



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

JULIANA APARECIDA RIBEIRO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA
CARDÍACA: AS PERCEPÇÕES DA PESSOA QUE RECEBE REFLEXOTERAPIA**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Ficha Catalográfica

R354o RIBEIRO, Juliana Aparecida

O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: as percepções da pessoa que recebe reflexoterapia. 2009 [dissertação] / Juliana Aparecida Ribeiro – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2009.

91 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem - Cuidado. 2. Reflexoterapia. 3. Pós-operatório. 4. Cirurgia - Coração I. Autor.

CDU – 616.12-083:615.82

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

JULIANA APARECIDA RIBEIRO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA
CARDÍACA: AS PERCEPÇÕES DA PESSOA QUE RECEBE REFLEXOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

Orientadora: Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS
2009**

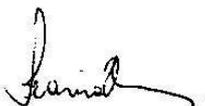
JULIANA APARECIDA RIBEIRO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA
CARDÍACA: AS PERCEPÇÕES DA PESSOA QUE RECEBE
REFLEXOTERAPIA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

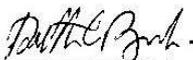
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de fevereiro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

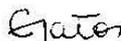


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Presidente



Dra. Eliane Matos
Membro



Dra. Maria de Lourdes de Souza
Membro

Dra. Josiane de Jesus Martins
Membro Suplente

Dra. Jussara Gue Martini
Membro Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais, Mario e Meire, pelo seu amor e sua tolerância por todo o meu caminhar nesta vida.

AGRADECIMENTOS

À Luci e à Tica, minhas irmãs-amigas, eternas companheiras.

Ao Deco, meu sobrinho, que deixa minha vida mais colorida.

À minha avó, Linda, por toda dedicação carinhosa.

Aos meus familiares, pela compreensão da ausência e pelo carinho presente mesmo à distância.

À Bettina, orientadora que me trouxe a lucidez do fazer pela Enfermagem com mais crítica.

Aos meus colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), pelo apoio, discussões e aprendizado.

Aos funcionários do PEN, pelo suporte durante os anos de estudo, especialmente à Claudia e Francine, pelo apoio logístico e moral.

À CAPES, pelo apoio financeiro para meus estudos.

Aos membros das bancas de qualificação e sustentação desta dissertação, pelas sugestões, acréscimos e compreensão dos limites deste estudo.

Ao Calixto, pela ajuda inicial e importante na reflexoterapia, e à sua esposa, Maria Angélica, pela presença participativa.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ISCS), principalmente à diretora de Enfermagem Maritê, por aprovarem a realização deste trabalho.

À chefe da Unidade Coronária, Daniela, pela abertura de seu campo de trabalho para a realização do meu estudo.

À enfermeira Marilin que, além da amizade maternal, foi tutora e parceira nesta jornada de Mestrado.

Aos funcionários do ICSC, pela disponibilidade de ajuda, principalmente à enfermeira Valéria.

Aos participantes deste trabalho, pela contribuição imensa e declarações de apoio à continuidade da realização da reflexoterapia.

Aos meus amigos e amigas – de São Paulo e Floripa -, por fazerem parte da minha vida, sempre!

Ao amigo Ricardo e ao meu cunhado Maurício, pelo apoio técnico na finalização desta dissertação.

RIBEIRO, Juliana Aparecida. **O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca**: as percepções da pessoa que recebe reflexoterapia. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. 91 p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Bettina Camargo Bub

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

RESUMO

Nesta dissertação a pesquisadora utilizou a reflexoterapia como técnica de cuidado de enfermagem com pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Na condição pós-operada a pessoa sente mal-estar emocional/psicológico e físico: se sente amedrontada, ansiosa pelas restrições, dores nas incisões cirúrgicas, inserção de dreno (s) torácico (s), sonda vesical de demora, cateter de oxigênio, cateteres periférico e central, enfim, uma grande quantidade de procedimentos invasivos que causam desconfortos e distúrbio do sono ou mesmo insônia. Esta condição também é influenciada pelo ambiente ruidoso e movimentado como é a unidade de terapia intensiva. A reflexoterapia é uma técnica que consiste de massagem específica em todas as regiões dos pés, proporcionando equilíbrio físico e energético em quem a recebe. Esta técnica foi utilizada para que a condição de mal-estar cursasse para uma condição melhor por meio da satisfação de algumas necessidades básicas. O objetivo foi explorar as mudanças de estado percebidas pela pessoa que recebeu o cuidado de Enfermagem com a técnica da reflexoterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para tanto, realizou-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, que tomou corpo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1979), mas principalmente pelo conceito de cada necessidade organizado por Benedet e Bub (2001), adicionado ao conceito de necessidade de Liss (1993). A reflexoterapia foi aplicada em duas sessões em cada um dos seis participantes, sendo a primeira dentro da unidade de terapia intensiva (UTI), e a segunda na unidade de internação cirúrgica após a alta da UTI. Estas duas sessões contribuíram para a coleta de dados, acrescentadas das notas de observação da pesquisadora, assim como das entrevistas realizadas após a segunda sessão de reflexoterapia. Com a análise vertical dos dados, observou-se que a reflexoterapia contribuiu para que a pessoa passasse por este momento sentindo-se melhor, proporcionando relaxamento, conforto, sono e repouso. Mas para que a satisfação das necessidades ocorresse as condições do ambiente e a confiança entre quem realizou este cuidado e a pessoa que foi cuidada foram fundamentais para que se percebesse os benefícios da reflexoterapia. Concluiu-se que a reflexoterapia, aplicada de forma a respeitar a privacidade e a autonomia da pessoa, assim como quando realizada em um ambiente preparado para garantir mais conforto, proporciona benefícios para uma melhor recuperação e restabelecimento energético desta pessoa. É necessário divulgar mais as contribuições da reflexoterapia para que mais pessoas se beneficiem desta técnica de cuidado de Enfermagem.

Palavras-chave: Reflexoterapia. Cuidados de enfermagem. Assistência na fase pós-operatória. Cirurgia cardíaca.

RIBEIRO, Juliana Aparecida. **The nursing care in the post cardiac surgery: the perceptions of who received the reflexotherapy.** 2009. Dissertation (Master in Nursing), Nursing Post Graduation Program, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. 91 p.

ABSTRACT

The reflexotherapy was used as a nursing care technique with patient post cardiac surgery. During post cardiac surgery the person feels emotional/psychological and physical uncomfortable: feel yourself terrified, anxious due to restrictions, surgery incisions pain, insertion of chest drain, vesical probe of delay, oxygen's catheter, peripheric and central's catheters, in short, a considerable quantity of invasive procedures which cause discomfort, sleep disturbances or even insomnia. This condition is also influenced by the noisy and busy environment of an intensive treatment unit. The reflexotherapy is a specific massage technique in all feet regions, providing physical and energetic balance for the patient. This technique was used to improve an uncomfortable condition to a better condition trough a satisfaction of some basic necessities. The objective was to explore the condition changes noticed by the person who received the nursing care using a reflexotherapy technique in a post cardiac surgery. With this objective, an exploratory research with qualitative approach was realized based on Horta's theory of basic human needs (1979), but also mainly in the concept of each needs organized by Benedet and Bub (2001), added to Liss' needs concept (1993). The reflexotherapy was applied in two sessions in each of the six participants, first one in the intensive treatment unit (ITU) and the second in the surgical admission unit after leaving ITU. These two sessions contributed for the data collection added for researcher notes as well interviews realized after reflexology's second session. Trough the data vertical analysis noticed how the reflexotherapy contributed for the person cross this moment feeling better, providing a relax sensation, comfort, sleep and rest. However for the satisfaction of needs occurred the environment conditions and the trust between who performed and the person who received this treatment were fundamentals to notice the reflexotherapy benefits. We conclude that reflexotherapy, applied in a way to respect privacy and person autonomy as well realized in an environment prepared to assure more comfort provide benefits for a better recovery and energetic reestablishment for that person. It is necessary divulgate even more the reflexotherapy contributions in the intention to increase the number of benefit people of this nursing care technique.

Key words: Reflexotherapy. Nursing care. Assistance in the post surgery phase. Cardiac surgery.

RIBEIRO, Juliana Aparecida. **El cuidado de enfermería en el postoperatorio de cirugía cardíaca: las percepciones de la persona que recibe reflexoterapia.** 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. 91p.

RESUMEN

Para la presente disertación, la autora empleó la reflexoterapia como técnica de cuidado de enfermería con personas en el postoperatorio de cirugía cardíaca. La persona en la condición de postoperada siente malestar emocional o psicológico y físico: se siente asustada, ansiosa por causa de las limitaciones, siente dolor en las incisiones quirúrgicas, la inserción de drenaje (s) torácico (s), sonda vesical de demora, sonda de oxígeno, catéteres periféricos y central, o sea, una gran cantidad de procedimientos que le producen malestar y trastornos del sueño o insomnio. Esa condición también es influida por el ambiente ruidoso y agitado como lo es la unidad de cuidados intensivos. La reflexoterapia es una técnica que consiste en masajes específicos en toda el área de los pies, proporcionando equilibrio físico y energía a quien la recibe. Esta técnica fue utilizada para que del estado de malestar se pasase a una mejor condición, por medio de la satisfacción de algunas necesidades básicas. El objetivo del estudio fue explorar los cambios de estado percibidos por la persona que recibió los cuidados de enfermería con la técnica de la reflexoterapia en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Para ello, se realizó una investigación exploratoria con abordaje cualitativo, basada en la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas, de Horta (1979), pero principalmente por el concepto de cada necesidad, organizado por Benedet y Bub (2001), adicionado al concepto de necesidad de Liss (1993). La reflexoterapia fue aplicada a cada uno de los seis participantes en dos sesiones, siendo realizada la primera sesión en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y la segunda, en la unidad de internación quirúrgica después de ser dado de alta de la UCI. Esas dos sesiones contribuyeron para la recolección de los datos, a la cual se suman las notas de observación de la investigadora, así como las entrevistas realizadas después de la segunda sesión de reflexoterapia. Con el análisis vertical de los datos se observó que la reflexoterapia contribuyó para que la persona viviese ese momento sintiéndose mejor, proporcionándole relajamiento, comodidad, sueño y descanso. Pero para que la satisfacción de las necesidades se produjese, las condiciones del ambiente y la confianza entre quien realizó ese cuidado y la persona que fue cuidada fueron fundamentales para que se percibiesen los beneficios de la reflexoterapia. Se concluye que la reflexoterapia, al ser aplicada de forma que se respete la privacidad y la autonomía de la persona, como cuando es realizada en un ambiente preparado para ofrecer mayor comodidad, proporciona beneficios para una mejor recuperación y restablecimiento energético de esa persona. Es necesario divulgar más las contribuciones de la reflexoterapia para que un mayor número de personas se beneficien de esa técnica de cuidado de enfermería.

Palabras Clave: Reflexoterapia. Cuidados de enfermería. Asistencia en la fase postoperatoria. Cirugía cardíaca.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pictograma em tumba egípcia.....	17
Figura 2: As dez zonas reflexas	18
Figura 3: Mapa da reflexoterapia (vista plantar; pé direito)	20
Figura 4: Mapa da reflexoterapia (vista plantar; pé esquerdo)	21
Figura 5: Mapa da reflexoterapia (vista dorsal; pé esquerdo)	22
Figura 6: Mapa da reflexoterapia (vista dorsal; pé direito)	23
Figura 7: Mapa da reflexoterapia (vista lateral medial; pé esquerdo).....	24
Figura 8: Mapa da reflexoterapia (vista lateral medial; pé direito).....	24
Figura 9: Mapa da reflexoterapia (vista lateral distal; pé direito)	25
Figura 10: Mapa da reflexoterapia (vista lateral distal; pé direito)	25
Figura 11: Plexo solar	26
Figura 12: Pirâmide de Maslow	38
Figura 13: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008 ..	52
Figura 14: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008 ..	54
Figura 15: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008 ..	55
Figura 16: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008 ..	56
Figura 17: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas nas primeira e segunda sessões. São José/SC. 2008.....	57
Figura 18: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008 ..	59
Figura 19: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008 ..	60
Figura 20: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008 ..	61
Figura 21: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008 ..	63
Figura 22: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.	64
Figura 23: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.	66
Figura 24: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.	68

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	08
INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO FINAL	14
2.2 OBJETIVOS INSTRUMENTAIS	14
3 REFLEXOTERAPIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	15
3.1 MAS O QUE É A REFLEXOTERAPIA?	16
3.2 COMO SE REALIZA A REFLEXOTERAPIA PARA OBTER BENEFÍCIOS?.....	28
3.3 O MAL-ESTAR GERADO PELA CIRURGIA CARDÍACA.....	33
3.4 AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: DO MAL-ESTAR PARA O BEM ESTAR	37
4 METODOLOGIA	41
4.1 LOCAL DO ESTUDO	41
4.2 PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS	42
4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	46
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	49
5.2 REFLEXOTERAPIA CASO A CASO.....	51
5.3 SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES	64
5.3.1 Da ansiedade ao relaxamento	64
5.3.2 Do desconforto ao conforto	66
5.3.3 Da insônia ao sono profundo.....	68
5.4 DAS CONDIÇÕES PARA O ESTAR MELHOR.....	70
5.4.1 Do ambiente.....	70
5.4.2 Da confiança	73
CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	83
ANEXOS	88

INTRODUÇÃO

O coração é um dos órgãos vitais e, pelo senso comum, é a parte do corpo responsável pelas emoções. É fascinante o poder que tem em nossas vidas, e é gratificante atender pessoas que necessitam de cuidados com seu coração.

Realizando um estágio de docência durante o curso de Mestrado, eu e minha orientadora estávamos observando a retirada de um introdutor de uma senhora que havia realizado angioplastia coronariana. A senhora sentia muita dor e estava com os músculos contraídos. Foi então que minha orientadora massageou os pés da senhora. O resultado foi imediato: ela relaxou e sua percepção da intensidade da dor diminuiu. Neste momento, pensei: “isto é de fato um cuidado de Enfermagem, mas por que não é realizado dentro da rotina de cuidados desta profissão?”.

Foi a partir desta observação que tive a idéia de pesquisar a reflexoterapia como técnica de cuidado aplicada a pessoas internadas na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana no período pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Inicialmente, pensava em uma pesquisa quantitativa, com dados numéricos, resultados quantificáveis e medições hormonais que “comprovassem” cientificamente que a reflexoterapia modificava comportamentos fisiológicos e psicológicos.

No entanto, percebi que era importante conhecer como se sentiram as pessoas depois de receber uma sessão completa de reflexoterapia. Quais suas emoções, sentimentos, percepções? Por este motivo, decidi realizar uma pesquisa qualitativa.

Foi a partir daí que iniciei a pesquisa de textos na literatura que abordassem esta técnica de cuidado humano.

As práticas de cuidado são tão antigas quanto a própria humanidade. Desde o cuidado realizado instintivamente, passando pelo cuidado mitológico e religioso, até chegar ao cuidado científico, passaram-se muitos anos.

A Enfermagem como profissão passou por várias fases e demorou a se desenvolver cientificamente, até se tornar uma profissão crítica em seu exercício: o cuidado embasado na técnica e no conhecimento. (GEOVANINI *et al.*, 1995).

Apesar de os enfermeiros e enfermeiras trabalharem para dispensar o melhor cuidado possível, no ambiente hospitalar o cuidado tende a se tornar rotineiro pela relação desfavorável entre a grande demanda de atividades de Enfermagem e o

contingente insuficiente destes profissionais. A unidade de terapia intensiva (UTI) é um dos ambientes hospitalares que refletem esta situação, pois a pessoa em condição grave de saúde requer grande quantidade de cuidados. Além da grande demanda, o rápido consumo do cuidado fornecido e a exigência de um novo cuidado provocam um intenso labor, um desgaste por parte de quem cuida.

No dizer de Hannah Arendt (2007), o labor é a produtividade através da força humana para satisfazer as necessidades da vida. Não há um resultado final póstumo a este trabalho realizado. (ARENDR, 2007). A necessidade de sobrevivência da pessoa em condição grave faz com que seu corpo labore constantemente, consumindo o cuidado realizado para ele ou ela e forçando o corpo dos enfermeiros, enfermeiras e sua equipe a laborarem também intensivamente.

Por vezes, não se vê o resultado do cuidado, pois nem sempre resulta em algo visível. É necessário utilizar a percepção e outros sentidos. Seus resultados não permanecem ou perduram por um tempo determinado; podem ser consumidos no instante seguinte após terem sido realizados, como, por exemplo, o cuidado com a higiene corporal de uma pessoa que se encontra com incontinência intestinal. Neste caso, o corpo desta pessoa labora constantemente como necessidade de sobrevivência e, como há incontinência intestinal, não há o controle voluntário, o que demanda maior número de eliminações intestinais. Do outro lado, está o cuidado de Enfermagem, que realiza a higiene toda vez que há eliminação, evitando dermatites de contato e outras lesões, a fim de proporcionar o bem-estar para esta pessoa.

Este cuidado foi e é percebido pela pessoa que o recebe, pelo bem-estar que proporciona, ou, pelo menos, deveria proporcionar. Porém, para o cuidador, pode ser exaustivo. Pode tornar-se automatizado pelas inúmeras repetições necessárias.

Além disto, o que também interfere no cuidado individualizado e pessoal é o próprio ambiente da UTI. Neste ambiente, há a dependência de uma quantidade muito grande de equipamentos, tornando-o um *ambiente de terapia dura*, pelo fato de serem usados muitos equipamentos a favor da terapêutica, os quais agregam tecnologias sofisticadas.

Tudo isto diminui o contato por meio do cuidado à pessoa internada. E aí me pergunto: onde está aquele cuidado que a Enfermagem defende para prover o bem-estar à pessoa enferma? Pensando melhor: como seria a experiência de realizar a reflexoterapia, uma *técnica leve*, dentro de um ambiente de tecnologia predominantemente *dura*? Como os profissionais avaliariam uma técnica realizada

por massagens, em um ambiente em que o toque é realizado por necessidade em grande parte do tempo?

Na UTI, o contato físico com o paciente é cada vez mais escasso. Por conta da tecnologia, não se toca mais no paciente para verificar sinais vitais. A massagem de conforto é realizada duas ou três vezes ao dia, e o banho de leito uma vez ao dia. São estes os momentos nos quais o contato físico é mais demorado. Mesmo assim, percebo que é um cuidado realizado sem a consciência do prazer e conforto que é proporcionado ao outro.

Realizar uma técnica de massagem por cerca de 45 minutos, dentro da UTI, não foi muito fácil no início. Os próprios profissionais da saúde tinham um pré-conceito em relação a este trabalho, diferentemente das pessoas internadas, que receberam a técnica muito bem desde início.

Porém, com o passar do tempo, o trabalho foi tendo o respeito dos profissionais pelos resultados promovidos. Mas, por que aplicar reflexoterapia em pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca? Como se sentem estas pessoas?

Estudos mostram que as situações de pré e pós-operatório cursam com mal-estar, o qual interfere na recuperação da pessoa. (BRAGA, CRUZ, 2003; VARGAS, MAIA, DANTAS, 2006).

Durante o procedimento cirúrgico, a pessoa permanece em decúbito dorsal, em média, oito horas, e continua nesta posição em torno de 48 horas. Ao final, são mais de 50 horas. Durante os primeiros dias de pós-operatório, a pessoa é movimentada rapidamente três vezes ao dia para realizar a massagem de conforto. Esta condição é desconfortável. A pessoa está numa condição de dependência total da equipe de enfermagem, com o corpo doendo, em um ambiente cheio de pessoas e coisas estranhas.

A combinação de vários métodos terapêuticos é, em geral, mais eficaz do que quando se utiliza um método de cada vez. (MELZACK, WALL, 1987). Adicionando-se técnicas complementares àquelas que são realizadas rotineiramente na UTI, pode-se reequilibrar o organismo, adquirir energia para uma recuperação melhor e suprir o labor do corpo gravemente enfermo.

O que se observa na UTI ainda é um cuidado centrado na terapia medicamentosa. Apesar de serem realizadas massagens de conforto com o objetivo de aliviar a dor nas costas e ativar a circulação local, a rotina de cuidados poderia ser ampliada com a inclusão de outras técnicas de cuidado, como, por exemplo, a

reflexoterapia (técnica baseada na reflexologia¹).

Neste estudo, a reflexoterapia foi realizada como uma técnica de cuidado de Enfermagem com o propósito de melhorar a condição da pessoa internada por meio da satisfação de algumas necessidades humanas básicas prejudicadas pela situação de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

E o que é a reflexoterapia? É uma técnica de cuidado que pode ser aplicada em qualquer ambiente terapêutico ou domiciliar por ser de fácil aprendizagem, não necessitar de materiais ou equipamentos para sua realização e ser aplicada preferencialmente nos pés – parte do corpo que se encontra geralmente livre nos casos graves de saúde. Além disto, a reflexoterapia contribui para harmonizar o organismo e trazer benefícios para algumas necessidades básicas da pessoa.² (BROWN, 2001; GILLANDERS, 2008; HATTAN, KING, GRIFFITHS, 2002; MILLIGAN et. al, 2002; WRIGHT, 2008; MAK et. al, 2007; HAYES, COX, 1999).

Estudos demonstram os benefícios desta técnica no cuidado às pessoas com câncer, mas há uma falta de estudos em relação ao pós-operatório, principalmente ao da cirurgia cardíaca, cuja situação provoca momentos de mal-estar psicológico, emocional e físico.

Desta forma, exploraram-se, nesta pesquisa, as percepções da pessoa em pós-operatório de cirurgia cardíaca sobre suas mudanças de estado a partir da reflexoterapia como cuidado de Enfermagem.

¹ Reflexologia é o estudo dos pontos reflexos encontrados nos pés, que são uma imagem especular de todos os órgãos, glândulas e outras partes do corpo. A reflexologia é o estudo de uma das formas mais populares de medicina complementar. (GILLANDERS, 2008, p. 15).

² “Filosoficamente, uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos. Primeiro, pode indicar um estado de deficiência ou de diferença. Segundo, pode referir-se a um estado de tensão no organismo, o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Terceiro, pode referir-se a alguma coisa que é necessitada e, neste caso, uma necessidade é expressa pelo objeto que é necessitado (BENEDET e BUB, 2001, p. 27). “São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la. Todas as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é a soma de suas partes”. (HORTA, 1979, p. 39-40).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO FINAL

* Explorar as mudanças de estado percebidas pela pessoa que recebeu o cuidado de enfermagem com a técnica de reflexoterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

2.2 OBJETIVOS INSTRUMENTAIS

* Aplicar a técnica de reflexoterapia como componente do cuidado de Enfermagem em pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

* Registrar a percepção sobre as alterações na condição da pessoa que recebe reflexoterapia.

3 REFLEXOTERAPIA NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Em 1978, na ex-União Soviética, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, onde se propôs a Atenção Primária da Saúde com base na crítica ao modelo tecnológico biomédico dominante na época, valorizando o conhecimento tradicional (OMS).

No Brasil, sob a influência da idéia de práticas tradicionais, apenas a parte mais “científica” destas práticas ganhou algum destaque, em detrimento de outras tantas. No documento apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1985, com o título “As Práticas Alternativas na Reformulação do Sistema de Saúde”, defendeu-se a oficialização da acupuntura, da homeopatia e da fitoterapia no serviço público. (BARROS, 1997).

