



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Saviato, Roberta Maria; Paes da Silva, Maria Júlia
Toque terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 57, núm. 3, mayo-junio, 2004, pp. 340-343
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019636017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

TOQUE TERAPÊUTICO NA CICATRIZAÇÃO DE LESÕES DA PELE DE COBAIAS

Roberta Maria Savieto*
Maria Júlia Paes da Silva**

Resumo

Este estudo verifica a ação do Toque Terapêutico – uma Prática Complementar – sobre o processo de cicatrização de lesões provocadas na pele de cobaias. É um estudo quantitativo do tipo experimental e houve comparação da velocidade da cicatrização entre 10 cobaias que receberam água energizada com tal técnica (Grupo B) e 10 cobaias que receberam água sem qualquer tratamento (Grupo A). O projeto foi executado no Laboratório Experimental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e o comprimento das feridas medido a cada 4 dias, 5 vezes. Dentre os achados, verificou-se que, ao término de 20 dias, 100% dos ratos do Grupo B havia cicatrizado totalmente as feridas, o que não aconteceu com 4 (40%) do Grupo A. **Descritores:** práticas complementares; toque terapêutico; holismo; cicatrização

Abstract

*This study verifies the action of therapeutic touch – a complementary practice – over the process of healing of injuries caused in the skin of guinea pigs. It is a quantitative study of the experimental kind, and there was a comparison of healing speed among 10 guinea pigs that received water energized with such technique (group B) and 10 guinea pigs that received water with no treatment (group A). The project was executed in the experimental laboratory of the nursing school at the University of São Paulo, and the length of the bruises was measured five times, at every four days. Among the finds, it was observed that, after 20 days, 100% of the guinea pigs in the group B had their bruises fully healed, which did not happen to 4 guinea pigs (40%) in group A. **Descriptors:** complementary practices; therapeutic touch; holism; healing **Title:** Therapeutic touch for the healing of skin injuries in guinea pigs*

Resumen

*Este estudio verifica el toque terapéutico - una práctica complementaria - sobre el proceso de cicatrización de lesiones provocadas en la piel de los ratones. Es un estudio cuantitativo del tipo experimental y hubo comparación de la velocidad de cicatrización entre 10 ratones que recibieron agua energizada con tal técnica (grupo b) y 10 ratones que recibieron agua sin ningún tratamiento (grupo a). El proyecto se ejecutó en el laboratorio experimental de la escuela de enfermería de la Universidad de São Paulo y la extensión de las heridas medido cada 4 días, durante 5 veces. Entre los hallazgos, se verificó que, al término de 20 días, 100% de los ratones del grupo b, las heridas habían cicatrizado totalmente, lo que no sucedió con 4 (40%) del grupo a. **Descriptores:** practica complementaria; toque terapéutico; holismo; cicatrización **Título:** Toque terapéutico en la cicatrización de lesiones de la piel de conejillos de indias*

1 Introdução

Especialmente na Enfermagem, sempre foi dado destaque ao tratamento e à cura de lesões crônicas de pele. Tal enfoque se deve à alta frequência de pessoas com feridas crônicas, aos obstáculos que elas enfrentam e a uma verdadeira luta diária travada pela equipe de saúde para a cicatrização das lesões.

Este trabalho considera os fatores citados e propõe verificar o efeito do Toque Terapêutico-Método Krieger-Kunz no processo de cicatrização de lesões provocadas na pele de cobaias, para posteriormente aplicar a técnica em pacientes com feridas crônicas. Entre outros estudos, tal técnica promoveu uma maior porcentagem de cicatrização na pele de cobaias⁽¹⁾, ocasionou considerável diferença do processo de cicatrização, com eliminação do efeito placebo, entre indivíduos do grupo experimental (mais de 50% apresentaram cura completa até o 16º dia) e indivíduos do grupo controle (obtiveram 0% de cura até o referido dia)⁽²⁻⁴⁾, acelerou a cicatrização de cortes cirúrgicos feitos nas costas de ratos de laboratório⁽⁵⁾, e acelerou a cicatrização da pele de mães que sofreram episiotomia e cesariana⁽⁶⁾. Existe uma recomendação da OMS sobre a necessidade de investigação de alternativas terapêuticas que se mostrem eficientes no cuidado de feridas crônicas⁽⁷⁾.

