



ANDRÉIA MARTINS DO COUTO

**ENFERMAGEM HOLÍSTICA NAS RELAÇÕES SOCIOAMBIENTAIS FAMÍLIA-
TRABALHO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM A TÉCNICA
VIBRACIONAL DA MESA RADIÔNICA RP®**

RIO GRANDE

2020

ANDRÉIA MARTINS DO COUTO

**ENFERMAGEM HOLÍSTICA NAS RELAÇÕES SOCIOAMBIENTAIS FAMÍLIA-
TRABALHO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM A TÉCNICA
VIBRACIONAL DA MESA RADIÔNICA RP®**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: O trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Regina Cezar-Vaz

RIO GRANDE

2020

Ficha Catalográfica

C871e Couto, Andréia Martins do.
Enfermagem holística nas relações socioambientais família-trabalho: um estudo de intervenção com a Técnica Vibracional da Mesa Radiônica RP® / Andréia Martins do Couto. – 2020.
198 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2020.

Orientadora: Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

1. Enfermagem 2. Enfermagem Holística 3. Família 4. Trabalho
5. Terapia Socioambiental I. Cezar-Vaz, Marta Regina II. Título.

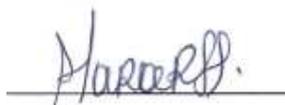
CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

ANDRÉIA MARTINS DO COUTO

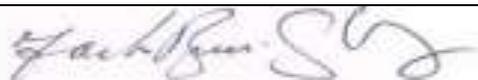
**ENFERMAGEM HOLÍSTICA NAS RELAÇÕES SOCIOAMBIENTAIS FAMÍLIA-
TRABALHO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO COM A TÉCNICA
VIBRACIONAL DA MESA RADIÔNICA RP®**

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem e aprovada, na sua versão final, em 15 de dezembro de 2020, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Enfermagem e Saúde.

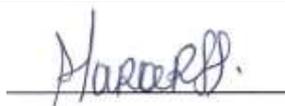


Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

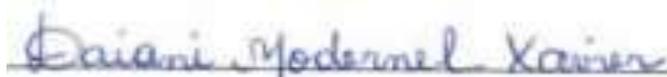
BANCA EXAMINADORA



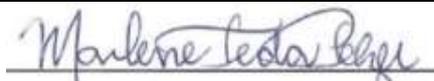
Dra. Marta Regina Cezar-Vaz- Presidente (FURG)



Dra. Mara Regina Santos da Silva- Membro Interno PPGEnf (FURG)



Dra. Daiani Modernel Xavier- Membro Externo PPGEnf/FURG



Dra. Marlene Teda Pelzer- Membro Interno Suplente PPGEnf (FURG)



Dr. Valdecir Zavareze da Costa- Externo (UFSM)



Dra. Carliuza Oriente Luna (FURG)

*Dedico esta tese à minha mãe,
Clédir Machado Martins, por ser,
sempre, a minha grande
companheira e amiga.*

Agradecimentos

Agradeço a Deus e aos amigos espirituais por me permitirem chegar até este momento! Na busca da compreensão da vida, desejei, em muitos momentos, a leitura pormenorizada da bela trama vivenciada em cada dia vivido, porém, quanto mais buscava a compreensão, menos palpável isso se tornava. Com o tempo e, em especial, durante o processo de doutoramento, compreendi que o mais divino da vida é deixá-la se apresentar com seus signos e significados, não só elementos identificados em experiências vivenciadas, bem como em cada pessoa que se apresenta neste movimento diário do viver.

Neste processo, identifiquei situações e pessoas que permaneceram, por um longo período, em minha vida e outras nem tanto, o que não desqualifica a intensidade e a contribuição deixadas na minha caminhada, pois o tempo nem sempre se apresenta como um determinante, visto que a memória emocional é desenvolvida em fração de minutos, imbuída de sensações e de percepções que continuam a acompanhar durante a existência.

Dessa forma, discorro os meus agradecimentos a algumas pessoas que estiveram, diretamente, envolvidas no processo de doutoramento que estou concluindo, mas desejo que meu carinho e afeto sejam sentidos por todos, independente da distância.

À minha mãe, Cledir Machado Martins, por toda a dedicação e amor.

Ao meu pai, Cláudio Edenir Fontoura do Couto, pela herança genética.

Ao meu pai, Luiz Amarinho Martins Castilhos, pelo amor e por me receber em todo o seu ser, aceitando todos os desafios que estavam postos no processo de me educar e de me preparar para a intensa caminhada da vida.

Aos meus avós, Ilda Machado Martins e Coralino Severo Martins, por serem meus anjos da guarda, meu porto seguro neste plano.

À minha madrinha, Cleunice Martins Furtado (in memoriam), por todo o carinho e atenção dedicados em todo esse processo; certamente, esses momentos me fortaleceram para a conclusão desta etapa.

À minha tia, Constância Florindo Severo (in memoriam), pela educação e dedicação, as quais me permitiram trilhar o caminho acadêmico.

Ao meu irmão, Eduardo, e à cunhada, Elitiéle, pelo carinho e companheirismo.

Ao meu primo e irmão do coração, Anderson Martins Furtado, por sempre me auxiliar a refletir frente à vida e perceber que, sempre, temos a condição da adaptação e da superação em todas as circunstâncias.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Marta Regina Cezar-Vaz, pelos ensinamentos acadêmicos e, concomitantemente, pelo preparo para o mundo do trabalho. Deixo registrada, aqui, minha admiração e meu respeito pelo trabalho desenvolvido.

Aos colegas do grupo de pesquisa LAMSA, Marlise Capa Verde de Almeida, Daniela Thier Roloff, Elisa Vargas, Michele Nunes Fensk, Hadã Wellington de Lima, Mirian Conceição Carvalho e Andreza Mello, pelo trabalho desenvolvido e pelo companheirismo

nos diversos momentos de aprendizado que tivemos durante esta etapa.

À amiga e companheira de trajetória acadêmica, Tatiele Roehrs Gelati, por ter compartilhado sonhos, desafios, dificuldades e realizações nesta e em outras caminhadas. Gratidão pela amizade e confiança.

Ao amigo e professor, Valdecir Zavaresse da Costa, por ter visualizado em mim, ainda na graduação, a possibilidade de trilhar uma caminhada acadêmica, por ter estado sempre do meu lado, dizendo para confiar que todo o caminho tem suas curvas e aclives, mas que só compreendemos quando chegamos ao destino.

À professora e terapeuta, Caroline Fonseca Holz, pelo acompanhamento neste processo de doutoramento e por ter me conduzido, neste caminho, como operadora da MRRP®.

À professora, Fátima Carvalho, por compartilhar o seu conhecimento com todo o carinho e zelo na minha construção como terapeuta holística.

Aos meus pacientes, pela confiança no trabalho que desenvolvo.

Ao grupo de participantes desse estudo, pelo comprometimento e carinho neste processo.

Agradeço aos amigos que estiveram diretamente envolvidos com o processo de doutoramento.

À amiga Gisele Moura Kowalsk Ferreira, pelo apoio incondicional, não medindo esforços para me auxiliar a finalizar esta etapa.

Aos amigos Kele Machado da Rosa Quaresma e Alexandre Carrasco Quaresma, pelo apoio e incentivo durante esta caminhada.

Aos amigos Jeferson Ventura e Juliane Scarton, pelo companheirismo destes anos de convivência e de caminhada acadêmica.

À amiga Fabiane Weiss Pereira, pelo incentivo nesta caminhada, mesmo distantes fisicamente, continuamos caminhando juntas.

À amiga Lisiane Costa Claro, pelo carinho e dedicação junto ao meu processo de aprendizado.

À amiga Lucia Carrasco Quaresma, pela energia despendida para me auxiliar neste processo, pelas palavras de incentivo.

À amiga Ivane Duvisión, pelo cuidado e apoio incansável nesta jornada.

À amiga Naiane Glaciele da Costa Gonçalves, pelo apoio e pelo auxílio nesta caminhada de formação.

À amiga Diéssica Roggia Piexak, pela amizade e pelo companheirismo na caminhada da pós-graduação.

Aos amigos Ariel e Marcia, pelo companheirismo das madrugadas de trabalho.

À minha família rio-grandina, Valdinei, Lena e Lucilene Goularte, obrigada pelo cuidado sempre.

RESUMO

COUTO, Andréia Martins. **Enfermagem holística nas relações socioambientais família-trabalho: um estudo de intervenção com a técnica vibracional da Mesa Radiônica Régia Prado**. 2020. 198 p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

A enfermagem holística considera que a interação demanda adaptação do indivíduo ao ambiente e às suas relações e reconhece que as relações de família e de trabalho são elementos determinantes para a conservação da integridade dos indivíduos. Objetivos: identificar, por meio da avaliação de enfermagem, a dor e o estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família; verificar o resultado da técnica vibracional mesa radiônica Régia Prado nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família; avaliar o resultado da intervenção, com técnica vibracional mesa radiônica Régia Prado, no cuidado de enfermagem holística, para os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais de trabalho-família. Metodologia: pesquisa teórico-prática, quantitativa, com método quase-experimental, do tipo antes e depois, e desenho série temporal interrompida. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2019, com amostra de 20 pacientes em acompanhamento, com a aplicação da técnica vibracional. Feita em três tempos, teve, no primeiro, a coleta do cortisol, quando foram aplicadas métricas para dor e estresse e medição dos conflitos de trabalho-família e família-trabalho. No segundo, aconteceu a aplicação da intervenção. No terceiro, repetiu-se o procedimento inicial. Resultados: adaptação do modelo de conservação de Levine para o modelo terapêutico vibracional; redução nos níveis de dor e, para os níveis de estresse não houve redução, estatisticamente, significativa, no entanto verificou-se redução na intensidade do estresse quando comparado entre pré e pós-intervenções; a mensuração radiestésica física apresentou aumento significativo estatisticamente; a redução nos níveis de radiestesia mental, a radiestesia emocional e espiritual não apresentaram resultados significativos, no entanto, ao ser verificada nas pré e pós-intervenções, apresentaram diminuição na dimensão emocional e aumento na espiritual. O resultado estatístico de comparação entre pré e pós-intervenções pela mensuração do cortisol mostrou que, na primeira avaliação, houve redução nos índices de cortisol, 13 pacientes tiveram redução e 9 mantiveram a redução ao longo da avaliação, demonstrando que a intervenção modifica os sinais e sintomas de dor e de estresse. As associações do cortisol com a dor e o estresse, a dor e o conflito família-trabalho, o estresse e conflito família-trabalho, e a depressão e família-trabalho foram positivas nos escores: dor e estresse; dor e conflito família-trabalho; estresse e família-trabalho; depressão e conflito família-trabalho. Conclusão: o processo de cuidado de enfermagem, por meio do cuidado terapêutico vibracional, promove minimização das manifestações de dor e estresse dos indivíduos nas relações socioambientais de trabalho-família, portanto o enfermeiro deve considerar o campo eletromagnético como dimensão do cuidado à saúde.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem Holística. Família. Trabalho. Terapia socioambiental.

RESUMEN

COUTO, Andréia Martins. **Enfermería holística en las relaciones socioambientales familia-trabajo: un estudio de intervención con la técnica vibracional de la Mesa Radiónica Régia Prado. 2020.** 198 p. Tesis Doctoral (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande - FURG, Rio Grande.

La enfermería holística considera que la interacción demanda la adaptación del individuo al entorno y sus relaciones y reconoce que las relaciones familiares y laborales son elementos determinantes para la conservación de la integridad de los individuos. Objetivos: identificar, a través de la evaluación de enfermería, el dolor y el estrés derivados de las relaciones socioambientales trabajo-familia; verificar el resultado de la técnica de vibración de mesa radiónica Régia Pardo en los niveles de dolor y estrés derivados de las relaciones socioambientales trabajo-familia; evaluar el resultado de la intervención, utilizando la técnica vibratoria de mesa radiónica Régia Pardo, en el cuidado integral de enfermería, para los niveles de estrés y dolor derivados de las relaciones socioambientales trabajo-familia. Metodología: investigación teórico-práctica, cuantitativa, con método cuasi-experimental, del tipo antes y después, y diseño de series de tiempo interrumpido. La recolección de datos se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2019, con una muestra de 20 pacientes en seguimiento, con la aplicación de la técnica vibracional. Realizado en tres etapas, la primera fue la recolección de cortisol, cuando se aplicaron métricas de dolor y estrés y la medición de conflictos entre trabajo-familia y familia-trabajo. En el segundo, se aplicó la intervención. En el tercero, se repitió el procedimiento inicial. Resultados: adaptación del modelo de conservación de Levine al modelo terapéutico vibracional; reducción en los niveles de dolor y, para los niveles de estrés, no hubo una reducción estadísticamente significativa, sin embargo hubo una reducción en la intensidad del estrés cuando se comparó entre pre y posintervenciones; la medición de la radiestesia física mostró un aumento estadísticamente significativo; la reducción en los niveles de radiestesia mental, emocional y espiritual no presentó resultados significativos, sin embargo, al verificarse en las pre y posintervenciones, presentaron una disminución en la dimensión emocional y un aumento en la dimensión espiritual. El resultado estadístico de la comparación entre pre y posintervenciones mediante la medición de cortisol mostró que, en la primera evaluación, hubo una reducción en el índice de cortisol, 13 pacientes tuvieron una reducción y 9 mantuvieron la reducción a lo largo de la evaluación, demostrando que la intervención modifica los signos y síntomas del dolor y el estrés. Las asociaciones de cortisol con dolor y estrés, dolor y conflicto familia-trabajo, estrés y conflicto familia-trabajo, y depresión y familia-trabajo fueron positivas en las puntuaciones: dolor y estrés; el dolor y el conflicto del trabajo familiar; estrés y trabajo familiar; depresión y conflicto familia-trabajo. Conclusión: el proceso de cuidado de enfermería, a través del cuidado terapéutico vibracional, minimiza las manifestaciones de dolor y estrés de los individuos en las relaciones socioambientales trabajo-familia, por lo que el enfermero debe considerar el campo electromagnético como una dimensión del cuidado de la salud.

Descriptores: Enfermería. Enfermería holística. Familia. Trabaja. Terapia socioambiental.

ABSTRACT

COUTO, Andréia Martins. **Holistic nursing in family-work socioenvironmental relations: an intervention study with the vibrational technique of the Mesa Radiônica Régia Prado.** 2020. 198 p. Doctoral Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, School of Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Holistic nursing considers that the interaction demands the adaptation of the individual to the environment and its relationships and recognizes that family and work relationships are determining elements for the conservation of the integrity of individuals. Objectives: to identify, through nursing assessment, the pain and stress arising from socio-environmental work-family relationships; to verify the result of the Régia Prado radionic table vibration technique in the levels of pain and stress resulting from socio-environmental work-family relationships; to evaluate the result of the intervention with the Régia Prado radionic table vibrational technique in holistic nursing care for the levels of stress and pain arising from socio-environmental work-family relationships. Methodology: theoretical-practical, quantitative research, with a quasi-experimental method of the before and after type and interrupted time series design. Data collection took place between the months of October and December 2019, with a sample of 20 patients being followed up with the application of the vibrational technique. Done in three stages, the first was the collection of cortisol, when metrics were applied for pain and stress and measurement of conflicts between work-family and family-work. In the second, the intervention was applied. In the third, the initial procedure was repeated. Results: Adaptation of Levine's conservation model to the vibrational therapeutic model; reduction in pain levels and for stress levels there was no statistically significant reduction, however, there was a reduction in the intensity of stress when compared between pre and post interventions; physical dowsing measurement showed a statistically significant increase, reduction in mental dowsing levels, emotional and spiritual dowsing did not show significant results, however, when verified in the pre and post interventions, they showed a decrease in the emotional dimension and an increase in the spiritual dimension. The statistical result of comparison between pre and post-interventions by measuring cortisol showed that, in the first assessment, there was a reduction in cortisol rates, 13 patients had a reduction and 9 maintained the reduction throughout the assessment, demonstrating that the intervention modifies the signs and symptoms of pain and stress. The associations of cortisol with pain and stress, pain and family-work conflict, stress and family-work conflict, and depression and family-work were positive in the scores: pain and stress; family-work pain and conflict; stress and family-work; depression and family-work conflict. Conclusion: The process of nursing care through vibrational therapeutic care promotes minimization of the manifestations of pain and stress of individuals in socioenvironmental work-family relationships, therefore, nurses must consider the electromagnetic field as a dimension of health care.

Descriptors: Nursing. Holistic Nursing. Family. Job. Socio-environmental therapy.

LISTA DE GRÁFICOS/TABELAS

Gráfico 1	87
Gráfico 2.....	87
Gráfico 3.....	90
Gráfico 4.....	90
Gráfico 5.....	93
Gráfico 6.....	93
Gráfico 7.....	106
Gráfico 8.....	107
Gráfico 9.....	107
Gráfico 10.....	108
Gráfico 11.....	109
Tabela 1.....	80
Tabela 2.....	81
Tabela 3.....	82
Tabela 3 (Recorte 1)	85
Tabela 3 (Recorte 2)	85
Tabela 3 (Recorte 3)	95
Tabela 3 (Recorte 4)	96
Tabela 4.....	97
Tabela 4 (Recorte 1)	99
Tabela 4 (Recorte 2)	99
Tabela 4 (Recorte 3)	99
Tabela 4 (Recorte 4)	100
Tabela 4 (Recorte 5)	100
Tabela 4 (Recorte 6)	100
Tabela 4 (Recorte 7)	101
Tabela 4 (Recorte 8)	101
Tabela 4 (Recorte 9)	102
Tabela 4 (Recorte 10)	102
Tabela 5.....	104
Tabela 6.....	109

LISTA DE FIGURAS/QUADROS

Figura 1.....	53
Figura 2.....	54
Figura 3.....	54
Figura 4.....	56
Figura 5.....	67
Figura 6.....	77
Figura 7.....	77
Quadro 1.....	65
Quadro 2.....	66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTH – Adrenocorticotrópico
ANCOVA – Análise de covariância
ANOVA – Análise de variância
ATJ – Artroplastia total do joelho
BDI-II – Inventário de depressão de Beck-II
CAAE – Certificado de apresentação de apreciação ética
CEH – Campo de energia humano
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID – Classificação Internacional de Doenças
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CRH – Corticotropina
CTV – Cuidado terapêutico vibracional
DASH – The disabilities of the arm, shoulder and hand
DASS – Depression, anxiety and stress scale
DM II – Diabetes Méllitus tipo 2
DP – Desvio padrão
DSM – Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ECG – Eletrocardiograma
EEG – Eletroencefalograma
EP – Estatística ponderada
ERB – Escala de desequilíbrio esforço-recompensa
FSS – Functional status scale
FURG – Universidade Federal do Rio Grande
GEE – Equações de estimativas generalizadas
H – Horas
HHA – Hipotálamo-hipófise-adrenal
HIT-6TM – Inventário de ansiedade de Beck e Teste de impacto de dor de cabeça
IC – Intervalos de confiança
IFRS – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
LAMSA – Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde

LASTRA – Laboratório Socioambiental de Saúde do Trabalhador
LSD – Least significant difference
LSS – Lista de sintomas de estresse
MAC – Medicina alternativa complementar
Min – Minutos
MPQ – Questionário de dor de McGill-Melzack
MR – Mesa radiônica
MRRP® – Mesa radiônica Régia Prado®
MS – Ministério da Saúde
MT – Medicina tradicional
MTC – Medicina tradicional e complementar
N – Número
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine
nmol/L – nanomol por litro
OBFT – Those in the treatment group received six sessions of
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – Oddsratios multivariados
P – Significância
PIC – Práticas integrativas e complementares em saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGEnf – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
R – Regressão
RP – Régia Prado
RS – Rio Grande do Sul
RUP – Rational unified process
SAE – Sistematização da assistência de enfermagem
SOAP – Dados subjetivos, objetivos de avaliação e prescrição
SPSS – Statistical package for the social sciences
SRPA – Sala de recuperação pós-anestésica
SSS – Symptom severity scale
STATA – Data analysis and statistical software
SUS – Sistema Único de Saúde
TCI – Terapias complementares integrativas

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

TV – Técnica Vibracional

TV-MRRP® – Técnica vibracional mesa radiônica Régia Prado®

WSS – Escala de estresse no trabalho

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1 Marco legal da enfermagem: regulamentações da atuação do enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares	28
3.2 Enfermagem holística e as práticas integrativas complementares em saúde.....	31
3.3 Enfermagem holística e o cuidado terapêutico nos conflitos das relações de trabalho-família.....	34
3.4 O cuidado terapêutico vibracional aos sinais e sintomas de dor e estresse provenientes dos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família.....	44
3.5 Mesa Radiônica Régia Prado®.....	51
4 ENFERMAGEM HOLÍSTICA: REFERENCIAL TEÓRICO DE MYRA ESTRIN LEVINE	57
5 METODOLOGIA	64
5.1 Tipo de estudo	64
5.2 Local do estudo.....	65
5.3 Participantes do estudo	65
5.4 Coleta dos dados	66
5.5 Análise dos dados	72
5.6 Aspectos éticos	73
5.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios	74
5.6.1.1 Riscos	74
5.6.1.2 Benefícios	74
5.6.1.3 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores	74
5.6.1.4 Explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.....	74
5.6.1.5 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa	74
5.6.1.6 Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos.....	75
5.6.1.7 Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.....	75

6 RESULTADOS	76
6.1 Modelo teórico cuidado terapêutico vibracional para a enfermagem holística	76
6.2 Cuidado terapêutico vibracional às relações socioambientais de trabalho-família: resultados da intervenção com a técnica MRRP®	80
6.3 Avaliação da intervenção da TV-MRRP® por meio do comportamento do cortisol	103
7 DISCUSSÃO	110
7.1 Modelo teórico cuidado terapêutico vibracional para a enfermagem holística	110
7.2 Cuidado terapêutico vibracional às relações socioambientais de família e trabalho: verificação da intervenção com a técnica MRRP®	116
7.3 Avaliação da intervenção da TV-MRRP® por meio do comportamento do cortisol	145
CONCLUSÃO	158
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	180
Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido	181
Apêndice II- Anamnese de enfermagem a partir de uma abordagem holística de enfermagem	183
ANEXOS	186
Anexo I – Questionário de McGill – Avaliação do padrão da dor	187
Anexo II – DASS21	189
Anexo III – Medida de Conflito trabalho-família	190
Anexo IV – Encaminhamento de projeto de pesquisa	191
Anexo V – Certificado de direito autoral: Mesa Radiônica Quântica Rosa	195
Anexo VI – Registro de marca comercial: RP REGIA PRADO	197

APRESENTAÇÃO



[...] o caminho não existe de forma pré-determinada, mas o caminhante o faz por meio da ação movida pelo desejo de caminhar (MACHADO, 2001).

No caminhar da constituição da minha vida profissional, busco o conhecimento num processo de formação pessoal e profissional que permita contemplar as mais diferentes dimensões que envolvem a constituição do ser, ou seja, física, mental, espiritual e emocional, pois a profissão da enfermagem me possibilita olhar o outro em suas diversas dimensões.

Ser enfermeiro é ter, em sua essência, o registro do cuidado e a responsabilidade que essa escolha implica, uma vez que há a necessidade da consciência que, antes de aplicarmos as ações de cuidado ao outro, devemos aplicar a nós próprios, portanto é necessário o autoconhecimento. O cuidado que dispensei aos pacientes que a mim chegaram é permeado pela minha energia, expressa pela empatia do meu olhar, pela atenção com que eu ouço e pela forma como expressei o meu sentir.

A minha caminhada enquanto enfermeira despertou inquietações, incitando a busca por uma formação que me permitisse compreender, mais detalhadamente, os elementos que constituem o ser de cada paciente. Essa busca me levou à realização do Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, porquanto compreendia o trabalho como elemento determinante no processo de saúde e doença dos pacientes.

Durante o curso, deparei-me com a disciplina de "Enfermagem do trabalho e o cuidado holístico em saúde", que me permitiu vislumbrar a constituição do ser em todas as suas dimensões, por meio da compreensão do conceito do cuidado holístico aplicado à saúde do

trabalhador. Nesse processo, senti despertar a vontade de conhecer de que forma o cuidado da enfermagem, em especial na saúde do trabalhador, poderia ser produzido na perspectiva de uma abordagem holística.

Nessa caminhada, tive a oportunidade de atuar como professora temporária do Curso de Enfermagem na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) atuando, concomitantemente, como servidora municipal na Prefeitura Municipal de Uruguaiana, vivências que fortaleceram a minha convicção da importância de uma abordagem holística na enfermagem.

Sempre inquieta, na procura por maior conhecimento para subsidiar minhas ações, resolvi realizar o mestrado em Enfermagem, na FURG, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vinculado ao grupo de pesquisa Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). Para melhor compreender a especificidade da saúde do trabalhador, procurei a linha de pesquisa “O Trabalho da Enfermagem/Saúde”, que se fundamenta na relação trabalho, saúde e ambiente para a produção coletiva de saúde. Esse estudo resultou na minha dissertação de mestrado, intitulada *Trabalhadores portuários e a exposição ao ruído ocupacional: um estudo no porto do extremo sul do Brasil*.

Finalizado o mestrado, movida pelo desejo de continuar aprofundando conhecimentos sobre as relações do trabalho e saúde, ingressei no doutorado, com uma proposta para investigar o cuidado da saúde dos trabalhadores numa perspectiva holística.

Outra experiência significativa para a minha formação profissional foi o Curso de Licenciatura, no Programa Especial de Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional, que realizei no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), no *Campus* Rio Grande. O curso possibilitou a expansão do conhecimento na área da educação, fortalecendo lacunas acerca do processo de pensar a educação em enfermagem como cuidado à saúde. Esse processo, também, permitiu a percepção da relação docente-discente na prática docente e o cuidado à saúde na dimensão da espiritualidade na educação profissional.

Na procura por abordagens de cuidados de enfermagem, numa perspectiva holística, realizei a formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC), a fim de atuar como terapeuta holística: formação em *Reiki* nível I, II e III; técnica terapêutica energética *Thetahealing*; técnica vibracional Mesa Radiônica RP® (TV-MRRP®). Foi a TV-MRRP® que me aproximou dos conceitos da radiestesia, da radiônica e dos campos eletromagnéticos como possibilidades para a intervenção na saúde.

O trabalho com essas técnicas terapêuticas vibracionais e energéticas me permitiu exercer a o cuidado de enfermagem com abordagem holística, por meio de consultas de enfermagem realizadas no Espaço Terapêutico Andréia Martins do Couto. Os principais motivos da busca por atendimentos estavam relacionados a sinais e a sintomas de estresse e dor provenientes das relações familiares e de trabalho. Frente a essas constatações empíricas, busco, por meio do presente estudo, a validação científica do CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, na minimização dos sinais e sintomas de dor e estresse dos conflitos das relações trabalho-família referidos pelos pacientes.

Assim, alinhada com o exercício da profissão de enfermeira que vinha exercendo, surge a presente tese, a fim de investigar como a intervenção com a TV-MRRP® age nos níveis de dor e estresse nos cuidados da enfermagem, tendo, como suporte teórico, a abordagem de Enfermagem Holística definida pela teórica Myra Estrin Levine.

1 INTRODUÇÃO

Compreende-se a enfermagem como uma disciplina social e humanista da prática de cuidados de saúde, estruturada na ciência e na arte da promoção, da proteção e da prevenção no cuidado das doenças dos seres humanos (CROSSETTI; GÓES, 2017). O cuidado de enfermagem constitui-se por um arcabouço de teorias provenientes do conhecimento científico, que podem ser apresentadas como instrumento de trabalho.

Por meio delas, é possível identificar as tendências das visões sobre o processo saúde-doença que constituem o cuidado terapêutico. Essas teorias apresentam algumas divergências, porém unem-se em um único objetivo: o desenvolvimento de um cuidado humanizado, integral e justo aos indivíduos, considerando a singularidade de cada um (BRANDÃO *et al.*, 2019).

A história da enfermagem nos brinda com várias teorias construídas com base na realidade dos indivíduos e de suas relações com o ambiente, dentre elas, a teoria ambiental originária, da precursora da enfermagem, Florence Nightingale (1820/1910); a das necessidades básicas, da enfermeira Virginia Henderson (1897); a do autocuidado, da enfermeira Dorothea Orem (1914); a da adaptação, da enfermeira Sister Callista Roy (1939); a das relações interpessoais em enfermagem, da enfermeira Hildegard Peplau (1952); a holística, de Myra Estrin Levine (1967); a do modelo conceitual de homem, da enfermeira Martha Rogers (1970); a das necessidades humanas básicas, da enfermeira Wanda Horta (1970); e a teoria do alcance dos objetivos, da enfermeira Imogene King (1971).

São as teorias que permitem ao enfermeiro descrever, explicar, diagnosticar e realizar intervenções e avaliações acerca das condições de saúde-doença dos indivíduos com respaldo científico, assim, elas contribuem para o desenvolvimento do processo de enfermagem (BOAVENTURA *et al.*, 2017).

Para Cezar-Vaz *et al.* (2005), a saúde é uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes do ambiente que tem como conteúdo a produção da harmonia interna e externa dos corpos. A interação dos meios causa a modificação e a transformação das relações dos indivíduos entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente (CEZAR-VAZ *et al.*, 2005).

A saúde constitui um sistema com unidade concreta que transforma e faz desenvolver o conjunto, ou seja, a rede de relações de produção de componentes socioambientais que podem ser identificadas por meio de estruturas, sentidos, valores e significados individuais e

coletivos, de modo a influenciarem na constituição física dos indivíduos, bem como nas suas ações coletivas (CEZAR-VAZ *et al.*, 2005). Nessa perspectiva, compreende-se que o enfermeiro deve exercer o cuidado com um olhar abrangente, considerando os indivíduos em todas as dimensões físicas, mentais, emocionais e espirituais, ou seja, uma enfermagem holística.

A enfermagem holística, segundo Levine (1973), é constituída por quatro princípios de conservação e integridade (estrutural, pessoal, social e de energia) e vislumbra o cuidado e as intervenções de enfermagem por meio da compreensão de que os indivíduos se constituem em uma condição de adaptação constante com o meio no qual estão inseridos, de modo a manter a conservação da saúde (LEVINE, 1973). Foi nessa perspectiva holística socioambiental do cuidado de enfermagem que se adentrou nas relações de trabalho e de família.

Tais relações têm o caráter inerente à constituição humana, que permeia o cotidiano de diferentes formas, por meio da constituição social, econômica e política, que influenciam, de forma direta ou indireta, a condição de saúde dos indivíduos.

Para compreender as relações de família-trabalho e trabalho-família, é preciso entender como se constitui a família. Ela se constitui a partir de uma relação social dinâmica formada por pessoas inseridas em um processo histórico de vida, as quais interagem na afetividade e na reprodução. Essas pessoas, durante todo o seu desenvolvimento, assumem formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas estruturadas na cultura da família, na classe social a qual pertencem e por outras influências do “ambiente” em que vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas (ELSEN, 1994).

O ser humano interage, nesse sistema, de várias maneiras, dentre elas, as relações do trabalho, pois o trabalho é uma atividade na qual o ser humano emprega sua força para produzir os meios de sustento, ou seja, a sua subsistência (MARX, 2014). Entende-se o trabalho como a energia que constitui o indivíduo, ou seja, a força vital capaz de gerar recursos ou condições para o suporte à sua própria vida e à da sua família.

Aguiar e Bastos (2018) destacam que as relações de família e trabalho têm sido alvo crescente de estudos e de interesse e isso se deve às transformações que as relações de família e de trabalho vêm passando nas últimas décadas. As reestruturações das condições de trabalho e as estruturas e dinâmicas familiares suscitam a necessidade de ampliar a compressão de como essas esferas da vida são articuladas e vivenciadas por cada indivíduo em diferentes contextos. Cada um reage de forma singular diante dessas transformações, e essas reações, certamente, influenciam as relações.

Numa abordagem holística de enfermagem, visualiza-se a necessidade constante do processo de adaptação do indivíduo às diferentes condições estabelecidas entre os indivíduos que constituem as relações, bem como os ambientes nos quais estão inseridos, considerando que cada indivíduo reage de forma única, conforme a sua singularidade (LEVINE, 1973).

Para Levine (1973), o cuidado de enfermagem é desenvolvido por meio do modelo de conservação e integridade do paciente, que se constitui em quatro princípios, quais sejam: o de conservação estrutural, o pessoal, o social e o de energia. Quando há um desequilíbrio na intersecção destes princípios e existem dificuldades de adaptação aos elementos que constituem essas relações, é possível identificar sinais e sintomas de estresse e de dor, percebidos conforme o princípio de conservação e integridade estrutural. A consequência desse desequilíbrio acarreta alterações no princípio de conservação estrutural, pessoal e de energia, configurando o processo de quebra ou adoecimento (LEVINE, 1973).

O estresse representa uma interação complexa entre o indivíduo e o ambiente, pois é o resultado da situação estressante, propriamente dita, e da resposta do indivíduo ao estímulo recebido do ambiente, ou seja, o estresse acontece quando há um desconforto proveniente da interação do indivíduo com o ambiente, quando esse se encontra em uma situação complexa, capaz de alterar o seu estado de bem-estar. O mecanismo do estresse se move por reações de adaptação e defesa do indivíduo, devido às agressões dos agentes estressores, podendo ser de caráter físico, biológico, químico e emocional (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Segundo Porto (2001) e Oliveira e Moraes (2002), a dor pode, também, ser considerada uma resposta estressante do organismo ao meio, podendo ser de origem física, mental ou emocional. A dor é uma experiência desagradável, que pode ser sensorial e emocional e pode emergir de danos teciduais reais ou potenciais, sendo um dos sofrimentos mais temidos pelos seres humanos (PORTO, 2001; OLIVEIRA; MORAES, 2002). A abordagem holística afirma que, para o indivíduo se manter saudável, ele deve primar pelo equilíbrio entre o meio interno (homeostase) e o meio externo (homeose), ou seja, estar em processo de adaptação (LEVINE, 1973).

Este estudo investiga os cuidados de enfermagem na perspectiva da enfermagem holística, mais especificamente, as formas de cuidado terapêutico vibracional (CTV) na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares Para isso, utiliza, como técnica vibracional, a mesa radiônica Régia Prado® (TV-MMRP®), que tem o objetivo de reestabelecer a saúde nas dimensões físicas, mental, espiritual e emocional, com base no princípio da radiestesia e da radiônica.

Na perspectiva da enfermagem holística, as PIC são propostas como complementação ao cuidado, podendo ser utilizadas, concomitantemente, a outros tratamentos. Dentre as PIC, existem as técnicas vibracionais que atuam em nível energético, de forma preventiva e de tratamento aos desequilíbrios físico, mental, espiritual e emocional (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012), como, por exemplo, o Reiki, a cromoterapia, entre outras; não sendo contemplada a Mesa Radiônica®, portanto vislumbra-se a possibilidade de inclusão dessa técnica como mais uma possibilidade de cuidado à saúde junto às PIC. No Brasil, as regulamentações sobre as PIC dão respaldo legal aos enfermeiros que atuam tanto em ambientes públicos quanto em privados.

Várias pesquisas (BONDI *et al.*, 2020; ZINS *et al.*, 2018; WEBSTER *et al.*, 2020; DYER; BALDWIN; RAND, 2019; BATISTA; TUCCI, 2020) comprovam os bons resultados da utilização das PIC na diminuição de sinais e sintomas de estresse e dor; algumas delas são mostradas ao longo deste estudo. Os pesquisadores afirmam que, diante da demanda emergente por soluções, elas ainda são insuficientes, tais constatações reforçam a justificativa da realização do presente estudo.

No contexto das técnicas vibracionais, é importante salientar o conceito de biomagnetismo, que explica a energia produzida pelo corpo humano, e a formação do campo eletromagnético humano (CARNEIRO, 2000). Ao visualizar o indivíduo, por meio da perspectiva fisiológica vibracional e energética, identifica-se a constituição do campo eletromagnético que se expande para o ambiente. O campo é formado pelo processo de polarização e despolarização celular, ou seja, a constituição orgânica do indivíduo, que, por um mecanismo de expansão, interage com as condições socioambientais (BAFFA *et al.*, 2000; CARNEIRO *et al.*, 2000; DE ARAUJO *et al.*, 1999; OSCHMAN, 2000; RUBIK, 1995).

A polarização e despolarização também são identificadas nos processos produzidos pelas relações dos indivíduos consigo mesmos, com os outros e nas relações de família e de trabalho, por isso, a necessidade de constante adaptação para a manutenção da saúde. Em caso de não adaptação, o desequilíbrio apresenta-se com sinais e sintomas de estresse e dor (BAFFA *et al.*, 2000).

Considera-se a TV-MRRP® como uma possibilidade para o cuidado de enfermagem pela utilização da radiestesia e da radiônica – técnicas que objetivam a conexão da consciência e das energias sutis de cada indivíduo, de modo a estabelecer o diagnóstico e o tratamento em uma perspectiva vibracional (OSCHMAN, 2000).

O estudo se justifica devido ao avanço das doenças provenientes do estresse no mundo moderno, evidenciado, pelas diversas pesquisas, que, também, demonstram os resultados

benéficos da utilização das PIC como cuidado à saúde (WEBSTER et al., 2020); (DYER; BALDWIN; RAND, 2019); (BATISTA; TUCCI, 2020); (NOURBAKHSH et al., 2016); (MUEHSAM et al., 2015). Essas doenças são identificadas por meio do processo de enfermagem, que possibilita a realização da anamnese, e pela mensuração proveniente do exame físico. Isso nos leva a querer investigar as possibilidades do uso da Mesa Radiônica® no cuidado dessas doenças.

Para isso, delinearão-se as seguintes questões de pesquisa:

Quais são as evidências clínicas de dor e de estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família?

Como a TV-MRRP® atua nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família?

A TV-MRRP® contribui para o cuidado de enfermagem holística nos conflitos provenientes das relações socioambientais de trabalho-família?

Nesse sentido, apresenta-se como **TESE** deste estudo: *O processo de enfermagem holístico pautado no cuidado terapêutico vibracional, com a intervenção da TV-MRRP®, promove a minimização de sinais e sintomas de dor e estresse dos pacientes nas relações socioambientais de trabalho-família.*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de cuidado de enfermagem holística, por meio da TV-MRRP®, a fim de identificar se e como ocorre a minimização dos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

2.2 Objetivos específicos

Identificar, por meio da avaliação de enfermagem holística, a dor e o estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

Verificar o resultado da utilização da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

Avaliar o resultado da intervenção, com a TV-MRRP®, no cuidado de enfermagem holística para os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Marco legal da enfermagem: regulamentações da atuação do enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o fim dos anos 70, reconhece e instiga a implantação da “medicina tradicional” ou “medicina complementar e alternativa” nos sistemas de saúde e pontua que é uma parte importante e, muitas vezes, subestimada dos serviços de saúde. Em alguns países, há a denominação de medicina tradicional ou medicina não convencional, sendo chamada de “medicina complementar”. Historicamente, a medicina tradicional tem sido utilizada para manter a saúde, prevenir e tratar doenças, em particular, doenças crônicas (OMS, 2013).

No documento das Estratégias da OMS (2014-2023), identifica-se o termo “medicina tradicional” vinculado a uma longa história. A medicina tradicional é considerada a soma de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de culturas distintas, sejam explicáveis ou não, usadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais (OMS, 2013). Também, aborda que os termos “medicina complementar” ou “medicina alternativa” referem-se a um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que está fora da tradição e da medicina convencional de um país e, muitas vezes, não estão totalmente integrados ao sistema de saúde predominante. Esses termos, também, são encontrados referindo-se à medicina tradicional. Outra nomenclatura é a “medicina tradicional e complementar (MTC)”, de maneira que os conceitos fundem-se em “medicina tradicional e complementar”, a fim de incluir um amplo conjunto de práticas de atenção à saúde que não pertence à medicina convencional e que, por vezes, não faz parte do sistema de saúde prevalecente (OMS, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) confere à medicina tradicional e complementar um vasto complexo de práticas de cuidado, saberes e resultados de uso terapêutico não contemplados na medicina convencional ou alopática. Eles são reconhecidos como práticas terapêuticas, incluindo as intervenções mente/corpo, terapias de manipulação corporal, naturais e energéticas.

Apesar das definições registradas, é importante destacar que não há consenso sobre essa nomenclatura, devido às diferentes realidades e às práticas no mundo (SOUSA; TESSER 2017). Enquanto, no México, é utilizado o termo “medicina complementar e integrativa”, em Cuba, encontra-se a nomenclatura de “medicina natural e tradicional”. Já, nos Estados Unidos

e Canadá, chama-se “medicina complementar e alternativa”. No Brasil, utiliza-se o termo “práticas integrativas e complementares” (SOUSA; TESSER, 2017).

As práticas integrativas e complementares, em saúde (PIC), configuram-se como um conjunto de recursos possíveis de intervirem em diversos âmbitos, viabilizando a recuperação da saúde e a prevenção de doenças e agravos, sejam eles físicos ou mentais (MAGALHÃES; ALVIM, 2013). Assim, elas constituem recursos que valorizam a escuta acolhedora de modo a fortalecer o desenvolvimento de um vínculo terapêutico e a integração dos pacientes com o meio em que vivem (JUNIOR, 2017).

Além do mais, são constituídas por bases teórico-filosóficas que almejam que o ser humano seja percebido enquanto um ser holístico, compreendido como uma totalidade e não de forma fragmentada (MELLO; BRITO, 2015). Elas estão de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) que nomeou de medicina tradicional e medicina complementar/alternativa (MT/MAC), sendo recomendado que os estados membros elaborem políticas nacionais que incorporem essas práticas aos sistemas de saúde (SOUSA; TESSER, 2017).

O National Center for Complementary Integrativa Health, formalmente conhecido como National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), foi criado assumindo a missão de definir, com base em pesquisas científicas, a aplicabilidade e a segurança das intervenções alternativas e complementares e sua função de promoção e cuidado em saúde (NCCIH, 2015). O referido centro classifica as práticas integrativas complementares em cinco categorias: 1) terapias mente/corpo (técnicas de relaxamento profundo, práticas respiratórias, meditação, ioga, musicoterapia, entre outras); 2) terapias de base biológica (atuando com substâncias naturais, tais como: aromaterapia e fitoterapia); 3) terapias corporais de tratamento físico (massoterapia, quiropraxia, terapia craniosacral); 4) terapias vibracionais (atuando na saúde vibracional e energética, como *reiki* e toque terapêutico, ondas, radiações e vibrações por meio da radiestesia e radiônica; 5) sistemas da medicina tradicional chinesa e *ayurvédica* (FAN, 2005).

A inclusão das práticas integrativas complementares permite ao enfermeiro desenvolver o cuidado com uma visão holística do paciente, o que viabiliza que ele seja percebido como alguém que está doente e não com o estigma de ser doente, o que facilita o tratamento (ALMEIDA *et al.*, 2018). A inclusão desse tipo de cuidado de enfermagem foi possível através do reconhecimento do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pelo Parecer Normativo 004/95, aprovado na 239ª reunião ordinária, realizada em 18 de julho de 1995. São consideradas terapias alternativas: acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia,

quiropaxia, massoterapia, toque terapêutico, entre outras oriundas de culturas orientais, exercidas ou executadas por praticantes treinados, cujos conhecimentos são repassados de geração em geração (COFEN, 2001).

A Resolução nº 197, de 1997, do COFEN, atribui respaldo legal ao profissional enfermeiro para trabalhar com terapias complementares e integrativas (COFEN, 2011). Tanto a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) quanto a Resolução do COFEN respaldam a atuação do enfermeiro e o cuidado à saúde numa perspectiva de prevenção, recuperação e promoção da saúde por meio de métodos naturais.

No Brasil, em 2006, por meio do Ministério da Saúde (MS), validou-se e instituiu-se, no Sistema Único de Saúde (SUS), a PNPIC. Tal política considera a singularidade do paciente em relação aos processos de adoecimento e de saúde, encarando-o em sua dimensão global, o que reitera a integralidade da atenção à saúde em um horizonte que estimula a corresponsabilidade pela saúde, impulsionando o exercício da cidadania. Os seus princípios são uma oportunidade para o cuidado humanizado, integral e contínuo e são dirigidos para a prevenção de agravos, para a promoção e para a recuperação da saúde das pessoas, permitindo, assim, a ampliação das estratégias de cuidado. Foram instituídas, no primeiro momento, cinco práticas: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia e termalismo (BRASIL, 2006).

O trabalho da enfermagem é organizado quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, por meio da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o que viabiliza o processo de enfermagem. Sua operacionalização e seu registro documental evidenciam a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, enfatizando a visibilidade e o reconhecimento profissional. Nesse sentido, o processo de enfermagem pode ser considerado um recurso metodológico orientador ao cuidado profissional de enfermagem e consiste em um modelo para orientar o cuidado profissional, que deve ocorrer de forma deliberada e sistemática, em todos os ambientes, públicos ou privados (COFEN, 2009).

O COFEN, por meio da Resolução nº 389, de 18 de outubro de 2011, determina que o enfermeiro pode utilizar as PIC como processos terapêuticos de intervenção à saúde dos pacientes, considerando tais práticas no modelo metodológico acima referido (COFEN, 2011). Posteriormente, em janeiro de 2017, através da Portaria nº 145/2017, foram inclusas mais quatorze práticas à PNPIC, para serem oferecidas pelo SUS, são elas: arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropaxia, reflexoterapia, *reiki*, *shantala*, terapia comunitária integrativa e *yoga* (BRASIL, 2017). No ano de 2018, por meio da Portaria Nº 702, de 21 de março de 2018, foram incluídas mais 10

técnicas terapêuticas (apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais), totalizando vinte nove técnicas terapêuticas integradas ao SUS (BRASIL, 2018).

A legislação foi atualizada pela Resolução nº 0568/2018, a fim de regulamentar o funcionamento dos consultórios e clínicas de enfermagem e a atuação autônoma do enfermeiro, permitindo atendimento aos pacientes. Com a nova regulamentação e com a possibilidade de atuação autônoma do profissional enfermeiro, novas técnicas de ação terapêutica começam a acontecer na prática, levando-se em conta a complexidade biopsicossocial do paciente que recebe o cuidado (AZEVEDO *et al.*, 2019).

O documento destaca o conceito de clínica de enfermagem como um estabelecimento que se constitui por consultórios e ambientes para o atendimento de enfermagem individual, coletivo e/ou domiciliar. O consultório de enfermagem refere-se à área física onde é realizada a consulta de enfermagem e demais atividades privativas do profissional para atendimento exclusivo de pacientes próprios (COFEN, 2018).

Tais atividades privativas do profissional para o atendimento dos pacientes vêm ganhando espaço nas instituições privadas e contribuindo para a difusão de conhecimentos embasados cientificamente e para a disseminação das PIC à comunidade (AZEVEDO *et al.*, 2019). Além disso, segundo as autoras, as PIC vêm sendo apresentadas mais recentemente em pesquisas e atividades extensionistas dentro das universidades e como na prática clínica nas unidades básicas de saúde.

Todo esse arsenal de normas e recomendações nacionais e internacionais vem sinalizando um reconhecimento dessas práticas no cuidado terapêutico dos seres humanos no sentido de considerar a integralidade do ser. Há uma clara tendência de mudança de paradigma na área da saúde, de uma visão assistencialista para uma visão de saúde integral holística que visa a prevenção mais do que o assistencialismo. O que reafirma e justifica a relevância deste estudo.

3.2 Enfermagem holística e as práticas integrativas complementares em saúde

Cortina e Paz (2004) apontam que o termo “holístico” é de raízes gregas *olos*, que significa “tudo”, sendo encarado como a filosofia da totalidade ou da integralidade. A palavra foi introduzida pelo marechal de campo sul-africano Jan Chistian Smuts no livro "*Holism and Evolution*" no ano de 1926, obra em que pondera a irredutibilidade do todo à soma de suas partes, atribuindo ao fator da totalidade, princípios materiais e não materiais, com caráter

místico. Essa perspectiva contrapõe-se ao pensamento herdado da filosofia cartesiana que prevaleceu no século XVII, pautada no dualismo e no estudo fragmentado das coisas. Por mais que seja difícil ter-se consciência da unidade, que já era mencionada desde culturas orientais antigas, é relevante. O que é chamado de holístico, os chineses denominam *tao*, os budistas *dharmakayae*, assim, cada cultura antiga, mesmo com sua visão mística da realidade, conceberam a integralidade de todos os fenômenos (CORTINA; PAZ, 2004).

Um exemplo da apropriação de uma visão mais integral do processo de saúde e doença e sua relação com o tratamento é a proposta de Oliver Sacks, neurologista inglês, que desenvolveu uma filosofia prática de intervenção terapêutica com base direta no valor da narrativa do paciente como melhor maneira de direcionar seus esforços em seu próprio processo de melhoria, que nomeou de “autocura” (MEZA, 2015). Essa prática se pauta em uma profunda reformulação holística do processo de melhoria, em termos biopsicossociais, além disso, uma dimensão viável na abordagem holística corresponde à espiritualidade (MEZA, 2015).

Na área de enfermagem, a espiritualidade é compreendida como um elemento dinâmico e intrínseco do ser humano e por meio dela as pessoas buscam significado, propósito e transcendência, na medida em que experimentam relacionarem-se consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, com a sociedade e com a natureza, considerando os seus significativos (ou sagrado), portanto uma “conexão” e sua manifestação ocorre por meio de crenças, valores, tradições e práticas (ZYGA, 2015).

Segundo Ienne *et al.* (2018), o enfermeiro necessita abarcar a assistência espiritual à sua prática, haja vista a tendência crescente da enfermagem em assistir o paciente em uma noção holística, uma vez que corpo, mente e espírito são indissociáveis e formam o ser humano. A perspectiva holística do cuidado, ao acolher as dimensões diversas do ser humano, vincula-se com a pauta da espiritualidade, acolhendo novas abordagens que atendam para além das competências tecnológicas, aquelas essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem como profissão (IENNE *et al.*, 2018).

Shoutard (2020) apresenta muitos artigos e produções escritas, os quais refletem o interesse de várias nações sobre cursos, competências, pesquisas, diagnósticos e diretrizes de prática que consideram a espiritualidade (SHOUTARD, 2020). Contraditoriamente, na maioria dos cursos de enfermagem, mesmo escolas e universidades religiosas, não é oferecido um trabalho mais sólido considerando o tema, uma profunda discrepância que deixa os enfermeiros despreparados para abordar questões relacionadas ao cuidado espiritual. Uma ausência que acarreta em escape de oportunidades para os enfermeiros, não apenas em sua

capacidade de atender plenamente às necessidades de seus pacientes, mas inclusive na frágil compreensão de sua própria espiritualidade. Sobre esse aspecto, de acordo com Connerton e Moe (2018), observa-se que os profissionais que prestam assistência espiritual, enquanto enfermeiros, experimentam menores níveis de estresse no trabalho e menos desgaste (CONNERTON; MOE, 2018).

Shattuck e Muehlenbein (2018) apontam que as relações entre espiritualidade, mente e corpo, quando negligenciadas, acarretam sofrimento espiritual ou doenças que colocam o paciente em um curso de tratamento. A negligência supõe a separação que implica a exclusão da comunicação bidirecional entre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico de modo a correlacionar-se como doença física (SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2018).

Shoutard (2020) defende que os enfermeiros fazem parte de uma categoria profissional diretamente vinculada aos cuidados de saúde e precisam ser referência em termos de apoio espiritual no âmbito do atendimento, ou seja, reconhecer que a ação e o propósito da espiritualidade é renovar a confiança, gerar o otimismo e promover a resiliência. Ao identificar que cada vez mais as pessoas almejam uma vida mais integrada, com equilíbrio entre saúde e bem-estar, os enfermeiros holísticos têm o compromisso de orientá-las no cuidado mente-corpo-espírito, nas relações e em momentos incertos. Destaca que uma prática espiritual permite, ao profissional enfermeiro, atuar como elo para o cuidado, sendo curador autêntico, considerando a saúde (SHOUTARD, 2020).

Há que se destacar que a espiritualidade instiga ao processo de resiliência, tornando-se um mecanismo de proteção. Para Shoutard (2020), o enfermeiro, ao considerar uma formação para auxiliar no processo de resiliência junto aos recursos espirituais relacionados às habilidades de enfrentamento, incluindo o autocuidado, utiliza componentes fundamentais à área da saúde. Assim, a autora argumenta que o trabalho, considerando a espiritualidade de outra pessoa, exige um acompanhamento com o paciente de maneira a estabelecer uma relação de espaço, permissão e apoio para expressão e questionamento, de forma a instigar a força espiritual interior. A espiritualidade auxilia a empatia, a expansão do conhecimento intuitivo com a finalidade de conceber todos os momentos como sagrados (SHOUTARD, 2020).

Jasemi *et al.* (2017), em um estudo sobre os conceitos de cuidado holístico de modelo híbrido, destacam a ausência de uma definição abrangente dele. Contudo, apontam o reconhecimento da sociabilidade, do compromisso profissional e princípios religiosos e éticos como aspectos considerados pela maioria dos enfermeiros que prestam cuidados holísticos. Essa consideração aponta para a importância de uma formação que considere as habilidades

comunicativas, o acolhimento à religiosidade do paciente, de suas crenças e visões, bem como um estímulo ao cuidado ao desenvolvimento de cuidados holísticos (JASEMI *et al.*, 2017).