Este debate seguiu-se em fóruns nacionais até a sua oficialização, em 1988, quando a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) implanta, nos serviços públicos, a prática da homeopatia, da acupuntura, o uso das técnicas alternativas de saúde mental, a prática do termalismo ou crenoterapia e a prática da fitoterapia, por meio das Resoluções 4, 5, 6, 7 e 8. (BRASIL, 2005).

Em 2005, houve a implantação e implementação da Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) no Sistema Único de Saúde (SUS). É válido ressaltar que esta política considera o “indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista, porém, a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e saúde. A Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) contribuem para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS para alcançar a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2005).

Mesmo se concentrando em apenas algumas práticas oficializadas, este programa é importante, pois, além do novo pensar, implica um novo agir dentro da práxis de cuidado e diminui a distância entre o saber biomédico e o saber tradicional.

Assim, o processo histórico de outros campos da sociedade e do campo da saúde, nas últimas três décadas, foi de ruptura, na medida em que houve marcas de insatisfação com os paradigmas prevaletentes. Dessa maneira, foram desenvolvidos movimentos contra os dogmas da economia e sua noção de desenvolvimento, contra os padrões consumistas das sociedades industrializadas, contra o

etnocentrismo cultural das populações (...). Houve, enfim, a possibilidade de uma crítica humanista, e passou a ser possível mediar a vida e suas vicissitudes por uma lógica fundada nas conjunções aditivas (“e”... “e”), em detrimento das conjunções alternativas (“ou” ... “ou”). (BARROS, 1997).

Desta forma, tornaram-se mais conhecidas as - assim chamadas - terapias complementares. No entanto, é importante destacar a diferença conceitual entre os dois termos mais encontrados na literatura – terapia complementar e terapia alternativa. Terapia complementar “é usada junto com a medicina convencional”; um exemplo: a aromaterapia, usada para o conforto do paciente pós-cirúrgico. Já terapia alternativa “é usada no lugar da medicina convencional”, como a utilização da dieta especial para tratar câncer no lugar de quimioterapia e radioterapia. (MIN, 2008).

Embora a utilização das terapias complementares tenha aumentado significativamente nas últimas décadas, no Brasil há mais estudos sobre acupuntura e plantas medicinais do que sobre reflexoterapia. (GÓMEZ, 2000; WILKINSON, SIMPSON, 2002).

Num mundo dominado pela tecnologia e pelo consumo, é possível que a simplicidade do método deixe as pessoas céticas em relação à possibilidade de uma simples massagem nos pés trazer alívio para o mal que as aflige (HALL, 1997). No entanto, há estudos realizados com pessoas com diferentes tipos de câncer que relatam a sensação de calma, relaxamento, diminuição da ansiedade e da dor. (MILLIGAN *et al.*, 2002; STEPHENSON *et al.*, 2007; STEPHENSON, WEINRICH, TAVAKOLI, 2002).

3.1 MAS O QUE É A REFLEXOTERAPIA?

A reflexoterapia é uma técnica aplicada a partir da reflexologia - o estudo das áreas reflexas de todas as partes do corpo encontradas na planta, no dorso e nas laterais dos pés. (HALL, 1997; WRIGHT, 2008; GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003; BROWN, 2001).

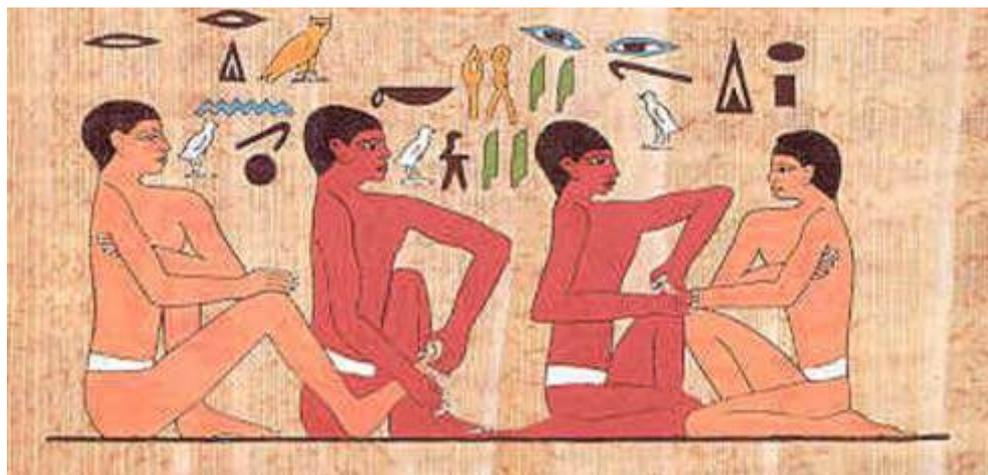
As mesmas áreas reflexas são encontradas nas mãos, embora a maioria dos reflexoterapeutas dê preferência aos pés, porque, habitualmente, a resposta à

massagem é mais rápida. A sensibilidade dos pés também é maior em relação à das mãos, provavelmente por estarem mais protegidos com o uso de calçados e por proporcionarem uma área maior para a realização da massagem. Porém, um ponto favorável à reflexoterapia das mãos é a facilidade para a auto-massagem. (HALL, 1997; GILLANDERS, 2008).

No caso deste estudo, utiliza-se a reflexoterapia podal, e, logo, concentrar-se-á mais nesta modalidade de massagem.

Há milhares de anos, os chineses praticam várias formas de terapia utilizadas hoje no mundo ocidental, como, por exemplo, a acupuntura. A acupuntura é uma técnica que consiste na inserção de agulhas em pontos do corpo, situados em linhas conhecidas como meridianos, que são correntes de energia para todo o corpo. A reflexoterapia baseia-se em princípios semelhantes aos da acupuntura no que diz respeito às linhas energéticas que ligam os pés às diferentes partes do corpo. Mas, ao contrário dos meridianos da acupuntura, existem zonas longitudinais e transversais na reflexoterapia. (HALL, 1997).

O registro mais antigo da reflexoterapia data de 2330 a.C. É uma gravura na tumba do médico egípcio Ankmahor, em Saqqara³, na qual aparecem pessoas massageando a planta dos pés e as mãos de outras pessoas (Figura 1), e os dizeres: “não me machuques”; “farei de um jeito que me agradecerás depois”.



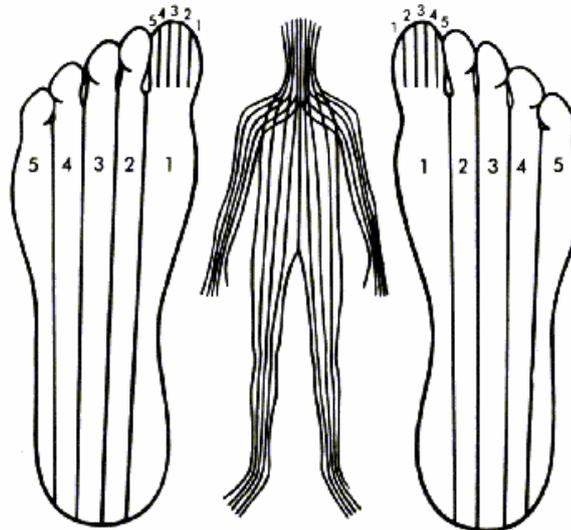
Fonte: http://cache01.stormap.sapo.pt/fotostore01/fotos//65/bb/94/979124_vpFwa.jpeg

Figura 1: Pictograma em tumba egípcia

³ Saqqara é o nome de um sítio arqueológico do Egito, que foi necrópole da antiga cidade de Menfis, uma das várias capitais que o Antigo Egito conheceu ao longo de sua história.

Mas os registros da reflexoterapia tal como é conhecida hoje são do início do século passado. (HALL, 1997; WRIGHT, 2008; GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003; BROWN, 2001). Foi William Fitzgerald⁴, médico otorrinolaringologista que, em 1913, iniciou a terapia zonal ao descobrir que, se uma pressão fosse aplicada em áreas ou pontos específicos do corpo, um efeito anestésico poderia ser induzido em outro local da zona correspondente. Assim, era possível aliviar não apenas a dor, mas também as condições que a produziam. (HALL, 1997; WRIGHT, 2008; GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003; BROWN, 2001).

Fitzgerald dividiu o corpo em dez zonas longitudinais de largura similar, que percorriam todo o corpo no sentido do comprimento, desde a ponta dos dedos dos pés até a cabeça, e desta até a ponta dos dedos das mãos e vice-versa (Figura 2). Ele afirmava que, se uma linha fosse desenhada através do centro do corpo, ela o dividiria em cinco zonas do lado direito e cinco do lado esquerdo. (HALL, 1997; WRIGHT, 2008; GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003; BROWN, 2001).



Fonte: http://www.masajetailandes.com/rp_historia1.gif

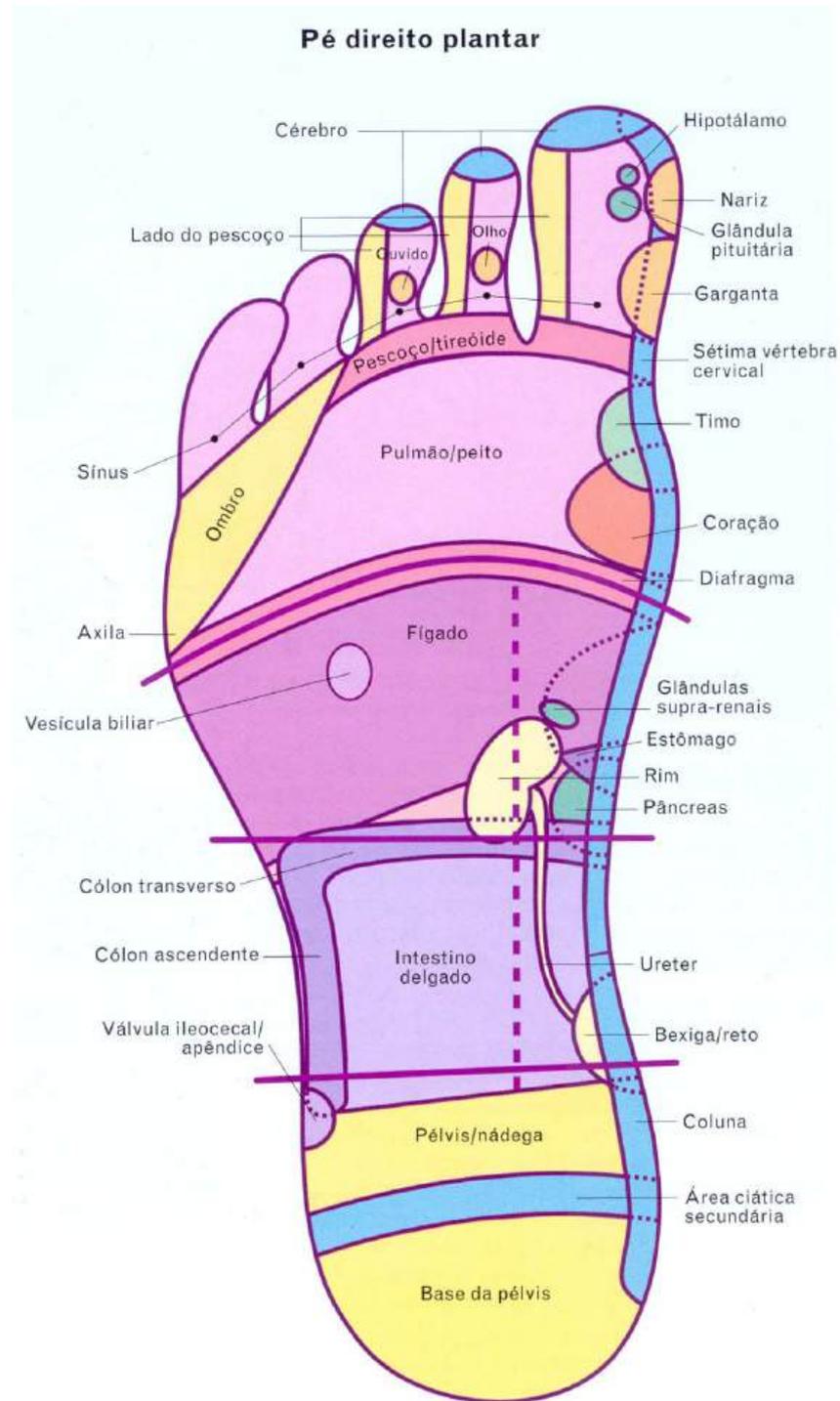
Figura 2: As dez zonas reflexas

⁴ “William Fitzgerald (1872-1942) nasceu em Connecticut, formou-se na Universidade de Vermont em 1895 e trabalhou no Boston City Hospital, no Central London Ear, Nose and Throat Hospital e em Viena. Tornou-se chefe do Departamento de Otorrinolaringologia no St. Francis Hospital de Connecticut e ali apresentou à classe médica a reflexologia”. (BROWN, 2001, p.8).

Além das zonas longitudinais, os pés também podem ser divididos em zonas transversais ou horizontais. As quatro linhas transversais são as seguintes:

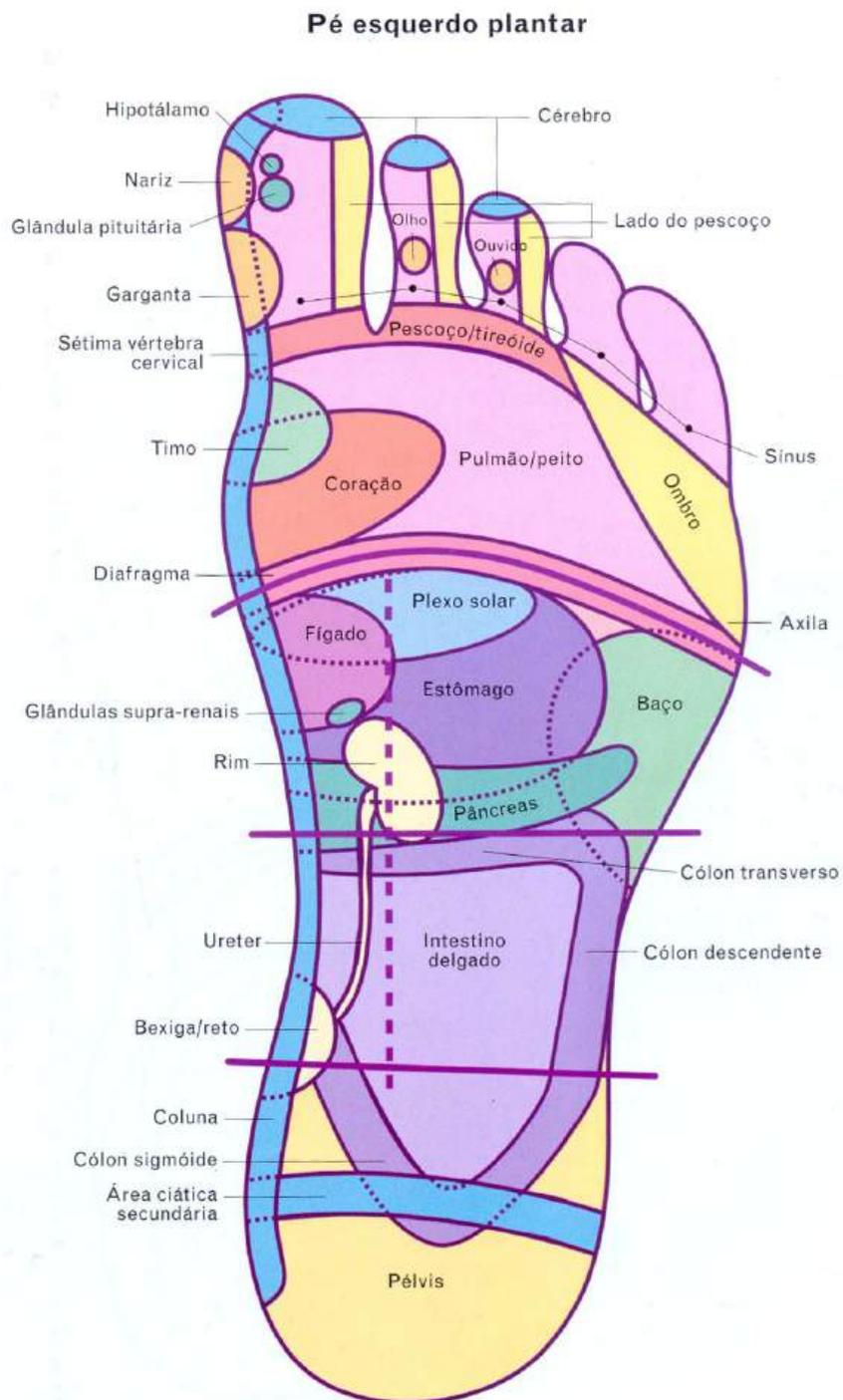
- A linha da cintura escapular, localizada abaixo da base dos dedos do pé.
- A linha do diafragma, localizada no início do arco do pé.
- A linha da cintura, bem no meio do pé, no centro do arco.
- A linha pélvica, um pouco acima do calcanhar.

Estas linhas imaginárias ajudam a mapear todo o corpo nos pés (Figuras 3 e 4). Os órgãos emparelhados, como os pulmões, os rins ou os ovários são achados em ambos os pés. Os órgãos únicos são encontrados, em sua maioria, no pé correspondente ao lado em que se encontram. A coluna, que forma o centro do corpo, é encontrada em ambos os pés ao longo da lateral interna (ou aspecto medial). As partes externas do corpo, como os ombros, os joelhos e os quadris, são encontrados na lateral externa (ou aspecto distal) dos pés (HALL, 1997; WRIGHT, 2008; GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003; BROWN, 2001).



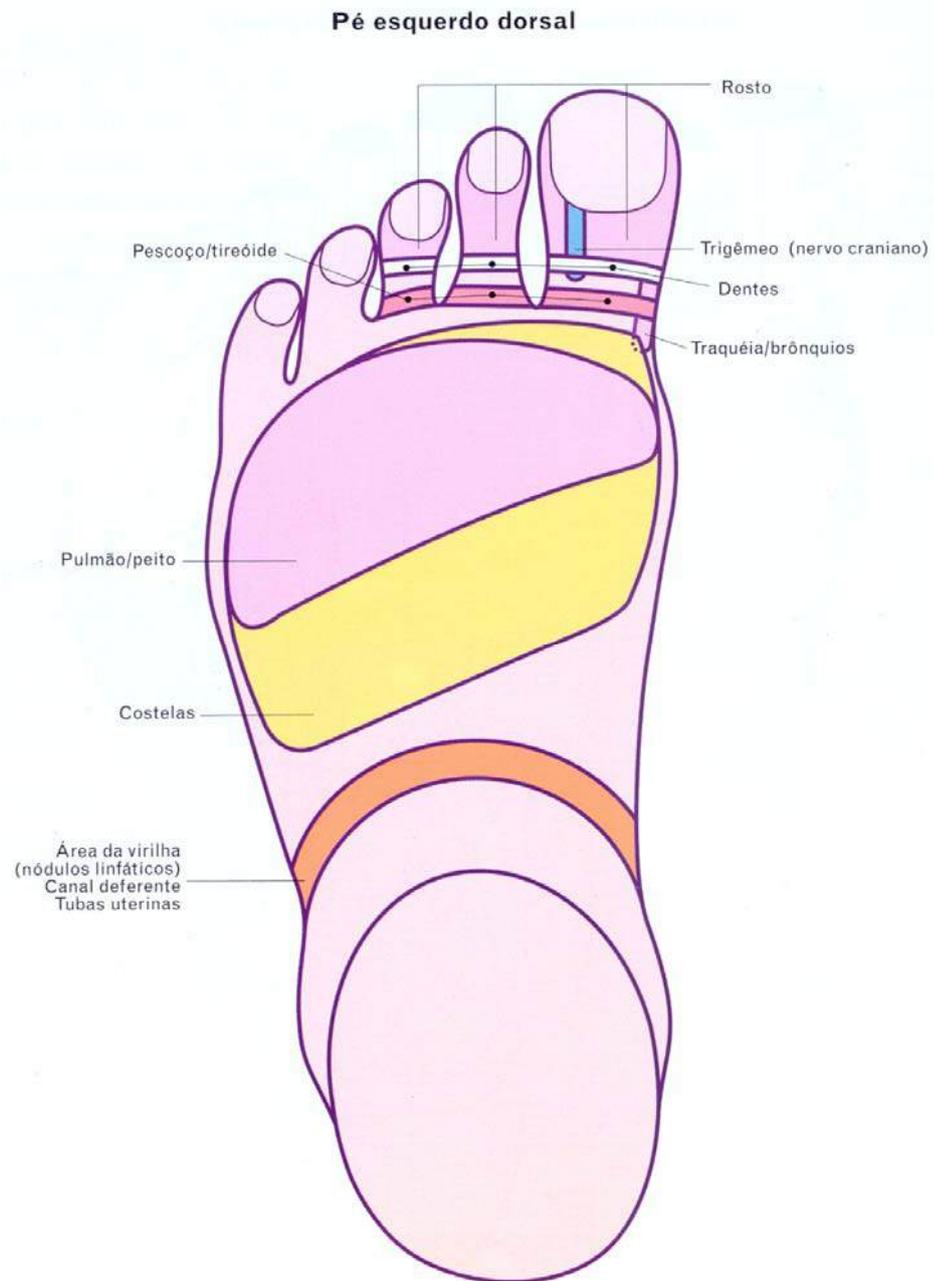
Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 32.

