7 Teoria Interacionista (Institucionalização, Interação, Identidade, mortificação do eu)

Teorias compreendem um conjunto de conceitos que tornam possível a interpretação do mundo, através de uma lente que nos auxilia a visualizar aspectos da realidade presente no dia a dia (MARTINO, 2010).

Em relação à teoria interacionista, citamos especificamente o trabalho de Erving Goffman (2010), que realizou estudos de comportamento em enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde em Bethesda, Maryland, Estados Unidos. Sua obra *Manicômios, Prisões e Conventos*, resultou desses três anos de estudo, que teve como objetivo conhecer e perceber o mundo vivenciado e percebido por pacientes internados em instituições totais.

Em outras palavras, Goffman (2010), utilizou o método etnográfico, segundo os antropólogos pensadores da Escola de Palo Alto. O método proporciona observar os fenômenos comunicativos de determinado grupo através da interação (MENEZES, 2007).

De acordo com Goffman (2010), as instituições totais são enumeradas em cinco agrupamentos que se seguem:

Primeiro: instituições destinadas a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e inofensivas (hospitais, asilos, orfanatos, abrigos);

Segundo: instituições destinadas a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e que se constituem em uma ameaça à sociedade de modo não intencional (hospitais psiquiátricos e infectocontagiosos);

Terceiro: instituições destinadas a proteger a sociedade, abrigando pessoas que constituem risco intencional para ela (penitenciárias);

Quarto: instituições com a missão de realizar de modo sistemático uma determinada tarefa (quartéis, internatos escolares, campos de trabalho, empresas);

Quinto e último agrupamento: instituições que servem como refúgio do mundo (conventos e mosteiros).

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência, internação ou trabalho, onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2010, p. 11).

O momento da admissão dá início a uma transição da vida exterior para a interior; o confinamento espacial e social constitui a primeira mutilação do eu, a barreira imposta pelas instituições totais entre o internado e o mundo externo. Na institucionalização forçada ou por iniciativa própria do sujeito, o processo de mortificação do eu se dá da mesma forma pela adaptação às novas regras institucionais (GOFFMAN, 2010).

Além do próprio nome, os bens individuais estabelecem uma relação com o eu, um conjunto de identidade, e a pessoa geralmente espera exercer o controle sobre eles para poder se apresentar diante do outro ou dos outros (GOFFMAN, 2010).

A exemplo do que foi citado acima, podemos novamente remeter ao filme *Johnny vai à guerra*, que mostra a mortificação do eu por parte de médicos e enfermeiros que tratam o protagonista como objeto. O que restou a ele foi apenas seu confinamento ao próprio inconsciente, além da perda da sua identidade, em virtude de ser um soldado sem nome, sem identificação e sem acesso a qualquer coisa que pudesse remeter à sua identidade, com exceção de seu inconsciente que, por vezes, também lhe era tirado (TRUMBO, 1967).

Nesse sentido, Goffman (2010) trabalha muito bem a internalização e a perda da identidade, às quais os pacientes institucionalizados nas instituições totais são submetidos. No cenário de saúde atual, nós, profissionais da área da saúde, contribuímos automaticamente com a questão da mortificação do eu dos pacientes que estão que estão sob os nossos cuidados. Fazemos isso quando privamos o paciente de ser chamado pelo seu nome, atribuindo a ele um número, como por exemplo, “o paciente leito um”, ou uma abreviação de sua patologia, “o DPOC7 que chegou ontem”.

Para Silva (1996), o ato de cuidar do paciente não envolve unicamente o seu estado físico, mas principalmente sua identidade. Outros autores como Vilém Flusser já apontaram para o processo civilizatório ocidental que se expressa dentre outras formas, como termos que reduzem os nomes próprios para denominações abstratas que afetam a identidade dos sujeitos.

⁷A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) compreende o enfisema, a bronquite crônica e asmática. É caracterizada por resistência aumentada progressiva ao fluxo de gases nas vias aéreas (MILLER, 2003).

Podemos dizer que a civilização decai de suas origens concretas e progride em direção a suas metas abstratas. A civilização é uma conversação que substitui progressivamente nomes próprios por nomes sempre mais universais e abstratos (...). Quanto mais abstrato um nome, tanto maior o seu campo de significado, e tanto mais vazio. O processo civilizante é um avanço a partir da plenitude do significado em direção à amplitude do insignificado (FLUSSER, 1967/2002 apud BAITELLO JUNIOR, 2010, p. 44).

Para estudar organizações, é necessário reconhecer que existe a busca por afiliações, ou seja, membros afins que se simpatizam com as ideias do grupo. A existência de incompatibilidade pode atrasar a adaptação do paciente à instituição e prejudicar o processo de interação. Em algumas instituições a interação costuma acontecer de acordo com os interesses da organização, não sendo concedida a escolha por parte dos pacientes para formação dos grupos; já em relação à interação com membros da equipe dirigente, esta se torna ainda mais difícil, visto que o acesso a essas pessoas não é tão simples, pois já são instruídos a manterem distância dos pacientes (GOFFMAN, 2010).

Goffman (2010) relata que os pacientes desenvolvem micro relações com o ambiente e com as pessoas com quem passam a conviver. Essas relações são permeadas por toda a história de vida dos internos e, na maioria das vezes, os profissionais desconhecem essa vinculação. As percepções relatadas por Goffman (2010), como a falta de interesse da equipe dirigente em conhecer as microrrelações que os pacientes desenvolviam entre eles e o contato superficial de equipe de saúde, podem ser associados com os princípios de ambiência, vínculos e projetividade, considerados por Pross (1972) e Kamper (1972) (apud BAITELLO JUNIOR, 2008).

Em relação à falta de comunicação com o paciente inconsciente, o filme *Johnny vai à guerra* retrata a condição de um soldado mutilado supostamente inconsciente em decorrência da 1.^a Grande Guerra. Durante o atendimento prestado pela equipe de saúde com o intuito de manter as necessidades básicas do paciente, ou seja, mantê-lo vivo fisicamente, o filme revela a constante mortificação do eu, a falta de humanização por parte da equipe e o desespero de um paciente que tenta de toda forma simplesmente se comunicar. A narrativa do filme nos mostra a mutilação do eu em diversas situações, nas quais as enfermeiras não paravam para pensar que um paciente com vida estava recebendo cuidados e, dessa forma, desempenhavam uma

assistência mecanizada. Sem comunicação e sem humanização, o filme de 1971 pode parecer desarticulado dos dias atuais, frente ao avanço tecnológico; no entanto, as pessoas que vivenciam o dia a dia nas instituições de saúde sabem que isso não é verdade.

Johnny: “Por qualquer razão a antiga enfermeira se fora. A antiga nunca compreendera o que ele tentava fazer, nunca compreendera que tentava com cada fração de suas forças falar com ela.” (TRUMBO, 1967, p. 145).

As enfermeiras que prestavam assistência a Johnny foram instruídas a não se envolverem “com o paciente” e todas buscaram seguir as orientações recebidas, com exceção da última enfermeira, que estabeleceu o processo de comunicação por meio do toque, valorizando a movimentação sincronizada da sua cabeça. Até esse momento, suas tentativas de interagir com as enfermeiras não tinham obtido sucesso, sendo que o contato com elas era o único elo com o mundo exterior.

“Encontro-me”, isto é: identifico-me face ao outro. Torno-me sujeito. Por isso o outro é “sacro”, faz com que me identifique (FLUSSER, 1982, apud BAITELLO JUNIOR, 2010, p. 45).

Na opinião do filósofo francês Merleau-Ponty (1999), A experiência de percepção do corpo é extensiva à experiência de percepção do mundo. “O sujeito compreende o mundo ao mesmo tempo em que é compreendido por este”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p.70)

Já em outra fala de Jhonny:

Era a primeira vez que podia se lembrar da enfermeira diurna de sempre não haver aparecido para cuidar dele. Ficou muito quieto e muito tenso. Sem um momento de hesitação a nova enfermeira puxou as cobertas. E então, como todas as outras antes dela, permaneceu imóvel por um momento junto a sua cama. Sabia que estava olhando para ele. Sabia que a tinham avisado do que devia esperar. Entretanto a aparência dele era provavelmente muito pior do que qualquer descrição, e ela nada podia fazer a não ser olhar. Então, em vez de atirar apressadamente as cobertas por cima dele como faziam algumas delas ou correr para fora do quarto, ela colocou a mão sobre sua testa. Ninguém o fizera antes daquela maneira. Talvez ninguém fora capaz de fazê-lo. Entretanto, essa nova enfermeira, essa enfermeira de passos leves não tinha medo. Ele tentou franzir a pele para demonstrar-lhe o quanto apreciava o modo como ela o fizera (TRUMBO, 1967, p. 159).

O confinamento ao próprio eu sugere a certeza de estar vivo e que aquilo talvez não esteja acontecendo, mas, ao mesmo tempo, pode levar ao questionamento de que talvez não esteja mais aqui.

Engane-me quem puder, ele não poderia fazer com que eu não seja nada, enquanto penso ser algo; "ou que algum dia seja verdade que eu jamais tenha sido, sendo verdadeiro agora que eu sou." A experiência do presente é a de um ser fundado de uma vez por todas, e que nada poderia impedir de ter sido (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 76).

Deste modo, compartilhando os pensamentos dos autores acima, o fato de receber e ou dispensar assistência de saúde de modo fragmentado e reducionista, infringe aspectos relacionados à humanização e à ética. É importante frisar que o tema vem sendo discutido amplamente nos últimos anos, e o escritor e diretor Dalton Trumbo fez isso muito bem, ousando tocar em questões polêmicas na época, como a falta de percepção, sensibilidade, humanização e ética no relacionamento da equipe de saúde com os pacientes, numa situação como a de Johnny, em seu filme *Johnny Got his Gun* (CAMPBELL, 1971).

4 O CAMINHO PERCORRIDO: DOS PÉS AOS POROS E MAIS ADENTRO

Esta pesquisa compreende um estudo exploratório descritivo, com perspectiva teórica interpretativa-construcionista, seguido de um estudo de caso com observação participativa. Segundo Sampieri et al. (1991), os estudos exploratórios servem para aumentar o grau de familiaridade com fenômenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre condições de uma investigação mais completa de um contexto e criar prioridades para futuras pesquisas.

Foi utilizada para esta pesquisa uma abordagem qualitativa de investigação, considerada por Gray (2004) como fonte de análise. A pesquisa qualitativa é altamente contextual, vai além de dar uma simples imagem ou apresentar uma seção de eventos, podendo mostrar como e por que as coisas ocorrem, o que pode incorporar as motivações das pessoas, suas emoções, preconceitos e os incidentes de cooperação interpessoal e conflito (CHARMAZ, 1995).

A pesquisa não tem caráter numérico, e os resultados da amostra não visam generalizar uma determinada população. Dessa forma, excluímos a possibilidade de abordagem quantitativa (CRESWELL, 2010). Optamos por realizar uma abordagem qualitativa, de cunho exploratório, através de perspectivas teóricas interpretativas, que consideram a origem, o contexto e os dados anteriores, buscando formas de discutir as experiências humanas, através da compreensão e atribuição de múltiplos significados para a construção social. Desse modo, com leitores e pesquisadores realizando suas interpretações, ficam claras as múltiplas visões que podem emergir acerca dos resultados da pesquisa. Ainda em relação às perspectivas teóricas (CRESWELL, 2003 apud SANTOS, 2006) ressaltam-se quatro paradigmas considerados pilares sobre os quais se constrói a ciência, que são: o pós-positivismo, o construcionista, o ativista/participativo e o pragmatista.