Riegel *et al.* (2018) realizam um estudo que aproxima a teoria de Watson, a teoria de Wanda Horta e o aporte teórico de Facione acerca do pensamento crítico holístico. O estudo apresentou resultados positivos dessa associação teórica na formação de enfermeiros ao serem instigados a compreender os processos holisticamente e agir no cuidado holístico em enfermagem, demonstrando a pertinência de uma formação em enfermagem que destaque os aspectos teóricos e filosóficos, posto que eles são imprescindíveis para o pensamento crítico holístico dos egressos dos cursos de graduação em enfermagem (RIEGEL *et al.*, 2018).

Em sentido análogo, Crossetti e Goes (2016) reivindicam um espaço maior de discussão sobre a educação holística enquanto forma de contribuir para a inclusão temática de natureza holística e espiritual desde a formação inicial dos enfermeiros. Reiteram tal aspecto, já que estes temas procuram restabelecer o equilíbrio entre o pensamento linear e a intuição. Exemplificam que esse processo se concretiza em sala de aula por meio de várias técnicas: estudos de casos, simulação realística e outras estratégias de metodologias ativas em que o futuro profissional tem a oportunidade de experienciar situações reais em laboratórios (CROSSETTI; GOES, 2016).

Veliz-Rojas e Saavedra (2017), após estudarem sobre as doenças crônicas, afirmaram que o acompanhamento referente ao cuidado de enfermagem holístico assume uma dimensão humanística que ultrapassa a técnica, cuidado planejado ou educação de rotina: trata-se de estar com o outro e partilhar seus sentimentos e emoções. O uso de terapias alternativas ou complementares no cuidado holístico no processo do trabalho de enfermagem é uma ferramenta para alcançar o bem-estar e a cura integral da pessoa, capaz de estabelecer mudanças nos estilos de vida e adesão aos medicamentos. Incorporar uma perspectiva holística e humanística no cuidado e acompanhamento de enfermagem é uma estratégia fundamental para promover a adesão terapêutica e, portanto, melhorar o bem-estar dos pacientes com doenças crônicas (VELIZ-ROJAS; SAAVEDRA, 2017).

3.3 Enfermagem holística e o cuidado terapêutico nos conflitos das relações de trabalho-família

A enfermagem holística considera que a interação demanda a adaptação do indivíduo ao ambiente e as suas relações e reconhece que as relações de família e de trabalho são elementos determinantes para a conservação da integridade dos indivíduos. As relações

familiares são elementos importantes no desenvolvimento dos indivíduos. O indivíduo se relaciona com a família e com o ambiente de trabalho e vai se constituindo na interação com esses ambientes (GRISARDGRZYWACZ, 2003; PEREIRA; ARPINI, 2012; STAUDT; WAGNER, 2008).

Isso demanda a compreensão e aceitação mútua pela necessidade de adaptação, o que permite a manutenção da conservação e da integridade social, portanto, as relações de família e de trabalho contribuem para a condição de equilíbrio do indivíduo. A família é considerada um sistema complexo delineado por um processo de transformação histórica, social e cultural, elementos, esses, que permeiam o contínuo movimento de transformação, gerando novas composições e dinâmicas familiares (GRISARDGRZYWACZ, 2003; PEREIRA; ARPINI, 2012; STAUDT; WAGNER, 2008).

Para este estudo o conceito de família é compreendido como um sistema interpessoal no qual as pessoas interagem pela afetividade e pela reprodução, num processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que, durante todo o seu desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas estruturados na cultura da família, na classe social a qual pertence e por outras influências e determinações do “ambiente” em que vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas (ELSEN, 1994).

A família deve ser compreendida como parte integrante de um ambiente socioambiental e cultural no qual crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados, nas interações sociais e, como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2003). Por estar inserida na sociedade, a família é perpassada por valores éticos, morais, culturais, sociais, econômicos e políticos da sua época (RAMIRES, 1997; PETRINI, 2005).

Historicamente os modelos de família vêm passando por um movimento de modificação, que demanda um processo de adaptação. Este processo pode ser vislumbrado em três grandes fases ou modelos: a tradicional, a moderna e a contemporânea ou pós-moderna (COSTA, 1983; ROUDINESCO, 2003).

A primeira fase retrata a família tradicional, que tinha como objetivo a transmissão do patrimônio através de casamentos arranjados por meio de combinação entre os pais dos noivos. Esse fato condicionava os noivos a um matrimônio em idade jovem, muitas vezes, prescindindo de amor para se efetivar, de modo que a vida afetiva e a sexualidade do casal não eram consideradas no momento do acerto matrimonial. Isso denota a submissão da

família perante a autoridade patriarcal e a ausência de afeto na constituição do casal (COSTA, 1983; ROUDINESCO, 2003).

A segunda fase trata da família moderna ou tradicional, também conceituada como família nuclear ou família conjugal burguesa, cuja configuração de relações era hierárquica, privilegiando a posição masculina. Esta constituição familiar ocorreu com a ascensão da burguesia ascendente do século XVIII, assentada em um conjunto de valores burgueses, dentre eles as relações conjugais com amor e o matrimônio em benefício do bem-estar dos filhos (REIS, 2010; ROUDINESCO, 2003).

A terceira fase é constituída pela família contemporânea ou pós-moderna, que compreende o matrimônio como uma união, de duração relativa, de dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual (PEREIRA, 2012; RUDINESCO, 2003). Nesse modelo de constituição familiar, concebe-se o rompimento das relações amorosas no momento que o afeto, o companheirismo e outros objetivos comuns aos cônjuges deixam de ser comuns (SPENGLER, 2012). Deste modo o matrimônio deixa de ser de caráter indissolúvel e indissociável e passa a ser um contrato firmado a partir da liberdade de escolha de cada indivíduo.

Ao vislumbrar o arcabouço que permeia a constituição familiar e todas as modificações que vêm ocorrendo, identifica-se que, na atualidade, o número de divórcios, de separações e de recomposições conjugais aumentou, o que fez emergir a multiplicidade de arranjos familiares (SOARES, 2008; WAGNER, 2002). Portanto, identifica-se que ocorreu uma reorganização das relações, tanto da mulher quanto do homem, com o ambiente social. A mulher, além dos compromissos domésticos, de esposa e mãe, assume uma nova configuração de maternidade e, conseqüentemente, a reconfiguração da paternidade (RAMIRES, 1997). Isso vem promovendo a transformação frente às divisões das tarefas e responsabilidades entre os membros da família, o que também vem permitindo construir diferentes formas de relações (PETRINI, 2005; PERUCCHI; BEIRÃO, 2007).

O modelo de família patriarcal, constituída por pai, mãe e filhos que convivem sob a autoridade do primeiro, está em crise. A crise do modelo patriarcal possibilita novas concepções dos papéis sociais, propiciando novas configurações e formando a família contemporânea, assim a família adapta-se a essas transformações, organizando espaços para que diferentes tipos de relações se estabeleçam (PERUCCHI; BEIRÃO, 2007). O homem era considerado o responsável pelo provimento da família, bem como por todo o mercado de trabalho, sendo o conjunto da legislação configurado para este modelo familiar (COFACE, 2015).

A família contemporânea apresenta-se multiforme e em permanente transformação e reformulação, o que promove o surgimento de novas formas de relacionamento entre seus membros (SPENGLER, 2012).

Com as transformações dos modelos familiares, identifica-se que as relações dos indivíduos com o trabalho emergem de forma mais intensa como elemento condicionante para o equilíbrio externo (homeose) e o equilíbrio interno (homeostase). Com o processo de modificação da estrutura familiar, a mulher inseriu-se no mercado de trabalho, constituindo um cenário familiar em que cada vez mais homem e mulher têm uma carreira profissional. A mulher adquiriu a responsabilidade do trabalho formal associado às responsabilidades domésticas, assim como para os homens ocorreu maior exigência em relação as tarefas familiares (GREENHAUS *et al.*, 2000; PREMEAUX; ADKINS; MOSSSHOLDER, 2007).

Nessa conjuntura, as relações conjugais também vivem um processo de modificação no qual há a necessidade da adaptação dos indivíduos para que haja a manutenção e o equilíbrio entre os cônjuges, porém, vêm ocorrendo um aumento na quantidade de divórcios o que acarreta o aumento de famílias monoparentais (PREMEAUX; ADKINS; MOSSSHOLDER, 2007).

Na sociedade atual a composição familiar se apresenta de diferentes formas: família nuclear, que incorpora um ou mais membros da família extensa (de origem); família de um só genitor; família adotiva; e a família homoafetiva. Portanto, a composição familiar pode ser determinada pelos atributos de afeição, pelos vínculos emocionais e pelo tempo de permanência dos seus membros. Ao trabalhar com famílias, é necessário que os enfermeiros tenham clareza das suas diferentes constituições e utilizem os critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio para realizar a avaliação de enfermagem (BAIA *et al.*, 2012).

Roudinesco (2003) afirma que a família frente ao processo de modificação e transformação pela qual vêm passando ao longo do tempo, ainda continua sendo compreendida como único valor seguro ao qual ninguém deseja renunciar, ou seja, é amada, sonhada e desejada por homens e mulheres de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as classes econômicas. Nessa perspectiva, o indivíduo deve ser considerado na sua singularidade, a qual é composta de uma constituição orgânica, mental, espiritual e emocional, repleta de signos e significados, permitindo a esse reconhecer-se como parte dessas relações de família e de trabalho. O enfermeiro ao prestar o cuidado aos indivíduos ou grupo de indivíduos deve ser por meio da escuta ativa aos problemas familiares para poder auxiliar na autonomia para a tomada de decisões (ALTHOFF; ELSEN; NITSCHKE, 2004).

O enfermeiro que compreende a saúde numa visão holística tem condições de cuidar dos indivíduos e das suas relações familiares, levando em conta os princípios de conservação da integridade social e de conservação da integridade estrutural, pessoal e de energia, provendo o equilíbrio entre a homeostase e a homeorese, pois a quebra neste processo gera uma nova condição de saúde podendo causar o adoecimento.

As PIC são um esforço no sentido incluir na prática a visão holística na prevenção e no cuidado terapêutico aos pacientes. Há uma vasta abrangência das práticas integrativas, mas, para a finalidade deste estudo, destacam-se aquelas PIC que são vibracionais: bioenergética, terapia de florais, cromoterapia, *reiki* e toque terapêutico.

A terapia de florais é uma prática terapêutica baseada nas essências florais utilizadas na mudança de alguns estados vibratórios. Contribui para o equilíbrio e harmonização, como uma prática complementar e não medicamentosa. As essências são extratos líquidos naturais inodoros e altamente diluídos de flores e sua utilização é voltada ao equilíbrio dos problemas emocionais. Esse processo opera em níveis sutis, de forma a harmonizar o paciente (BRASIL, 2018).

A terapia floral atua, com base nos extratos líquidos altamente diluídos de flores, plantas e arbustos, elementos da natureza entendidos como “vibracionais”, que derivam do contato das flores com a água e com a luz solar, harmonizando a pessoa com o ambiente em que vive. As essências atuam nos arquétipos da alma humana, instigando a transformação na forma de pensamento e atuando no desenvolvimento interior, equilíbrio emocional e contribuem na formação de novos comportamentos (BRASIL, 2018). Concebidos como uma alternativa de cura suave, sem a utilização de substâncias químicas artificiais, não provocam reações adversas nos usuários, no entanto, sua utilização pode ser associada a algum fármaco alopático, ponderando que, enquanto os florais atuam nas reações biofísicas do organismo, os alopáticos agem nas ligações químicas (MORALES, 2017).

As essências atuam, geralmente, na região da epífise neural, local que apresenta oxalato de apatita, agindo no campo magnético do meio, e, também, na anatomia energética, e seu objetivo principal é o tratamento de distúrbios mentais, harmonizando o corpo entérico, emocional e mental. A terapia com os florais de Bach não tem contraindicação e se administrados com medicamento alopático, atuam nos sintomas da doença e equilibram as emoções, tratando a patogenia integralmente (MORALES, 2017).

A cromoterapia tem as cores como base do tratamento, com o objetivo de harmonizar o corpo. A terapia busca estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, isso porque o desvio da energia vibratória do corpo

acarreta patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com cabines de luz e por meditação (BRASIL, 2018).

O *reiki* é uma prática terapêutica pela imposição das mãos, a fim de canalizar a energia vital para o equilíbrio e harmonização, com o propósito de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Tal prática potencializa a energia e transforma energias nocivas em energias benéficas, reduzindo o estresse (BRASIL, 2018b). Gerber (2007) afirma que a gênese etimológica da palavra: a sílaba “rei”, em japonês, significa energia universal ou essência energética cósmica; *ki* refere-se à energia vital individual e trata-se de uma terapia energética vibracional. Para Bastos (2015), o *reiki* fortalece a imunidade, evitando que agentes patogênicos levem à doença.

Bastos (2015) reconhece o chamado Campo de Energia Humano (CEH), que é um campo de energia sutil. Esse conhecimento tem seus fundamentos nas teorias orientais, pois, nelas, considera-se que, além do corpo físico, cada indivíduo possui um corpo energético. A doença, no corpo físico, é fruto do desequilíbrio no corpo energético, fragilizado pelas agressões externas. O CEH é reconhecido, há séculos, no Oriente, sendo considerado, terapêuticamente, nas mais diversas culturas, com diferentes nomenclaturas (BASTOS, 2015). Sá (2008), diz que, na Índia, esse elemento chama-se *prana*, enquanto, no Japão e no Egito, denomina-se, respectivamente, *ki* e *ka*. Já, na China, registra-se “*chi*” ou “*qi*”, possuindo forças polares, antagônicas e complementares, o *yin* e o *yang*. No Ocidente, tem-se o reconhecimento do CEH por meio de Luigi Galvani, que, no século XVIII, realizou experiências com a eletricidade. Contudo, apenas na virada para o século XIX, Michael Faraday e James Clerk Maxwell realizaram novos estudos, conferindo o conceito de campo energético, atentando para as condições no espaço que apresentam o potencial de produção da força energética. Cada carga energética produzida, num campo, cria um distúrbio ou uma condição diferenciada em volta deste, de tal forma que o campo ambiental sofre modificações (SÁ, 2008).

O conceito de campo foi definido como uma condição do espaço capaz de produzir uma força. Para Brennann (2006), já se identificou e se reconhece que, na existência do universo, há muitos campos criadores de forças interagentes. Destacam-se dois campos energéticos em permanente troca de interações: o humano e o ambiente. Nesse sentido, o CEH é composto por diferentes formas que abarcam vitalidade, emoção, pensamento, altruísmo e espiritualidade, e correspondem às chamadas energias sutis, as quais têm despertado interesse da ciência que reconhece o organismo humano para além de uma

estrutura física constituída de moléculas, ou seja, formado por campos de energia, transformando-se constantemente (BRENNANN, 2006).

Com efeito, a busca pela mensuração das mudanças sutis envolve a elaboração e a utilização de instrumentos para identificar os campos de energia arraigados ao corpo, medindo as frequências. Brennann (2006) e Gerber (2007) exemplificam alguns desses instrumentos: eletrocardiograma (ECG), responsável pela mensuração das correntes elétricas do coração; eletroencefalograma (EEG), capaz de medir as correntes elétricas do cérebro; além do dispositivo supercondutor de interferência quântica, que são os campos eletromagnéticos ao redor do corpo (BRENNANN, 2006; GERBER, 2007).

Brennann (2006) destaca que, no início do século XX, Einstein revolucionou a forma de conceber o mundo com a teoria da relatividade, ao demonstrar que a massa é, apenas, uma forma de energia condensada com os elementos do universo, sendo constituídos por fótons, mente e pensamento, ou seja, o corpo é energia e, diante disso, conclui-se que tudo que está no universo é energia, vibrando e oscilando em distintos ritmos. O ser humano tem sua natureza eletromagnética haja vista que o cérebro e o sistema nervoso central são estimulados por correntes elétricas até o coração, cujos batimentos são comandados por impulsos elétricos. Leva-se em consideração que o indivíduo está imerso em um ambiente nessa relação e gera um campo eletromagnético denominado biocampo (BRENNANN, 2006).

Ferreira (2014) pontua que há instrumentos que auxiliam para a mensuração do biocampo, tais como, a ressonância magnética, a fotografia *kirlian*, os aparelhos de detecção de energia galvânica e eletromagnética, bem como o aurímetro, um recurso que possibilita mensurar os estados de aura/CEH e dos *chakras* (FERREIRA, 2014). Bessa e Oliveira (2013) destacam que os *chakras* são centros da recepção, assimilação e transmissão da força vital, que atuam como ponte que liga a mente, o corpo e o espírito. Quando, em reequilíbrio, atuam na recuperação do organismo e no que lhe causou tal fenômeno (BESSA; OLIVEIRA, 2013).

De´Carli (2014) explica que o termo *chakra* tem gênese no sânscrito e significa “roda”, “vórtice” e que, no CEH, existem sete *chakras* principais, localizados ao longo da coluna e da cabeça, os quais estão vinculados, cada um, a uma glândula endócrina; e vinte *chakras* menores (DE´CARLI, 2014). Kairalla e Smith (2013) destacam que os *chakras* estão ligados entre si e às estruturas celulares, por meio dos nâdis (condutores de energia), que se referem às energias organizadas em delgados filamentos (KAIRALLA; SMITH, 2013).

Magalhães (2016) afirma que o sistema de *chakras* está arraigado à saúde física, refletindo seu estado na medida em que cada um deles se vincula a um ponto determinado do corpo físico, órgão ou sistema. Mantê-los saudáveis e abertos é condição para o equilíbrio que

proporciona a saúde, pois, quando em desequilíbrio, fecham-se e transbordam o estado em sintomas determinados, podendo acarretar o adoecimento. Cada *chakra*, ao relacionar-se com as glândulas endócrinas, atuam na inervação, na irrigação sanguínea e linfática, e nas ligações energéticas com todo organismo, sendo que a alteração nas glândulas pode acarretar modificações dos corpos físico, etéreo e emocional (MAGALHÃES, 2016).

O autor estabelece as seguintes relações dos *chakras*, como corpo físico: 1º) *plexo básico, chakra da raiz* ou *muladhara*, está relacionado à medula e ao córtex da glândula adrenal; 2º) *plexo sexual, chakra sexual* ou *svadhisthana*, vincula-se aos ovários e aos testículos; 3º) *plexo solar, chakra do Poder* ou *manipura*, conecta-se ao pâncreas; 4º) *plexo cardíaco, chakra do coração* ou *anahata*, liga-se à glândula do timo; 5º) *plexo laríngeo, chakra da garganta* ou *vishudda*, relaciona-se com as glândulas tireóide e paratireoide; 6º) *plexo frontal, chakra do terceiro olho* ou *ajna*, relacionado à hipófise e às glândulas do tálamo e do hipotálamo; e 7º) *plexo coronal, chakra da coroa* ou *sahasrara*, relacionado à glândula pineal (MAGALHÃES, 2016). A realização terapêutica do *reiki* vincula-se com o fluxo energético, por meio dos *chakras* secundários do centro das palmas e da ponta dos dedos do terapeuta, sendo que o *reiki* é aplicado do 7º para o 1º *chakra* (KAIRALLA; SMITH, 2013).

O terapeuta atua com base em 12 posições das mãos colocadas diretamente no corpo ou ligeiramente acima de cada *chakra* principal. Tais posições encontram-se fragmentadas em quatro quadrantes: os primeiros direcionam-se para a cabeça e para o pescoço; os segundos, para os órgãos e para as vísceras das regiões torácica, abdominal e pélvica. As mãos deverão ser mantidas bem relaxadas, em forma de concha, palmas voltadas para baixo com os dedos juntos, evitando a dispersão energética, por fim, percorrem as costas e incluem novamente o coração, pulmões, glândulas suprarrenais, rins, medula e intestinos (FERREIRA, 2016; FREITAG *et al.*, 2014; FREITAG *et al.*, 2018; KUREBAYASHI *et al.*, 2016).

Identifica-se o *reiki* como um processo energético, harmonizador em potencial, capaz de atuar no ser humano de forma integral. No tratamento energético, o terapeuta não utiliza a sua energia vital, apenas serve para canalizar a energia universal e reequilibrar a energia vital do receptor, potencializando o tratamento e, conseqüentemente, o seu recebimento energético; vale sinalizar que a terapia também atua para o benefício de quem a prática (DE´CARLI, 2014). Também, contribui para o aumento das reações de relaxamento e prazer e para o estabelecimento de vínculo de empatia, equilibrando física e emocionalmente, potencializando para o enfrentamento das adversidades do cotidiano, estabilizando o humor e fortalecendo para a realização das atividades diárias (SOUZA; SOUZA, 2017).

Quanto ao toque terapêutico, sua eficácia é verificada no alívio de sintomatologia, especificamente, sobre a dor crônica e pós-operatória, ansiedade, fadiga, distúrbios do sono e estresse (MELLO; BRITO, 2015). Também, manifesta-se na melhoria da qualidade de vida e da capacidade funcional, sendo válido no alívio de sintomas psicofisiológicos, atuando como uma estratégia de cuidado integral. Entretanto, mesmo sendo utilizado como tratamento coadjuvante ao alopático e mostrando resultados, no Brasil, há escassa literatura se comparada com a produção internacional, o que requer maior discussão e produção científica em território nacional (MELLO; BRITO, 2015).

No contexto das PIC, há o compartilhamento entre os paradigmas vitalista e holístico. No primeiro, considera-se que a vida é, antes de tudo, movimento, tendo por base um princípio dinâmico que impulsiona o funcionamento do organismo, que é visto como uma unidade viva, em que o adoecimento é considerado produto de um bloqueio ou de alteração de ritmo nesse movimento. O segundo refere que cada paciente manifesta uma complexa ordem presente no universo e na sua harmonia, em sua constituição e funcionamento, e o desalinhamento dessa ordem harmônica leva ao desequilíbrio e, conseqüentemente, ao adoecimento (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Assim, as PIC são consideradas integradoras por abarcarem a trajetória do paciente em suas dimensões física, mental, emocional, social e espiritual, e sua aplicabilidade requer a sensibilidade do terapeuta em identificar e em diagnosticar sinais de desequilíbrio nessas dimensões, possibilitando ao paciente o cuidado e a assistência (NASCIMENTO *et al.*, 2012). Promovem, ainda, humanização, na área da saúde, ao acolher as pessoas e instigar sua autonomia, viabilizando a universalidade no acesso de clínica ampliada, fomentando a igualdade e a integralidade no cuidado em saúde e o protagonismo dos pacientes (SCHWEITZER; ESPER; DA SILVA, 2012).

A terapêutica complementar aborda questões subjetivas relacionadas ao processo de saúde e adoecimento, questões que, até então, vinham sendo negligenciadas no modelo biomédico, trazendo uma visão de integralidade ou holística para a superação das relações de cuidado pautadas, somente, no corpo humano (LUVISON *et al.*, 2020). A abordagem da enfermagem holística considera a família e as suas relações com o grupo social determinantes das condições de saúde dos indivíduos, pois compreende que a saúde não é considerada, apenas, a ausência de condições patológicas, mas o retorno a si mesmo, ou seja, o espaço afetivo de interação e reconhecimento do indivíduo conforme a sua singularidade (LUVISON *et al.*, 2020).

Ao debruçar-se frente à complexidade das relações de família e trabalho e, ao pensar que são elementos que constituem a singularidade de cada indivíduo, também, visualiza-se que essas relações podem conflitar entre si, de modo a levar à quebra de energia ou a adoecimentos dos indivíduos. Esses conflitos ocorrem quando há um excesso de trabalho, de modo a dificultar as relações familiares, como, por exemplo, o cuidado dos filhos e demais membros da família. Nesse sentido, o inverso, também, é identificado, ou seja, quando o ambiente familiar não está constituído de forma harmônica, o indivíduo apresenta dificuldade no desempenho do trabalho (PREMEAUX *et al.*, 2007).

Para este estudo, o trabalho é como uma atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força para produzir os meios de sustento, ou seja, a sua subsistência (MARX, 2014). Compreende-se a força de trabalho como energia que constitui o indivíduo como um bem inabalável, pois o trabalho tem características objetivas (bens manufaturados, serviços) e subjetivas (significado, afeto), gerando recursos ou condições para suporte à própria vida e à família.

Assim, o cuidado de enfermagem, por meio de uma abordagem holística, deve auxiliar os indivíduos a adaptarem-se frente às relações de trabalho e família, por meio uma avaliação e identificação dos problemas e necessidades do paciente e, para isso, deve-se conhecer, também, a estrutura familiar, sua composição, suas funções, seus papéis e como seus membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente (ROCHA; NASCIMENTO; LIMA, 2002). As relações de trabalho e família vêm sendo tema de estudo, tendo em vista que essas predisõem os indivíduos ao sentimento de conflito, que pode estar sendo o motivo de adoecimento dos indivíduos quando expostos ao conflito por um longo período de tempo.

Um estudo realizado, no Brasil, com o método de revisão narrativa, utilizou dos descritores “trabalho”, “família” e “conflito”, e seis dos artigos trataram do tema central. Seus resultados identificaram que, ainda, é pouca a produção científica no país, em termos de quantidade e aprofundamento acerca da temática, relacionadas ao trabalho-família no conflito, sendo que, parte destas, abordam a desigualdade de gênero e o fator tempo como entraves frequentes ao equilíbrio trabalho-família. A revisão dos papéis de gênero, presentes na sociedade atual, é necessária, sobretudo, considerando que as mulheres ganham mais espaço em cargos de gestão, que as organizações atuam, cada vez mais, em ambientes instáveis e competitivos e que as condições econômicas geram pressão sobre as famílias para buscarem novas fontes de renda, sem a divisão de tarefas domésticas necessárias à permanência da mulher no mercado de trabalho (FEIJO *et al.*, 2017).

Com o objetivo de caracterizar as interfaces estabelecidas entre trabalho e família, outro estudo foi realizado, no Brasil, a fim de identificar os seus preditores. Participaram do estudo 446 trabalhadores de organizações e de ocupações diversas, e os resultados indicaram que os benefícios decorrentes do acúmulo dos papéis foram mais percebidos do que os seus prejuízos. Quanto aos preditores, notou-se que características subjetivas, como a percepção de adequação familiar e de suporte organizacional, foi mais determinante para a previsão do conflito e da interface positiva trabalho-família do que as características concretas. A pesquisa revelou, ainda, a importância da qualidade das inserções familiar e ocupacional para um bom equilíbrio entre trabalho e família (AGUIAR; BASTOS, 2017).

Esses elementos são constituintes do princípio de conservação e de integridade social, por meio do indivíduo e da sua ligação com o grupo familiar, considerados na abordagem da enfermagem holística. Ao se pensar no cuidado ao indivíduo frente às relações de trabalho e família, por meio de uma abordagem holística, percebe-se, como identificado pelo estudo acima citado, a potencialidade que há para a quebra de energia, ou seja, o adoecimento do indivíduo, sendo identificado o estresse proveniente do conflito entre o trabalho e a família, corroborando com o objetivo deste trabalho (ANDRADE, *et al.*, 2017).

3.4 O cuidado terapêutico vibracional aos sinais e sintomas de dor e estresse provenientes dos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família

As relações socioambientais de trabalho-família constituem-se pelo movimento da vida e das relações que são configuradas pelo indivíduo, consigo, com o ambiente e com o outro. Esse processo formata-se numa organização que pontua elementos, como a cultura, a economia, valores sociais, morais, éticos e espirituais de cada um. No entanto, quando este conjunto migra para o coletivo, em alguns casos, ocorre a dificuldade de adaptação às necessidades do outro e vice-versa, de modo que esse processo passa a gerar sinais e sintomas, como a dor, o estresse, a ansiedade e a depressão, sendo essas percebidas nas dimensões física, mental, emocional e espiritual.

O ser humano é dinâmico, um corpo de energia que interage, constantemente, com o meio, consigo mesmo e com os outros seres humanos, por meio das suas relações, formando um campo (NANDA, 2020). Dependendo das relações, podem ocorrer alterações do fluxo vital de energia humana, afetando o campo e os indivíduos. Podem apresentar múltiplas e diferentes características definidoras, tais como: bloqueio do fluxo energético; congestionamento do fluxo energético; déficit de energia do fluxo energético; diferenciais de

temperatura fria no fluxo energético; diferenciais de temperatura quente no fluxo energético; empuxo magnético para uma área do campo de energia; expressão da necessidade de recuperar a experiência do todo; frequência de pulsação para uma frequência de batimentos dos padrões do campo de energia; hiperatividade do fluxo energético; padrões aleatórios do campo de energia; padrões arrítmicos do campo de energia; padrões congestionados do campo de energia; padrões fortes do campo de energia; padrões fracos do campo de energia; padrões irregulares do campo de energia; padrões lentos do campo de energia; padrões rápidos do campo de energia; padrões tumultuados do campo de energia; pulsações sentidas no fluxo energético; ritmos assíncronos sentidos no fluxo energético; ritmos dissonantes dos padrões do campo de energia; e sensação de formigamento no fluxo energético (NANDA, 2020).

As alterações do campo podem ocorrer por fatores relacionados com a ansiedade, com o desconforto, com a dor e com o estresse excessivo, ou seja, intervenções que perturbam o padrão do fluxo energético, em geral, ocorrem com populações em risco, em estado de crise ou em transição de vida, podendo estar associadas às doenças e às lesões (NANDA, 2020). O cuidado terapêutico holístico de enfermagem reconhece que a manutenção da saúde do ser humano é permeada por um processo de adaptação constante do ser humano com suas relações socioambientais de família-trabalho. Esse processo pode ocorrer por meio de interações de diferentes intensidades, pois é imbuído por signos e significados que permitem a constituição da singularidade de cada indivíduo.

O ser humano constitui-se, por meio da sua interação na sociedade, em diferentes papéis sociais, e o trabalho e as relações familiares são fatores imprescindíveis a serem estudados para a compreensão de como os grupos de indivíduos se comportam na sua individualidade e na coletividade. Conflitos por sobreposição de atribuições familiares e de trabalho são comuns e vêm se reorganizando com o passar do tempo (FEIJÓ *et al.*, 2017).

No cotidiano da convivência dos indivíduos, as relações adquirem diferentes características, que podem ter aspecto positivo ou negativo na vida dos indivíduos. O estresse nas relações, em seu caráter negativo, pode causar traumas, rejeições familiares, sensação de medo, o que pode levar a alterações na vida dos indivíduos e causar, de forma aguda, desequilíbrios do fluxo vital ou do campo energético, que se expressam em sinais sintomas na dimensão física (LIPPI, 2017).

Quando o processo de interações das relações de trabalho-família passa por conflito, há o reconhecimento de estímulos estressores que podem ser, rapidamente, reorganizados pelo indivíduo, conforme a sua percepção, constituída pela sua adaptação, ou podem permanecer como uma dificuldade não superada, gerando o estresse. Para identificar o estresse, faz-se

necessário compreender alguns mecanismos de controle do sistema nervoso autônomo, pois esse é o responsável pela resposta hormonal do corpo aos estímulos internos e externos, promovendo a liberação do hormônio cortisol. O estímulo estressor, físico ou emocional sobre o organismo humano, ativa a amígdala cortical, uma estrutura encefálica, que faz parte do sistema límbico – área do cérebro responsável, entre outras funções, pelo desencadear das emoções e pela tradução destas em sinais bioquímicos (OLIVEIRA, 2013).

Quando o estímulo estressante é ativado, a resposta neuronal da amígdala estimula a resposta hormonal do hipotálamo, de modo a induzir a liberação corticotrófica (CRH), que estimula a hipófise ou pituitária a liberar outro hormônio, o adrenocorticotrófico (ACTH), na corrente sanguínea, que irá estimular as glândulas adrenais a liberarem o hormônio do cortisol, que atuará na resposta do corpo ao estresse (OLIVEIRA, 2013). As glândulas adrenais ou suprarrenais compreendem duas regiões, uma parte interna, ou medula, e a externa, ou córtex.

Seguindo o percurso fisiológico, posteriormente, é ativado o sistema nervoso autônomo para que ele reaja ao estresse de forma imediata, momento em que o corpo é preparado para a reação de luta ou fuga através de uma via dupla, ou seja, uma resposta nervosa de curta duração e uma resposta endócrina (hormonal) de maior duração, que ocorre por meio do sistema glandular (BEAR *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2013). O estresse psicológico pode acarretar elevação rápida do hormônio ACTH, possível devido ao aumento no funcionamento do sistema límbico, na região da amígdala e do hipocampo, que impulsionam os estímulos para o hipotálamo.

Nesse processo, sinais e sintomas físicos podem surgir: aumento da sudorese – incluindo mãos e pés frios –, desconforto estomacal, náuseas, tensão muscular, hiperatividade, taquicardia, hipertensão. Efeitos da dimensão mental e emocional podem ser identificados, a saber: ansiedade, depressão, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais em relação a si próprio, preocupação excessiva, dificuldades de relaxar e de concentrar, tédio, ira e hipersensibilidade emotiva (LIPP, 2007).

Quando o indivíduo compreende que possui meios adequados para enfrentar o agente estressor, o estresse é minimizado ou nem sequer é percebido. No entanto, se o indivíduo não reconhecer formas de enfrentar os agentes estressores, estará sob estresse, podendo apresentar sinais e sintomas, como irritação, impaciência, dificuldade de concentração e de pensar de forma racional e lógica. O que, conseqüentemente, altera as formas de relacionar-se com as outras pessoas, tendo características mais agressivas e demonstrando menor interesse em assuntos que não respondam, diretamente, aos seus interesses (LIPP, 2007).

O estresse pode ser definido como a resposta do indivíduo ao ambiente, quando esse indivíduo se encontra em uma situação complexa que lhe cause desconforto e comprometa o seu estado de bem-estar, ou seja, é a resposta do indivíduo ao estímulo recebido do ambiente. O mecanismo do estresse se move por reações de adaptação e de defesa às agressões dos agentes estressores, que podem ser de caráter físico, biológico, químico e emocional (REIS *et al.*, 2010). Assim, o estresse é um estímulo natural do organismo humano e atua como fator motivação para a melhoria nas atividades cotidianas, estimulando os indivíduos para a superação dos desafios cotidianos e, conseqüentemente, de vida, ou seja, o estresse pode ser positivo na construção dos indivíduos (SILVA, 2005).

O ser humano, quando exposto aos fatores que lhe causam os estímulos estressores, gera uma resposta a esse estímulo, que permite acionar o instinto de sobrevivência (SOUZA, 2014). Os agentes estressores podem ser classificados de acordo com a natureza de geração de cada um deles, sendo biológicos, de personalidade e psicossociais.

Os fatores biológicos são provenientes dos estímulos socioambientais, como, por exemplo, a temperatura do ambiente e a pressão atmosférica. Os relacionados à personalidade emergem de uma condição de ansiedade exacerbada ou da autopercepção negativa (VALLE, 2011; GRIOTTO; DIHEL, 2016). Os psicossociais são derivados do comportamento social dos indivíduos, da maneira como significam e, portanto, reagem diante das interações; e isso tem a ver com as experiências já vivenciadas. Trata-se de vivências como solidão, mudanças repentinas e excessivas na vida e dificuldades para atingir objetivos (FREITAS *et al.*, 2018).

O estresse pode ser identificado e classificado, no organismo, em quatro fases: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão (LIPPI, 2017). Para cada uma dessas fases, o indivíduo apresenta sinais e sintomas clínicos que são visualmente observados.

A primeira fase, de alerta, ocorre por meio das atividades autorregulatórias do organismo frente ao estímulo agressor do ambiente, que promovem alterações hormonais, cujos efeitos são o aumento da motivação e da energia, resultando em maior produtividade por parte do indivíduo e na busca pelo enfrentamento da situação. Pode apresentar sinais e sintomas tanto físicos quanto psíquicos, que duram, aproximadamente, 24 horas, como, por exemplo, o frio nas extremidades do corpo, diarreia passageira, insônia, taquicardia, hiperventilação, aumento rápido da disposição para realização de atividades e entusiasmo.

A segunda fase, de resistência, ocorre se o agente agressor permanecer, o que demanda do organismo um grande gasto energético para a busca do equilíbrio. Nessa fase, podem surgir sinais e sintomas prevalentes que podem persistir por até uma semana, como a falta de apetite, hipertensão arterial, tonturas, sensação de desgaste, problemas de memória e mal-estar

generalizado, sem nenhuma causa específica, além dos sintomas da fase inicial, que podem continuar demonstrando que o indivíduo não conseguiu restabelecer o equilíbrio do organismo. No caso de ocorrer a adaptação do organismo e a resistência dele ao agente estressor, o equilíbrio é recuperado.

Na fase da pré-exaustão, ocorrem períodos intercalados de bem-estar e exaustão, conseqüentemente, as defesas do organismo começam a diminuir, ocasionando o adoecimento. Na última fase, da exaustão, ocorre a deficiência total da resistência, sendo expressa de forma cada vez mais evidente pelos sinais e sintomas identificados, como a insônia, náusea, tonturas frequentes, úlceras, depressão, apatia, irritabilidade excessiva, angústia e ansiedade diária, dentre outros (LIPPI, 2017). Isso pode levar o indivíduo à exaustão psicológica e física.

Assim, o indivíduo expõe-se a fatores estressantes de diferentes naturezas, que podem contribuir para o adoecimento, de origem física ou psicológica, o que ocasiona a diminuição da qualidade de vida. Esses fatores classificam-se como agentes internos e externos; o primeiro relaciona-se a estímulos interiores de cada indivíduo, como sentimentos, crenças, valores, vulnerabilidades e forma como o mundo é percebido por cada um. O segundo relaciona-se a momentos vividos pelos indivíduos, como condições socioeconômicas, dificuldade de relações, pressão no ambiente de trabalho, entre outros (VALLE, 2011; GRIOTTO; DIHEL, 2016). As percepções desses fatores estão condicionadas à subjetividade de cada indivíduo, ou seja, de acordo como está constituída e como ocorre a interação de cada dimensão do ser, ou seja, o físico, mental espiritual e emocional.

A dor pode ser concebida como um fenômeno subjetivo gerado pela dimensão física e modificável por fatores psicológicos e sociais. Essa se apresenta, também, como sinal ou sintoma de que algum mecanismo físico, mental, emocional ou espiritual não está em harmonia (THOMAS *et al.*, 2013). Também, pode ser conceituada como uma experiência desagradável, podendo ser sensorial e emocional, que pode emergir de danos teciduais reais ou potenciais, sendo um dos sofrimentos mais temidos pelos seres humanos (PORTO, 2001; OLIVEIRA; MORAES, 2002).

A dor é classificada conforme o tempo de duração, pode ser aguda, crônica ou recorrente. A primeira, descrita como aquela que é sentida em um espaço-tempo de caráter transitório, pode ser de minutos até semanas, com origem em algum tipo de trauma aos tecidos ou órgãos. A segunda é sentida em um espaço-tempo longo, como meses e anos, e está, geralmente, relacionada a processos de doenças crônicas, podendo ocorrer mesmo depois

da causa ter sido tratada. A terceira caracteriza-se em espaço-tempo de curta duração e se repete com frequência, podendo ocorrer por toda a vida (ELLER; JAQUES, 2006).

A terapia vibracional do reiki demonstra evidências de diminuição da dor em diferentes condições de saúde. Estudo realizado com pacientes oncológicos comprovou a eficácia desta técnica na redução significativa da dor, permitindo a diminuição no uso de medicações e no custo do tratamento (THOMAS *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que o hormônio cortisol tem influência direta do ambiente, de modo que o indivíduo tem suas funções orgânicas reguladas conforme a condição socioambiental. Sendo que os primeiros trinta minutos, após ter despertado para o início do dia, o indivíduo, ao acordar, apresenta os níveis mais altos de liberação do cortisol, sofrendo uma diminuição gradual ao longo do dia. Esse processo acontece em uma ordem fisiológica sem alterações, ou seja, sem a exposição do indivíduo a fatores externos que provoquem os estímulos e o levem ao estresse. (NICOLAIDES *et al.*, 2017; KUDIENKA *et al.*, 2007).

Um dos métodos para diagnosticar os níveis de cortisol, para poder identificar o estresse e a dor circulante no organismo é a coleta da saliva, procedimento utilizado neste estudo. Outras pesquisas, também, utilizaram o método para compreender o mecanismo do estresse, como podemos ver abaixo.

Foi realizado um estudo com o objetivo de compreender como a saúde é afetada pelo estresse; para tal, foram coletadas amostras salivar de 103 trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Rio de Janeiro (foram quatro amostras de saliva de cada participante, em um dia de trabalho). O cortisol foi quantificado através de índices: aumento médio, excreção no período pós-acordar e área sob a curva em relação ao zero do ciclo diurno e a associação estatística entre as covariáveis. Os índices de cortisol foram avaliados por análise bivariada. O estudo concluiu que os resultados contribuem para entender os caminhos biológicos pelos quais o estresse, no trabalho, influencia a saúde (CAMPOS *et al.*, 2014).

Uma revisão bibliográfica foi realizada a partir da seleção e da análise de artigos científicos que relataram os efeitos positivos do tratamento com óleos essenciais (aromaterapia), com o objetivo de combater o estresse. A aromaterapia é a arte da ciência que visa promover a saúde e o bem-estar do corpo, da mente e das emoções, por meio do uso terapêutico do aroma natural das plantas e de seus óleos essenciais, garantindo, assim, a qualidade de vida; tal uso confere reconhecimento por ser grande alternativa holística para vários agravos da saúde humana, em especial, para o mal de nosso século: o estresse (SACCO *et al.*, 2015).

Outro estudo foi realizado utilizando a aromaterapia, com o objetivo de verificar a eficácia com óleos essenciais de lavanda (*lavandula angustifolia*) e gerânio (*pelargonium graveolens*), associados à massagem para alívio do estresse, em uma equipe de enfermagem do centro cirúrgico, através da avaliação de parâmetros biofisiológicos e psicológicos. O estudo teve como caráter metodológico estudo piloto controlado e ensaio clínico randomizado, realizados com a equipe de enfermagem de um centro cirúrgico de um hospital universitário do interior de São Paulo. A intervenção compreendeu seis massagens de aromaterapia com óleos essenciais diluídos em creme neutro, na concentração 1% cada. Os níveis de frequência cardíaca e pressão arterial foram medidos antes e após cada massagem/sessão, e a Escala de Estresse no Trabalho (WSS) e a Lista de Sintomas de Estresse (LSS) foram aplicados antes e no final da intervenção. O resultado, após as sessões de massagem, foi a redução, estatisticamente significativa, na frequência cardíaca e nos níveis pressóricos. A conclusão foi de que o uso da aromaterapia demonstrou eficácia para diminuir os parâmetros biofisiológicos da equipe de enfermagem do centro cirúrgico (MONTIBELER *et al.*, 2018).

Considerando a intersecção da enfermagem com a prática terapêutica, é necessário que o enfermeiro se aproprie do conhecimento das PIC a fim de viabilizar a sua aplicação nos diferentes ambientes onde desenvolve o cuidado (BARBOSA, *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2012). Ressalta-se que já existem estudos acerca da utilização das PIC pela enfermagem e que a avaliação da sua efetividade na saúde tem demonstrado resultados de redução da fadiga e do estresse, melhora nos padrões de sono e modificação nos parâmetros de sinais vitais como a pressão arterial, tanto em pacientes avaliados, clinicamente, como em estado crítico, quanto em indivíduos considerados saudáveis (MELLO; BRITO, 2015).

Identifica-se que as PIC são constituídas de diferentes técnicas, vêm ocupando um espaço significativo no que tange ao cuidado de enfermagem, por meio da promoção, da proteção e do tratamento da saúde dos pacientes. Portanto, o cuidado terapêutico holístico de enfermagem pode ser desenvolvido, por meio de intervenções vibracionais, como uma complementação ao cuidado, tendo resultados positivos na diminuição de sinais e sintomas de dor e estresse. Nessa perspectiva, o presente estudo utiliza a TV-MRRP® como possibilidade de intervenção e de cuidado à saúde.

3.5 Mesa Radiônica Régia Prado®

A Mesa Radiônica Régia Prado® (MRRP®) é uma técnica terapêutica usada para a manutenção e para o equilíbrio da saúde dos pacientes, nas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Foi idealizada por Régia Prado, formada em marketing e pós-graduada em terapias holísticas no Brasil, com cursos de extensão nas áreas de cromoterapia, psicossomática, metafísica, aromaterapia, radiestesia, radiônica, abordagem e transformação do pré-consciente, anatomia energética, alimentação funcional, 5 elementos, terapia floral, fitoterapia, cristaloterapia, trilogia alquímica, reforma íntima, bioenergética, cura prânica, quirologia, geometria sagrada, física quântica, mesa radiônica quântica, hipnose e regressão, tarô e oráculos e constelações familiares.

A presente técnica também é constituída, conceitualmente, pelos elementos provenientes da radiônica e da radiestesia, sendo ela responsável pela identificação, mensuração e diagnóstico do campo eletromagnético do indivíduo. A radiônica permite que seja realizada a intervenção nos desequilíbrios identificados na etapa anterior, promovendo a prevenção, a promoção e/ou o tratamento vibracional do processo de saúde e de doença dos pacientes, consigo mesmos, em suas relações, e com o ambiente.

Régia Prado desenvolveu algumas mesas radiônica/psiônicas: mesa Psiônica RP (rosa dourado); mesa rede cristalina; mesa Psiônica RP® Casa Viva; mesa Psiônica Universal RP® e mesa radiônica RP® (Azul). A mesa radiônica azul, utilizada no presente estudo, foi divulgada no ano de 2013 e passou por três versões de atualização nos últimos cinco anos. A atuação desta técnica vibracional ocorre, proporcionalmente, ao nível de consciência do operador, utilizando-se do conhecimento que detém (MRRP®, 2020). A mensuração das frequências vibracionais é viabilizada pela utilização de um pêndulo (instrumento da radiônica) e pelo relógio radiestésico; a técnica vibracional, por sua vez, permite a identificação, a avaliação e o diagnóstico da energia do indivíduo (anamnese, exame físico e respostas organísmicas de enfermagem).

A radiestesia foi se desenvolvendo enquanto ciência, e seus instrumentos radiestésicos também foram sendo modificados, com o intuito de tornar mais prática a utilização desses conhecimentos. Técnicas radiônicas objetivam a conexão da consciência às energias sutis de cada indivíduo, de modo a estabelecer o diagnóstico e o tratamento em uma perspectiva vibracional. A radiônica é uma das poucas especializações da medicina vibracional que

permite a medição e a quantificação dos dados energéticos do corpo através dos seus instrumentos radiestésicos (OSCHIMAN, 2000).

Gerber (2007) entende psiônica - utilizada como sinônimo de radiônica - como a ciência esotérica que almeja diagnosticar, psiquicamente, os desequilíbrios energéticos no sistema multidimensional humano, por meio de instrumentos operados a certa distância do paciente. Exemplifica que seus instrumentos estão pautados no princípio de ressonância, utilizando uma testemunha como ponto focal das vibrações que o operador busca sintonizar (GERBER, 2007). Nesse sentido, cabe destacar que a técnica vibracional da Mesa Radiônica RP® passa por uma reformulação de nomenclatura, ou seja, para Mesa Psiônica RP. Contudo, como os termos são sinônimos, mantêm-se as bases na radiestesia e na radiônica, os seus procedimentos, os objetivos e as ferramentas, conforme serão mantidos e apresentados no presente trabalho.

Ao compreender o funcionamento fisiológico do ser humano, na perspectiva vibracional e energética, visualiza-se um campo eletromagnético expandido para o ambiente onde ocorre interação do ambiente interno (fisiológico) com o ambiente externo (meio ambiente). Nessa relação, os indivíduos são movidos por estímulos que atuam nos processos de adaptação, pois os indivíduos não só irradiam, mas também podem absorver frequências do ambiente e responder a elas. Nesse movimento, podem ocorrer efeitos físicos durante e após a aplicação da TV-MRRP®, como o sono, choro, episódios de vômito ou episódios de diarreia (BAFFA *et al.*, 2000; CARNEIRO *et al.*, 2000; DE ARAUJO *et al.*, 1999; OSCHMAN, 2000; RUBIK, 1995).

Campos biomagnéticos formam-se por correntes elétricas provenientes da interação celular, como, por exemplo, pela frequência de estímulos celulares do coração e do sistema nervoso. Nas células nervosas, as correntes elétricas são formadas devido às mudanças na permeabilidade das paredes celulares resultantes da movimentação de rotação das partículas carregadas no corpo, como prótons, elétrons e íons e grupos secundários, como os aminoácidos. O resultado desse processo de interação gera campos eletromagnéticos nos indivíduos (DE ARAUJO *et al.*, 1999; MOVAFFAGHI, 2009).

Para que o enfermeiro desenvolva a técnica da MRRP®, é relevante a compreensão dos processos energéticos do corpo humano e, para isso, destacam-se dois conceitos teóricos que permitem compreender o processo de interação dos campos eletromagnéticos do ambiente e dos indivíduos: a magnetobiologia e o biomagnetismo. A magnetobiologia estuda o comportamento da energia que os campos magnéticos do planeta terra podem produzir no corpo humano, de modo a permitir identificar as condições energéticas ou vibracionais do

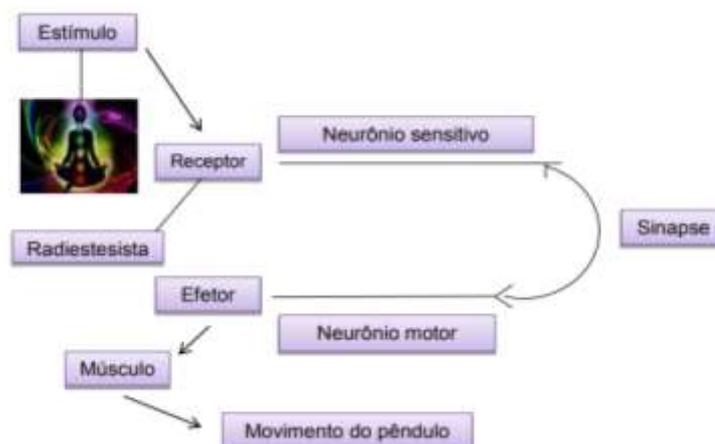
ambiente no qual está inserido, de forma a contribuir com a condição de saúde ou com o adoecimento dos indivíduos (CARNEIRO, 2000).

O biomagnetismo visa à mensuração do campo eletromagnético, também descrito como energia sutil produzida pelo organismo humano, a fim de compreender como influencia na saúde e no ambiente. O campo biomagnético pode ser explicado pelos centros de energia ou *chakras*, que são considerados centros de recepção, assimilação e transmissão dessa energia. Os *chakras* estão ligados entre si e às estruturas celulares por meio dos *nádis* (condutores de energia), que se referem à energia sutil organizada em delgados filamentos, permitindo, dessa forma, a mensuração e a leitura da energia produzida pela mente, corpo e espírito (BESSA; OLIVEIRA, 2013; BASTOS, 2015).

O conhecimento da constituição orgânica dos indivíduos permite vislumbrar o funcionamento vibracional ou a fisiologia energética, de modo que o enfermeiro, ao desenvolver a técnica MRRP®, tenha a clareza da interação dos campos eletromagnéticos entre ele e os pacientes e o consequente cuidado.

O processo da radiestesia, no organismo humano, pode ser explicado, fisiologicamente, pelo conceito de arco reflexo, ou seja, uma resposta involuntária a um estímulo de um nervo, sem que ocorra o processo de consciência no encéfalo, e esse processo pode ser identificado na MRRP®, visto que esta dinâmica é composta por cinco componentes: receptor, nervo sensorial, sinapse, nervo motor e órgão alvo, conforme ilustrado na figura 1 (CUNNINGHAM, 2008).

Figura 1: O processo da radiestesia no organismo humano pelo conceito de arco reflexo



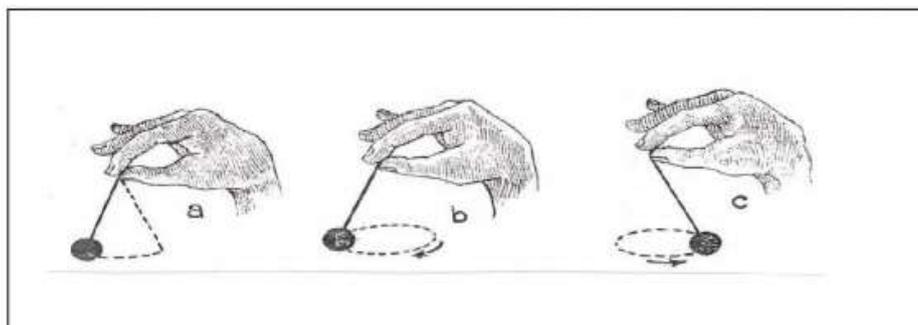
Fonte: <http://www.petraterapeuta.com/p/radiestesia-e-radionica.html>

Nesse ínterim, o receptor é o enfermeiro que irá sentir a energia do indivíduo e transformá-la em potencial de ação. Essa energia irá se deslocar pelo nervo sensorial aferente, por meio de um potencial de ação até a medula espinhal dorsal, seguido de uma sinapse que irá gerar um novo potencial de ação, que será emitido até o nervo eferente ou motor. Esse potencial irá percorrer o músculo, no qual haverá a microconcentração das miofibrilas e, ao atingir as mãos do enfermeiro, irá culminar no movimento do pêndulo (RODRIGUES, 2003).