Figura 3: Mapa da reflexoterapia (vista plantar; pé direito)



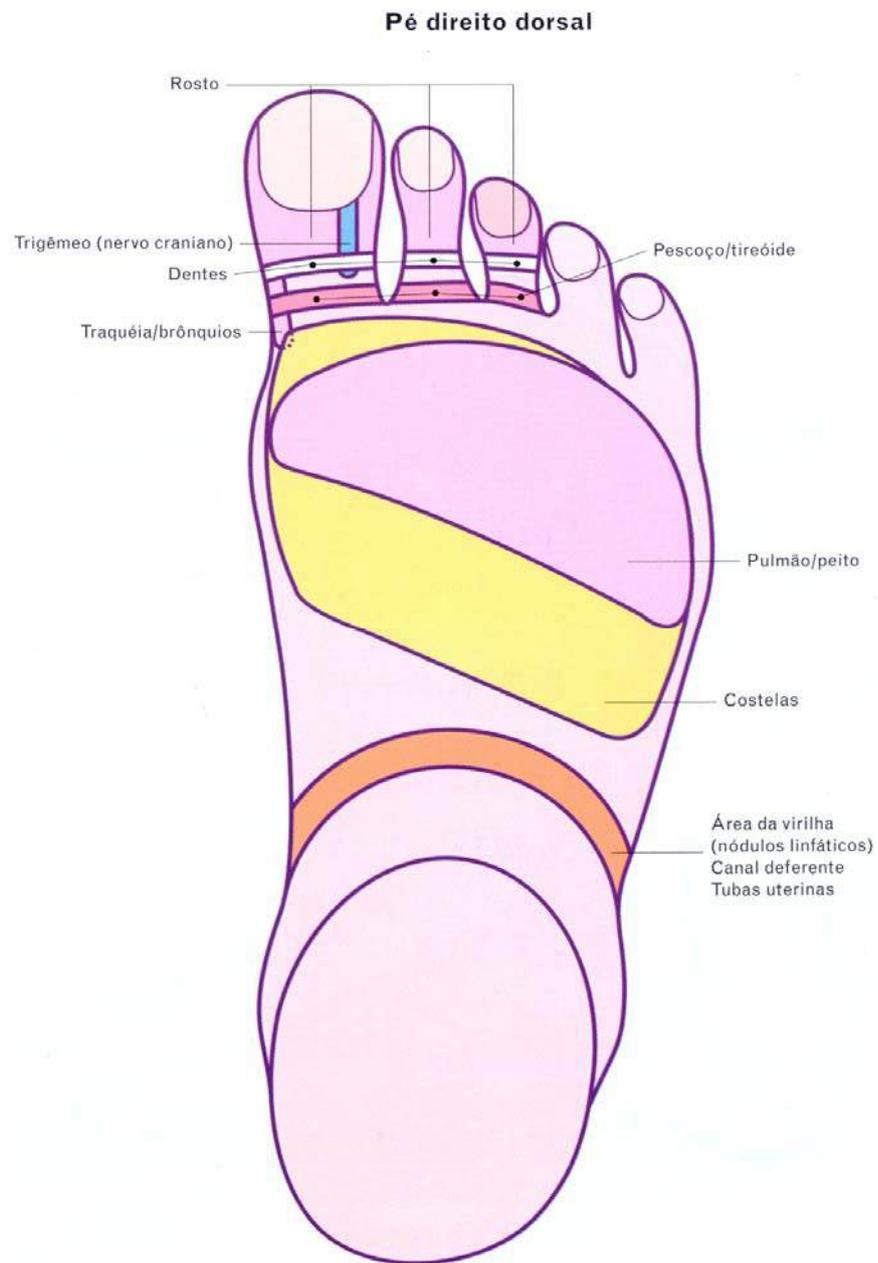
Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 33.

Figura 4: Mapa da reflexoterapia (vista plantar; pé esquerdo)



Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 34.

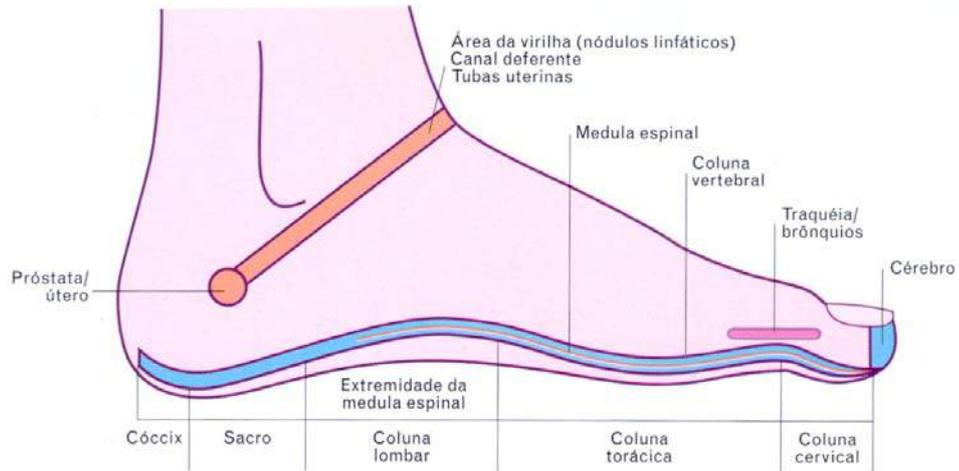
Figura 5: Mapa da reflexoterapia (vista dorsal; pé esquerdo)



Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 35.

Figura 6: Mapa da reflexoterapia (vista dorsal; pé direito)

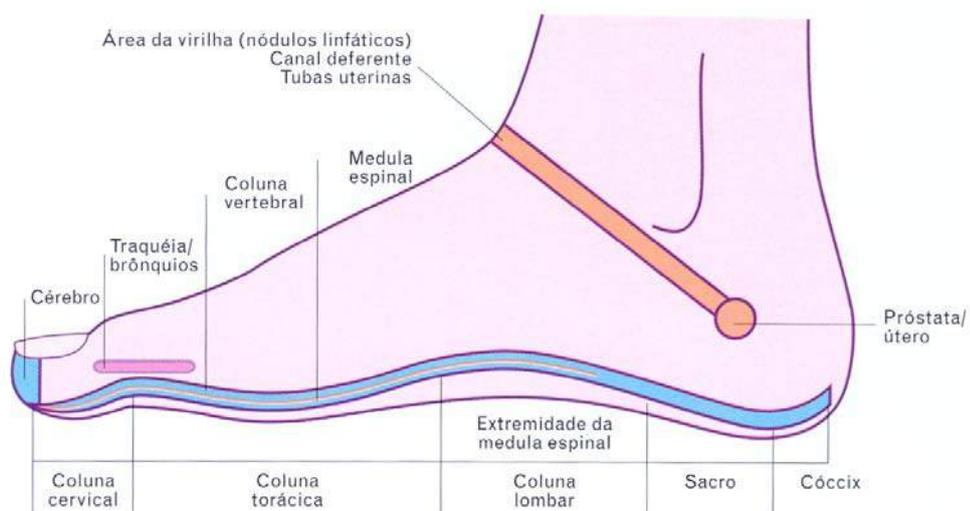
Pé esquerdo medial



Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 36.

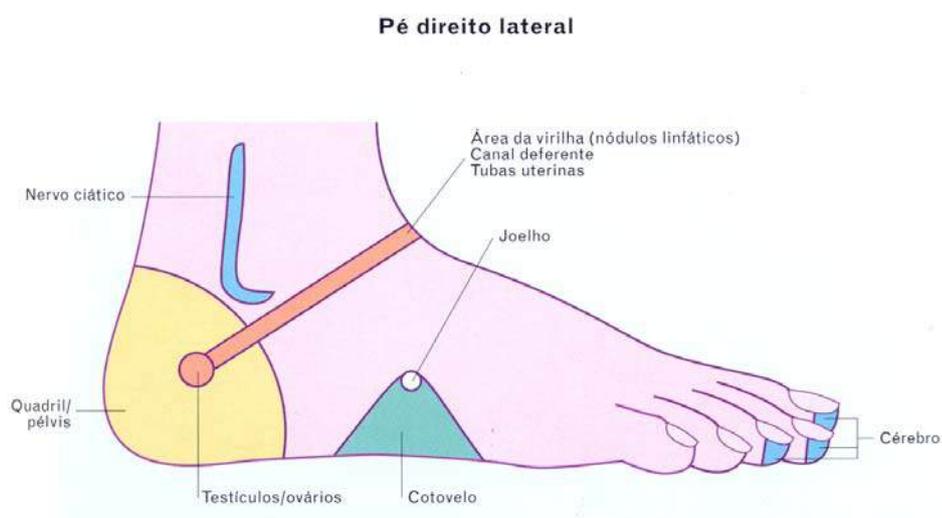
Figura 7: Mapa da reflexoterapia (vista lateral medial; pé esquerdo)

Pé direito medial



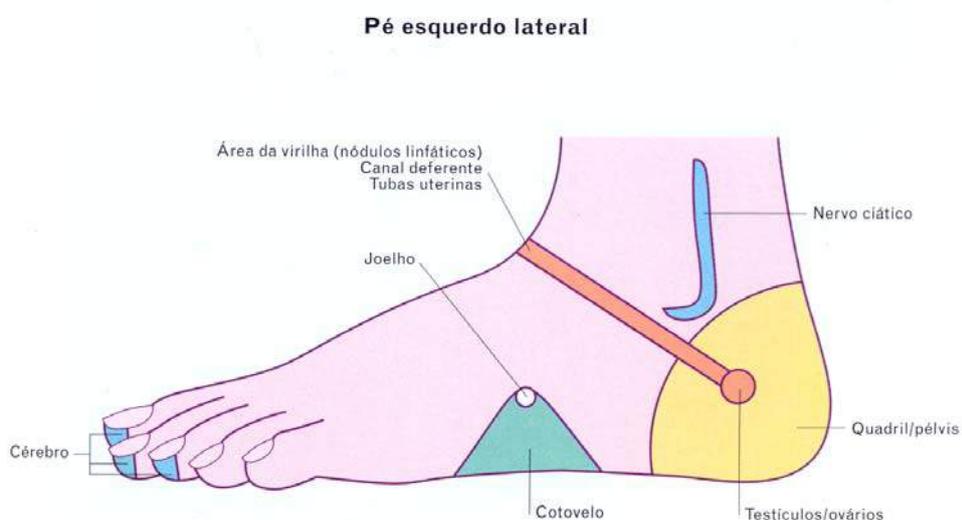
Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 36.

Figura 8: Mapa da reflexoterapia (vista lateral medial; pé direito)



Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 37.

Figura 9: Mapa da reflexoterapia (vista lateral distal; pé direito)



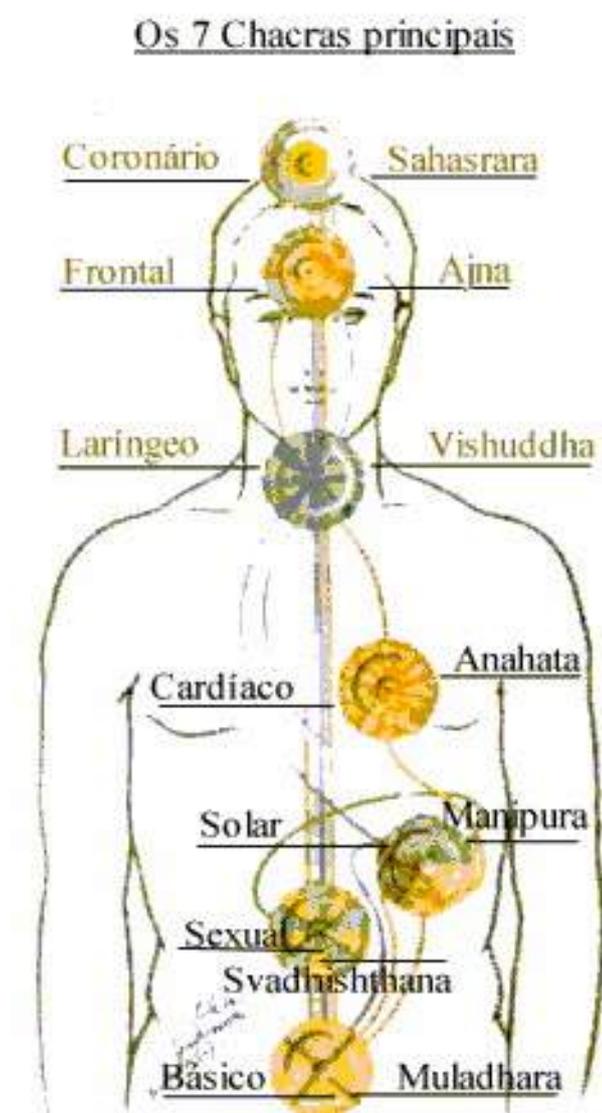
Fonte: GILLANDERS, 2008, p. 37.

Figura 10: Mapa da reflexoterapia (vista lateral distal; pé direito)

Além das áreas correspondentes a todo o organismo humano, há uma região que apresenta o ponto do plexo solar. Este é um emaranhado de ramificações nervosas que se localizam na cavidade abdominal e, freqüentemente, é chamado de “cérebro abdominal”. As áreas reflexas do plexo solar são de grande importância

para o relaxamento, o que contribui para a respiração mais confortável e diminui a ansiedade. (HALL, 1997; VENNELLS, 2003).

Neste local, também se encontra o *chakra* do plexo solar. Ao mesmo tempo em que, no interior do ser humano, existe uma rede de nervos e órgãos sensórios que interpretam o mundo externo, há um sistema sutil de canais de energia, os *chacras*. A palavra *chakra* vem do sânscrito (*chakra*) e significa roda, disco, centro, plexo. São sete os principais *chacras* (Figura 11), e o do plexo solar localiza-se também na região abdominal e controla as emoções. (VENNELLS, 2003).



Fonte: <http://www.fiqueatento.com.br/clientes/espacozen/Harmonizacao01.jpg>

Figura 11: Plexo solar

Neste sentido, também é possível explicar a reflexoterapia pelo conhecimento da medicina chinesa, de acordo com a qual o corpo apresenta vários canais de energia invisíveis, ou meridianos, que conduzem a energia da força vital, ou *chi/ki*. Quando estes canais são bloqueados, há o surgimento de doenças. Como a maioria dos canais principais termina ou começa nos pés, a reflexoterapia os estimulará (desbloqueará). (VENNELLS, 2003).

Por meio da reflexoterapia, pode-se estimular ou relaxar o sistema nervoso, que, por sua vez, afeta, ao mesmo tempo, a mente e o sistema de energia interno, uma vez que ambos são inseparáveis. (VENNELLS, 2003).

No mundo ocidental, Hipócrates definia a saúde como um estado de equilíbrio, e a doença como um estado de desequilíbrio. (BROWN, 2001; HORTA, 1979). A reflexoterapia pode auxiliar como uma forma de obter o reequilíbrio. (BROWN, 2001).

Pelo seu potencial, benefícios e facilidade de aplicação, a reflexoterapia pode ser incluída no rol de cuidados à pessoa em condição grave de saúde. (BROWN, 2001; GILLANDERS, 2008; HATTAN, KING, GRIFFITHS, 2002; MILLIGAN *et al.*, 2002; WRIGHT, 2008; MAK *et al.*, 2007; HAYES, COX, 1999).

A reflexoterapia “induz um estado de tranqüilidade e relaxamento profundo” (BROWN, 2001, p. 6), ativa o sistema imunológico e fortalece a saúde à medida que as zonas reflexas dos pés são trabalhadas. (BROWN, 2001). Também melhora a circulação, impulsionando o fluxo sanguíneo para todas as partes do corpo (BROWN, 2001). Mas estes são apenas alguns dos benefícios desta terapia.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2003, analisando a prática da massagem⁵, ofertada pelo Programa de Medicina Alternativa, verificou que a reflexoterapia era empregada principalmente em quem tinha problema circulatório e “pé diabético”, não sendo aproveitados todos os benefícios que a prática pode propiciar. Os próprios profissionais faziam pouca referência às zonas reflexas, próprias da prática. (SOUSA, VIEIRA, 2005).

A reflexoterapia contribui também para desintoxicar o corpo, revitalizar a energia, melhorar a função mental e estimular a liberação emocional. A liberação emocional é dada para desobstruir o fluxo livre da força vital, que pode causar

⁵ Nome dado a diversas práticas não invasivas que utilizam manobras realizadas com as mãos no corpo de uma pessoa.

doenças. (BROWN, 2001; VENNELLS, 2003).

Os benefícios da reflexoterapia são comprovados empiricamente por quem a pratica e quem a recebe, e são amparados pela literatura relacionada ao tema. Cientificamente, a reflexoterapia é pouco estudada, tanto que artigos científicos são raros e pouco consistentes, como será visto mais à frente com um trabalho de Gómez (2000), que fez um levantamento de estudos que sugerem a efetividade da reflexoterapia.

O uso da reflexoterapia pode servir para as mais variadas formas de doenças, mal-estar e mesmo patologias⁶, principalmente aquelas de natureza crônica, como, por exemplo, a dor crônica, doenças gastrintestinais, problemas de pele e menstruais, assim como também aquelas relacionadas ao estresse, como, por exemplo, a asma e a ansiedade. Alguns relatos encontrados na literatura concordam com este aspecto, como, por exemplo, o alívio da zona afetada, diminuição da dor, eliminação de congestão e facilidade para repousar. (GÓMEZ, 2000).

3.2 COMO SE REALIZA A REFLEXOTERAPIA PARA OBTER BENEFÍCIOS?

A reflexoterapia é uma técnica não invasiva, realizada com as mãos, nos pés de uma pessoa. Na maioria dos casos, utilizam-se os polegares, tanto direito quanto esquerdo, para pressionar as áreas reflexas. Quando se utiliza o polegar esquerdo, deve-se apoiar o pé com a mão direita, e vice-versa. (HALL, 1997).

Realizam-se massagens específicas em toda a área dos pés, sem friccioná-los, com movimentos lentos e suaves, com uma pressão adequadamente suficiente para não sentir necessidade de fazer esforço. (HALL, 1997; VENNELLS, 2003). Quanto mais sensível a área reflexa, maior o desequilíbrio na parte correspondente do corpo. (HALL, 1997).

Durante a massagem, a sensibilidade destas áreas tende a diminuir ou mesmo desaparecer de forma correspondente às manifestações (dores, desconfortos, ansiedade, etc.).

⁶ Patologia é a segunda fase do processo de doença. Nesta fase há alterações estruturais e/ou funcionais no organismo, porém não ainda manifestadas, denominadas pela biomedicina de sinais e sintomas.

Em geral, após uma sessão de reflexoterapia, o bem-estar é percebido. Porém, algumas pessoas podem sentir algumas reações nas primeiras sessões devido à estimulação de todo o organismo. Estas reações tendem a permanecer até que o processo de desintoxicação orgânica finalize. (HALL, 1997; GILLANDERS, 2008).

Uma das reações mais comuns é o estímulo das atividades dos rins e do aparelho urinário. Também podem ocorrer ruídos hidroaéreos mais intensos, coriza, sensação de resfriado, erupção cutânea, mudança dos padrões do sono, alterações emocionais, formigamento nos membros. (HALL, 1997; GILLANDERS, 2008).

As reações não são regras, mas podem ocorrer. De qualquer modo, devem passar em algumas horas ou em poucos dias, enquanto o corpo libera as toxinas e volta a ter equilíbrio. (HALL, 1997). Mas é importante ressaltar que, mesmo diante das possíveis reações, a pessoa já sente um estado de bem-estar imediato. (HALL, 1997; GILLANDERS, 2008). Este bem-estar é provocado pelo toque e massagem nos pontos indicados pela reflexologia.

A pele é o mais extenso órgão do sentido de nosso corpo, e o sistema tátil é o primeiro sistema sensorial a tornar-se funcional em todas as espécies. Tanto a pele quanto o sistema nervoso originam-se da mais externa das três camadas de células embrionárias, a ectoderma.

A ectoderma constitui uma superfície geral que envolve todo o corpo embrionário. O sistema nervoso central, cuja função principal é manter o organismo informado do que está passando-se fora dele, desenvolve-se como a porção da superfície geral do corpo do embrião, que se vira para dentro. Portanto, o sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso. (MONTAGU, 1988).

Assim, pode-se considerar que o toque na pele de uma pessoa, desde que carinhoso, amoroso, delicado ou firme, reflete de imediato no sistema nervoso, levando estímulos de conforto e bem-estar. Como já foi dito, o sistema nervoso tem relação direta com a mente e a energia interna. Assim, a reflexoterapia, por ser o toque das mãos de uma pessoa nos pés de outra - local onde há grande concentração de terminações nervosas -, pode proporcionar benefícios mentais e energéticos que contribuem para um estado de estar bem. Isto também é reflexo da relação de cumplicidade, de confiança entre as pessoas envolvidas no toque.

Para que a pessoa sinta benefícios, é importante o terapeuta ter a mente

relaxada e gostar do que faz. Quando há desatenção e impaciência no trabalho, isto se reflete na perda da confiança no terapeuta e no tratamento. Além disto, os chineses acreditam que o terapeuta atua como um canal por onde flui a energia curativa, e que a reflexoterapia pode ser uma espécie de porta, através da qual o paciente ou a pessoa recebe energia.

No homem, há, necessariamente, um pólo positivo e um pólo negativo, sendo que o primeiro é representado pela mão direita, e o segundo o é pela mão esquerda. Daí, efetua-se o tratamento magnético pondo em relação estes dois pólos, abrindo o circuito pela mão direita e fechando-o pela mão esquerda, ocorrendo, assim, através do corpo da pessoa, uma corrente que vai da mão direita para a mão esquerda. (O PENSAMENTO, 1920).

Toda matéria emite um campo, que é energia. Esta energia se manifesta com uma força que, pelo seu deslocamento, é capaz de produzir trabalho. A energia existe nestes campos sob dois estados:

- energia potencial: em repouso, armazenada;
- energia cinética: em movimento, trabalhando. (HENEINE, 2000).

O trabalho da reflexoterapia é obtido através da energia manifestada pelo toque em outra pessoa e pela pressão em seus pés. Na reflexoterapia, trabalham-se estas energias de acordo com o estado em que se encontram: algumas regiões podem estar com a energia em repouso, devendo ser estimuladas (para energia cinética), e outras podem estar trabalhando muito, necessitando de sedação (e aí se torna energia potencial).

A estimulação de bons pensamentos e crenças em quem recebe a reflexoterapia também contribui para equilibrar as energias internas, pois acalma e, assim, melhora a resposta da prática. (VENNELLS, 2003).

O que também melhora a resposta da reflexoterapia é a preparação do ambiente. O ambiente deve ser confortável, tranquilo e acolhedor: iluminação indireta e em baixa intensidade, cores pouco intensas, temperatura agradável. Embora seja possível realizar a reflexoterapia em qualquer ambiente, sem dúvida ela é mais eficaz se o ambiente apresentar as características descritas e não houver perturbações durante a prática. (VENNELLS, 2003). As condições ambientais contribuem para que a pessoa perceba suas emoções durante e após a reflexoterapia.

Quando se refere à percepção, pensa-se no processo pelo qual

as pessoas tornam-se conscientes de suas relações com o mundo por meio dos sentidos ou processos sensoriais, enriquecida pela percepção de sinais, símbolos ou estímulos ambíguos. Neste caso, a percepção vai além do que é apreendido pelos sentidos. É influenciada pelas necessidades e valores daquele que percebe, enfim, por seu estado atual, por sua história, e sua cultura. (CABRAL, NICK, 1997, p. 269).

“Toda percepção começa por uma visão, uma sensação, uma escuta, um sentimento, um ruído. Existe sempre um eu que percebe algo ou alguém”. (GHIORZI, 2004, p.151).

Deste ponto de vista, a pergunta é: quais são as emoções das pessoas quando recebem a reflexoterapia? Quais suas sensações, sentimentos e estado de humor?

De uma maneira geral, uma “emoção é qualquer estado, movimento, ou condição que provoque nas pessoas a importância ou o valor que determinada situação tem para a sua vida, suas necessidades e interesses”. (ABBAGNANO, 2007, p. 311).

As sensações são localizadas. A pessoa é capaz de identificá-las nas regiões do próprio corpo, como, por exemplo: sente-se frio nas mãos, dor nas costas, coceira nos pés, e assim por diante. (NORDENFELT, 1993).

Esse termo tem dois significados fundamentais: 1. um significado generalíssimo, em virtude do qual designa a totalidade do conhecimento sensível, ou seja, todos e cada um de seus elementos; 2. um significado específico, em virtude do qual designa os elementos do conhecimento sensível, ou seja, as partes últimas, indivisíveis, de que supostamente é constituído (ABBAGNANO, 2007, p. 1036).

Os sentimentos são emoções dirigidas a algo ou alguém que estão habitualmente fora da própria pessoa. Muitos são os exemplos de sentimentos: amor, ódio, medo, orgulho, piedade, etc. (NORDENFELT, 1993). No entanto, todos são dirigidos a algo ou alguém. Ama-se Maria; odeia-se futebol; tem-se piedade de João.