Neste ponto é que o Toque Terapêutico (TT) se enquadra como uma prática derivada da antiga imposição de mãos, porém totalmente desvinculada de contexto religioso e baseada em técnicas construídas através de intensa pesquisa e modernas estratégias de ensino⁽⁸⁾. Essa prática considera o potencial natural humano de cura. Cabe dizer que os gregos de quatro séculos antes de Cristo já utilizavam a imposição de mãos com intenção de cura⁽⁸⁾. Há também a necessidade de se mostrar a importância de estudos como este, com intenção

futura de testar esta técnica em pacientes com feridas crônicas, para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e diminuir o alto custo dos demorados tratamentos de tais lesões; além, obviamente, de incentivar a prática e difundir os efeitos do Toque Terapêutico.

Sabendo-se que, comprovadamente, o TT tem efeitos positivos em alguns dos fatores citados, como redução da dor e do estresse e facilitação do processo de cura, este trabalho tem por **objetivo** principal verificar a ação do TT em cobaias com lesões de pele provocadas.

2 Referencial Teórico

2.1 O Toque Terapêutico

O TT é uma terapia holística, ou seja, que considera o ser humano como um todo composto de partes (física, psíquica, espiritual) em constante interação, que não podem ser tratadas separadamente⁽⁹⁾. Esse Paradigma Holístico da Medicina Vibracional encontra raízes na física moderna, de Einstein. Ele afirma, através da comprovação de que matéria é igual à energia ($E=mc^2$), que tudo no universo é constituído por fótons, inclusive a mente e o pensamento. Os fótons formam padrões energéticos distintos e acabam diferenciando e individualizando seres, objetos e idéias^(8,10). Dessa maneira, existem basicamente dois campos energéticos, em constante troca de interações: o humano (CEH) e o ambiental (CA), que inclui tudo o que está fora do ser humano, inclusive outra pessoa⁽⁶⁾. Por isso existem autores que afirmam que nós não terminamos em nossa pele^(6,11).

O modelo da Medicina Vibracional, portanto, considera o corpo como um sistema dinâmico de energia e, a mente e o espírito como verdadeiras fontes da consciência, com poder de

* Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Enfermeira. Professora Livre-docente do Departamento de

causar as doenças através de ligações energéticas e neuro-hormonais entre corpo, mente e espírito. Assim, o tratamento realizado no Campo Energético também provoca efeitos nesse complexo⁽⁵⁾. Tal teoria é totalmente oposta à Física Clássica, do Paradigma Newtoniano – Cartesiano, que acredita na total separação entre tudo, incluindo seres, culturas, sociedades e é baseada num modelo mecanicista e atomista^(8,10). Esse modelo se estende à Medicina Convencional, que compreende o corpo como uma máquina, o cérebro como um computador e a consciência como um produto de sua atividade elétrica. Considera também que as emoções podem causar doenças por ligações neuro-hormonais entre cérebro e corpo, cujos tratamentos devem “consertar” as anormalidades do corpo físico⁽⁵⁾.

A Enfermagem Holística vem crescendo há cerca de três décadas e ganhou destaque pelo desenvolvimento de teorias como a Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha Rogers^(9,12). De qualquer maneira, estudos recentes afirmam a necessidade de se repensar os modelos utilizados na Enfermagem atual, sempre centralizando a ação em atos humanizados de ajudar e cuidar⁽¹³⁾.

Recentemente também (julho/2003) tivemos na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a defesa de uma dissertação de Mestrado com dados da avaliação dos efeitos da prática de imitação de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos. Foram utilizados 60 camundongos machos, com 3 meses de idade, divididos em 3 grupos com 20 animais: um chamado controle, um controle-luva e outro chamado imitação. No 4º dia do experimento, os animais foram sacrificados por deslocamento cervical para colheita de material a ser utilizado nos procedimentos laboratoriais que envolveram a realização de leucograma específico, contagem de plaquetas do sangue periférico e realização de ensaio de citotoxicidade de células não aderentes com atividade *natural killer* (NK) e *lymphokine activated killer* (LAK). A imitação de mãos produziu elevação na contagem do número de monócitos, diminuição do número de plaquetas e elevação da citotoxicidade de células não aderentes com atividade NK e LAK. Entre as recomendações do autor, está a de que existam outros experimentos nessa linha⁽¹⁴⁾.