Na aplicação da MRRP®, o pêndulo é um importante instrumento radiestésico, pois este realiza a mensuração da energia emanada pelo campo eletromagnético dos indivíduos, permitindo a intervenção vibracional e, conseqüentemente, a adaptação e a conservação da energia frente à integridade pessoal, estrutural, pessoal e social, abrangendo uma possibilidade de intervenção e cuidado frente aos sinais e sintomas de estresse e dor provenientes das relações de família e trabalho.

O pêndulo é um instrumento utilizado para mensuração da radiestesia e pode ser constituído de madeira, pedra, cristal, plástico ou metal, suspenso por um fio de algodão ou corrente metálica; e seu formato é variado, fato que não interfere na sua ação. A utilização do pêndulo, na MR, permite obterem-se dois tipos de respostas: a possibilidade de o pêndulo girar no sentido horário e anti-horário ou, ainda, ficar imóvel, conforme a figura 2 (SILVEIRA, 2011).

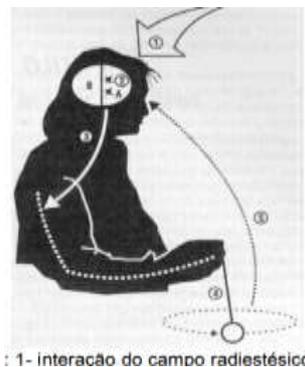
Figura 2: Movimento de resposta do pêndulo



Fonte: SILVEIRA, 2011.

A resposta do pêndulo pode ser explicada por meio da compreensão dos sensores magnéticos do campo eletromagnético de cada indivíduo e das variações que ocorrem nesses, por meio de envio de sinal ao cérebro, que, a partir de uma ação reflexa neuromuscular, promove uma microconcentração de miofibrilas dos dedos, levando ao movimento do pêndulo, como na figura 3 (RODRIGUES, 2000).

Figura 3: Movimento do pêndulo



1 – interação do campo radiestésico; 2 – envio do sinal ao cérebro; 3 – ação reflexa neuromuscular; 4 – microconcentração das miofibrilas dos dedos; 5 – movimento do pêndulo.

Fonte: RODRIGUES, 2000.

O movimento do pêndulo se dá em resposta à vibração do objeto em estudo, pelo fenômeno da ressonância e pelo corpo da radiestesia, que se coloca como radiotransmissor, ou seja, o pêndulo capta a radiação emitida pelo objeto e a amplifica (SALVO, 2009). Para funcionamento equilibrado do corpo, todas as partes têm de estar em harmonia; se as vibrações estiverem perturbadas, essa perturbação afetará o organismo inteiro, resultando em desequilíbrio ou doença.

O desequilíbrio, também, pode surgir como reação externa, por exemplo, quando situações, nas relações de família ou de trabalho, apresentam condicionantes estressantes. A explicação científica desse fenômeno é a “incompatibilidade de frequência”. Este tipo de doença é atribuído ao contato de dois sistemas energéticos que não ressoam entre si ou de vibrações que não se sintonizam (HARTMAN, 2006).

Desse modo, sinais e sintomas de estresse e dor representam o desequilíbrio energético ou quebra energética, ou seja, em uma abordagem da radiônica, está ocorrendo um mecanismo de ressonância entre o indivíduo e as condições socioambientais do ambiente no qual ele está inserido. Dessa forma, o presente estudo pretende o alinhamento bioenergético dos indivíduos por meio da aplicabilidade da mesa radiônica, de modo que os níveis destes sinais e sintomas sejam amenizados ou, até mesmo, colocados em equilíbrio, considerando as dimensões física, mental, emocional e espiritual de cada paciente.

Cada um tem uma gama específica de respostas adaptativas que muda com as circunstâncias individuais, o que instiga à utilização da enfermagem holística por meio das dimensões acima descritas, frente à aplicação da TV-MRRP® como medida de intervenção e

cuidado de enfermagem aos sinais e sintomas de dor e estresse, provenientes dos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família.

O enfermeiro, ao compreender a constituição vibracional dos indivíduos, nas dimensões físicas, mental, espiritual e emocional, e a interação com as relações e com o ambiente pode apropriar-se da presente técnica como instrumento de intervenção para o cuidado de enfermagem. É possível, no processo de anamnese e de exame físico, mensurar a vibração do campo eletromagnético do paciente. Esse processo desenvolve-se com a estrutura física da MRRP®, que é formada por uma placa contendo uma imagem que simboliza o acesso a vários portais energéticos: o relógio radiestésico (sinalizado pelo círculo vermelho – Figura 4). A mensuração é realizada com o auxílio de um pêndulo posicionado sobre o relógio radiestésico. O pêndulo é segurado pelo operador e suspenso, verticalmente, sobre a mesa, conforme figura 4.

Figura 4: Mesa Radiônica RP® e a indicação do relógio radiestésico



Fonte: Site Régia Prado, 2020.

É possível realizar a mensuração das dimensões considerando, como parâmetro radiestésico, o valor de zero por cento (0%) – a ausência de frequência vibracional do interagente –, e cem por cento (100%) – a presença da frequência vibracional em equilíbrio entre todas as dimensões. A dimensão física da MRRP®, também, apresenta uma ferramenta em branco, que está sinalizada com um círculo amarelo. Esta ferramenta foi elaborada por Régia Prado, com o objetivo de que a técnica da MRRP® receba o acréscimo da formação de cada terapeuta, permitindo que a aplicação desta técnica seja igual e diferente para cada operador ou profissional.

Vislumbra-se, então, um novo campo de saberes e práticas para ser explorado e estudado pela enfermagem, de modo a contribuir para o cuidado de enfermagem holística, sendo instrumento de intervenção para os tratamentos terapêuticos desenvolvidos por essa profissão. Nesse sentido, a TV-MRRP® foi usada, no presente estudo, com o objetivo de uma

intervenção energética para minimização de sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família, embasando-se nos princípios da conservação e integridade estrutural, pessoal, social e de energia.

Salienta-se que o cuidado de enfermagem, em uma abordagem holística, busca a manutenção e a conservação da energia e a integridade pessoal, social e estrutural dos indivíduos, por meio da compreensão de que somos seres humanos no mundo. Somos constituídos por energia, e essa interage com o ambiente onde estamos inseridos, o que demanda um processo de adaptação constante para a manutenção da saúde.

Para a execução ou aplicação da TV-MRRP®, é obrigatório realizar o curso de formação que é ministrado por agentes facilitadores autorizados por Régia Prado (RÉGIA PRADO, 2020).

4 ENFERMAGEM HOLÍSTICA: REFERENCIAL TEÓRICO DE MYRA ESTRIN LEVINE

O presente estudo referencia-se, nas teorias do saber, a cuidar dos indivíduos e das relações socioambientais a respeito da teoria holística, da enfermeira Myra Estrin Levine. A teoria foi criada em 1967, com os seus primeiros estudos, momento em que compreendeu o ser humano como um todo dinâmico, em constante interação com o meio ambiente. Ao pensar na relação simbiótica dos indivíduos e do planeta terra, sabe-se que tudo é dinâmico, conforme posto pela teorista, de modo que os movimentos de rotação e translação do planeta Terra influenciam na constituição orgânica. Por meio dessa teoria, a autora explica os sistemas de resposta do homem ao ambiente e considera a enfermagem como mediadora do cuidado para a manutenção da energia dos pacientes, ou seja, propõe a realização do cuidado à saúde por meio do ambiente.

Levine (1971) partiu do princípio de que o corpo tem habilidade para curar-se, e essa depende do balanço da energia do corpo e da alma. Ela desenvolveu um modelo conceitual para a intervenção da enfermagem com uma abordagem holística para o atendimento ao paciente que se adapta ou não ao ambiente. A autora destaca que algumas adaptações são bem-sucedidas, e outras não, ou seja, a adaptação é inevitável embora sua qualidade seja questionada.

A adaptação é entendida como um processo de transformação no qual o ser humano forma a sua integridade inserido nas realidades de seu ambiente. Levine (1973) exemplifica a

possibilidade de que o próprio envelhecimento seja um desdobramento da redundância fracassada de processos fisiológicos e psicológicos.

Assim, se um sistema fracassar, ao assegurar a adaptação, outro caminho pode concluir o objetivo, o que pode ser válido quando a resposta é corretiva (como, por exemplo, o uso prolongado de injeções de combate à alergia, com o propósito de minimizar os efeitos de alergias graves, o que, paulatinamente, dessensibiliza o sistema imunológico). Quando ocorrerem falhas no processo da adaptação, há o que a autora denomina redundância, que representa as opções de segurança à prova de falhas.

A perda de escolhas redundantes, por meio de trauma, idade, doença ou condições ambientais, dificulta a manutenção vital dos seres humanos, aí, entra o papel de mediação do enfermeiro no cuidado para a recuperação da saúde.

Levine (1973) considerou a relação entre o enfermeiro e o paciente. Ressalta-se que seu modelo reforça a compreensão de que a ação objetiva da enfermagem é reconhecer, contribuir, promover e apoiar os processos adaptativos ao paciente. Os princípios do modelo criado por ela evidenciam que os enfermeiros devem concentrar-se nas influências e nas respostas de um paciente para a promoção da integridade, tendo como base os princípios de conservação.

A conservação é uma palavra de origem latina, *conservatio*, que corresponde a “manter juntos” (LEVINE, 1973). Por isso, ela usa a expressão “conservação” para descrever como os sistemas complexos funcionam, mesmo quando são desafiados (LEVINE, 1991).

É por meio desse fenômeno que os indivíduos podem enfrentar obstáculos, adaptar-se a certas situações e ambientes, mantendo sua singularidade. O objetivo do modelo criado por ela é a saúde e a força para superar certa deficiência. Com efeito, as bases da conservação e integridade são pertinentes em todas as situações nas quais a enfermagem é necessária (LEVINE, 1973).

Levine (1991) destaca que uma pessoa está em um estado de conservação quando as respostas adaptativas individuais estão em conformidade com as mudanças produtivas, com o mínimo gasto de esforço, preservando a função e a identidade. É possível alcançar a conservação por meio da ativação bem-sucedida de vias adaptativas e de comportamentos apropriados para as possíveis respostas do ser humano às suas experiências (LEVINE, 1991).

Myra Estrin Levine apresenta o modelo de conservação constituído por uma conjuntura teórica que anseia vislumbrar o indivíduo na sua integralidade, considerando a singularidade como elemento principal de cada um (LEVINE, 1973). Embora as intervenções

de enfermagem possam lidar com um princípio de conservação em particular, os profissionais da área, também devem reconhecer a influência dos outros princípios (LEVINE, 1991).

Considera-se que essa preocupação está presente quando Levine (1973), em seu modelo, focaliza as interações e intervenções de enfermagem, as quais buscam promover a adaptação e a manutenção da integridade. Essas interações emergem do conhecimento científico dos princípios de conservação, cuja teoria está respaldada nos seguintes pressupostos:

- A enfermeira cria um ambiente no qual a cura possa ocorrer.
- Um ser humano é mais do que o somatório de suas partes (vincula-se à ideia do holismo).
- O ser humano responde de forma previsível.
- O ser humano é único em suas respostas.
- O ser humano conhece e avalia objetos, condições e situações.
- O ser humano sente, reflete, raciocina e entende.
- As ações do ser humano, ainda que emocionais, são autodeterminadas.
- O ser humano tem a capacidade de prolongar a reflexão (por meio de estratégias, tais como, questionar).
- O ser humano deve estar ciente e capaz de contemplar objetos e fenômenos.
- O ser humano age, deliberadamente, a fim de alcançar um objetivo.
- O ser humano é envolvido por mudanças adaptativas em sua integridade.
- O ser humano tem unidade em sua resposta ao ambiente.
- O ser humano tem possibilidade singular de adaptação por meio da experiência vital.
- O ser humano responde, organicamente, por formas que podem ser modificadas.
- A teoria de enfermagem precisa conceber o cuidado para um único paciente com um contexto empírico.
- O ser humano é um ser cultural e social, pois está em interação constante com uma sociedade em curso (portanto, que se transforma), ou seja: a mudança é ontológica à vida do ser humano.

Esses pressupostos indicam que cada paciente tem uma gama específica de respostas adaptativas, que mudam com base nas circunstâncias individuais: idade, sexo e doença. Para Levine, muito embora as respostas sejam iguais, o tempo e a manifestação das respostas orgânicas são singulares para cada paciente e, nesse sentido, a conservação é o produto da

adaptação e o resultado do equilíbrio entre oferta e demanda de energia que está dentro da realidade biológica de cada paciente (LEVINE, 1973; 1991).

No modelo de conservação criado por Levine, o conceito de inteireza está relacionado à totalidade (holismo), que é entendido por ela como a totalidade de sistema aberto, cuja integralidade é representada por uma mutualidade sólida, orgânica e progressiva entre funções e segmentos diversos, entendendo seus limites como abertos e fluentes. Desse modo, torna-se viável explorar as partes para entender o todo. A integridade corresponde à unidade dos indivíduos, os quais respondem, de forma integrada e singular, aos desafios ambientais.

A teoria comporta quatro princípios: da conservação de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do paciente - os quais serviram como base para a criação de uma estrutura de ensino aos estudantes iniciantes de enfermagem.

O princípio de conservação de energia diz respeito ao equilíbrio de entrada e de saída energética, demonstrando como se dá a interação do sujeito com o ambiente e a sua adaptação, em que existe a exigência de constante renovação de energia para o suporte das atividades da vida. O princípio da conservação da integridade estrutural faz referência à manutenção ou à restauração do corpo físico para evitar o adoecimento e promover a saúde, relacionando-se aos processos orgânicos, a partir dos quais se entende que a atividade celular gera gradientes de energia, que, se tratados, formam o equilíbrio orgânico ou fisiológico do corpo (LEVINE, 1973).

O princípio da conservação da integridade pessoal percebe o sujeito como um ser que busca a importância de si mesmo e refere que a possibilidade de isso acontecer é através da espiritualidade, através do reconhecimento da santidade do indivíduo. O quarto princípio, a conservação da integridade social, acontece enquanto o sujeito é percebido enquanto membro de uma rede de apoio, seja a família, a comunidade, seja o trabalho, ou outros. Compreende a relação entre o homem e o ambiente, considerando a necessidade da adaptação para a manutenção da saúde, entendida como a disposição dele para com o ambiente (LEVINE, 1973).

Esses princípios consideram o ser na sua integralidade, de modo que são desenvolvidos, concomitantemente, com o princípio da conservação da energia, que visa identificar como está ocorrendo a entrada e a saída da energia, ou seja, se há um processo de adaptação ou não do indivíduo. A enfermagem holística, para Levine, propõe que o foco principal da conservação é manter a integridade dos indivíduos, apesar de as intervenções de enfermagem poderem lidar com um princípio de conservação em particular; os profissionais

da área, também, devem reconhecer a influência dos outros princípios que a compõem (LEVINE, 1973).

Considera-se que essa preocupação está presente quando Levine (1973), em seu modelo, focaliza as interações e as intervenções de enfermagem que buscam promover a adaptação e a manutenção da integridade. Essas interações emergem do conhecimento científico dos princípios de conservação, assim, o cuidado de enfermagem é pautado em conhecimentos científicos e em habilidades de enfermagem (LEVINE, 1973).

A autora sublinha que, ao intervir, favoravelmente, para a atuação de enfermagem com relação à adaptação ou em direção a um bem-estar social resultante, o profissional enfermeiro está agindo em um sentido terapêutico; por outro lado, se a resposta é desfavorável, o enfermeiro presta cuidados de suporte. Cabe ao enfermeiro elencar princípios científicos necessários às decisões para a situação enfrentada com o paciente. A observação sensível e a seleção de dados relevantes constituem o embasamento para a avaliação de seus requisitos de enfermagem e a participação ativa, no ambiente do paciente, e sua ação intervêm na luta da situação difícil da doença (LEVINE, 1973).

Levine entende que o ambiente se constitui pelas múltiplas e variadas relações dos indivíduos no mundo e com o mundo, completando a totalidade do ser, que é compreendido como um ser holístico, na busca de preservar a integridade e a integralidade, assim, os sujeitos são percebidos pelo e no ambiente no qual estão inseridos (LEVINE, 1973). Para a teórica, o ambiente se constitui por dois segmentos: a parte interna e a parte externa, sendo que a primeira é composta pela homeostase, que é um estado de economia de energia que, também, fornece as linhas de base necessárias para uma infinidade de fatores fisiológicos e psicológicos sincronizados; o segundo, pela homeorese, que é um fluxo de energia estabilizado, e não um estado estático.

A interação entre a homeostase e a homeorese ocorre, simultaneamente, na vida dos indivíduos, pois a relação com o meio é composta por diferentes fatores e condicionantes, como as relações de trabalho e família. Esse processo evidencia o padrão de adaptação que permite ao corpo do indivíduo sustentar seu bem-estar.

O ambiente externo constitui-se por três componentes: pré-conceitual, operacional e conceitual. O componente pré-conceitual é o aspecto do mundo em que o paciente é capaz de interceptar; trata-se de um nível perceptivo interpretado pelos órgãos dos sentidos. O operacional contém elementos que podem afetar, fisicamente, os pacientes, mas não são perceptivos pelos órgãos dos sentidos, e o conceitual é constituído pelo conjunto de crenças, ideias, valores, tradição e espiritualidade, ou seja, é parte do ambiente do paciente no qual

estão imersos os padrões culturais caracterizados pela existência espiritual. Esses padrões são mediados pela simbologia da linguagem, do pensamento e da história (LEVINE, 1973).

A interação com o mundo se dá pelas relações externas e internas e constitui-se por três fenômenos: adaptação, resposta organísmica e conservação. (LEVINE, 1973; 1991). Para a autora, três aspectos são inerentes à adaptação: historicidade, especificidade e redundância. A historicidade é fundamentada ao longo do tempo e aguarda os desafios aos quais ela responde; a especificidade refere-se às respostas individuais e ao padrão adaptativo que é modificado em função da estrutura genética específica; e a redundância é o processo dinâmico que explica as opções disponíveis ao paciente para garantir a sua adaptação contínua.

A resposta organísmica trata-se de uma mudança no comportamento de um paciente durante uma tentativa de adaptação ao ambiente que o auxilia a proteger e manter sua integridade. Levine classifica a resposta organísmica em quatro tipos: luta ou fuga; processo inflamatório; estresse e o processo perceptivo. Luta ou fuga é a resposta mais primitiva, é a reação instantânea à ameaça real ou imaginária, dada pelo estado de alerta para encontrar mais informações e garantir sua segurança e bem-estar (LEVINE, 1973).

Processo inflamatório é uma resposta para fornecer integridade estrutural e a promoção da cura, que usa energia disponível para remover ou impedir elementos indesejáveis e patógenos, sendo limitado no tempo, porque drena as reservas de energia do indivíduo. Estresse é a resposta desenvolvida ao longo do tempo, influenciada por cada experiência estressante vivida pelo paciente, por isso o desgaste vital é registrado nos tecidos e reflete as reações hormonais de longo prazo para as experiências que geram mudanças estruturais. A irreversibilidade é um aspecto e influencia a maneira de como os pacientes respondem aos cuidados de enfermagem (LEVINE, 1973).

Processo perceptivo envolve a reunião das informações do ambiente e converte-se em uma experiência de significado. Trata-se de uma resposta que emerge quando os indivíduos experimentam o mundo ao seu redor, baseando-se em suas respostas para a busca e manutenção da segurança. Enfim, trata-se da capacidade de assimilar informações e torná-las significativas enquanto experiência (LEVINE, 1973).

Cada paciente tem uma gama específica de respostas adaptativas, as quais mudam com base nas circunstâncias individuais, o que instiga a realização do cuidado terapêutico holístico de enfermagem e a realização da intervenção com MRRP® aos sinais e aos sintomas de dor, de estresse, de ansiedade e de depressão provenientes dos conflitos nas relações trabalho-família. Nessa perspectiva, é possível desenvolver o cuidado de enfermagem por meio da

compreensão da produção de energia do corpo humano, considerando as reações eletroquímicas do corpo humano e a interação com o ambiente.

A saúde não é apenas uma ausência de condições patológicas, mas o retorno a si mesmo, pois os indivíduos são livres e capazes de perseguir seus próprios interesses por meio dos recursos constituídos pelas relações deles com o ambiente. Portanto, os seres humanos respondem de maneira singular, porém integrada, o que reforça seu caráter holístico (LEVINE, 1973).

O cuidado de enfermagem deve considerar que a adaptação de cada indivíduo ocorre por um processo contínuo de mudança, no qual ele mantém sua integridade dentro da realidade de cada ambiente. As respostas a este processo podem parecer semelhantes, mas o tempo e a forma de resposta do organismo serão únicos para cada pessoa.

Na especificidade das relações de trabalho e família, o indivíduo deve ser considerado dentro da sua busca de reconhecimento de si mesmo, em que o enfermeiro deve investigar e avaliar elementos emocionais, utilizando o princípio de conservação estrutural, que considera o indivíduo como parte de um sistema em sua totalidade e que expressa a organização dos segmentos que o compõem.

Levine vê o indivíduo como um ser em constante interação no e com o mundo, o que demanda adaptação dos indivíduos frente às relações e à forma de se relacionar com o trabalho e a família. Esse movimento de interação do indivíduo com o meio pode ser avaliado pelo enfermeiro por meio do princípio de conservação da integridade social.

Essa conjuntura de conhecimentos permite ao enfermeiro visualizar os indivíduos por diferentes perspectivas, fortalecendo as ações de cuidado a serem implementadas. A construção de um histórico de saúde, por meio de um prisma ambiental, permite que tratamentos energéticos e vibracionais sejam utilizados como medidas de intervenção à saúde.

5 METODOLOGIA

No que concerne à metodologia desse estudo, convém apresentar os aspectos relevantes do itinerário metodológico, tendo em vista contemplar os objetivos propostos previamente. A seguir, serão apresentadas as etapas que foram utilizadas com o fim de *analisar o processo de cuidado de enfermagem, por meio da TV-MRRP®, para identificar se ocorre a minimização dos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho e família.*

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caráter teórico-prático, com ênfase na enfermagem holística, com abordagem quantitativa, com método quase-experimental do tipo antes e depois, com desenho série temporal interrompida (DEMO, 2000; SOUSA; DRIESSNACK; AMÉLI, 2007; DUTRA; REIS, 2016).

Demo (2000) entende pesquisa prática como aquela que lida com a prática histórica, em termos de conhecimento científico, para fins explícitos de intervenção, e como pesquisa teórica, aquela que visa transformar o conhecimento, na intenção de melhorar os fundamentos teóricos (DEMO, 2000). Esse tipo de pesquisa é recomendado em caso de necessidade de reconstrução de teorias que deem conta de explicar o que ocorre, de fato, no contexto estudado, ou seja, da criação de um novo quadro de referência teórica.

Empregou-se a derivação teórica, uma metodologia cujo processo utiliza a analogia entre duas teorias de áreas distintas para ampliar o estudo de Levini. Na derivação teórica, utiliza-se a teoria de uma área para explicar e prever fenômenos de outra área, ou seja, os conceitos teóricos de um campo de estudo específico (teoria-parente) são utilizados para desenvolver fundamentação teórica de outro campo de estudo (teoria-pai) (WALKER; AVANT, 2011). Neste estudo, ao propor-se uma avaliação de enfermagem que supere a visão de fadiga do princípio de conservação de energia adotada por Levine (1973), adequou-se o modelo para uma perspectiva vibracional, tendo, como instrumento de mensuração, a radiestesia, portanto fez-se uma adaptação.

Como proposto por esses teóricos, o primeiro passo é examinar a literatura dentro do campo teórico em estudo. Assim, a literatura da enfermagem foi examinada em busca da sustentação teórica para incluir o vibracional. Em caso de não ter sido encontrada uma fundamentação teórica no campo de interesse, o próximo passo foi buscar esta sustentação em

campos dos quais se espera que ofereçam um fundamento teórico adequado (teoria-parente), ou seja, na radiestesia e na radiônica (OSCHMAN, 2000; BRENNANN, 2006; GERBER, 2007).

O conteúdo da teoria-parente, utilizada para a derivação do modelo, foi a teoria do biocampo, a condução da energia humana da biofísica, a identificação, a mensuração do campo e o método de cuidado às necessidades da saúde, da radiestesia e da radiônica.

A pesquisa prática foi do tipo antes e depois, chamada, aqui, de *ex-post-facto e* objetiva investigar relações possíveis de causa e efeito entre certo fato identificado na pesquisa e um fenômeno, posteriormente, decorrente, de modo que o aspecto fundamental deste tipo de pesquisa é que os dados são coletados antes da ocorrência dos eventos e após ela. (FONSECA, 2002).

5.2 Local do estudo

O local de abrangência do estudo foi o “Espaço Terapêutico Holístico”, numa cidade do extremo sul do RS – Brasil. Nesse espaço, é prestado atendimento de CTV, permitindo o cuidado à saúde dos pacientes, por meio de intervenções vibracionais, como *reiki*, *thethahealing* e MRRP®.

O local onde ocorreram os atendimentos e onde foi desenvolvido o cuidado terapêutico holístico de enfermagem apresenta a estrutura física composta por uma sala de recepção, uma sala de atendimento e um banheiro, assegurando privacidade no atendimento do paciente.

5.3 Participantes do estudo

A identificação dos possíveis participantes compreendeu a análise dos registros de atendimentos, para tanto, solicitou-se autorização verbal dos pacientes, que foi registrada no prontuário. Participaram da análise cento e oitenta e duas (182) pessoas, para, posteriormente, serem eleitos vinte (20), que foram os submetidos ao cuidado terapêutico com a TV-MRRP® no Espaço Terapêutico Holístico Andréia Martins do Couto. O critério de seleção adotado para participar do estudo foi a análise retrospectiva do histórico de enfermagem dos pacientes que apresentavam sinal de dor, estresse, ansiedade e depressão. Tal análise levou em conta critérios para obter-se maior fidedignidade e menor dispersão nos resultados. Esses critérios estão listados no quadro 1, abaixo.

Quadro1: Critérios exigidos para a seleção de participação no estudo

Ser maior de 18 anos.

Ter vínculo empregatício formal.

Apresentar sinais e sintomas de dor e estresse provenientes dos conflitos das relações de família- trabalho.

Não fazer o uso de medicações que interferiram na produção do cortisol e não sofrer de doença de Addison ou de Cushing.

Não fazer uso, conforme Taets *et al.* (2016;2019), de glutamina; vitamina C; proteína *whey*, chá verde; magnésio; prednisona e dexametasona; pois esses interferem, diretamente, na produção do cortisol.

Ter regularidade mínima de duas sessões terapêuticas, com a intervenção com a técnica vibracional MRRP®, no processo de cuidado terapêutico de Enfermagem Holística.

Obs.: Tais critérios se devem aos seguintes fatos: a primeira sessão promove a adaptação do campo eletromagnético do paciente ao tratamento energético com a técnica vibracional MRRP® e, também, o estabelecimento de vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta; enquanto a segunda sessão permite observar como ocorreu o processo de adaptação do paciente à intervenção realizada, isso dá maior paridade à amostra.

Ter mensurado o campo eletromagnético, por meio da radiestesia, e ter obtido valores maiores ou iguais a 20%, até o máximo de 50%.

Obs.: este critério almeja a maior paridade da amostra na perspectiva energética vibracional.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020.

Esses foram os critérios de inclusão dos vinte (20) pacientes selecionados para participar do processo.

Para dar início ao processo de intervenção, foi feito contato por telefone, convidando-os a participarem do estudo; posterior ao aceite, foi realizado agendamento do atendimento das três sessões de cuidado de enfermagem holística com a intervenção TV-MRRP® (com intervalo de 21 dias entre cada sessão).

5.4 Coleta dos dados

Após a seleção da amostra, foi elaborado um instrumento para a coleta dos dados como forma de registro do processo de cuidado vibracional de enfermagem holística. A estrutura de tal instrumento (Apêndice III) foi construída de acordo com o artigo 1º, da Resolução nº 358/2009, do COFEN, que regulamenta o processo do cuidado profissional de enfermagem, para que seja realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes - públicos ou privados (COFEN, 2009). Este instrumento foi inspirado no modelo teórico de Myra Estrin Levine, levando-se em conta os quatro princípios de integridade e conservação do paciente e, associado a este modelo, foi utilizado um prontuário, padronizando os registros das fases sequenciadas: SOAP (dados subjetivos, objetivos, de

avaliação e prescrição). Um dia antes do procedimento, foi enviada uma mensagem, por via telefônica, para rememorar o atendimento, momento em que foram encaminhadas as orientações dos cuidados para a realização da coleta das amostras do biomarcador cortisol, conforme quadro 2, abaixo.

Quadro2: Orientação do laboratório responsável pela análise das amostras do cortisol
Não ingerir alimentos ou bebidas 30 minutos antes da coleta do exame.
Evitar escovar os dentes pelo menos duas horas antes da coleta para evitar sangramento gengival.
Lavar a boca com água através de bochechos leves – É aconselhável, imediatamente, antes da coleta.
Não ter lesões orais, com sangramento ativo ou potencial – não recomendável.
Comunicar uso de medicamentos.
Informar, se mulher, caso de gravidez.

Fonte: Laboratório de referência, 2019.

Após o preparo, fez-se a coleta, que foi distribuída em 3 tempos, conforme explicitado na figura 5.

Figura 5: Coleta em três tempos



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020.

Os três tempos são caracterizados por pré-processo de intervenção, intervenção com a Mesa MRRP® e pós-intervenção.

1º tempo: Foi o momento em que se disponibilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e comunicou-se que os dados do histórico prévio do paciente seriam utilizados (Apêndice I). Esta ferramenta buscou esclarecer a natureza, o objetivo, o método, bem como os riscos, os benefícios e a participação voluntária dos mesmos no estudo, sendo explicado, no instrumento impresso, que as informações obtidas, na coleta de dados deste estudo, seriam de uso, exclusivamente, científico e que todos os materiais produzidos, durante a pesquisa, ficariam sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras. O TCLE foi assinado, em duas vias, pelos participantes que aceitaram participar do estudo. Foi elucidado, ainda, aos participantes que os mesmos seriam voluntários deste estudo e que não teriam ônus com as despesas dos exames, sendo custeadas pela pesquisadora responsável e pela professora orientadora. Foi explicado o processo de coleta dos dados aos participantes, referindo que os mesmos poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum ônus, e, também, foram sanadas as dúvidas apresentadas por esses. Uma via ficou com os participantes; outra, com a pesquisadora e com a professora orientadora da pesquisa. Todos os documentos referidos ficarão, durante cinco anos, sob a posse das pesquisadoras e, após este período, o material será incinerado. Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Posteriormente, foram coletados os dados de pré-teste necessários para testar a hipótese. Foi realizada a coleta da saliva para mensuração do biomarcador de cortisol e a aplicação do questionário de McGill (anexo I)¹ para identificar o tipo e a intensidade da dor, a escala DASS 21 (anexo II), para mensurar os níveis de estresse, ansiedade e depressão, e a escala de medida de conflito trabalho-família (anexo III).

Mensuração do biomarcador de cortisol: A mensuração do biomarcador foi realizada por um laboratório de referência de Rio Grande. As coletas foram realizadas pela enfermeira e pesquisadora responsável pelo estudo, que foi devidamente instruída pela equipe do laboratório de referência². A coleta ocorreu de segunda-feira a quinta-feira, período acordado pela pesquisadora e pelo responsável do laboratório, objetivando a maior fidedignidade no processo de análise. As coletas realizadas, no período da manhã, eram

¹ O questionário McGill foi validado, no Brasil, em 1996 (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

² Orientações para a realização da coleta da amostra salivar para mensuração dos níveis de cortisol: o cliente não deverá ingerir alimentos ou bebidas 30 minutos antes da coleta do exame; evitar escovar os dentes pelo menos duas horas antes da coleta para evitar sangramento gengival; imediatamente antes da coleta, é aconselhável lavar a boca com água através de bochechos leves; não ter lesões orais, com sangramento ativo ou potencial – não recomendável; informar uso de medicamentos; se mulher, informar se está grávida.

transportadas ao laboratório, pela pesquisadora, no mesmo dia, e as coletas realizadas, no período da tarde, encaminhadas no dia seguinte, de manhã cedo.

Para a coleta do biomarcador do cortisol, foi utilizado cotonete de algodão (Salivette®)³, que foi mantido por um a dois minutos sob a língua e guardado em caixa térmica com gelo para conservação da amostra. Após encaminhada ao laboratório, a amostra foi analisada conforme o método de imunensaio por eletroquimioluminescência.

Os valores de referência para a análise, considerados pelo laboratório, foram: turno da manhã (06h00min-10h00min), valores de referência inferiores a 20,3 nmol/L; turno da tarde (16h:00min-20h:00min), valores inferiores a 6,9nmol/L; e turno da noite (23h00min-00h30min), valores inferiores a 7,6 nmol/L.

Todas as despesas deste estudo foram custeadas pelas pesquisadoras. Após os resultados terem retornado para o Espaço Terapêutico Holístico, uma via foi disponibilizada ao participante.

Identificação e intensidade da dor: Para sua mensuração, foi utilizado o questionário de dor de McGill-Melzack (MPQ)⁴ (anexo I). O questionário de McGill (MPQ) avalia as qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor, com o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente. Em 1996, pesquisadores brasileiros publicaram uma proposta de adaptação do MPQ para língua portuguesa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996).

O questionário de McGill é constituído por uma tabela com 20 células formadas por quatro grupos de palavras que caracterizam o tipo e a intensidade da dor, que são assim distribuídos: o primeiro grupo (sensitivo-discriminativo) é composto pelas células de 1 a 10; o segundo grupo (afetivo-motivacional) é formado pelas células de 11 a 15; o terceiro grupo (cognitivo-avaliativo) é formado pela célula 16; o grupo miscelânea é composto pelas células de 16 a 20.

Cada célula é considerada subgrupo, portanto a Tabela contém 20 subgrupos, e cada subgrupo é formado por descritores que são conjuntos de palavras que caracterizam a dor. A seguir, são descritas a operacionalidade de cada um dos grupos e seus subgrupos, com seus correspondentes descritores e valores.

O grupo sensorial-discriminativo correspondente aos subgrupos de 1 a 10, cujos descritores referem-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o

³ O cotonete foi identificado com os dados do paciente.

⁴ O MPQ foi elaborado em 1975, por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá.

grupo afetivo-motivacional corresponde aos subgrupos de 11 a 15, que são compostos por descritores que descrevem a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; e o grupo cognitivo avaliativo é formado pelo subgrupo 16, que se refere à avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem aos itens miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor, corresponde um número que indica sua intensidade. O índice da dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos, o valor máximo possível é 78.

Esse instrumento permitiu identificar origem e a intensidade da dor de cada paciente antes e depois da intervenção.

Mensuração da depressão, da ansiedade e do estresse: Para a avaliação do estresse, foi utilizada a escala Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) (LOVIBOND; LOVIBOND, 1995). A escala é estruturada num modelo que agrupa os sintomas em três estruturas básicas denominadas subescalas. A primeira comporta o afeto negativo, ou seja, os sintomas inespecíficos que acompanham tanto a depressão quanto a ansiedade (humor deprimido, insônia, desconforto e irritabilidade). A segunda é formada pelos sintomas específicos da depressão (anedonia, ausência de afeto positivo) e, por fim, a última estrutura refere-se aos sintomas específicos de ansiedade (tensão somática e hiperatividade) (WATSON *et al.*, 1995). A DASS21 foi adaptada e validada, no português brasileiro, para adultos de várias regiões do país, com resultados que garantem sua composição e foi preenchida pela enfermeira, durante a realização da entrevista para fazer a avaliação clínica (APOSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006).

A subescala da depressão avalia sintomas como a inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo. Já a subescala da ansiedade avalia a excitação do sistema nervoso autônomo, os efeitos musculoesqueléticos, a ansiedade situacional e as experiências subjetivas de ansiedade. Por fim, a subescala do estresse avalia a dificuldade de relaxar, a excitação nervosa, a fácil perturbação/agitação, a irritabilidade, a reação exagerada e a impaciência. Para a obtenção do diagnóstico da saúde ou adoecimento dos pacientes, as subescalas classificam-se em escores: normal, leve, moderado, severo, extremamente severo. Cada subescala contém sete itens a fim de avaliar os estados emocionais de depressão (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), ansiedade (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e estresse (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18).

Para a mensuração dos níveis de ansiedade, depressão e estresse, foram aplicadas as três subescalas do tipo *Likert*, as quais consideram os quatro pontos de intervalo de mensuração: autorresposta, em que 0 = não se aplica a mim; 1 = aplica-se a mim um pouco ou durante parte do tempo; 2 = aplicou-se a mim ou durante uma boa parte do tempo e 3 = aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo.

Para obtenção do posicionamento dos sujeitos de acordo com os pontos de corte da escala, após terem sido obtidos, os pontos são multiplicados por dois e comparados com a seguinte classificação: **depressão**: normal (0-9), leve (10-13), moderado (14-20), severo (21-27) e extremamente severo (≥ 28); **ansiedade**: normal (0-7), leve (8-9), moderado (10-14), severo (15-19) e extremamente severo (≥ 20); **estresse**: normal (0-14), leve (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) e extremamente severo (≥ 34).

Essa escala permitiu medir a intensidade da ansiedade, da depressão e do estresse, pré e pós-uso da MRRP®, medidas essas que foram utilizadas como parâmetro para verificar e avaliar a sua aplicabilidade.

Medida de conflito trabalho-família: Para a avaliação da medida de conflito trabalho-família, foi utilizada a *escala Likert*, adaptada da original de Netemeyer e Cols (1996) e validada por Aguiar e Bastos (2013). A escala é constituída por duas dimensões: interferência do trabalho na família e interferência da família no trabalho, ambas contendo cinco itens. Cada item, com intervalo de variação que vai do discordo totalmente até o concordo totalmente. Os itens foram preenchidos por cada um dos participantes, indicando o seu grau de concordância ou discordância em relação a cada afirmação contida na escala *Likert* de seis pontos.

Esses dados permitiram identificar se há ou não conflito nas relações entre trabalho e família para poder determinar as possíveis origens dos sinais e dos sintomas a fim de tratá-los.

2º tempo: Foi o período (uma hora e meia, em média) em que houve a intervenção com a TV-MRRP® e a medição do campo eletromagnético do paciente. Essa mensuração ocorre por intermédio do relógio radiestésico acoplado à mesa e, com o auxílio do pêndulo, mede a frequência vibracional. Essa mensuração é realizada pré-intervenção e pós-intervenção.

Foram esses dados que possibilitaram conhecer as necessidades de saúde vibracionais dos pacientes, identificar a condição energética do campo eletromagnético em que se encontram

e tratá-las por meio da intervenção com a TV-MRRP® para promover o alinhamento energético nas dimensões físico, mental, espiritual e emocional. Posteriormente, foi feita a avaliação verificando a mensuração radiestésica.

3º tempo: É o momento destinado à finalização da etapa da intervenção, quando se retoma os mesmos procedimentos metodológicos do primeiro tempo, a fim de verificar a ação da intervenção (antes-depois).

São todos esses dados coletados durante o tempo 1, tempo 2 e tempo 3 que constituem o *corpus* de análise a fim de responder a questão de pesquisa: *de que modo o cuidado de enfermagem, por meio da técnica vibracional MMRP, intervém na minimização dos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de família e trabalho.*

5.5 Análise dos dados

No que tange à pesquisa teórica, realizou-se, primeiramente, uma adaptação do modelo teórico de Levine (1971) para abarcar a perspectiva vibracional e, posteriormente, utilizou-se o modelo para verificar a sua aplicabilidade no processo de avaliação de enfermagem na perspectiva vibracional. Tal aplicação subsidiou a identificação de sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família que se constituem nos dados da pesquisa prática, analisados posteriormente. Tal processo está explicitado abaixo:

A derivação teórica do modelo de avaliação de enfermagem de Levine para o modelo teórico vibracional foi feita da seguinte forma:

1º) avaliou-se o modelo e verificou-se que Levine identifica a energia pela fadiga do corpo físico, portanto há a necessidade de ampliar-se o modelo para abarcar as dimensões mentais, emocionais e espirituais da perspectiva holística;

2º) Identificou-se que o modelo proposto por Levine não contemplava o conceito de campo eletromagnético necessário para o cuidado específico vibracional, uma vez que o NANDA (2020)⁵ prevê o diagnóstico de campo de energia desequilibrado⁶;

⁵ NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

⁶ Para maior entendimento das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Campo Desequilibrado, veja páginas 44-45 desta tese.

3º) utilizou-se, como base teórica (teoria-pai), o processo de enfermagem de Levine para fazer a adaptação do modelo de enfermagem holístico vibracional ao modelo de cuidado terapêutico vibracional derivado do anterior;

4º) buscou-se compreender a constituição vibracional humana nos campos da radiestesia-radiônica e biofísica (teorias-parente);

5º) desenvolveu-se o modelo terapêutico de cuidado vibracional⁷ derivado do modelo conservação de Levine para incluir a mensuração do campo eletromagnético, por meio da radiestesia.

Após a derivação teórica, foi utilizado o modelo proposto a fim de identificar e verificar a sua aplicabilidade no processo de avaliação de enfermagem na perspectiva vibracional. Tal aplicação subsidiou a identificação de sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

A análise estatística para a verificação dos níveis de dor e estresse foi realizada por meio de comparações ao longo do tempo, avaliadas pelo modelo de equações de estimativas generalizadas (GEE) e complementadas pelo teste Least Significant Difference (LSD). As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão, e as categóricas, por frequências absolutas e relativas. Para as variáveis com distribuição normal, foi aplicado o modelo linear. Para aquelas com distribuição assimétrica, foi utilizado o modelo gama. Para as variáveis nominais, foi utilizado o modelo logístico binário e, para as ordinais, foi aplicado o modelo logístico ordinal.

Na análise estatística do estudo do cortisol, para avaliar o resultado da intervenção com a TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse, foi realizada a associação entre as variáveis numéricas avaliadas pelo teste da correlação de Pearson. Para controle de fatores confundidores, foi aplicado o modelo de regressão de Poisson multivariado. O critério para a entrada da variável, no modelo multivariado, foi de que ela apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$), e as análises foram realizadas no programa SPSS, versão 21.0.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi iniciado somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob o número 113/2018 e CAAE 22802819.5.0000.5324. O TCLE foi assinado em duas vias, pelos participantes, sendo que uma cópia ficou de posse dos participantes e a outra

⁷ Modelo Terapêutico de Cuidado Vibracional: explicação nas páginas (77-80)

está guardada no Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudo de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA/FURG), onde ficará durante cinco anos. Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

5.6.1 Análise crítica dos riscos e benefícios

5.6.1.1 Riscos

A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados à possível negativa dos indivíduos, em processo terapêutico, a participarem do estudo, o que inviabilizaria sua realização. Em caso de possível dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos nesta pesquisa, será disponibilizada assistência integral e gratuita.

5.6.1.2 Benefícios

O estudo possibilitará analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da mesa radiônica Régia Prado® sob os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais de trabalho-família. Acredita-se que o conhecimento produzido, neste estudo, subsidie a enfermagem a prestar assistência aos indivíduos por meio de uma abordagem holística.

5.6.1.3 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

As pesquisadoras do presente estudo responsabilizam-se por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa. Temos o compromisso com o anonimato dos participantes. Assumimos a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução CONEP 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos.

5.6.1.4 Explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A suspensão da pesquisa acontecerá frente à recusa de cooperação dos participantes. Cada participante será deixado à vontade para comunicar às pesquisadoras, verbalmente, sua desistência ou não concordância com a realização da pesquisa, em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou por mensagem eletrônica.

5.6.1.5 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

Os recursos disponíveis na Escola de Enfermagem e Laboratório Socioambiental e Saúde do Trabalhador – LASTRA garantem a infraestrutura necessária para a realização da pesquisa.

5.6.1.6 Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos

Ao término deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa através de artigos publicados em revistas e participações em eventos, na forma de pôster e tema livre. Comprometemo-nos a utilizar os materiais e dados coletados, exclusivamente, para os fins previstos para publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declaramos, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceitamos as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

5.6.1.7 Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados

Declaramos que, durante a realização da pesquisa, os dados (informações cadastrais e consentimentos) ficarão sob a confiança das pesquisadoras responsáveis para poder realizar a análise e a comparação entre eles. Após, os mesmos serão arquivados em caixa lacrada, por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo. Serão guardadas na Escola de Enfermagem, em local sigiloso, sob a responsabilidade da professora supervisora.

6 RESULTADOS

Apresentam-se os resultados nas três sessões abaixo. Cada sessão está diretamente relacionada aos objetivos do presente estudo.

6.1 Modelo Teórico Cuidado Terapêutico Vibracional para a Enfermagem Holística

Nesta sessão, apresenta-se o modelo teórico de Cuidado Terapêutico Vibracional para enfermagem holística, que derivou do modelo de conservação de Levine (1971), a fim de identificar a dor e o estresse provenientes das relações socioambientais família-trabalho, por meio da avaliação de enfermagem. A construção do modelo teórico emerge da necessidade de incluir-se o aspecto do cuidado vibracional na prática da enfermagem, facilitando o processo de trabalho do enfermeiro ao prestar o CTV aos pacientes.

Segundo Levine (1971), para a avaliação de enfermagem, deve-se realizar a construção do histórico de enfermagem que ocorre por meio da coleta de fatos que emergem da observação e entrevista, que revelam as queixas dos pacientes frente as suas relações consigo (internas), com o outro e com o ambiente (externas). No processo de avaliação, os enfermeiros devem considerar os fatores internos e externos que desafiam a manutenção da homeostase e homeorese e observar as respostas orgânicas dos pacientes às suas dificuldades de adaptação (doença), além de mediar e explicar ao paciente suas necessidades de cuidado e avaliar os resultados para a elaboração do diagnóstico.

Levine propõe que os diagnósticos sejam obtidos através de suporte científico e que sejam considerados os seguintes princípios: conservação de energia (balanço de oferta e demanda de energia); integridade estrutural (sistema de defesa ou imunidade do corpo); integridade pessoal (senso de valor próprio da pessoa); e integridade social (capacidade da pessoa de participar da sociedade).

A prática da avaliação de enfermagem pode utilizar a taxonomia da Nursing Diagnoses da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) – uma referência internacional para o estabelecimento de diagnósticos na prática da enfermagem; tal taxonomia complementa o processo de enfermagem de Levine. Ao se ao considerar o princípio de conservação de energia, este processo, refere-se à entrada e à saída de energia, e é avaliado pelo aparecimento, ou não, da fadiga.

O presente estudo compreende o princípio da conservação de energia na perspectiva vibracional, ou seja, considera o campo eletromagnético dos pacientes verificado por meio das dimensões física, mental, espiritual e emocional. Para isso, apoia-se no diagnóstico de

campo de energia desequilibrado, entendido como ruptura no fluxo vital de energia humana, que costuma ser um todo contínuo único, dinâmico, criativo e não linear (NANDA, 2020).

O desequilíbrio da energia do campo humano pode ocorrer, por exemplo, pelo bloqueio do fluxo energético, congestionamento do fluxo energético e déficit de energia do fluxo energético, dentre outros. Esses podem ter, como fatores relacionados, a dor, o estresse excessivo, a ansiedade, o desconforto e intervenções que perturbam o padrão ou o fluxo energético, pré-dispondo ao adoecimento (NANDA, 2020). Para melhor visualizar a estrutura teórica para a construção do modelo do CTV, veja figura 6, abaixo.

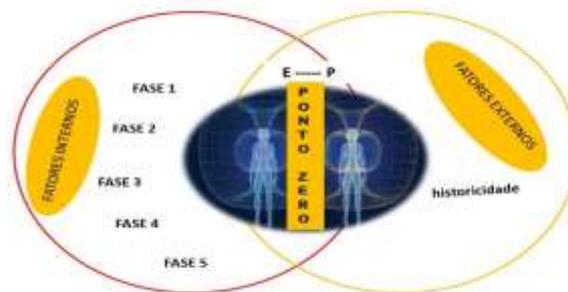
Figura 6: Derivação da estrutura teórica do processo de enfermagem



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020.

Tendo, como base teórica, o processo de enfermagem de Levine, acima apresentado, adaptou-se o modelo de enfermagem holístico vibracional, com o objetivo de desenvolver a avaliação de enfermagem vibracional, que será operacionalizada pelo modelo de cuidado terapêutico vibracional, conforme figura7, abaixo.

Figura 7: Adaptação teórica dos processos de enfermagem para o modelo cuidado terapêutico vibracional



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Para o presente modelo, definiu-se a relação de interação enfermeiro-paciente, considerando-se os fatores externos e internos. Os fatores internos constituem-se por questões internas dos sujeitos que são considerados pelo processo de enfermagem holístico vibracional, o qual se organiza de modo deliberado e sistemático com os fatores externos. Para a definição dos fatores externos, considerou-se o conceito de adaptação de Levine (1971). A adaptação é um modo que permite ao indivíduo conviver, harmonicamente, com seu ambiente interno e externo, resolvendo as questões que podem impactar seu equilíbrio e, nesse processo, considera-se como parte constituinte a história do paciente, o conceito de redundância e o conceito de especificidade.

O processo de enfermagem holístico vibracional considera os conceitos de Levine, de inteireza e de conservação, como pressupostos para a derivação do ponto zero. A conservação objetiva manter o sistema da vida unido, e a inteireza define-se como a integridade de uma pessoa em todos os aspectos da existência humana. O cuidado de enfermagem ocorre na interação dos campos eletromagnéticos do enfermeiro e do paciente. O ponto zero é uma forma de demarcar, materialmente, essa interação. Ele representa a conexão por meio do campo vibracional do enfermeiro e do paciente, em que é possível cuidar a integridade do paciente nas dimensões físicas, mentais, emocionais e espirituais.

A seguir, passa-se a explicar cada uma das fases do modelo.

1ª fase – anamnese e exame físico vibracional: A primeira fase é abstraída no momento da escuta atenta realizada em cada consulta, na qual os pacientes relatam as suas queixas. A anamnese constitui-se pela coleta de informações pregressas e atuais da condição de saúde de cada paciente. Neste estudo, identificaram-se sinais e sintomas de dor e estresse autorreferidas pelos pacientes, sendo utilizado o questionário de McGill como instrumento para identificar o tipo, o nível e a intensidade da dor e a escala DASS21 para a identificação dos níveis de estresse. Também, foi realizada a coleta do cortisol salivar, a fim de verificar, clinicamente, como a dimensão física de cada paciente reage à dor e ao estresse. Todos os instrumentos acima referidos foram pensados de modo que o cuidado ocorra de forma holística, ou seja, nas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Todos os procedimentos supracitados fazem parte do processo de enfermagem. Mais um procedimento foi acrescentado, mensurou-se o campo eletromagnético por meio da TV-MRRP®, caracterizando o exame físico na estrutura da anamnese vibracional.

2ª fase – resposta organísmica vibracional: Segundo Levine, a resposta organísmica trata da mudança do comportamento do paciente na tentativa de se adaptar ao ambiente. Essa resposta, no sentido do cuidado vibracional, compõe-se pela busca da expansão da consciência do paciente, que pode apresentar diferentes respostas nas dimensões físicas, mentais, emocionais e espirituais. Esse processo favorece a minimização dos conflitos nas relações de trabalho-família e família-trabalho e, conseqüentemente, a minimização dos sinais e dos sintomas de dor e estresse.

3ª fase – diagnóstico vibracional: Utiliza-se a taxonomia de NANDA-2020 no diagnóstico de campo de energia desequilibrado, que pode ocorrer devido ao bloqueio do fluxo energético, congestionamento do fluxo energético e déficit de energia do fluxo energético, dentre outros. Esses podem ter, como fatores relacionados, a dor, o estresse excessivo, a ansiedade, o desconforto e as intervenções que perturbam o padrão ou o fluxo energético, pré-dispondo ao adoecimento (NANDA, 2020).

4ª fase - intervenção de enfermagem vibracional: Tradicionalmente, a intervenção de enfermagem é caracterizada como planejamento, no qual são traçados os resultados almejados com as ações do cuidado de enfermagem. Na abordagem das terapias vibracionais, o cuidado terapêutico é realizado por técnicas vibracionais, por isso, cria-se a denominação intervenção de enfermagem vibracional como sendo a aplicação de técnicas vibracionais que agem por meio do campo eletromagnético no restabelecimento e na conservação da saúde dos pacientes. A intervenção de enfermagem vibracional, neste estudo, foi realizada por meio da TV-MRRP®.

5ª fase – Avaliação do cuidado terapêutico vibracional: O conceito de avaliação de enfermagem trata-se de um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas dos pacientes. Para Levine (1971), a avaliação consiste no processo de validação para saber se o cuidado prestado contemplou a necessidade do paciente. Nessa fase, aplica-se, novamente, o instrumento para medir o conflito trabalho-família, o questionário de McGill, a escala DASS21, e realiza-se a mensuração radiestésica após a intervenção com a TV-MRRP®.

Cabe destacar que essas fases não são sequenciais e nem separadas, funcionam de maneira conjugada em cada atendimento e durante todo o processo. Tendo atingido o primeiro objetivo, passa-se ao segundo objetivo, o de verificar o resultado da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais trabalho-família.