Humor não é localizado nem dirigido a um objeto; é um estado, como, por exemplo: calma, nervosismo, agitação. (NORDENFELT, 1993).

Estado emotivo que não tem objeto, ou cujo objeto é

indeterminável [...] O humor não tem objeto intencional no sentido de que não existe um humor de..., assim como existe um medo de... ou alegria de... etc. Tem causa ou razão, mas não se refere a um objeto em particular e não constitui advertência quanto ao valor biológico de uma situação. (ABBAGNANO, 2007, p. 604).

Este estudo tem a intenção de ampliar as pesquisas realizadas sobre reflexoterapia. A pesquisa é um importante meio para explorar ou mesmo validar um determinado tratamento, terapia, ou cuidado. No entanto, no caso da reflexoterapia, há poucas pesquisas científicas publicadas para que se possa tomar posição a respeito desta prática. (GÓMEZ, 2000). Por este motivo, optou-se por um estudo exploratório com abordagem qualitativa, a fim de explorar quais as emoções percebidas por estas pessoas durante esta modalidade de massagem. A idéia é dar um passo a mais nas pesquisas deste tema tão instigante e que, possivelmente, tem muito a contribuir para o alívio do mal-estar das pessoas operadas do coração.

Alguns trabalhos sobre uso da reflexoterapia com diferentes finalidades foram levantados por Gómez (2000). Dentre eles, há trabalhos realizados em diversos países, em que a reflexoterapia foi utilizada para o alívio dos sintomas da fibrose cística relacionados aos problemas respiratórios, do câncer, pós-parto, e dores de cabeça. Nos trabalhos compilados, havia falhas em sua descrição ou metodologia. As falhas mais comuns foram: falta de descrição da condição das pessoas antes de realizar a prática, apresentação dos relatos dos participantes de maneira genérica, falta de indicação do número de sessões de reflexoterapia realizadas. (GÓMEZ, 2000).

Ao buscar estudos utilizando os descritores *reflexotherapy*, *reflexology*, *cardiac surgery* nos bancos de dados PubMed e Medline dos últimos cinco anos, verificou-se que a maioria deles foi realizada em pessoas com câncer. Encontrou-se apenas um estudo sobre utilização da reflexoterapia em pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca, fato que denota uma grande lacuna de experiências e relatos nesta área.

O estudo encontrado não identificou modificações significativas nos dados fisiológicos, no entanto as pessoas relataram melhora do bem-estar. Os participantes referiram que se sentiam mais calmos após as sessões de reflexoterapia. Os autores afirmaram que não houve relatos de modificação na

sensação de dor e nem no nível de ansiedade. (HATTAN, KING, GRIFFITHS, 2002).

Independente do resultado deste único estudo, o mais importante foi a lacuna de conhecimento encontrada em experiências com reflexoterapia no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. A reflexoterapia pode ser realizada em quem se submete à cirurgia, pois, além dos benefícios físicos, como a diminuição da dor, a ativação de circulação e imunidade, obtêm-se resultados favoráveis em relação à angústia e aflição sentidas, associadas à cirurgia. (GILLANDERS, 2008).

3.3 O MAL-ESTAR GERADO PELA CIRURGIA CARDÍACA

A cirurgia em si é uma atividade de responsabilidade médica. No entanto, o processo cirúrgico é uma atividade interdisciplinar, que requer diversos profissionais trabalhando em equipe, de forma a atender às necessidades da pessoa que a enfrentará. Conhecer este processo contribui para compreender o que acontece e quais são as implicações para o cuidado de enfermagem no período pós-operatório.

Este tipo de cirurgia, geralmente, é um procedimento eletivo, para o qual as pessoas aguardam um período bastante variável. No instituto onde a pesquisa se realizou, todas as cirurgias são feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Pelas poucas condições para atender à alta demanda, o período de espera pode durar até 30 dias – algumas vezes ainda mais.

A pessoa que vai ser submetida à cirurgia cardíaca é internada e permanece aguardando a cirurgia, longe de casa, da família, de seus hábitos e convívio social. Aqui já inicia aquilo que se chama de mal-estar. A ansiedade é a emoção que mais contribui para o mal-estar, pois todo dia pode ser “o dia”, o dia da cirurgia. Há ainda os alarmes falsos. A cirurgia vai ser amanhã – começa o jejum, preparo e, então, aparece o estresse – a cirurgia foi suspensa. De volta à estaca zero. E começa tudo outra vez.

Num estudo realizado sobre o sentimento das pessoas no pré-operatório de cirurgia cardíaca, encontraram-se dois grupos de sentimentos: “sentimentos de apreensão”, que engloba principalmente ansiedade e medo, e “sentimentos positivos e de esperança”, em que acreditam na cura por meio da cirurgia, mas não descartam o medo, e, para terem coragem de enfrentar este momento, prendem-se

à religiosidade. (VARGAS, MAIA, DANTAS, 2006).

O fato de terem que permanecer em unidade de terapia intensiva, por um período de até 72h de pós-operatório, é mais um condicionante para o estresse, pois é de entendimento popular que a UTI é um local pouco humanizado, inóspito, onde há pessoas em estado muito grave e com risco de morte.

Um estudo realizado sobre significado cultural atribuído à UTI por pacientes e familiares constatou que este local é considerado pelas pessoas como desconhecido e assustador. Para elas, a alta é considerada momento de liberdade para a vida. (GOIS, DANTAS, 2004).

Além disto, a permanência neste ambiente desconhecido pode fazer com que a pessoa se sinta impotente. Este fato pode ter relação com a perda de controle do ambiente, isto é, da UTI. (BRAGA, CRUZ, 2003).

A unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca é uma UTI e, como tal, produz estímulos externos - físicos e sociais -, que podem ser fonte de estresse para os doentes. (GOIS, DANTAS, 2004). O aumento do número de equipamentos cresce a cada ano dentro desta unidade, e, como consequência, vem aumentando o ruído pelos alarmes acústicos dos aparelhos de monitorização e ruídos de fundo criados pela atuação e conversação da equipe de profissionais. (PEREIRA *et al.*, 2003).

O nível de ruído encontrado em estudos em uma UTI é superior ao recomendado pela *United States Environmental Protection Agency* (1974), pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 1987) e ao da *World Health Organization* (1993). O nível equivalente estabelecido por estes órgãos, como adequado para hospitais, é de até 40 decibels (dB) para o período diurno, e 35 dB para o período noturno. (PEREIRA *et al.*, 2003; AITKEN, 1982; BAYO, GARCIA, GARCIA, 1995; GARRIDO, MORTIZ, 1999).

O que estes estudos não especificam com muita propriedade são as consequências do ruído para a pessoa internada. Relatam que há alterações psicológicas como, por exemplo, desorientação e ansiedade em enfermeiras mais suscetíveis. Também descrevem que pode haver alterações fisiopatológicas no sistema cardiovascular e, possivelmente, transtornos no ciclo circadiano, o que interfere na qualidade do sono (PEREIRA *et al.*, 2003).

O sono é prejudicado, em parte devido ao ambiente estressante para a pessoa e, em parte, pelas drogas utilizadas durante este período, as quais modificam a

arquitetura de estágios e ciclos do sono. (REIMÃO, DO VALLE, ROSSINI, 2008).

O sono é uma seqüência de diversos estágios que, juntos, formam os ciclos. Quatro estágios constituem um ciclo. Estes estágios são detectados por ondas do eletro-encefalograma, em que, a cada estágio, elas se tornam cada vez mais lentas - o que condiz com a profundidade do sono -, de forma gradual. Após o estágio quatro, inicia-se a superficialização do sono, voltando ao estágio dois, e assim por diante. Cada ciclo pode durar de 90 a 120 minutos e se repetir de quatro a seis vezes durante a noite. (REIMÃO, DO VALLE, ROSSINI, 2008).

Durante o período de internação, a pessoa não consegue completar o ciclo de sono, pelas interrupções ocorridas durante os estágios, permanecendo sempre em estágios mais superficiais do sono. As causas podem ser diversas, mas podem-se citar algumas encontradas na literatura e outras observadas por mim dentro da unidade de terapia intensiva. Além da suspensão dos sedativos - depressores do sistema nervoso central -, que pode provocar insônia, há o próprio ambiente em si. Enfim, o ruído intenso, calor ou frio em excesso, ruídos dos equipamentos e a intensa movimentação são as condições mais comuns que provocam distúrbios do sono. (REIMÃO, DO VALLE, ROSSINI 2008).

O padrão de insônia em que a pessoa se encontra durante a internação na UTI pode acontecer também na unidade de internação à espera da cirurgia, bem como com a rotina dos funcionários - horários de administração de medicamentos, medida de sinais vitais - e, também, a ansiedade e o medo que precedem a cirurgia.

O medo e o estresse também acompanham a pessoa durante o longo período de espera para conhecer este mundo tão nebuloso para muitos, que é o de um procedimento cirúrgico e da internação em uma UTI. Isto pode ser agravado pelo pouco entendimento ou incompreensão do que seja o processo cirúrgico, uma vez que, de acordo com o senso comum, uma cirurgia cardíaca é uma cirurgia delicada. De fato, “a perspectiva de submeter-se a uma cirurgia cardíaca amedronta qualquer ser humano”. (VARGAS, MAIA, DANTAS, 2006).

Por menos que as pessoas conheçam os detalhes da cirurgia ou entendam o quanto são delicados e dolorosos os processos cirúrgicos pelos quais passarão, o coração tem um significado cultural: representa o órgão dos sentimentos e o centro da vida. (VARGAS, MAIA, DANTAS, 2006).

A perspectiva de passar por um procedimento, em decorrência do qual ficarão sujeitas ao cuidado de outras pessoas, causa momentos de ansiedade e impotência,

fato que pode agravar o estresse. É a impotência diante do desconhecido. (BRAGA, CRUZ, 2003).

Um fator que pode diminuir o estresse é o contato com outras pessoas que já passaram pela experiência de cirurgia cardíaca. Apesar de haver o estresse pela espera da cirurgia e por estar em ambiente estranho, trocar experiências e obter ajuda de colegas que estão em situação semelhante pode provocar um sentimento mais positivo diante do procedimento cirúrgico. (VARGAS, MAIA, DANTAS, 2006).

O que foi descrito é referente ao mal-estar emocional sentido pela doença, pelo fato da hospitalização e, ainda, por todo o procedimento cirúrgico. Mas há também todo o mal-estar físico do pós-operatório cardíaco.

A cirurgia em si é extremamente delicada. Há a abertura do corpo e a secção de diversas estruturas do corpo, incluindo a óssea, para chegar ao coração. Em alguns tipos de cirurgia cardíaca, como, por exemplo, a de troca valvar, a pessoa permanece com circulação extracorpórea e severamente hemodiluída, pois o coração precisa estar parado durante todo o procedimento. O trauma causado pela cirurgia é muito grande, e, além disto, há os riscos potenciais, como, por exemplo: trombose, trauma sanguíneo, fibrose, infecção. (STOLF, 1988).

Após o término da cirurgia, a pessoa é levada à UTI, onde o processo de recuperação é iniciado, e a pessoa pode permanecer até 72 horas internada nesta unidade.

Esse momento é tão delicado quanto o da cirurgia. O paciente em pós-operatório imediato (quando chega à UTI) encontra-se com cânula endotraqueal ligada ao respirador mecânico; com drenos torácicos – de um a três: um dreno mediastínico e até dois pleurais; com sonda vesical de demora; sob o efeito anestésico e recebendo grande quantidade de medicamentos. (FORTUNA, 2000).

Passadas 24 horas de internação na UTI, o pós-operatório imediato é iniciado. O efeito da anestesia vai diminuindo, a pessoa está mais desperta e começa a ter melhor percepção do seu próprio corpo, porém pouco pode movimentar-se no leito. É nesta fase que sente mais dores, desconforto, medo, e evita respirar normalmente por medo de deiscência de sutura na região esternal, além da tensão muscular de origem física ou emocional.

Além de toda a situação física desconfortável, há o ambiente hospitalar, com os ruídos e movimentações habituais de uma UTI que, como já foi comentado, são fatores desencadeadores de estresse.

O momento de reconhecimento do ambiente, da sensação de dor e outras necessidades é o momento em que a pessoa sente mais mal-estar pós-operatório. Sente que várias de suas necessidades básicas não estão sendo satisfeitas, principalmente no que diz respeito à segurança emocional, sono e repouso, oxigenação – pela dificuldade de respiração regular –, integridade física, além de liberdade e participação – pela falta de autonomia característica da condição em que se encontra.

A intenção deste trabalho foi atender a algumas destas necessidades por meio da reflexoterapia, mas, antes, serão tecidos alguns comentários sobre as necessidades humanas básicas.

3.4 AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: DO MAL-ESTAR PARA O BEM ESTAR

Na Enfermagem, falar de necessidades humanas básicas é falar da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), desenvolvida e publicada por Wanda de Aguiar Horta (1979).

Horta desenvolveu sua teoria a partir da Teoria da Motivação Humana de Abraham Harold Maslow, um psicólogo estadunidense que impulsionou a psicologia transpessoal, acreditando que as necessidades humanas ultrapassavam o limite do ego.

A Teoria da Motivação Humana, desenvolvida por Maslow, em 1943, procura estabelecer uma hierarquia baseada numa escala de valores para as necessidades humanas classificando-as em cinco grupos, conforme a Figura 12:



Fonte: Disponível em: http://dinamehta.com/blog/wp-content/uploads/2007/10/800px-aslows_hierarchy_of_needs.svg.png (adaptado por Arakawa, 2009).

Figura 12: Pirâmide de Maslow

Essa hierarquia de necessidades humanas pode ser entendida como uma forma de estabelecer prioridades. Por exemplo: se se está com sede e com fome, vai-se primeiro arrumar algo para beber, pois é a necessidade principal diante da fome. Porém, se se está com sede, mas não se consegue respirar, a prioridade passa a ser a respiração. Assim, as prioridades vão subindo de patamar na pirâmide (da base ao topo), não só em relação à sobrevivência, mas como a vida em si, na busca da plenitude às necessidades primordiais na vida, visando alcançar o topo da pirâmide: a auto-realização.

Em geral, a necessidade é a dependência do ser vivo em relação a outras coisas ou seres, no que diz respeito à vida ou a quaisquer interesses. Na Antigüidade, Platão parece ter reconhecido o valor da necessidade: esse parece ser o significado da importância por ele atribuída ao amor, que, em *O banquete* (204

d.C.), interpretou em seu significado mais amplo como falta e busca do que falta. (ABBAGNANO, 2007).

Baseada nestes pensamentos, Horta (1979) desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Seu propósito foi explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia científica. Para tal, Horta apoiou-se em leis gerais que regem os fenômenos universais, tais como a lei do equilíbrio, a lei da adaptação e a lei do holismo.

Assim, de acordo com essa teoria, a Enfermagem é um serviço prestado ao ser humano, entendido como:

- * Parte integrante do universo dinâmico, e como tal, sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço.
- * O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia.
- * A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. (HORTA, 1979, p. 28).

Disto resulta que o ser humano, como parte integrante do universo, está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, e se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. Estas são características que lhe conferem unicidade, autenticidade e individualidade. (HORTA, 1979, p. 28).

Como agente de mudança no universo dinâmico, no tempo e no espaço, o ser humano é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. É quando se manifestam as necessidades. Conforme Horta (1979), as necessidades caracterizam-se por estados de tensão conscientes ou inconscientes, por meio dos quais os seres humanos buscam a satisfação para manter seu equilíbrio dinâmico. (HORTA, 1979).

As necessidades não satisfeitas, satisfeitas parcialmente ou inadequadamente trazem algum tipo de mal-estar. Se este estado se prolonga, é causa de doença; ou, atualizando, de agravos à saúde. Assim, “estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço”. (HORTA, 1979, p. 29).

A Enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrio em equilíbrio, por meio do cuidado. Atender às necessidades humanas básicas das pessoas é conferir

bem-estar. “[...] A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais”. (HORTA, 1979, p. 29).

Para a realização desta dissertação, a autora seguiu com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas como pano de fundo, mas o mais fundamental foi a proposta de Benedet e Bub (2001).

Benedet e Bub (2001) reorganizaram as necessidades humanas básicas e atribuíram conceitos para cada necessidade preconizada por Horta. Depois disso, reorganizaram os diagnósticos⁷ da American Nursing Diagnosis Association – NANDA e os alocaram em cada necessidade humana com maior afinidade semântica.

A necessidade, neste caso, recai sobre as proposições: “A necessita de X com o objetivo de alcançar Y”:

De acordo com Per-Erick Liss (1993), neste tipo de proposição ‘A’ representa a pessoa ou a coisa que necessita ou que tem a necessidade de, ou seja, o *sujeito da necessidade*. O ‘X’ representa aquilo que é necessitado ou o *objeto da necessidade*. E, aquilo que ‘A’ necessita (X) com a finalidade de, representa o *objetivo da necessidade*. (BENEDET; BUB, 2001, p. 27).

Foi a partir do convívio e do trabalho realizado com a pessoa em pós-operatório de cirurgia cardíaca que se pôde perceber - e atender - algumas das necessidades levantadas pelas autoras, como será visto nos resultados.

O atendimento das necessidades humanas básicas foi realizado por meio da reflexoterapia de forma integral, buscando o equilíbrio do corpo, mente e espírito como um todo, de maneira a alcançar o melhor estado de bem-estar possível. A partir desta perspectiva - atendimento integral e holístico, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas se relaciona, de certo modo, com a filosofia oriental de cuidado à saúde.

⁷ O diagnóstico de Enfermagem “é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”. (aprovado na 9º. Conferência, 1990. NANDA, 2008, p. 377).

4 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza exploratória e abordagem qualitativa, que explora as percepções dos participantes.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um instituto de cardiologia do Estado de Santa Catarina, escolhido por ser o centro de referência neste Estado em atendimento a pessoas com problemas cardíacos clínicos e cirúrgicos dos mais variados tipos.

Esta instituição é uma unidade de saúde pública estadual, e atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade⁸. Além disso, é também uma instituição de ensino e pesquisa na área da saúde. Ao eleger esta instituição, a intenção foi garantir o tipo de participantes para a pesquisa.

A pesquisa foi realizada no período de pós-operatório em duas unidades do instituto. A primeira foi a UTI, conhecida como Unidade Coronária - local onde as pessoas permanecem por até 72 horas depois de submetidas à cirurgia, dependendo do tipo de cirurgia realizada e da condição dos pacientes. É nesta unidade, durante as primeiras 72 horas, que as pessoas que passam por cirurgia cardíaca sentem mais mal-estar. A segunda foi a Unidade de Internação Cirúrgica, onde se encontravam os pacientes depois da alta da UTI.

O mal-estar é consequência da cirurgia em si, que, por si só, já provoca desconforto físico suficiente, mas também pelo fato de permanecerem em um ambiente que lhes é estranho – a UTI - e que, de acordo com as próprias pessoas internadas, é agitado, inóspito e, por estes motivos, traz insegurança.

⁸ “São princípios do SUS: a universalidade prevê atender a todos, de acordo com suas necessidades, independentemente que a pessoa pague ou não Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento; a equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população; a integralidade é a atuação de forma a não ver a pessoa como um amontoado de partes, mas como um todo que faz parte de uma sociedade.” (SANTA CATARINA. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2002, pp. 12-14).

4.2 PARTICIPANTES, COLETA DE DADOS

Participaram da pesquisa pessoas que realizaram cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica e/ou de troca valvar. O trabalho foi feito enquanto essas pessoas se encontravam internadas na UTI, no seu primeiro dia de pós-operatório⁹, e também depois de receberem alta da UTI, quando já se encontravam de volta ao quarto de internação.

Decidi fazer esta pesquisa a partir do primeiro dia de pós-operatório, porque as pessoas se encontram sem os efeitos da anestesia e, por este motivo, mais conscientes¹⁰ de seu corpo, de suas dores e de suas sensações, além de estarem mais comunicativas. Esta condição facilitou a exploração da percepção destas pessoas acerca da reflexoterapia.

Outra sessão de reflexoterapia foi realizada após a pessoa receber alta da UTI. Esta segunda sessão teve como propósito estimular as recordações da pessoa a respeito da sessão recebida enquanto estava na UTI e, também, servir como uma introdução ou aquecimento para a realização da entrevista. Assim, a idéia inicial era conversar com a pessoa na segunda sessão. Questionar sobre seus sentimentos e percepções acerca da reflexoterapia, pois imaginei que eles e elas já estariam bem mais comunicativos. No entanto, além de ser terapêutica, a reflexoterapia é também relaxante. O fato é que as pessoas se sentiam mais tranqüilas, ficavam caladas e terminavam por dormir durante a sessão. Agora parece óbvio, mas no início não era.

Então planejei para que a entrevista fosse realizada no quarto de internação da pessoa, ou em outro local mais tranqüilo. Neste caso, como a família estava presente, pôde haver participação direta ou indireta do familiar no momento da entrevista.

A entrevista aplicada foi semi-estruturada (Apêndice 1). A intenção foi explorar a percepção das pessoas sobre as sessões de reflexoterapia: quais suas

⁹ O primeiro dia de pós-operatório é referente ao período após as 24 horas da entrada da pessoa na unidade de terapia intensiva até as 48 horas de internação no local.

¹⁰ “Consciência: em geral, a possibilidade que tem cada um de dar atenção aos seus próprios modos de ser e às suas próprias ações, bem como de exprimi-los com a linguagem. (...) uma relação da alma consigo mesma, de uma relação intrínseca ao homem, “interior” ou “espiritual, pela qual ele pode *conhecer-se* de modo imediato e privilegiado e por isso *julgar-se* de forma segura e infalível”. (ABBAGNANO, 2007, p. 217).

sensações, sentimentos, qual a sensação em relação ao bem-estar, enfim, o que havia mudado.

Essas duas sessões de reflexoterapia e a entrevista foram previstas para serem realizadas durante o mês de outubro de 2008, porém, não havia contado com imprevistos durante este período, como o pouco número de cirurgias realizadas. Sendo assim, prolonguei o prazo de coleta de dados até janeiro de 2009, fato que me propiciou passar mais tempo com cada participante.

Além disso, havia estabelecido alguns critérios de inclusão, como, por exemplo, estabilidade hemodinâmica, frequência respiratória compatível com o primeiro dia de pós-operatório, ausência de perdas sanguíneas significativas, estabilidade térmica, falar português, estar consciente e ausência de outras intercorrências.

No total, foram realizados três encontros. O primeiro encontro entre mim e os participantes ocorria nos quartos de internação do próprio instituto, depois da divulgação da lista com os nomes das pessoas que realizariam as cirurgias do dia seguinte. Neste encontro, eu me apresentava, explicava sobre o estudo e mencionava os cuidados éticos tomados para a sua realização, de acordo com o que está relatado no final deste capítulo. Então, perguntava se as pessoas estavam suficientemente informadas, se tinham algo mais a perguntar, e, caso não tivessem, perguntava se gostariam de participar do estudo. Se concordassem, pedia que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Depois desta etapa, buscava informações sobre a pessoa em seu prontuário: nome completo, idade, sexo, endereço, tipo de cirurgia que realizaria, doenças prévias, que entraram na coleta de dados como notas de observação, assim como as que foram obtidas durante a com-vivência com a pessoa no período. (TRENTINI, PAIM, 2004).