Algumas pesquisas, entre outros estudos, mostraram a eficiência do TT nos seguintes casos:

- aumento do nível de hemoglobina - proteína responsável pelo transporte de oxigênio na circulação sanguínea - de pessoas doentes⁽¹⁵⁾; - maior crescimento e desenvolvimento de sementes de cevada irrigadas com água energizada⁽¹⁵⁾; - facilitação do processo de cura, acentuando efeitos de seus “aliados naturais”: Sistema Imune, Sistema Nervoso Autônomo e Sistema Endócrino^(6,16); - promoção de maior sensibilidade, integração e carinho mútuos em famílias nas quais o marido aplica o TT em sua esposa grávida^(16,17); - redução ou erradicação dos processos dolorosos⁽¹⁶⁾; - tratamento de sintomas da TPM (Tensão Pré-Menstrual) e de infecções oportunistas de pessoas com o vírus HIV⁽¹⁶⁾; - alívio das cólicas dos bebês⁽¹⁶⁾; - redução da ansiedade⁽¹⁸⁾; - utilização no tratamento de alcoolismo e dependência química em geral⁽⁵⁾; - redução significativa no nível de tensão muscular⁽⁵⁾; - estabilização dos sinais vitais de pacientes antes e depois das cirurgias⁽⁵⁾; - redução da intensidade da dor e dos escores de auto-avaliação de depressão e aumento da positividade do significado da dor crônica não-neoplásica⁽¹⁹⁾; - diminuição dos efeitos da quimioterapia em mulheres portadoras de câncer de mama⁽⁹⁾.

Além de provocar um relaxamento quase imediato, permitindo ao paciente que se sinta melhor⁽¹¹⁾.

Os passos para realização do Toque Terapêutico-Método Krieger-Kunz são:

A - Centralização: consiste na concentração do terapeuta na sensibilidade de suas mãos, com intenção exclusiva de

e cale a mente faladeira.

B - Acesso e avaliação do Campo Energético do paciente: o terapeuta coloca suas mãos de 6 a 12 cm da pele do paciente, percorrendo seu campo energético no sentido crânio-caudal, percebendo quaisquer alterações que não correspondam à harmonia natural do CEH, como: diferenças de temperatura, pressão, tamanho e forma, enrugamentos, formigamentos, choques elétricos.

C - Tratamento e modulação do CE: após perceber as alterações, o terapeuta deve repadronizar o Campo Energético através de alisamento, desobstrução e oposição de sensações.

D - Balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético: o terapeuta procura manter o CE do paciente o mais homogêneo possível, como um todo harmônico, estabelecendo fluxo de energia correto, no sentido crânio-caudal, e direcionando energia para a região das glândulas supra-renais.

E - Avaliação: nessa última etapa, o terapeuta reavalia o CE do paciente para verificar sua harmonização e comparar o resultado com os achados da próxima sessão. Deve-se esclarecer que nem sempre é possível uma repadronização total e o terapeuta deve estar ciente de suas limitações^(1,9,15,19,20).

Além de cumprir esses passos, para o efetivo tratamento com TT, o terapeuta precisa estar saudável e deve sempre ter a intenção de ajudar. Sob este ponto de vista, ser saudável significa ter um equilíbrio de energia pessoal e em conjunto com o ambiente⁽¹¹⁾. O curador atua praticamente como um canal, um condutor que ordena o processo de reestruturação das energias vitais de maneira racional⁽⁶⁾ até que o paciente se proteja sozinho, através de seu próprio sistema imune⁽¹¹⁾. Dessa maneira quem cura é quem está sendo curado⁽¹⁶⁾.