6.2 Cuidado terapêutico vibracional às relações socioambientais de trabalho-família: resultados da intervenção com a técnica MRRP®

Nesta sessão, apresentam-se os resultados que correspondem ao objetivo de verificação dos efeitos da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais trabalho-família.

O presente estudo constituiu-se por uma amostra de 20 pacientes, a maioria do sexo feminino (n=18, 90,0%), seguido do sexo masculino (n= 02, 10,0%), com média de idade de 42,3 anos (DP=8,6). Quanto ao relacionamento, a maior parte do grupo é constituída por pacientes casados (n= 14,70,0%); outra parte, constituiu-se por pacientes separados (n= 04, 20,0%) e, por fim, a minoria do grupo corresponde a pacientes solteiros (n= 02,10,0%). Do total da amostra, a maioria possui filhos (n= 13, 65%,). Todos os participantes que constituíram o estudo possuíam vínculo formal de trabalho, sendo a maioria do setor privado (n= 14,70%), seguido do setor público (n= 06, 30%), conforme Tabela 1.

Tabela1: Caracterização da amostra (variáveis)

Variáveis	média ± DP
Idade (anos)	42,3 ± 8,6
Vínculo Profissional	n (%)
Vínculo formal de trabalho - setor privado	14 (70,0)
Vínculo formal de trabalho - setor público	06 (30,0)
Estado civil	n (%)
Solteira	2 (10,0)
Casada	14 (70,0)
Separada	4 (20,0)
Filhos	n (%)
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)
Número de filhos	n (%)
Nenhum	7 (35,0)
Um	6 (30,0)
Dois	3 (15,0)
Três ou mais	4 (20,0)
*Motivo TV-MRRP®	n (%)

Equilíbrio/Harmonização	17 (85,0)
Autoconhecimento	5 (25,0)
Saúde	3 (15,0)

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

*Variáveis com múltipla resposta

A maioria dos pacientes refere à opção pelo CTV pela busca do equilíbrio/harmonização nas dimensões físicas, mentais, espirituais e emocionais (n=17,85%), seguido do autoconhecimento (n=5, 25%) e de saúde (n= 3, 15%).

Dos pacientes que participaram deste estudo, a maioria referiu histórico de doenças prévias (n=12, 60%); das doenças mencionadas, a maioria destacou histórico de depressão (n=5, 25%), seguido de artrose (n=2, 10%), de doenças respiratórias, como asma e bronquite (n=1, 5%), hipertensão arterial (n=1, 5%), diabetes mélitus tipo II (n=1, 5%), epilepsia (n=1, 5%), dor no ciático (n=1, 5%), hérnia de disco (n=1, 5%), hipotireoidismo (n=1, 5%) e úlcera gástrica (n=1, 5%).

Dos pacientes que referiram histórico de doenças prévias, 5 (25%) referiram fazer uso de tratamento medicamentoso. A seguir, apresenta-se a Tabela 2, que contém os demais dados do histórico de saúde e o tratamento medicamentoso dos pacientes.

Tabela 2: Dados sobre doenças prévias e tratamento medicamentoso

Variáveis	n=20
Doenças prévias	n (%)
Sim	12 (60,0)
Não	8 (40,0)
Doenças	n (%)
Depressão	5 (25,0)
Artrose	2 (10,0)
Doenças respiratórias (asma, bronquite)	1 (5,0)
Hipertensão Arterial	1 (5,0)
DM II	1 (5,0)
Epilepsia	1 (5,0)
Ciatalgia	1 (5,0)
Hérnia de disco	1 (5,0)
Hipotireoidismo	1 (5,0)

Gastrite/úlcera	1 (5,0)
Faz uso de tratamento medicamentoso	n (%)
Sim	5 (25,0)
Não	15 (75,0)

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Para a verificação do comportamento das variáveis do estudo ao longo do tempo, foi realizada a análise estatística do início do primeiro atendimento de CTV (pré-intervenção), do início do 3ª atendimento (pré-intervenção) e o comportamento da amostra antes e após a intervenção com a TV- MRRP®, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Dados de comparação da CTV com TV-MRRP® ao do longo do tempo

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente dores	n (%)	n (%)	n (%)	%
Início da sessão (pré-teste)	16 (80,0)	14 (70,0)	8 (40,0)	0,020
Término da sessão (pós-teste)	11 (55,0)	9 (45,0)	6 (30,0)	0,214
Sente-se estressado	n (%)	n (%)	n (%)	%
Início da sessão (pré-teste)	15 (75,0)	14 (70,0)	14 (70,0)	0,921
Término da sessão (pós-teste)	11 (55,0)	12 (60,0)	7 (35,0)	0,133
Radiestésica Física	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
Início da sessão (pré-teste)	58,5±3,10 ^{ab}	56,8 ± 2,67 ^a	65,8 ± 1,59 ^b	0,019
Término da sessão (pós-teste)	100 ± 0,00	99,8 ± 0,24	99,5 ± 0,34	0,171
Radiestésica Mental	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
Início da sessão (pré-teste)	58,8 ± 2,71	61,8 ± 2,13	59,3 ± 2,43	0,623
Término da sessão (pós-teste)	100 ± 0,00 ^b	99,5±0,34 ^{ab}	99,0 ± 0,45 ^a	0,014
Radiestésica Espiritual	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
Início da sessão (pré-teste)	52,8 ± 2,86	54,5 ± 3,28	55,3 ± 2,68	0,868
Término da sessão (pós-teste)	100 ± 0,00	99,5 ± 0,49	100 ± 0,00	0,305
Radiestésica Emocional	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
Início da sessão (pré-teste)	60,5 ± 1,83	56,2 ± 1,93	56,8 ± 2,68	0,182
Término da sessão (pós-teste)	100 ± 0,00	100 ± 0,00	99,5 ± 0,34	0,136
Campo Eletromagnético	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
Início da sessão (pré-teste)	68,8 ± 2,80	67,8 ± 3,47	67,8 ± 2,41	0,950

Término da sessão (pós-teste)	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00	
Nº sensoriais	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	7,50 ± 0,63 ^c	5,20 ± 0,75 ^b	2,65 ± 0,87 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	5,50 ± 0,95 ^b	2,05 ± 0,66 ^a	1,60 ± 0,71 ^a	<0,001
Nº afetivos	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	3,10 ± 0,29 ^c	1,75 ± 0,33 ^b	0,70 ± 0,28 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	2,10 ± 0,42 ^b	0,55 ± 0,29 ^a	0,35 ± 0,26 ^a	<0,001
Nº avaliativos	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	0,50 ± 0,11	0,55 ± 0,11	0,45 ± 0,18	0,902
Término da sessão (pós-teste)	0,25 ± 0,10	0,20 ± 0,09	0,10 ± 0,07	0,345
Nº miscelânea	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	3,00 ± 0,26 ^c	1,75 ± 0,29 ^b	0,95 ± 0,30 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	2,25 ± 0,40 ^b	0,55 ± 0,25 ^a	0,55 ± 0,25 ^a	<0,001
Nº total	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	14,1 ± 1,14 ^c	9,25 ± 1,31 ^b	4,75 ± 1,47 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	10,1 ± 1,76 ^b	3,35 ± 1,21 ^a	2,60 ± 1,18 ^a	<0,001
Índices sensoriais	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	16,5 ± 1,85 ^c	11,8 ± 1,76 ^b	6,40 ± 2,17 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	10,7 ± 2,02 ^b	3,70 ± 1,35 ^a	2,75 ± 1,28 ^a	<0,001
Índices afetivos	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	4,45 ± 0,54 ^b	2,80 ± 0,72 ^b	1,00 ± 0,54 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	2,50 ± 0,52 ^c	1,00 ± 0,59 ^b	0,65 ± 0,50 ^a	<0,001
Índices avaliativos	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	1,15 ± 0,32	1,40 ± 0,33	0,60 ± 0,22	0,059
Término da sessão (pós-teste)	0,60 ± 0,29	0,50 ± 0,27	0,30 ± 0,21	0,682
Índices Miscelânea	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	5,35 ± 0,59 ^c	3,40 ± 0,84 ^b	1,70 ± 0,62 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	3,60 ± 0,69 ^b	1,25 ± 0,78 ^a	1,15 ± 0,75 ^a	0,005
Total dor	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	27,7 ± 2,41 ^c	19,8 ± 3,34 ^b	9,35 ± 3,27 ^a	<0,001
Término da sessão (pós-teste)	15,7 ± 2,94 ^c	7,00 ± 2,90 ^b	4,40 ± 2,48 ^a	<0,001

Escore de Estresse DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	20,6 ± 2,79	20,1 ± 2,69	16,9 ± 2,97	0,392
Término da sessão (pós-teste)	11,0 ± 1,51	10,4 ± 1,87	8,90 ± 1,91	0,486
Escore de Ansiedade DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	14,7 ± 2,55	13,3 ± 2,29	10,5 ± 3,00	0,280
Término da sessão (pós-teste)	9,00 ± 1,93	6,90 ± 1,42	5,70 ± 1,64	0,210
Escore de Depressão DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	10,4 ± 2,61	10,6 ± 2,35	9,00 ± 2,79	0,741
Término da sessão (pós-teste)	4,60 ± 1,18	4,30 ± 1,70	3,40 ± 1,10	0,647
Escore Trabalho-Família	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	2,46 ± 0,36 ^b	1,97 ± 0,41 ^{ab}	1,50 ± 0,37 ^a	0,049
Término da sessão (pós-teste)	1,69 ± 0,35	1,30 ± 0,32	1,09 ± 0,31	0,130
Escore Família-Trabalho	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Início da sessão (pré-teste)	1,33 ± 0,37	1,07 ± 0,28	0,98 ± 0,29	0,524
Término da sessão (pós-teste)	0,85 ± 0,27	0,68 ± 0,18	0,78 ± 0,26	0,495

^{a, b, c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference (LSD)* em nível de 5% de significância
 *O “início da sessão” e o “término da sessão”, na Tabela, referem-se à “pré-intervenção” e à “pós-intervenção” na descrição textual

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Os pacientes foram questionados acerca dos sinais e dos sintomas de dor no início e no final de cada sessão. Constata-se que houve redução, estatisticamente significativa ($P < 0,020$), na intensidade da dor autorreferenciada pela maioria dos pacientes, quando comparado o início e o final de cada sessão. Os dados mostram, na primeira sessão ($n = 16$, 80%), na segunda sessão ($n = 14$, 70%) e na terceira sessão ($n = 8$, 40%), ou seja, ocorreu uma queda de 50% na intensidade da dor dos indivíduos ao longo do tempo, entre a primeira e a terceira sessão. Também, ocorreu redução, estatisticamente significativa ($P < 0,001$), do índice de dor ao final de cada sessão, conforme recorte 1, da Tabela 3, abaixo.

Tabela 3 (recorte 1): Autorreferência da dor

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente dores	n (%)	n (%)	n (%)	%
Início da sessão (pré-teste)	16 (80,0)	14 (70,0)	8 (40,0)	0,020

Término da sessão (pós-teste)	11 (55,0)	9 (45,0)	6 (30,0)	0,214
-------------------------------	-----------	----------	----------	-------

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Para melhor compreensão do tipo da dor e do nível de intensidade da dor, foi aplicado o questionário de dor, de Mac Gill. A avaliação do tipo da dor, sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional e miscelânea, apresentou redução, com significância estatística ($p < 0,001$) na intensidade da dor de cada um destes grupos quando comparados ao longo do início de todas as sessões do CTV e da intervenção com TV- MRRP®; na pós-intervenção, houve redução, estatisticamente significativa, da dor na segunda sessão, mantida na terceira.

Quanto à verificação dos índices de dor, foram encontrados resultados semelhantes aos da característica da dor, exceto para o afetivo-motivacional, que apresenta redução significativa estatisticamente ($p < 0,001$) na pré-intervenção, e a mesma significância é encontrada na pós-intervenção da última sessão ($p < 0,001$).

Este resultado permite inferir que o CTV, com a intervenção com TV-MRRP®, ao longo do tempo, conseguiu manter o padrão de minimização da dor de diferentes características e índices.

Ao ser analisada a autorreferência do estresse, observa-se que não há resultados estatisticamente significativos ao longo do tempo. No entanto, verificou-se que, na relação entre pré e pós-intervenção com a TV-MRRP®, ocorreu redução na percepção dos pacientes conforme demonstrado no recorte 2, da Tabela 3.

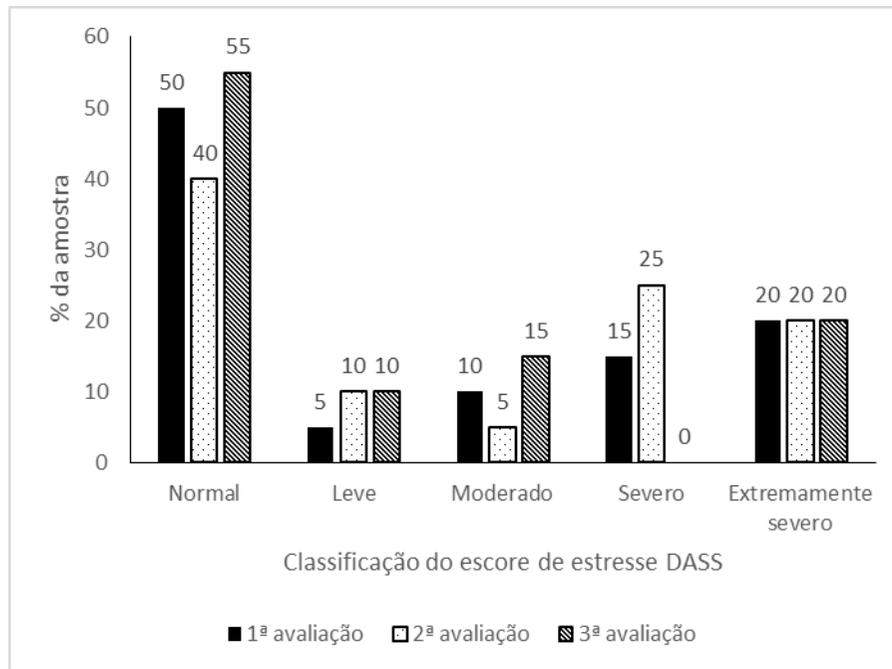
Tabela 3 (recorte 2): Autorreferência do estresse

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente-se estressado	n (%)	n (%)	n (%)	%
Início da sessão	15 (75,0)	14 (70,0)	14 (70,0)	0,921
Término da sessão	11 (55,0)	12 (60,0)	7 (35,0)	0,133

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

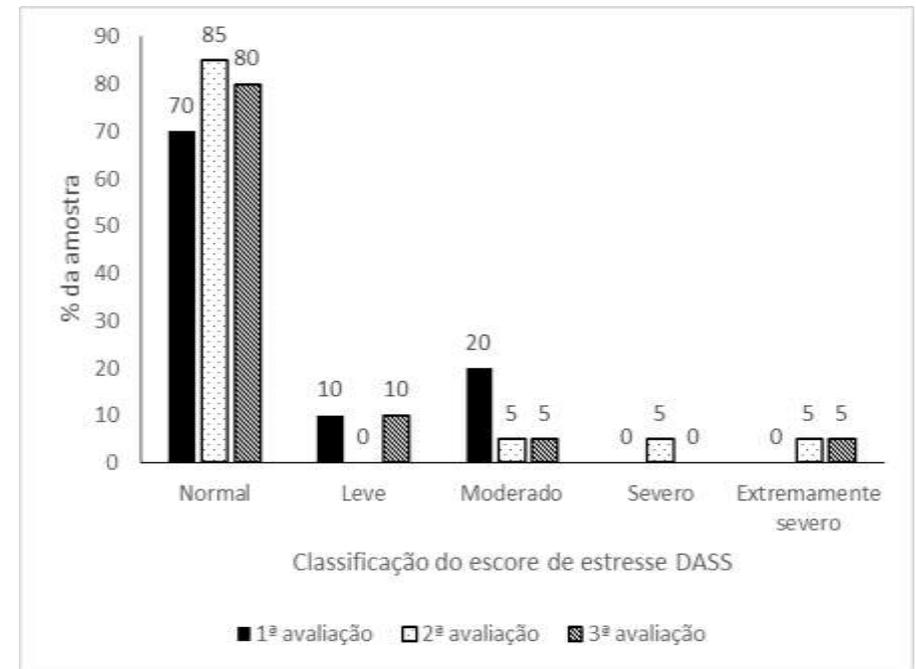
Quando verificados os níveis de estresse pela subescala da DASS, ao longo do tempo, tanto na entrada quanto na saída, não apresentaram significância estatística ($p = 0,385$ e $p = 0,492$) conforme ilustrado nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1: Classificação do escore de estresse DASS, ao longo do acompanhamento, no início de cada sessão do CTV ($p=0,385$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Gráfico 2: Classificação do escore de estresse DASS, ao longo do acompanhamento, ao final de cada sessão do CTV, e a intervenção com a V-MRRP® ($p=0,492$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

As informações contidas, no eixo vertical do gráfico, são os percentuais referentes ao resultado dos níveis de estresse obtidos no início e no final de cada intervenção com TV-MRRP®; o eixo horizontal contém estes níveis: normal, leve, moderado, severo e extremamente severo. O gráfico 1 apresenta a classificação do escore de estresse DASS ao longo do acompanhamento (na chegada) ($p=0,385$); no gráfico 2, apresenta a classificação do escore de estresse DASS ao longo do acompanhamento, ao final de cada sessão da intervenção com a TV-MRRP® ($p=0,492$).

A cada conjunto de três barras, temos resultados da primeira (preto), segunda (pontilhado) e terceira (listrado). Começando a avaliação da direita para a esquerda, ou seja, do extremamente severo para o normal e comparando a movimentação desses escores, em ambos os gráficos, vemos que:

1) no gráfico 1, o índice do nível de estresse *extremamente severo*, no início, na primeira avaliação, foi de 20%, ou seja, 4 pacientes; no gráfico 2 (pós-intervenção), o índice baixou para 0%, ou seja, os 4 pacientes tiveram o nível de estresse reduzido. Na segunda e na terceira avaliação, no início (pré-intervenção), o índice se manteve 20% (4); no gráfico 2 (pós-intervenção), o índice foi para 5% (1), 3 pacientes tiveram redução no nível de estresse, evidenciando uma redução um pouco menor que a ocorrida na primeira avaliação após a intervenção.

2) na primeira avaliação, o índice de nível de *estresse severo*, no gráfico 1 (pré-intervenção), sinaliza 15%, ou seja, 3 pacientes; no gráfico 2 (pós-intervenção), esse nível reduz para 0%, ou seja, reduziu o nível de estresse para os 3 participantes; na segunda avaliação, 25%, ou seja, 5 participantes iniciaram com nível severo (gráfico1) e reduziram para 5% ao final, ou seja, 4 pessoas reduziram o estresse (gráfico 2). Na terceira avaliação, nenhum paciente apresentou níveis de estresse, nem no início nem no final.

3) *nível de estresse moderado*: Na primeira avaliação, no início, 10% (2) apresentaram nível moderado e, ao final, 20% (4) apresentaram o estresse moderado, isso pode representar a migração dos pacientes dos níveis anteriores. Na segunda avaliação, 5% (1) atingiram o nível moderado, mantendo esse nível ao final. Na terceira avaliação, 15% (3) iniciaram com nível moderado, e 5% (1) mantiveram-se no nível, ou seja, 2 pessoas diminuíram o estresse.

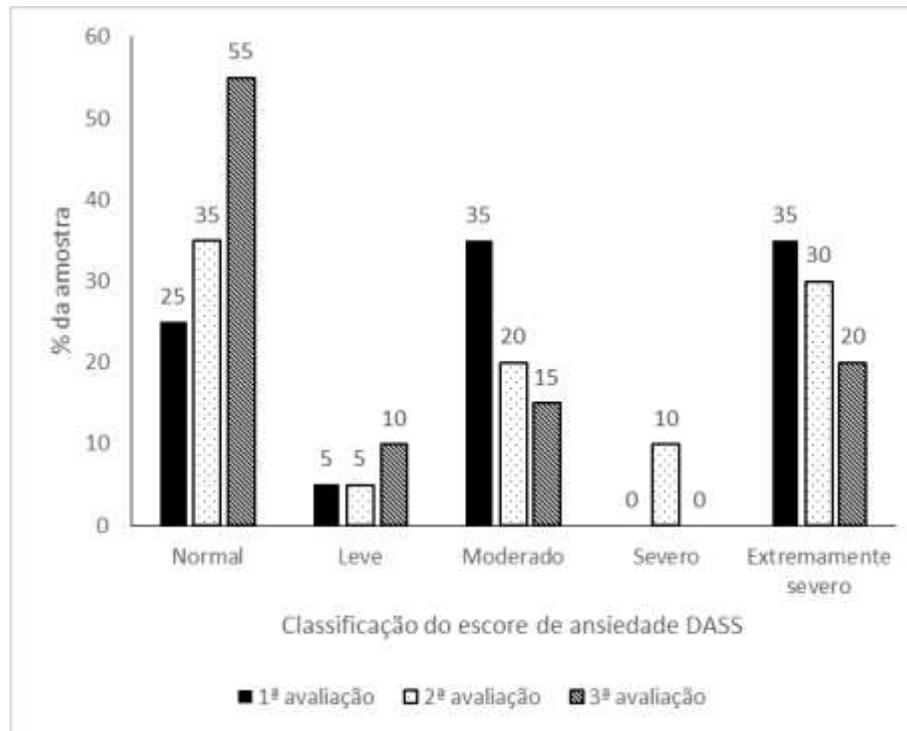
4) *nível de estresse leve*: Na primeira avaliação, somente uma pessoa atingiu esse nível no início e, ao final, 10% (2 pessoas); isso significa que as diminuições dos níveis anteriores estão influenciando na variação dos níveis de menores intensidades. Na segunda avaliação, 10% (2 pessoas) alcançaram esse nível de intensidade ao iniciar e, ao final, 0%). Na terceira avaliação, 10% (2) obtiveram esse nível, mantendo-o.

5) *nível normal*: Na primeira avaliação, iniciaram 50% (10) com nível normal de estresse e, ao final, 70%, ou seja, 14 participantes mostraram normalidade. Na segunda avaliação, iniciaram 40% (8) no nível de normalidade e, ao final, aumentaram para 85% (17) e, na terceira avaliação, 55% (11) iniciaram com níveis normais e, ao final, 80% (16) das pessoas.

A análise comparativa entre os níveis de estresse pré e pós-intervenção, nos dois gráficos, mostra a diminuição nos níveis extremamente severo, severo e moderado, evidenciando o aumento dos índices da normalidade pós-intervenção.

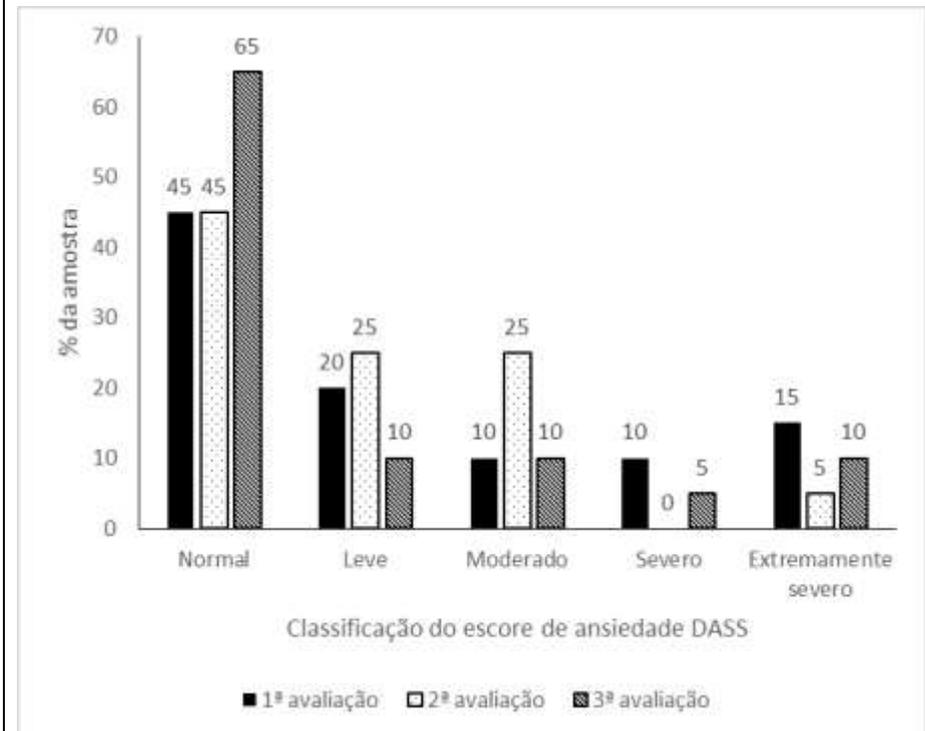
Quando verificados os níveis de ansiedade, pela subescala da DASS, no geral, os escores não apresentaram alteração significativa ao longo do tempo ($p=0,015$) ($p=0,301$). No entanto, para a ansiedade, a proporção de normalidade da entrada passa de 25% para 55% da primeira para a última avaliação, ou seja, um aumento estatisticamente significativo, conforme ilustrado nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 3: Classificação do escore de ansiedade DASS, ao longo do acompanhamento, no início do CTV ($p=0,015$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Gráfico 4: Classificação do escore de ansiedade DASS, ao longo do acompanhamento, no final de cada sessão CTV, e a intervenção com a MRRP® ($p=0,301$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Ao ser submetida à análise estatística, por meio dos escores de intensidade da ansiedade no início do CTV com a intervenção com a TV-MRRP®, indicou modificação significativa ($p=0,015$) no escore de normalidade que vinha sendo identificado ao longo das sessões. Comparando os resultados dos gráficos 3 e 4 verifica-se que ao longo do tempo os níveis de ansiedade não apresentaram significância estatística, ou seja: ($p=0,015$) na pré-intervenção e ($p=0,301$) na pós-intervenção.

1) *extremamente severo*: Na primeira avaliação, no início, o nível de ansiedade extremamente severo sinaliza 35% (7) (gráfico 3) e, ao final, 15% (3) (gráfico 4), o índice baixou para 20%, ou seja, os 4 pacientes tiveram o nível de ansiedade reduzido. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 30% (6) (gráfico 3), e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 5% (1) (gráfico 4), ou seja, 5 pacientes tiveram redução no nível de ansiedade. Na terceira avaliação, de 20% (4), no início, baixou para 10% (2) e, ao final, ou seja, 2 pacientes tiveram redução nos níveis de ansiedade.

2) *severo*: Na primeira avaliação, no início, o nível de ansiedade severo marcou “0” (gráfico 3) e, ao final, 10% (2) (gráfico 4), ou seja, houve alteração nos níveis de ansiedade para 10% (2) das pessoas. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 10% (2) (gráfico 3), e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para “0%” (0) (gráfico 4), ou seja, 2 pacientes reduziram o nível de ansiedade. Na terceira avaliação de “0”, no início (gráfico 3), aumentou para 5% (1) ao final, ou seja, houve modificação dos níveis de ansiedade.

3) *moderado*: Na primeira avaliação, no início, o nível de ansiedade moderado marcou 35% (7) (gráfico 3) e, ao final, 10% (2) (gráfico 4), ou seja, houve redução nos níveis de ansiedade de 5 pessoas. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 20% (4) (gráfico 3), e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 25% (5) (gráfico 4), ou seja, ocorreu um aumento de 1 pessoa no nível ansiedade. Na terceira avaliação, de 15% (3) no início (gráfico3), diminuiu para 10% (2) ao final, ou seja, houve diminuição dos níveis de ansiedade para 1 pessoa.

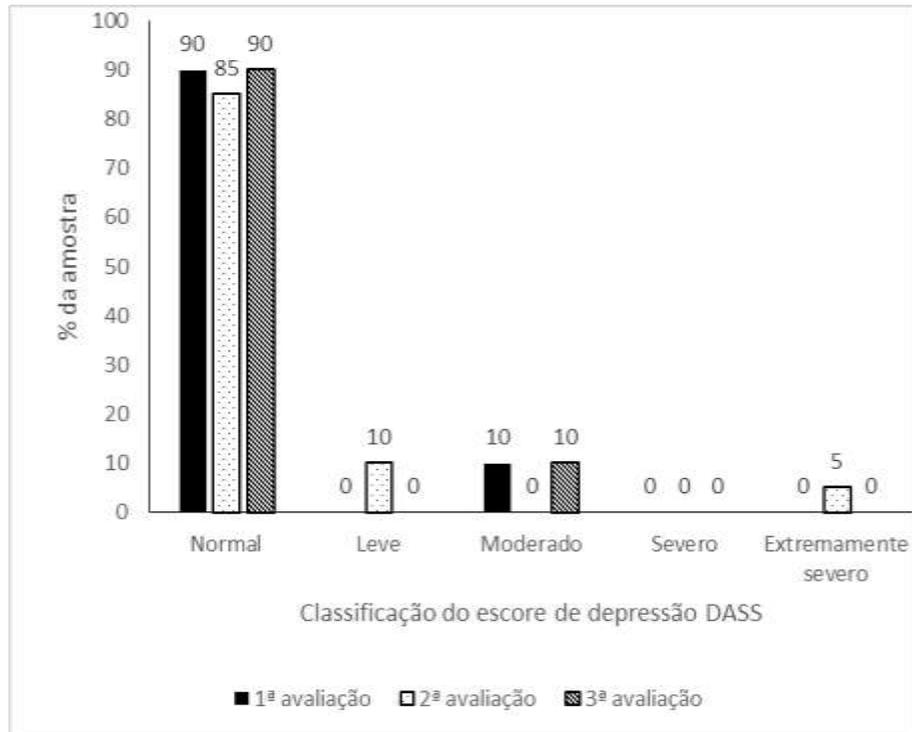
4) *leve*: Na primeira avaliação, no início, o nível de ansiedade leve marcou 5% (1) (gráfico 3) e, ao final, 20% (4) (gráfico 4), ou seja, houve aumento nos níveis de ansiedade de 3 pessoas. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 5% (1) (gráfico 3), e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 25% (5) (gráfico 4), ou seja, ocorreu um aumento de 4 pessoas na ansiedade nesse nível. Na terceira avaliação, de 10% (2) no início (gráfico3), se mantendo no nível ao final.

5) *normal*: Na primeira avaliação, no início, o nível de ansiedade normal marcou 25% (5) (gráfico 3) e, ao final, 45% (9) (gráfico 4), ou seja, houve aumento 4 pessoas nos níveis de normalidade. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 35% (7) (gráfico 3) e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 45% (9) (gráfico 4), ou seja, ocorreu um aumento de 2 pessoas na normalidade. Na terceira avaliação, de 55% (11) no início (gráfico 3), no final, 65% (12) (gráfico 4), aumentando em 1 pessoa a normalidade.

A análise comparativa entre os níveis de ansiedade pré e pós-intervenção, nos dois gráficos, mostram, além da significância do nível leve, a diminuição no nível extremamente severo, severo e moderado, evidenciando o aumento dos índices da normalidade pós-intervenção.

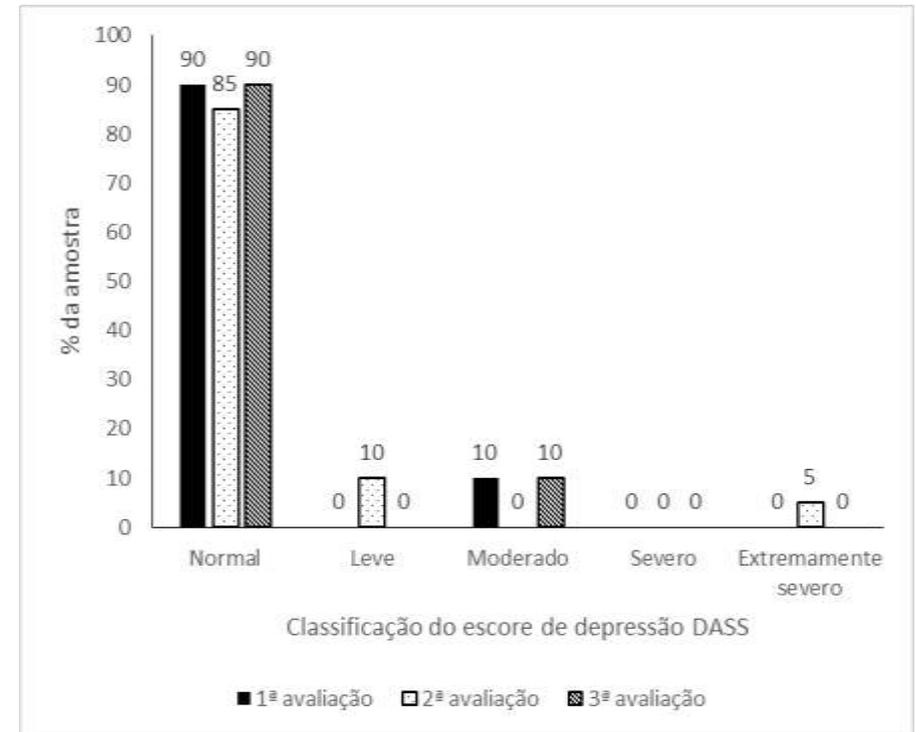
Quanto aos escores de intensidade da depressão, os dados mostram que o início do CTV, com a intervenção com a TV-MRRP®, não apresentou significância estatística ($p=0,0741$). A seguir, apresenta-se a interpretação dos níveis de estresse, a partir da leitura dos gráficos 5 e 6.

Gráfico 5: Classificação do escore de depressão DASS, ao longo do início de cada sessão de CTV ($p=0,262$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Gráfico 6: Classificação do escore de depressão DASS, ao longo do término de cada sessão CTV, e a intervenção com a MRRP® ($p=0,595$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Ao ser submetida à análise estatística, por meio dos escores da depressão no início ($p=0,262$) do CTV com a intervenção com a TV-MRRP®, verifica-se que não houve modificação significativa no escore.

1) *extremamente severo*: Na primeira avaliação, no início, o nível de depressão extremamente severo sinaliza 15% (3) (gráfico 5) e, ao final, 0% (0) (gráfico 6); o índice baixou para 0%, ou seja, 3 pacientes tiveram o nível de depressão reduzido. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 15% (3) (gráfico 5), e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 5% (1) (gráfico 6), ou seja, 2 pacientes tiveram redução no nível de depressão. Na terceira avaliação, de 15% (3) no início, baixou para 0% (0) ao final, ou seja, 3 pacientes tiveram redução nos níveis de depressão.

2) *severo*: Na primeira avaliação, no início, o nível de depressão severo marcou 5% (1) (gráfico 5) e, ao final, 0% (0) (gráfico 6), ou seja, houve redução nos níveis de depressão para 1 paciente. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 5% (1) (gráfico 5) e (pós-intervenção), ao final, o índice foi para 0% (0) (gráfico 6), ou seja, 1 paciente mostrou redução no nível de depressão. Na terceira avaliação, de 0% (0) no início (gráfico 5), permanecendo em 0% (0), ou seja, nenhum paciente apresentou níveis de depressão.

3) *moderado*: Na primeira avaliação, no início, o nível de depressão moderado marcou 5% (1) (gráfico 5) e, ao final, 10% (2) (gráfico 6), ou seja, houve um aumento nos níveis devido à variação dos níveis anteriores. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 10% (2) (gráfico 5) e, depois (pós-intervenção), o índice foi para 0% (0) (gráfico 6), ou seja, houve redução dos níveis de estresse de 2 pessoas. Na terceira avaliação, de 10% (2) no início (gráfico 5), manteve-se em 10% (2) ao final, ou seja, os níveis de depressão se mantiveram moderados para 2 pessoas.

4) *leve*: Na primeira avaliação, no início, o nível de depressão leve marcou 10% (2) (gráfico 5) e, ao final, 0% (0) (gráfico 6), ou seja, redução nos níveis de depressão de 2 pessoas. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 15% (3) (gráfico 5) e, após (pós-intervenção), o índice foi para 10% (2) (gráfico 6), ou seja, ocorreu uma diminuição nos níveis de depressão de 1 pessoa. Na terceira avaliação, de 0% (0) no início (gráfico 5), mantendo-se no mesmo nível ao final (gráfico 6).

5) *normal*: Na primeira avaliação, no início, o nível de depressão normal marcou 65% (13) (gráfico 5) e, ao final, 90% (18) (gráfico 6), ou seja, houve aumento nos níveis de normalidade de 5 pessoas. Na segunda avaliação, no início (pré-intervenção), o índice foi de 55% (11) (gráfico 5) e, depois (pós-intervenção), o índice foi para 85% (17) (gráfico 6), ou seja, ocorreu um aumento na normalidade de 6 pessoas. Na terceira avaliação, de 75% (15) no

início (gráfico 5), para, no final, 90% (18), aumentando a normalidade nos níveis de depressão de 3 pessoas.

A análise comparativa entre os níveis de depressão pré e pós-intervenção, nos dois gráficos, mostram que houve redução nos níveis extremamente severo, severo e moderado. A mensuração radiestésica permite a verificação dos níveis de energia produzidos pelo campo eletromagnético dos pacientes nas dimensões física, mental, espiritual e emocional, de modo que a avaliação de enfermagem obtenha dados precisos acerca da conservação da energia do paciente na perspectiva vibracional. Assim, foram mensurados os níveis de energia pré e pós-intervenção com a TV-MRRP®, conforme recorte 3, da Tabela 3, abaixo.

Tabela 3 (recorte 3): Radiestesia ao longo do tempo

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Radiestésica Física	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
pré-teste	58,5±3,10 ^{ab}	56,8 ± 2,67 ^a	65,8 ± 1,59 ^b	0,019
pós-teste	100 ± 0,00	99,8 ± 0,24	99,5 ± 0,34	0,171
Radiestésica Mental	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
pré-teste	58,8 ± 2,71	61,8 ± 2,13	59,3 ± 2,43	0,623
pós-teste	100 ± 0,00 ^b	99,5±0,34 ^{ab}	99,0 ± 0,45 ^a	0,014
Radiestésica Espiritual	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
pré-teste	52,8 ± 2,86	54,5 ± 3,28	55,3 ± 2,68	0,868
pós-teste	100 ± 0,00	99,5 ± 0,49	100 ± 0,00	0,305
Radiestésica Emocional	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
pré-teste	60,5 ± 1,83	56,2 ± 1,93	56,8 ± 2,68	0,182
pós-teste	100 ± 0,00	100 ± 0,00	99,5 ± 0,34	0,136

^{a, b, c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD), em nível de 5% de significância
*O “início da sessão” e o “término da sessão”, na Tabela, referem-se à “pré-intervenção” e à “pós-intervenção” na descrição textual.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Os resultados mostrados, na Tabela acima, evidenciam que, no que tange à dimensão física, houve o aumento estatisticamente significativo na última avaliação da pré-intervenção ($p < 0,019$). Esse resultado demonstra que o CTV, por meio da TV-MRRP®, desbloqueia e descongestiona o fluxo energético, o que implica aumento da energia vital dos pacientes.

Na mensuração radiestésica da dimensão mental dos pacientes, ocorreu diminuição significativa da energia ($p = 0,002$) ao final de última avaliação (pós-intervenção). Tal

resultado mostra que ocorreu um déficit do fluxo energético, o que indica que o CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, promove o relaxamento da mente, diminuindo o fluxo de pensamentos.

A mensuração radiestésica da dimensão espiritual e emocional não mostrou resultado estatisticamente significativo. Porém, quando comparados às médias e ao desvio padrão dos três momentos iniciais de cada, percebe-se que houve a diminuição da dimensão emocional e o aumento na energia da dimensão espiritual. Isso pode sinalizar que a modificação da energia emocional auxilia o paciente na percepção dos seus sentimentos, e o aumento da dimensão espiritual auxilia no processo de expansão da consciência, resultando no aumento do fluxo energético dos pacientes.

Infere-se que a intervenção com a TV-MRRP® auxilia no processo de desbloqueio e de descongestionamento do fluxo energético, promovendo o equilíbrio do campo eletromagnético dos pacientes. Ao ser analisado o nível de conflito, constatou-se redução significativa ($p=0,049$) no escore do conflito trabalho-família, quando testados estatisticamente, os valores ao longo da pré-intervenção, conforme mostra o recorte 4, da Tabela 3, abaixo.

Tabela 3 (recorte 4): Medida de conflito trabalho-família

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Escore Trabalho-Família	média ± DP	média ± DP	média ± DP	%
pré-teste	2,46 ± 0,36 ^b	1,97 ± 0,41 ^{ab}	1,50 ± 0,37 ^a	0,049
pós-teste	1,69 ± 0,35	1,30 ± 0,32	1,09 ± 0,31	0,130

^{a, b, c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference (LSD)* em nível de 5% de significância.

*O “início da sessão” e o “término da sessão”, na Tabela, referem-se à “pré-intervenção” e à “pós-intervenção” na descrição textual.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Os dados acima permitem afirmar que o CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, auxilia na redução do conflito nas relações trabalho-família. Até este momento, verificou-se o comportamento das variáveis ao longo do tempo, desde o início do primeiro atendimento de CTV (pré-intervenção) até o início do 3º atendimento (pré-intervenção). Também, avaliou-se o comportamento da amostra antes e após a intervenção com a TV- MRRP®.

A fim de verificar a aplicação da TV-MRRP®, na minimização de sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família, comparou-se o uso da mesa nos dois grupos: os que fazem uso de tratamento medicamentoso e os que não usam medicamentos.

A partir de agora, far-se-á a comparação do grupo que fazia intervenção com TV-MRRP®, sem utilizar medicação, 15 (75%), com o grupo que fazia tratamento medicamentoso juntamente com o tratamento vibracional, 5 (25%). Para tanto, analisaram-se os dados da Tabela 4.

Tabela 4: Dados de comparação de quem usa tratamento medicamentoso e de quem não usa ao longo do tempo da intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente dores	n (%)	n (%)	n (%)	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	3 (60,0)	3 (60,0)	1 (16,7)	0,252
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	13 (86,7)	11 (73,3)	7 (46,7)	0,071
Sente-se estressado	n (%)	n (%)	n (%)	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	4 (80,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	1,000
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	11 (73,3)	10 (66,7)	10 (66,7)	0,915
Níveis de cortisol	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	3,58 ± 0,57	3,42 ± 0,79	3,40 ± 0,88	0,949
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	3,45 ± 0,91	3,60 ± 0,71	4,16 ± 0,76	0,809
Radiestésica Física	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	61,0 ± 3,58 ^{ab}	58,0 ± 5,22 ^a	65,0 ± 3,16 ^b	0,027
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	57,7 ± 3,94	56,3 ± 3,11	66,0 ± 1,84	0,065
Radiestésica mental	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	62,0 ± 5,22	52,0 ± 4,15	56,0 ± 2,61	0,499
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	57,7 ± 3,12 ^a	65,0 ± 1,83 ^b	60,3 ± 3,07 ^{ab}	0,041
Radiestésica espiritual	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	48,0 ± 2,28 ^a	60,0 ± 3,16 ^b	57,0 ± 4,15 ^b	0,036
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	54,3 ± 3,65	52,7 ± 4,13	54,7 ± 3,28	0,914
Radiestésica emocional	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	63,0 ± 3,03 ^b	51,0 ± 3,58 ^a	49,0 ± 2,97 ^a	<0,001
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	59,7 ± 2,18	57,9 ± 2,10	59,3 ± 3,16	0,788

Campo eletromagnético	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	62,0 ± 5,22	67,0 ± 4,60	63,0 ± 3,03	0,552
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	71,0 ± 3,10	68,0 ± 4,37	69,3 ± 2,94	0,741
Total dor	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	26,2 ± 6,65	16,0 ± 4,10	7,2 ± 6,44	0,071
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	28,1 ± 2,32 ^b	21,0 ± 4,19 ^b	10,1 ± 3,78 ^a	<0,001
Escore de estresse DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	16,8 ± 4,95	14,8 ± 4,40	16,8 ± 5,08	0,267
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	21,9 ± 3,27	21,9 ± 3,15	16,9 ± 3,59	0,292
Escore de ansiedade DASS – média ± EP	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	16,8 ± 6,11 ^b	13,6 ± 3,64 ^b	8,80 ± 5,14 ^a	0,018
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	14,0 ± 2,71	13,2 ± 2,81	11,1 ± 3,61	0,652
Escore de depressão DASS – média ± EP	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	7,60 ± 4,43	5,60 ± 2,96	6,00 ± 3,39	0,282
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	11,3 ± 3,11	12,3 ± 2,85	10,0 ± 3,51	0,707
Escore trabalho-família	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	1,48 ± 0,52	1,24 ± 0,49	1,44 ± 0,45	0,905
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	2,79 ± 0,41 ^b	2,21 ± 0,51 ^b	1,52 ± 0,47 ^a	0,025
Escore família-trabalho	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	0,32 ± 0,18	0,68 ± 0,35	0,84 ± 0,62	0,644
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	1,67 ± 0,46	1,20 ± 0,35	1,03 ± 0,32	0,089

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

A amostra foi dividida em dois grupos: O 1º grupo com aqueles que utilizavam somente CTV; o 2º grupo utilizava CTV e tratamento medicamentoso. O comportamento da amostra foi verificado ao longo do tempo, ou seja, no pré e pós-intervenção, ocorrendo em 3 momentos.

Os pacientes foram questionados se sentiam dores, e verificou-se que houve redução significativa na proporção de dor desses pacientes na chegada (pré-intervenção). Comparando o grupo que fazia uso de medicação (n=5, 25%) com os que não faziam (n=15, 75%), identificou-se redução, estatisticamente significativa ($p < 0,001$), da primeira para a terceira pré-intervenção. Para os que não faziam uso de tratamento medicamentoso, houve redução significativa para o escore de dor, na 3ª avaliação. Conforme recorte 1, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 1): Dados de comparação dos níveis de dor para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente dores	n (%)	n (%)	n (%)	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	3 (60,0)	3 (60,0)	1 (16,7)	0,252
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	13 (86,7)	11 (73,3)	7 (46,7)	0,071

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

No que se refere aos níveis de estresse, não houve variação estatisticamente significativa para nenhum dos dois grupos, conforme demonstra o recorte 2, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 2): Dados de comparação dos níveis de estresse para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Sente-se estressado	n (%)	n (%)	n (%)	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	4 (80,0)	4 (80,0)	4 (80,0)	1,000
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	11 (73,3)	10 (66,7)	10 (66,7)	0,915

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Quando verificados os níveis de estresse pela subescala da DASS, os escores não apresentaram alteração significativa ao longo do tempo, conforme ilustrado no recorte 3, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 3): Dados de comparação dos níveis de estresse para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Escore de estresse DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	16,8 ± 4,95	14,8 ± 4,40	16,8 ± 5,08	0,267
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	21,9 ± 3,27	21,9 ± 3,15	16,9 ± 3,59	0,292

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

No que diz respeito aos níveis de ansiedade, pela subescala da DASS, ao longo do tempo, a análise estatística para o grupo que faz tratamento medicamentoso apresentou redução significativa no escore ($P=0,018$) e, para o grupo que não utiliza medicação, não houve significância estatística, conforme ilustrado no recorte 4, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 4): Dados de comparação dos níveis de ansiedade para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Escore de ansiedade DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	16,8 ± 6,11 ^b	13,6 ± 3,64 ^b	8,80 ± 5,14 ^a	0,018
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	14,0 ± 2,71	13,2 ± 2,81	11,1 ± 3,61	0,652

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Quando verificados os níveis de depressão, pela subescala da DASS, os escores não apresentaram alteração significativa ao longo do tempo para os dois grupos, conforme ilustrado no recorte 5, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 5): Dados de comparação dos níveis de depressão para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Escore de depressão DASS	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	7,60 ± 4,43	5,60 ± 2,96	6,00 ± 3,39	0,282
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	11,3 ± 3,11	12,3 ± 2,85	10,0 ± 3,51	0,707

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Quando avaliado o efeito do tratamento medicamentoso sobre os desfechos em estudo, na especificidade da radiestesia na dimensão física, identifica-se, estatisticamente, o aumento significativo da segunda para a terceira avaliação no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p=0,027$), conforme recorte 6, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 6): Dados de comparação da radiestesia dimensão física para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Radiestésica Física	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	61,0 ± 3,58 ^{ab}	58,0 ± 5,22 ^a	65,0 ± 3,16 ^b	0,027
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	57,7 ± 3,94	56,3 ± 3,11	66,0 ± 1,84	0,065

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

A mensuração radiestésica da dimensão mental apresentou aumento significativo, da primeira para a segunda avaliação, no grupo que não faz uso de medicamentos ($p=0,041$), conforme recorte 7, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 7): Dados de comparação da radiestesia dimensão mental para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Radiestésica mental	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	62,0 ± 5,22	52,0 ± 4,15	56,0 ± 2,61	0,499
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	57,7 ± 3,12 ^a	65,0 ± 1,83 ^b	60,3 ± 3,07 ^{ab}	0,041

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Na mensuração radiestésica da dimensão emocional, houve redução significativa da primeira avaliação para as demais no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p<0,001$), conforme recorte 8, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 8): Dados de comparação da radiestesia dimensão emocional para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Radiestésica emocional	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	63,0 ± 3,03 ^b	51,0 ± 3,58 ^a	49,0 ± 2,97 ^a	<0,001
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	59,7 ± 2,18	57,9 ± 2,10	59,3 ± 3,16	0,788

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Na mensuração da radiestesia na dimensão espiritual, houve aumento significativo da primeira avaliação para as demais, no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p=0,036$), conforme recorte 9, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 9): Dados de comparação da radiestesia dimensão espiritual para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não o utiliza durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Radiestésica espiritual	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	48,0 ± 2,28 ^a	60,0 ± 3,16 ^b	57,0 ± 4,15 ^b	0,036
Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	54,3 ± 3,65	52,7 ± 4,13	54,7 ± 3,28	0,914

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Ao ser analisado o nível de conflito, constatou-se redução significativa ($p=0,025$), no escore do conflito trabalho-família na última avaliação, em relação ao grupo sem nenhum tratamento, conforme mostra o recorte 10, da Tabela 4.

Tabela 4 (recorte 10): Dados de comparação da medida de conflito trabalho-família para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não usa durante a intervenção com TV-MRRP®

Variáveis	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	P
Escore trabalho-família	média ± EP	média ± EP	média ± EP	%
Usa algum tratamento medicamentoso(n=5)	1,48 ± 0,52	1,24 ± 0,49	1,44 ± 0,45	0,905

Não usa nenhum tratamento medicamentoso(n=15)	2,79 ± 0,41 ^b	2,21 ± 0,51 ^b	1,52 ± 0,47 ^a	0,025
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

^{a,b,c} Letras iguais não diferem pelo teste *Least Significant Difference* (LSD) em nível de 5% de significância.

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

A comparação entre os dois grupos submetidos à intervenção com a TV-MRRP® permitiu verificar o comportamento do campo eletromagnético dos pacientes, sendo constatado que, para os níveis de dor, há redução em ambos os grupos; para o estresse, não ocorreu modificação estatisticamente significativa para nenhum dos grupos; para os níveis de ansiedade, ocorreu redução no grupo que faz uso de medicação; para depressão, não ocorreu mudança estatisticamente significativa para nenhum dos grupos; em relação à radiestesia física e na radiestesia espiritual, houve aumento estatisticamente significativo para o grupo que utilizava tratamento medicamentoso; em relação à radiestesia mental, ocorreu aumento para o grupo que não utilizou tratamento medicamentoso; para a radiestesia emocional, houve redução significativa para o grupo com uso de medicação; e com relação à medida de conflito trabalho-família, ocorreu redução estatisticamente significativa.

Os resultados comparativos aos grupos que faziam tratamento medicamentoso com os que não faziam permitem compreender acerca de rupturas no fluxo vital dos pacientes, de modo a inferir-se que a intervenção com a TV-MRRP® promove o desbloqueio, o descongestionamento e a elevação da energia do fluxo energético, conforme a necessidade de cada paciente, reafirmando que a intervenção, com a TV-MRRP®, age no campo eletromagnético humano de modo regulatório do fluxo energético humano.

O objetivo da sessão 6.2 foi verificar os efeitos da TV-MRRP® nos níveis de dor e de estresse provenientes das relações socioambientais trabalho-família. Ao finalizar a análise, o resultado é que a intervenção com a TV-MRRP®, ao longo do tempo, promove redução nos níveis de dor e que, para os níveis de estresse, não há significância estatística, no entanto se verificou que há redução na intensidade do estresse pós-intervenção. Ainda foi possível detectar que a intervenção com a TV-MRRP®, também, age nos níveis de ansiedade e de depressão. Os níveis da ansiedade minimizam ao longo do tempo, enquanto os níveis da depressão minimizam. A mensuração radiestésica física apresentou aumento significativo; já, nos níveis de radiestesia mental, houve redução significativa. A mensuração da radiestesia emocional e espiritual não apresentou resultados estatisticamente significativos, no entanto, ao ser verificado na pré e pós-intervenção, demonstrou diminuição na dimensão emocional e aumento na espiritual. A modificação da energia emocional auxilia o paciente na percepção

dos seus sentimentos, e o aumento da dimensão espiritual auxilia no processo de expansão da consciência, resultando no aumento do fluxo energético dos pacientes.