O segundo encontro ocorria no primeiro dia de pós-operatório. Eu me comunicava com o enfermeiro ou a enfermeira de plantão para me informar sobre as condições da pessoa, detalhes da cirurgia e principais queixas durante as primeiras 24 horas, além de ler seu prontuário a fim de verificar se sua condição estava de acordo com os critérios de inclusão.

Depois, dirigia-se ao leito e conversava brevemente com a pessoa. Neste momento, além de perguntar como se sentia, incentivava o enfrentamento do momento pelo sucesso da cirurgia realizada e perguntava sobre a disponibilidade de

realizar a reflexoterapia naquele momento.

Antes de iniciar a prática, eu preparava o ambiente. Fechava as cortinas que existem entre os leitos e disponibilizava um biombo aos pés do leito, apagava a luz acima do leito, desligava o mensurador de pressão arterial durante a realização da reflexoterapia e pedia aos profissionais presentes que não realizassem procedimentos durante o período da prática. O preparo do ambiente contribuía para um melhor relaxamento, com menos interferências externas neste processo. Tudo isto era feito para preservar a privacidade e conforto durante a realização da reflexoterapia.

A manutenção da privacidade permite ao indivíduo um sentimento de controle pessoal e expressão de autonomia, favorecendo a reflexão e auto-avaliação, além da liberação social e do contexto situacional para compartilhar informações pessoais. (APPLEGATE, MORSE, 1994). O artigo 5º, parágrafo X, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, prevê que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas”.

Quando uma pessoa sente sua privacidade ameaçada ou mesmo invadida, pode sentir-se constrangida, envergonhada, embaraçada, ou mesmo revoltada. (PUPULIM, SAWADA, 2002). Estes sentimentos podem prejudicar a recuperação real da pessoa pelo desprendimento energético para estes fins, ao invés de a energia concentrar-se para a recuperação. Portanto, preservar a privacidade é mais do que uma questão de dignidade humana, é também uma questão de economia orgânica.

Além destes cuidados, o turno para a realização da prática também foi tomado em consideração. O período escolhido para a primeira sessão de reflexoterapia foi planejado inicialmente para ocorrer no período da tarde, pelo fato deste turno, habitualmente, ter menor fluxo de pessoas e rotinas, fato que teoricamente tornaria o ambiente da unidade mais calmo, aspecto que favorece a relação entre a pessoa e a enfermeira (mestranda) e o relaxamento. Porém, durante a realização da pesquisa, percebi que o período da tarde tinha tantas rotinas quanto o período da manhã, pois a maioria das pessoas admitidas na UTI para o pós-operatório chegava à tarde. É claro que toda a rotina do pós-operatório imediato ficava para este período: Raios X, coletas sangüíneas, som dos ventiladores mecânicos, bips de outros equipamentos e discussão da equipe sobre as condutas a serem tomadas. Tudo isso gerava muito ruído, o qual interferia diretamente no

relaxamento da pessoa que recebia a reflexoterapia. Assim, preferi realizar a prática no período noturno, o que sem dúvida foi uma decisão acertada.

Tanto na sessão de reflexoterapia do segundo encontro, quanto na do terceiro, utilizei a técnica completa, com a duração total média de 45 minutos. A técnica completa consiste em um primeiro período de relaxamento, massageando e alongando os pés, fazendo com que a pessoa solte a musculatura. Durante esta fase, conversava com a pessoa para favorecer a confiança, e possibilitar relaxamento adequado. Este período variava de pessoa para pessoa, mas geralmente havia uma breve resistência, que logo se revertia em total relaxamento.

Depois disso, iniciava a técnica da reflexoterapia propriamente dita, que consistia em massagens específicas nos pontos de ambos os pés, conforme foi relatado na revisão de literatura. Porém, havia algumas diferenças sobre o tempo despendido na pressão de certos pontos, dependendo de como cada pessoa se sentia. Para algumas pessoas, os pontos reflexos dos intestinos foram estimulados por mais tempo que outros, e assim por diante. Nos resultados, utilizei um diagrama dos pés (Anexo 2), que apresenta o que foi realizado com maior atenção a cada pessoa, detalhadamente.

E, para finalizar, era feita uma massagem com creme, na qual era priorizada a ativação da circulação. Neste momento, todas as pessoas que participaram da pesquisa encontravam-se dormindo.

Cerca de 5 minutos antes de iniciar a sessão de reflexoterapia, verificava os sinais vitais da pessoa, e repetia esta medição cerca de 20 minutos após seu início e ao final da prática. (HAYES, COX, 1999). A verificação dos sinais vitais tinha a intenção de obter informação a respeito das reações da reflexoterapia no organismo de quem realizou uma cirurgia cardíaca.

Na literatura, há controvérsias em relação à reação da reflexoterapia sobre os sinais vitais. De um lado, aparecem estudos que demonstram não ocorrerem modificações significantes em qualquer sinal vital. (HATTAN, KING, GRIFFITHS, 2002; STEPHENSON, WEIRINCH, TAVKOLI, 2000). Já outros autores mencionam que há modificações significativas na frequência respiratória e cardíaca e na medida da pressão arterial, ou em, pelo menos, uma delas. (MAK *et al.*, 2007; HAYES, COX, 1999). Porém, nenhum desses estudos foi feito com pessoas em pós-operatório de cirurgia cardíaca. E, mesmo tendo estudos que demonstram alteração da pressão arterial com a reflexoterapia, este dado foi excluído da verificação pelo fato de ser

um procedimento incômodo e que afetaria o relaxamento da pessoa. Por este motivo, foram incluídas apenas as frequências respiratória e cardíaca e, na UTI, a saturação de oxigênio.

O terceiro encontro aconteceu no quarto de internação, após a alta da UTI. Neste encontro, realizei uma segunda sessão de reflexoterapia completa e uma entrevista semi-estruturada, focando a percepção da pessoa sobre a reflexoterapia recebida em relação às suas necessidades básicas e ao bem-estar, sensação e humor.

Para realizar a entrevista, aguardava em torno de uma hora, para que a pessoa despertasse e pudesse conversar sobre suas percepções, pois todos os participantes se encontravam dormindo ao término da sessão.

Nas duas sessões, foram registrados, em notas de observação, dados sobre: coloração da pele, temperatura das extremidades corporais, relaxamento muscular corporal e expressão facial, além das “impressões, sentimentos, ações que considerei importantes”. (TRENTINI, PAIM, 2004, p. 93).

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Foram coletadas informações para melhor conhecimento da pessoa participante. Esta coleta consistiu em busca de alguns dados, tanto através da própria pessoa como por seu prontuário. Os dados obtidos foram: nome, idade, sexo, endereço, tipo de cirurgia, número de cirurgias cardíacas realizadas.

Para a entrevista semi-estruturada, com algumas questões norteadoras (Apêndice 1), utilizei um gravador digital por ter um resultado audível de melhor qualidade.

Explicarei, a seguir, como foi realizado o método de análise dos dados.

Todos os dados foram transcritos no mesmo dia em que ocorria a coleta, para que pudessem ser complementadas com as minhas percepções. Foram organizados em tabela eletrônica, identificando cada pessoa. Os temas emergiram conforme foram sendo realizados os quadros com todos os dados de cada pessoa.

Para apresentar os resultados da pesquisa realizada, tracei o perfil dos participantes através de uma análise horizontal das informações colhidas

principalmente de seus prontuários, para, em seguida, associar com o restante dos dados – observados por mim durante as sessões de reflexoterapia e originados pelas entrevistas.

A análise horizontal dos dados incluiu os dados sobre sexo, idade, profissão, tipo de cirurgia realizada, número de cirurgias anteriores, contato com práticas naturais, data da internação e em que a saúde mostrava-se debilitada anteriormente à cirurgia, de todos os participantes.

Depois disso, fiz uma análise vertical, tomando em consideração as notas de observação, os diagramas dos pés, feitos antes e depois de cada sessão de reflexoterapia (ao todo, dois por paciente), e a entrevista. Por meio desse tipo de análise, sugerida por Polit e Hungler (1997), pude identificar os principais temas sobre as percepções dos participantes acerca da reflexoterapia, tomando em consideração a satisfação das necessidades humanas básicas e a sensação de bem-estar.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A fim de seguir as normas éticas e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de dissertação foi encaminhado, juntamente com uma carta de pedido de avaliação do projeto (Apêndice 3), ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do instituto onde o trabalho foi realizado, o qual é vinculado ao SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa), não sendo, por este motivo, o projeto submetido ao CEP da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

A aprovação para a realização da pesquisa se deu em nove de outubro de 2008, com o parecer consubstanciado nº 075/2008. Houve o compromisso da mestrandia em cumprir a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções do âmbito de pesquisas envolvendo seres humanos, além de apresentar um relatório final ao CEP do instituto, assim como aos sujeitos da pesquisa, bem como torná-lo público, independente de resultados positivos ou negativos (Anexo 3).

Em relação aos aspectos éticos regidos pelo CNS, estão: a autonomia de participação na pesquisa, a garantia de maiores benefícios e mínimos malefícios, o

respeito à cultura e valores pessoais, a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o resguardo da identidade dos participantes.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a reflexoterapia e consultados sobre o desejo de participação voluntária no estudo. Em todos os casos positivos de participação, as pessoas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.

Além disto, a identidade pessoal foi mantida em sigilo, sendo divulgados, neste trabalho, pseudônimos escolhidos pelos próprios participantes, dando autonomia a eles, assim como um tom lúdico que remetia sempre a histórias do porquê das escolhas daqueles nomes próprios.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa seis pessoas. Dos participantes, cinco eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Este resultado não pode ser considerado como sendo maior a prevalência do sexo masculino em relação ao sexo feminino em doenças cardiovasculares, pois reflete o resultado de cirurgias ocorridas durante o período de estudo, que é realizado a partir das prioridades e disponibilidades cirúrgicas, e não pela escolha equilibrada de gênero.

Em relação à idade, três tinham menos que 50 anos e três apresentavam idade superior a 50 anos. Dentre os que tinham idade inferior a 50, dois tinham menos que 40 anos. Observei que os dois mais jovens (menos de 40 anos) apresentavam-se mais ansiosos no período pré-operatório do que os mais velhos, os quais se apresentavam mais tranquilos em relação à cirurgia. É claro que a idade, como um fator isolado, não pode ser considerada como preditor de mais ansiedade. De qualquer forma, considerei interessante, mesmo sem condições de concluir.

De igual forma, considerei interessante registrar que o tempo de espera pela cirurgia constitui-se num fator gerador de ansiedade pré-operatória. Foi o caso de um dos participantes que estava há dois meses internado à espera da cirurgia. Esta pessoa apresentava dificuldades para dormir e fazia uso de ansiolítico para se tranquilizar. Dos outros participantes, um estava há menos de um mês e quatro estavam internados há aproximadamente um mês.

O tempo de internação prolongado causa, além de ansiedade, preocupações – com o lar, a família, os negócios –, cansaço pela modificação dos hábitos cotidianos, pela rotina hospitalar, gerando estresse emocional.

Todos os participantes tiveram que deixar, além de seus lares, seu trabalho, para poderem permanecer internados. Todos são trabalhadores do setor terciário da economia (prestação de serviços), procedentes do interior do Estado ou Grande Florianópolis. Todos os seis são casados.

Das cirurgias realizadas, três foram de revascularização do miocárdio e três

de troca valvar, sendo uma de troca valvar aórtica, uma troca valvar mitral e uma de troca valvar tricúspide. Quase todos os participantes estavam fazendo a primeira cirurgia cardíaca, exceto um, que fez a quarta.

Quanto mais cirurgias cardíacas a pessoa faz, maiores são os riscos de complicações no período pós-operatório. E este caso não foi exceção neste sentido. Do total de participantes, quem realizou a quarta cirurgia teve recuperação mais demorada.

O fato de ser a cirurgia cardíaca a primeira a ser realizada na vida de uma pessoa gera mais ansiedade que outras cirurgias gerariam? Não consegui responder a isto, já que, entre os participantes que realizaram a primeira cirurgia de suas vidas, havia pessoas que se encontravam tranquilas e outras bastante ansiosas antes de realizá-la. De qualquer forma, a ansiedade é um estado de humor freqüente no período pré-operatório.

E quais as maiores queixas destas pessoas após a cirurgia?

No primeiro dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca, as pessoas se apresentavam de maneira semelhante: todos sentiam dor na região da incisão cirúrgica e na região do(s) dreno(s) torácico(s), em intensidades diferentes, dependendo da sensibilidade de cada pessoa. Também foi geral a sensação de cansaço, agora por outro motivo: o pouco tempo de sono que estavam tendo, relatando ainda que, quando ocorria de dormirem, o sono era muito leve. Despertavam por qualquer motivo, principalmente pela hiperatividade da UTI.

A chegada constante de pessoas pós-operadas, o entra e sai do pessoal da farmácia, do laboratório, dos raios-X, anestesistas, copeiros, faz da UTI uma unidade muito movimentada, o que contribui para o aumento do ruído que já existe pelos diversos aparelhos que são necessários para satisfazer as necessidades das pessoas em pós-operatório.

Mesmo que a pessoa feche os olhos e relaxe, a energia do ambiente é de movimento – há muitas partículas em movimento, e isto é perceptível pela sensação de peso, por mais que diminuam os ruídos. De qualquer modo, há a possibilidade de melhorar em muitos aspectos. Alguns detalhes como, por exemplo, apagar a luz acima do leito enquanto não estiver sendo realizado nenhum procedimento, puxar a cortina enquanto estiver realizando procedimentos com a pessoa do leito ao lado, realizar cuidados ou procedimentos mais delicadamente - principalmente se a pessoa estiver dormindo, diminuir o tom de voz entre os funcionários -

principalmente em conversas que não estão relacionadas com a rotina da unidade, e assim por diante. Observei que estas pequenas ações, não realizadas, prejudicaram o relaxamento da pessoa que recebia a reflexoterapia.

Após a alta da UTI, as pessoas apresentavam melhora das dores, mas sentiam outros desconfortos. Alguns eram comuns a todos e outros individuais. As queixas mais freqüentes neste período eram: dificuldade de eliminação intestinal e desconforto respiratório. A intensidade destas queixas estava ligada à sensibilidade individual de cada pessoa.

Nas duas sessões de reflexoterapia realizadas, o propósito foi atender às necessidades básicas de cada pessoa. Apesar de a reflexoterapia atingir todos os pontos reflexos dos pés, trabalhei mais os pontos que pudessem atender ao bem-estar para cada desconforto individual que era relatado à mim. Além disto, se eu percebesse sensação dolorosa em algum ponto específico do pé, detinha-me um pouco mais nele.

Ainda reforço que a reflexoterapia não é separada biomedicamente, pois vai além de massagens em pontos específicos a cada órgão. A reflexoterapia é, acima de tudo, um processo em que o todo pode ser atendido por partes, mas o cuidado do todo é diferente do que a soma destas partes.

5.2 REFLEXOTERAPIA CASO A CASO

A parte que apresentarei a seguir corresponde também – juntamente com as características dos participantes - à análise horizontal dos dados, ou seja, apresentarei os dois momentos de reflexoterapia em cada um dos pacientes. Em cada caso, será apresentado o diagrama dos pés, onde estão selecionados os pontos que foram mais trabalhados, tanto na primeira sessão de reflexoterapia, quanto na segunda. Segue também uma breve explicação do porquê despendi mais atenção em tais pontos.

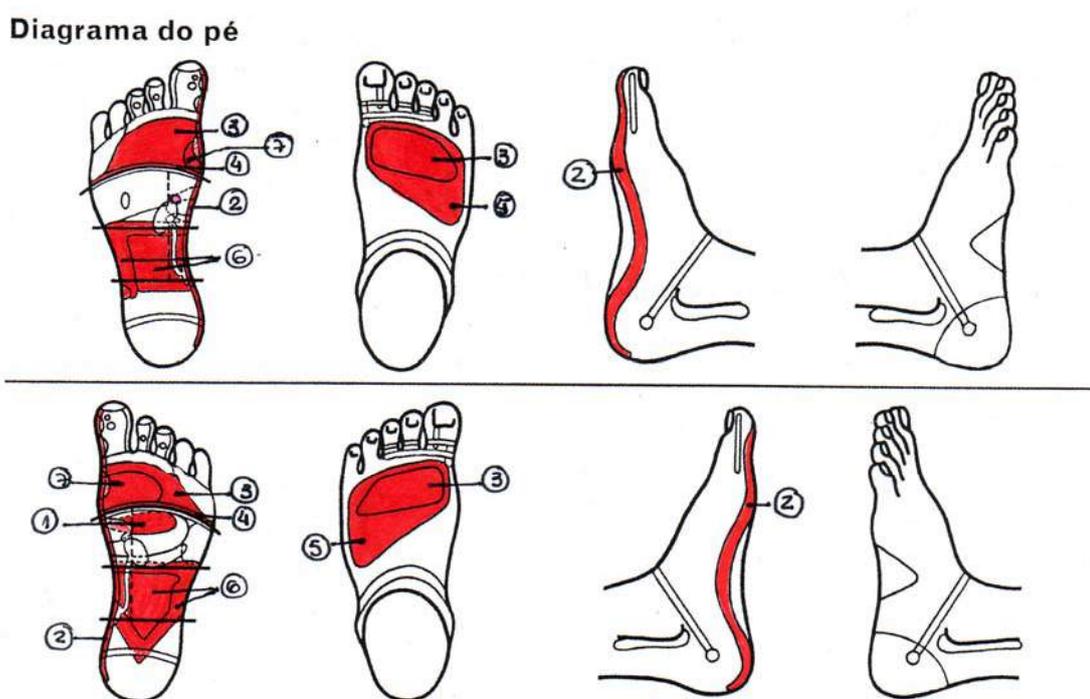
O CASO DE RAIMUNDO

1ª sessão de reflexoterapia

Raimundo, participante de mais de 50 anos, procedente da Grande

Florianópolis, fez cirurgia de revascularização após um infarto agudo do miocárdio acontecido há alguns meses.

No dia da primeira sessão de reflexoterapia, Raimundo estava bastante agitado, sentindo muito desconforto pela imobilização no leito, já que a cirurgia o impedia de movimentar-se para qualquer lado, tendo que permanecer em decúbito dorsal durante todo o tempo. Para que se sentisse mais calmo e diminuísse seu desconforto, detevi-me mais tempo nos pontos do **plexo solar** (1) e da **coluna vertebral** (2) (Figura 13).



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 13: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008

Além disto, Raimundo permanecia com cateter de oxigênio a 2 litros/minuto, para auxiliar na oxigenação durante o tempo em que ainda sentia alguma dificuldade em respirar adequadamente. Raimundo também sentia vontade de tossir, mas apresentava resistência de fazê-lo devido à dor sentida na região do tórax pela incisão cirúrgica e drenos torácicos. Assim, também despendi mais tempo de

massagem nos pontos reflexos aos **pulmões** (3), para que o ajudasse a expelir secreções, e também no ponto do **diafragma** (4), para que este tivesse um maior relaxamento e auxiliasse numa respiração mais tranqüila. Também, pela dor sentida na região torácica, realizei uma massagem no ponto reflexo à **caixa torácica** (5), para que auxiliasse na diminuição da dor sentida nesta região.

Devido à anestesia, o peristaltismo fica diminuído na pessoa no pós-operatório, o que me fez dar mais atenção aos pontos dos **intestinos** (6).

O ponto mais importante de toda a reflexoterapia realizada foi o ponto **cardíaco** (7), pela condição cirúrgica, fato que auxilia no processo de reparação tecidual, assim como no sistema cardiocirculatório. (GILLANDERS, 2008).

Estes pontos aparecem basicamente em todas as pessoas que participaram da pesquisa no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Portanto, nos diagramas seguintes, explicarei somente os pontos que aparecerem diferentes destes, ou se minha atenção a estes mesmos pontos tiver ocorrido por outros motivos, que não os discutidos no caso de Raimundo.

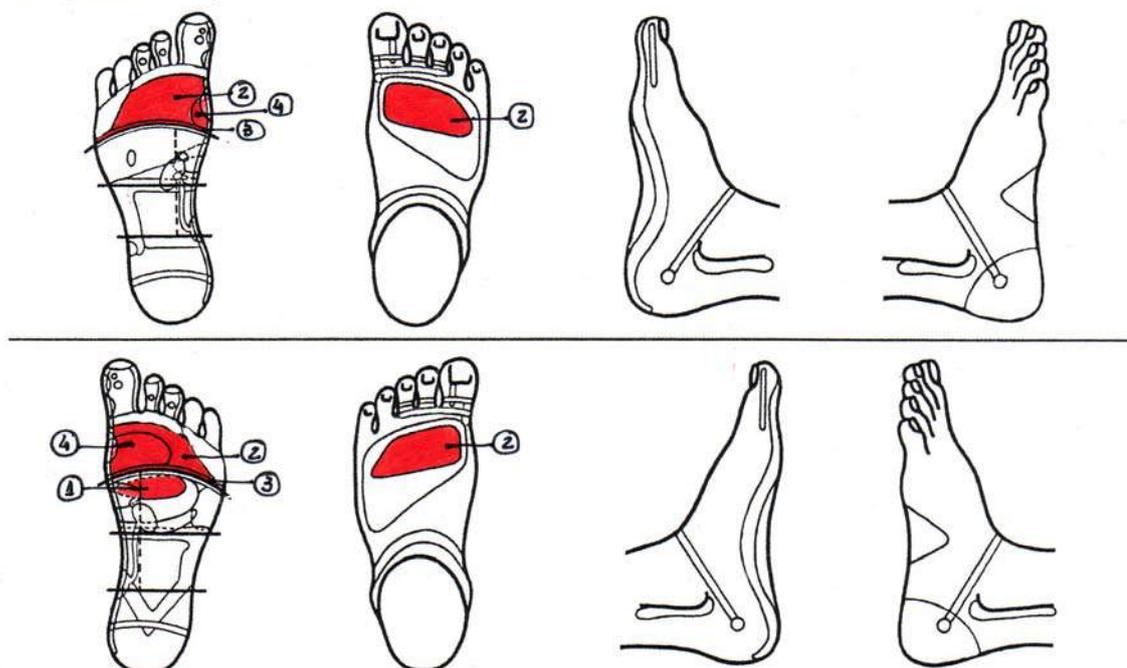
Raimundo, ao término da primeira sessão, encontrava-se mais relaxado, conseguindo obter sono profundo, o que não conseguia realizar devido a sua ansiedade em relação à pouca movimentação no leito. Também teve uma melhora considerável da saturação de oxigênio: de 92%, no início da sessão, para 96%, ao final dela.

2ª sessão de reflexoterapia

Nesta sessão, Raimundo não se queixou de dores, mas apresentava intensa dispnéia e agitação.

Então, neste dia, dei mais atenção aos pontos do **plexo solar** (1), dos **pulmões** (2) e **diafragma** (3), além do ponto do **coração** (4), pela recuperação do processo cirúrgico.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 14: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008

Após a segunda sessão, Raimundo encontrava-se relaxado, com diminuição da dispnéia sentida anteriormente à prática. A agitação apresentada de início diminuiu, fazendo-o dormir nos períodos finais da sessão. Apresentou diminuição da frequência cardíaca pela maior tranquilidade conseguida: de 77 batimentos por minuto (bpm), para 68 bpm.