A presente pesquisa excluiu a utilização das perspectivas do pós-positivismo pelo caráter determinístico: a ativista/participativa por estar diretamente ligada ao desenvolvimento de mudança, como agente direto e, por fim, a perspectiva pragmatista por retratar o foco do problema como consequência central das ações (CRESWELL, 2003 apud SANTOS, 2006).

4.1 Estratégia para coleta de dados e intervenção

O processo denominado como coleta de dados envolveu os seguintes aspectos: observação participativa, na qual ministrei as sessões de Reiki no paciente – totalizando cinco sessões — que consistiram no processo de imposição das mãos e no toque dos pontos situados nas seguintes regiões: cabeça (região frontal, parietal e ocular), pescoço (região laríngea) e tórax (região cardíaca).

Não houve contato e nem manipulação dos outros pontos localizados no corpo. Os sinais vitais do paciente (FC e SPO2) foram gravados por uma câmera posicionada na frente do monitor e do oxímetro. As sessões de Reiki não obedeceram a tempo determinado, e sua duração foi de acordo com necessidade energética apresentada pelo paciente.

O tempo de permanência das mãos em cada posição passa a ser definido pela necessidade percebida pelo terapeuta. Na impossibilidade de aplicação do Reiki em todas as posições, o mesmo pode ser aplicado no chacra frontal ou cardíaco que assume uma função primordial, constituindo-se no veículo que transportará a energia para todo o corpo (DE'CARLI, 2007).

O principal objetivo desta etapa foi observar as expressões do corpo durante as aplicações das sessões de Reiki no paciente e através dos dados mensurados pelo monitor e oxímetro, realizar a leitura dos sinais vitais apresentados (FC e SPO2), bem como alterações faciais e corporais, procurando por indícios prováveis de comunicação.

Por fim, realizou-se uma observação sistemática, com o objetivo de obter informações que não possam ser encontradas em registros ou fontes documentais, utilizando as respostas e observações para construir conhecimento a respeito dos aspectos relacionados aos objetivos do trabalho (DENCKER; VIÁ, 2001).

A observação sistemática, realizada em condições controladas, utiliza os sentidos para a obtenção de determinados aspectos da realidade, para responder a propósitos pré-estabelecidos (MARCONI; LAKATOS, 2002).

As sessões de Reiki foram aplicadas nos pacientes em horários que não coincidiram com o horário de visita, justamente para que não houvesse incômodo aos familiares durante esse período tão importante.

4.2 Definição da amostra

Para Cooper e Schindler (2003), amostra é uma parte da população-alvo, cuidadosamente selecionada para representar a população que se pretende estudar. Para esta pesquisa, a amostra em questão foi por conveniência, constituída apenas por um paciente. Enfatizamos por conveniência, visto que o elemento da população foi selecionado segundo critérios de acesso e disponibilidade.

O paciente selecionado apresentou o quadro clínico de coma induzido (quando farmacológico) com pontuação de R5 mensurado pela Escala de Sedação de Ramsay (ESR). Durante a sessão foram avaliados os parâmetros em relação às medidas basais da frequência cardíaca (FC) e do percentual de saturação de oxigênio (SPO2), bem como alterações comportamentais (movimentos corporais) e expressões faciais, através da observação.

As denominações A e D que se encontram na margem superior esquerda de cada tabela se referem: (A) Antes da sessão e (D) Durante a sessão.

Escala de sedação de Ramsay (1974)⁸	
Grau 1	Paciente ansioso, agitado.
Grau 2	Paciente cooperativo, orientado, tranquilo.
Grau 3	Paciente sonolento, atende aos comandos.
Grau 4	Paciente dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ⁹ ou ao estímulo sonoro vigoroso.
Grau 5	Paciente dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso.

⁸ A escala de Ramsay foi desenvolvida pelo médico anestesista irlandês, Michael A. E. Ramsay. A escala avalia o grau de sedação em pacientes internados em ambientes de terapia Intensiva com uma pontuação que vai de 1 a 6. (HUSKISSON, 1974)

⁹ Glabela: região frontal situada acima da raiz do osso nasal, entre as sobrancelhas.

Grau 6	Paciente dormindo, sem resposta.
---------------	----------------------------------

4.2.1 Local do estudo

O local escolhido para a realização do estudo foi o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim, um hospital da rede pública de saúde do estado de São Paulo, situado no município de Votorantim, na unidade de internação denominada Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

4.2.2 Critérios de inclusão

Ter a assinatura do responsável legal autorizando a participação através do TCLE;

Estar internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto em período superior a 24 horas, hemodinamicamente estável;

Apresentar condições clínicas que permitam a estimulação;

Apresentar quadro clínico de coma induzido (quando farmacológico) com pontuação de R4 a R6 mensurado pela Escala de Sedação de Ramsay (ESR).

4.2.3 Critérios de exclusão

Pacientes que, em qualquer momento da pesquisa, tiverem a suspensão da autorização de participação concedida pelo responsável legal.

Pacientes que não atingiram a pontuação de coma induzido (quando farmacológico) com pontuação de R4 a R6 mensurado pela Escala de Sedação de Ramsay (ESR).

4.3 Estudo de caso

Dados do paciente:

Sexo: masculino

Idade: 51 anos

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Piedade

Cor: branca

Profissão: pedreiro

Grau de instrução: Fundamental completo

Endereço: Votorantim, São Paulo.

Convênio: Sistema Único de Saúde (SUS)

Religião: evangélica

Unidade de internação: UTI Leito 01

Diagnóstico médico no atendimento de urgência em clínica médica: CID: R69

Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade

Paciente P. F. P, com história de admissão no pronto atendimento (PA) local no dia 18/01/2013, às 18hs referindo dor epigástrica, segundo informações colhidas (SIC), sendo medicado e liberado para casa.

Retornou ao PA no dia 19/01/2013, no período da manhã, apresentando-se agitado. Foi realizado o teste de glicemia capilar com resultado de 49 mg/dl. Foi novamente medicado e encaminhado para casa. Ao chegar a casa, o sobrinho referiu que o tio desmaiou. O paciente foi novamente admitido no PA, onde despertou apresentando agitação psicomotora, sendo intubado após sedação.

Histórico prévio:

Hipertensão arterial sistêmica (HAS);

Tabagismo;

Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);

Esquizofrenia (SIC)

Exame físico: paciente apresenta-se corado, hidratado, cianótico, anictérico, afebril, com glicemia capilar de 97 mg/dl.

Aparelho cardiovascular (ACV): bulhas cardíacas normofonéticas a dois tempos (BCNF/2T);

Aparelho respiratório (AR): murmúrios vesiculares (MV) globalmente diminuídos, sibilos difusos, com estertores subcrepitantes em 1/3 médio de hemitórax esquerdo;
Abdome: flácido, ruídos hidroaéreos presentes (RH+);
Membros inferiores (MMIIs) sem edemas com panturrilhas livres e aquecidas;
Estado neurológico: analgesia e sedação com midazolam e fentanil. Escala de Ramsay 5.

Diagnóstico médico: sepse grave pulmonar devido a DPOC exacerbada + coma hipoglicêmico + broncoaspiração.

Conduta:

Sondagem nasogástrica (SNG) com drenagem gástrica;

Exames laboratoriais;

Hidratação;

Analgesia e sedação.

4.3.1 Análise dos resultados

As tabelas 1 A, 1 D, 2 A e 2 D apontam uma resposta inerente à primeira realidade, que compreende os códigos hipolinguísticos comandados pelo sistema nervoso autônomo através das fibras simpáticas. Realizamos uma leitura destes códigos evidenciados pelo aumento da FC (cronotropismo positivo) em resposta à diminuição da SPO₂, em decorrência da broncodilatação, resultante da ação simpática no sistema respiratório nas tabelas 1 D e 2 D (SHAWN, 2002). Nessas sessões, alterações faciais e movimentos corporais não foram observados.

Essa resposta fisiológica é denominada segundo Bystrina (1994), como códigos hipolinguísticos. Dialogando com o mesmo autor, a primeira realidade compreende os códigos hipolinguísticos e os códigos linguísticos. Fazendo parte da segunda realidade temos os códigos hiperlinguísticos. Os códigos hipolinguísticos são inerentes à nossa constituição biológica, e os códigos linguísticos são constituídos dos ritos pragmáticos, que permeiam a comunicação social, fazendo parte do que o autor chama de primeira realidade. Os códigos hiperlinguísticos são aqueles originados das práticas culturais

criadas pelo homem, que acabam se sobressaindo ao pragmatismo convencional, fazendo parte do que autor chama de segunda realidade, sendo sua relação mais estrita com o cultural.

Não é possível uma análise isolada dessas dimensões que estão diluídas na vida do ser humano, pois suas ações encontram seu substrato nessa simbiose. No entanto, o quadro clínico do paciente não permite nos aprofundarmos nesta correlação, porém temos consciência de que a resposta biológica vem carregada de aspectos pragmáticos convencionais e culturais.

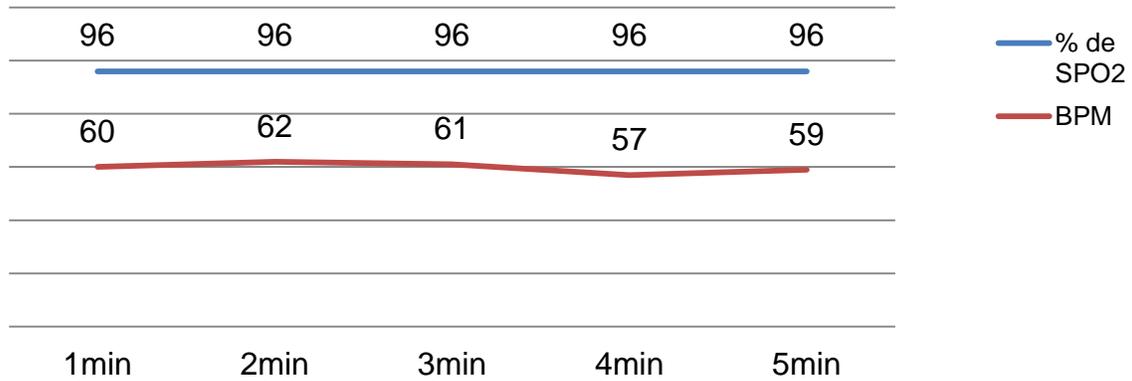
As tabelas 1 D e 2 D mostram uma discreta diminuição da SPO2 e um aumento compensatório da FC durante a aplicação da primeira e segunda sessão de Reiki. Desse modo, pautados nos princípios de ambiência, vinculação e projetividade, destacamos as infinitas possibilidades comunicativas primárias, emanadas pelo corpo, consideradas por Pross (1972), especificadas posteriormente pelo sociólogo Dietmar Kamper (1972), através dos órgãos do sentido (apud BAITELLO JUNIOR, 2008).

De acordo com o princípio de ambiência, o corpo assume importante papel de catalisador de ambientes comunicacionais e não apenas mediador ou mídia de um processo comunicacional. O fato de estar à beira do leito do paciente buscando por sinais passíveis de serem interpretados, gera uma atmosfera de interação e vinculação, capaz de nos colocar em contato com as experiências vivenciadas pelo corpo até então, o que os autores Pross (1972) e Kamper (1972) chamam de projetividade (apud BAITELLO JUNIOR, 2008).