6.3 Avaliação da intervenção da TV-MRRP® por meio do comportamento do cortisol

Nesta sessão, são apresentados os resultados da avaliação da TV-MRRP® no cuidado de enfermagem holística para níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais trabalho-família. Para tanto, foi realizado o estudo do cortisol e aplicados, novamente, os mesmos instrumentos das etapas anteriores.

Na comparação entre os níveis de cortisol, no início de cada sessão e ao final, posterior à intervenção com a TV-MRRP®, ocorreu diferença significativa estatisticamente na primeira sessão ($p=0,043$) e não apresentou resultado significativo nas demais sessões ($p>0,600$). Dessa avaliação, verifica-se que 13 (65%) pacientes obtiveram a redução do cortisol na primeira sessão, e 9 (45%) mantiveram a redução ao longo das demais sessões.

Dessa forma, foram criados dois grupos: o grupo de indivíduos que reduziu os níveis de cortisol na 1ª avaliação e conseguiu manter nas sessões subsequentes, ou seja, 09 (45%), e o grupo que não teve esse comportamento, ou seja, 11 (55%).

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis com a redução dos níveis de cortisol ao longo do estudo (Tabela 5).

Tabela 5: Associações da TV-MRRP® com a redução dos níveis de cortisol

Variáveis	Reduziu 1ª avaliação e manteve a redução (n=9)	Não reduziu na 1ª avaliação ou não manteve (n=11)	P
Idade (anos) – média ± DP	40,2 ± 7,0	43,9 ± 9,8	0,355
Sexo	n (%)	n (%)	1,000
Feminino	8 (88,9)	10 (90,9)	
Masculino	1 (11,1)	1 (9,1)	
Turno	n (%)	n (%)	0,362
Manhã	5 (55,6)	3 (27,3)	
Tarde	4 (44,4)	8 (72,7)	
Estado civil	n (%)	n (%)	0,375
Solteira	1 (11,1)	1 (9,1)	
Casada	5 (55,6)	9 (81,8)	
Separada	3 (33,3)	1 (9,1)	

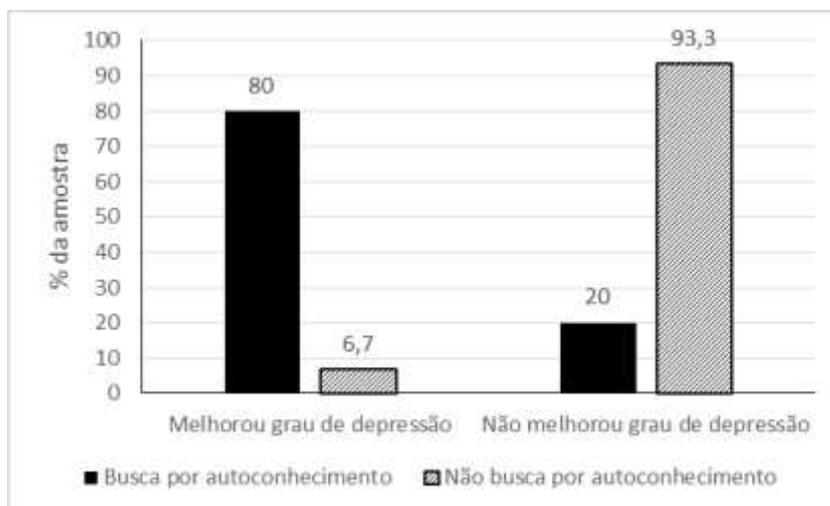
Tem filhos	n (%)	n (%)	%
Sim	7 (77,8)	6 (54,5)	0,374
Motivo TV-MRRP®	n (%)	n (%)	%
Equilíbrio/Harmonização	6 (66,7)	11 (100)	0,074
Autoconhecimento	4 (44,4)	1 (9,1)	0,127
Saúde	2 (22,2)	1 (9,1)	0,566
Possui doenças prévias	n (%)	n (%)	%
Sim	5 (55,6)	7 (63,6)	1,000
DEPRESSÃO	3 (33,3)	2 (18,2)	0,617
Faz uso de tratamento medicamentoso	n (%)	n (%)	%
Sim	1 (11,1)	5 (45,5)	0,157
DOR	n (%)	n (%)	%
Sentiu dor na primeira avaliação	6 (66,7)	10 (90,9)	0,285
Reduziu dor ao longo da intervenção	4 (44,4)	6 (54,5)	1,000
Δ Escore	média ± DP	média ± DP	%
Δ Escore de dor	-12,3 ± 17,4	-23,2 ± 12,8	0,126
ESTRESSE	n (%)	n (%)	%
Sentiu-se estressado 1ª avaliação	7 (77,8)	8 (72,7)	1,000
Reduziu sensação de estresse ao longo da intervenção	2 (22,2)	3 (27,3)	1,000
Melhorou grau estresse DASS	3 (33,3)	3 (27,3)	1,000
Δ Escore	média ± DP	média ± DP	%
Δ Estresse DASS	0,11 ± 16,9	-6,82 ± 13,9	0,329
ANSIEDADE	n (%)	n (%)	%
Melhorou grau de ansiedade DASS	5 (55,6)	7 (63,6)	1,000
Δ Escore	média ± DP	média ± DP	%
Δ Ansiedade DASS	-2,22 ± 18,8	-5,82 ± 8,27	0,574
Depressão	n (%)	n (%)	%
Melhorou grau de depressão DASS	4 (44,4)	1 (9,1)	0,127
Δ Escore	média ± DP	média ± DP	%
Δ Depressão DASS – média ± DP	-2,67 ± 19,8	-0,36 ± 1,50	0,737
RADIESTESIA	n (%)	n (%)	%

Aumento de radiestesia ao longo da intervenção	3 (33,3)	8 (72,7)	0,175
Δ Radiestesia	média \pm DP	média \pm DP	%
Radiestesia Física	5,56 \pm 21,7	8,64 \pm 15,2	0,713
Radiestesia Mental	-3,89 \pm 8,58	4,09 \pm 14,1	0,155
Radiestesia Espiritual	6,11 \pm 20,9	-0,45 \pm 22,7	0,514
Radiestesia Emocional	-7,22 \pm 19,9	-0,91 \pm 17,3	0,457
TRABALHO-FAMÍLIA/FAMÍLIA-TRABALHO			
Δ Escore	média \pm DP	média \pm DP	%
Δ Escore Trabalho-Família	-1,07 \pm 2,16	-0,87 \pm 1,62	0,821
Δ Escore Família-Trabalho	0,04 \pm 1,93	-0,67 \pm 0,75	0,270

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Foi, também, utilizado o modelo de Regressão Multivariado de Poisson a fim de analisar o comportamento do cortisol. Ao ser aplicada a análise bivariada às variáveis com $p < 0,20$, constatou-se que as pessoas que “buscam pelo autoconhecimento” diminuem o nível de cortisol em 2,51 vezes, ou seja, os pacientes que buscam autoconhecimento apresentam maior probabilidade de reduzir níveis de cortisol quando comparados aos que não buscam (RR=2,51; IC 95%: 1,24-5,11; $p=0,011$). As análises da subescala da depressão, da DASS21, evidenciam que os pacientes que buscaram o CTV, com o objetivo de autoconhecimento, apresentaram melhoras no grau da depressão, conforme apresenta o gráfico 7.

Gráfico 7: Associação entre busca dos pacientes por autoconhecimento e melhora no grau de depressão

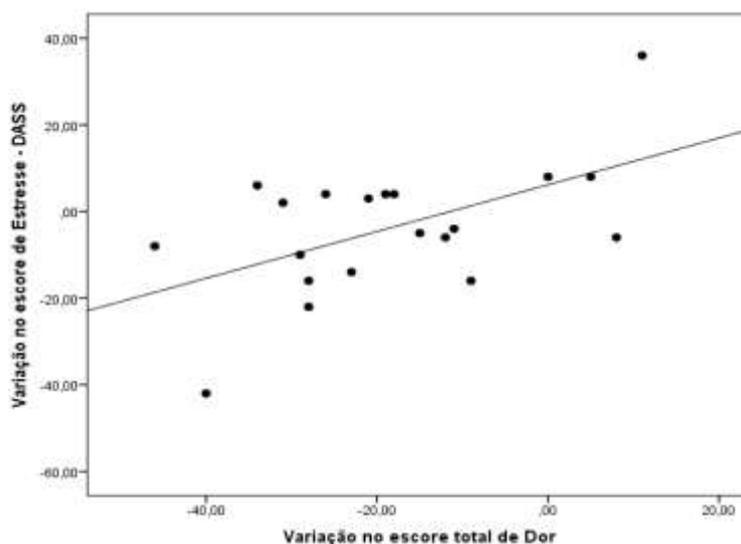


Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

A figura acima se constitui de um gráfico estatístico de barras, comparativo, a fim de comparar o percentual de indivíduos que buscaram o CTV e a TV-MRRP® por autoconhecimento com aqueles que não os buscaram, percentual, este, registrado na coluna vertical do gráfico. A coluna preta representa os pacientes que buscaram o CTV e TV-MRRP® para o autoconhecimento; a coluna listrada, os pacientes que não buscavam o tratamento para autoconhecimento. O gráfico mostra que os pacientes que buscaram o tratamento pelo autoconhecimento tiveram melhora de 80% no grau da depressão e reduziram o nível do cortisol, enquanto os que não buscavam autoconhecimento atingiram somente 6,7%.

Passa-se a avaliar outras associações estatísticas na comparação do comportamento do cortisol com o escore de dor total e de estresse obtidos da DASS. O gráfico 8, abaixo, demonstra que houve associação significativa dos 20 participantes, quando realizada a associação da variação do escore total da dor com o estresse. Conforme aumenta a dor, aumenta o estresse e vice-versa, isso se observa pela correlação positiva demonstrada no gráfico 8, pela reta crescente e pela interação forte entre as variáveis.

Gráfico 8: Associação entre as variações no escore total de dor e de estresse da DASS ($r=0,550$; $p=0,012$)

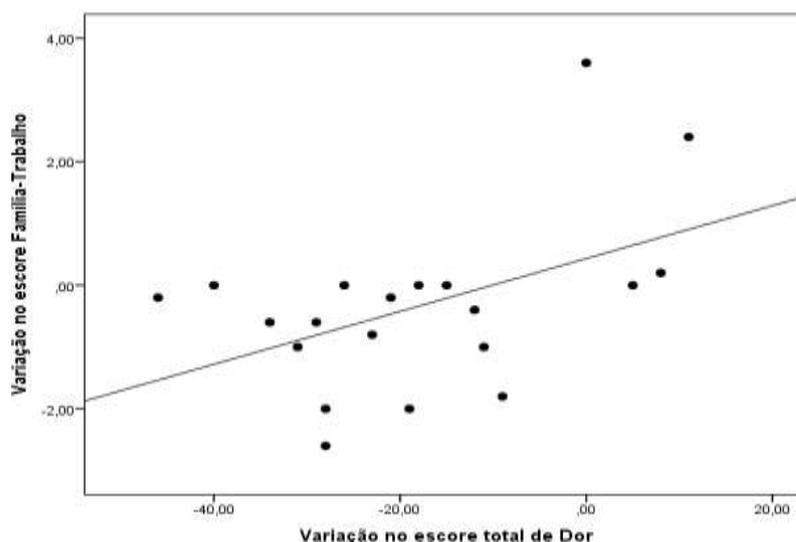


Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

O gráfico 9, a seguir, demonstra que houve associação significativa quando realizada a associação da variação do escore total da dor e da família-trabalho dos 20 participantes. Conforme aumenta a dor, mais ocorre o aumento do conflito família-trabalho e vice-versa.

Isso pode ser observado pela correlação positiva demonstrada no gráfico, pela reta crescente e pela interação forte entre as variáveis.

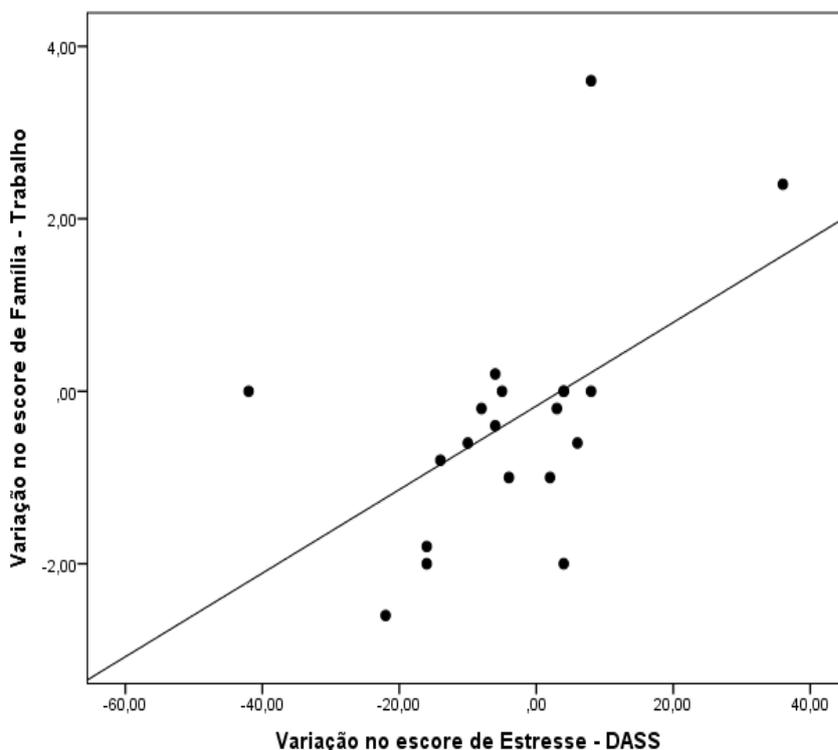
Gráfico 9: Associação entre as variações no escore total de dor e de conflito Família-Trabalho ($r=0,474$; $p=0,035$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

O gráfico10, abaixo, demonstra que houve associação significativa quando realizada a associação da variação do escore total do estresse e família-trabalho dos 20 participantes. Conforme aumenta o estresse, mais ocorre o aumento do conflito família-trabalho e vice-versa, conforme demonstrado na correlação positiva do gráfico, pela reta crescente e pela interação forte entre as variáveis.

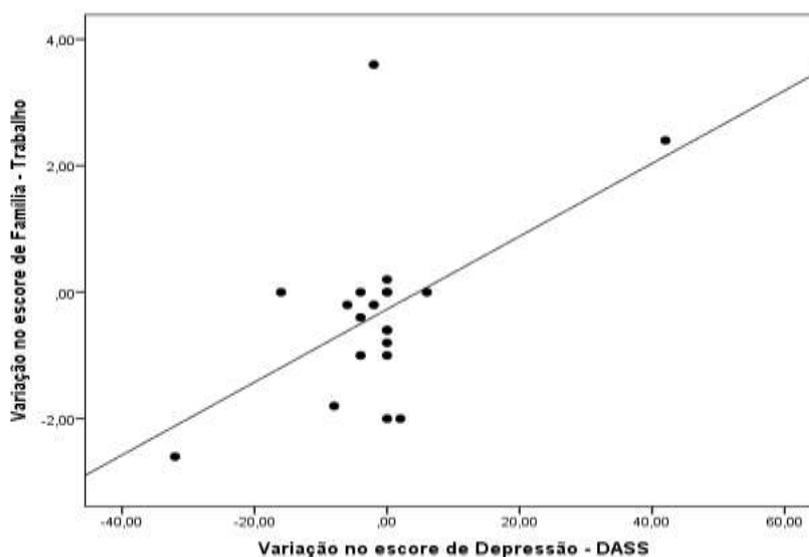
Gráfico 10: Associação entre as variações no escore de Estresse da DASS com o escore de conflito de Família-Trabalho ($r=0,527$; $p=0,017$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

O gráfico 11, abaixo, demonstra que houve associação significativa quando realizada a associação da variação do escore total da depressão e família-trabalho dos 20 participantes. Conforme aumenta a depressão, mais ocorre o aumento do conflito família-trabalho e vice-versa; isso pode ser observado pela correlação positiva demonstrada no gráfico, pela reta crescente e pela interação forte entre as variáveis.

Gráfico 11: Associação entre as variações no escore de depressão da DASS com o conflito de Família-trabalho ($r=0,530$; $p=0,016$)



Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Constatou-se associação estatisticamente significativa proporcional entre as variações do escore total da dor, do estresse, da depressão e do conflito família-trabalho, sendo percebido que, quanto mais aumenta o escore da dor, do estresse e da depressão, mais aumenta o conflito de família-trabalho e vice-versa, o que condiz com o fato de a dor ser regulada pelo emocional.

Também, avaliou-se a aplicabilidade da TV-MRRP® por meio do comportamento do cortisol, o que possibilitou compreender o funcionamento da aplicação da intervenção TV-MRRP® nas dimensões física, mental, emocional e espiritual, e, para melhor analisar e compreender os resultados da mensuração radiestésica, utilizou-se o mecanismo de feedback do campo vibracional humano na TV-MRRP®.

O comportamento do cortisol associado com o resultado da medição da radiestesia permite ao enfermeiro avaliar, clinicamente, se está ocorrendo a adaptação do paciente ao meio, pela intervenção vibracional, nas dimensões física, mental, espiritual e emocional. Para tal avaliação, foi realizada a associação das variações dos níveis de radiestesia física, mental, espiritual e emocional com os escores de dor, estresse, ansiedade e depressão e as correlações com trabalho-família e família-trabalho, conforme a Tabela 6.

Tabela 6: Associações com as variações de radiestesia

Variáveis	Δ Radiestesia Física	Δ Radiestesia Mental	Δ Radiestesia Espiritual	Δ Radiestesia Emocional
Δ Escore de dor	r=0,019 (p=0,935)	r=-0,220 (p=0,352)	r=-0,125 (p=0,599)	r=-0,507 (p=0,022)
Δ Estresse DASS	r=-0,301 (p=0,197)	r=-0,13 (p=0,581)	r=-0,086 (p=0,717)	r=-0,419 (p=0,066)
Δ Ansiedade DASS	r=-0,267 (p=0,254)	r=0,057 (p=0,813)	r=0,075 (p=0,755)	r=-0,404 (p=0,077)
Δ Depressão DASS	r=-0,279 (p=0,233)	r=0,024 (p=0,919)	r=0,066 (p=0,783)	r=-0,374 (p=0,104)
Δ Escore T-F	r=0,308 (p=0,186)	r=0,349 (p=0,132)	r=0,205 (p=0,386)	r=0,203 (p=0,390)
Δ Escore F-T	r=-0,250 (p=0,289)	r=-0,152 (p=0,521)	r=0,406 (p=0,076)	r=-0,386 (p=0,093)

r = coeficiente de correlação de Pearson

Fonte: Autora, Rio Grande do SUL/Brasil, 2020

Quando associadas as variações dos níveis de radiestesia com os escores de dor, ansiedade, estresse, depressão, trabalho-família e família-trabalho, observa-se que houve associação negativa estatisticamente significativa entre a radiestesia emocional com a dor, ou seja, quanto maior o aumento dos níveis de radiestesia emocional, maior a redução dos níveis de dor (Tabela 6). Depreende-se que essa ocorrência seja devido à clareza das emoções que proporcionam expansão de consciência, repercutindo na diminuição dos níveis da dor.

7 DISCUSSÃO

Estrutura-se este capítulo nos mesmos moldes do capítulo anterior, para que haja continuidade e ligação entre os resultados e a discussão que se passa a realizar.

7.1 Modelo teórico cuidado terapêutico vibracional

No presente estudo, realizou-se a avaliação de enfermagem aos sinais e aos sintomas de dor e de estresse, integrando a visão do ambiente interno e do externo com a observação atenta do enfermeiro às respostas orgânicas apresentadas pelos pacientes frente ao cuidado terapêutico vibracional. Isso permitiu, por meio da segunda fase do desenvolvimento do

processo de enfermagem de Levine (juízo), a compreensão da necessidade da ampliação do conceito de cuidado de enfermagem aos sinais e sintomas de dor e estresse, numa perspectiva vibracional, considerando que Levine refere que o juízo de cuidado de enfermagem deve ser embasado em processos científicos e desenvolvido sobre as necessidades de assistência do paciente.

Dessa forma, realizou-se a derivação do processo de enfermagem de Levine para o processo de enfermagem holística que se operacionaliza por meio do modelo de cuidado terapêutico vibracional, justificando-se que o cuidado de enfermagem se dá por intervenções vibracionais no campo eletromagnético que representa a relação dos fatores internos e externos.

A estrutura do modelo terapêutico vibracional apresentado possibilitou contemplar, além da coleta de dados proposta pelos quatro princípios, a coleta de dados na perspectiva vibracional, por meio da associação dos conceitos da radiestesia e radiônica.

Gnatta *et al.* (2016) realizaram um estudo sobre o potencial da aromaterapia para melhorar o bem-estar físico, mental e emocional dos pacientes. Para a realização do estudo, apoiaram-se em oito teóricas de enfermagem: Florence Nightingale; Mira; Hildegard Peplau; Martha Rogers; Callista Roy; Wanda Horta; Jean Watson; e Katharine Kolcaba. As autoras argumentam que princípios holísticos e humanísticos, que levam em conta a integralidade do ser humano e suas interações pessoais, estão sendo discutidos e inseridos no contexto atual da enfermagem e estão alinhados com as PIC. O estudo concluiu que as interfaces entre aromaterapia e as teorias de enfermagem contribuem para a disseminação e para a implementação dessa terapia no contexto do cuidado de enfermagem.

De forma semelhante, objetivando levar em conta a integralidade do ser humano e as suas interações pessoais, o presente estudo se alinha ao trabalho de Gnatta *et al.* (2016) ao considerar os cuidados de enfermagem numa perspectiva holística, levando-se em conta o bem-estar físico, mental e emocional, ampliando para o aspecto espiritual e vibracional.

Modelos de enfermagem são aplicados para o cuidado de pacientes com diferentes condições de saúde e em diferentes ambientes, conforme os seguintes estudos:

Estudo realizado por Diaz e da Cruz (2018), de maneira semelhante, elaborou uma estrutura conceitual teórica e empírica para sustentar o desenvolvimento de um ensaio clínico controlado, a partir da aplicação do modelo de adaptação de Roy. Tal estudo avaliou a atividade de um programa de intervenção de enfermagem a fim de promover a adaptação de cuidadores familiares. Em tal estudo, desenvolveu-se uma estrutura conceitual em três passos, usando como método o estudo teórico: 1º) compreensão abrangente do modelo conceitual; 2º)

revisão de literatura; e 3º) construção de uma estrutura conceitual teórico-empírica. O resultado da pesquisa foi testado por meio de ensaio clínico controlado e mostrou-se consistente no processo de aplicação, servindo para delinear um programa de intervenção para cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas; e a conclusão foi de que o modelo de Roy é um guia importante para a pesquisa em questão (DIAZ; DA CRUZ, 2018).

O estudo acima elaborou uma estrutura conceitual teórica e empírica a fim de desenvolver um ensaio clínico controlado. De modo similar, este estudo é, também, de caráter teórico-prático com método experimental do tipo *antes-depois*, com uma adaptação do modelo de Levine. Tal adaptação permitiu a derivação do processo de enfermagem de Levine para o modelo teórico cuidado terapêutico vibracional (CTV).

O artigo “O modelo de adaptação de Roy: um referencial teórico para enfermeiros que prestam cuidados a indivíduos com anorexia nervosa”, é um modelo para dar suporte teórico ao tratamento agudo e à restauração de peso dos indivíduos com anorexia nervosa. As avaliações e intervenções de enfermagem embasadas, neste modelo, consideram que a restauração do peso reflete um processo adaptativo em ambientes externos e internos e **têm** potencial para um cuidado mais holístico.

O modelo de adaptação de Roy fornece uma base para o desenvolvimento da ciência da enfermagem. Seus pressupostos teóricos foram testados em estudos empíricos. Embora vários trabalhos tenham revisado, historicamente, o desenvolvimento desse modelo, é necessário um refinamento de seus conceitos-chave. A revisão do escopo visa descrever como o conceito de adaptação foi definido e medido nos estudos de enfermagem relacionados às condições crônicas de saúde (JENNINGS, 2018).

Este estudo, também, propõe um modelo de adaptação teórico, porém derivado do modelo de Levini, adaptando-o para abarcar o cuidado de enfermagem ao campo eletromagnético, considerando as questões vibracionais, agregando ao conhecimento clínico da enfermagem aos da radiestesia e da radiônica, possibilitando, assim, reconhecer a singularidade dos pacientes na sua integralidade física, mental, emocional e espiritual.

Outro estudo relevante foi a revisão de escopo sobre relatórios de pesquisas primárias que explicam o conceito de adaptação no campo de cuidados crônicos. Foi utilizada a metodologia proposta por Arksey e O'Malleye, e foram usados, para minerar a literatura, os seguintes bancos de dados: MEDLINE (OVID), CINAHL, EMBASE, PsycINFO, PubMed, Wan Fang, China National Knowledge Infrastructure e VIP net. A triagem e a extração de literatura foram realizadas de acordo com a diretriz de itens de relatório preferidos para revisão sistemática e extensão de meta-análise para revisões de escopo. Os termos-chave

utilizados foram todos eles relacionados ao modelo de adaptação de Roy. As publicações foram mineradas até dezembro de 2019 e são todas em inglês e chinês. Os resultados foram organizados e sintetizados em forma de narrativas, de acordo com a construção de um sistema de conhecimento conceitual-teórico-empírico (WANG, X.; ZHANG, Q.; SHAO, J.; YE, Z.; 2020).

Os trabalhos acima se assemelham ao desta tese no que diz respeito ao método utilizado, ou seja, também, desenhou-se uma estrutura conceitual teórico-empírica a partir de revisão de literatura sustentada por um referencial teórico de enfermagem. A diferença é que a pesquisa acima se referendou no modelo de Roy, que se embasa no modelo de conservação de Levine.

O processo de avaliação de enfermagem de Levine propõe o balanço de oferta e demanda de energia por meio do princípio de conservação de energia, para isso, o enfermeiro deve considerar a resposta orgânica da interação dos fatores internos e externos dos pacientes. O enfermeiro, a partir dessa resposta, identifica se houve ou não adaptação do paciente. Na especificidade do presente estudo, em caso de não adaptação, é realizada a intervenção vibracional com a TV-MRRP®. O cuidado de enfermagem, nessa perspectiva, vem sendo desenvolvido com a utilização das PIC vibracionais, como apresentado no estudo abaixo.

O estudo realizado por Barbara Byrne Notte; Carol Fazzini e C Ruth A. Mooney, nos Estados Unidos, é sobre o efeito do *reiki* em pacientes com artroplastia total de joelho. O *reiki* foi estudado em mulheres que fizeram histerectomias abdominais e em pacientes com câncer que receberam quimioterapia. Uma análise de 66 estudos de terapias de *biofield* (campo eletromagnético biológico), incluindo *reiki*, indicou fortes evidências para os efeitos da terapia de *biofield* na redução da intensidade da dor em populações de dor e evidência moderada de redução da dor em pacientes hospitalizados. O quadro teórico utilizado foi Marta Rogers, o que demonstra a aplicabilidade de modelos teóricos de Enfermagem como base para o desenvolvimento de pesquisas com a utilização de PIC. (NOTTE. B, FAZZINI. C, MOONEY. R, 2016)

Na avaliação de enfermagem por Levini (1971), a dor é considerada como quebra/adoecimento dos pacientes, evidenciada durante a anamnese no princípio de conservação da integridade estrutural. O adoecimento é indicativo do desequilíbrio entre os fatores internos e externos, ou seja, a dificuldade de adaptação do paciente, cujos sintomas se manifestam tanto como dor quanto estresse.

Para Levine (1971), o estresse é uma resposta organísmica da interação do paciente com o ambiente quando esse enfrenta situações estressantes e que vão sendo acumuladas, ao longo da vida, e promovendo alterações hormonais que acarretam a modificação do funcionamento fisiológico, o que reflete na mudança estrutural.

O estresse é um mecanismo de defesa do organismo, que se move por reações de adaptação e defesa do indivíduo às agressões dos agentes estressores, sendo esses de caráter físico, biológico, químico ou emocional. Surge da interação entre o indivíduo e o meio, ou seja, é a resposta a uma situação complexa que causa desconforto, modificando o bem-estar (REIS *et al.*, 2010).

A dor pode ser de natureza sensorial e emocional, como consequência de danos teciduais reais, portanto ela pode ser subjetiva gerada pela dimensão física, porém modificável por fatores psicológicos e sociais (PORTO, 2001; OLIVEIRA; MORAES, 2002). A dor é sinal ou sintoma de que algum mecanismo físico, mental, emocional ou espiritual não está em harmonia (THOMAS *et al.*, 2013).

A dor e o estresse agem simultaneamente, um influenciando no outro, ou seja, a dor pode provocar estresse, assim como o estresse pode causar a dor. Essa percepção permite ao enfermeiro identificar, por meio do processo de enfermagem, a intervenção mais adequada para o cuidado de enfermagem na perspectiva holística.

Dos estudos acima relacionados, verifica-se que a literatura apresenta estudos de adaptação de modelos teóricos da enfermagem e, também, intervenções com as PIC, que possibilitam ao enfermeiro o cuidado na especificidade da saúde do trabalhador. No presente estudo, também, se realiza a adaptação de um modelo teórico para abarcar a dimensão espiritual e o aspecto vibracional no cuidado de enfermagem holística, propondo-se o cuidado terapêutico vibracional como contribuição às PIC.

Estudo realizado com trabalhadores da construção civil atesta que o cuidado à saúde do trabalhador pode ser feito com o apoio teórico de um modelo de enfermagem adaptado às necessidades desses trabalhadores. Esse estudo utilizou como método um relato descritivo ancorado na teoria da adaptação de Callista Roy. Descreve as atividades cotidianas desenvolvidas pela Enfermagem com os trabalhadores e profissionais da área médica. A conclusão é que essas atividades desenvolvidas pela enfermagem do trabalho, na especificidade da construção civil, são importantes para aumentar a qualidade de vida no trabalho e devem ser apoiadas em um referencial teórico científico (RIBEIRO *et al.* 2017). Constata-se que modelos teóricos de enfermagem subsidiam o processo de trabalho dos enfermeiros nos diferentes ambientes em que o cuidado à saúde é prestado.

O processo de avaliação de enfermagem de Levine (1971) propõe que o enfermeiro identifique a capacidade de o paciente participar da sociedade por meio do princípio de conservação social. Tal princípio inclui levar-se em conta o trabalho, a família e as demais esferas inerentes à vida dos pacientes. Quando ocorre conflito nessas esferas, há a quebra ou o adoecimento dos indivíduos, demandando intervenções de cuidado, o que suscita a necessidade de adaptação desses para a conservação da sua energia, ou seja, a manutenção da saúde. O enfermeiro, ao conhecer esse princípio, levará em conta as percepções dos pacientes sobre suas relações e o ambiente durante a avaliação da enfermagem, considerando o contexto socioambiental dos pacientes.

Um estudo identificou os preditores sociodemográficos, laborais e psicossociais de interação família-trabalho/trabalho-família em uma amostra com 242 trabalhadores. Para atender aos objetivos do estudo, foram utilizados cinco instrumentos: Escalas de Interação Trabalho-Família Nijmegen (SWING); Dutch Work Addiction Scale (DUWAS); Utrecht Work Engagement Scale; Escala de Satisfação com a Vida (UWES) e questionário de variáveis sociodemográficas e laborais. A análise de regressão linear indicou variáveis preditoras das dimensões de interação família-trabalho: o trabalho excessivo, o trabalho compulsivo, filhos e sexo feminino. Este estudo contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento teórico sobre a interação entre trabalho e família em trabalhadores.

Pontua-se a importância de o enfermeiro desenvolver o processo de Enfermagem subsidiado em um referencial teórico holístico, abarcando o paciente nas suas dimensões físicas, mentais, espirituais e emocionais e, também, percebendo que o cuidado de enfermagem pode ser desenvolvido na perspectiva vibracional.

A avaliação de enfermagem permite a elaboração da hipótese diagnóstica de cada paciente, fato que reforça a importância e a responsabilidade da apropriação e aplicação de referenciais teóricos de enfermagem que permitam um cuidado direcionado às necessidades de cada paciente, conforme a sua singularidade.

O modelo de cuidado terapêutico proposto por Levine (1971) considera o princípio de conservação de energia, o qual propõe que o enfermeiro deve identificar e avaliar o senso de valor próprio da pessoa, de modo a preservar os princípios e valores morais, éticos e espirituais, no entanto identificou-se que não abarca o vibracional, por isso, considera-se necessária a derivação teórica.

Assim, emergiu o modelo teórico de cuidado terapêutico vibracional, com o objetivo de dar subsídios teóricos ao cuidado de enfermagem na perspectiva vibracional e na aplicabilidade de TV-MRRP®

7.2 Cuidado terapêutico vibracional às relações socioambientais de família e trabalho: verificação da intervenção com a técnica MRRP®

Na perspectiva da enfermagem holística, o enfermeiro, ao desenvolver o cuidado por meio do processo de enfermagem, considera a relação socioambiental do paciente com o meio no qual está inserido. Conforme Levine (1971), essa relação deve ser verificada pelo princípio de integridade social, que define que o indivíduo deve ter a capacidade de participar da sociedade em todas as suas dimensões, considerando a importância da dimensão familiar e de trabalho.

No processo de avaliação de enfermagem, o cuidado é desenvolvido com base no processo de enfermagem, considerando-se que os dados referidos pelos pacientes e identificados pelo enfermeiro precisam ser mensurados. Para isso, este estudo utilizou cinco métricas (Escala de Medida de Conflito Trabalho-Família e Família Trabalho; Questionário de McGill; DASS21; Radiestesia e o Marcador Cortisol) como instrumentos de verificação e análise dos sinais e sintomas de dor e estresse, bem como de medida de conflito trabalho-família.

Os conflitos na relação trabalho-família apresentam-se como fio condutor da discussão que será apresentada neste capítulo, haja vista que, neste estudo, compreende-se essa relação como predisponente dos sinais e sintomas de dor e estresse refletindo na saúde dos trabalhadores. Esses conflitos apresentam-se de diferentes formas e maneiras, como podemos constatar, também, nas pesquisas apresentadas ao longo desta sessão (ANDRADE et al., 2020; BERGS *et al.*, 2018; CERRATO e CIFRE, 2018; COOKLIN, et al., 2016; NÜTZI et al., 2015; BONDI et al., 2020; ZINS et al., 2018; FEIJÓ *et al.*, 2020; LU et al., 2017; BORGMANN, et. al., 2019; JERG BRETZKE, 2020; SMOKTUNOWICZ e CIEŚLAK, 2017; WANG; PENG; WORK, 2017; ZALEWSKA *et al.*, 2020; WEBSTER *et al.*, 2020; LU, Y.; HU, X. M.; HUANG, X. L. 2017). Essas pesquisas trazem questões relacionadas às tarefas domésticas associadas a gênero; ao sucesso na carreira e às influências no trabalho-família e família-trabalho; aos conflitos inerentes à necessidade de conciliação das tarefas familiares com o trabalho remunerado; à rotatividade dos empregados nas empresas e à necessidade de políticas adotadas pelas empresas para minimizar o problema e ao adoecimento de diferentes grupos de trabalhadores.

As discussões a respeito da intervenção vibracional com a TV-MRRP® para o cuidado terapêutico vibracional dos pacientes envolvidos, neste estudo, teve por objetivo verificar o

resultado da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família.

A amostra deste estudo se caracteriza por 20 pacientes, com predominância de gênero feminino (90%), mulheres com vínculo empregatício, com idade média de 42,3 anos; a maioria com vínculo formal de trabalho no setor privado, casados e com filhos. A amostra evidencia que a maioria dos pacientes procura o cuidado terapêutico vibracional com intervenção TV-MRRP®, almejando equilíbrio e harmonização para o enfrentamento dos conflitos nas relações trabalho-família. Dos pacientes que participaram deste estudo, a maioria referiu histórico de doenças prévias (60%) e destacou histórico de depressão (25%), dor (80%) e outras doenças, conforme consta na Tabela 2 (página 81).

A verificação da medida do conflito apresentado pelos pacientes que compuseram a amostra foi realizada por meio da aplicação da Escala de Medida de Conflito Trabalho-Família e Família-trabalho pré e pós-intervenção com a TV-MRRP®. Obteve-se, como resultado, a redução significativa ($p=0,049$) no escore do conflito trabalho-família quando testados, estatisticamente, os valores ao longo da pré-intervenção.

Estudos referentes a essa temática, no Brasil e em outros países, demonstram a relevância e a necessidade da discussão da temática para a saúde dos trabalhadores. Segundo Feijó (2020), no Brasil, a discussão acerca dessa temática ainda é incipiente, diferentemente da Europa que compreende o assunto com maior abrangência, considerando as políticas de reconciliação do trabalho-família. Essa discussão é mais bem compreendida pelos estudos abaixo citados.

A pesquisa de revisão narrativa realizada em São Paulo, entre 2010 e 2015, mapeou 18 artigos sobre conflito trabalho-família, no âmbito brasileiro, publicados na base de dados *Scielo*. O estudo mostra que, embora ainda incipientes, há, no Brasil, importantes discussões teóricas e intervenções relacionadas ao conflito. Parte dessas pesquisas abordam a desigualdade de gênero e o fator tempo como entraves frequentes ao equilíbrio trabalho-família. Segundo a autora, a revisão dos papéis de gênero presentes na sociedade atual é necessária, haja vista que as mulheres ganham mais espaço em cargos de gestão e que as organizações atuam, cada vez mais, em ambientes instáveis e competitivos. Tais condições econômicas geram pressão sobre as famílias para buscarem novas fontes de renda, sem a divisão de tarefas domésticas necessárias à permanência da mulher no mercado de trabalho (FEIJÓ *et al.*, 2020).

Embora as mulheres tenham conquistado muitas reivindicações e tenham se posicionado no mercado de trabalho, ainda há muitas desigualdades no que tange à

distribuição de trabalho e à remuneração das mulheres que, como mostram as pesquisas, são sobrecarregadas com a duplicação de trabalho fora e dentro do lar. Pela cultura brasileira, a administração e o trabalho no lar são considerados incumbência única da mulher, que carrega, muitas vezes, a culpa por não estar dando conta de toda a demanda exigida. Essas questões reafirmam a importância de estudos que abordem o conflito nas relações familiares, pois esse apresenta relação com a produtividade do trabalho.

Na busca de aprofundar o conhecimento da temática no Brasil, Andrade *et al.* (2020) realizaram um estudo comparativo das diferenças e das semelhanças da forma como a população brasileira e norte-americana lida com conflitos trabalho-família. Segundo esses pesquisadores, as mudanças, na economia mundial, extrapolam organizações e apresentam efeitos não apenas no trabalho e no desenvolvimento da carreira, mas também na vida íntima e familiar dos profissionais. A pesquisa foi realizada com 184 norte-americanos e 204 brasileiros e mostrou a relação da produtividade no trabalho com o estresse gerado pelo conflito trabalho-família. Para os norte-americanos, as dimensões de sucesso de carreira foram preditores de família interferindo no trabalho. Para os brasileiros, esses aspectos se relacionaram, diretamente, com a satisfação no relacionamento amoroso. Embora as pesquisas, nos Estados Unidos, também, mostrem que esse conflito não é exclusividade das mulheres, a maneira como homens e mulheres sentem e são afetados por esses conflitos são diferentes.

Neste ínterim, sublinha-se a complexidade dos fatores que constituem o conflito nas relações de trabalho-família, pois, conforme os estudos acima referenciados vêm apresentando, além de outros fatores, a diferença de gênero influencia na forma como é percebido e sentido cada conflito.

Em 2018, pesquisadores espanhóis, Javier Cerrato e Eva Cifre, realizaram uma pesquisa sobre desigualdade de gênero nas tarefas domésticas e conflito trabalho-família, mostrando que os papéis tradicionais de gênero ainda afetam a maneira como homens e mulheres gerenciam o trabalho e a interação familiar, embora este conflito não seja exclusivo das mulheres, mas também ocorra entre os homens (CERRATO; CIFRE, 2018).

Frente à constatação dos estudos abaixo relacionados, pesquisadores europeus enfatizam a preocupação com a saúde dos trabalhadores, buscando estratégias para reduzir o conflito e promover a saúde por meio das políticas de reconciliação no trabalho-família.

Pesquisadores europeus revelam a influência do conflito trabalho-família na saúde geral e a importância das políticas de reconciliação no trabalho-família na Europa, a partir de uma pesquisa realizada com trabalhadoras. A amostra se constituiu de trabalhadoras de 23

países europeus, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos e com, pelo menos, um filho até aos 18 anos ($n = 10.273$), e baseia-se nos dados do European Working Conditions Survey 2015 da Eurofound. A pesquisa foi realizada em duas etapas: 1) para a estimativa da associação entre Conflito Trabalho Família (WFC) e para a saúde autorreferida, foi aplicada a regressão logística, ponderada por modelos multiníveis, com variações em nível de país na associação WFC, em nível individual, e de saúde calculada; e 2) foram analisados os efeitos das políticas de reconciliação em nível de país sobre o WFC, sendo ajustados por idade, características sociodemográficas e ocupacionais. Os resultados revelam uma forte associação entre WFC e saúde autorreferida na Europa - abordagens políticas tangíveis para reduzir o WFC e podem, assim, melhorar a saúde na Europa (BORGSMANN, et. al., 2019).

Também, no Brasil, as políticas públicas para reconciliação no trabalho-família tornam-se fundamentais, haja vista que muitas mulheres têm assumido a liderança dos lares, bem como das empresas. A amostra da presente investigação (90% mulheres) é um exemplo contundente desta problemática, pois a maioria são mulheres, mães e trabalhadoras que têm vivenciado os conflitos inerentes a esse contexto.

Os profissionais da saúde devem atentar-se para queixas que ressaltam o conflito e a intensidade que esses acometem à saúde dos trabalhadores, pois podem representar agravos à saúde, em especial, à saúde mental, conforme apresentado no estudo abaixo.

Pesquisa realizada por Cooklin, *et al.*, em 2016, na Austrália, sobre mudança e estabilidade no conflito trabalho-família e saúde mental de mães e pais, mostra que o conflito trabalho-família (WFC) ocorre quando as demandas de trabalho ou família são "mutuamente incompatíveis", com efeitos prejudiciais à saúde mental. A pesquisa é longitudinal e abordou as seguintes questões: a mudança e a estabilidade no WFC é uma característica estável ou transitória da vida familiar para mães e pais? O que acontece com a saúde mental se o WFC aumentar, reduzir ou persistir? Quais características de trabalho e família predizem as transições WFC, e, em que medida, elas são relacionadas ao gênero? Participaram da pesquisa longitudinal, realizada por dois anos, 2.693 mães e 3.460 pais. A metodologia foi de análise de regressão múltipla ajustada. Os preditores de conscrito e WFC crônico foram um tanto distintos para mães e pais. Segundo Cooklin et al (2016), a má qualidade do trabalho, a ocupação qualificada e o maior número de filhos diferenciaram os pais com problemas crônicos daqueles que saíram do WFC. Para as mães, apenas fatores de trabalho, tais como, ocupação qualificada, jornada de trabalho e insegurança no trabalho previram WFC crônico. A pesquisa mostrou evidências de que a saúde mental é, diretamente, influenciada pela interface do WFC, tanto positiva quanto negativamente, destacando o WFC como um

determinante social chave da saúde. As descobertas refletem a natureza persistente de gênero do trabalho e dos cuidados moldados pelos locais de trabalho.

Como na pesquisa acima, as mulheres que participaram do presente estudo, também, são trabalhadoras com filhos, cujas demandas de cuidado às crianças, a administração do lar e a luta pela subsistência financeira têm afetado sua saúde física e mental. O conflito trabalho-família tem gerado a dissolução de muitos lares, o que sobrecarrega aquele cônjuge que mantém a guarda dos filhos e que precisa lidar com os conflitos das crianças que sofrem com a separação dos pais, muitas vezes, sendo, também, afetados na saúde.

Os conflitos são percebidos por cada paciente conforme a sua singularidade, o que demanda do enfermeiro a escuta atenta e sensível no processo de avaliação de enfermagem, de forma subjetiva, apoiada em instrumentos científicos. Nesse sentido, o presente estudo, por meio do CTV, realizou a intervenção com a TV-MRRP® como possibilidade efetiva para o cuidado à saúde dos trabalhadores no que se refere aos conflitos na relação trabalho-família.

Os estudos acima apresentados mostram o quanto os conflitos na relação trabalho-família têm levado os trabalhadores ao adoecimento; pode-se inferir que sinais e sintomas de dor e estresse surgem como alerta de que, em alguma dimensão, o indivíduo não está se adaptando, ou seja, há um desequilíbrio no princípio da conservação da energia. Isso reafirma a relevância de verificarem-se os níveis de intensidade dos sinais e sintomas de dor e estresse. O cuidado de enfermagem, nesse estudo, foi realizado pela intervenção com a TV-MRRP®.

A amostra do presente estudo evidencia que houve o conflito que gerou os sinais e sintomas de dor e estresse, e isso pode ser observado quando os pacientes foram questionados acerca desses sinais e sintomas: no que se refere à dor, verificou-se que o CTV e a intervenção com a TV-MRRP® apresentaram redução estatisticamente significativa ($P < 0,020$) na intensidade da dor autorreferenciada pela maioria dos pacientes, quando comparado o início e o final de cada sessão. Os dados também mostram que ocorreu uma queda de 50% na intensidade da dor dos indivíduos ao longo do tempo, entre a primeira e a terceira sessão. Quanto ao tipo e ao nível da intensidade da dor, pelo questionário de dor de Mac Gill, foi estatisticamente significativa a dor do tipo sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional e miscelânea, que apresentou redução com significância estatística ($p < 0,001$) na intensidade da dor de cada um dos tipos, quando comparados ao longo do início de todas as sessões do CTV com TV-MRRP®; na pós-intervenção, houve redução estatisticamente significativa da dor que foi verificada na segunda sessão e mantida na terceira. Quanto à verificação dos índices de dor, foram encontrados resultados semelhantes aos da característica da dor, exceto para o afetivo-motivacional, que apresenta redução significativa

estatisticamente ($p < 0,001$) na pré-intervenção, e a mesma significância é encontrada na pós-intervenção da última sessão ($p < 0,001$). Este resultado permite inferir que o CTV, com TV-MRRP®, ao longo do tempo, consegue manter o padrão de minimização da dor de diferentes características e índices.

A dor vem sendo estudada como um sintoma proveniente dos conflitos das relações trabalho-família e família-trabalho, como mostra a pesquisa realizada com 116 enfermeiras de centro cirúrgico de oito hospitais diferentes na Suíça. A pesquisa examinou a prevalência de queixas e de conflito trabalho-família, interrupções de tarefas e influência no trabalho e investigou como esses conflitos estão relacionados à dor lombar e cervical. O estudo foi feito por meio de questionário correlacional. Os resultados mostraram que 66% dos funcionários do centro cirúrgico sofriam de problemas musculoesqueléticos. As queixas musculoesqueléticas mais prevalentes foram lombares (52,7%) e cervicais (38,4%). Além disso, 20,5% relataram dor na região mediana da coluna; 20,5%, nos joelhos e pernas; e 9,8%, nas mãos e pés. As análises de regressão linear múltipla mostraram que o conflito trabalho-família ($p < 0,05$) e as interrupções ($p < 0,05$) previram, significativamente, a dor lombar e cervical em enfermeiras de centro cirúrgico, enquanto a influência no trabalho ($p < 0,05$) apenas previu a dor lombar. A redução do conflito trabalho-família e as interrupções no trabalho influenciam o ambiente de trabalho e auxiliam na promoção da saúde do enfermeiro do centro cirúrgico (NÜTZI *et al*, 2015).

O estudo acima identificou que o conflito trabalho-família favorece o aparecimento da dor em trabalhadores e mapeou os tipos das dores através das métricas aplicadas, verificando que essas dores influenciam no ambiente de trabalho. A busca pela compreensão do tipo de dor permite ao enfermeiro desenvolver a verificação da real necessidade de saúde do paciente, de modo a intervir com precisão para o alívio da dor.

Intervenções do tipo vibracional, para a minimização dos sinais de dor, vêm sendo aplicadas com resultados promissores para o cuidado à saúde, conforme estudos apresentados a seguir.

Um estudo realizado sobre os efeitos do *reiki* na dor e na ansiedade em mulheres hospitalizadas por problemas relacionados à obstetrícia e ginecologia confirmam os efeitos positivos e prolongados do *reiki* para esse problema. O método utilizado na pesquisa foi de um estudo exploratório e comparativo, utilizando escala *Likert*. As mulheres foram questionadas se os efeitos persistiram, por algum tempo, após o tratamento de *reiki*; e 91 de 101 responderam, afirmativamente, que a redução da dor e/ou ansiedade continuou (BONDI *et al.*, 2020).

Outro estudo é sobre a viabilidade e a avaliação da utilização do *reiki* para dor durante a hemodiálise. O estudo mostrou que houve uma diminuição significativa na pontuação média dos sintomas de dor, fadiga e depressão, após quatro semanas de *reiki*, com aplicação de 20 minutos, duas vezes por semana. Os resultados sugerem que o *reiki* fornece alívio dos sintomas para indivíduos que recebem hemodiálise, ressaltando-se que mais estudos clínicos randomizados, para estabelecer os benefícios do *reiki* para a dor nessa população, são necessários (ZINS *et al.*, 2018).

As pesquisas anteriores referendam o uso do *reiki* para o tratamento dos sinais de dor, de maneira semelhante. O presente estudo infere a efetividade do cuidado terapêutico vibracional com a TV-MRRP®, sinalizando que essa pode ser utilizada no cuidado terapêutico para o tratamento dos sinais de dor.

A dor, por ser uma experiência desagradável, pode promover o estresse e vice-versa. O estresse é definido como sendo o desconforto sentido pelo paciente mediante uma situação complexa de interação dele com o ambiente, de modo a modificar o seu estado de bem-estar. O mecanismo do estresse se move por reações de adaptação e defesa do indivíduo segundo as agressões dos agentes estressores, os quais podem ser de caráter físico, biológico, químico e emocional (REIS *et al.*, 2010). Deve ser considerado que o estresse é autopercebido pelo paciente conforme a sua subjetividade.

Situações complexas da interação do paciente com o meio podem emergir das relações socioambientais de trabalho-família, bem como de elementos como a cultura, a economia, valores sociais, morais, éticos e espirituais de cada um. Muitas vezes, há dificuldade de adaptação do indivíduo a essas situações, de modo que surgem sinais e sintomas de estresse. Essa complexidade atrelada aos sinais e aos sintomas de estresse provenientes dos conflitos de trabalho-família vêm sendo estudada em diferentes países. A pesquisa realizada na Polônia é um exemplo desta complexidade, na medida em que identificou a dificuldade de compreensão do mecanismo de estresse devido ao cruzamento dos diferentes fatores que influenciam a percepção e a compreensão dos sinais e sintomas pelos pacientes.

A pesquisa realizada na Polônia, por Smoktunowicz e Cieślak (2017), sobre como as demandas do trabalho e da família impactam na mudança das percepções nos níveis de estresse, é um estudo diádico e um exemplo dessa dificuldade de compreensão do mecanismo do estresse. O objetivo desse estudo foi testar as repercussões e cruzamentos das demandas do trabalho e da família nas mudanças na percepção do estresse no trabalho e na família. A hipótese era de que as mudanças no estresse percebido são impactadas não apenas pelas próprias demandas de uma pessoa, por meio do conflito entre papéis, mas também pelas

demandas de um outro significativo no processo de cruzamento. O estudo teve um desenho diádico e foi conduzido *online*, entre 130 casais heterossexuais, em 2 momentos separados, por 3 meses de intervalo. As hipóteses foram verificadas por meio da análise de trilha. O estudo é um teste longitudinal do modelo Spillover-Crossover e do modelo Work-Home Resources. O estudo demonstrou que as demandas de trabalho e família são transmitidas através de domínios e entre parceiros nas relações íntimas, por meio do conflito entre papéis, mas a natureza desse cruzamento é diferente para homem e mulher.

Os conflitos com os seus parceiros contribuem para o aumento do estresse nas relações de trabalho, o que tem impactado o desempenho e a produtividade das empresas. Também, acabam influenciando na intenção da rotatividade dos trabalhadores que procuram minimizar os conflitos com os seus parceiros, buscando empregos que lhe proporcionem um maior tempo para a convivência em família, como apresentado no estudo abaixo.

Uma pesquisa realizada na China, com médicos da província de Guangdong, investigou a relação entre satisfação no trabalho, estresse no trabalho, conflito trabalho-família e intenção de rotatividade (troca sistemática de emprego por parte dos trabalhadores) e explorou fatores associados a essa intenção. De um total de 3963, 3.563 médicos responderam a questionários e a escalas em relação à sua satisfação no trabalho, a estresse no trabalho, ao conflito trabalho-família e à intenção de rotatividade. A metodologia utilizada para a análise dos dados foi a regressão logística binária e a modelagem de equações estruturais (LU, Y.; HU, X. M.; HUANG, X. L. 2017).

O resultado foi que a intenção de rotatividade estava direta e, negativamente, relacionada ao nível de satisfação com o trabalho, e indireta e, positivamente, relacionada ao conflito trabalho-família e ao estresse no trabalho. Reduzir a jornada de trabalho, aumentar salários, oferecer mais oportunidades de desenvolvimento de carreira e treinamento, apoiar e incentivar médicos, por parte da alta direção, pode contribuir para a redução da intenção de rotatividade (LU *et al.*, 2017).