O CASO DE CÂNDIDA

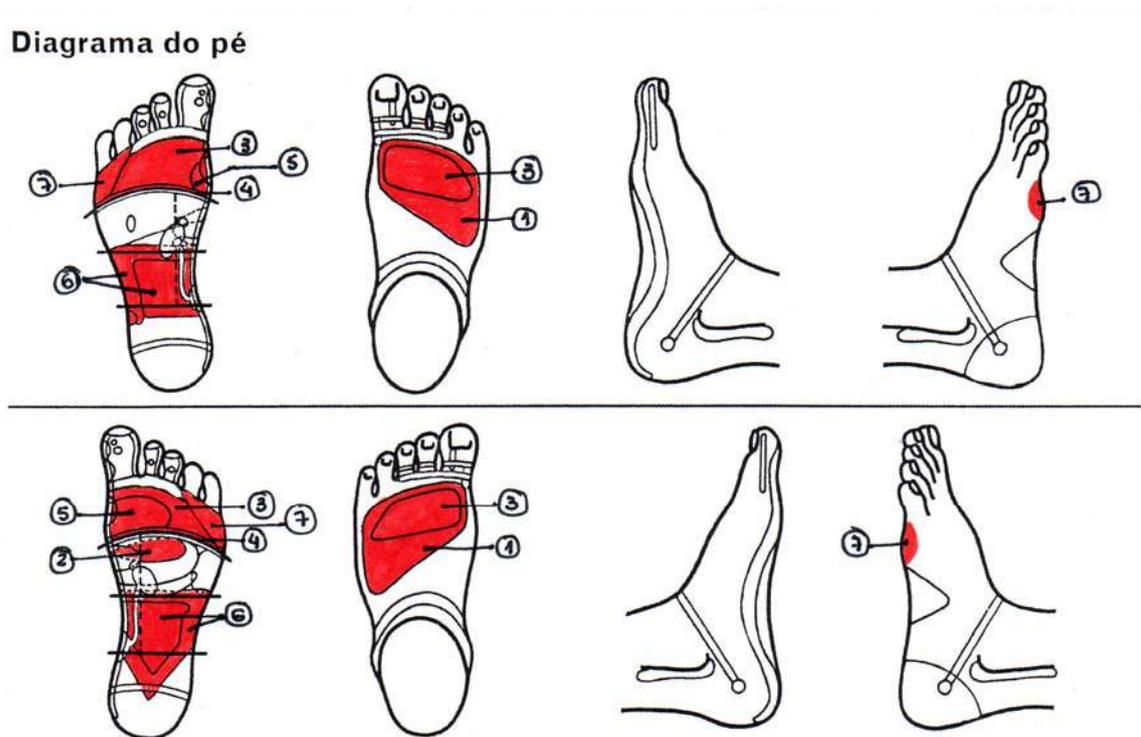
1ª sessão de reflexoterapia

Cândida, com idade inferior a 50 anos, procedente do meio-oeste de Santa Catarina, foi a participante que permaneceu mais tempo internada na unidade à espera da cirurgia, uma troca de válvula tricúspide. Esta foi sua quarta cirurgia cardíaca.

Na primeira sessão de reflexoterapia, Cândida apresentava-se com feição e

queixa de muita dor na região torácica. Antes da cirurgia, Cândida também apresentou sintomas depressivos, provavelmente pelo extenso período de hospitalização à espera da cirurgia. Portanto, além dos pontos da **caixa torácica** (1) e do **plexo solar** (2), mais estimulados devido às condições, me detive também nos pontos dos **pulmões** (3), **diafragma** (4), **coração** (5) e **intestinos** (6) – pois, além da diminuição peristáltica, Cândida tinha história de hemorróidas pelo trânsito intestinal debilitado.

Cândida se queixava de dores nos ombros, provavelmente pela posição em que permanecia constantemente. Neste caso, realizei uma massagem mais pontual no ponto reflexo à região dos **ombros** (7).



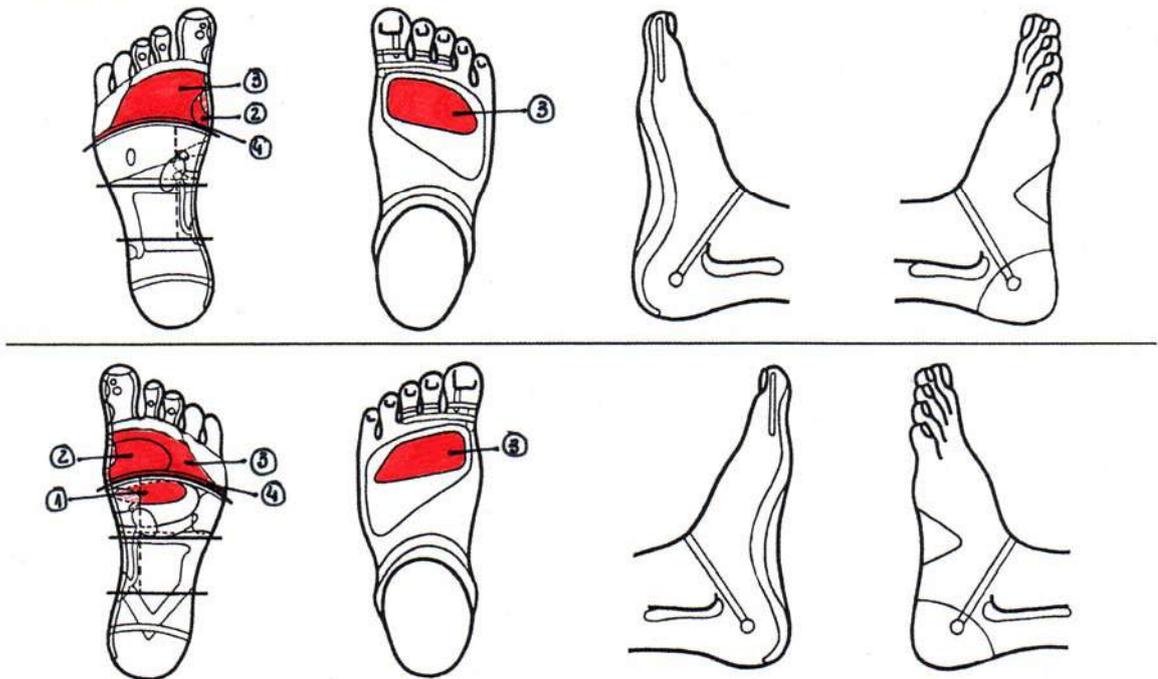
Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 15: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008

Ao término da primeira sessão, Cândida encontrava-se dormindo, com sinais vitais sem modificações significantes, porém, apresentava feição de tranquilidade.

2ª sessão de reflexoterapia

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 16: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008

Nesta sessão, Cândida encontrava-se, de maneira geral, bem melhor do que a encontrei no primeiro dia de pós-operatório. Além de aparentar feição mais relaxada e mais contente, não se queixou de dor, apenas de intensa tosse, que era prejudicada pelo medo de tossir devido às suturas na região da incisão torácica mediana e dos drenos torácicos. Por este motivo, dei mais atenção aos pontos do **plexo solar** (1) - pela ansiedade nos episódios de tosse -, **coração** (2), **pulmões** (3) e **diafragma** (4).

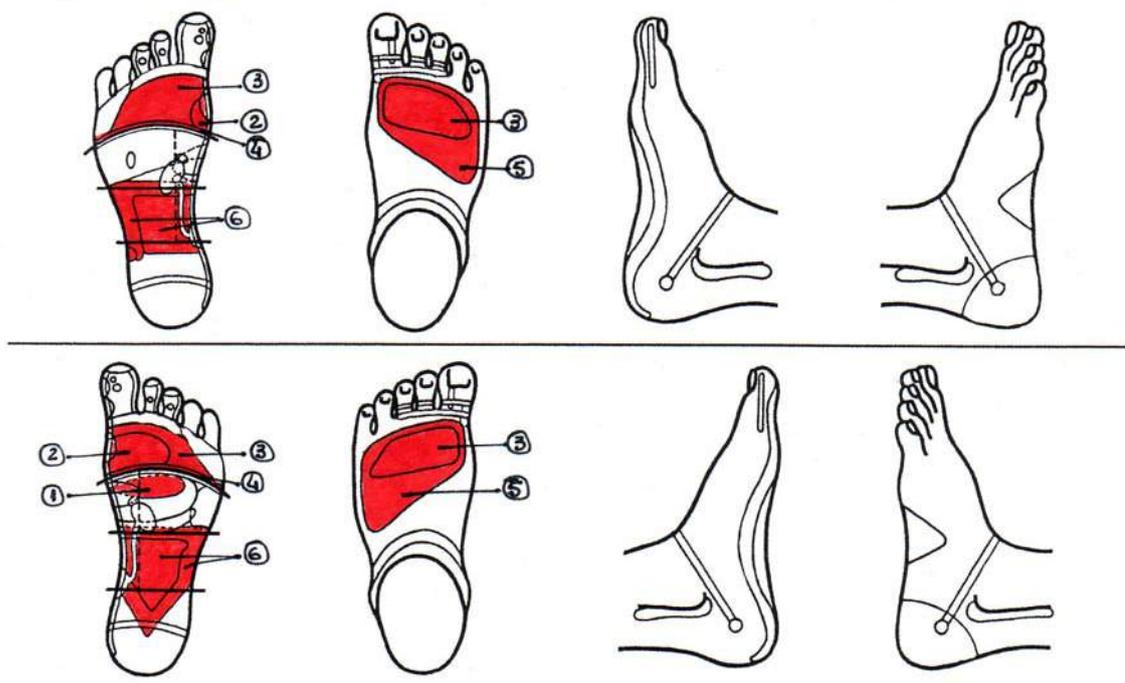
Cândida, na segunda sessão, elogiou a reflexoterapia realizada enquanto estava na UTI e disse ter-lhe ajudado com a diminuição da percepção dolorosa. Dormiu durante todo o período da sessão, sem apresentar episódio de tosse, aparentando maior relaxamento, o que se apresentou na diminuição da frequência cardíaca: de 66 bpm, ao início da sessão, para 57 bpm.

O CASO DE CARLOS

1ª e 2ª sessões de reflexoterapia

Carlos era o mais novo dos participantes da pesquisa, com idade inferior a 40 anos. Reside em Florianópolis, e esta foi a primeira cirurgia de sua vida, uma troca valvar aórtica, acometida devido a uma febre reumática que teve na adolescência.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 17: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas nas primeira e segunda sessões. São José/SC. 2008

O caso do Carlos foi o único em que manteve o mesmo diagrama nas duas sessões. Carlos apresentou queixas semelhantes na primeira e segunda sessões, por este motivo não houve mudança.

Carlos apresentou intenso nervosismo nos dias que antecederam a cirurgia. A presença da autora no Centro Cirúrgico, antes dos procedimentos, fez com que seu

nervosismo diminuísse um pouco, possivelmente pelo fato de ser alguém conhecido para ele num ambiente estranho e com muitas pessoas desconhecidas.

No primeiro dia de pós-operatório, Carlos apresentava queixa e feição de dores. Foi um dos que tinham mais sensibilidade à dor. Os pontos mais trabalhados, neste dia, foram: **plexo solar** (1), pelo constante nervosismo e ansiedade que apresentava, **coração** (2), **pulmões** (3), **diafragma** (4), **caixa torácica** (5) e **intestinos** (6) (Figura 8).

Os mesmos pontos foram mais trabalhados na segunda sessão de reflexoterapia, já que Carlos apresentava feição de tristeza e preocupação com o que poderia acontecer no período pós-operatório. Apresentava tosse e relatou que sentiu “movimentos dentro da barriga”, e que havia sentido isso já na primeira vez, apresentando flatulência em seguida.

Nas duas sessões, Carlos foi quem apresentou mais demora em atingir maior relaxamento. Porém, dormiu durante as sessões, ainda que tenha sido sono leve. Na primeira sessão, teve uma considerável diminuição da frequência cardíaca: de 90 bpm para 83 bpm. Na segunda sessão, esta diminuição também permaneceu, apresentando, no início da sessão, batimentos cardíacos de 80 por minuto; ao final da sessão, apresentava-se com 75 bpm. Apesar de discreta, considerei a conquista de um maior relaxamento e menor ansiedade, observada por seu comportamento mais tranqüilo (desaceleração do ritmo da fala) e relatada pelo próprio Carlos.

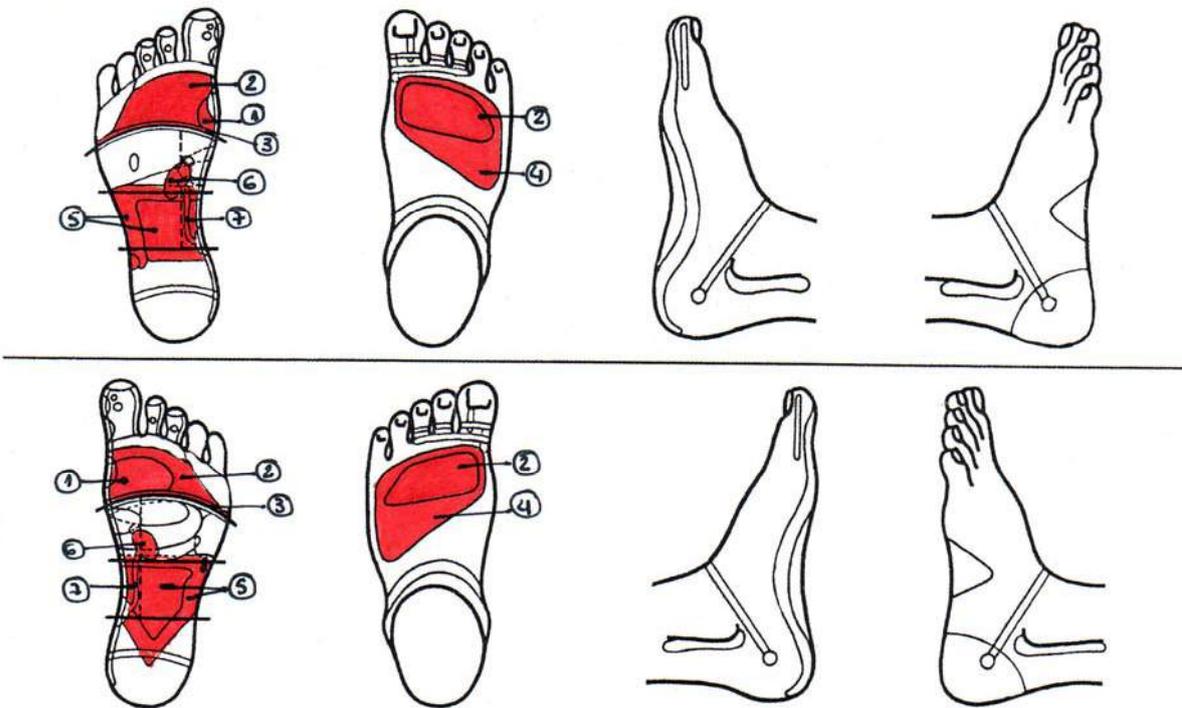
O CASO DE GUSTAVO

1ª sessão de reflexoterapia

Gustavo, senhor de idade superior a 50 anos e procedente de Florianópolis, internou-se no instituto para realizar a cirurgia de troca de válvula mitral. Já havia realizado uma cirurgia de hérnia anteriormente. Além das condições comuns a todos os outros participantes, Gustavo apresentava baixo volume de diurese por sonda vesical de demora.

Desta forma, além de trabalhar os pontos relacionados ao **coração** (1), **pulmões** (2), **diafragma** (3), **caixa torácica** (4) e **intestinos** (5), me detive também nos pontos reflexos aos **rins** (6) e ao **ureter** (7), para possibilitar o estímulo de eliminação de líquidos do sistema urinário, assim como do sistema linfático como um todo.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 18: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008

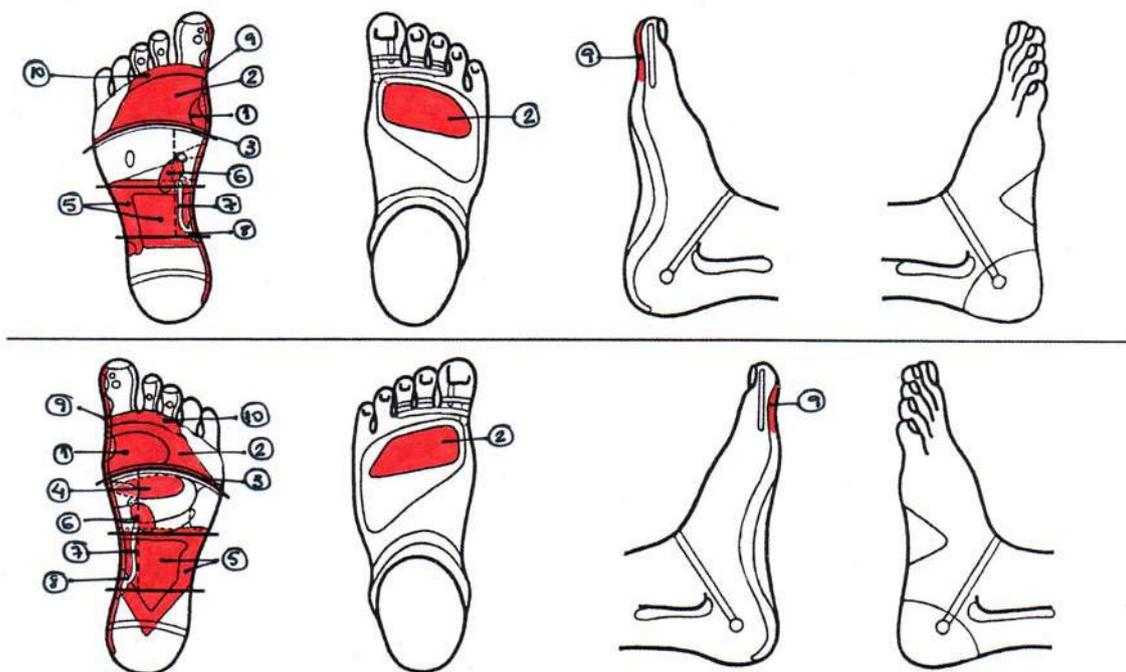
Ao final da primeira sessão, Gustavo despertou de um sono leve que obteve durante a reflexoterapia e não apresentou modificações significativas nos sinais vitais.

2ª sessão de reflexoterapia

Na segunda sessão, após a alta da unidade de UTI, Gustavo pareceu aparentemente bem, tranqüilo e sorridente, porém relatou ter passado mal algumas horas antes. Gustavo sentiu forte mal-estar por não conseguir eliminar o conteúdo vesical e intestinal. Neste momento, teve sudorese intensa, indisposição e forte desconforto abdominal. Em relação à diurese, sentia-se melhor, pois haviam lhe passado uma sonda vesical de alívio para que pudesse eliminar todo o conteúdo que permanecia retido. Porém, não havia evacuado até o momento em que foi

encontrado por mim.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 19: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008

Diante destas condições, além dos pontos do **coração** (1), **pulmões** (2), **diafragma** (3), dediquei maior tempo aos pontos do **plexo solar** (4), por apresentar-se irritado após relatar a situação, além dos pontos relacionados aos **intestinos** (5), **rins** (6), **ureter** (7) e, principalmente, à **bexiga** (8), também pela história de gota que apresentava (Figura 10).

Gustavo não havia falado, mas sua filha relatou que ele sentia dores fortes na região do pescoço, o que me fez massagear mais o ponto reflexo da **coluna cervical** (9) e **pescoço** em si (10), a fim de auxiliar na diminuição da dor sentida.

Gustavo foi, além do participante que passou pela quarta cirurgia, o que apresentou alguns sinais de distúrbio orgânico, após sua alta da UTI. Por este motivo, o gráfico da primeira sessão apresenta-se mais enxuto que o da segunda, apesar de que, nos dois momentos, todos os pontos foram trabalhados.

Apesar das condições desfavoráveis, como irritação, desconforto e dores, Gustavo permaneceu em sono profundo durante toda a sessão e, mesmo após seu término, continuou dormindo por mais uma hora. Sua filha disse que ele não tinha conseguido dormir daquela forma desde que havia chegado ao quarto (após a UTI).

Gustavo, com o maior relaxamento, conseguiu frequências cardíaca (FC) e respiratória (FR) diminuídas:

FC: antes, 68 bpm; após, 60 bpm.

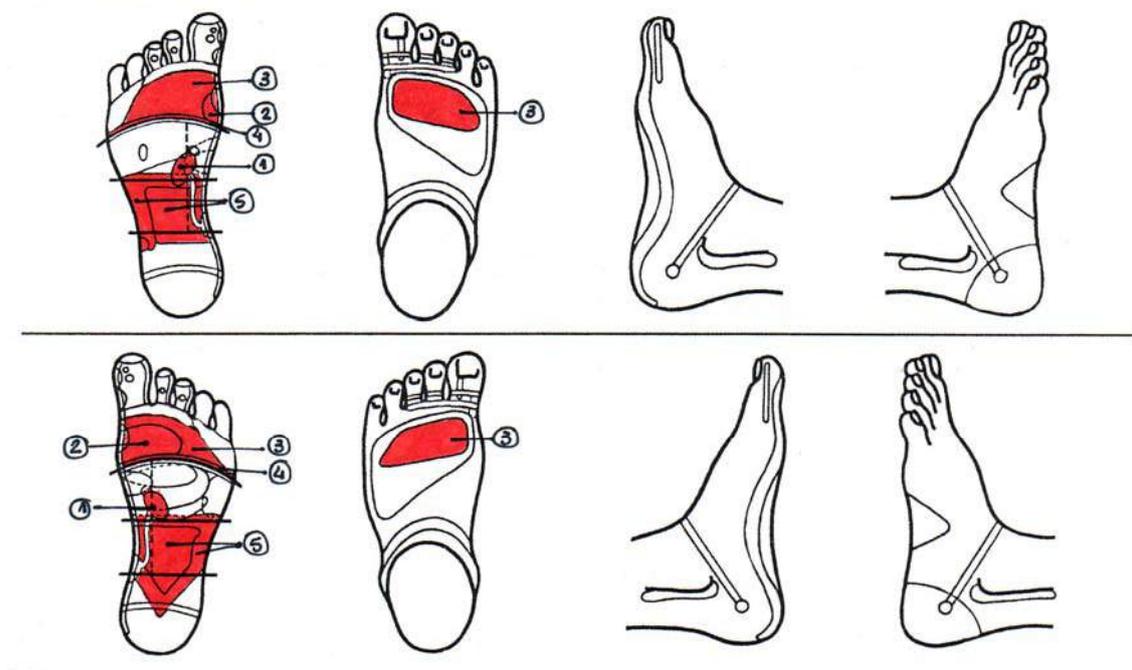
FR: antes, 18 mpm; após, 14 mpm.

O CASO DE RAFAEL

1ª sessão de reflexoterapia

Rafael é um senhor tranqüilo, de mais de 50 anos. Também procedente de Florianópolis, realizou a cirurgia de revascularização do miocárdio e foi o único participante que mencionou ter utilizado a fitoterapia.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 20: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na primeira sessão. São José/SC. 2008

Rafael foi o participante que apresentou melhor recuperação e mais tranquilidade. Já se apresentava assim antes da cirurgia e permaneceu deste modo durante todo o período pós-operatório. Apresentou apenas queixa de um pouco de dor no membro inferior esquerdo, onde havia realizado a safenectomia parcial para realizar a revascularização do miocárdio, sendo que, após a reflexoterapia, relatou não sentir mais dor.