Uma das teorias que explica a cura por imposição de mãos considera que a energia curativa, ao sair do terapeuta, vai diretamente para as moléculas de água do corpo, que tornam-se “biologicamente ativadas” e provocam as mudanças internas que resultarão na cura⁽⁵⁾. Dessa maneira, é possível afirmar que a água ingerida pelas cobaias também estará “ativada” e poderá acelerar a cicatrização, que não deixa de ser um processo de cura. É necessário esclarecer então, que o TT não exige esforço do terapeuta, apenas sua centralização e intenção de ajudar/curar faz com que o paciente obtenha as energias de que precisa, através das correntes do CE ou Força Vital. Tal expressão foi originalmente chamada de “prana” pelos hindus, “chi” ou “ki” pelos chineses e tem um significado muito mais profundo, relacionando-se com a organização de fatores que são a base da existência de cada um^(11,15,21).

2.2 O Processo de Cicatrização

O processo de cicatrização é definido como a substituição de um tecido lesado por tecido conjuntivo vascularizado, com alteração da estrutura original, independentemente da causa da lesão⁽²²⁾. Cabe dizer que a cicatrização é diferente da regeneração, que consiste na substituição do tecido perdido por outro de características idênticas⁽⁷⁾.

Para reparar um dano ocorrido na pele, o organismo sempre age da mesma maneira, passando pelas mesmas etapas, nos três tipos de cicatrização: a cicatrização por *Intenção Primária* - que ocorre quando a ferida está limpa, com bordas próximas e mínima perda de tecido, como nas suturas cirúrgicas; a cicatrização por *Intenção Secundária* - que ocorre em feridas sujas, infectadas e com perda tecidual, produzindo tecido cicatricial para recuperação do trauma, como nas úlceras de pressão, queimaduras, abscessos; e a cicatrização por *Intenção Terciária* - que é uma combinação das outras duas, com lentidão no fechamento primário devido à inicial cicatrização por intenção secundária e posterior por intenção primária; como nas úlceras venosas^(7,23).

As etapas por quais passa o processo são:

Coagulação: Inicial formação de coágulo pelas

desidratação desse coágulo, que acaba funcionando como um protetor, uma tampa para a lesão; **Inflamação:** Em 24h, migram neutrófilos e monócitos para as margens da lesão para ingerir bactérias e debris (fragmentos) celulares e liberar enzimas. Aparecem então os clássicos sinais de inflamação: calor, rubor, dor e edema, que facilitam a cicatrização; **Reconstrução e Contração:** A reconstrução se caracteriza pelo desenvolvimento do tecido de granulação, que ocupa o espaço do coágulo. É um tecido conjuntivo frouxo, altamente capilarizado, com leucócitos e matriz extra celular formada por fibras colágenas e ácido hialurônico, com aparência granulosa, brilhante e vermelha. Em feridas superficiais, há proliferação das células da camada basal da epiderme, que produzem um epitélio em baixo da crosta. Então, os fibroblastos, produtores de colágeno, multiplicam-se garantindo força e suporte ao novo tecido. Em feridas profundas, o tecido de granulação é produzido em maiores quantidades e move-se a partir das bordas da lesão, iniciando a contração, com atuação dos miofibroblastos e preenchendo o espaço; **Maturação:** Nessa fase, há redução da vascularização e organização da disposição das fibras colágenas, que pode durar de 3 semanas a anos. Com o tempo, a resistência da cicatriz aumenta e sua coloração tende a um rosa bem claro. A ferida é considerada cicatrizada quando há continuidade com a superfície da pele e força tênsil suficiente para atividade normal

Algumas vezes, porém, não há perfeição nesse processo e as cicatrizes podem hipertrofiar ou formar quelóides. Existem fatores que atuam no processo de cicatrização, acelerando-o ou atrasando-o, como idade, estado nutricional, nível de oxigenação e condições vasculares, dor, stress, ansiedade, sono, fumo, doenças pré-existentes⁽²³⁻²⁵⁾.

3 Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo experimental, realizado no Laboratório Experimental com modelos animais

da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com uma amostra composta por 20 ratos da raça *Wistar*, todas fêmeas, da mesma ninhada, pesando entre 150 e 200g, mantidos com igual alimentação e sob idênticas condições de temperatura e iluminação (fases alternadas e controladas de claro e escuro). Cabe dizer que as ratas nunca se submeteram a qualquer procedimento anterior.

Procedimento de coleta dos dados – As cobaias foram anestesiadas com éter dietílico e, após tricotomia, foi feita uma incisão reta de 2 cm na região cervical dorsal. Então, a amostra foi dividida aleatoriamente em dois grupos de 10 ratos: **A** e **B**, sendo **A** o grupo controle e **B** o grupo experimental. Cada rato foi mantido numa gaiola individual, para que o processo de cicatrização não sofresse interferências mecânicas dos outros.