Segundo Gaiarsa (1995), a simples presença do corpo desencadeia processos de interação e vinculação com o meio e com os seres a sua volta.

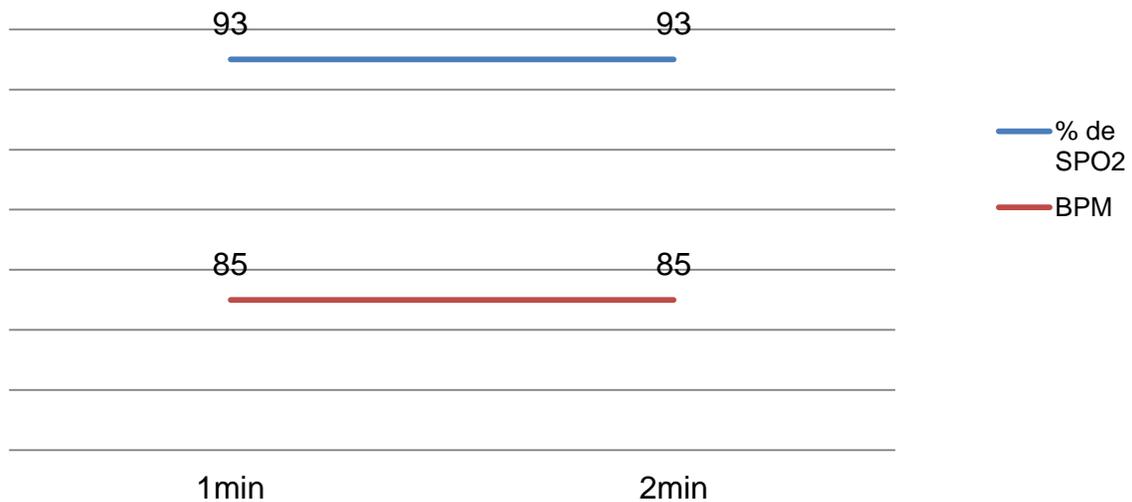
1 A **Mensuração dos dados do paciente P. F. P por meio do monitor, durante 5 minutos antes da aplicação da primeira sessão de reiki**

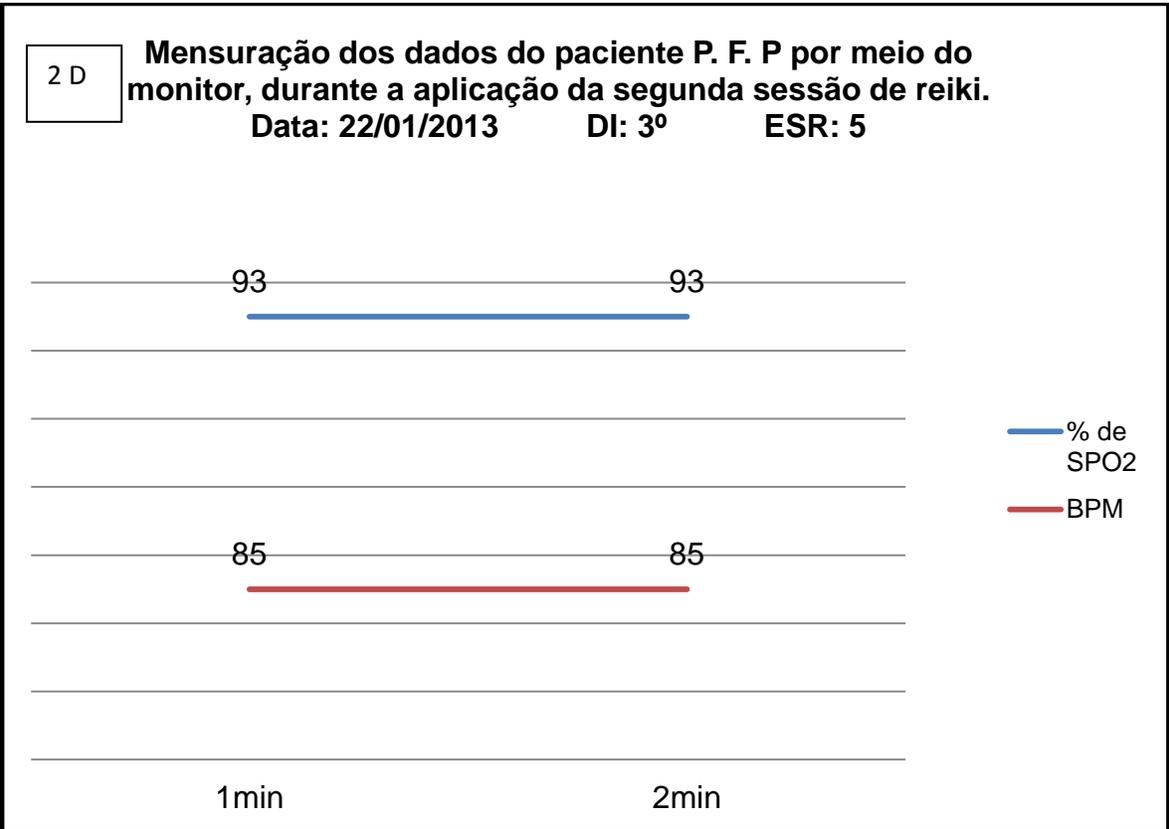
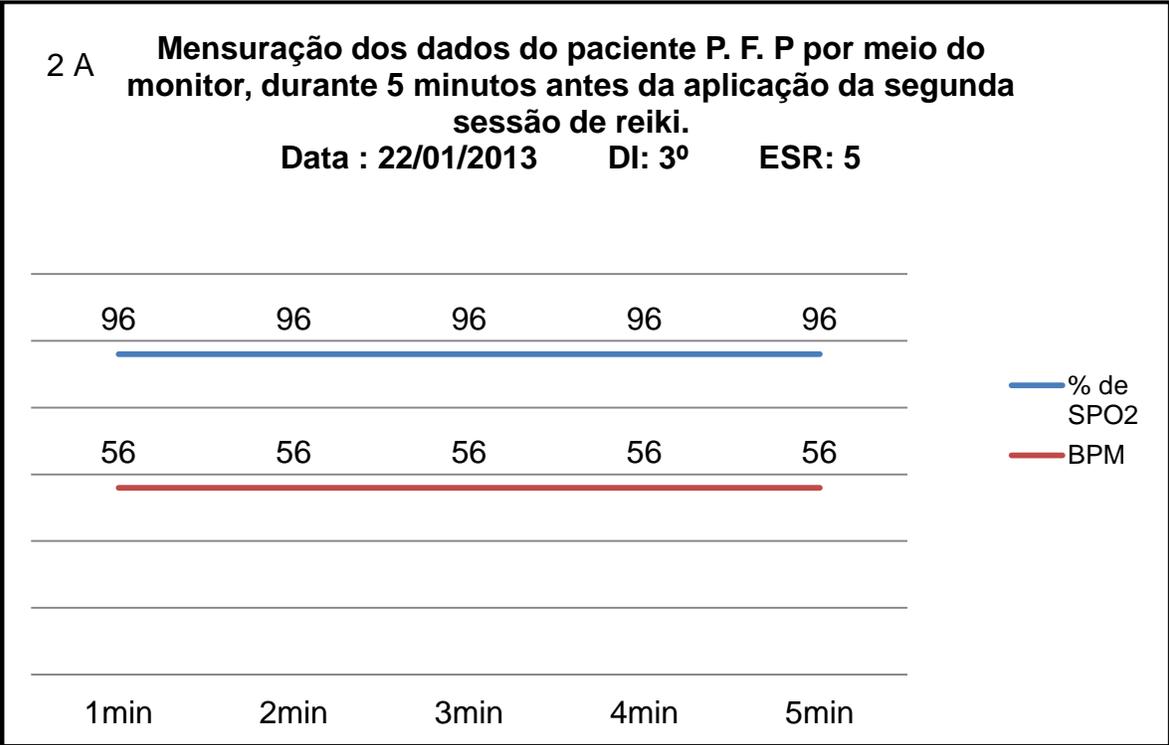
Data: 21/01/2013 DI: 2º ESR: 5



1 D **Mensuração dos dados do paciente P. F. P por meio do monitor, durante a aplicação da primeira sessão de reiki.**

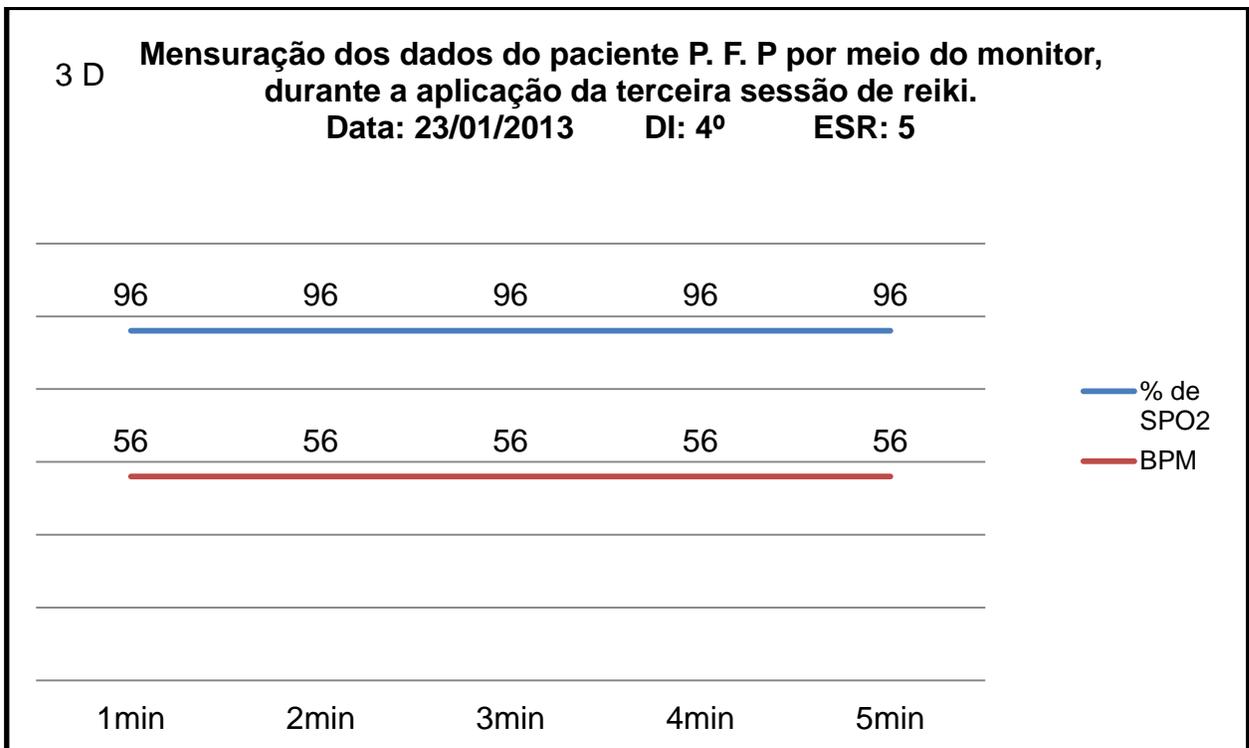
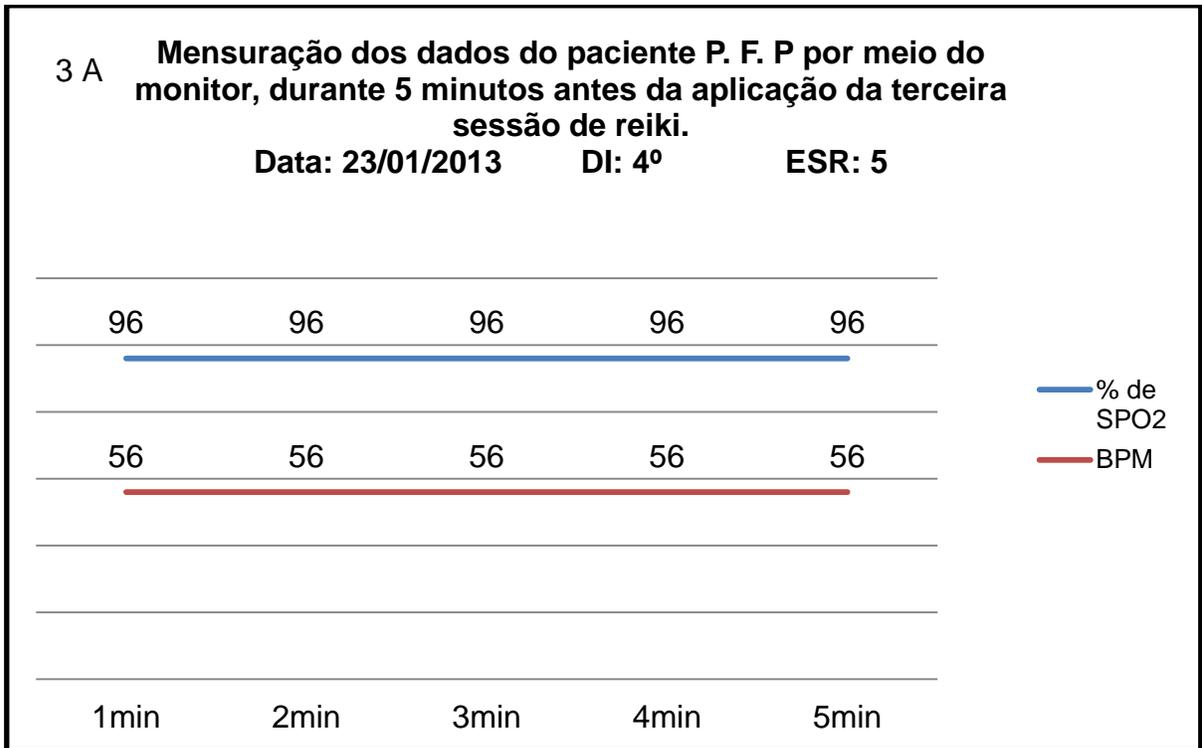
Data: 21/01/2013 DI:2º ESR:5