Portanto, realizei a reflexoterapia de forma completa, dando mais atenção aos pontos que pudessem proporcionar melhor recuperação, visando atender às necessidades básicas no período pós-operatório e também no ponto reflexo dos **rins** (1), pela história de gota que apresentava.

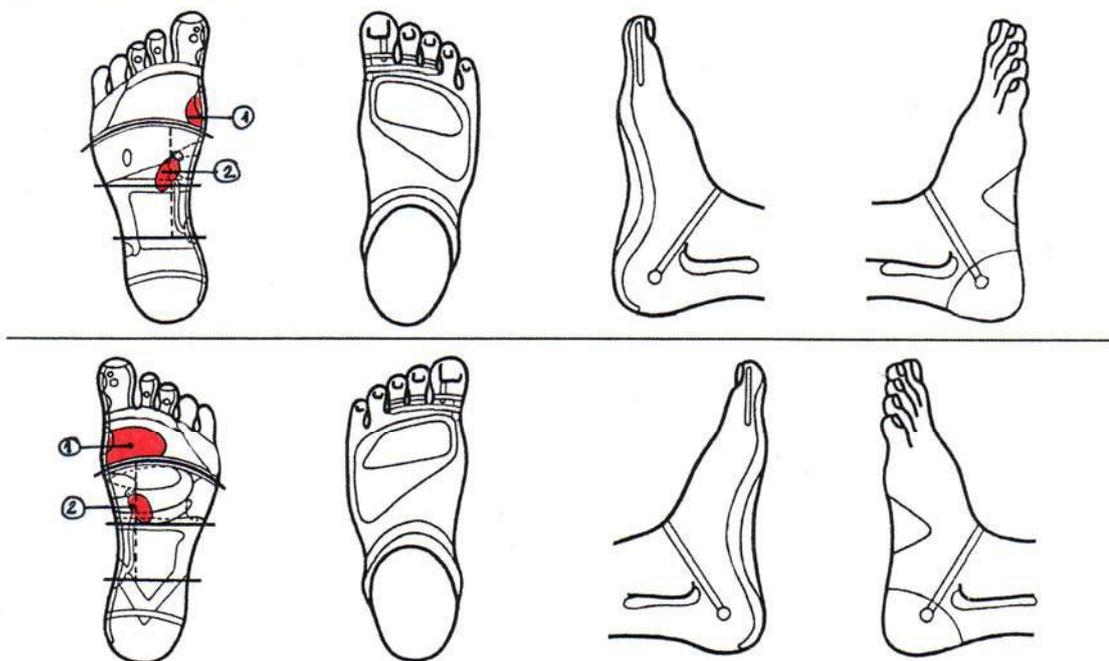
Os pontos mais trabalhados foram: **coração** (2), **pulmões** (3), **diafragma** (4) e **intestinos** (5) (Figura 21).

Rafael, ao término da primeira sessão, encontrava-se dormindo, com feição relaxada, com diminuição perceptível da frequência respiratória, indo de 22 movimentos por minuto (mpm) para 16 mpm.

2ª sessão de reflexoterapia

Na segunda sessão de reflexoterapia, Rafael encontrava-se ainda mais tranquilo, deambulante e sem nenhuma queixa de dor.

Diagrama do pé



Fonte: GILLANDERS, 2008.

Figura 21: Diagrama das regiões plantar, dorsal, laterais interna e externa dos pés, demarcando as áreas mais estimuladas na segunda sessão. São José/SC. 2008

Despendi mais tempo no ponto reflexo do **coração** (1) e dos **rins** (2), não só pela história de gota, mas por ter percebido uma sensibilidade maior de Rafael enquanto pressionava este ponto.

Rafael, que já havia apresentando relaxamento nos primeiros dias de pós-operatório, relatou sentir calma e uma “sensação boa” durante a reflexoterapia. Dormiu durante toda a sessão e, apesar de não apresentar modificações significativas em seus sinais vitais, disse “sentir” ter diminuído sua frequência cardíaca.

5.3 SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES

A satisfação das necessidades foi possível através da técnica de reflexoterapia, a qual pôde proporcionar aos seis participantes passarem de um estado de mal-estar para um estar melhor.

As necessidades atendidas serão exploradas a seguir.

5.3.1 Da ansiedade ao relaxamento



Fonte: Diagrama construído a partir do conceito de necessidade de Liss (1993).

Figura 22: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.

As pessoas com doença cardíaca, além das manifestações da disfunção do coração, sofrem também pelo impacto psicológico provocado pela doença.

A ansiedade, entendida aqui como uma emoção geradora de sofrimento, é subjetiva e não se projeta a um objetivo específico; é provocada pelo desconhecido e precede todas as novas experiências. (STUART, LARAIA, 2001).

De acordo com o pensamento de Nordenfelt (1993), a ansiedade é um estado de humor e, como tal, não é específica, mas surge a partir de sentimentos e sensações provocadas por estas novas experiências, ou mesmo experiências já conhecidas, que podem gerar insegurança e/ou ameaça à integridade da pessoa.

No caso deste estudo, a cirurgia cardíaca e suas conseqüências constituem-se nessas novas experiências na vida de uma pessoa, e a ansiedade é percebida tanto no período que a antecede como naquele que a sucede.

Um estudo realizado por Hoyer *et al.* (2008) comprova que este nível de ansiedade continua elevado, mesmo após a cirurgia cardíaca, e tem relação com as restrições impostas neste período. Cito, como exemplos, o fato de não poder se movimentar bruscamente, necessitar de auxílio para fazer alguns movimentos, não poder dirigir veículos, não fazer força, e assim por diante. Estas restrições deixam a pessoa parcialmente dependente de outros (profissionais, familiares, ou outros cuidadores).

Os participantes deste estudo encontravam-se ansiosos por motivos distintos: queriam que a dor acabasse, tinham medo de se mexer, consideravam as informações insuficientes e estavam preocupados com a família e o emprego. De qualquer modo, o que irá acontecer em suas vidas depois de recuperadas, eu, como enfermeira, não tenho como influenciar, mas o fato é que tenho a responsabilidade e o dever moral e profissional de contribuir para que a pessoa passe pelo período pós-operatório da melhor forma possível e siga sua vida com as próprias pernas, isto é, com autonomia e liberdade.

Neste estudo, as sessões de reflexoterapia contribuíram para que a ansiedade diminuísse e a pessoa se sentisse mais relaxada durante algum tempo depois das sessões. A reflexoterapia induz à percepção de relaxamento profundo do corpo, da mente e do espírito. O relaxamento alivia os sintomas inquietantes de dor, acalma, proporciona mais sensibilidade, aguça os sentidos e produz a sensação de paz interior. (GILLANDERS, 2008; VENNELLS, 2003).

É como comentou Rafael depois da segunda sessão de reflexoterapia:

Aahhh... é uma coisa boa. A gente sente uma paz, uma tranqüilidade... é uma coisa subindo desde a perna, ali onde tu fizeste a massagem, até aqui em cima. (Rafael).

E Gustavo gostou tanto, que brincou “pedindo mais”:

Se tivesse todo dia pra fazer, a pessoa se relaxava ainda mais. (Gustavo).

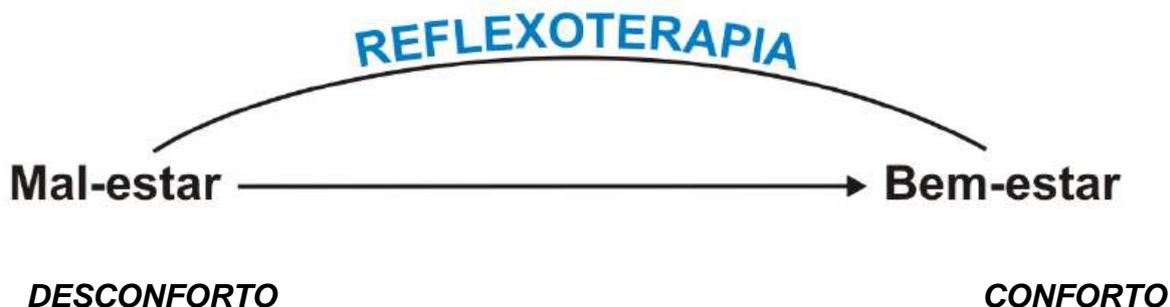
Além destas percepções, a reflexoterapia também pôde alterar os padrões

fisiológicos da ansiedade pelo relaxamento.

Algumas destas respostas se dão pela liberação de epinefrina, a qual torna a respiração mais superficial e mais rápida, o coração bate mais rapidamente e a pressão arterial sobe, e ainda muitas outras influenciadas pela ativação do sistema nervoso simpático como, por exemplo, sobressaltos, insônia, tensão facial, inquietação, entre outras. (STUART, LARAIA, 2001).

As sessões de reflexoterapia, além de promoverem o relaxamento pela massagem, diminuiram significativamente a frequência cardíaca e a frequência respiratória e, em alguns, aumentou o nível de saturação de O₂, proporcionando maior tranquilidade geral, aliviando o desconforto respiratório e induzindo o sono.

5.3.2 Do desconforto ao conforto



Fonte: Diagrama construído a partir do conceito de necessidade de Liss (1993).

Figura 23: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.

São muitos os desconfortos sentidos pela pessoa no período pós-operatório. Desconfortos físicos e psicológicos, dos quais se sobressaem aqueles conseqüentes ao tubo oro traqueal, ao medo de morrer, à dor, e ao ruído. (SEIDLER, MORITZ, 1998).

A diminuição da sensação de dor pôde ser atendida pela reflexoterapia em

conjunto com a terapêutica medicamentosa, no sentido de que a primeira proporcionava um maior relaxamento muscular por meio de pressões específicas em áreas reflexas dos locais de dor.

A reflexoterapia também aumenta a capacidade da pessoa de lidar mais positivamente com as situações estressantes, pela troca de energia positiva por meio do toque, e sensação de bem-estar promovida pela energia revigorada. (VENNELLS, 2003). A massagem pode levar a uma energização que filtra pensamentos ruins, permanecendo a sensação de que podem passar melhor por este momento da recuperação.

Cândida foi bem específica quando se referiu aos pensamentos inquietantes que tinha:

Mas é muito bom mesmo, ajuda bastante. Porque são tantas coisas ruins que a gente pensa que atrapalha... e a massagem ajuda bastante nisso também. (Cândida).

A relação que se estabelece entre quem realiza a reflexoterapia e quem a recebe pode oferecer alento emocional ou espiritual. Neste caso, a interação alcançada trazia sorriso ao rosto da pessoa no pós-operatório e também no meu. É gratificante perceber que, com as próprias mãos, se pode influenciar positivamente nas emoções das pessoas, deixando-as mais relaxadas, calmas e confortáveis.

Não tenho dúvida de que a abordagem que utilizei, fazendo contato prévio com as pessoas no pré-operatório, foi um dos fatores que facilitaram a interação. Neste contato, passava alguns momentos a mais com esta pessoa e seus familiares, conversando, conhecendo-os e fazendo me conhecerem como enfermeira.

O sorriso e a sensação de conforto eram repetidos quando me viam novamente, no quarto, após a alta da UTI. Um conforto que também se mostrava por palavras:

Que bom que voltaste! Agora vou ficar mais tranqüilinho... (Raimundo).

Este conforto pode vir da sensação de que, com a presença da autora, eles receberiam um cuidado não-medicamentoso, indolor, mais individual, e que aproxima mais o profissional da saúde – que, por vezes, é endeusado por ser

cuidador – da humanidade, pelo toque, pela proximidade que se dá com a reflexoterapia.

O conforto é conceituado como o enfermeiro e a enfermeira estarem presentes em suas totalidades perante a totalidade da pessoa atendida. A experiência do conforto é vivenciada em relações fundamentadas no respeito pela pessoa. Relações em que o enfermeiro esteja interessado em ouvir as histórias do paciente (as experiências vividas) e que as reconheça como essenciais à totalidade da pessoa. (BOYKIN, 1998). Assim, a fala e, também, o toque do enfermeiro, por si só, *não* constituem indicadores de cuidado, mas, ao invés disso, são indicadores de cuidados que são reconfortantes e permanecem como estratégias para se proporcionar conforto. (MORSE, 1995).

O ambiente favorável também proporciona conforto. Um ambiente que seja caloroso, atencioso, amoroso e que propicie alívio, segurança, proteção, bem-estar. (ARRUDA, NUNES, 1998). O conforto é uma variável proveniente do ambiente externo e que, por isto, pode ser, em parte, controlado pela enfermeira. (WATSON, 1979).

5.3.3 Da insônia ao sono profundo

Só de te ver já fico com sono... (risos). (Cândida).



Fonte: Diagrama construído a partir do conceito de necessidade de Liss (1993).

Figura 24: Diagrama da satisfação da necessidade através da reflexoterapia.

Durante a hospitalização, muitas pessoas sofrem de insônia. Cândida, assim como todos os participantes, dormiu profundamente durante a sessão de reflexoterapia,

Insônia é uma queixa definida como dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, sono não reparador, ou seja, insuficiente para manter-se alerta e sentir-se bem fisicamente e mentalmente durante o dia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DO SONO, 2003).

A insônia provoca distúrbios cognitivos e alteração do humor, irritabilidade, redução da concentração e da memória e fadiga excessiva. (SOUZA, REIMÃO, 2004).

Alguns problemas têm efeito direto sobre o sono: falta de adaptação às perturbações emocionais, transtornos orgânicos e afetivos, o uso de medicamentos, agitação noturna. As condições para dormir bem devem envolver sempre a preocupação com um ambiente físico confortável. O conforto advém tanto do mobiliário e colchão em bom estado de conservação, quanto de lençóis macios e sem dobras, uso de cobertas leves e de bom aquecimento, temperatura ambiental controlada, ausência ou diminuição de ruídos. (GEIB *et al.*, 2003). Nesta realidade, uma instituição pública, a pintura do ambiente físico é outra: aparelhos de ar condicionado desregulados e barulhentos, colchões deformados, aparelhos ruidosos pelo longo tempo de utilização, fazem do ambiente um local desconfortável para iniciar e manter o sono.

O conforto e o relaxamento por meio da prática da reflexoterapia auxiliam na indução do sono. Nos pés, há pontos reflexos relacionados aos centros neuronais específicos. Durante a pressão nestes pontos, os participantes sentiam um profundo relaxamento e entravam em estado de sonolência, até atingir um sono aparentemente profundo. “A estimulação de diversas áreas específicas do encéfalo pode produzir sono com características quase semelhantes ao sono natural”. (GUYTON, 2006, p. 740).

O sono é definido como um “estado de inconsciência do qual uma pessoa pode ser despertada por estímulo sensorial ou outro estímulo”. (GUYTON, 2006, p. 739).

Os participantes do estudo atingiram estágios de sono nos quais, mesmo após o término da prática e com as massagens de finalização, não despertaram. Houve momentos em que voltei ao quarto após quase uma hora após ter finalizado a

prática, e a pessoa ainda se encontrava dormindo.

5.4 DAS CONDIÇÕES PARA O ESTAR MELHOR

Este tema emergiu a partir da percepção de que se faz necessária a preparação do ambiente e uma relação de confiança entre os participantes do cuidado, o que contribui para o estar melhor da pessoa que recebe a técnica da reflexoterapia.

5.4.1 Do ambiente

O termo ambiente surgiu, na língua portuguesa, em 1783. (HOUAISS, 2001). Significa tudo aquilo que nos rodeia ou envolve por todos os lados; constitui o meio em que se vive e envolve os seres vivos e as coisas. (HOUAISS, 2001).

Também significa o recinto, espaço, ou âmbito em que se está ou vive, o qual inclui um conjunto de condições materiais, psicológicas, culturais e sociais, que cercam uma pessoa e nela podem influir. (HOUAISS, 2001).

Há outro termo, ambiência (derivado do francês *ambiance*), que foi incluído na língua portuguesa em 1922. Embora semanticamente seja similar a ambiente, uma vez que um de seus significados é “atmosfera que envolve uma pessoa ou coisa”. (HOUAISS, 2001), atualmente tem seu significado ampliado para ser usado na arquitetura. Nesta área do conhecimento, significa “um espaço preparado para criar um meio físico e estético (ou psicológico) próprio para o exercício de atividades humanas”. (HOUAISS, 2001).

Mas por que mesmo estou falando sobre ambiente?

É sabido que o ambiente de UTI é barulhento, agitado, pois a pessoa em condição grave de saúde depende de uma quantidade grande de equipamentos, um ambiente de “terapia dura”, onde são usadas as mais sofisticadas (e ruidosas) tecnologias a favor da terapêutica (mas não a favor do bem-estar). Há também as pessoas: pacientes em condição grave, familiares aflitos e equipes de trabalho

(enfermagem, médica, fisioterapia, técnicos, limpeza, e outros profissionais de apoio).

Foi como mencionou Alberto:

... apesar de ter acordado algumas vezes, por causa do barulho. Sempre tinha gente abrindo a porta, chegando paciente... (Alberto).

No caso de Alberto, realizei a sessão no período da tarde, como estava planejado na metodologia. Porém, assim como no período da manhã, o período vespertino apresenta uma intensa rotina de recepção de pessoas do centro cirúrgico, além de rotinas de exames, banhos, visitas e outras, que impedem que haja um ambiente mais tranquilo, com menos ruído.

Já em 1859, Florence Nightingale, em seu livro *Notes on Nursing: What it is, and what it is not* (1859, 1946, 1992), afirmava quanto ao ruído ambiental: “*never let a patient be waked out of his first sleep*”; ela também afirmou “[...] *Unnecessary noise or noise that creates an expectation in the mind is that which hurts a patient*”. (NIGHTINGALE, 1992, p. 25). Isto foi o que aconteceu com Alberto. Então, a partir desta experiência, busquei um ambiente mais tranquilo, e resolvi mudar as sessões de reflexoterapia para o período noturno.

O período da noite tem uma rotina bem menos agitada que os demais períodos do dia. Realizando a reflexoterapia no período noturno, houve uma melhora significativa no relaxamento dos participantes.

Esta decisão contribuiu para que o paciente relaxasse mais intensamente. E foi como mencionou Raimundo:

Eu dormi a noite inteirinha aquela noite! (Raimundo).

Por outro lado, o ambiente físico das unidades de terapia intensiva em geral é esteticamente discutível (quando não horrível), pouco espaçoso, sem privacidade, sem barreira de som. Enfim, uma sobrecarga sensorial enorme; tudo se vê, tudo se escuta, mesmo quando não se quer. Sobrecarga sensorial é aumentar o labor de um corpo que já está gravemente enfermo e de profissionais que trabalham intensamente para manter a vida do outro. Como relaxar, como dormir, como se sentir confortável num ambiente que desgasta os corpos?

Sempre ouvi falar sobre as características do ambiente das unidades de terapia intensiva, mas foi quando fui realizar este trabalho, que exige um ambiente calmo e tranqüilo, indutor do sono e do relaxamento, que percebi a importância do que lia e escutava.

O ambiente da UTI é um ambiente de trabalho e, como tal funciona como se fosse a própria extensão do cuidado ou da assistência de Enfermagem. No caso da UTI do instituto onde ocorreu a pesquisa, antes mesmo de o paciente chegar da cirurgia, é feito todo um preparo do ambiente. Limpeza, desinfecção, arrumação da cama, checagem e instalação dos equipamentos, preparo das infusões, provisão de materiais de consumo, e assim por diante. No entanto, enquanto se faz tudo isto, raramente, a equipe de Enfermagem pensa que já está provendo as condições do atendimento e, sem as quais, o cuidado não será exitoso. Isto já é cuidado em si. Mas a pergunta é outra: por que não se dá importância semelhante para prover as condições ambientais para que a pessoa esteja bem? Para que eles e elas possam dormir, relaxar, revigorarem-se. Por quê?

O ambiente influi naqueles que estão na UTI, na Unidade de Internação Cirúrgica. Ele nos revela “[...] mensagens de cuidado e de interesse como de extremo descuido e desinteresse. [...] cada pessoa imprime suas características a tudo o que faz inclusive à maneira pela qual arranja o ambiente [...]”. (FELDMAN, MIRANDA, 2004, p. 52-53).

No caso da pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca, o primeiro contato com o ambiente é bastante prejudicado pelos efeitos dos anestésicos e outros fármacos. Porém, à medida que o tempo vai passando, ele ou ela vai mais e mais percebendo o entorno. Esta pessoa pode:

[...] perceber esse ambiente como aconchegante e caloroso; ou como frio e impessoal. Essa percepção por sua vez, pode desencadear sentimentos de esperança, alívio, acolhimento, aceitação; ou de preocupação, rejeição e até medo. (FELDMAN, MIRANDA, 2004, p.53).

É preciso cuidar do ambiente. Mesmo tomando em consideração as características do ambiente de UTI, é preciso afastar do ambiente qualquer fonte extra de desconforto físico, afinal uma cirurgia cardíaca, por si só, já é fonte de desconforto suficiente. Não é preciso passar frio ou calor excessivos, roupas de cama ásperas (ou mesmo emendadas), excesso de ruído, grande movimentação de

peessoas (hiperatividade), ou claridade excessiva. Estes são apenas alguns exemplos de aspectos físicos ligados ao ambiente que provocam desconforto físico às pessoas.

Finalmente, há um grande problema nas unidades de terapia intensiva: a falta de privacidade. É preciso garanti-la. *“Não preciso que me vejam nu, evacuado, urinado; não preciso ouvir quem fez o último gol, quem está agonizando... Preciso de sossego, conforto, segurança, tranqüilidade”*.

“O ambiente que arranjamós é extensão de nós mesmos, é uma forma de cuidar indiretamente a fim de propiciar sensação de segurança e bem – estar”. (FELDMAN, MIRANDA, 2004, p.58-59).

Um ambiente se torna terapêutico quando existe harmonia entre seus constituintes, ou seja, aquele que cuida, aquele que é cuidado e o próprio ambiente, e quando oferece suporte estrutural e funcional que facilite o desempenho de quem nele se inter-relaciona. (ÁVILA, 2000).

Parafraseando John Powell (*apud* FELDMAN, MIRANDA, 2004, p.58): se eu tenho de expor a vocês a minha nudez, pelo menos não me façam sentir vergonha.

5.4.2 Da confiança

Confiança é um termo surgido na língua portuguesa no século XIII. Significa “[...] crença na probidade moral, na sinceridade afetiva, nas qualidades profissionais etc., de outrem, que torna incompatível imaginar um deslize, uma traição, uma demonstração de incompetência de sua parte [...]”. (HOUAISS, 2001). Segundo a mesma fonte, significa ainda: sentimento de respeito e segurança mútua. (HOUAISS, 2001).

Confiar em alguém, pôr-se sob a guarda ou aos cuidados desta pessoa, entregar-lhe a responsabilidade de um trabalho, ou, ainda, revelar-lhe sentimentos, segredos, além de acreditar na sinceridade, nas boas intenções desta pessoa. (HOUAISS, 2001).