O conflito trabalho-família e os múltiplos fatores que produzem o estresse nos trabalhadores, quando não percebidos, ao longo do tempo, podem representar agravos à saúde, em especial, à saúde mental.

Uma pesquisa realizada, na Polônia, com 114 funcionários, em idade de 25 a 55 anos, por Zalewska *et al.* (2020), investigou os conflitos trabalho-família, família-trabalho e saúde mental. Foram utilizados questionários com questões relacionadas ao Conflito Família-Trabalho (FWC); ao Conflito Trabalho-Família (WFC); à Escala de Afeto no Trabalho (UWES-17); à Escala de Satisfação no Trabalho e ao Questionário de Saúde Geral (GHQ-28).

Os resultados foram testados pela escala SEM e confirmam que as relações FWC/WFC-saúde são complexas e mediadas pelo envolvimento no trabalho e pelas dimensões do BES relacionadas à satisfação com o trabalho; mostram que um maior engajamento, no trabalho, aumenta o BES relacionado ao trabalho e, indiretamente, melhora a saúde mental. Além disso, seu nível alto é um amortecedor dos efeitos adversos diretos do WFC na saúde. Aumentar o engajamento no trabalho, no contexto de alto WFC, e, especialmente FWC, pode ser útil na prevenção de seus efeitos negativos para a saúde.

Visto o resultado acima, pondera-se a importância de o enfermeiro atentar-se às especificidades que envolvem a saúde dos trabalhadores, tangenciando os conflitos da relação trabalho-família, no momento da anamnese, uma vez que esses são indissociáveis para os pacientes.

Pesquisa realizada, na Universidade de Medicina da Alemanha, investigou os fatores de estresse psicossocial, as suas consequências e as correlações do fator conflito trabalho-família. Os dados foram coletados por meio de um estudo transversal N=844 (55% mulheres, 41% homens) no corpo docente da universidade (42,3% cientistas, 14,3% médicos, 19,4% funcionários na administração e 19,3% funcionários em serviço). Os participantes preencheram questionários para fornecer seus dados pessoais e detalhes de suas condições de trabalho e vida privada. Foram utilizadas Escalas de Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho, Inventário de Esforço-Recompensa e Escala de Supercomprometimento (ERI, OC), Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-4), Inventário de Burnout de Maslach (MBI) abreviado e questões sobre sua saúde subjetiva. As análises estatísticas foram realizadas usando SPSS 22. Foram encontrados altos níveis de parâmetros de estresse na amostra total: trabalho extra (83%), contratos de trabalho por prazo determinado (53%), comprometimento excessivo (26%), desequilíbrio esforço-recompensa (18%, Razão ERI > corte de (0,715), conflito trabalho-família (WFC, 35%) e conflito família-trabalho (FWC, 39%). Correlações significativas de WFC e FWC com a tensão psicossocial no trabalho (Razão ERI), e o supercomprometimento excessivo (OC) foram encontrados. Parâmetros de saúde mental e somática tiveram uma correlação positiva significativa com WFC e FWC. Pela análise de regressão (N = 844), identificou-se WFC como preditor de *Burnout*, enquanto exaustão emocional, trabalho extra e supercomprometimento podem ser identificados como preditores de WFC e FWC. Os resultados apontam para déficits na compatibilidade da vida profissional e privada nos campos de trabalho das ciências, faculdades e universidades. Há indicadores de que os conflitos trabalho-família (conflitos entre papéis) têm impacto na saúde mental e somática. Esses conflitos trabalho-família devem ser alvos de prevenção e intervenções, com

o objetivo de melhorar o equilíbrio entre a vida profissional e familiar e o bem-estar mental e somático dos colaboradores (JERG BRETZKE, 2020).

Pode-se afirmar que os resultados da investigação acima se coadunam com os resultados obtidos neste estudo, no que tange à complexidade dos pacientes em perceberem os fatores que geram o estresse, como podemos verificar pelos resultados da análise estatística: ao ser analisada a autorreferência do estresse, verificou-se que o CTV e que a intervenção com a TV-MRRP® não apresentaram resultados estatisticamente significativos ao longo do tempo. No entanto, averiguou-se que, na relação pré e pós-intervenção, com a TV-MRRP®, ocorreu redução na percepção dos pacientes. Deve-se considerar que a percepção dos indivíduos sobre os níveis de estresse e ansiedade depende de como a pessoa vivencia a experiência emocional negativa.

O enfermeiro pode orientar os pacientes mediando, terapeuticamente, a percepção desses em relação aos seus sentimentos e conflitos, haja vista que a clareza dos trabalhadores em relação ao seu estado emocional, no que tange aos conflitos trabalho-família-saúde, pode auxiliar para a minimização da somatização emocional.

Para Levine (1971), o cuidado de enfermagem deve levar em conta o princípio de conservação e integridade pessoal. Tal princípio propõe que o enfermeiro tenha consciência de que os pacientes buscam reconhecimento, respeito, autoconsciência, individualidade e autodeterminação, ou seja, que a sua personalidade e singularidade sejam preservadas. As relações socioambientais de trabalho-família devem considerar o modo como se constituem as relações afetivas dos indivíduos, pois, conforme a singularidade de cada paciente, essas questões permeiam de modo positivo ou negativo as relações trabalho-família e família-trabalho. Todas essas questões afetam a interação dos fatores internos e externos, ou seja, a relação do paciente consigo, com os outros e com o meio, gerando, muitas vezes, dor, estresse, ansiedade e depressão.

Para Lippi (2017), o estresse pode ser identificado e classificado em quatro fases: de alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Para cada uma dessas fases, o indivíduo apresenta sinais e sintomas clínicos que são, visualmente, observados. A primeira fase (autorregulatória) é considerada de carácter positivo na construção dos indivíduos, ou seja, é um estímulo natural do organismo, atua de modo a estimular o indivíduo para melhorias das atividades cotidianas, impulsionando-os para a superação dos desafios cotidianos (SILVA, 2005). No entanto, quando há persistência do conflito do paciente com o meio, esse mecanismo pode tornar-se negativo, o que determina o aparecimento de sinais e sintomas, consequentemente, atingindo as fases de pré-exaustão e exaustão.

Neste estudo, verificou-se o nível de estresse por meio da subescala da DASS21, antes e após a intervenção com a TV-MRRP®, para a verificação, para a identificação dos níveis de estresse e, também, dos níveis de ansiedade e de depressão apresentados pelos pacientes. A DASS tem capacidade para mensurar, simultaneamente, os níveis de depressão, de ansiedade e de estresse e de distingui-los, sendo utilizada nacional e internacionalmente.

A análise comparativa entre os níveis de estresse pré e pós-intervenção mostra a diminuição nos níveis extremamente severo, severo e moderado, sendo evidenciado no aumento dos índices da normalidade pós-intervenção. Esses níveis podem ser compreendidos pela classificação das fases do estresse, que são identificadas pela intensidade dos sinais e de sintomas apresentados pelo paciente. Esse resultado denota que, devido à dinâmica das relações socioambientais de trabalho-família, os pacientes precisam adaptar-se constantemente. Nesse sentido, considera-se que a TV-MRRP® intervém nos níveis de estresse conforme a demanda de energia estrutural, pessoal e social de cada paciente, ou seja, não há uma padronização da intervenção da TV-MRRP® para o estresse; o cuidado de Enfermagem ao estresse gerado no conflito trabalho-família pode ser desenvolvido pelo CTV conforme as necessidades de saúde dos pacientes.

A ansiedade pode ocorrer por adaptação ou por transtorno psicótico e é caracterizada pela antecipação negativa em relação aos eventos futuros que podem ocorrer quando o indivíduo enfrenta situações de incertezas ou perigos. A dificuldade de reconhecimento dessas ocorrências se deve ao fato de os sintomas apresentados pelos indivíduos nem sempre serem característicos apenas da condição depressiva ou ansiosa, podendo ocorrer de maneira inespecífica e sobreposta (CLARK; WATSON, 2014).

Os conflitos, na relação trabalho-família e família-trabalho, podem ser preditivos da ansiedade. O enfermeiro deve atentar, conforme Levine propõe, para o princípio da conservação da integridade estrutural e pessoal, o qual permite a avaliação de enfermagem de modo integrado aos sinais e aos sintomas emocionais e físicos apresentados pelos pacientes. A ansiedade manifesta-se de modo positivo ou negativo, dependendo da intensidade com que acomete o paciente. É positivo quando impulsiona o paciente ao processo de adaptação de forma a promover a saúde; é negativo quando o paciente permanece, por períodos longos, em níveis elevados de ansiedade, o que pode gerar o adoecimento.

A amostra submetida à análise estatística, por meio dos escores de intensidade da ansiedade no início do CTV, com a intervenção com a TV-MRRP®, indicou modificação significativa ($p=0,015$) no escore de normalidade que vinha sendo identificado ao longo das sessões. Verificou-se, por meio da DASS, que o CTV e a intervenção (pré e pós), com a TV-

MRRP®, auxiliaram, de modo estatisticamente significativo, na redução dos níveis de ansiedade extremamente severo, severo e moderado para leve. Disso, infere-se que a intervenção com a TV-MRRP® auxilia os pacientes a realizarem, de modo mais saudável, a adaptação aos seus conflitos.

Assim como ocorreram reduções nos níveis de dor e de estresse com a utilização das PIC de caráter vibracionais como vimos anteriormente, de modo semelhante ocorreu em relação aos níveis da ansiedade quando aplicada a intervenção com a TV-MRRP®. Pesquisas têm mostrado que, em relação ao tratamento da dor, do estresse, da ansiedade e da depressão, as PIC vibracionais têm sido utilizadas com resultados promissores.

O *reiki* é uma das várias terapias complementares e integrativas que estão sendo utilizadas na área da saúde para o tratamento de ansiedade, depressão e dor, mas, raramente, foi estudado por seu impacto de aconselhamento no bem-estar do cliente. As duas pesquisas, abaixo referenciadas, são evidências científicas de que o uso do *reiki* tem sido eficaz no alívio de dores e ansiedade, de estresse e da depressão.

Um estudo experimental de caso único, realizado por pesquisadores norte-americanos, identificou redução dos sintomas de ansiedade em três de cada quatro participantes submetidos à intervenção psicoterapêutica de *reiki*. Os resultados sugerem benefícios terapêuticos potenciais para a integração de *reiki* com aconselhamento tradicional (WEBSTER *et al.*, 2020).

Um ensaio clínico foi realizado em clínicas privadas de *reiki*, nos Estados Unidos, com 99 pacientes. Mestres em *reiki*, treinados e certificados, conduziram sessões de *reiki* pessoalmente, com duração da sessão entre 45 e 90 minutos (foram incluídas 1411 sessões na análise). Foi utilizado o Cronograma de Afeto Positivo e Negativo de 20 itens para avaliar o afeto, e as medidas breves de autorrelato de item único foram usadas para avaliar uma ampla gama de variáveis físicas e psicológicas, imediatamente antes (pré) e depois (pós) da sessão de *reiki*. Melhorias estatisticamente significativas foram observadas para todas as medidas de resultado, incluindo afeto positivo, afeto negativo, dor, sonolência, cansaço, náusea, apetite, falta de ar, ansiedade, depressão e bem-estar geral (todos os valores $p < 0,001$). Os resultados deste ensaio de eficácia, em larga escala, em vários locais, sugerem que uma única sessão de *reiki* melhora diversas variáveis relacionadas à saúde física e psicológica (DYER; BALDWIN; RAND, 2019).

Os estudos, acima apresentados, permitem identificar que a ansiedade acomete trabalhadores de diferentes ambientes e funções, podendo ser um sinalizador de agravos à saúde. Constatou-se, através da literatura, que o cuidado à ansiedade é uma preocupação para

os pesquisadores que investigam a utilização de PIC vibracionais como medida de cuidado. Do mesmo modo, o presente estudo, ao investigar a aplicação da intervenção com a TV-MRRP® para a dor e estresse, obteve resultados positivos, também, para a minimização dos níveis da ansiedade.

Para Levine, o cuidado de enfermagem deve ser focado nas influências e nas respostas em nível organismo do paciente. O enfermeiro, na perspectiva holística, desenvolve o processo de enfermagem, considerando os princípios de conservação de energia, estrutura e integridade pessoal e social. Para isso, o enfermeiro deve desenvolver a avaliação do cuidado pautado na verificação da existência da adaptação do paciente no que tange aos princípios.

Levine considera que a adaptação é parte da dinâmica das mudanças do relacionamento mútuo com o ambiente interno e externo, assim, elencou três conceitos para auxiliar o enfermeiro a desenvolver essa avaliação: a história, que considera as experiências anteriores; a redundância, que considera a constituição anatômica, fisiológica e psicológica à prova de falhas disponíveis, ou seja, a forma como são sentidas e refletidas a adaptação. A especificidade deve levar em conta os fatores genéticos de cada paciente, bem como as influências dos fatores sociais e culturais.

Os três conceitos recomendados, por Levine, para auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento da avaliação se coadunam com as causas da depressão consideradas pela OMS, haja vista que essa é vista como sendo pré-disposição genética, deficiências de natureza bioquímica cerebral, ou eventos vitais. Quanto à questão genética, estudos indicam que esse componente representa 40% da suscetibilidade para desenvolver depressão; no que se refere à bioquímica cerebral, associa-se a depressão com a deficiência de neurotransmissores, tais como, noradrenalina, serotonina e dopamina. Os eventos estressantes são eventos vitais que podem desencadear episódios depressivos nas pessoas que já possuem predisposição genética, contribuindo para o desenvolvimento da doença (OMS, 2020).

O princípio de conservação estrutural proposto por Levine, na especificidade da depressão, permite ao enfermeiro, na avaliação, verificar se está ocorrendo a adaptação do paciente em nível fisiológico, de modo a refletir nas relações com o meio.

A adaptação é um meio para a pessoa conviver em harmonia com o seu ambiente interno e externo. Na perspectiva do presente estudo, a adaptação é um condicionante da saúde frente aos conflitos, dentre eles, os socioambientais de trabalho-família e família-trabalho. Quando os pacientes não conseguem se adaptar aos conflitos de modo positivo, podem surgir sinais e sintomas de dor, ansiedade e estresse. Quando esses sintomas permanecem por longo tempo, ocorrem agravos à saúde, como a depressão.

Conforme a OMS, a sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimento de culpa, retardo motor, falta de energia, preguiça, cansaço excessivo, lentificação do pensamento, falta de concentração, queixas de falta de memória, de vontade e de iniciativa, redução do interesse sexual; dores e sintomas físicos difusos, como mal estar, cansaço, queixas digestivas, dor no peito taquicardia e sudorese são sinais e sintomas da depressão. Esses sinais e sintomas têm como fatores o histórico familiar; transtornos psiquiátricos correlatos; estresse crônico; ansiedade crônica; disfunções hormonais; dependência de álcool e drogas ilícitas; traumas psicológicos; doenças cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, neoplasias, entre outras; conflitos conjugais; mudança brusca de condições financeiras e desemprego. A pessoa, em estado de depressão, perde a capacidade de sentir prazer ou alegria, tudo parece vazio, não sente motivação nem alegria de viver, sente-se tristonha e mostra-se apática. Julga-se um peso para os familiares e as dificuldades parecem intransponíveis, por isso, tem pensamentos suicidas, ou seja, a pessoa desiste de querer viver. Não existem exames laboratoriais específicos para diagnosticar a depressão, ela só é diagnosticada por exame clínico (OMS, 2020).

Sinais e sintomas de depressão podem apresentar-se em consequência de períodos longos de conflito trabalho-família, reafirmando a importância de o enfermeiro atentar-se para aqueles sintomas que possam estar relacionados, direta ou indiretamente, com o ofício do paciente, influenciando no conflito trabalho-família e vice-versa.

No presente estudo, foram identificados o histórico de depressão autorreferido pelos pacientes e os níveis de depressão na pré e na pós-intervenção com a TV-MRRP®. Para a verificação desses níveis, utilizou-se a subescala da depressão (DASS), que permite avaliar sintomas como a inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, autodepreciação, desvalorização da vida e desânimo (APOSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006).

Como resultado da verificação dos níveis de depressão, ao longo das sessões do CTV, a análise estatística da intervenção com a TV-MRRP® não indicou modificação significativa. No entanto, a análise comparativa entre os níveis de depressão pré e pós-intervenção mostram que houve redução nos níveis extremamente severo, severo e moderado.

A depressão vem sendo estudada como um agravamento à saúde dos trabalhadores em diferentes ambientes na relação do conflito de trabalho-família e família-trabalho, conforme demonstrado nos estudos abaixo.

Um estudo longitudinal realizado com funcionários holandeses investigou as associações recíprocas entre o conflito trabalho-família e as queixas depressivas. Tal estudo foi realizado por Métodos Modelagem de equações estruturais cross-lagged (SEM) e por

dados de acompanhamento de três ondas do Maastricht Cohort Study, com seis anos de acompanhamento de 2.416 homens e 585 mulheres. Há uma relação cross-lagged positiva entre a interferência no trabalho doméstico e as queixas depressivas. Os resultados sugerem uma associação recíproca entre a interferência no trabalho doméstico e as queixas depressivas, uma vez que os conceitos parecem afetar um ao outro, mutuamente, ao longo do tempo (BERGS *et al.*, 2018).

Outro estudo realizado com mulheres chinesas examinou os efeitos mediadores da satisfação no trabalho e da satisfação com a vida na relação entre o conflito trabalho-família e a depressão em mulheres profissionais. O questionário com questões sobre conflito trabalho-família, satisfação no trabalho, satisfação com a vida e depressão foi respondido por 443 mulheres. Foi utilizada Modelagem de Equações Estruturais para testar o efeito mediador e Métodos de *bootstrap* para avaliar a magnitude dos efeitos diretos e indiretos. Os resultados indicaram que os efeitos indiretos da satisfação no trabalho e na vida, na relação entre o conflito trabalho-família e a depressão, foram significativos (WANG; PENG; WORK, 2017).

Outro estudo mostra o estresse ocupacional, conflito trabalho-família e sintomas depressivos entre funcionários de bancos chineses, na província de Liaoning. O objetivo do estudo foi examinar os efeitos do estresse ocupacional e do conflito trabalho-família sobre os sintomas depressivos e o papel mediador do capital psicológico (PsyCap). Foram utilizadas a escala de desequilíbrio esforço-recompensa (ERB), a escala de conflito trabalho-família, o questionário PsyCap e a escala de Depressão do Center for Epidemiologic Studies. Foram analisadas as respostas de 1239 entrevistados efetivos (467 homens e 772 mulheres). A análise de regressão hierárquica foi realizada para explorar os efeitos do esforço extrínseco, recompensa, super comprometimento, conflito trabalho-família e PsyCap sobre sintomas depressivos. O papel mediador do PsyCap foi examinado usando as estratégias assintóticas e de reamostragem de Preacher e Hayes. A pontuação média dos sintomas depressivos foi de 18,4 (DP = 7,6) entre os bancários chineses. Esforço extrínseco, supercomprometimento e conflito trabalho-família foram, positivamente, associados aos sintomas depressivos. Reward e PsyCap foram, negativamente, associados a sintomas depressivos. Os papéis mediadores significativos do PsyCap nas associações de esforço extrínseco, com sintomas depressivos, foram revelados. Há um alto nível de sintomas depressivos entre os funcionários de bancos chineses (KAN; YU, 2016).

Os estudos, acima, evidenciam que há uma correlação direta entre os conflitos trabalho-família e depressão, ambos se influenciando simultaneamente. Muitas vezes, a depressão não é percebida na avaliação clínica, por apresentar sinais e sintomas semelhantes

ao estresse e à ansiedade crônica, no entanto deve ser questionado e observado o tempo que o paciente refere tais sinais e sintomas. Estudos que investigam a depressão, também, investigam o estresse e a ansiedade, por esses serem fatores de risco que contribuem de modo simultâneo para o agravamento do quadro depressivo. De modo semelhante, a investigação deste estudo, que tem como objetivo verificar sinais e sintomas de dor e estresse, obteve, como resultado simultâneo, os índices da ansiedade e da depressão.

Também, foram identificados, na literatura, estudos de intervenção com PIC vibracionais, que apresentam resultados significativos na redução dos níveis de depressão, como mostram as pesquisas abaixo.

Uma pesquisa qualitativa realizada com 10 pessoas com diagnóstico de depressão, em um Ambulatório de Saúde Mental do Sul do Brasil, mostra o efeito positivo de PIC vibracionais para o cuidado de pacientes com quadro depressivo. Tal estudo identificou as percepções de pessoas com diagnóstico de depressão ao receberem tratamento com Reiki associado ao tratamento tradicional. Os dados foram coletados, por meio de entrevista semiestruturada, entre junho e julho de 2018, e analisados por meio da análise de conteúdo temática, amparada pela Teoria da Ciência Humana Unitária. O *reiki* provou ser um instrumento de cuidado que permitiu aos pacientes expandirem sua consciência, alcançando, assim, outra percepção a respeito de eventos passados, presentes e futuros.

A eficácia das PIC vibracionais aos sintomas depressivos foi testada num protocolo baseado em terapia natural, alternativas farmacológicas e psicoterapêuticas, por meio da meditação *mindfulness*, *reiki*, acupuntura e auriculoterapia em pacientes que não estavam com tratamento farmacológico ou psicoterápico para esses sintomas. Este foi um estudo piloto randomizado simples-cego controlado, realizado, durante dois meses, no âmbito do Programa Interdisciplinar de Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Participaram do estudo 21 pessoas, subdivididas em dois grupos (experimental e de controle). Foi utilizada Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse e Inventário de Depressão de Beck durante o processo de triagem e após a intervenção. A intervenção foi realizada em oito sessões, durante dois meses. Todas as técnicas foram utilizadas no grupo experimental. A análise de variância com medidas repetidas foi utilizada para comparar os momentos pré-intervenção e pós-intervenção. O resultado da análise indica redução significativa dos sintomas de depressão após a intervenção no grupo experimental. O protocolo proposto mostrou-se eficaz na redução dos sintomas de depressão para quem não é elegível para o tratamento tradicional (BATISTA; TUCCI, 2020).

Os estudos, acima apresentados, permitem identificar que o conflito trabalho-família e família-trabalho podem favorecer a depressão, porém não há identificação de pesquisas de intervenções com PIC que abarquem esses fatores, embora se tenham encontrado estudos de intervenção com PIC em pacientes com sintomas de depressão.

O presente estudo coloca-se como uma possibilidade para a ampliação do cuidado de enfermagem no que se refere à lacuna do conhecimento identificada, propondo o CTV e a aplicação da intervenção com a TV-MRRP® aos sinais e sintomas provenientes dos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família.

Clark e Watson (2014) propuseram um modelo tripartido, para a avaliação dos dados, capaz de mensurar tanto a depressão, a ansiedade, quanto o estresse que eles consideram distinto dos outros dois, mas, empiricamente, relacionados. Eles consideram o estresse como um estado de excitação/tensão excessiva, crônica, não específica, resultante da ineficácia ou esgotamento das estratégias de enfrentamento, ou seja, existe uma proximidade conceitual entre depressão, ansiedade e estresse. Por isso, o modelo tripartido ficou composto por dois fatores específicos (depressão e ansiedade) e por um fator de sobreposição (misto), denominado *distress fator* ou estresse. Tanto o estresse quanto a ansiedade podem apresentar valência positiva, quando ocorrem de maneira adaptativa, ou podem se apresentar com valência negativa quando se trata de transtornos. Cabe, aqui, salientar que a depressão é entendida como uma psicopatologia com etiologia complexa, ou seja, envolve diversos sintomas, como a diminuição da autoestima, sensação de tristeza, sentimento de culpa, etc.

Existem fatores de relações entre a pessoa e o meio ambiente que podem causar esgotamento de energia, portanto, na avaliação de enfermagem, deve ser levado em conta o princípio de conservação de energia, ou seja, deve haver equilíbrio entre a entrada e a saída de energia para evitar-se a fadiga. O princípio da conservação da energia é definido por parâmetros dos princípios de conservação e integridade estrutural, pessoal e social (LEVINE, 1971). Para cumprir o objetivo do presente estudo, qual seja, o de verificar o resultado da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família, adaptou-se esse princípio, por meio dos conceitos de radiestesia e radiônica, que permitem a identificação, a mensuração e intervenção e a avaliação em nível vibracional, possibilitando a conservação e a integridade dos demais princípios.

Para a verificação dos níveis de dor e estresse em nível vibracional, realizou-se a mensuração radiestésica com a TV-MRRP®. Tal mensuração possibilitou não só conhecer o campo eletromagnético dos pacientes nas dimensões física, mental, espiritual e emocional, bem como as respostas orgânicas vibracionais.

O campo eletromagnético é, também, conhecido por *biocampo* e vem sendo estudado com o objetivo de identificar e verificar como as intervenções, em nível vibracional, comportam-se no organismo humano. Esses estudos apontam que há a necessidade do aprofundamento das pesquisas acerca dessa temática.

Um estudo realizado por Rubik *et al.* (2015) sobre os avanços recentes do biomagnetismo e as suas aplicações afirma que o biocampo (*biofield*) ou campo biológico é um conceito útil, que fornece os rudimentos de uma base científica para o avanço e para a prática da medicina energética. O estudo tem foco na história do conceito, na terminologia relacionada, nos conceitos científicos chave e no valor da perspectiva do biocampo para balizar pesquisas futuras. O aprofundamento do conhecimento científico do biocampo leva a uma melhor compreensão dos fundamentos da biologia e dos fenômenos descritos na medicina energética.

Dr. Muehsam, do Instituto Visual de Artes e Ciências do Desenvolvimento, do Instituto Nacional de Bioestruturas e Biosistemas, Bolonha, Itália; do and Consciousness and Healing Initiative, San Diego, Califórnia, pesquisou sobre o dispositivo do biocampo, cujas interações podem gerar a regulação dos processos bioquímicos, celulares e neurológicos, por meio do eletromagnetismo, dos campos quânticos e, talvez, dos outros meios de modular a atividade biológica (MUEHSAM *et al.*, 2015).

No presente estudo, realizou-se a mensuração radiestésica para identificar, verificar e intervir nas dimensões físicas, mentais, espirituais e emocionais dos pacientes. O momento pré e pós à intervenção com TV-MRRP® mostrou, como resultado estatístico, na pré-intervenção, no início da 3ª sessão, o aumento significativo na dimensão física. Esse aumento, nas dimensões físicas, permitiu inferir-se que há o aumento do fluxo vital, resultante da diminuição dos níveis de dor, que facilita a minimização dos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família, indicando que há adaptação do paciente.

No que tange à dimensão mental, houve redução estatisticamente significativa no nível da radiestesia no pós-intervenção da 3ª sessão. Esse resultado permite inferir que há uma diminuição vibracional da energia mental dos pacientes, que pode ser percebida pela diminuição nos níveis de estresse, o que reflete na diminuição nos níveis de ansiedade e de depressão.

Estudos acerca de intervenções do campo eletromagnético (biocampo), no cuidado da dor, provenientes de diferentes agravos da saúde, vêm sendo realizados com o objetivo de promover a saúde e o bem estar, por meio de cuidados vibracionais, de modo semelhante ao estudo defendido nesta TESE.

Nourbakhsh *et al.* (2016) pesquisaram, por meio de estudo duplo-cego randomizado (controlado por placebo), sobre os efeitos da terapia de biocampo oscilatório na dor e nas limitações funcionais associadas à síndrome do túnel do carpo. Participaram do estudo 30 pacientes que foram designados, aleatoriamente, para o grupo placebo ou para o grupo de tratamento ativo. Os pacientes do grupo de tratamento receberam 6 sessões de OBFT (energia pelas mãos); os pacientes do grupo placebo tiveram o mesmo número de sessões, porém de tratamento simulado. A pesquisa é quantitativa, e foram utilizados questionários de deficiência do braço, do ombro e da mão (DASH); escala de gravidade dos sintomas (SSS) e escala de Status Funcional (FSS) para a avaliação de resultados. O estudo mostrou que, durante o acompanhamento de 6 meses, 86% dos pacientes, no grupo de tratamento, permaneceram sem dor e sem limitações funcionais, e concluiu que OBFT pode ser um tratamento viável e eficaz para melhorar os sintomas e as limitações funcionais associadas à síndrome do túnel do carpo crônica.

Outra pesquisa com utilização de terapias de medicina alternativa de biocampo, para complementar o tratamento convencional e diminuir a dor associada ao tratamento de câncer, foi realizada por Anderson e Taylor (2012). Eles concluem que, embora as terapias tenham demonstrado eficácia clínica, pesquisas adicionais são necessárias.

Os dois estudos acima e os resultados estatísticos desta TESE evidenciam a importância de os enfermeiros se familiarizarem com técnicas vibracionais como possibilidade de cuidado à saúde, que, na perspectiva holística, considera a dimensão da espiritualidade como parte constituinte do ser humano.

De acordo com Levine (1973), o princípio da conservação da integridade pessoal identifica o indivíduo como alguém que busca reconhecimento de si mesmo, o respeito, a autoconsciência, autoconfiança, autodeterminação, autoestima e senso de identidade. A teorista considera que, para que ocorra o resgate da espiritualidade, é preciso considerar-se a santidade da vida.

Neste estudo, considera-se a espiritualidade não como religiosidade, mas como o respeito à vida, ao corpo, à mente e às emoções. As dimensões do sentir e do pensar constituem a espiritualidade e isso se reflete no corpo físico. A mensuração radiestésica da dimensão espiritual e emocional não mostrou resultado estatisticamente significativo. Porém, quando comparados às médias e ao desvio padrão dos três momentos iniciais de cada intervenção (pré e pós) com a TV-MRRP®, verificou-se que houve a diminuição da dimensão emocional e o aumento da dimensão espiritual. Isso pode ser um indicador de que a

modificação da energia emocional está auxiliando o paciente na percepção dos seus sentimentos - processo de expansão da consciência -, o que reflete a sua espiritualidade.

Nesse sentido, Muehsam *et al.* (2015) sugerem a existência de um sistema sutil de interações de biocampo (campo eletromagnético humano), com base na biologia, biofísica, genômica funcional, neurociência, psicologia, psiconeuroimunologia e noutros campos. Segundo os autores, são essas interações que organizam processos biológicos do subatômico, atômico, molecular, celular e orgânico ao interpessoal e aos níveis cósmicos. Segundo os autores, essas interações operam por meio de processos de energia sutil, ou seja, campos eletromagnéticos fracos podendo gerar a regulação dos processos bioquímicos, celulares e neurológicos, por meio do eletromagnetismo, dos campos quânticos, ou por outros meios.

Gronowicz, Bengston e Yount (2015) escreveram sobre o potencial e sobre os desafios de investigações pré-clínicas para modalidades de biocampo humano. Eles abordam questões metodológicas decorrentes de estudos de biocampo ocidentais usando modelos pré-clínicos e soluções práticas em **design** experimental para uma maior compreensão das modalidades do biocampo humano, que incluem *qigong* externo, *johrei*, *reiki*, toque terapêutico, toque de cura, terapia de polaridade, cura prânica e outras práticas. Apresentam uma curta história de estudos de biocampo ocidentais usando modelos pré-clínicos, mostram numerosos e consistentes exemplos de biocampos humanos que afetam, significativamente, os sistemas biológicos *in vitro* e *in vivo*.

A conservação de energia ocorre por meio da conservação e da integridade estrutural, pessoal e social do paciente. O presente estudo usou a radiestesia como ferramenta de mensuração da energia produzida no campo eletromagnético humano (biocampo) pré e pós à TV-MRRP®, o que permitiu inferir que a presente técnica age, no corpo humano, por meio da regulação vibracional necessária a cada paciente, assemelhando-se ao mecanismo de feedback, ou seja, auxiliando à adaptação dos pacientes nas dimensões física, mental, espiritual e emocional, minimizando os sinais e sintomas de dor e estresse investigados no presente estudo.

No entanto, quando há persistência nos sinais e nos sintomas de dor e estresse, significa que os pacientes apresentam um campo de energia desequilibrado, que pode ser descrito, por NANDA (2020), como a ruptura no fluxo vital da energia humana. Na perspectiva do cuidado de enfermagem ao diagnóstico de campo de energia desequilibrado, o enfermeiro deve atentar para as características definidoras, como o nível e a intensidade de bloqueio, o congestionamento ou o déficit do fluxo energético, entre outras. Os sinais e sintomas de dor e estresse predisõem os pacientes a realizarem tratamentos medicamentosos

para restabelecer o fluxo energético do campo eletromagnético, que deve se manter como um todo contínuo, único, dinâmico, criativo e não linear.

Para Levine (1971), o modelo de conservação subsidia a teoria da intenção terapêutica, no qual o cuidado de enfermagem deverá mediar condições para facilitar a cura por meio de uma resposta natural à doença, restaurando a integridade individual e promovendo o bem-estar e a saúde. Esse pressuposto teórico subsidia a análise das respostas orgânicas dos pacientes que usam o tratamento medicamentoso associado com o CTV, e a intervenção com a TV-MRRP® realizada neste estudo.

A fim de saber como o campo eletromagnético reage naqueles pacientes que usam medicação e nos que não usam, comparou-se a aplicação da TV-MRRP® na minimização de sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família, nos pacientes que fizeram uso de tratamento medicamentoso e naqueles que fizeram somente do CTV. Para tanto, subdividiu-se a amostra em dois grupos: os que faziam uso de tratamento medicamentoso (5 = 25%) e os que não usavam medicamentos. (15 = 75%). O comportamento da amostra foi verificado ao longo do tempo (pré e pós) da intervenção ocorrida em 3 momentos. Comparando o grupo que fazia uso de medicação com os que não faziam, identificou-se redução, nos níveis de dor, estatisticamente significativa ($p < 0,001$), da primeira para a terceira pré-intervenção.

A dor é conceituada como uma experiência desagradável, podendo ser sensorial e emocional; pode emergir de danos teciduais reais ou potenciais, sendo um dos sofrimentos mais temidos pelos seres humanos (PORTO, 2001; OLIVEIRA; MORAES, 2002). Pode ser concebida como um fenômeno subjetivo gerado pela dimensão física e modificável por fatores psicológicos e sociais; é um sinal ou sintoma de que algum mecanismo físico, mental, emocional ou espiritual não está em harmonia (THOMAS *et al.*, 2013).

Medidas de intervenção para a dor, em nível vibracional, são investigadas no presente estudo e, também, têm sido estudadas em diferentes países, com diferentes populações, como possibilidades de cuidado.

Uma pesquisa realizada, em Penny George Institute for Health and Healing, nos EUA, mostrou a eficácia das intervenções de medicina integrativa na dor e na ansiedade em pacientes cardiovasculares internados em um grande hospital do Centro-Oeste, entre 01/07/2009 e 31/12/2012. Participaram da pesquisa 57295 pacientes internados com código cardiovascular CID-9. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia das intervenções com métodos integrativos (trabalho corporal, mente-corpo e terapias de energia e medicina tradicional chinesa) nas medidas de dor e de ansiedade em uma população cardiovascular. Os

resultados foram mudanças na dor e ansiedade, relatadas pelos pacientes, avaliadas antes e depois dos tratamentos com terapia integrativas, com base em uma escala numérica (0-10). O estudo ressalta o potencial de futuras pesquisas baseadas na prática para investigar a melhor abordagem, a fim de incorporar essas terapias em um ambiente de tratamento intensivo, de forma que essas terapias sejam fornecidas, de maneira mais adequada, às populações de pacientes (JOHNSON *et al.*, 2014).

Terapias vibracionais vêm sendo estudadas de diferentes formas, no entanto, ainda há necessidade do aprimoramento das pesquisas no que tange às reações orgânicas dos pacientes quando submetidos a essas intervenções. Na especificidade deste estudo, buscou-se contribuir e fortalecer o arcabouço de conhecimentos nesta área. Em especial, na área da Enfermagem, enquanto profissão diretamente responsável pelo cuidado dos indivíduos e dos coletivos. A intervenção de enfermagem realizada, neste estudo, com a TV-MRRP®, tem o caráter inovador quanto ao estudo dos seus efeitos no organismo humano.

A ansiedade é entendida como um agravo à saúde da população e, também, é reconhecida como um sintoma presente em trabalhadores que apresentam conflito na relação trabalho-família, conforme vem sendo investigado neste estudo. A investigação mostrou redução nos níveis da ansiedade e, também, identificou que foram estatisticamente significativas ($p=0,018$) para o grupo que fazia uso de medicação com a TV-MRRP®.

Na busca de pesquisas que atestem a utilização de PIC, especificamente, para a minimização da ansiedade, comparativamente a quem faz uso de tratamento medicamentoso, não foram encontrados estudos relevantes, isso, talvez, se deva ao fato de as pessoas só utilizarem medicamentos em caso de ansiedade de nível elevado.

Um estudo realizado entre fevereiro e julho de 2011, na Unidade Obstétrica do Hospital Público Odemis em Izmir, Turquia, avaliou os efeitos do *reiki* na dor ansiedade e parâmetros pós-parto cesário em um ensaio clínico randomizado e controlado. Foram aplicados *reiki* em 90 pacientes, sendo destacado um grupo controle (em descanso e sem uso de medicamentos). O tratamento com *reiki* foi aplicado, em ambos os grupos, nas primeiras 24 e 48 horas após o parto, por um total de 30 minutos, em 10 regiões do corpo, identificadas por 3 minutos cada. Para o grupo que utilizou tratamento medicamentoso, o *reiki* foi aplicado por 2 dias, uma vez ao dia (nas primeiras 24 e 48 horas), dentro de 4-8 horas após a administração do analgésico padrão, que foi administrado, por via intravenosa, por uma enfermeira. Uma escala visual analógica e o Inventário de Ansiedade do Estado foram usados para medir a dor e a ansiedade. Parâmetros hemodinâmicos, incluindo pressão arterial (sistólica e diastólica), pulsação e frequência respiratória e necessidades de analgésicos,

também, foram registrados. Os resultados mostraram que a aplicação de *reiki* reduziu a intensidade da dor, o valor da ansiedade e a frequência respiratória, bem como a necessidade e o número de analgésicos, portanto a aplicação de *reiki*, como intervenção de enfermagem, é recomendada como método de alívio da dor e da ansiedade em mulheres após o parto cesáreo.

O estudo acima é um exemplo de que a utilização de PIC alivia a dor e minimiza os níveis da ansiedade, diminuindo a necessidade de uso de tratamento medicamentoso. As terapias vibracionais podem restaurar o campo eletromagnético dos pacientes quando em desequilíbrio, no entanto, quando esse desequilíbrio permanece por tempo prolongado, há a necessidade do uso de tratamento medicamentoso. Considera-se que o campo eletromagnético forma-se pelo movimento celular, ou seja, por reações eletroquímicas que produzem o fluxo de energia vital do corpo humano. Desse modo, a depressão é um grave à saúde, potencialmente produzido pela exposição dos pacientes a longos períodos de conflito na relação trabalho-família.

Quando verificados os níveis de depressão pela subescala da DASS e quando comparados os níveis de depressão pré e pós-intervenção com a TV-MRRP®, os escores não apresentaram alteração significativa, ao longo do tempo, para quem utiliza tratamento medicamentoso e para quem não usa. Embora, em nosso estudo, as alterações nos níveis de depressão não tenham apresentado alteração significativa, há a necessidade de maior aprofundamento nas investigações.

Verificou-se, na literatura, um estudo que avaliou, numa perspectiva vibracional, o comportamento de uma amostra quanto aos efeitos da economia da bioenergia para o controle da dor, depressão e ansiedade, mostrando bons resultados.

O estudo avaliou o efeito de um programa de economia de bioenergia no controle da dor, depressão e ansiedade em 30 pacientes com enxaqueca. O método quase-experimental com pré-teste e pós-teste foi adotado, juntamente, como fase de acompanhamento. Foram avaliados dois grupos experimentais e de controle. A coleta de dados ocorreu pelo Inventário de Depressão de Beck-II, (BDI-II), pelo Inventário de ansiedade de Beck e pelo Teste de impacto de dor de cabeça (HIT-6TM). Os dados foram analisados por meio de análises de medidas repetidas de variância (ANOVA) e de testes de covariância (ANCOVA). O programa de economia de bioenergia causou uma redução, significativa, na ansiedade, na depressão, na intensidade e na frequência da dor em pacientes com enxaqueca. A diminuição das variáveis foi consistente no intervalo de dois meses. Esses efeitos terapêuticos foram ainda maiores no grupo experimental que recebeu sintonização real do *biofield*. O programa de economia de

bioenergia e sintonização de biocampo é recomendado como um método eficaz para a redução da depressão, da ansiedade e da dor em pacientes com enxaqueca.

A pesquisa acima é relevante quando se constata que, na maioria das vezes, após o diagnóstico, em geral, os tratamentos utilizados são de natureza bioquímica (uso medicamentoso); são poucos os que usam terapias biofísicas para tratar os distúrbios detectados. Sabe-se que, pela física quântica, existe diferença entre energia e matéria e que elas se influenciam mutuamente, ou seja, o nível atômico e molecular do sistema humano está em ressonância. O uso de terapias biofísicas para tratar desequilíbrios energéticos e trazer de volta o equilíbrio do corpo, seja por toque humano, seja por outros dispositivos, tem sido avaliado no âmbito da Medicina Energética. O futuro desse novo campo de conhecimento depende da capacidade da medicina alopática de mesclar o tratamento bioquímico com o biofísico (ROSS, 2019).

O cuidado da enfermagem requer levar em conta que o fluxo da energia vital é sustentado pelas condições nutricionais e de hidratação do corpo físico de cada paciente verificado no princípio de conservação estrutural proposto por Levini (1971). Ela propõe, como medidas de suporte à saúde, a manipulação da dieta e de atividades para corrigir o desequilíbrio metabólico e estimular o processo fisiológico. Os cuidados com o processo metabólico permitem ao enfermeiro elencar hipótese diagnóstica para sinais e sintomas de dor e estresse, na busca do equilíbrio do campo eletromagnético, para isso, verificou-se a mensuração radiestésica na dimensão física.

Quando avaliado o efeito do tratamento medicamentoso sobre os desfechos em estudo, na especificidade da radiestesia na dimensão física, identifica-se, estatisticamente, o aumento significativo da segunda para a terceira avaliação no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p=0,027$). Infere-se que a modificação da segunda para a terceira avaliação ocorreu devido à intervenção com a TV-MRRP®, que minimizou os níveis de dor e, conseqüentemente, aumentou os resultados da dimensão física.

A mensuração radiestésica da dimensão física é feita por meio do campo eletromagnético do paciente, que permite identificar e diagnosticar, com o suporte do NANDA (2020), possíveis desequilíbrios no fluxo energético. O *reiki* vem sendo utilizado como possibilidade de intervenção em casos de haver esses desequilíbrios, a fim de minimizar sinais e sintomas de dor; seu uso é tanto exclusivo quanto associado ao uso de tratamento medicamentoso, como descrito no trabalho abaixo.

Uma pesquisa realizada, no hospital Bryn Mawr, estudou o impacto da terapia de *reiki* na percepção da dor de pacientes submetidos à artroplastia total do joelho (ATJ) após sessões

de *reiki*, a satisfação com a terapia, a satisfação com a experiência geral do hospital e o uso de analgésicos após cirurgia. A Teoria dos Seres Humanos Unitários de Martha Rogers serviu de base para este estudo. A amostra incluiu 43 pacientes submetidos à ATJ, que foram randomizados em grupos *reiki* (N = 23) e não *reiki* (N = 20). Todos os indivíduos, neste estudo-piloto, tiveram ATJ unilateral no mesmo hospital. A dor foi avaliada antes e depois da terapia com *reiki*, usando a escala de avaliação numérica na área pré-operatória - unidade de recuperação pós-anestésica (SRPA) - e em cada um dos 3 dias pós-operatórios. Um questionário foi distribuído, no dia da alta, para medir a satisfação com o *reiki* e com a experiência hospitalar. Todas as sessões de terapia de *reiki* resultaram em reduções estatisticamente significativas da dor, exceto aquelas sessões na SRPA. Os participantes que receberam *reiki* responderam, positivamente, aos questionários preenchidos no dia da alta. Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, no uso de analgésicos (FAZZINI; MOONEY; NOTTE, 2016).

A existência de um campo invisível de bioenergia (biocampo) tem sido estudada com base na Física, na Física Quântica, na Metafísica e no Eletromagnetismo. Segundo essas teorias, todo ser vivo absorve e libera energia, que é mensurável. Essas teorias afirmam que tais energias podem fornecer percepções mais aprofundadas sobre o bem-estar e a saúde, ou seja, pensamentos, emoções e aspectos interfisiológicos podem afetar o funcionamento do corpo humano (CHHABRA; PRASAD; MARRIBOYINA, 2019).

O cuidado de enfermagem, por meio do campo eletromagnético, permite uma avaliação de modo holístico, percebendo o paciente por meio das respostas orgânicas produzidas pela sua singularidade e pela interação com o meio. Levine afirma que, para manter o sistema de vida unido, é necessário que haja a conservação da energia. Para que esse cuidado seja desenvolvido com abrangência necessária para a manutenção da saúde dos pacientes, sublinha-se a importância do cuidado da dimensão mental de cada paciente, pois o cérebro e o coração são os principais órgãos responsáveis pela vibração do campo eletromagnético humano (LEVINE, 1971).

A mensuração radiestésica da dimensão mental apresentou aumento significativo, da primeira para a segunda avaliação, no grupo que não faz uso de medicamentos ($p=0,041$).

Intervenções, no biocampo, são percebidas, de imediato, pela mente humana, por meio das respostas bioquímicas do organismo. Pacientes que não fazem uso de medicação tendem a perceber, de modo mais rápido, os efeitos da intervenção vibracional, pois o tratamento medicamentoso contribui para alterações no sistema bioquímico do organismo humano,

modificando as sinapses e, conseqüentemente, produzindo respostas eletromagnéticas diferentes.

Essas respostas podem ser produzidas por terapias com estímulos mecânicos, como a auriculoterapia, que produz o estímulo do campo eletromagnético por meio de pontos específicos do pavilhão auricular para aliviar dores e/ou tratar problemas físicos e psíquicos. O uso da auriculoterapia pode ou não ser associado à utilização de tratamento medicamentoso, como demonstra o estudo abaixo:

Um estudo de cuidado à saúde dos trabalhadores aos sinais e sintomas de dor e estresse, por meio do cuidado com PIC, foi realizado, na cadeia pública feminina, em um município mato-grossense, Brasil, com a utilização da auriculoterapia como medida de intervenção no controle da dor lombar, da ansiedade e do estresse de trabalhadores do sistema penitenciário. Para a verificação da efetividade da intervenção, foi realizada a avaliação do efeito da intervenção por meio de instrumentos psicométricos, a cada sessão de aplicação. A avaliação mostrou a redução na intensidade dos sinais e sintomas no grupo que recebeu a intervenção com a auriculoterapia, especialmente, em relação ao estresse e à lombalgia, o que aponta a efetividade da intervenção com essa técnica. O estudo concluiu que a auriculoterapia mostra-se promissora no contexto da saúde do trabalhador, podendo trazer benefícios diretos, tanto em relação à disposição para o exercício laboral quanto para a promoção da qualidade de vida (GRAÇA *et al.*, 2020).

Os estudos, na área das terapias, vêm apresentando resultados promissores para o alívio de sinais e sintomas de dor, estresse, ansiedade e depressão, entre outros. Verifica-se que intervenções terapêuticas com PIC permitem ao enfermeiro desenvolver o cuidado pelas dimensões física, mental, espiritual ou emocional, e todas, contribuem para o equilíbrio do campo energético dos pacientes. A perspectiva do cuidado de enfermagem Vibracional apresentada neste estudo defende que, independente do pré-suposto teórico utilizado por cada enfermeiro na avaliação de enfermagem, seja considerado que todas as dimensões dos pacientes constituem-se de energia.

Levine (1971) descreve, no princípio de conservação pessoal, a importância de a avaliação do enfermeiro levar em conta as necessidades de reconhecimento, respeito, autoconsciência, individualidade e autodeterminação dos pacientes. Para melhor avaliação deste princípio, realizou-se a mensuração radiestésica da dimensão emocional.

Na mensuração radiestésica da dimensão emocional, houve, no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p < 0,001$), redução significativa da primeira avaliação para as demais.

A diminuição da mensuração radiestésica emocional permite inferir o processo de maior clareza dos sentimentos, o que também é parte do processo de expansão de consciência dos pacientes. Também, considera-se o que Levine (1971) propõe como resultado do equilíbrio do princípio de integridade e de conservação pessoal, que é o restabelecimento da autoestima. Assim, o resultado permite inferir que o uso de medicação associado ao tratamento com TV-MRRP® facilita aos pacientes recuperarem a sua autoestima.

A dimensão emocional dos pacientes vem sendo estudada na perspectiva terapêutica do cuidado vibracional. Foi avaliado o efeito da intervenção com o *reiki* no bem-estar de um grupo de pessoas, sendo constatado o benefício desta técnica vibracional na dimensão emocional.

Pesquisa realizada por Bessa *et al.* (2017) avaliou o efeito do *reiki* no bem-estar das pessoas que buscam essa terapia. Trata-se de um estudo experimental realizado com 60 indivíduos alocados nos grupos intervenção com *reiki* e de controle (concentração de indução sem manipulação de energia). Utilizou-se a Escala de Bem-Estar Subjetivo, que obteve escores médios nas três dimensões: satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo - comparados entre os grupos, submetendo-os ao teste t de Student, com nível de 5% de significância estatística. Após seguimento de 21 dias e submetido a três sessões terapêuticas, o *Reiki* ampliou a escala de afetos positivos ($p = 0,01$) dos indivíduos, sem, no entanto, influenciar as dimensões dos afetos negativos e a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo. O *Reiki* aumenta o efeito positivo do bem-estar subjetivo das pessoas que buscam essa terapia (BESSA, 2017).

O bem-estar subjetivo pode estar associado à dimensão da espiritualidade dos pacientes que se comportam de modo subjetivo a cada um. O enfermeiro deve considerar essa dimensão como parte integrante da saúde dos pacientes, assim deve ser percebida na avaliação de enfermagem. Levine (1971) define a espiritualidade como parte do princípio de conservação e integridade pessoal, considerando-a como a santidade de cada paciente.

Na mensuração da radiestesia na dimensão espiritual, houve aumento significativo da primeira avaliação para as demais no grupo que faz uso de tratamento medicamentoso ($p=0,036$).

O aumento na dimensão espiritual no grupo que usa medicação e o CTV com a intervenção, com a TV-MRRP®, relaciona-se ao bem-estar produzido, eletroquimicamente, pelo corpo dos pacientes. Infere-se que o aumento da dimensão espiritual é produzido pelo bem-estar – percebido pelo paciente na dimensão física, mental e emocional – da interação fisiológica, do tratamento medicamentoso com a intervenção da TV-MRRP®. A

espiritualidade é, pois, a dimensão do sentir e do significar, a percepção do que está na singularidade, ou o eu, de cada um, e a forma de relacionar-se com o outro e com o ambiente.

A dimensão da espiritualidade é inerente à existência humana, no entanto nem sempre reconhecida. A busca pelo autoconhecimento é necessária para a percepção da relação desta dimensão com a saúde, por isso, é importante investigar formas de como despertar a consciência para o autoconhecimento.

Pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação intervenção, com base na investigação interdisciplinar, com aporte da pedagogia simbólica junguiana, investigou as formas de despertar a consciência para o autoconhecimento e a potencialidade espiritual a partir da educação interdisciplinar nas áreas da educação e saúde. A pesquisa evidenciou os impactos da vivência simbólica no desenvolvimento do autoconhecimento e a espiritualidade importante a ser desenvolvida nas áreas da educação em saúde (ANDRADE; GIOSA, 2017).

A vivência simbólica, no desenvolvimento do autoconhecimento e da espiritualidade, contribui para a construção do conceito de saúde de cada paciente. Nesse sentido, o presente estudo reconhece a dimensão da espiritualidade como parte da avaliação de enfermagem no cuidado vibracional. Infere-se que o aumento da dimensão espiritual está diretamente relacionado ao aumento do fluxo vital dos pacientes, produzindo um campo eletromagnético em equilíbrio.

Verificou-se que o comportamento do campo eletromagnético em pacientes que faziam uso de medicação e naqueles que somente foram submetidos à CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, mostrou diferença nos resultados da comparação dos dois grupos; supõe-se que esta diferença se deva às respostas orgânicas provenientes das reações eletroquímicas do funcionamento celular, que é diferenciado entre os pacientes que utilizam tratamento medicamentoso e os que não utilizam, haja vista que a intervenção com a TV-MRRP® age como reguladora no campo eletromagnético dos pacientes, conforme suas necessidades.

Foi preciso olhar os pacientes, numa perspectiva holística, de modo a estudar o comportamento do campo eletromagnético desses, levando-se em conta as dimensões física, mental, emocional e espiritual. Para Levine (1971), o equilíbrio é conceituado pela inteireza do ser, de modo que a totalidade não é apenas ser saudável ou apresentar a ausência de doença, e sim ter a integridade em todos os aspectos da existência humana.