As tabelas 3 A e 3 D não evidenciam alterações significativas entre elas; porém quando comparadas com as tabelas 1 D, 2 A e 2 D, podemos observar um aumento da SPO₂, que se mantém estável e uma frequência dentro dos valores basais, ou seja, dentro dos valores apresentados pelo paciente nas tabelas anteriores. Não foram observadas alterações faciais e movimentos corporais nesta sessão. Segundo Shawn (2002), a comunicação terapêutica, o repouso e as crenças espirituais são capazes de despertar o comando do sistema nervoso autônomo através das fibras parassimpáticas, promovendo relaxamento. Sendo assim, “a experiência de percepção do corpo, é extensiva à experiência de percepção do mundo. O sujeito compreende o mundo ao mesmo tempo em que é compreendido por este”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p.70)

A opinião do filósofo francês corrobora com o princípio de ambiência, conceituado por Pross (1972) que se inter-relaciona com os princípios de vinculação e projetividade, com os quais podemos entender que o paciente pode entrar em sintonia com a atmosfera que se condensa no momento, ou seja, a energia que flui no leito durante a aplicação da sessão de Reiki pode passar a ser vivenciada pelo paciente, indicando uma possível associação com a ação das fibras parassimpáticas, promovendo relaxamento.



A tabela 4 A nos mostra uma SPO2 estável, com um valor discretamente baixo, quando comparamos com as tabelas 1 A, 2 A, 3 A e 3 D e uma FC com alterações que não demonstram significância em termos de valores, pois diferem de 1 a 3 batimentos por minuto (bpm). No entanto, na tabela 4 D podemos observar uma estabilidade nos valores da SPO2 e FC, o que indica uma tendência da ação parassimpática no que diz respeito ao equilíbrio dos parâmetros avaliados.

Para Plessner (1977), as sensações e percepções são consideradas fontes de conhecimento dependentes do funcionamento dos respectivos órgãos sensoriais. Eles informam o organismo acerca dele mesmo, do ambiente e sua localização. O caminho percorrido pelos estímulos externos e internos são captados e conduzidos ao órgão receptor, para que ocorram os processos de estimulação nervosa.

Em ambas as tabelas, as respostas hipolinguísticas apresentam-se carregadas dos vínculos comunicacionais proporcionados pelo corpo por meio dos princípios ambiência, vínculos e projetividade (Pross, 1972; Kamper, 1972 apud BAITELLO JUNIOR, 2008). Na sessão 4 D, o paciente apresentou movimentos faciais como o reflexo de piscar os olhos no momento do toque das mãos no chacra frontal e o reflexo da tosse no momento da imposição das mãos no chacra laríngeo.

Para o autor Montagu (1998), é por meio da pele que o ser humano compreende o mundo à sua volta, estabelecendo-a como primeiro meio de comunicação com o ambiente e o mundo externo. A pele também capta sinais de nosso meio interno. Esses sinais são traduzidos e constituem-se num espelho do funcionamento do organismo.

Em sua superfície estão localizados milhares de receptores sensoriais, que captam os estímulos de calor, frio, toque, pressão e dor, além das glândulas sudoríparas e vasos sanguíneos (MONTAGU, 1998). O paciente não apresentou movimentos corporais.

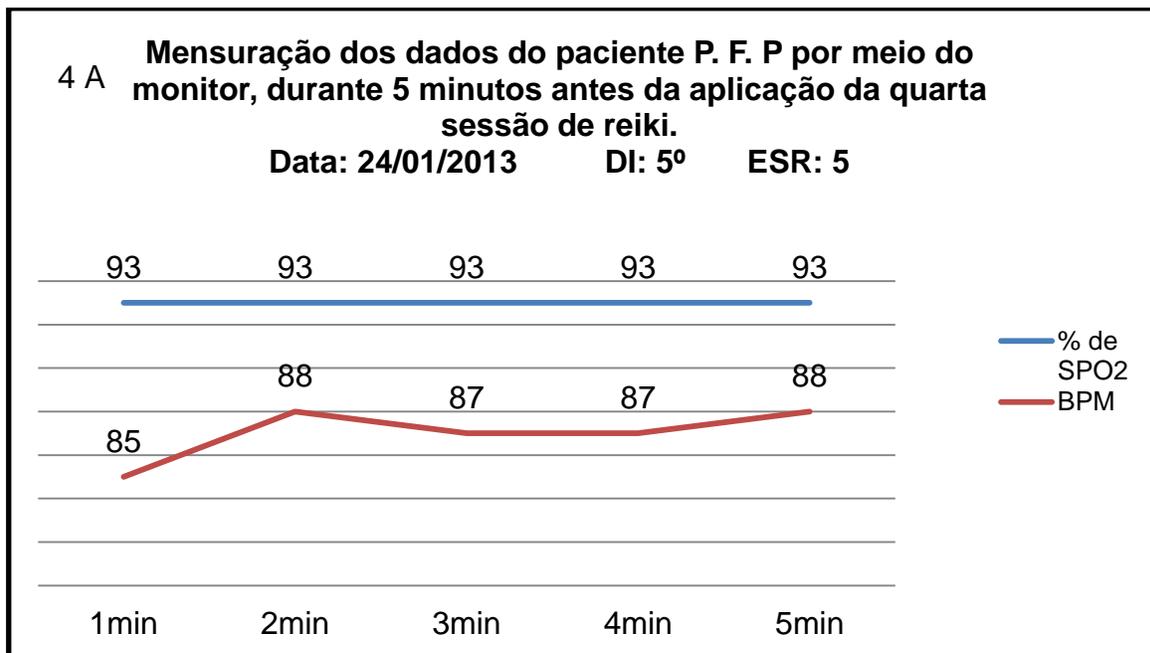
A projetividade retrata mais do que o canal, fluxo ou meio. Devemos nos atentar ao corpo e seu contexto (ambiência, vinculação), já que é deste que parte todo processo comunicacional.