Foi como se expressou Cândida:

... porque a gente percebe que tu és mais sensível, assim a gente se sente mais à vontade de falar, né... (Cândida).

Se alguém é confiável, é “[...] digno de confiança; honesto, leal, sincero [...]”. (HOUAISS, 2001).

A relação dialógica e amorosa entre mim e o participante, assim como com seus familiares, foi importante para construir uma relação de confiança.

Em diversos momentos, pude presenciar que tanto os participantes como os familiares retinham dúvidas por insegurança de perguntar aos profissionais de saúde, e as repassavam à mim, buscando uma solução que os tranquilizasse, porque associavam a mim uma imagem de paciência, de amizade, de comunicação com mais proximidade.

Os profissionais de Enfermagem são os que permanecem mais tempo com o paciente e, enfatizar que atitudes como estar disponível, demonstrar sentimentos verdadeiros, encorajar certo nível de intimidade, promoveriam uma comunicação e compreensão clara sobre os cuidados. Ressalta-se que a intimidade capacita estes profissionais a compreender a personalidade do paciente e capacita o paciente a conversar sobre o que mais o incomoda. Mesmo quando a comunicação não é verbalizada, permite o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico, fundamentado na confiança e respeito mútuos. (KADNER, 1990).

Estudos de comunicação não-verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralingüísticos, tais como entonação de voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas; e 55% pelos sinais do corpo (fisionomia tensa, olhar triste etc). (SILVA, 2003).

É necessário criar um vínculo de confiança, através de um comportamento empático: olhar direto, inclinação do tórax para frente, meneios positivos de cabeça, além de palavras corretas.

Apaixonar-se pela idéia de compreender as pessoas pode eliminar o preconceito de que os pacientes nada sabem sobre questões de saúde e doença e de que filosofar é uma atividade intelectual que só diz respeito a ele, enquanto profissional. (SILVA, 2003).

CONCLUSÕES

A reflexoterapia é a técnica de cuidado milenar que, nesta dissertação, complementou o cuidado realizado pela Enfermagem. É uma técnica que beneficia um estar melhor às pessoas que a recebem. Neste caso, refere-se às pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Todos os participantes perceberam modificações em seus estados e relataram melhora de suas condições devido à satisfação de algumas necessidades pela reflexoterapia. As necessidades que foram atendidas são interligadas entre si: a satisfação de uma contribui para a satisfação das demais, e isto facilitou a melhora da condição da pessoa. Mas, para alcançar este benefício, foi necessário preparar um ambiente favorável e estabelecer uma relação de confiança entre a pesquisadora e os participantes deste estudo.

A pessoa pós-operada geralmente está muito ansiosa, desconfortável e não consegue dormir bem. Esta situação provoca o mal-estar, além de prolongar a recuperação.

A pessoa que recebeu reflexoterapia pôde relaxar e ter a percepção dolorosa diminuída, sentindo-se confortável com essa diminuição, assim como obteve maior conforto emocional pela massagem e troca de energia, o que auxiliou na indução do sono, tão necessário para restaurar as energias física e mental.

Esta nova condição é favorável à boa recuperação da pessoa pós-operada do coração. A reflexoterapia harmoniza o organismo físico e energético, auxiliando na restauração da saúde e contribuindo para a prevenção de doenças ou bloqueios energéticos que possam provocá-las ou causar mal-estar.

A reflexoterapia promoveu um estado de melhor estar para a pessoa, mas, para que se consiga este benefício, é necessário ter um ambiente adequado e uma relação de confiança entre as pessoas envolvidas no cuidado. Um ambiente calmo, acolhedor e sem ruídos faz com que a pessoa sinta-se mais confortável, relaxe mais e se beneficie mais com a técnica realizada. Porém, o mais importante é a relação de respeito e confiança entre quem realiza a reflexoterapia e quem a recebe. É necessário o conhecimento mútuo, a atenção com o outro, o respeito à privacidade e um diálogo acolhedor que transmita confiança e abertura para confiar.

Estudos relacionados à reflexoterapia não deixam claro estas condições: o

ambiente em que foi realizada, como se realizou, a relação estabelecida entre as pessoas envolvidas e, principalmente, nenhum estudo descreveu que as pessoas dormiam durante ou após a reflexoterapia, fato presente em todos os participantes deste estudo.

Apesar deste estudo também apresentar limitações, representou um avanço em trabalhos publicados atualmente, pois contribuiu para ampliar as formas de cuidado dentro da unidade de terapia intensiva, com pessoas que sentem muitas dores e desconfortos pela realização de uma cirurgia tão delicada, em que se necessita de muitos cuidados que nem sempre satisfazem suas necessidades. A reflexoterapia veio para apoiar; é uma nova tecnologia de cuidado da Enfermagem.

Mas algumas perguntas ainda permanecem: por que a Enfermagem não realiza este cuidado tão simples e tão benéfico? O grande número de medicações recebidas pelo paciente interfere na percepção dos resultados da reflexoterapia?

Dentro de outras perguntas que este estudo não pôde responder, fica o estímulo para continuar pesquisas relacionadas a esta técnica, que promove tantos benefícios e ainda é tão pouco estudada e, até mesmo, conhecida.

É necessário promover mais as contribuições da reflexoterapia para todas as pessoas, para que mais pessoas confiem nesta técnica e façam dela um suporte tecnológico do cuidado de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução da 1 edição brasileira coordenada e revisada por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 1210 p.
- AITKEN, R. J. Quantitative noise analysis in a modern hospital. **Arch Environ Health**, v. 37, n. 6, 1982. p. 361-4.
- APPLEGATE, M.; MORSE, M. J. Personal privacy and interrelational patterns in a nursing home. **Journal of Aging Studies**, v. 8, n. 4, 1994. p. 413-34.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em Enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93-110, mai./ago. 1998.
- ÁVILA, F. D. P. **Princípios de ecologia médica**. Florianópolis: UFSC, 2000.
- BAYO, M. V.; GARCIA, A. M.; GARCIA, N. A. Noise levels in a urban hospital and workers' subjective responses. **Arch Environ Health**, v. 50, n. 3, 1995. p. 247-51.
- BARROS, N. F. **Medicina Complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: ANNABLUME, 1997.
- BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001. 220 p.
- BOYKIN, A. A Enfermagem como conforto: o artístico no cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 36-51, mai./ago. 1998.
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, 2003. p. 26-35. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/121.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2008.
- BRASIL. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2008.
- BROWN, D. W. **Reflexologia**: introdução prática. Tradução Maria de Lourdes Giannini. São Paulo: Manole LTDA, 2001.
- CABRAL, A.; NICK, E. **Dicionário Técnico de Psicologia**. São Paulo: Cultrix, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1998. 19 edição.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem**: aplicação à prática clínica. Tradução: Regina Cortez. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FELDMAN, C.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 14 ed. Belo Horizonte: Crescer, 2004.

FORTUNA, P. **Pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GARRIDO, A. G.; MORTIZ, R. D. A poluição sonora dentro da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 11, n. 1, 1999. p. 7-9.

GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n.3, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000300007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 03 Jan. 2009.

GEOVANINI, T. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GHIORZI, A. R. **Entre o Dito e o não Dito**: da percepção à expressão comunicacional. Florianópolis, 2004.

GILLANDERS, A. **Reflexology to go**. Grã-Bretanha: Gaia, 2008. 143 p.

_____. **Guia completo de reflexologia**: todo o conhecimento necessário para adquirir competência profissional. Tradução Gilson de C. C. de Sousa. São Paulo: Pensamento, 2008.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, janeiro-fevereiro 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100004&lng=en&nrm=iso&lng=pt>. Acesso em: 19 July 2008.

GÓMEZ, A. V. Uma revisión sobre la efectividad de la reflexología. **Medicina Naturista**, 2000, n.1. ISSN 1576-3080. p. 9-16. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=202440>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução: Bárbara de Alencar Martins *et al.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HALL, N. M. **Reflexologia**: um método para melhorar a saúde. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 1997.

HAYES, J.; COX, C. Immediate effects of a five-minute foot massage on patients in critical care. **Intensive and Critical Care Nursing**, 1999. v. 15. pages 77-82.

HATTAN, J.; KING, K.; GRIFFITHS, P. The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery: a randomized controlled trial. **Journal of Advanced Nursing**, 2002. vol. 37, n. 2. pages 199-207.

HENEINE, I. F. **Biofísica básica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

HOYER, J. *et al.* Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n. 3, march 2008, pages 291-297. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399907004072>. acesso em: 11 fev 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Colaboração: Brigitta E. P. Castellanos. São Paulo: EPU, 1979.

HSIEH, H-F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, 2005. v. 15.

INSTITUTO ANTONIO HOUAISS. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão 1.0. Curitiba: Objetiva, 2001.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 July 2008.

KADNER, K. Therapeutic intimacy in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 86, n. 13, 1990. p. 58-9.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN E.; CHOR D. Stress life events and common mental disorders: results of the Pro-Saude Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 July 2008.

LOURES, D. L. *et al.* Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 July 2008.

MAK, H-L. J. *et al.* Randomized controlled trial of foot reflexology for patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity. **International Urogynecological Journal**, 2007. v. 18. pages 653-658.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2003, v. 25, suppl.1, abril. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101->

81082003000400008&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 19 July 2008. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008.

MELZACK, R.; WALL, P. D. **O desafio da dor**. Tradução Nestor Rodrigues. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian, 1987. 425 p.

MILLIGAN, M. *et al.* Reflexology audit: patient satisfaction, impact on quality of life and availability in Scottish hospices. **International Journal of Palliative Nursing**, 2002. v. 8, n. 10. pages 489-495.

MIN, L. S. Tratamento alternativo e complementar e dor. **Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, Campinas, 2008. ISSN 1519-7654. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=24&id=267&tipo=1>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

MONTAGU, A. **Tocar**: o significado humano da pele. Tradução de Maria Sílvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1988.

MORSE, J. M. Defining comfort for the improvement of patient care. **Qualitative research methods for health professionals**. Newbury Park: Sage, 1995.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN: 978-85-363-1124-1.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Nursing**: what it is, and what it is not. Commemorative Edition. Philadelphia: Lippincott Company, 1992.

NORDENFELT, L. **Quality of life, health and happiness**. Inglaterra: Avebury, 1993. 182 p.

NOVAES, M. A.; VINIC, A. A.; FERRAZ, M.; KNOBEL, E. Estressores em unidade de terapia intensiva: avaliação dos pacientes. **Journal of Intensive Care Medicine**, Londres, v. 23, 1997. p. 1282-1285.

NOVAES, M. A. F. P. *et al.* Estressores em UTI: percepção do paciente, família e equipe de saúde. **Journal of Intensive Care Medicine**, Londres, v. 25, 1999. p. 1421-1426.

O PENSAMENTO. **Therapeutica magnética**. São Paulo: O Pensamento, 1920.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: www.opas.org.br. Acessado em: 05 Jan 2009.

PEREIRA, R. P. *et al.* Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 69, n. 6, nov/dez. 2003. p. 766-771.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Essentials of nursing research. **Methods, appraisal, and utilization**. Philadelphia: Lippincott, 1997.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Reflections about nurse-patient communication with respect to privacy invasion. **Brazilian Nursing Communication Symposium**, 8, 2002. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000100045&script=sci_arttext&lng=pt. Acessado em: 02 Fev, 2009.

REIMÃO, R; DO VALLE, L. E. L. R.; ROSSINI, S. **O segredo do sono: sono e qualidade de vida**. São Paulo: Tecmedd, 2008.

REITE, M.; RUDDY, J.; NAGEL, K. **Transtornos do sono**. Tradução Jussara Nogueira Terra Burnier. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTA CATARINA. **Sistema Único de Saúde – SUS: legislação básica**. Secretaria do Estado de Saúde, 2 edição. Florianópolis: SES, 2002. 260 p.

SEIDLER, H.; MORITZ, R. D. Recordações dos principais fatores que causaram desconforto aos pacientes durante a sua internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 10, n. 3, jul.-set., 1988. p. 112-7.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE SONO. I Consenso Brasileiro de Insônia. **Hypnos – Journal of Clinical and Experimental Sleep**, v. 4, supl. 2, 2003.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005, v. 10, suppl., setembro-dezembro. p. 255-266. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2008.

SOUZA, J. C.; REIMAO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Feb. 2009.

STEPHENSON, N. L. N.; WEIRINCH, S. P.; TAVAKOLI, A. S. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. **Oncology Nursing Forum**, 2000. v. 27, n.1, jan-fev. Pages 67-72.

STEPHENSON, N. L. N. *et al.* Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. **Oncology Nursing Fórum**, 2007. v. 34, n. 1, p. 127-132.

STOLF, N. A. G. Cirurgia do mediastino e cardíaca. **Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto**. São Paulo: Sarvier, 1988.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, maio-junho 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf>. Acesso em 13 jun. 2008.

VENNELLS, D. **O que é reflexologia?** Tradução de Maria Clara de Biase W. Fernandes. Rio de Janeiro: Nova Era, 2003.

WATSON, J. **Nursing**: the philosophy and science of caring. Boston: Little Brown, 1979.

WILKINSON, J. M.; SIMPSON, M. D. Personal and professional use of complementary therapies by nurses in NSW, Australia. **Complementary Therapies in Nurses & Midwifery**, Scotland, v. 8, n. 3, Aug, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>. Acesso em 28 set. 2008.

WRIGHT, J. **Reflexology and acupressure**. Grã-Bretanha: Hamlyn, 2008. 128 p.

APÊNDICES

Apêndice 1: entrevista semi-estruturada

1. Como você se sentia no primeiro dia de pós-operatório, na UTI, antes de receber a reflexoterapia?
2. Você percebeu alguma diferença em seu estado após receber a reflexoterapia? O que você percebeu de diferente no seu corpo depois da reflexoterapia?
4. O que você sentiu durante a prática da reflexoterapia?
5. Você sentiu algum desconforto durante a reflexoterapia?

Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN
NÚCLEO DE ESTUDO EM FILOSOFIA E SAÚDE - NEFIS

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

TÍTULO: As percepções da pessoa que recebe reflexoterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

O objetivo desse estudo é saber qual a percepção da pessoa no primeiro dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca internada em unidade de terapia intensiva (UTI) sobre a reflexoterapia, procurando descobrir quais os benefícios e bem-estar que essa prática pode proporcionar a essas pessoas.

Os procedimentos para a realização desse estudo serão:

- Interação entre paciente e mestranda para maiores esclarecimentos do trabalho e para o conhecimento mútuo;
- Aplicar a reflexoterapia no primeiro dia de pós-operatório da cirurgia cardíaca, verificando os sinais vitais antes, durante e depois da realização da prática para saber se há alterações relevantes;
- Aplicar última sessão de reflexoterapia após alta da UTI;
- Realizar uma entrevista semi-estruturada durante a última sessão de reflexoterapia, para saber quais suas percepções em relação à prática realizada.

A reflexoterapia não oferece prejuízo algum, podendo haver apenas o desconforto do toque nos pés em algumas situações particulares.

Durante e após a prática da reflexoterapia a pessoa poderá verificar algum benefício, tendo a intenção maior de proporcionar bem-estar em sua recuperação.

Em qualquer etapa do estudo, a pessoa terá acesso à mestranda responsável pelo cuidado relacionado à reflexoterapia para esclarecer qualquer dúvida e, mesmo após a assistência poderá entrar em contato pelo telefone 48-9908.5619 e/ou e-mail: julianaaparecidaribeiro@gmail.com. Também pode entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina pelo telefone 48-3271.9001.

É garantida a desistência de participação do estudo em qualquer momento de sua realização sem qualquer prejuízo à continuidade de tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas e fica garantida a omissão da identificação da pessoa participante em qualquer meio de divulgação do estudo. Os resultados finais se encontrarão no Instituto de Cardiologia e ficará à disposição de todos que participaram da pesquisa.

Não há despesas por parte da pessoa que receber o cuidado. Também não há compensação financeira pela sua participação voluntária na prática de cuidado.

A enfermeira Juliana Aparecida Ribeiro, COREN/SC 135.188, e mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, se compromete a utilizar os dados da pesquisa somente para a realização desse estudo e posterior artigos advindos desse estudo.

Acredito estar suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim relacionadas à pesquisa “A percepção da pessoa no pós-operatório de cirurgia cardíaca internada em UTI sobre a reflexoterapia”.

Eu discuti com a mestrande Juliana Aparecida Ribeiro pela minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia da continuidade do tratamento hospitalar. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, ciente de que poderei retirar meu consentimento em qualquer momento, antes ou durante o procedimento, sem penalidades, sem prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nessa Instituição.

_____ RG: _____

Assinatura do paciente/ representante legal Data: ____/____/____

_____ RG: _____

Assinatura da testemunha Data: ____/____/____

Apêndice 3: Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa do ICSC

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina a apreciação do projeto de dissertação pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, na próxima reunião.

Título do Projeto: As percepções da pessoa que recebe reflexoterapia no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Solicitante: mestranda Juliana Aparecida Ribeiro.

Orientadora: Dra. Maria Bettina Camargo Bub.

Atenciosamente,

Florianópolis, 01 de agosto de 2008.

ANEXOS

Anexo 1: Certificado do curso de reflexoterapia



Sol - Instituto Terapêutico

CERTIFICADO

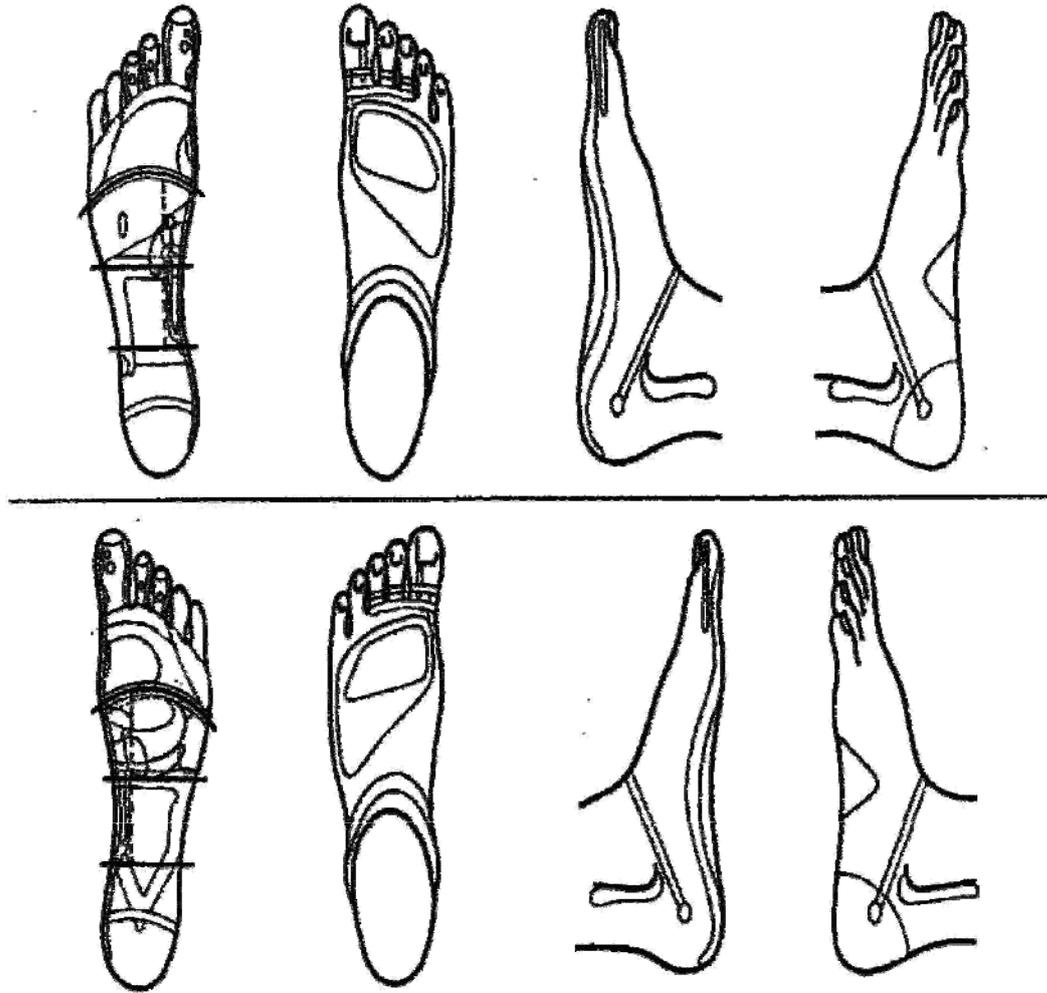
Certificamos que *Juliana Aparecida Ribeiro* concluiu o **CURSO LIVRE** de **FORMAÇÃO** em **REFLEXOLOGIA PODAL** realizado no período de 08.04.2008 à 06.05.2008, com carga horária total de 30 horas, apresentando bons rendimentos durante o curso pelo qual outorgamos o presente certificado, ficando registrado em nossos arquivos.

São Paulo, 07 de Maio de 2008.


 Diretor
 Sol Instituto de Cursos Livres Ltda
 Dr. Rogério F. dos Santos


 Professor
 Daniel Alan Costa


 Aluna

Anexo 2: Diagrama dos pés (GILLANDERS, 2008)**Diagrama do pé**

Anexo 3: Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina



Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde

São José, 09 de outubro de 2008

PARECER CONSUBSTANCIADO – Nº 075/2008

IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto : A percepção da pessoa no pós-operatório de cirurgia cardíaca interna em UTI sobre a reflexoterapia

Pesquisador Responsável: Juliana Aparecida Ribeiro

Data da Avaliação pelo CEP: 09 de outubro de 2008

Centro de Pesquisa: Instituto de Cardiologia

OBJETIVOS DO ESTUDO: Conhecer a percepção das pessoas em pós-operatório de cirurgia cardíaca internadas em UTI sobre reflexoterapia

SUMÁRIO DO PROJETO: Trata-se de um estudo de metodologia exploratória qualitativa, realizado com pacientes internados no pós-operatório da Unidade de Terapia Intensiva em um Instituto Cardiológico de Santa Catarina. Na véspera da cirurgia será feito o primeiro contato com os pacientes para obtenção do TCLE. Na UTI, com o paciente já consciente será feita uma sessão de reflexoterapia por aproximadamente 30 minutos, onde serão anotados os dados pertinentes a pesquisa. Após a alta da UTI, com o paciente no leito hospitalar, será realizada uma entrevista semi-estruturada e nova prática de reflexoterapia.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos. Estima-se uma amostra de 20 sujeitos de pesquisa. O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

PARECER DO CEP:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Não Aprovado |
| <input type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado o protocolo ao CONEP para apreciação (Resolução 196/96) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aprovado e encaminhado os dados ao CONEP para registro (Resolução 196/96) |
| <input type="checkbox"/> | Com pendência |

ATENÇÃO

O Pesquisador compromete-se a cumprir a Resolução 196/96 do CNS e demais resoluções do âmbito de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. O CEP do Instituto de Cardiologia solicita, além do relatório final, apresentação de relatório trimestrais do andamento da pesquisa. O pesquisador deve apresentar ao CEP e aos sujeitos da pesquisa o seu resultado, bem como torná-lo público independente de resultados positivos ou negativos.

Coordenador do CEP: Amândio Rampinelli

Ass: _____

[Assinatura]
Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Aprovado pela CONEP em 19/02/1997