No entanto, a existência humana é permeada pelos conflitos que são vivenciados por cada indivíduo conforme a sua singularidade; esses acometem em diferentes dimensões da existência humana, como as estudadas no presente trabalho. Quanto ao conflito na relação

trabalho-família, verifica-se que não há uma padronização da percepção de cada paciente, isso demonstra a complexidade que permeia a ação de cuidar a saúde dos pacientes com as queixas de conflito na relação trabalho-família.

Ao ser analisado o nível de conflito, constatou-se redução significativa ($p=0,025$) no escore do conflito trabalho-família na última avaliação, no grupo sem nenhum tratamento.

Inferese-se que a redução do conflito na relação trabalho-família, no grupo sem nenhum tratamento, está relacionada à expansão de consciência que ocorreu durante o CTV, com a intervenção com a TV-MRRP®, promovendo o equilíbrio no campo eletromagnético dos pacientes, pois, conforme há o autoconhecimento e o reconhecimento dos elementos que constituem a sua singularidade, esses passaram a mediar melhor os seus conflitos. Para Levine (1971), o equilíbrio é quando existe totalidade dos pacientes, demonstrando que as interações ou constantes adaptações ao ambiente estão ocorrendo.

No entanto, no que tange ao dimensionamento dos conflitos inerentes à existência humana, a subexistência de homens e mulheres deve ser considerada como parte do processo de saúde/doença. A condição econômica é, inegavelmente, uma prioridade para a subexistência, o que demanda a energia para o trabalho e o sustento da família, mas o inverso, também, precisa ser considerado, haja vista que não há saúde sem equilíbrio emocional. Diante desta complexidade que acomete a saúde dos trabalhadores, um estudo realizado com trabalhadores japoneses verificou a associação da renda familiar com o conflito trabalho-família e com a saúde desses trabalhadores.

Pesquisa realizada com trabalhadores japoneses examinou se há associações entre renda familiar e conflito trabalho-família para a saúde dos trabalhadores. Os dados foram derivados do Estudo Prospectivo do Centro de Saúde Pública do Japão para a Próxima Geração, na área de Saku, em 2011-2012 (7.663 homens e 7.070 mulheres). Foram utilizados Oddsratios multivariados (ORs) e intervalos de confiança de 95% (ICs) para a autoavaliação de saúde, e RUP multivariadas de altos conflitos de trabalho para família e família para trabalho, para autoavaliação de saúde. A análise de subgrupo indicou que os efeitos do conflito trabalho-família, na saúde, eram, provavelmente, mais evidentes no grupo de baixa renda, apenas, entre as mulheres. O conflito trabalho-família foi associado à autoavaliação de saúde ruim entre homens e mulheres japoneses de meia-idade; seu impacto, na saúde, foi, relativamente, mais forte entre as mulheres e, em particular, entre as mulheres em desvantagem econômica (KOBAYASHI *et al.*, 2017).

A necessidade de cuidado para a saúde das mulheres trabalhadoras vem ganhando destaque na relação com o conflito trabalho-família; vistas às reorganizações do mundo do

trabalho e dos padrões de família. Essa consideração também se faz pertinente ao presente estudo, que buscou compreender as respostas orgânicas dos pacientes, por meio de instrumentos de mensuração de dor, de estresse, de ansiedade, de depressão, medida de conflito trabalho-família e a mensuração radiestésica de pacientes que só fizeram o CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, e os que o fizeram associado ao uso de medicação.

Frente ao pensar a saúde na perspectiva vibracional, a proposta desta sessão foi de verificar a realização do CTV, com a intervenção com a TV-MRRP®, para os sinais e sintomas de dor e de estresse provenientes dos conflitos das relações socioambientais. Verificou-se que ocorreu a adaptação do campo eletromagnético dos pacientes ao cuidado terapêutico holístico, ocorrendo um processo semelhante ao de feedback do organismo de cada um, de modo a reafirmar o caráter regulatório da intervenção com a TV-MRRP®.

A intervenção com a TV-MRRP® auxilia no processo de desbloqueio e de descongestionamento do fluxo energético, promovendo a minimização dos sinais e sintomas de dor e estresse, por meio do reequilíbrio do campo eletromagnético, de modo a auxiliar para a minimização dos conflitos nas relações socioambientais trabalho-família, haja vista que a análise, também, mostrou que houve redução, estatisticamente significativa, na minimização desses conflitos.

7.3 Avaliação da intervenção da TV-MRRP® por meio do comportamento do cortisol

A discussão, da avaliação da intervenção vibracional, com a TV-MRRP®, por meio do comportamento do cortisol, é apresentada nesta sessão. Para Levine (1971), a etapa de intervenção testa a hipótese identificada por meio da avaliação e do julgamento de enfermagem, cujos resultados são obtidos durante o processo de enfermagem embasado nos princípios estrutural, pessoal, social e de energia.

É o princípio estrutural que mantém e restaura a estrutura do corpo para evitar colapsos físicos e promover a cura. O papel do enfermeiro, nesse processo, é de proteger o paciente dos fatores externos que possam vir a comprometer a sua integridade física; isso é realizado pela manutenção da anatomia estrutural do corpo.

O presente estudo analisou o comportamento do cortisol para avaliar como a intervenção da TV-MRRP® atua no CTV. Essa análise compreende o processo de enfermagem vibracional que identifica os sinais e sintomas de dor e estresse como resposta orgânica dos pacientes. Essas respostas permitem ao enfermeiro fazer o diagnóstico, conforme descrito em Nanda (2020), e elencar o plano de intervenção.

Para a avaliação dos resultados do CTV e da intervenção com a TV-MRRP®, foi feita a análise estatística para comparação e associação entre os níveis de cortisol no início de cada sessão e, ao final, após a intervenção com a TV-MRRP®. Ocorreu diferença significativa, estatisticamente, na primeira sessão ($p=0,043$), e não apresentou resultado significativo nas demais sessões ($p> 0,600$). Dessa avaliação, verifica-se que 13 (65%) pacientes obtiveram a redução do cortisol na primeira sessão e 9 (45%) mantiveram a redução ao longo das demais sessões.

O resultado acima apresentado demonstra que, na primeira sessão da intervenção com a TV-MRRP®, houve o alinhamento e o reequilíbrio do campo eletromagnético dos pacientes e que é possível manter esse resultado ao longo do tempo. Para tanto, devem ser consideradas as condições socioambientais das relações, haja vista que o estímulo recebido do meio tem ação direta na produção e na metabolização do cortisol.

De forma análoga, um estudo exploratório sobre as alterações do cortisol salivar, durante a terapia com extrato de camomila para tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, moderada à grave, foi realizado na Universidade da Pensilvânia, nos EUA, por Keefe *et al.* (2017). O estudo avaliou se os aumentos, no cortisol matinal, estão associados à resposta clínica à terapia com camomila entre indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada. Foram avaliados 45 indivíduos diagnosticados com distúrbio de ansiedade generalizada de acordo com o DSM-IV (manual de classificação de transtornos mentais), sob ensaio clínico durante a aplicação de Camomila. O cortisol salivar foi avaliado por 3 dias a cada pré e pós-tratamento (8 horas, 12 horas, 16 horas e 24 horas). Análises de modelos mistos mostraram que a melhora dos sintomas, durante o tratamento, está, significativamente, associada às alterações do cortisol pré e pós-tratamento.

Segundo Mc Even (2019), o cortisol é um mediador do processo de adaptação do indivíduo com suas experiências e com o meio ambiente. Quando há um desequilíbrio (muito ou pouco cortisol), há uma mudança cumulativa gradual em todo o corpo, o que pode resultar em doença, como, por exemplo, o estresse.

Šušoliaková *et al.* (2018) avaliaram a extensão do estresse ocupacional em trabalhadores de turnos iniciais da indústria automobilística, usando o cortisol salivar como um marcador. A pesquisa foi um estudo epidemiológico transversal com 55 voluntários da indústria automobilística na República Tcheca. O método de análise das amostras foi a radioimunoanálise, cujos efeitos dos fatores e das interações entre os fatores sobre os níveis de cortisol salivar, durante a jornada de trabalho, foram avaliados por meio de um modelo ANOVA. Os resultados mostram que as concentrações de cortisol salivar apresentaram

valores mais elevados durante a jornada de trabalho, principalmente, maiores concentrações de cortisol vespertino e declive de cortisol atenuado. Com base nos resultados, o trabalho, em turnos irregulares, tem maior aumento da excreção de cortisol ao acordar pela manhã, e recuperação progressiva mais lenta do organismo durante a jornada de trabalho. Além disso, os níveis de cortisol foram, significativamente, maiores em mulheres mais velhas do que em homens mais velhos, mas não diferiram em indivíduos mais jovens. Concluiu-se que os níveis de cortisol salivar são um marcador objetivo adequado de estresse e podem ser usados como um bom preditor de estresse ocupacional pelos serviços públicos de saúde para fins de prevenção primária.

Para o modelo conservação de Levine, o estresse é a resposta orgânica desenvolvida, ao longo do tempo, por cada experiência estressante vivenciada pelo paciente, cujo desgaste vital é registrado nos tecidos e reflete as reações hormonais às experiências, gerando mudanças estruturais.

Outra resposta orgânica, apontada por Levine, são os processos perceptivos que buscam a manutenção da segurança e emergem como resposta dos indivíduos às experiências vivenciadas. Tal resposta envolve a reunião das informações do ambiente e converte-as em uma experiência de significado, ou seja, trata-se da capacidade de assimilar informações e torná-las significativas enquanto experiência (LEVINE, 1991).

No presente estudo, evidencia-se a resposta orgânica dos processos perceptivos apontados por Levine, quando se constata, pelo modelo de Regressão Multivariado de Poisson e pela análise bivariada ($p < 0,20$), que as pessoas que “buscam pelo autoconhecimento” diminuem o nível de cortisol em 2,51 vezes, ou seja, os pacientes que buscam autoconhecimento apresentam maior probabilidade de reduzir níveis de cortisol quando comparados aos que não o buscam (RR=2,51; IC 95%: 1,24-5,11; $p=0,011$).

Um estudo de meta-análise, realizado no Laboratório de Neurociência Cognitiva, Departamento de Psicologia, Babeş-Bolyai, University da Romênia, avaliou o efeito das adversidades, no início da vida, na resposta do cortisol ao estresse social. Foi avaliada a resposta do cortisol salivar ao estresse social em 4.292 indivíduos de diferentes idades e com adversidades no início da vida. As análises separadas de cortisol, em diferentes estágios de resposta, mostraram grandes efeitos no pico e na recuperação, e um efeito moderado no início do estudo. O tamanho do efeito foi maior em estudos que enfocaram maus-tratos em comparação com aqueles que incluíram outras adversidades, e, em adultos, em comparação com crianças e adolescentes. A porcentagem de mulheres em cada amostra e a qualidade metodológica foram preditores positivos do tamanho do efeito. Os resultados apoiam a

associação entre adversidade no início da vida e a resposta embotada do cortisol ao estresse social, e sugerem que os efeitos negativos, de longo prazo, da adversidade, no início da vida, podem atingir níveis máximos em adultos. A heterogeneidade era grande nesta amostra de estudos, e vários moderadores foram identificados.

As adversidades, no início da vida, na resposta do cortisol ao estresse social que sugerem os efeitos negativos de longo prazo, atingindo níveis máximos em adultos, são conflitos preditores de doenças de adultos. Embora o presente estudo tenha como objetivo a população adulta e trabalhadores, enquanto CTV, o enfermeiro deve atentar-se para o histórico da infância e da adolescência dos pacientes, pois essas refletem no processo de saúde e de doença, conforme a singularidade de cada um.

Durante a análise estatística do comportamento do cortisol, constatou-se que os pacientes que participaram deste estudo apresentaram significância estatística para a relação dos pacientes que buscaram o CTV pelo autoconhecimento, demonstrando que esses têm uma probabilidade maior de diminuir os níveis de cortisol e, conseqüentemente, os níveis de dor e de estresse.

É importante ressaltar que o indivíduo tem suas funções orgânicas reguladas conforme a condição socioambiental que influencia, diretamente, nos níveis do cortisol. No início do dia, logo ao acordar, o indivíduo apresenta os níveis mais altos de liberação do cortisol, que vai diminuindo, gradualmente, ao longo do dia. Esse processo acontece em uma ordem fisiológica sem alterações, em casos em que o indivíduo não esteja suscetível a fatores externos que provoquem os estímulos e o levem ao estresse. Esses fatores externos podem ser físicos ou psicológicos, genéticos ou provocados por fármacos que podem estimular ou inibir o eixo Hipotálamo Hipófise Adrenal (HHA) (NICOLAIDES *et al.*, 2017; KUDIELKA *et al.*, 2007).

Para se identificar o estresse, faz-se necessário compreender alguns mecanismos de controle do sistema nervoso autônomo, pois esse é responsável pela resposta hormonal do corpo aos estímulos internos e externos, promovendo a liberação do hormônio cortisol. Nesse processo, sinais e sintomas físicos podem surgir como efeitos na dimensão mental e emocional e podem ser identificados como ansiedade, depressão, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais e, em relação a si próprio, preocupação excessiva, dificuldades de relaxar e de concentrar, tédio, ira e hipersensibilidade emotiva (LIPP, 2007).

No presente estudo, ao ser analisado o comportamento do cortisol, no modelo de Regressão Multivariada de Poisson, com a análise bivariada para a subescala da depressão da DASS21, evidenciou-se que os pacientes que buscaram o CTV com o objetivo de

autoconhecimento apresentaram melhoras no grau da depressão (80%), enquanto os que não buscavam autoconhecimento atingiram somente (6,7%).

Transtornos de ansiedade e transtorno depressivo maior (TDM) têm sido associados ao aumento e à atenuação da reatividade do eixo HHA ao estresse social. No entanto, a pesquisa, com foco nas associações entre as respostas do eixo HHA ao estresse e nos sintomas de ansiedade e depressão entre indivíduos sem diagnóstico, continua sendo uma área de pesquisa pouco estudada.

Pesquisadores dos EUA, Suíça e Alemanha investigaram sobre associações entre sintomas de depressão e ansiedade e respostas de cortisol e recuperação de estresse agudo. Os sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados em 143 adultos, sendo 53% mulheres, antes do TSST, usando as subescalas de ansiedade e depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). As respostas do eixo HHA foram avaliadas medindo o cortisol salivar na linha de base e seguindo o TSST. A reatividade e a recuperação do estresse foram avaliadas usando modelagem de crescimento multinível controlado para idade, IMC e sexo entre a amostra completa e um subconjunto de respondedores ao cortisol ($n = 72$). Sintomas de ansiedade e depressão entre indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico estão associados à respostas embotadas e exageradas de cortisol e à recuperação do estresse. Esses padrões podem indicar risco aumentado de desregulação do eixo HHA prejudicial, carga alostática e doença (ALEXANDER *et al*, 2019).

O campo eletromagnético é produzido por meio da atividade celular, que é regulada pelo eixo HHA; tal atividade ocorre devido a um conjunto de reações eletroquímicas, controlado pelo sistema nervoso central. O comportamento do cérebro e do coração, enquanto órgãos principais para a manutenção e para o equilíbrio do campo eletromagnético, vem sendo investigado pela ciência.

A pesquisa, abaixo citada, elucida as relações da atividade cerebral, a emoção e os níveis do cortisol e correlaciona essas variáveis com as deficiências cognitivas, mecanismo descrito por meio das ondas cerebrais. Embora essa investigação seja realizada com idosos, é importante pontuar o método utilizado, pois ele auxilia na compreensão das influências do campo eletromagnético humano e, conseqüentemente, na funcionalidade da TV-MRRP®.

Sroykham e Wongsawat (2019) investigaram diferenças, no comprometimento cognitivo, relacionadas ao sexo, ao cortisol salivar matinal, à regulação da emoção e à atividade cerebral em idosos. Dezenove (19) homens e quarenta e cinco (45) mulheres foram submetidos ao teste de avaliação cognitiva de Montreal e, posteriormente, foi coletada e analisada a saliva matinal de cada participante, por ensaio imunoenzimático. A atividade

cerebral dos participantes e a regulação da emoção, também, foram avaliadas por meio do questionário da escala de humor de Brunel. A atividade cerebral das ondas lentas (delta e teta) e rápidas (beta e beta alta) foi, significativamente, maior em mulheres idosas do que em homens idosos. Além disso, a atenção foi, negativamente, correlacionada com a onda teta, enquanto a recordação atrasada foi, positivamente, correlacionada com a onda teta e com o cortisol salivar. A depressão foi, positivamente, correlacionada com a alta onda beta e com a habilidade de linguagem, enquanto a alta onda beta foi, negativamente, correlacionada com a habilidade visuoespacial. A atividade cerebral, a emoção e o cortisol foram influenciados por deficiências cognitivas embora a relação da atividade cerebral com os hormônios glicocorticóides permaneça inconclusiva.

Essa descoberta é útil para explicar o funcionamento da TV-MRRP® pela conexão dos SNC (enfermeiro-paciente), que é regulada pela frequência cerebral, que pode auxiliar, de modo direto, na reorganização da frequência cerebral pelas neuro-sinapses, mecanismo esse que regula o fenômeno para a compatibilidade de frequência e, conseqüentemente, traz equilíbrio para o campo eletromagnético do paciente.

O campo eletromagnético é produzido e regulado por meio da atividade celular; essa ocorre devido a um conjunto de reações eletroquímicas controladas pelo sistema nervoso central, sendo identificado e investigado pela ciência o comportamento do cérebro e do coração como órgãos principais para a manutenção e para o equilíbrio do campo eletromagnético. O ser humano tem sua natureza eletromagnética, com o cérebro e o sistema nervoso central sendo estimulados por correntes elétricas até o coração, cujos batimentos são comandados por impulsos elétricos. Levando-se em consideração que indivíduo está imerso em um ambiente, nessa relação, é gerado um campo eletromagnético denominado biocampo (BRENANN, 2006).

Para se identificar o estresse, faz-se necessário compreender alguns mecanismos de controle do sistema nervoso autônomo, pois esse é responsável pela resposta hormonal do corpo aos estímulos internos e externos, promovendo a liberação do hormônio cortisol. O estímulo estressor, físico ou emocional, sobre o organismo humano, ativa a amígdala cortical, uma estrutura encefálica que faz parte do sistema límbico, área do cérebro responsável, entre outras funções, pelo desencadear das emoções e pela tradução destas em sinais bioquímicos (OLIVEIRA, 2013).

Quando o estímulo estressante é ativado, a resposta neuronal da amígdala estimula a resposta hormonal do hipotálamo, de modo a induzir a liberação de corticotrófica (CRH), que estimula a hipófise ou pituitária a liberar outro hormônio, o adrenocorticotrófico (ACTH) na

corrente sanguínea, que irá estimular as glândulas adrenais a liberar o hormônio do cortisol, que atuará na resposta do corpo ao estresse (OLIVEIRA, 2013).

O estresse agudo pode ter um efeito na sensibilidade à dor, mas ainda não está nítida qual a parte da resposta ao estresse influencia a sensibilidade à dor. Nesse sentido, Timmers *et al.* (2018) examinaram o efeito do estresse agudo nos limiares de dor por calor e nos níveis de tolerância à dor em participantes saudáveis, levando em consideração as diferenças individuais nas respostas ao estresse. Participaram do estudo 42 pessoas saudáveis, aleatoriamente designadas. As respostas ao estresse foram avaliadas subjetiva e fisiologicamente. O estudo experimental mostrou que uma indução de estresse agudo - que combina estressores físicos e psicológicos - aumenta os limiares de dor pelo calor, mas não há tolerância em participantes saudáveis. Além disso, a magnitude desse efeito hipalgésico induzido pelo estresse é predita pela reatividade do cortisol e pelo medo da dor, revelando envolvimento específico do sistema de estresse do eixo HHA e interações com aspectos psicossociais relacionados à dor.

Para se identificar o estresse, faz-se necessário compreender alguns mecanismos de controle do sistema nervoso autônomo, pois esse é responsável pela resposta hormonal do corpo aos estímulos internos e externos, promovendo a liberação do hormônio cortisol.

A pesquisa que se realizou com a TV-MRRP®, também, mostrou que há associação significativa pela correlação positiva quando realizada a associação dos níveis do cortisol com a variação do escore total da dor com o estresse dos participantes. Conforme aumenta a dor, aumenta o estresse e vice-versa. Sabe-se que a dor não aliviada aumenta os níveis de cortisol e o estresse.

Pesquisa realizada, nos Estados Unidos, por Shamini *et al.* (2012), mostrou que as terapias de biocampo aumentam a variabilidade do cortisol, independente da crença e de outros fatores não específicos e que é necessário examinar, mais detalhadamente, os efeitos de processos específicos de cura de biocampo nos resultados para as populações de câncer. O estudo cego randomizado e controlado examinou os efeitos de oito sessões de *biofield*, comparado com a cura simulada, em um grupo controle, em lista de espera, com 76 sobreviventes de câncer de mama, fatigados – estágios I-IIIa. Os desfechos secundários foram a variabilidade diurna do cortisol (via estimativas da inclinação do cortisol), depressão e qualidade de vida (QV). Os dados foram analisados por meio de modelagem linear hierárquica.

Campos biomagnéticos formam-se por correntes elétricas provenientes da interação celular, como, por exemplo, pela frequência de estímulos celulares do coração e do sistema

nervoso. Nas células nervosas, as correntes elétricas são formadas devido às mudanças na permeabilidade das paredes celulares resultantes da movimentação de rotação das partículas carregadas no corpo, como prótons, elétrons e íons e grupos secundários, como os aminoácidos; o resultado desse processo de interação gera campos eletromagnéticos nos indivíduos (DE ARAUJO *et al.*, 1999; MOVAFFAGHI, 2009).

Levine (1971) afirma que, para a manutenção do princípio da Conservação de energia, o equilíbrio é considerado na relação de entrada e saída de energia para evitar a fadiga, ou seja, há compreensão de que a energia é um elemento sutil da constituição do estado de saúde ou do adoecimento dos pacientes. Levine, também, considera que o equilíbrio da energia humana está, diretamente, relacionado às condições de descanso adequado, a exercícios de movimento passivo e a uma nutrição e hidratação adequadas. Esses elementos interagem de modo concomitante para cada paciente, devendo ser considerada a sua singularidade.

De modo semelhante, a relação e a interação com o ambiente são percebidas e respondidas de modos diferentes por cada um; essa interação pode favorecer o surgimento de conflitos da relação de trabalho-família e, conseqüentemente, o adoecimento.

Tanto as dimensões da interface trabalho-família quanto família-trabalho têm implicações importantes para a saúde e para o bem-estar. Apesar da importância dessas associações, muito pouco se sabe sobre os mecanismos fisiológicos pelos quais a interação entre a família e as experiências de trabalho se traduzem em conseqüências duradouras para a saúde. Nesse sentido, um estudo sobre o impacto do transbordamento negativo da família para o trabalho realizado por Zilioli, Imami e Slatcher (2016), nos EUA, investigou os aspectos positivos e negativos de cada dimensão de transbordamento nos padrões de secreção diurna de cortisol em um grande painel de estudo de adultos trabalhadores, com idades entre 33 e 80 anos. Maior transbordamento negativo da família para o trabalho (NFW) previu valores mais baixos de cortisol de despertar e uma inclinação diurna mais plana (menos saudável) do cortisol. Este efeito foi evidente mesmo depois de controlar os efeitos das outras dimensões de transbordamento.

Os resultados indicam que nem todos os aspectos da interface trabalho-família podem impactar a fisiologia do estresse na mesma medida e sugerem que o cortisol diurno pode ser uma via importante, através da qual os aspectos negativos da interface trabalho-família deixam sua marca na saúde.

Considerando-se que o adoecimento é o resultado da não adaptação dos indivíduos ao processo dinâmico da vida que demanda a adaptação constante ao meio, os aspectos da

interface trabalho-família devem ser investigados e avaliados pelo enfermeiro, considerando os princípios de conservação e integridade pessoal, social, estrutural e de energia (LEVINE, 1971).

Outro estudo realizado por pesquisadores de Londres, do Reino Unido e do Canadá, investigou associações entre cursos de vida profissional e familiar e biomarcadores de inflamação e estresse, na meia-idade, entre homens e mulheres britânicos. As diferenças de gênero, nessas associações, também foram exploradas. Um novo método estatístico – análise de sequência multicanal – definiu cursos de vida profissional-familiar entre as idades de 16 e de 42 anos, combinando informações anuais sobre trabalho, parceria e parentalidade. Associações entre trajetórias de vida familiar e trabalho e inflamação [proteína C reativa (CRP), fibrinogênio e fator de von Willebrand e cortisol na idade de 44/45 anos], foram testadas usando regressão linear multivariada, com dados multi-imputados em quase 6.500 participantes. A pesquisa concluiu que cursos de vida trabalho-família, caracterizados por parentalidade precoce ou por vínculos fracos de trabalho, estão associados a um perfil de risco elevado em relação à inflamação crônica e ao estresse na vida adulta.

A presente pesquisa, quando da intervenção com a TV-MRRP®, também evidenciou a associação significativa quando realizada a associação da variação do escore total da dor e família-trabalho dos participantes. Conforme aumenta a dor, mais aumenta o conflito trabalho-família e vice-versa.

Uma pesquisa realizada, em 2014, analisou o impacto na família, no emprego e no ambiente social em pacientes com fibromialgia, atendidos em Centros de Atenção Básica na Espanha. Foi realizado um estudo epidemiológico, com procedimento de amostragem probabilística, estratificada, em função do porte do município e do número de unidades de saúde, buscando representação territorial. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário estruturado autoaplicável. A amostra se caracteriza por 325 pacientes com fibromialgia, estudada em 35 Centros de Atenção Primária à Saúde (UBS). A amostra é composta por 96,6% de mulheres, 51,9 anos de idade média (desvio padrão-dp). Noventa e três por cento dos pacientes trabalharam ao longo da vida. A média (dp) idade de início dos sintomas foi de 37 (11) anos, e o diagnóstico de fibromialgia foi estabelecido 6,6 anos depois. Ambiente familiar: cinquenta e nove por cento dos pacientes têm dificuldades com seus parceiros. Quarenta e quatro por cento dos pacientes relatam ser justa ou totalmente dependente de um membro da família nas tarefas domésticas. A renda familiar diminuiu, em média (dp), de 708 (504) euros / mês em 65% dos pacientes. Em 81% dos doentes, verificou-se um aumento das despesas extrarrelacionadas com a doença, com uma média (dp) de 230

(192) euros / mês. No momento da realização do estudo, 45% dos pacientes tinham atividade laboral (34% trabalhavam e 11% estavam em licença médica), 13% estavam desempregados à procura de emprego e 42% não estavam na força de trabalho. Vinte e três por cento dos pacientes tinham algum grau de pensão permanente por invalidez para o trabalho. O grau de satisfação com os profissionais de saúde foi baixo, e 26% dos pacientes eram membros de associações específicas de pacientes. O estudo mostrou que as pessoas com Fibromialgia que visitam as APS da Espanha experimentam um alto impacto nas famílias e no emprego, com grande perda de capacidade de trabalho. Tal estudo evidencia o impacto dessa doença tanto nas relações de trabalho quanto na família, o que evidencia a necessidade de maior investigação (COLLADO *et al.*, 2014).

Embora haja relação de conflito entre trabalho-família e adoecimento, é notório que há uma lacuna, na literatura, acerca de intervenções vibracionais ou com PIC, que intervenham para o restabelecimento da saúde dos indivíduos na perspectiva energética. No entanto, há estudos com essa abordagem que vêm demonstrando resultados, cientificamente positivos, para a prevenção, promoção e tratamento de agravos à saúde, como a dor.

Um estudo de revisão de literatura foi realizado, de 2008 a 2018, a respeito de produções científicas sobre terapia complementar *reiki* e meditação no manejo de dores crônicas. Foram pesquisadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Modelos de Saúde e Medicamentos Tradicionais, Complementares e Integrativos nas Américas (MOSAICO), utilizando as seguintes combinações entre descritores: “*reiki and chronic pain*” e “*mindfulness and chronic pain*”. Foram definidos como critérios de inclusão: publicações científicas, nacionais e internacionais, relacionadas à temática de estudo, publicadas no período selecionado e disponibilizadas on-line, em forma de artigo completo. A maioria dos estudos mostrou que houve resultados positivos na aplicação das técnicas no tratamento da fibromialgia e no alívio de estresse e de cansaço físico. A utilização da *mindfulness* (meditação da atenção plena) apresentou grande benefício no alívio da dor crônica, chegando a ser priorizada ao uso de medicamentos para dor, como opioides e anti-inflamatórios. Com isso, as técnicas mostraram efetividade na melhoria da qualidade de vida do paciente, assim como na redução da polifarmácia (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O estudo anterior apresentou resultados positivos da utilização de técnicas vibracionais para a melhoria dos sinais e sintomas de dor. Técnicas vibracionais agem por intermédio do campo eletromagnético, realizando modificações fisiológicas e atuam no sistema endócrino, o que favorece, também, a minimização dos níveis de depressão. Tal ação se confirma pela associação significativa da variação do escore total da depressão e da família-trabalho dos 20 pacientes que fizeram a intervenção com a TV-MRRP®.

A preocupação com a saúde dos trabalhadores acometidos pelo conflito trabalho-família tem impulsionado à realização de estudos em vários países. Um exemplo é o estudo prospectivo de corte longitudinal de estágio médico realizado durante o ano acadêmico de 2015 a 2016, com a participação de 3.121 estagiários, que foram recrutados de 44 instituições médicas nos EUA. O objetivo foi determinar a presença e a magnitude da diferença de sexo em sintomas depressivos e o conflito trabalho-família entre médicos em treinamento; e se o conflito trabalho-família impacta a diferença sexual nos sintomas depressivos entre médicos em treinamento. Antes e durante o ano de estágio, os participantes relataram o grau em que as responsabilidades do trabalho interferiam na vida familiar, usando a Escala de Conflito de Trabalho e Família, bem como os sintomas depressivos, usando o Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9). Este estudo demonstra que os sintomas depressivos aumentam, substancialmente, durante o ano de internamento para homens e mulheres, mas que esse aumento é maior para as mulheres. O estudo, também, identifica o conflito trabalho-família como um importante fator potencialmente modificável, associado a sintomas depressivos elevados em médicos em treinamento. Modificações sistêmicas para aliviar o conflito entre trabalho e vida familiar podem melhorar a saúde mental do médico e reduzir a carga desproporcional da depressão para as médicas. Visto que a depressão entre os médicos está associada a um atendimento precário ao paciente e ao desgaste na carreira, os esforços para aliviar a depressão entre os médicos têm o potencial de reduzir as consequências negativas associadas a essa doença (GUILLE *et al.*, 2017).

O estudo, acima apresentado, aponta que os conflitos na relação trabalho-família, nesse grupo de trabalhadores, estão favorecendo a depressão. Deve-se atentar que o conflito trabalho-família pode ser determinante na condição de saúde de trabalhadores de outras profissões. Esses conflitos trabalho-família, também, se mostraram nas análises realizadas no presente estudo, conforme se evidencia abaixo.

Nesta tese, constata-se a associação estatisticamente significativa proporcional entre as variações do escore total da dor, do estresse, da depressão e do conflito família-trabalho,

sendo percebido que, quanto mais o paciente aumenta o escore da dor, estresse e depressão, mais aumenta o conflito de família-trabalho e vice-versa.

Ao discutirmos o conflito trabalho-família e o adoecimento proveniente deste conflito, busca-se compreender esse mecanismo por meio do conceito de Levine (1971) sobre a quebra da energia ou a não adaptação do paciente às necessidades demandadas pela dinâmica da vida.

Essa quebra pode ser evidenciada no princípio de conservação estrutural, que permite que condições clínicas de saúde sejam avaliadas por meio da constituição fisiológica dos pacientes. No presente estudo, esta avaliação foi realizada por meio do comportamento do cortisol. Tal avaliação, associada com o resultado da medição da radiestesia, permitiu ao enfermeiro avaliar, clinicamente, se está ocorrendo adaptação do paciente ao meio, pela intervenção vibracional, nas dimensões física, mental, espiritual e emocional. Essas dimensões podem ser avaliadas pela radiestesia por meio da mensuração do campo eletromagnético humano ou biocampo.

Uma revisão integrativa de evidências científicas para a cura reconectiva foi realizada por Uchida *et al.* (2012), com a finalidade de investigar os efeitos da Terapia Purificante Okada (OPT), uma forma de terapia de energia sutil (biocampo), originária do Japão. Foi utilizado *design* cruzado para a medição dos eletrocardiogramas e para as pontuações do perfil dos estados de humor realizadas durante as sessões OPT e placebo. Participaram da pesquisa 19 japoneses adultos (10 eram mulheres), sem experiência anterior neste tipo de terapia. Foi utilizado um desenho duplo-cego randomizado, com protocolo de ciclos regulares de olhos abertos e fechados. Concluiu-se que o OPT foi mais eficaz no aumento das ondas α no córtex frontal e central do que um tratamento com placebo.

De modo semelhante, a aplicação da TV-MRRP® considera o efeito do biocampo humano ao levar em conta a influência do campo eletromagnético humano nas intervenções e na avaliação de enfermagem. Tal influência foi considerada, neste estudo, a partir das medidas dos níveis de radiestesia, havendo variações com os escores de dor, ansiedade, estresse, depressão, trabalho-família e família-trabalho. Observou-se associação negativa, estatisticamente significativa, entre a radiestesia emocional com a dor, ou seja, quanto maior o aumento dos níveis de radiestesia emocional, maior a redução dos níveis de dor.

A avaliação de enfermagem é considerada por Levine (1971) como um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas orgânicas dos pacientes. Os cuidados de Enfermagem proporcionam suporte terapêutico, auxiliando o paciente a adaptar-se às suas relações e ao ambiente, haja vista que a enfermagem é uma interação humana projetada para promover a totalidade por meio da adaptação.

Portanto, a avaliação da intervenção com a TV-MRRP® mostra que ela auxilia no processo de desbloqueio e de descongestionamento do fluxo energético, promovendo a minimização dos sinais e sintomas de dor e estresse, por meio do reequilíbrio do campo eletromagnético, de modo a auxiliar na minimização dos conflitos nas relações socioambientais trabalho-família.

CONCLUSÃO

Ao iniciar esta pesquisa, tinha-se a hipótese de que a intervenção com a TV-MRRP® minimizava os sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família, assim, o objetivo da pesquisa foi analisar, por meio da enfermagem holística, a aplicabilidade da TV-MRRP® sob os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais trabalho-família. O presente estudo constitui-se por uma amostra de 20 pacientes, a maioria do sexo feminino, com relacionamento estável, com vínculo formal de trabalho, sendo a maioria no setor privado.

A amostra foi avaliada em dois momentos. Primeiro, avaliou-se o comportamento da amostra na sua totalidade e, posteriormente, subdividiu-se a mostra em dois grupos: os que utilizaram tratamento medicamentoso e os que não usaram. Inicialmente, identificou-se a dor e o estresse por meio da avaliação de enfermagem; verificou-se o resultado da TV-MRRP® nos níveis de dor e de estresse; e avaliou-se o resultado dos níveis de estresse e de dor antes e após a intervenção com a TV-MRRP®, ao cuidar dos pacientes na perspectiva da enfermagem holística.

Optou-se, como referencial teórico de sustentação para esta análise, pelo modelo teórico de conservação de Levine. No entanto, ao realizar o processo de enfermagem, nesse modelo, verificou-se a necessidade da ampliação do conceito do princípio de conservação de energia, de modo a inserir o conceito do campo eletromagnético e a perspectiva vibracional no cuidado de enfermagem. Desse modo, criou-se o modelo teórico cuidado terapêutico vibracional para a enfermagem holística, a fim de realizar a avaliação e o cuidado na perspectiva vibracional.

A avaliação de enfermagem realizada através do modelo permitiu identificar os sinais e sintomas de dor e estresse provenientes das relações socioambientais de trabalho-família. No desenvolvimento do processo de avaliação, realizou-se a verificação da intensidade e dos níveis de dor e estresse nas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Constatou-se que ocorreu uma minimização na intensidade da dor dos indivíduos ao longo do tempo, entre a primeira e a terceira sessão. Também, ocorreu redução, estatisticamente significativa, do índice de dor ao final de cada sessão. No que tange ao estresse, apesar de os resultados estatísticos não terem sido estatisticamente significativos, verificou-se que houve a diminuição nos níveis extremamente severo, severo e moderado, evidenciado no aumento dos

índices da normalidade pós-intervenção. Os resultados da DASS evidenciam que os pacientes perceberam redução nos níveis do estresse na relação pré e pós-intervenção com a TV-MRRP®.

Ao realizar a verificação autorreferida e mensurada do estresse, obteve-se, também, como resultado, os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes. Para a ansiedade, a proporção de normalidade pré-intervenção aumentou da primeira para a última avaliação, ou seja, houve um aumento estatisticamente significativo. A análise comparativa entre os níveis de ansiedade pré e pós-intervenção mostram, além da significância do nível leve, a diminuição no nível extremamente severo, severo e moderado, sendo evidenciado no aumento dos índices da normalidade pós-intervenção.

Os dados mostram que quanto a intensidade da depressão, no início do CTV quando da intervenção com a TV-MRRP®, não houve significância estatística. No entanto, quando feita a análise comparativa entre os níveis de depressão pré e pós-intervenção, os resultados mostram que houve redução nos níveis extremamente severo, severo e moderado.

Para a avaliação e o cuidado vibracional de enfermagem, foi realizada a mensuração radiestésica nas dimensões física, mental espiritual e emocional. No que tange à dimensão física, houve o aumento estatisticamente significativo na última avaliação da pré-intervenção. Na dimensão mental, ocorreu diminuição significativa no nível da energia vibracional ao final da última avaliação (pós-intervenção).

O CTV, por meio da TV-MRRP®, desbloqueia e descongestiona o fluxo energético, aumenta a energia vital dos pacientes, promove o relaxamento da mente, diminuindo o fluxo de pensamentos e auxilia no processo de expansão da consciência, resultando no aumento do fluxo energético dos pacientes. Portanto, infere-se que a intervenção com a TV-MRRP® auxilia no processo de desbloqueio e descongestionamento do fluxo energético, promovendo o equilíbrio do campo eletromagnético dos pacientes.

O presente estudo visou investigar os sinais e os sintomas de dor e de estresse, por meio dos conflitos provenientes das relações socioambientais de trabalho e de família, haja vista que os conflitos gerados, nessas relações, são condicionantes de saúde ou de doença para os pacientes.

Ao ser analisado o nível de conflito, constatou-se redução significativa no escore do conflito trabalho-família quando testados, estatisticamente, os valores ao longo da pré-intervenção, o que evidencia que o CTV, com a intervenção da TV-MRRP®, auxilia na redução dos conflitos provenientes dessas relações.

Ao finalizar a análise dos efeitos da TV-MRRP® nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais trabalho-família, o resultado é de que a intervenção com a TV-MRRP®, ao longo do tempo, promove redução nos níveis de dor e que, para os níveis de estresse, não há significância estatística. No entanto, verificou-se que há redução na intensidade do estresse quando comparados pré e pós-intervenção. Ainda foi possível detectar que a intervenção com a TV-MRRP® também age nos níveis de ansiedade e de depressão. Os níveis da ansiedade minimizam, ao longo do tempo, enquanto os níveis da depressão minimizam no pré e pós-intervenção. A mensuração radiestésica física apresentou aumento significativo e houve redução significativa nos níveis de radiestesia mental. A mensuração da radiestesia emocional e espiritual não apresentaram resultados estatisticamente significativos, no entanto, ao serem verificados no pré e pós-intervenção, há diminuição na dimensão emocional e aumento na espiritual.

A análise comparativa da aplicação da TV-MRRP® para a minimização dos sinais e sintomas de dor e de estresse nos dois grupos – os que fazem uso de tratamento medicamentoso e os que não usam medicamentos – evidencia que houve redução significativa, em ambos os grupos, na proporção de dor desses pacientes pré-intervenção; para o estresse, não ocorreu modificação, estatisticamente significativa, para nenhum dos grupos; para os níveis de ansiedade, ocorreu redução no grupo que faz uso de medicação; para depressão, não ocorreu mudança, estatisticamente significativa, para nenhum dos grupos. Em relação à radiestesia física e à radiestesia espiritual, houve aumento, estatisticamente significativo, para o grupo que utilizava tratamento medicamentoso; para a radiestesia mental, ocorreu aumento para o grupo que não utilizou tratamento medicamentoso; para a radiestesia emocional, decorreu redução significativa para o grupo com uso de medicação; com relação à medida de conflito trabalho-família, adveio redução estatisticamente significativa.

Cabe salientar que, embora um número reduzido de pacientes tenha referido fazer uso de medicação, essa não impactou nos resultados, haja vista que os medicamentos utilizados não interferem, diretamente, nos níveis de cortisol, conforme recomendação apresentada nos critérios de inclusão.

Os resultados permitem inferir que a intervenção com a TV-MRRP® promove o desbloqueio, o descongestionamento e a elevação da energia do fluxo energético, conforme a necessidade de cada paciente, reafirmando que a intervenção com a TV-MRRP® age, no campo eletromagnético humano, de modo regulatório do fluxo energético.

O cortisol é um biomarcador que permite avaliar, clinicamente, as respostas orgânicas dos pacientes à intervenção da TV-MRRP®, sob os níveis de dor e de estresse

que são influenciados pelos conflitos das relações socioambientais de trabalho-família. O primeiro resultado estatístico de comparação no pré e no pós-intervenção, com a TV-MRRP®, mostrou que, na primeira avaliação, foi significativa a redução dos índices de cortisol, pois, dos 20 pacientes, 13 tiveram redução e 9 mantiveram a redução ao longo da avaliação, o que demonstra que a intervenção da mesa modifica, clinicamente, os sinais e sintomas de dor e de estresse dos pacientes.

O teste de Poisson mostrou que o grupo que busca o CTV e a intervenção, com a TV-MRRP®, com o objetivo do autoconhecimento como estratégia para minimizar seus conflitos, foi o que apresentou 2,51 vezes maior a probabilidade de reduzir os níveis de cortisol e, também, é o que mais melhorou o nível de depressão pela DASS21.

Ao serem realizadas outras associações: do cortisol com a dor e o estresse; com o cortisol, a dor e o conflito família-trabalho; com o cortisol, o estresse e o conflito família-trabalho; com o cortisol com a depressão e família-trabalho, houve as seguintes associações positivas: a) no escore total de dor e de estresse da DASS, ou seja, quanto mais diminui o nível do cortisol, diminui o escore de dor e estresse; b) no escore da dor e do conflito família-trabalho, conforme diminui o cortisol, diminui o escore da dor, que diminui o conflito família-trabalho; c) no escore do estresse e família-trabalho; conforme diminui o cortisol, diminui o estresse e diminui o conflito família-trabalho; d) no escore da depressão e conflito família-trabalho, ao diminuir o cortisol, diminui a depressão, que diminui o conflito família-trabalho.

Portanto, pode-se afirmar que o processo de cuidado de enfermagem, por meio do CTV, com a intervenção com TV-MRRP®, promove a minimização das manifestações de dor e estresse dos indivíduos nas relações socioambientais de trabalho-família.

Os resultados da medição radiestésica confirmam que, quanto maior o aumento dos níveis de radiestesia emocional, maior a redução dos níveis de dor e de estresse, atestando a importância de se considerar a influência do campo vibracional humano na avaliação da enfermagem e na intervenção para a minimização dos níveis de dor e de estresse.

Diante dos resultados apresentados, recomenda-se que pesquisas futuras sejam realizadas para o aprofundamento do conhecimento acerca do comportamento do campo eletromagnético humano como uma dimensão a ser considerada no cuidado da enfermagem na perspectiva vibracional. Cabe, ainda, destacar que esse conhecimento, também, contribui para o cuidado à saúde dos trabalhadores.

A relação de conflito trabalho-família influencia, diretamente, no processo saúde-doença, conforme identificado neste estudo, o que demonstra que o cuidado de enfermagem

vibracional, na saúde do trabalhador, deve conceber a saúde na perspectiva holística, abrangendo cuidados ao campo eletromagnético dos trabalhadores. A enfermagem é uma profissão de amplo espectro no sentido do cuidar, e esse cuidado exige ações de enfermagem que integrem responsabilidades técnicas, mas também de ordem psicológica e emocional; e isso requer um cuidado atento do enfermeiro para perceber os desequilíbrios em todos esses campos.

A partir desses resultados, entende-se a importância de o enfermeiro considerar o campo eletromagnético como dimensão do cuidado à saúde, pois o CTV, apresentado neste estudo, demonstra que as intervenções vibracionais auxiliam para a clareza das emoções, o que proporciona expansão de consciência, tanto dos enfermeiros quanto dos pacientes.

Embora os resultados deste estudo tenham sido promissores, há limites em relação ao tamanho da amostra estudada. Ainda, há bastante o que se investigar, haja vista que o estudo permitiu identificar a incipiência de pesquisas, na área de enfermagem, acerca do conflito trabalho-família e família-trabalho e, também, pelo fato de este ser o primeiro estudo investigando a intervenção com a TV-MRRP®.

Diante disso, identifica-se que os resultados do estudo permitem defender a tese de que o processo de cuidado de enfermagem, por meio do cuidado terapêutico vibracional com a intervenção da técnica vibracional Mesa Radiônica Régia Prado®, promove a minimização das manifestações de dor e estresse dos indivíduos nas relações socioambientais de trabalho-família. Desse modo, recomenda-se que sejam realizadas futuras pesquisas com uma amostragem maior sobre o CTV e sobre a intervenção com a TV-MRRP®, a fim de que esta intervenção possa ser reconhecida como uma prática integrativa e complementar em saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. V. N.; BASTOS, A. V. B. Interfaces entre o trabalho e família: questões conceituais e empíricas. **Est. Psicol.**, vol. 23, n. 3, pp. 212-223, 2018.

_____. Interfaces entre trabalho e família: caracterização do fenômeno e análise de preditores. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** [online], vol.17, n.1, pp. 15-21, 2017.

_____. Tradução, adaptação e evidências de validade para a medida de conflito trabalho-família. **Aval. Psicol.** [online], vol. 12, n. 2, pp. 203-212, 2013.

ALBUQUERQUE, L. M. N. F. Avaliando o efeito das essências florais nos traumas e medos em crianças que vivem em situação de pobreza. **Cad. Naturol. Terap. Complem**, v. 5, n. 8, p. 13-20, 2016.

ALLEN, T.; PADDOCK, L. How being mindful impacts individuals' work-family balance, conflict, and enrichment: A review of existing evidence, mechanisms and future directions. In J. Reb & P. W. B. Atkins (Eds.), **Mindfulness in organizations** (pp. 213- 238). Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2015.

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. **Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, p. 244-260, setembro 2018.

ALTHOFF, C. R.; ELSÉN, I. NITSCHKE, R. G. **Pesquisando a família: olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa –livro, 2004.

AÑEL, A. Y. *et al.* Flower therapy in the treatment of medicine students with academic stress. **Medisan**, v. 18, n. 7, p. 890-899, jun.-Jul. 2014.

ANDERSON, J. G.; TAYLOR, A. G. Biofield Therapies and Cancer Pain. **Oncology Nursing Society**. 2012, v. 16. Ed. 1, p 43-48.

ANDRADE, A. L.; OLIVEIRA, M. Z.; HATFIEL, E. Conflito trabalho-família: um estudo com brasileiros e norte-americanos. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** [online], vol.17, n.2, p. 106-113, 2017.

ANDRADE, S. A.; GIOSA, E. G. Autoconhecimento e espiritualidade em vivências simbólicas nas áreas de educação e saúde. **Interespe, Interdisciplinaridade e Espiritualidade na Educação**. ISSN 2179-7498, [S.l.], n. 8, p. 79-85, jun. 2017. ISSN 2179-7498. Disponível em: <<http://ken.pucsp.br/interespe/article/view/33125/22824>> Acesso em: 16 ago. 2020.

APOSTOLO, J. L. A.; MENDES, A. C.; AZEREDO, Z. A. Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 863-871, 2006.

ARAÚJO, D. B.; CARNEIRO, A. A. O.; BAFFA, O.; MORAES, E. R. Biomagnetismo: Nova interface entre a física e a biologia. **Ciência hoje**. São Paulo, 26, 25 – 30, 1999.

AZEVEDO, C. *et al.* Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. **Esc. Anna Nery** [online]. vol.23, n.2, e20180389, Epub, ISSN 2177-9465, 2019.

AZIZI, M.; OSHVANDI, K.; FARHAHIAN, M.; LASHANI, A. O efeito da aromaterapia por inalação com essência de lavanda na intensidade da dor e ansiedade em pacientes queimados: um ensaio clínico randomizado. **Avicenna J Nurs Midwiferycare**. 26 (6): 416-427, 2019.

BAFFA, O.; CARNEIRO, A. A. O.; FERREIRA, A.; MORAES, E. R.; ARAUJO, D. B.; SOSA, M. Biomagnetismo: aspectos gerais e aplicações. **Revista Brasileira de Ensino de Física**. V.22, p 324 – 338, 2000.

BAIA, R. S. M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012. **Revista Rene**, 2014; 15(5): 904-905.

BALDWIN, A. L.; TRENT, N.L. An Integrative Review of Scientific Evidence for Reconnective Healing. **J Altern Complement Med**. 23(8):590-598. doi: 10.1089/acm.2015.0218. Epub 2017 Jun 27. PMID: 28654301; PMCID: PMC5628565, 2017.

BARBOSA, G. P. Reike como prática integrativa e complementar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. V. 8, nº 3, p. 893-897, 2016.

BARNETT, R. C.; GAREIS, K. C. Role theory perspectives on work and family. *In*: M. Pitt-Catsouphes, E. E. Kossek, & S. Sweet (Orgs), **The work and family handbook: Multi-disciplinary perspectives, methods, and approaches** (pp. 209-221). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2006.

BATISTA, K. M.; BORGES, L, M. Terapia Reiki como estratégia de intervenção na dor e no estresse em estudantes de enfermagem. **REVISA**. 9(1):109-17, 2020.

BASTOS, R. A. A sintomatologia do stress sob a ótica da Medicina Tradicional Chinesa. **ABCS healthsci** v. 40 n. 2. P.96-101, 2015.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociência: desvendando o sistema nervoso**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BERGS, Y.; HOOFS, H.; KANT, I.; SLANGEN, J.; JANSEN, N. W. Work-family conflict and depressive complaints among Dutch employees: examining reciprocal associations in a longitudinal study. **Scand J Work Environ Health**. 44(1):69-79. doi: 10.5271/sjweh.3658, 2018.

BESSA, J. H. N.; OLIVEIRA, D. C. O uso da terapia reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 21, n. esp1, p. 660-664, 2013.

BESSA, J. H. N.; JOMAR, R. T.; SILVA, A. V.; PERES, E. M.; WOLTER, R. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Reiki effect on subjectivewell-being: experimental study. **Enferm. glob**. Murcia, v. 16, n. 48, p. 408-428, Epub, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400408&lng=es&nrm=iso> Acesso em: 16 ago. 2020.

BOAVENTURA, A. P.; DURAN, P. A.; MAROCCO, E.C. Conhecimento teórico-prático do Enfermeiro sobre processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. *In*..

Enfermería Global. n. 46, abril, 2017.p194-205. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf> Acesso:
01 out.2020.

BONDI, A.; MORGAN, T.; FOWLER, S. B Effects of Reiki on Pain and Anxiety in Women Hospitalized for Obstetrical- and Gynecological-Related Conditions. **Journal of Holistic Nursing**. 2020. <https://doi.org/10.1177/0898010120936437> Acesso em: 28 set. 2020.

BORGMANN, L.S.; KROLL, L. E.; MÜTERS, S.; RATTAY, P.; LAMPERT, T. Work-family conflict, self-reported general health and work-family reconciliation policies in Europe: Results from the European Working Conditions Survey 2015. **SSM Popul Health**. 2019 Aug 7; 9:100465. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100465. PMID: 31463355; PMCID: PMC6706638.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº971**, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF,2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº849**, de 27 de março de 2017. Incluía Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopati, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 2, p. 577-581, Apr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200577&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 out. 2020. Epub Apr 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.

BRENNANN, B. A. **Mãos de Luz: um guia para a cura através do campo de energia humano**. 21ª Ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

BUNEA, I. M.; SZENTÁGOTAI-TĂTAR, A.; MIU, A. C. Early-life adversity and cortisol response to social stress: a meta-analysis. **Transl Psychiatry**. 2017 Dec 11;7 (12):1274. doi: 10.1038/s41398-017-0032-3. PMID: 29225338; PMCID: PMC5802499.

BUKOWSKI, E. L. The use of self-Reiki for stress reduction and relaxation. **Journal Of Integrative Medicine**. 2015; 13(5):336-340.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S, G. Preditores individuais e ocupacionais da Interação Trabalho-Família e Família Trabalho. **PSIENCIA Revista Latino-americana de Ciência Psicológica**, 9, 1, 2017. Doi: 10.5872/psiencia/9.1.22.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H. M. S. L. Análise de cortisol salivar como biomarcador de estresse ocupacional em trabalhadores de enfermagem. **Revenferm UERJ**, Rio de Janeiro, v 22, n 4, p 447-53, 2014.

CARNEIRO A. A. O.; FERREIRA, A.; MORAES E. R.; ARAUJO, D. B.; SOSA, M.; BAFFAO. Biomagnetism: Instrumental Aspects and Applications. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v 22, n 3, 2000.