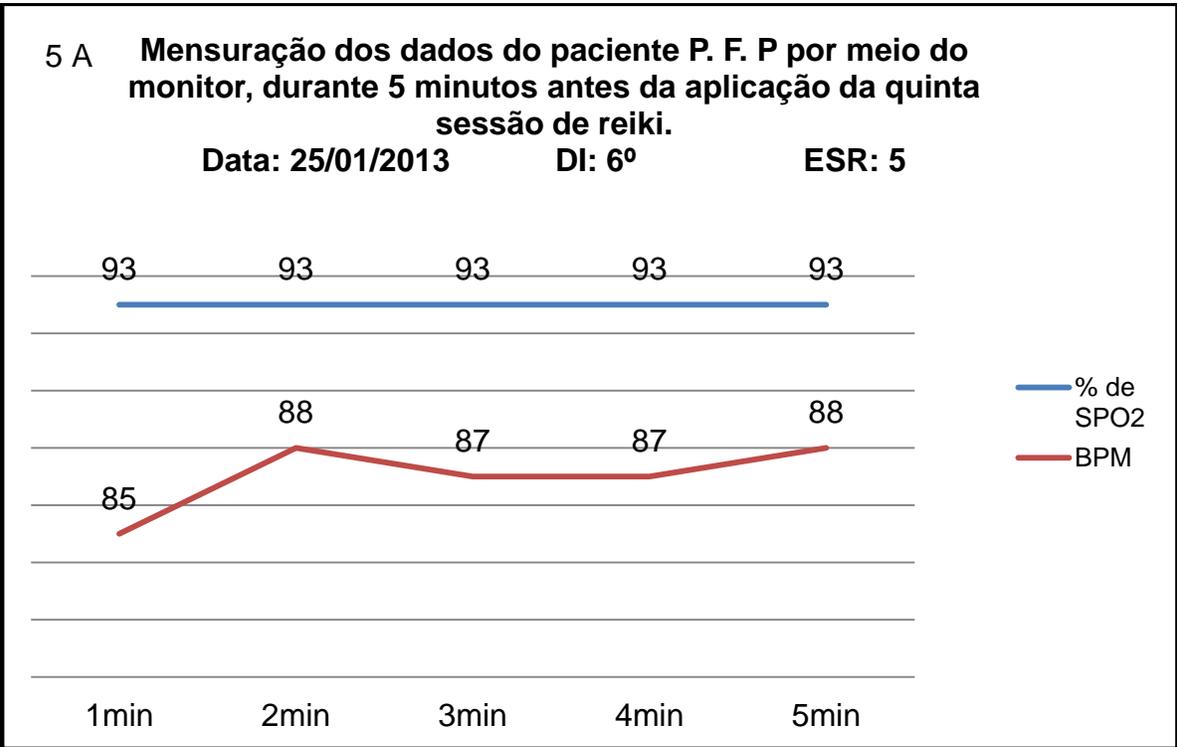
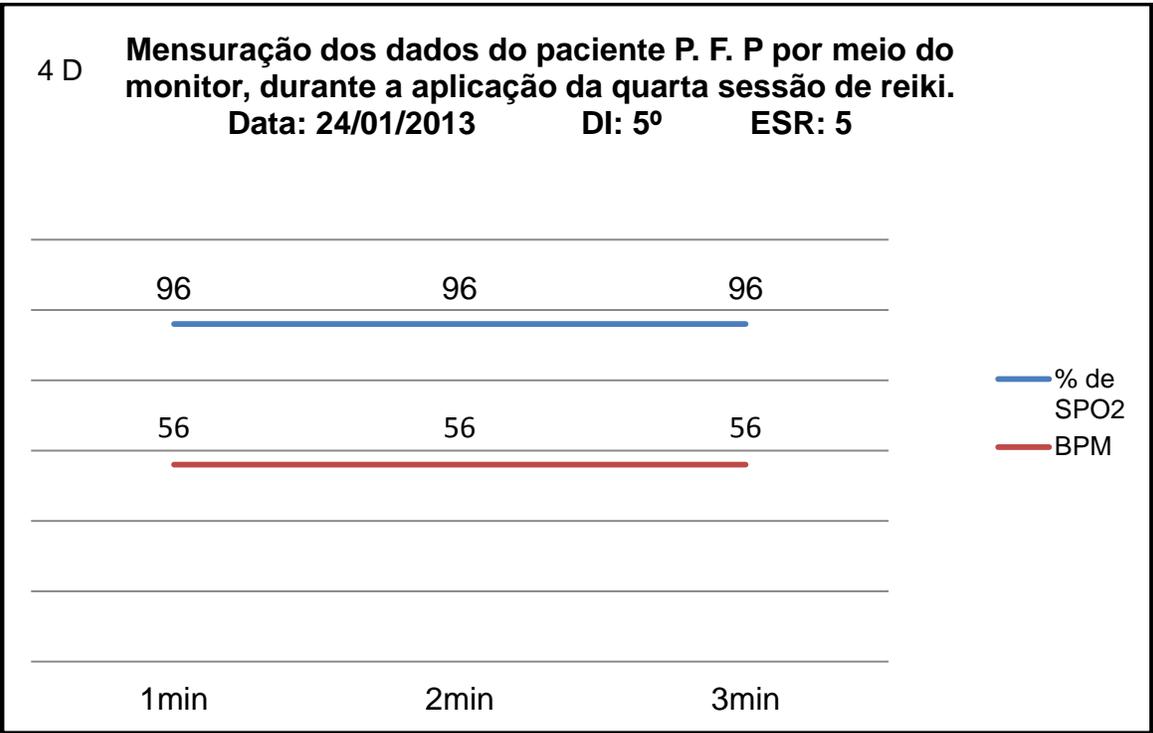
Segundo Pross (1972) e Kamper (1972) (apud BAITELLO JUNIOR, 2008), a projetividade nos coloca em contato com as experiências pregressas do corpo e suas relações com outros corpos, com o ambiente à sua volta, bem como aspirações futuras.

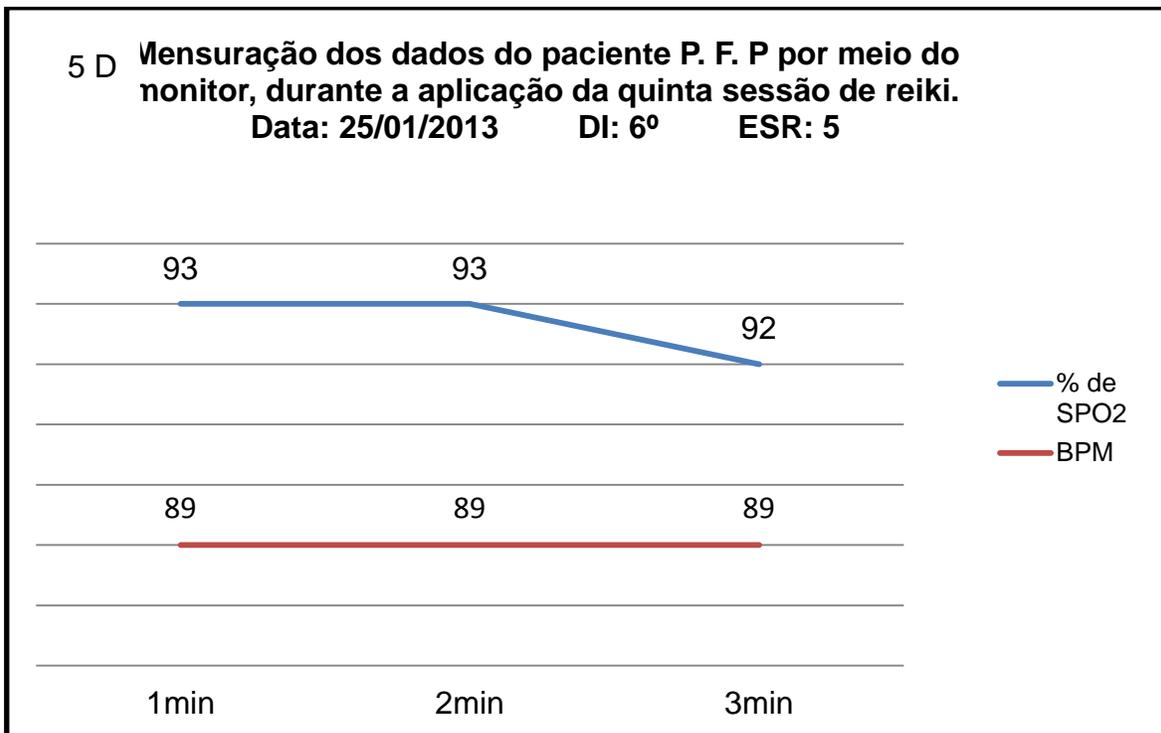
O corpo é o registro de toda história, em densidade e profundidade, deixando para o outro a possibilidade de interpretação de experiências pregressas e anseios.

A leitura e interpretação dos sinais emitidos pelo corpo do paciente dependem da disponibilidade do outro no processo comunicacional; em nossa pesquisa, o outro compreende os profissionais da equipe de enfermagem e o ambiente compreende uma unidade de terapia intensiva.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, na ótica de Hall (1989), viver em um ambiente cercado de aparatos tecnológicos diminui a relação direta do corpo com o meio (HALL, 1989).







A tabela 5 A, assim como a tabela 4 A, mostram-nos uma SPO2 estável com um valor discretamente baixo quando comparamos com as tabelas 1 A, 2 A, 3 A e 3 D, e uma FC com alterações que não demonstram significância em termos de valores, pois diferem de 1 a 3 batimentos por minuto (bpm). Entretanto, na tabela 5 D, podemos observar uma estabilidade nos valores da SPO2 e FC, sendo a FC discretamente elevada, mas estável, o que indica novamente uma tendência da ação parassimpática no que diz respeito ao equilíbrio dos parâmetros avaliados.

De acordo com De'Carli (2000) o Reiki proporciona efeitos benéficos, tais como: o alívio da dor, a diminuição dos níveis de estresse e ansiedade e, portanto, pode ser utilizado como um complemento da assistência de enfermagem, por facilitar a comunicação e promover um ambiente agradável e humanizado em um momento difícil e de potencial angústia para o paciente e sua família.

Para aplicação do Reiki, bem como qualquer terapia complementar, faz-se necessária a interação do profissional enfermeiro com o paciente e seus familiares.

Segundo Goffman (2010), a comunicação é interação e, após essa interação, o enfermeiro pode elencar nas observações descritas acima, o Reiki como um possível processo de comunicação com o paciente.

4.3.2 Discussão

As alterações que se apresentaram no decorrer destes cinco dias em que observei e ministrei as sessões de Reiki no paciente foi predominantemente de origem parassimpática, o que indica uma tendência ao relaxamento que pode estar associada com a reorganização energética proporcionada pelas sessões de reiki que foram ministradas no paciente diariamente. As alterações fisiológicas e faciais apresentadas pelo paciente foram interpretadas como maneira primária do corpo se expressar (códigos hipolinguísticos), considerando os princípios de ambiência, vinculação e projetividade que pode ser analisado como processo de comunicação que envolve uma vivência comunicativa.

O homem utiliza as extensões do seu corpo biológico como uma mídia, uma comunicação gestual, mas suas estruturas internas, responsáveis pela circulação, respiração e produção de células, dentre outros, ainda assumem o papel de manutenção e equilíbrio e também veiculam comunicação por meio de alterações circulatórias e respiratórias que sucedem eventos emocionais, bem como situações de perigo. Essas alterações, nos padrões considerados basais para cada indivíduo, podem ser vistas como uma resposta fisiológica aos eventos citados acima, ou seja, um processo comunicacional, desencadeado por alterações moleculares (CAMPELO, 1997; SALOMÉ; ESPÓSITO, 2011).

O Reiki na UTI como meio de comunicação energética envolve a interação dos profissionais no sentido de promover vínculos, pois só assim os sinais emitidos pelo corpo poderão ser interpretados. Goffman (2010) relata que os pacientes desenvolvem micro relações com o ambiente e com as pessoas com quem passam a conviver. Essas relações são permeadas por toda história de vida e na maioria das vezes os profissionais desconhecem essa vinculação.

As percepções relatadas por Goffman (2010), como: a falta de interesse da equipe dirigente em conhecer as microrrelações que os pacientes desenvolvem bem como o contato superficial da equipe de saúde podem ser associadas com os princípios de ambiência, vínculos e projetividade, considerados por Pross e Kamper (1972), pois se não houver a valorização do outro a busca por estratégias que viabilizam a interação não terão sucesso.

O filme *Jonhny vai à guerra* (1971), do escritor e diretor Dalton Trumbo, trabalha a questão da humanização mostrando que as enfermeiras que prestavam assistência a Johnny foram instruídas a não se envolverem “com o paciente” e todas buscaram seguir as orientações recebidas, com exceção da última enfermeira, que estabeleceu o processo de comunicação através do toque, valorizando a movimentação sincronizada da sua cabeça. Até este momento, as suas tentativas de interagir com as enfermeiras não tinham obtido sucesso, sendo que o contato com elas era o único elo com o mundo exterior.

Na ótica de Silva (1996), o enfermeiro é o profissional que está diretamente com o paciente durante todo o período de trabalho, o que facilita o processo de comunicação. Vale ressaltar que segundo Goffman (2010), comunicação é interação, e não o contrário. O fato de estar presente em determinado período de tempo não garante estar por “inteiro” no processo.

Dentre as formas de comunicação não verbal, destacamos o toque, como um tipo de comunicação indispensável para o desenvolvimento das atividades assistenciais do enfermeiro, podendo enviar mensagens positivas ou negativas para o paciente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre (SILVA; BELASCO JÚNIOR, 1996).

A interação e a sinergia do organismo, ou seja, a “organicidade” continua sendo para Plessner (1977) uma realidade fenomenal, na qual os sistemas e órgãos dos sentidos atuam em consonância. Para Merleau-Ponty (1999), os movimentos do corpo são repletos de significados, atribuídos de acordo com a percepção de fenômenos interiores e exteriores, que contam com o deslocamento dos órgãos do sentido, que propiciam esse espetáculo. Tudo isso em pleno equilíbrio ao qual podemos assistir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa envolveu um trabalho interdisciplinar com abertura para o novo e para o desconhecido e se constituiu num desafio para nós, principalmente para mim, que me tornei uma enfermeira comunicóloga reikiana. No transcorrer do trabalho, tomamos o cuidado de ponderar a paixão pelo objeto de pesquisa e sobre ele agora iremos discorrer.

Acompanhar o paciente diariamente durante 5 dias que foi o tempo de aplicação das sessões de Reiki, foi para mim uma experiência gratificante, e melhor ainda foi chegar na UTI no sexto dia para dar sequência às aplicações e saber que o senhor P. F. P, tinha saído do tubo, ou seja, não dependia mais do ventilador mecânico para respirar e já não estava mais em coma induzido, pelo contrário, aguardava em observação para no dia seguinte deixar a UTI rumo a um quarto da enfermaria clínica.

Chegar ao término do trabalho com um resultado destes não poderia ser menos do que gratificante. Pudemos identificar durante esses dias indícios da possibilidade de comunicação com o paciente em coma mediada pelas sessões de Reiki, por meio das alterações fisiológicas apresentadas pelo paciente em coma a partir da aplicação da primeira sessão, observando os primeiros cinco minutos que antecederiam cada sessão comparada com as alterações que o paciente apresentou durante cada sessão de Reiki aplicada.

Como já foi dito acima, ponderar a paixão pelo objeto de pesquisa significa ressaltar que a pesquisa respondeu positivamente as expectativas, mas que se faz necessário o reconhecimento de que a pesquisa em si traz consigo uma série de limitações dentre elas; a metodologia em si com relação à amostra que compreendeu apenas um paciente e a falta de recurso tecnológico da própria UTI que impossibilitou a mensuração da temperatura corporal e da pressão arterial do paciente, dados importantes para somar à interpretação da FC e da SPO2.

Acreditamos que as alterações observadas não tenham significância estatística, no entanto, esse não é nosso foco. O que pretendemos com a pesquisa é mostrar que as alterações observadas podem estar relacionada com as sessões de Reiki e que a mesma pode constituir um meio de comunicação energética que a enfermagem pode

utilizar no seu dia a dia, resgatando suas origens de cuidar em si, por meio da interação e promoção de vínculos.

A utilização do Reiki pode despertar nos profissionais a capacidade de comunicação por meio da percepção de sinais sutis que o paciente pode apresentar durante as sessões de Reiki, promovendo a humanização da assistência de enfermagem.

Como explicitamos as limitações, julgo conveniente destacar os fatores que nos impelem a continuarmos pesquisando acerca do tema. E nesse sentido cito a visita que fiz ao paciente no dia em que o mesmo estava consciente, acordado e orientado, ou seja, antes de receber alta para o quarto.

Pesquisadora:

“Senhor P. F. P, gostaria de me apresentar, pois estive diariamente visitando-o aqui no hospital. O senhor não me conhece, mas sua família me autorizou a aplicar sessões de Reiki no senhor durante o tempo que permanecesse aqui na UTI. O Reiki é um método que compreende a recanalização da energia que temos circulante em nosso corpo através da imposição das mãos e do toque. Sua família, acreditando que a terapia poderia contribuir com a melhora do seu estado, autorizou-me a aplicar o Reiki no senhor.”

Paciente, senhor P. F. P:

“Não me lembro da senhora, mas só o fato de saber que estive aqui durante esses dias e se preocupou comigo já é muito para mim. Que Deus abençoe você!”

Essa fala do paciente, no momento em que fui visitá-lo, certamente é um dos motivos que me levam a continuar pesquisando acerca do tema.

REFERÊNCIAS

- BAITELLO, JUNIOR. N. **A serpente, a maçã e o holograma**: esboços pra uma teoria da mídia. São Paulo: Paulus, 2010.
- BAITELLO, JUNIOR. N. Corpo e imagem: comunicação, ambientes, vínculos. In: RODRIGUES, DAVID (org.). **Os valores e atividades corporais**. São Paulo: Summus, 2008.
- BARTLEY, W. W. Antropologia dos sentidos. In: GADAMER, H.G.; VOGLER, P. **Nova antropologia**: o homem em sua existência biológica, social e cultural. São Paulo: EPU, 1977, V.7.
- BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- BENJAMIN, W. **A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.
- BIEDERMANN, H. **Dicionário Ilustrado de Símbolos**. São Paulo: Melhoramentos, 1993.
- BITAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: Proposta de Instrumento de coleta de dados. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.4, p. 617- 628, Dez. 2005.
- BUENO, J. L. O. **A consciência como “ponto de partida”**. *Padéia*, v.12, n. 22, p. 83-87, 2002.
- BUÓGO, M. **Toque**: um olhar sobre o encontro de cuidado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BROCA, P. La trépanation chez lês Incas. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. **Journal osteoarchaeology**, v.11, 2001, p. 375-380.
- SHAWN, M. M. In: BARE, B. G.; SMELTZER, S. C. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 2.
- BYSTRINA, I. **Lições de Semiótica da Cultura**. Centro Interdisciplinar de Semiótica da Cultura, PUC/SP, 1994. Disponível em:
<<http://www.cisc.org.br/portal/index.php>>. Acesso em: 20/01/2013.

- CAMPBELL, B; TRUMBO, D. **Johnny Vai à Guerra (Johnny Got his Gun)** [Filme-Video]. Produção de Bruce Campbell. Direção de Dalton Trumbo. EUA, 1971. 1 DVD, 111min.
- CAMPELO, C.R. **Cal(e)idoscorpos**: um estudo semiótico do corpo e seus códigos. São Paulo, Annablume, 1997.
- CASANOVA, G. E.; LOPES T. G. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p.659-64, Dez. 2009.
- CASTRO, F. S.; FERNANDEZ, L. Alma, mente e cérebro na pré-história e nas primeiras civilizações humanas. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 1, p. 37-48, 2010.
- CERTEAU, M. **A cultura no plural**. São Paulo: Papyrus, 2011.
- COOPER, D.R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- CHARMAZ, K. **Grounded theory**. In: SMITH, R.; HARRÉ, R.; LANGENHOVE, L. V. Rethinking Methods in Psychology. London: Sage, 1995.
- CLOWER, W.T.; FINGER, S. Discovering trepanation: the contribution of Paul Broca. **Neurosurgery**, v.49, n.6, p.1417-25, 2001.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DE'CARLI, J. **REIKI**: amor, cura e transformação. São Paulo: Madras, 2000.
- DE'CARLI, J. **REIKI**: apostilas oficiais instituto brasileiro de pesquisas e difusão do reiki. São Paulo: Madras, 2007.
- DELL.ACQUA, M. C. Q.; ARAUJO, V. A. de.; SILVA, M. J .P. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 17-22, 1998.
- DENCKER, A. F. M., VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. São Paulo: Futura, 2001.
- FREIRE, Roberto. **Soma, uma terapia anarquista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988-1991. 2 vs.
- GAIARSA, J. A. **O que é corpo?** São Paulo: Brasiliense, 1995.
- GLEISNER, E.F. **Reiki na vida diária**. Rio de Janeiro: Record: Nova Era, 2000.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GONZÁLEZ, R. **Traducción de La Propuesta de Investigación en 10 Tarjetas**. Mexico: LabCOMplex - CEIICH-UNAM, 2012. Disponível em: <<http://labcomplex.ceiich.unam.mx>>. Acesso em: 25/03/2011.

GOSS, C. M. **Gray anatomia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

GRAY, David E. **Doing Research in the Real World**. London: SAGE Publications, 2004.

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Rio de Janeiro: Martins, 1989.

HALL, E. T. **A linguagem silenciosa**. Lisboa: Relógio D'Água, 1994.

HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

HUSKISSON EC. **Measurement of pain**. Lancet 1974;2:1127-113. Disponível em: <http://www.uninet.edu/criterios/C2/PDF/08_ANESTESIA%20Y%20SEDACION.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2013.

LEADBEATER, C.W. **Os chakras**: os centros magnéticos vitais do ser humano. São Paulo: Pensamento – Cultrix, 1990.

LE MAY, A. Therapeutic touch: the human connection. **Nursing Times**, v. 82, n.47 p.28-30, 1986.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

LEVI-STRAUSS, C. **Mito e significado**. Lisboa: Edições 70, 1978.

LURIA, A. R. **Human brain and psychological process**. Londres: Harper & Row, 1966.

LURIA, A. R. **A mente e a memória um pequeno livro sobre uma vasta memória**. Martins Fontes, 1982.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINO, L. M. S. **Teoria da Comunicação**: ideias, conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- MCLUHAN, M. **Os meios de comunicação como extensões do homem**. São Paulo: Cultrix, 1964.
- MCLUHAN, M., FIORE, Q. **Guerra e paz na aldeia global**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
- MENEZES, J. E. O. **É preciso resgatar a cultura do ouvir**. São Paulo: Annablume, 2007.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MILLANI, H.F.B, VALENTE, M.L.L.C. **A família e a internação em UTI: a doença e a morte no hospital no Hospital Regional de Assis-SP**. Rev.Nursing, São Paulo, v.120, n. 11, p. 235-34, maio, 2008.
- MIRANDA, E. E. **Corpo território sagrado**. São Paulo: Loyola, 2002.
- MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1988.
- PRADO, C.; PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. **Tecnologia da informação e da comunicação em enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2011.
- PETTER, F. A. **Manual de reiki do Dr. Mikao Usui**. São Paulo: Pensamento, 2001.
- PLESSNER, H. Antropologia dos sentidos. In: GADAMER, H.G.; VOGLER, P. **Nova antropologia: o homem em sua existência biológica, social e cultural**. São Paulo, EPU, 1977. v.7.
- PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht. **O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de coma de Glasgow e Ramsay**.157f. Dissertação de mestrado em Enfermagem em saúde do adulto. Escola de enfermagem da universidade de São Paulo, 2006.
- PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. **Rev. Bras. enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p. 435-441, 2009.
- RAMSAY, M.; SAVAGE, T.; SIMPSON, B. R.; GOODWIN, R. Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. **British Med. Journal**, England, v. 22, n.2 (5920), p. 656-9, jun.1974.
- ROTHROCK, J. C. **Alexander, cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de janeiro: Elsevier, 2007.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H.C. Síndrome de Burnout em profissionais que trabalham em uma UTI. **Rev. Nursing**, v. 13, n.153, p. 92-98, 2011.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de pesquisa**. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SANTAELLA, LUCIA. **Corpo e comunicação um sintoma da cultura**. São Paulo: Paulus, 2004.

SANTOS, Heliani Berlato. **O Sentido do Trabalho na Economia de Comunhão**. Dissertação de mestrado em Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2006.

SHELDRAKE, R. **Sete experimentos que podem mudar o mundo**: pode a ciência explicar o inexplicável? São Paulo: Cultrix, 2001.

SHOJI, R. Uma perspectiva analítica para os convertidos ao Budismo japonês no Brasil. **Revista de Estudos da Religião**, n. 2, p. 85-111, 2002.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M. J. P. O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 309-318, 1991.

SILVA, M. J. P.; BELASCO JÚNIOR, D. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, p. 91-100, 1996.

SILVA, R.C.C.; RODRIGUES, M.S.P. O significado de cuidar nas unidades críticas. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 132, n. 12, p. 233-34, maio, 2009.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 42, n. 5, p.14-20, 2008.

TRUMBO, Dalton. **Uma arma para Johnny**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.