CARDOZO, L.; TUCCI, A. M. Effectiveness of an alternative intervention in the treatment of depressive symptoms. **Journal of affective disorders**. v. 276, p. 562-569, 2020.

CARR, J. C.; BOYAR, S. L.; GREGORY, B. T. The moderating effect of work-family centrality on work-family conflict, organizational attitudes, and turnover behavior. **Journal of Management**, v. 34, n. 2, p. 244-262, 2008.

CARVALHO, V. S.; CHAMBEL, M. J.; NETO, M.; LOPES, S. Does work-family conflict mediate the associations of job characteristics with employees' mental health among men and women? **Frontiers in Psychology**, 9, 1-12, 2018.

CERRATO, J.; CIFRE, E. Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. **Front Psychol**. 2018. Published 2018 Aug 3. doi:10.3389/fpsyg.2018.01330.

CEZAR-VAZ, M. R.; SOARES, M. C. F.; MARTINS, S.R.; SENA, J.; SANTOS, L.R.; RUBIRA, L.T.; COSTA, V.Z.; LUCILLO-BAISCH, A. L. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm**. v.14, n3, p. 391-7, 2005.

CHAVES, L. D. P.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M.; ALVES, L. R.; SILVAM, F.; CAMELO, S. H. H. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 70, n. 5, p. 1106-1111, Oct. 2017.

CHHABRA, G.; PRASAD, A.; MARRIBOYINA, V. Comparison and performance evaluation of human bio-field visualization algorithm. *Arch Physiol Biochem*. 2019, Nov 17:1-12. doi: 10.1080/13813455.2019.1680699. **Epub ahead of print**. PMID: 31736388.

CHROUSOS, G. P.; KINO, T. Redes de ação glicocorticóide e distúrbios psiquiátricos e / ou somáticos complexos. **Estresse [Internet]**. v10, n 2, p 213-9. jun. de 2007.

CROSSETTI, M. G. O.; GOES, M. G. O. Translação do conhecimento: Um desafio para prática de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enfer**. 2017, V38, 2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.74266>.

COELHO, S. M. S.; MENDES, I. M. D. M. Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 845-850, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400026&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>.

COHEN, M.; ALMEIDA, G. J.; PECCIN, M. S. O stress e as dores musculoesqueléticas. In: Lipp MEN (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas**. 3ª ed. São Paulo; 2010.p.121–124.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 197/1997**. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ ou qualificação do profissional de enfermagem. In: CORENSP. Conselho regional de enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares. São Paulo, p. 15960, 2001.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 389/2011**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato stricto sensu concedido a enfermeiros e especialistas. Publicada no DOU nº202, de 20 de outubro de 2011, pág.146. Seção1. Brasília (DF): 18 out. 2011.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 03 out. 2020.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Decisão COFEN nº 0066/2018**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-0066-2018_62649.html> Acesso em: 04 out. 2020.

COLLADO, A.; GOMEZ, E.; COSCOLLA, R.; SUNYOL, R.; SOLÉ, E.; RIVERA, J.; ALTARRIBA, E.; CARBONELL J, CASTELLS X. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. **BMC Health Serv Res**. 2014 Nov 11; 14:513. doi: 10.1186/s12913-014-0513-5. PMID: 25385047; PMCID: PMC4236464.

COOKLIN, A. R.; DINH, H.; STRAZDINS, L.; WESTRUPP, E.; LEACH, L. S.; NICHOLSON, J. M. Change and stability in work-family conflict and mothers' and fathers' mental health: Longitudinal evidence from an Australian cohort. **Soc. Sci Med**. 2016; 155:24-34. doi:10.1016/j.socscimed.2016.02.036.

CORRÊA, C. A.; VERLENGIA, R.; RIBEIRO, A. G. S. V.; CRISP, A. H. Níveis de estresse, ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de COVID-19 em praticantes de Yoga. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-7, 17 jul. 2020.

CORTINA, A. H.; PAZ, C. G. **La Enfermería como disciplina profesional holística**. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 20 ago. 2020.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar** (2a ed.). Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CONNERTON, C. S.; MOE, C. S. The essence of spiritual care. **Creative Nursing**. 24(1), 2018, p. 36-41.

COUTO, A; KOWALSKI, G.; CLARO, L. Encontros com a Educação Ambiental e a Educação Profissional: um relato sobre a Espiritualidade como possibilidade nos processos formativos. RELACult – **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade** V. 04, edição especial, nov. 2018, artigo nº 976, ISSN: 2525-7870.

CROSSETTI, M.G.O.; GOES, M.G.O. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico de enfermagem. In: Herdman TH, (Org.). **PRONANDA: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016;4(1):9-34.

CUNNINGHAM, J. G. **Tratado de Fisiologia Veterinária**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2008.

DE'CARLI, J. **Reiki Universal**. 13^a ed. São Paulo: Butterfly, 2014.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em: 20 de set. 2019.

DIAZ, L. J. R.; CRUZ, D. A. L. M. Modelo de adaptação em um ensaio clínico controlado com cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0970017, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400609&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 ago. 2020. Epub Jan 08, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720170000970017>.

DOGAM, M. D. **The effect of reiki on pain:** A meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2018; 31(ISuppl):384-387.

DUTRA, H. S.; REIS, V. N. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v10, n.6, p 2230-41, 2016.

DYER, N. L.; BALDWIN, A. L. E RAND, W. L. A Large-Scale Effectiveness Trial of Reiki for Physical and Psychological Health. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**. Dez. 2019.1156-1162.<http://doi.org/10.1089/acm.2019.0022>.

ELER, G. J.; JAQUES, A. E. **O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 10, n. 3, p. 185-190, set./dez. 2006.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

ELSEN, I.; MARCON, S. S; SANTOS, M. R. dos S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá/PR: UEM, 2002.

EUROFOUND. **Fifth European working conditions survey**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.

_____. **Riscos psicossociais na Europa:** Prevalência e estratégias de prevenção, 2014.

FAN, K. W. National center for complementary and alternative medicine website. **Journal of the Medical Library Association**, vol. 93, no. 3, p. 3, 2005.

FEIJO, M. R. *et al.* Conflito trabalho-família: um estudo sobre a temática no âmbito brasileiro. **Pensando fam**. Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 105-119, jul. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2017000100009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 28 set. 2020.

FERREIRA, R. S. S. **Reiki:** uma abordagem do ponto de vista das emoções. João Pessoa: Libellus Editorial, 2018.

FERREIRA, R. **Radiestesia com pêndulo:** em nova dimensão. 3^a Ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

FIKSDAL, A.; HANLIN, L.; KURAS, Y.; GIANFERANTE D, CHEN X, THOMA M. V.; ROHLEDER, N. Associations between symptoms of depression and anxiety and cortisol responses to and recovery from acute stress. **Psychoneuroendocrinology**. 2019 Apr; 102:44-52. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.11.035. Epub 2018 Nov 24. PMID: 30513499; PMCID: PMC6420396.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da Pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAG, V.L.; ANDRADE, A.; BADKE, M.R.; HECK, R.M.; MILBRATH, V.M. A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online) [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 23];10(1):248-53. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5967>. Acesso em: 25 ago. 2020.

FREITAG, V. L. A.; BADKE, A.; ROSSATO, M. El Reiki como forma terapêutica en El cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. **Enferm. glob.** 2015;14(38):335-345.

FREITAG, V.L.; DALMOLIN, I.S.; BADKE, M.R.; ANDRADE, A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto & contexto enferm.** 2014; 23 (4): 1032-40. ULR: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf. Acesso em 26 ago. 2020.

GADOTTI, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 2007.

GNATTA, J. R. *et al.* Aromaterapia e enfermagem: concepção histórica e teórica. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 50, n. 1, pág. 127-133, fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000100127&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 de ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100017>.

GOHN, M. G. **Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativo do terceiro setor**. – 2 ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

GOBATTO, C. A.; CAVALCANTI, T. C. F. A Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Concepções de Profissionais da Saúde. **Psicologia USP**. 2013.

GRACA, B. C. *et al.* Uso da auriculoterapia no controle da lombalgia, ansiedade e estresse de profissionais do sistema penitenciário. **BrJP**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 142-146, Mar. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922020000200142&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 set. 2020. Epub June 03, 2020. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200025>.

GREENHAUS, J. H.; ALLEN, T. D.; SPECTOR, P. E. **Health consequences of work-family conflict: The dark side of the work-family interface**. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* Vol. 5, pp. 61–98. 2006.

GREENHAUS, J. H.; BEUTELL, N. J. **Sources of conflict between work and family roles**. *Academy of Management Review*, 10(1), 76-88, 1985.

GRISARD, W.; FILHO. **Famílias reconstituídas**: Breve introdução ao seu estudo. In G. C. Groeninga, & R. C. Pereira (Orgs.), *Direito de família e psicanálise: Rumo a uma nova epistemologia* (pp. 255-268). Rio de Janeiro: Imago, 2003.

GRONOWICZ, G.; BENGSTON, W. YOUNT, G. Challenges for Preclinical Investigations of Human Biofield Modalities. **Glob Adv Health Med**. 2015; 4 (Supl): 52-57. doi: 10.7453/gahmj.2015. 013.suppl

GUILLE, C.; FRANK, E.; ZHAO, Z.; KALMBACH, D. A, NIETERT, P. J.; MATA D. A.; SEM, S. Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. **JAMA Intern Med**. 2017 Dec 1;177(12):1766-1772. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.5138. PMID: 29084311; PMCID: PMC5820732.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HARTMAN, D. J. E. **Radiônica e Radiestesia**: manual de trabalho com padrões de energia, São Paulo: Ed Pensamento, 2006.

HELLHAMMER, D.H.; WÜST, S.; KUDIELKA, B.M. Cortisol salivar comobiomarcadorna pesquisa de estresse. **Psiconeuroendocrinologia** [Internet].; v 34, n 2, p 163-71, 2009.

HERMANN, N. **Hermenêutica e Educação**. Rio de Janeiro: DP&A.2002.

IENNE, A.; FERNANDES, R. A. Q.; PUGGINA, A. C. A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170082, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452018000100202&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 25 ago. 2020.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafio das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 22, nº 2, p 233 – 238, 2012.

JAIN, S.; PAVLIK, D.; DISTEFAN, J.; BRUYERE, R. L.; ACER, J.; GARCIA, R.; COULTER, I.; IVES, J.; ROESCH, S. C.; JONAS, W.; MILLS, P. J. Complementary medicine for fatigue and cortisol variability in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. **Cancer**. 2012 Feb 1;118(3):777-87. doi: 10.1002/cncr.26345. Epub 2011 Aug 5. PMID: 21823103.

JASEMI, M.; VALIZADEH, L.; ZAMANZADEH V. A Concept analysis of holistic care by hybrid model. **Indian J Palliat Care** 2017; 23:71–80.doi:10.4103/0973-1075.197960.

JENNINGS, K. M. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. **ANS Adv Nurs Sci**. 2017;40(4):370-383. doi:10.1097/ANS.000000000000175 Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e0660017.pdf>> Acesso em: 26 ago. 2020.

JERG-BRETZKE, L.; LIMBRECHT-ECKLUNDT. K.; WALTER, S.; SPOHRS, J.; BESCHONER, P. Correlations of the "Work-Family Conflict" With Occupational Stress-A Cross-Sectional Study Among University Employees. **Front Psychiatry**. 2020; 11:134.

Published 2020 Mar 18. doi:10.3389/fpsy.2020.00134.

JOHNSON, J. R.; CRESPIAN, D. J.; GRIFFIN, K. H. et al. The effectiveness of integrative medicine interventions on pain and anxiety in cardiovascular inpatients: a practice-based research evaluation. **BMC Complement Altern. Med.**, 2014; 14:486. Published 2014 Dec 13. doi:10.1186/1472-6882-14-486.

JUNIOR, E. T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. Avanç.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

KAIRALLA, I. C. J.; SMITH, M. P. C. A Musicoterapia na medicina quântica. *In*: Cantare: **Rev. nucestudpesqinterdiscmusicot.** v. 4, p. 23-45, 2013.

KAN, D.; YU, X. Occupational Stress, Work-Family Conflict and Depressive Symptoms among Chinese Bank Employees: The Role of Psychological Capital. **Int J Environ Res Public Health.** 2016;13(1):134. Published 2016 Jan 16. doi:10.3390/ijerph13010134

KANTER, R. M. **Work and family in the United States: A critical review and agenda for research and policy.** New York: Russell Sage Foundation 1977.

KEEFE, J. R.; GUO, W.; LI, Q. S.; AMSTERDAM, J. D.; MAO, J. J. An exploratory study of salivary cortisol changes during chamomile extract therapy of moderate to severe generalized anxiety disorder. **J Psychiatr Res.** 2018 Jan; 96:189-195. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.011. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29080520; PMCID: PMC5710842.

KOBAYASHI, T.; HONJO, K.; ESHAK, E. S. et al. Work-family conflict and self-rated health among Japanese workers: How household income modifies associations. **PLoS One.** 2017;12 (2): e0169903. Published 2017 Feb 16. doi: 10.1371/journal.pone.0169903.

KOBAYASHI, T.; HONJO, K.; ESHAK, E. S.; ISSO, H.; SAWADA, N.; TSUGANE, S. **Japan Public Health Center-based Prospective Study for the Next Generation (JPHC-NEXT) Study Group.** Work-family conflict and self-rated health among Japanese workers: How household income modifies associations. *PLoS One.* 2017 Feb 16;12(2): e0169903. doi: 10.1371/journal.pone.0169903. PMID: 28207757; PMCID: PMC5312934.

KOENIG H. G. **Religion, spirituality, and health: a review and update.** *Adv Mind Body Med.* 2015; 29 (3):11-8.

KUDIELKA, B. M.; BUCHTAL, J.; UHDE, A.; WÜST, S. Perfis circadianos de cortisol e auto-relatos psicológicos em trabalhadores de turno com e sem alteração recente no sistema de rotação de turnos. **BiolPsychol** [Internet], v. 74, n 1, p. 92-103, 2007.

KUREBAYASHI, L. F.; TURRINI, R. N.; SOUZA, T. P.; MARQUES, C. F.; RODRIGUES, R. T.; CHARLESWORTH, K. Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. **Ver.LatAm. Enfermagem.** 2017; 25: e2843. Published 2017 Apr 6. doi:10.1590/1518-8345.1761.2843.

KUREBAYASHI, L. F. S.; TURRINI, R. N.T; SOUZA, T. P. B.; TAKIGUCHI, R. S.; KUBA, G.; NAGUMO, M. T. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692016000100434&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Aug. 2020. Epub nov. 28, 2016. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>.

KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. **Rev. Latinoameric. Enferm.** v. 24, n. 28, p. 1-8, 2016.

LABOISSIÈRE, P. No Dia Mundial da Saúde, OMS alerta sobre depressão. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos. Abril de 2017. Disponível em: <<http://www.revistahscsm.coc.fiocruz.br/no-dia-mundial-da-saude-oms-alerta-sobre-depressao/#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20OMS,17%2C4%20milh%C3%B5es%20de%20casos>> Acesso em: 29 set. 2020.

LACEY, R. E.; SACKER, A.; KUMARI, M.; WORTS, D.; MCDONOUGH, P.; BOOKER, C.; MCMUNN, A. Work-family life courses and markers of stress and inflammation in mid-life: evidence from the National Child Development Study. **Int J Epidemiol.** 2016, aug., 45(4):1247-1259. doi: 10.1093/ije/dyv205. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26467761; PMCID: PMC5841625.

LEAHEY, M.; WRIGHT, L. M. Aplicação dos modelos de avaliação e intervenção da família Calgary: reflexões sobre a reciprocidade entre o pessoal e o profissional. **Journal of Family Nursing**, v. 22, n 4, p. 450-459, 2016.

LEE, S. J.; LEE, S. H.; GILLEN M.; KRAUSE, N. Job stress and work related musculoskeletal symptoms among intensive care unit nurses: a comparison between job demand-control and effort-reward imbalance models. **Am J Ind. Med.**, 2013; 57(2):214-221.

LEVINE, M. E. **Introduction to clinical nursing.** F. A. Davis Company: Filadélfia, P. A. 1973.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N.; NOVAIS, L. E. **Stress ao longo da vida.** São Paulo: Editora Ícone, 2017.

LU, Y.; HU, X. M.; HUANG, X. L. The relationship between job satisfaction, work stress, work-family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: a cross-sectional study. **BMJ Open.** 2017; 7(5): e014894. Published 2017 May 12. doi:10.1136/bmjopen-2016-014894.

LUPIEN, S. J.; MAHEU, F.; TU, M.; FIOCCO, A.; SCHRAMEK, T. E. **The effects of stress and stress hormones on human cognition:** Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, Vancouver, v. 65, n. 3, p. 209-237, dez. 2007.

LUVISON, A.; MAEYAMA, M. A.; NILSON; L. G. Análise das Práticas Integrativas e Complementares em saúde sob a luz da integralidade. **Brazilian Journal of health Review.** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2634-2650, 2020.

MACHADO, A. **Poesias completas.** Madrid. Espasa. Calpe, 2001.

MAGALHÃES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Esc. Anna Nery** [internet], 2013, 17(4):646-653. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452013000400646&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 ago. 2020.

MAGALHÃES, J. **O grande livro do Reiki**: Manual prático e atualizado sobre a arte da cura - níveis 1,2 e 3. 3ª ed., Nascente, Amadora, 2016.

MARX, K. **O capital**: Crítica da Economia Política. 32. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.1, 2014.

MEDEIROS, S. P.; OLIVEIRA, A. M. N.; SILVA, M. R. S. FREITAG, V. L.; AFONSO, M. S. Práticas integrativas e complementares: estratégia de cuidado por meio do Reiki em pessoas com depressão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, e127922149, 2019, p. 1-17. Disponível em: <<https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/2149/1766>> Acesso em: 2 mar. 2020.

MELO, S. C. C. *et al.* Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeira. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.

MELLO, T. C. A.; BRITO, R. S. Efetividade do toque terapêutico no alívio de sintomatologia do paciente. **Revista Saúde**. Santa Maria, v. 41 n. 2, p. 45-52, 2015.

MIDILLI, T. S.; ESER, I. Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. **Pain Manag Nurs**, 2015; 16:388-99.

MONROE, C. M. The Effects of Therapeutic Touch on Pain. **Journal of Holistic Nursing**. 2009, 27(2): 85-92.

MONTIBELER, J.; DOMINGO, S. T. S.; BRAGA, E. M.; GNATTA, J. R. KUREBAYASHI, L. F. S.; KUREBAYASHI, A. K. Effectiveness of aromatherapy massage on the stress of the surgical center nursing team: a pilot study. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 52, p. 3348, 2018.

MORA, J. A. O. Efeito da terapia vibracional por biocomunicação instrumental sobre fatores de risco da doença arterial coronariana e modulação da frequência cardíaca. 28f. **Dissertação (mestrado)** - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, São Paulo, 2017.

MORALES, D. M. **Florais de Bach** - Fundamentos. São Paulo: AGBOOK, 2017.

MOVAFFAGHI, Z.; FARSI, M. **Biofield therapies**: Biophysical basis and biological regulations? *Complementary Therapies in Clinical Practice*. n. 15. pp.35–37, 2009.

MUEHSAM, D.; CHEVALIER, G.; BARSOTTI, T.; GURFEIN, B. T. An Overview of Biofield Devices. **Glob Adv Health Med**. 2015, nov., 4 (Suppl):42-51. doi: 10.7453/gahmj.2015.022.suppl. Epub 2015 Nov 1. PMID: 26665041; PMCID: PMC4654784.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Nursing Diagnoses**: definitions and classification: 2018/2020. Philadelphia; 2020.

NASCIMENTO, L. B. *et al.* Integrative and complementary therapy in nursing: therapeutic touch in intensive care unit. **Rev. enferm.** UFPE.v.6, n.1, p.9-16,2012.

NICOLAIDES, N. C.; CHARMANDARI, E.; KINO, T.; CHROUSOS, G. P. Secreção circadiana e relacionada ao estresse e ações de tecidos alvo de glicocorticóides: impacto na saúde. **Endocrinol frontal** [Internet]. v. 8, p 1-11, 2017.

NOTTE, B. B.; FAZZINI, C.; MOONEY, R. A. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty: A pilot study. **Nursing**. 2016, feb., 46 (2):17-23. doi: 10.1097/01.NURSE.0000476246.16717.65. PMID: 26760383.

NOURBAKHS, M. R.; BELL, T. J.; MARTIN, J. B.; ARAB, A. M. The Effects of Oscillatory Biofield Therapy on Pain and Functional Limitations Associated with Carpal Tunnel Syndrome: Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study. **J Altern Complement Med**. 2016, nov., 22 (11):911-920. doi: 10.1089/acm.2016.0083. Epub 2016 Aug 3. PMID: 27487406; PMCID: PMC5116698.

NÜTZI, M.; KOCH, P.; BAUR, H.; ELFERING, A. Work-Family Conflict, Task Interruptions, and Influence at Work Predict Musculoskeletal Pain in Operating Room Nurses. **Saf Health Work**. 2015, 6 (4):329-337. doi:10.1016/j.shaw.2015.07.011.

OLIVEIRA, B. A. O.; MORAES, M. I. M. **Dor no paciente oncológico**: revisão de literatura para o médico não-especialista em oncologia. JBM, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 95-102, 2002.

OLIVEIRA, P. M.; RODRIGUES, B. B.; CARDOSO, R. R. J.; ARAÚJO, G. F.; SEVERINO, I. G. C.; MARQUES, F. F. Reiki e meditação mindfulness no manejo do paciente com dores crônicas: uma revisão de literatura. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1155-1167, 2020.

OLIVEIRA, R. C.; LEITE, J. C. C. **Perspectiva**: Ciência e Saúde, Osório, V. 5 (1): 48-61, Mar 2020.

OLIVEIRA, R. M. J. Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. 165 f. **Tese (Doutorado em Ciências)** – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2014-2023**. China:Hong Kong SAR, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1. Acesso em: 15 ago. 2019.

OSCHMAN, J. L. **Energy medicine**: the scientific base. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

PEREIRA, C. R. R.; ARPINI, D. M. **Os irmãos nas novas configurações familiares**. Psicologia Argumento, v.30, n.69, p.275-285,2012.

PERUCCHI, J.; BEIRÃO, A. M. Novos arranjos familiares: Paternidade, parentalidade relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. **Psicologia Clínica**, v.19, n. 2, p.57-69, 2007.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30. n. 3, p. 473-83, dez. 1996.

- PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 62.
- PREMEAUX, S. F.; ADKINS, C. L.; MOSSHOLDER, K. M. Balancing work and family: Afield study of multi-dimensional, multi-role work-family conflict. **Journal of Organizational Behavior**, v 28, p. 705-727. 2007.
- QUESADA, A. A.; WIEMERS, U. S.; SCHOOF, D.; WOLF, O. T. Psychosocial stress exposure impairs memory retrieval in children. **Psychoneuroendocrinology**, v. 37, n. 1, p. 125-136, 2012.
- RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia** (Campinas), 32(2), 2015. 269-280. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011> Acesso em: 11 jun. 2020.
- REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, dez. 2010.
- REIS, E. F. **Varas de família: um encontro entre psicologia e direito**. Curitiba: Juruá. 2010.
- RIBEIRO, B. M. S. S.; MARTINS, J. T.; SILVA, V. A. TESTON, E. F.; SILVA, A. C. MARTINS, E. A. P. Enfermagem do trabalho na construção civil: contribuições à luz da teoria da adaptação de Roy. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v.17, n. 2, 2019. DOI: 10.5327/Z1679443520190364 Acesso em: 28 set. 2020.
- RIBEIRO, J. A.; ARAUJO M, H, P.; VIEIRA, E, S.; MAIA, A, E, D.; COSTA, D. A.; SOUZA, M, S.; Uso da Terapia Floral na Ansiedade e Estresse. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.4404-4412 mai./jun. 2020.
- RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. G. O.; SIQUEIRIA, D. S. **Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000402072&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 ago. 2020.
- RIEGEL, F.; CROSSETTI, M. Referenciais teóricos e instrumentos para avaliação do pensamento crítico na enfermagem e na educação. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 39, e2017-0097, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100502&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 mai. 2020. Epub July 23, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0097>.
- ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem Pediátrica e a abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-Americ. Enfermagem**. 10 (5):709-14, 2002.
- RODRIGUES, A. **Radiestesia clássica e cabalística**, 1ª. ed., São Paulo: Ed Fábrica de Letras, 2000.
- _____. **Radiestesia prática e ilustrada**. 1ª. ed. São Paulo: Ed Fábrica de Letras, 2003.
- ROSS, C. L. Energy Medicine: Current Status and Future Perspectives. **Glob Adv. Health Med**. 2019; 8:2164956119831221 Feb 27. doi:10.1177/2164956119831221.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 332-345, abr./jun. 2015

ROUDINESCO, E. **A família em desordem** (A. Telles. Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. 2003.

RUBIK, B. Energy medicine and the unifying concept of information. **Alternative therapies in health and medicine.**, v 1, n 1, p 34–9, 1995.

RUBIK, B. Muehsam D, Hammerschlag R, Jain S. Biofield Science and Healing: History, Terminology, and Concepts. **Glob Adv. Health Med.** 2015;4(Suppl):8-14. doi:10.7453/gahmj.2015.038.supp

SÁ, A. C. **Toque Terapêutico: Pelo Método Krieger-Kunz**. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

SACCO, P. R., FERREIRA, G. C. G. B., SILVA, A. C. C. Aromaterapia no auxílio do combate ao estresse: bem-estar e qualidade de vida. **Revista Científica da FHO|UNIARARAS**, v. 3, n. 1, 2015.

SAFAVI, M.; YAHYAVI, S. T.; NARAB, H. F.; YAHYAVI, S. H. Association between spiritual intelligence and stress, anxiety, and depression coping styles in patients with cancer receiving chemotherapy in university hospitals of Tehran University of medical science. **J Câncer Res Ther.** 2019;15(5):1124-1130. doi:10.4103/jcrt.JCRT_382_17

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. **Acta paul. Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 238-242, 2012.

SALVO, S. D. **Sinfonia da Energia**. 1ª. ed. São Paulo: Ed Biblioteca 24horas, 2009.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 38. ed. Campinas: Autores Associados, 2006.

SCHWEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012.

SHATTUCK, E. C.; MUEHLENBEIN, M. P. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. **Journal of Religion and Health**, 2018, p. 1-20.

SMOKTUNOWICZ, E.; CIEŚLAK, R. How job and family demands impact change in perceived stress: A dyadic study. **Int J Occup Med Environ Health.** 2018;31(2):199-215. doi:10.13075/ijomeh.1896.01134

SOUTHARD, M. E. Espiritualidade: o elo que faltava para os cuidados de saúde holísticos. **Journal of Holistic Nursing**, 38 (1), 4-7 <https://doi.org/10.1177/0898010119880361> 2020 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898010119880361>

SILVA, J. J. **Estresse: o impulso da vida**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2005.

SILVEIRA, J. C. D. **Caderno de Radiestesia: Instruções práticas sobre investigação dos efeitos das ondas de baixa frequência na saúde dos seres vivos e do ambiente rural**. 1ª. ed. Minas Gerais: Ed Universidade Federal de viçosa, 2011.

SOARES, L. C. E. C. **A família com padrasto e/ou madrasta: Um panorama.** In L. M. T. Brito (Org.), *Famílias e separações: Perspectivas da Psicologia Jurídica* (pp. 81-112). Rio de Janeiro: ED/UERJ. 2008.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. **Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária.** *Cad. Saúde Pública*; v 33, n 1,2017.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa Online **Rev. Latino-amer. Enfermagem**, 2007.

SOUZA, L. P. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. Id online **Rev. mult. psic**, 11(38), 177-198, 2017.

SOUZA, M. S. V. B. **Revisitando o significado do estresse no conceito das organizações: uma breve revisão teórico-conceitual.** Brasília, 2014. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em gestão de pessoas e Coaching) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

SROYKHAM, W.; WONGSAWAT, Y. Effects of brain activity, morning salivary cortisol, and emotion regulation on cognitive impairment in elderly people. **Medicine (Baltimore)**. 2019, jun., 98 (26): e16114. doi: 10.1097/MD.00000000000016114. PMID: 31261527; PMCID: PMC6616250.

ŠUŠOLIAKOVÁ, O.; ŠMEJKALOVÁ, J.; BIČÍKOVÁ, M.; HODAČOVÁ, L.; MÁLKOVÁ, A.; FIALA, Z. Assessment of work-related stress by using salivary cortisol level examination among early morning shift workers. **Cent Eur J Public Health**. 2018, jun., 26 (2): 92-97. doi: 10.21101/cejph. a5092. PMID: 30102496.

SPENGLER, F. M. **Mediação de conflitos: da teoria a prática.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016.

STAUDT, A. C. P.; WAGNER, A. Paternidade em tempos de mudança. **Psicologia: Teoria e Prática**, v 10, n.1, p174-185,2008.

SURIANO, M. L. Identificação das características definidoras de medo e ansiedade empacientes programadas para cirurgia ginecológica. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22 (nº Espec): 928-34.

TADINH, S.; NICKEL, M. M.; TIEMANN, L. *et al.* Braindys function in chronicpainpatientsassessedbyresting-stateelectroencephalography. *Pain*. 2019;160(12):2751-2765. doi:10.1097/j.pain.0000000000001666 **Jornal Internacional de Cirurgia Oral e Maxilofacial**, v. 48, ed. 5, mai. 2019, p. 669-674.

TAETS, G. G. C.; FIGUEIREDO, N. M.A. A quasi-experimental nursingstudyonpain in comatosepatients. **Rev. Bras. Enferm**. [Internet], v. 69, n. 5, p. 871-6, 2016.

TAETS, G. G.C.; FIGUEIREDO, N. M.A.; CAPELLA, M. A. M. Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. **Rev. Latino-Americ. Enfermagem** [online], 2019, v.27, e3115. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100303&lng=en

&nrm=iso> Acesso em: 16 ago. 2020. Epub Jan 17, 2019. ISSN 1518-8345.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2456.3115>.

14. Timmers, I; Al aas; CWEM.Quaedflieg; EE.Briggs; T.Smeets; JR de Jong. O medo da dor e a reatividade do cortisol predizem a força da hipoalgesia induzida por estresse. *European Journal of Pain*. 2018, agosto, v.22 n 7 P.1291-1303. Doi 10.1002/ejp1217. Disponível e <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.1217>>. Acesso em: 07/01/2021.

THOMAS, L. S.; STEPHENSON, N.; SWANSON, M. A Pilot Study: The Effect of Healing Touch on Anxiety, Stress, Pain, Pain Medication Usage, and Physiological Measures in Hospitalized Sickle Cell Disease Adults Experiencing a Vaso Occlusive Pain Episode. **Journal Of Holistic Nursing**. 2013; 31(4):234-247.

VALLE, L. E. L. R. **Estresse e distúrbios do sono no desempenho dos professores: saúde mental no trabalho**, 2011, 208f. Tese de Doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cad. CEDES**, 2009, 29 (79): 323-34.

VELIZ-ROJAS, L.; SAAVEDRA, A. B. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. **Enfermagem Actual**. Costa Rica, n. 32 v. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i32.26989>.

WAGNER, A. Possibilidades e potencialidades da família – A construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Org.), **Família em cena** – Tramas, dramas e transformações (pp. 23-38). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

WANG, X.; ZHANG Q.; SHAO, J.; YE, Z. Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2020 Jun 21;10(6):e036546. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036546. PMID: 32565472; PMCID: PMC7311031.

WANG, Y.; PENG, J.; Work – Family Conflict and Depression in Chinese Professional Women: The Mediating Roles of Job Satisfaction and Life Satisfaction. **Int J Ment Health Addiction** 15, 394–406, 2017. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9736-0>

WEBSTER, L. C.; HOLDEN, J. M.; RAY, D. C.; PRICE, E.; HASTINGS, T. M. The Impact of Psychotherapeutic Reiki on Anxiety, **Journal of Creativity in Mental Health**, 15: 3, 2020. 311-326, DOI: 10.1080 /15401383.2019.1688214

ZALEWSKA, A. M. Konflikty praca–rodzina i rodzina–praca a zdrowie: ochronna rola zaangażowania i zadowolenia z pracy [Work-family and family-work conflicts and health: the protective role of work engagement and job-related subjective well-being]. **Med Pr.**, 2020, 71 (1): 33-46. doi: 10.13075/mp.5893.00908

ZINS, S.; HOOKE, M. C.; GROSS, C. R. Reiki for Pain During Hemodialysis: A Feasibility and Instrument Evaluation Study. **J Holist Nurs**. 2019, jun., 37 (2): 148-162. doi: 10.1177/0898010118797195. Epub 2018 Aug 31. PMID: 30170509.

ZILIOLI, S.; IMAMI, L.; SLATCHER, R. B. The impact of negative family-work spillover on diurnal cortisol. **Health Psychol.** 2016, oct., 35 (10): 1164-7. doi: 10.1037/hea0000380. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27280370; PMCID: PMC5033681, 2016.

ZUARDI, A. W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde.** Academia Edu, São Paulo, S.d.p.1-13, 2014.

ZYGA, S. Avaliando a espiritualidade dos pacientes: uma abordagem holística da nova era ou uma prática de enfermagem esquecida? **Revista de Ciências da Saúde**, 9 (3), 1, 2105. Disponível em: <<http://www.hsj.gr/medicine/assessing-patients-spirituality-a-new-age-holistic-approach-or-a-forgotten-nursing-practice.php?aid=6528>> Acesso em: 20 set. 2020.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Dda^a Andréia Martins do Couto (COREN 252.789, e-mail: andreiamc.enf@hotmail.com) intitulado, “**Enfermagem holística nas relações socioambientais família-trabalho**: um estudo de intervenção com a técnica vibracional da mesa radiônica”

Declaro que fui informado de forma nítida

- que este trabalho objetiva analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da mesa radiônica sob os níveis de estresse e de dor provenientes das relações socioambientais na família e no trabalho;
- que o mesmo justifica – pela busca do cuidado de enfermagem, por meio de uma abordagem holística, compreendendo o indivíduo frente as suas dimensões físicas, mentais, emocionais e espirituais. Bem como pela forma de relacionar-se com fatores socioambientais, como a família e o trabalho, elementos que podem influenciar nos sinais e sintomas de dor e de estresse, demandando a necessidade de intervenção de enfermagem por meio da aplicação da técnica vibracional mesa radiônica. Permitindo o realinhamento ou o tratamento destes sinais e sintomas através do alinhamento bioenergético do indivíduo. É pouco estudado;
- que será realizado, por meio da coleta de dados, em 3 tempos. No primeiro, será realizada a coleta do biomarcador do cortisol e a aplicação das métricas para dor, estresse e conflito de trabalho-família. No segundo tempo, ocorrerá a aplicação da técnica vibracional mesa radiônica. No terceiro tempo, será realizado o mesmo procedimento do primeiro.
- que os benefícios esperados, a partir do conhecimento produzido, possibilitarão analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da mesa radiônica sob os níveis de estresse e de dor provenientes das relações de família e de trabalho. Acredita-se que o conhecimento produzido, neste estudo, subsidie a enfermagem a prestar assistência aos indivíduos por meio de uma abordagem holística.
- que os riscos mínimos associados ao trabalho, relacionados à possível negativa dos indivíduos em processo terapêutico a participarem do estudo, inviabilizaria sua realização.

Em caso de possível dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou por tratamentos propostos nesta pesquisa, será disponibilizada assistência integral e gratuita.

- com a garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- com a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- com a segurança de que não serei identificado, mantendo caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- com a manutenção de todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- com o compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como aos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- com a divulgação dos resultados do trabalho transcritos e analisados com responsabilidade e com honestidade e veiculado para a comunidade geral e científica em eventos e publicações;

- com a busca, novamente, dos informantes para discutir os resultados, oferecendo maior fidedignidade a eles;
- com a disponibilização de consulta com profissional especializado na área psíquica do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr, para oferta de apoio emocional e esclarecimentos, em caso de dano pessoal, diretamente causado pela participação no estudo;

Este documento está em conformidade com a Resolução CONEP, 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, assinado em duas vias, considerando que uma ficará com a professora responsável pela pesquisa e a outra será entregue ao participante.

Rio Grande, _____ de _____ de 2019.

Dda^a Enf. Andréia Martins do Couto
Contato: (55) 999509434

Assinatura do entrevistado
Nº de um documento

Apêndice II- Anamnese de enfermagem a partir de uma abordagem holística de enfermagem
Dados de identificação:

Nome:	Idade:	
DN:		
Data:	Tel.:	E-mail:
Endereço		
Cidade:	Estado:	
Profissão:	Vínculo empregatício:	

Princípio de conservação e integridade pessoal

Motivo da busca do atendimento com a técnica vibracional MR?

.....

.....

.....

.....

Histórico de doenças prévias? () sim () não

Qual?

.....

.....

.....

.....

Fez uso de algum tratamento terapêutico? () sim () não

Qual? Quanto tempo?

.....

.....

.....

.....

Faz uso de medicações? Quais?

.....

.....

.....

.....

Princípio de conservação e integridade estrutural

Sente dores?

Sim Não

Aplicação do questionário McGill - avaliação do padrão de dor (APENDICE II)

Resultado

Sente-se estressado? Sim não

Aplicação da escala DMSS21 (APENDICE II)

Resultado

Princípio de conservação e integridade social

Aplicação da Medida de Conflito trabalho-família (APÊNDICE III)

Resultado

Princípio de conservação e integridade energia

Mensuração radiestésica do biomagnetismo do indivíduo

<input type="checkbox"/> 0- 10%	<input type="checkbox"/> 20- 30%	<input type="checkbox"/> 40- 50%	<input type="checkbox"/> 60- 70%	<input type="checkbox"/> 80- 90%
<input type="checkbox"/> 10- 20%	<input type="checkbox"/> 30- 40%	<input type="checkbox"/> 50- 60%	<input type="checkbox"/> 70- 80%	<input type="checkbox"/> 90- 100%

Intervenção de Enfermagem

Técnica Vibracional MR

Avaliação De Enfermagem

ANEXOS

Anexo I – Questionário de McGill – Avaliação do padrão da dor

Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam. Escolha, dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual.

1 <input type="checkbox"/> 1- Vibração <input type="checkbox"/> 2- Tremor <input type="checkbox"/> 3- Pulsante <input type="checkbox"/> 4- Latejante <input type="checkbox"/> 5- Como batida <input type="checkbox"/> 6- Como pancada	7 <input type="checkbox"/> 1- Calor <input type="checkbox"/> 2- Queimação <input type="checkbox"/> 3- Fervente <input type="checkbox"/> 4- Em brasa	13 <input type="checkbox"/> 1- Castigante <input type="checkbox"/> 2-Atormenta <input type="checkbox"/> 3- Cruel	19 <input type="checkbox"/> 1- Fria <input type="checkbox"/> 2- Gelada <input type="checkbox"/> 3- Congelante
2 <input type="checkbox"/> 1- Pontada <input type="checkbox"/> 2- Choque <input type="checkbox"/> 3- Tiro	8 <input type="checkbox"/> 1- Formigamento <input type="checkbox"/> 2- Coceira <input type="checkbox"/> 3- Ardor <input type="checkbox"/> 4- Ferroada	14 <input type="checkbox"/> 1- Amedrontadora <input type="checkbox"/> 2- Apavorante <input type="checkbox"/> 3- Aterrorizante <input type="checkbox"/> 4- Maldita <input type="checkbox"/> 5- Mortal	20 <input type="checkbox"/> 1- Aborrecida <input type="checkbox"/> 2- Dá náuseas <input type="checkbox"/> 3- Agonizante <input type="checkbox"/> 4- Pavorosa <input type="checkbox"/> 5- Torturante
3 <input type="checkbox"/> 1- Agulhada <input type="checkbox"/> 2- Perfurante <input type="checkbox"/> 3- Facada <input type="checkbox"/> 4- Punhalada <input type="checkbox"/> 5- Em lança	9 <input type="checkbox"/> 1- Mal localizada <input type="checkbox"/> 2- Dolorida <input type="checkbox"/> 3- Machucada <input type="checkbox"/> 4- Doida <input type="checkbox"/> 5- Pesada	15 <input type="checkbox"/> 1- Miserável <input type="checkbox"/> 2- Enlouquecedora	Nº de descritores <input type="checkbox"/> 1- Sensoriais <input type="checkbox"/> 2- Afetivos <input type="checkbox"/> 3- Avaliativos <input type="checkbox"/> 4- Miscelânea <input type="checkbox"/> 5- Total- _____
4 <input type="checkbox"/> 1- Fina <input type="checkbox"/> 2- Cortante <input type="checkbox"/> 3- Estraçalha	10 <input type="checkbox"/> 1- Sensível <input type="checkbox"/> 2- Esticada <input type="checkbox"/> 3- Esfolante <input type="checkbox"/> 4- Rachado	16 <input type="checkbox"/> 1- Chata <input type="checkbox"/> 2- Que incomoda <input type="checkbox"/> 3- Desgastante <input type="checkbox"/> 4- Forte	Índice de dor <input type="checkbox"/> 1- Sensoriais <input type="checkbox"/> 2- Afetivos <input type="checkbox"/> 3- Avaliativos <input type="checkbox"/> 4- Miscelânea

		() 5- Insuportável	
5 () 1- Beliscão () 2- Aperto () 3- Mordida () 4- Cólica () 5- Esmagamento	11 () 1- Cansativo () 2- Exhaustivo	17 () 1- Espalha () 2- Irradia () 3- Pentra	
6 () 1- Fisgada () 2- Puxão () 3- Torção	12 () 1- Enjoada () 2- Sufocante	18 () 1- Aperta () 2- Adormece () 3- Repuxa () 4- Espreme () 5- Rasga	

Fonte: (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996)

Anexo II – DASS21

Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Por favor, leia, cuidadosamente, cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervosa	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

Fonte: (APOSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006)

Anexo III – Medida de Conflito trabalho-família

Para cada item, será solicitado ao participante que indique o grau de concordância com o conteúdo explicitado, por meio da escala *Likert* de seis pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente.

Interferência do Trabalho na Família			
1	As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar.	TF1	0 1 2 3 4 5 6
2	Devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir minhas responsabilidades familiares.	TF2	0 1 2 3 4 5 6
3	Por causa das demandas dos meus trabalhos, não consigo fazer as coisas que quero fazer em casa.	TF3	0 1 2 3 4 5 6
	As pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos meus planos para as atividades familiares.	TF4	0 1 2 3 4 5 6
5	Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos para as atividades familiares.	TF5	0 1 2 3 4 5 6
Interferência da família no Trabalho			
1	As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho.	FT1	0 1 2 3 4 5 6
2	Eu preciso adiar atividades de trabalho por causa de demandas que surgem no meu tempo em casa.	FT2	0 1 2 3 4 5 6
3	Por causa das demandas da minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho.	FT3	0 1 2 3 4 5 6
4	Minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho (como chegar no horário, cumprir as tarefas e a jornada de trabalho).	FT4	0 1 2 3 4 5 6
5	As pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no meu trabalho	FT5	0 1 2 3 4 5 6

Fonte: (AGUIAR, BASTOS, 2013)

Anexo IV – Encaminhamento de projeto de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Enfermagem holística nas relações socioambientais família-trabalho: um estudo de intervenção com a técnica vibracional da Mesa Radiônica

Pesquisador: Andréia Martins do Couto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22802819.5.0000.5324

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.749.190

Apresentação do Projeto:

A Enfermagem compreende-se como uma disciplina social e humanista da prática de cuidados de saúde. Assim, a saúde é uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes do ambiente, que tem como conteúdo a produção da harmonia interna e externa dos corpos. A interação dos meios causa a modificação e transformação das relações dos indivíduos entre si, por uma interação socioambiental. Por meio de uma abordagem holística de enfermagem visualiza-se a necessidade constante do processo de adaptação do indivíduo as diferentes condições estabelecidas entre os indivíduos que constituem as relações bem como os ambientes nos quais estão inseridos, considerando que cada indivíduo reage de forma única, conforme a sua singularidade. Assim, na especificidade dos princípios de conservação e integridade do indivíduo, nas relações de trabalho e família, são consideradas princípio de conservação e integridade social do indivíduo, ou seja, elemento que influencia e determina a condição de saúde dos indivíduos. Quando há um desequilíbrio na intersecção destes princípios e devido à dificuldade ou a não adaptação dos indivíduos aos elementos que constituem essas relações é possível identificar por sinais e sintomas como o

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Caraiós **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 3.749.190

estresse e a dor, os quais são percebidos conforme o princípio de conservação e integridade estrutural. Ao ocorrer o desequilíbrio nestes princípios consequentemente o princípio de conservação pessoal e de energia sofrerão alterações, configurando o processo de quebra ou adoecimento do indivíduo, que podem ser identificado por meio de sinais e sintomas de dor e estresse. O presente estudo tem como objetivo geral: analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da MR sob os níveis de estresse e dor provenientes das relações de família e de trabalho. E como objetivos específicos identificar por meio da avaliação de enfermagem a dor e o estresse provenientes das relações de família e de trabalho; verificar o resultado da técnica terapêutica vibracional MR nos níveis de dor e estresse provenientes das relações de família e de trabalho; avaliar o resultado da técnica terapêutica vibracional MR no cuidado de enfermagem holística para os níveis de estresse e dor provenientes das relações de família e de trabalho. O presente estudo é de caráter quantitativo com abordagem holística de enfermagem, com método quase experimental do tipo antes e depois, com desenho série temporal interrompida, com uma amostra 20 indivíduos em acompanhamento terapêutico com a aplicação técnica vibracional da mesa radiônica em um em uma área privada de atendimentos terapêuticos vibracionais e energéticos, na cidade do Rio Grande/ RS. A coleta de dados ocorrerá em 3 tempos. No primeiro será realizado a coleta do biomarcador do cortisol e aplicação das métricas para dor, estresse e conflito de trabalho-família. O segundo tempo ocorrerá a aplicação da técnica vibracional mesa radiônica. O terceiro tempo será realizado o mesmo procedimento do primeiro. O estudo será iniciado somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande. O TCLE será assinado em duas vias, pelos participantes que aceitarem participar do estudo. Uma ficará de posse dos participantes e outra ficará em posse do pesquisador e da orientadora da pesquisa, durante cinco anos, após este período será incinerado todos estes documentos. Serão seguidas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 3.749.190

Objetivo da Pesquisa:

promove a minimização das manifestações de dor e estresse dos indivíduos nas relações de trabalho e família.

Objetivo Primário:

Analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da mesa radiônica sob os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais família-trabalho.

Objetivo Secundário:

- Identificar por meio da avaliação de enfermagem a dor e o estresse e provenientes das relações socioambientais família-trabalho. - Verificar o resultado da técnica terapêutica vibracional mesa radiônica nos níveis de dor e estresse provenientes das relações socioambientais família-trabalho.-
Avaliar o resultado da técnica terapêutica vibracional mesa radiônica no cuidado de enfermagem holística para os níveis de estresse e dor provenientes das relações socioambientais família-trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indivíduos. Para avaliação desses critérios de elegibilidade, os indivíduos serão entrevistados por uma enfermeira treinada.

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, relacionados à possível negativa dos indivíduos em processo terapêutico a participarem do estudo, o que inviabilizaria sua realização. Em caso de possível dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos nesta pesquisa, será disponibilizada assistência integral e gratuita.

Benefícios:

O estudo possibilitará analisar, por meio da abordagem da enfermagem holística, a aplicabilidade da mesa radiônica sob os níveis de estresse e dor provenientes das relações de família e de trabalho. Acredita-se que o conhecimento produzido, neste estudo, subsidie a enfermagem a prestar assistência aos indivíduos por meio de uma abordagem holística.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.

Bairro: Campus Carreiros

CEP: 96.203-900

UF: RS

Município: RIO GRANDE

Telefone: (53)3237-3011

E-mail: cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 3.749.190

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O seu projeto foi aprovado. Você deve encaminhar através de notificação na Plataforma Brasil o relatório final até o dia: 02/03/2020. O modelo pode ser acessado no site: <https://proesp.furg.br/pt/comites/cep-furg>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1441530.pdf	03/12/2019 22:59:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.pdf	03/12/2019 22:58:44	Andréia Martins do Couto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/11/2019 10:55:37	Andréia Martins do Couto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento.pdf	12/11/2019 10:55:16	Andréia Martins do Couto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/09/2019 12:12:14	Andréia Martins do Couto	Aceito
Folha de Rosto	plataforma.pdf	26/09/2019 11:29:02	Andréia Martins do Couto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3011 **E-mail:** cep@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE - FURG



Continuação do Parecer: 3.667.893

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO GRANDE, 29 de Outubro de 2019

Assinado por:
Camila Daiane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Visconde Paranaguá, 112/Hospital Universitário
Bairro: Campus Saúde **CEP:** 96.201-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-4652 **Fax:** (53)3233-6822 **E-mail:** cepas@furg.br

Anexo V – Certificado de direito autoral: Mesa Radiônica Quântica



Certificado de Direito Autoral

CERTIFICADO N°: AVCTORIS6159ec912cfe8766f8c59266e0ae0cae5c95221d2a43ec723bd6a5dae380855e

TÍTULO DA OBRA
Mesa Radiônica Quântica Rosa

Nome do arquivo: mesa_radiônica_quantica_rosa.jpg
HASHCODE (SHA256): e568083ead5a9e0327ce04a0d12250c0e0e0e0e99295c0b678e6218e0516





AUTOR(ES)

Regiane Ribeiro do Prado Silva - CPF 041.723.548-62

TITULAR(ES)

Regiane Ribeiro do Prado Silva - CPF 041.723.548-62

Declarado em 13/06/2016 às 07:20

O presente certificado comprova, mediante as tecnologias de hashcode (SHA 256), TimeStamping (Padrão UTC fornecido pelo BIPM - Bureau International des Poids et Mesures) e Assinatura Digital que a pessoa supra indicada declarou-se autor da obra supra citada. O presente comprovante está em conformidade com: Berne Convention (INTL), Rome Convention (INTL), Lei 9.610 (BR), WIPO Copyright Treaty (INTL), US Copyright Law (US), UCC Geneva (INTL) e demais legislações pertinentes ao Direito Autoral de países membros da Convenção de Berna (INTL) e da Convenção do Metro (INTL). Quaisquer inconsistências quanto à autoria da obra supra declarada são de exclusiva responsabilidade do declarante e se feitas, podem configurar crime em alguns países.



Signed by aaldomingues@gmail.com
Signoff Date: 6/13/2016 10:24:04 AM UTC

1 de 1



Signed by registro@brndoria.com
6/13/2016 10:20:33 AM (UTC)



Anexo VI – Registro de marca comercial: RP REGIA PRADO



A28SLARL, S.L. AV. 2MARS
4022, AKOUDA, TN
MF: 000MA1508503M

PTD1001174

REGIANE RIBEIRO DO PRADO
RUA CONDE CASTELO MELHOR 147 3D
2765 - 310 ESTORIL

Registo das Marcas Portuguesas – Registo de direito privado das marcas comerciais: www.marcas-portuguesas.org
A respetiva correspondência do Registo das Marcas Portuguesas deveria ser direcionada ao endereço:
Av. da Liberdade n.º 245 4A, 1250-143 Lisboa,
por fax: +351 211 300 286,
por e-mail: contato@marcas-portuguesas.org



No dia 12.1.2017 pelo pedido n.º 2696249 solicitaram ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial a colocação sob proteção legal na área da República Portuguesa a marca comercial RP REGIA PRADO das classes 41, 44, 45 da Classificação de Nice. Após ter tomado conhecimento de dados supracitados da marca, apresentamos, interpretada em conformidade com artigo 224 do Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro, uma proposta condicional:

DO REGISTO DA MARCA COMERCIAL SUPRACITADA NO REGISTO DAS MARCAS PORTUGUESAS PARA O PERÍODO DE 10 ANOS

desde que tenha sido efectuado o pagamento, cujo montante e método de cálculo foi indicado no quadro que se segue:

	Número de classes:	Montante da 1. classe	Montante total:
Classes da Classificação de Nice	3	110,00 EUR	330,00 EUR
Classes da Classificação de Viena	4	110,00 EUR	440,00 EUR
Número total de classes	7	110,00 EUR	770,00 EUR
MONTANTE TOTAL			770,00 EUR

O registo da marca comercial no Registo das Marcas Portuguesas e o pagamento de montante de **770,00 EUR**, irrelevantes para a criação e a duração da proteção legal da marca comercial e outros efeitos jurídicos no Instituto Nacional da Propriedade Industrial, podem ser efectuadas no prazo máximo até 13.06.2017, por transferência para a conta:

DADOS PARA A TRANSFERÊNCIA SEPA:

IBAN: PL63114020040000301205564408

Montante: 770,00 EUR

Título da transferência: RP REGIA PRADO

BIC/SWIFT: gerada na base do IBAN

Informamos que no caso do erro em nome do remetente/destinatário/título da transferência ou qualquer outra irregularidade, a única base para o reconhecimento do pagamento correctamente e pontualmente realizado, será a confirmação da ordem da transferência numa agência do banco, e não em forma eletrónica (gerada da conta bancária on-line), bem como que o ato do pagamento é equivalente à aceitação dos termos do Registo das Marcas Portuguesas (www.marcas-portuguesas.org).

A. Gonçalves

Data: 29.05.2017