TRUZZI, M. Definition and dimensions of the occult: toward a sociological perspective. **Journal of Popular Culture**, v. 5, p. 635-646, 1971.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p.137-144, 2002.

- VYGOTSKY, L. **Psicologia Pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- WALKER J.S.; EAKES G.G.; SIEBELINK, E. The effects of familial voice interventions on comatose head-injured patients. **Journal Trauma Nursing**, v. 5, n. 2, p. 41-6, 1998.
- WEIL P, et al. **Transcomunicação: o fenômeno magenta**. São Paulo: Pensamento, 2003.
- WEISS, S. J. The language of touch. **Nursing Res**, v. 28, n. 2, p.76-80, 1979.
- WESCOTT, R. Introducing anomalistics: a new field of interdisciplinary study. **Kronos**, v. 5, p. 36-50, 1980.
- WIERNER, N. **Cibernética e sociedade: o uso humano de seres humanos**. São Paulo: Cultrix, 1954.
- WILLIAMS & WILKINS. **Assistência de enfermagem nas intervenções clínicas e cirúrgicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- ZINN, G. R.; SILVA, M. G.P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n.3, p.326-32, jun. 2003.
- ZUSNE, L.; Jones, W. H. **Animalistic psychology**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1980.

**ANEXO A — Instrumentos utilizados pela Santa Casa de Misericórdia da Bahia,
para cadastro de terapeutas reikianos voluntários.**



Santa Casa de Misericórdia da Bahia

FUNDADA EM 1549

ENTREVISTA CANAL REIKI

Nome:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Profissão:

Religião:

Idade:

Endereço:

Telefone Residencial:

Recados com:

Telefone Comercial:

Celular:

E-mail:

Nível de Escolaridade:

1. O que é, para você, ser um voluntário Reiki?

2. Soube do Projeto Reiki da Santa Casa através de quem?

3. Qual a sua intenção em participar do projeto da Santa Casa?

4. Você conhece o Hospital Santa Izabel? O que sabe sobre ele?

5. Como o Reiki entrou na sua vida?

6. O que significa o Reiki para você?

7. Quando você fez o curso?

8. Quem é seu Mestre/Mestra?

9. Qual o método? () Usui () outro

10. Você tem aplicado em quem?

11. Qual a periodicidade?

12. Conhece ou pratica outras técnicas de cura?

13. Você já aplicou Reiki em pacientes hospitalizados? Como foi sua experiência?

14. Você já teve algum contato com a realidade hospitalar? Que tipo de contato?

15. Como você se relaciona com as pessoas?

() Faço vínculo com facilidade

() Tenho dificuldade

() Preciso de um tempo para me vincular

() Outros. Explique: _____

16. Quanto às normas, leis e regulamentos você:

() respeita

- () analisa e reflete
 - () tenta mudar tornando o melhor para si
 - () outros. Quais?
-

17. Você tem preferência de aplicação de Reiki em alguma faixa etária? Qual?

18. Quando alguém lhe pergunta o que é Reiki, qual a explicação que você dá?

19. Se você estivesse atuando no hospital, como reagiria se:

A) o paciente lhe pedisse para explicar sobre sua doença?

B) o paciente lhe perguntasse se vai morrer?

C) a enfermeira lhe interrompesse para realizar algum procedimento?

D) o acompanhante de uma criança lhe pedisse para cuidar da mesma por 2 horas para que ela pudesse ir para casa tomar banho?

20. Acho importante vocês saberem isto de mim:

21. De maneira geral como está sua vida atualmente?

22. Qual(is) o(s) dia(s) e horário(s) que você pode disponibilizar para o Projeto Reiki?

23. Tem algum setor do hospital que você se sente desconfortável em aplicar o Reiki?

UTI ()

Oncologia ()

Pediatria ()

Outros: _____



Santa Casa de Misericórdia da Bahia

FUNDADA EM 1549

TERMO DE ADESÃO

Nome da Instituição: _____

Área de Atividade: _____

Nome do Voluntário: _____

Documento de Identidade: _____ CPF: _____

A ação voluntária a ser desempenhada junto a esta instituição, de acordo com a Lei nº 9608 de 18/02/98 é atividade não remunerada, com finalidades _____ (assistenciais, educacionais, científicas, cívicas, culturais, recreativas, tecnológicas, outras) e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

Desenvolvimento de Ação Voluntária na Área de: _____

Duração: de _____ até _____ Horários: _____ Dias _____

Declaro estar ciente da legislação específica sobre Serviço Voluntário e que aceito atuar nos termos do presente Termo de Adesão.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário

RG: _____

CPF: _____

Testemunhas:

Assinatura

RG: _____

CPF: _____

Assinatura

RG: _____

CPF: _____

De acordo: _____

Presidente / Coordenador da Instituição

ANEXO B — Regulamentação das terapias Integrativas e complementares Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Brasil, 2006; Ministério da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao cumprimento de suas atribuições no que diz respeito à garantia da integralidade na atenção à saúde, apresenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Esta política tem o intuito de conhecer, apoiar e incorporar práticas que vêm sendo desenvolvidas na rede pública de determinados estados e municípios, mas que demandam justificativas políticas, técnicas, sociais e culturais para sua efetiva implementação (BRASIL, 2006).

Ou seja, tornar acessível a todos os Estados e Municípios as práticas integrativas complementares, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que servirão de diretrizes para ações estruturadas por parte dos estados e municípios (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da saúde, 2006, a legitimação e institucionalização dessas práticas tiveram início no Brasil a partir da década de oitenta, ganhando força após a criação do SUS devido à descentralização, participação popular e autonomia dos municípios. Porém, a ausência de diretrizes específicas contribuiu com o uso descontinuado das terapias, privilegiando uns e outros. O fato de não acompanhar e validar o serviço também leva ao não fornecimento de insumos necessários para garantir o atendimento.

Os reflexos dessas ocorrências demandaram a efetiva incorporação ao SUS, que se deu por meio das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, da primeira Conferência Nacional de Vigilância Sanitária em 2001, da primeira Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica em 2003 e da segunda Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde em 2004 (BRASIL, 2006).

A elaboração de diretrizes específicas para formulação da PNPIC contou com a elaboração de subgrupos elencados pelo ministro da saúde. Os subgrupos foram constituídos por representantes das secretarias do governo e das associações brasileiras de acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

O documento passou por várias avaliações, discussões e alterações, tendo sua versão final aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde consolidando-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006).

A PNPIC contempla os sistemas médicos complexos, que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnósticos e intervenções bem como seus recursos terapêuticos, que são denominados de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006).

O documento técnico da PNPIC no SUS concluiu que:

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Ministério da Saúde, 2006, p.10).

As diretrizes específicas das práticas integrativas podem ser consultadas no referido documento disponível no site do Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que a crescente legitimação das práticas integrativas e complementares se deu por parte da sociedade. Esse reflexo levou à efetivação das práticas ao SUS com posterior elaboração da PNPIC por parte do governo (BRASIL, 2006).

O diagnóstico a respeito das práticas integrativas complementares foi realizado pelo departamento de atenção básica da secretária da saúde do Ministério da Saúde em 2004, por meio de questionário enviado a todos os gestores estaduais e municipais totalizando 5560 questionários. Foram devolvidos 1.340 questionários, destes 232 Municípios, sendo 19 Capitais, num total de 26 Estados, demonstrando a estruturação de práticas integrativas/complementares. A amostra foi considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional (BRASIL, 2006).

Seguem alguns gráficos que julgamos importantes para visualização do diagnóstico em nosso país.

Gráfico 03: Distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros. Brasília, 2006.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 2006.

Gráfico 04 - Porcentagem de estados e/ou municípios com lei ou Ato Institucional que dispõe sobre a criação de serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, 2006.

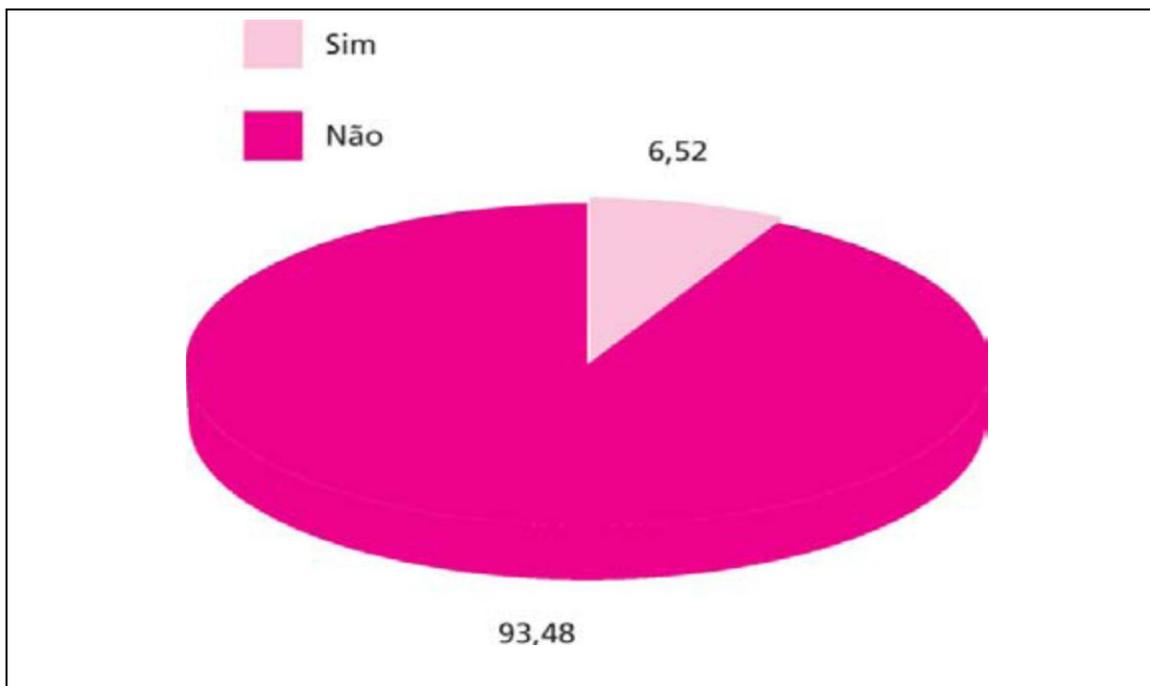
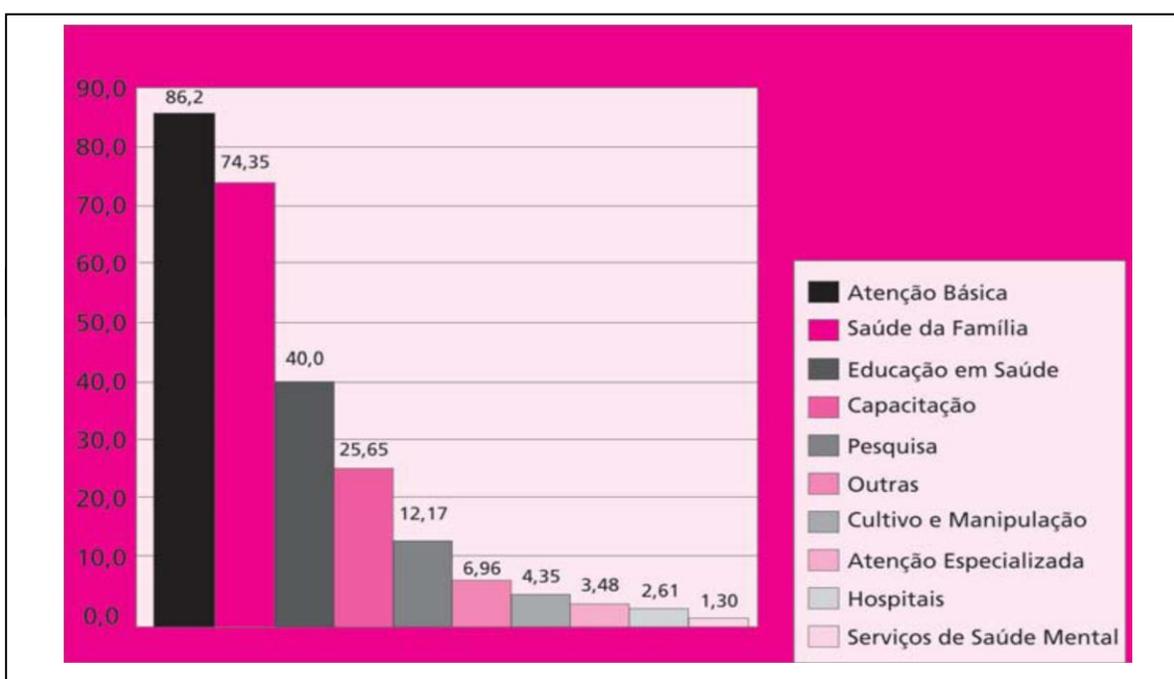


Gráfico 05: Distribuição de ações das Práticas Integrativas e Complementares por áreas de atuação. Brasília, 2006.



De acordo com o gráfico 05, podemos observar que as práticas integrativas e complementares acontecem majoritariamente no âmbito da atenção primária. Esse dado nos encoraja a levar a cabo estudos focados nas práticas integrativas complementares a nível secundário e terciário.

Como exemplo de um serviço estruturado a nível terciário, citamos a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, que trabalha com um grupo de Reiki composto por voluntários.

O grupo aplica sessões de Reiki em todas as unidades de internação. Os voluntários preenchem um termo de compromisso (anexo) e passam por uma entrevista com a psicóloga da instituição.

Achamos válido ressaltar que, por várias vezes, entramos em contato com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), por telefone e por e-mail, para obter informações do mesmo em relação às terapias complementares. Não obtivemos sucesso. No entanto, mais válido ainda é ressaltar o empenho da médica intensivista Dra. Rafaela, plantonista da Instituição que cedeu o campo para a realização da pesquisa. Sua pró-atividade foi um exemplo de atualização e abertura para o novo, pois participou conosco das entrevistas com os familiares e auxiliou-nos nas gravações das sessões de Reiki, o que nos aumentou ainda a motivação, pois foi uma postura ímpar.

ANEXO C — Pontos de aplicação do Reiki

Apêndice Fotográfico

Todas as posições das mãos do *Manual de Reiki Original* do dr. Usui.

1 Testa



4 Nuca



2 Têmporas



5 Garganta



3 Região occipital



6 Topo da Cabeça



7 Estômago e intestinos



8 Olhos



9 Entre os olhos e o nariz



10 Entre os olhos e as têmporas



11 Osso nasal



12 Laterais do nariz



13 Meio da testa



14 Canal auditivo



16 Boca*



17 Língua*



15 Partes anterior e posterior da orelha



18 Raiz da língua**



19 Cartilagem na garganta



20 Meio da testa



21 Meio do lábio superior



22 Pulmões



23 Coração



24 Fígado



25 Intestino grosso – superior e lado



26 Intestino grosso – inferior



27 Região do intestino delgado



* Não cobrir os lábios ** Usar luvas de látex

ANEXO D — Documentos do comitê de ética e pesquisa

UNIVERSIDADE DE
SOROCABA - UNISO



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A comunicação e as trocas culturais mediadas pelo Reiki com o paciente em coma

Pesquisador: Miriam Cristina Carlos Silva

Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 2

CAAE: 07130912.0.0000.5500

Instituição Proponente: Universidade de Sorocaba - UNISO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 98.766

Data da Relatoria: 11/10/2012

Apresentação do Projeto:

A cultura dentre outras definições é o conhecimento adquirido ao longo do tempo, que difere de um grupo para outro e que se constitui em um processo constante de transformação, mobilidade e ação. Todas as culturas possuem formas próprias de organização e características que lhes são intrínsecas. Considerando essas influências que perpassam pelo processo de comunicação a interação oferece meios de estabelecer a melhor forma de para se comunicar, respeitando as condições individuais de cada sujeito; potencialidades e limitações. A imposição das mãos sobre os chakras dos pacientes em coma fisiológico e/ou induzido, durante a sessões de Reiki podem despertar respostas fisiológicas estabelecendo, desta forma, o processo de comunicação, criando novas possibilidades até então ignoradas? Essas possibilidades vão desde o aprofundamento do conhecimento de novas técnicas de terapias complementares até o simples contato não-verbal entre a equipe de saúde e os pacientes em coma. Assim, o estudo te como proposta verificar a influência do Reiki sobre as alterações fisiológicas (sinais vitais), e comportamentais (movimentos corporais), nos pacientes em coma fisiológico ou induzido. A metodologia compreende um estudo exploratório descritivo e um estudo de caso com observação participativa. A amostra se constituirá de 1 paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI ad.) de um

Endereço: Av. Dr. Eugenio Saleiro, 100
Cidade: Sorocaba
UF: SP
Município: SOROCABA
CEP: 13.045-120
Telefone: (151)101-4055
Fax: (151)101-4034
E-mail: cep@uniso.br

UNIVERSIDADE DE
SOROCABA - UNISO



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, em nível de mestrado, apresenta-se perfeitamente compatível com a ética que se espera desse tipo de procedimento. Assim, possibilita trazer grandes benefícios acadêmicos, sem que, com isso, cause qualquer tipo de prejuízo ou exponha a riscos o paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma satisfatória

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há, todas as solicitações feitas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOROCABA, 22 de Outubro de 2012

Assinador por:
ana laura schliemann
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Eugênio Salerno, 100 CEP: 13.048-430
UF: SP Município: SOROCABA
Telefone: (151)101-4055 Fax: (151)101-4034 E-mail: cep@uniso.br

Sorocaba, 20 de agosto de 2012.

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO Eu, **Miriam Cristina Carlos Silva**, RG: 17890210 pesquisadora responsável apresento o projeto de pesquisa intitulado **A comunicação e as trocas culturais mediadas pelo reiki com o paciente em coma**. Trata-se de um trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, nível Mestrado, que será desenvolvido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Votorantim– SP, o qual pretende utilizar como campo de trabalho a unidade de terapia intensiva adulto juntamente com a pesquisadora participante do projeto **Verusk Arruda Mimura**, RG: 27919744-5. A pesquisa tem como objetivo identificar possibilidades de comunicação com o paciente em coma durante a sessão da Reiki, verificar possíveis alterações fisiológicas no paciente em coma durante a sessão de Reiki e avaliar o estabelecimento do processo de comunicação com os pacientes em coma durante a sessão de Reiki. Espera-se com o trabalho abordar o assunto na área da comunicação para que o seu resultado possa contribuir com a busca de atendimento humanizado aos pacientes em coma. Após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UNISO, a coleta de dados desse projeto poderá ser realizada.

1. Profª Drª Miriam Cristina Carlos Silva Professora Pesquisadora do Mestrado em Comunicação e Cultura da UNISO Linha- Análise de Processos e Produtos e Midiáticos
Verusk Arruda Mimura – Enfermeira Mestranda em Comunicação e Cultura pela UNISO



Universidade de Sorocaba

Sorocaba, 20 de agosto de 2012.

Ao Sr. Francisco Araújo Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim

Eu, Miriam, RG:17890210, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **A comunicação com o paciente em coma mediada pelo reiki**, venho através desta, solicitar como campo para a pesquisa, a unidade de terapia intensiva adulto. Trata-se de um trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura, nível Mestrado, que será desenvolvido na rede pública de saúde de Sorocaba – SP, juntamente com a pesquisadora participante do projeto Verusk Arruda Mimura, RG: 27.919.744-5.

Após a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UNISO, a coleta de dados desse projeto poderá ser realizada.

Atenciosamente,

Profª Drª Miriam Cristina Carla Silva

Títular - Comunicação e Cultura
Mestrado - Análise de Processos
Linha - e Práticas Mediáticas

Concordo com a coleta de dados

Responsável pela Instituição Sediadora

Nome e carimbo

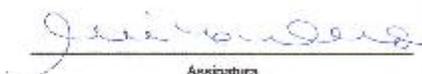
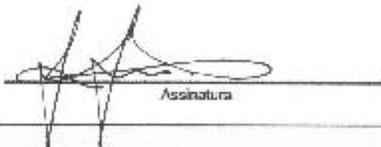
Francisco G. Araújo Filho
Provedor
SANTA CASA DE VOTORANTIM

ERT - Anderson F. Fortini
COREN - SP - 183.513
Coordenador Enfermagem



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A comunicação e as trocas culturais mediadas pelo Religi com o paciente em coma		2. CAAE:	
3. Área Temática: Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 8. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Miriam Cristina Carlos Silva			
6. CPF: 099.271.008-17		7. Endereço (Rua, n.º): EMERENCIANO PRESTES DE BARROS 1/99999 PARQUE SAO BENTO SOROCABA SAO PAULO 18072036	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (15) 8722-8025	10. Outro Telefone:	11. Email: miriamcarlos@uel.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Assumo as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tanto ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e faz parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>24, 08, 12</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade de Sorocaba - UNISO		14. CNPJ:	15. Unidade/Orgão:
16. Telefone: (15) 1101-4055		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Pro. Martins Oliveira Jr.</u>		CPF: <u>042.836.038-10</u>	
Cargo/Função: <u>Pro. Reitor Acadêmico</u>			
Data: <u>24, 08, 12</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido **você** (nome completo, RG e CPF) **responsável legal pelo paciente** (nome completo, RG e CPF) a participar, como voluntário(a), da pesquisa **“A comunicação e as trocas culturais mediadas pelo reiki com o paciente em coma”**.

Vale ressaltar que a sua participação **não é obrigatória**, podendo desistir a qualquer momento do compromisso aqui assumido, retirando assim o seu consentimento. Para melhor entendimento importa destacar que a pesquisa compreende, em linhas gerais, identificar possibilidades de comunicação com o paciente em coma durante a sessão de Reiki.

O seu consentimento como responsável legal do paciente, **consiste apenas na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido no qual você autoriza** que o paciente receba de cinco a dez sessões de Reiki, sendo uma sessão por dia, em horários que não coincidam com o horário de visita, justamente para que não haja incômodo aos familiares durante este período tão importante.

O processo denominado como coleta de dados, compreende os seguintes aspectos: uma **observação participativa**, no qual a pesquisadora aplicará as sessões de Reiki, que consistem no processo de impostação das mãos nos pontos situados apenas na região da cabeça do paciente, **não havendo contato e nem manipulação do corpo**. Em um segundo momento, **os dados do monitor do paciente serão gravados** pela pesquisadora participante que irá posicionar uma câmera para registro dos sinais vitais do mesmo. O principal objetivo desta etapa será **observar as expressões do corpo durante as aplicações** das sessões de Reiki no paciente. Os dados do monitor serão gravados para que seja possível estabelecer o processo de comunicação através da leitura dos sinais emitidos pelo corpo do paciente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, caso deseje tirar dúvidas sobre o desenvolvimento do projeto