Ao grupo experimental foi dada água energizada pelo TT, enquanto o grupo controle recebeu água sem qualquer tratamento. Foi utilizada água potável, energizada por um dos autores do trabalho durante 5 minutos, a uma distância de 2 cm da boca da garrafa em que era armazenada. As trocas do bebedouro ocorreram de acordo com a rotina do laboratório, pela pessoa responsável pelo cuidado das cobaias, que não sabia qual grupo era controle e qual era experimental. Os ratos foram observados e o comprimento das feridas foi medido com paquímetro, 5 vezes, a cada 4 dias. Os dados foram coletados entre 24.06 e 13.07 de 2003.

É importante esclarecer que por não se tratar de pesquisa com seres humanos, a Comissão de Ética não julgou necessário aprová-la.

4 Apresentação dos Resultados

O quadro 1 mostra o tamanho, em centímetros, da ferida de cada rato (chamados pelos números de 1 a 10, em seus respectivos grupos). Todos tiveram uma incisão inicial de 2 cm.

Data	2706	01/07	05/07	09/07	13/07	Data	27/06	01/07	05/07	09/07	13/07
Rato						Rato					
A1	1,4	1,1	0,65	0,0	0,0	B1	1,4	0,8	0,05	0,01	0,0
A2	1,3	0,85	0,25	0,0	0,0	B3	1,75	1,5	0,4	0,01	0,0
A3	1,25	1,0	0,7	0,55	0,0	B3	1,25	0,55	0	0,0	0,0
A4	1,8	1,2	0,5	0,0	0,0	B4	1,5	0,2	0	0,0	0,0
A5	1,55	1,15	0,65	0,3	0,0	B5	1,5	0,85	0,3	0,005	0,0
A6	1,8	1,2	1,2	0,05	0,05	B6	1,45	0,8	0	0,0	0,0
A7	1,6	1,35	0,6	0,0	0,0	B7	1,6	0,6	0,25	0,0	0,0
A8	2,2	1,5	1,0	0,0	0,0	B8	1,9	1,15	0,5	0,0	0,0
A9	1,4	0,9	0,8	0,65	0,3	B9	1,35	0,8	0,7	0,0	0,0
A10	1,75	1,0	0,8	0,65	0,6	B10	1,4	0,85	0,45	0,0	0,0
Média ferida (cm)	1,605	1,125	0,715	0,22	0,095		1,51	0,81	0,265	0,0025	0,0

Quadro 1 - Tamanho e média da ferida dos grupos controle e experimental, por dia da medida. São Paulo, 2003

Ao analisar o quadro 1, percebe-se que: - ao término de 20 dias, 100% dos ratos do grupo experimental haviam cicatrizado as feridas, o que não aconteceu com quatro (40%) do grupo controle; - enquanto as primeiras cicatrizações totais do grupo controle ocorreram no 16º dia (50%), as do grupo experimental ocorreram no 12º dia (20%) e mais 100% no 16º

feridas do grupo experimental foi sempre menor que a do grupo controle, sendo que a diferença entre os grupos A e B aumentava a cada medida.

Para ilustrar melhor as afirmações anteriores, tem-se o quadro 2 a seguir, que mostra o número de ratos de cada grupo, com determinado tamanho de ferida (variando de 0,5 cm a 0,5

	Grupo A	Grupo B	Tamanho ferida (cm)
1ª Medida	1	0	> 2
	5	5	1,5 – 2,0
	4	5	1,0 – 1,5
2ª Medida	0	1	1,5 – 2,0
	8	1	1,0 – 1,5
	2	7	0,5 – 1,0
3ª Medida	0	1	0,0 – 0,5
	2	0	1,0 – 1,5
	7	2	0,5 – 1,0
4ª Medida	1	5	0,0 – 0,5
	0	3	= 0
	3	0	0,5 – 1,0
5ª Medida	2	3	0,0 – 0,5
	5	7	= 0
	1	0	0,5 – 1,0
5ª Medida	2	0	0,0 – 0,5
	7	10	= 0

Quadro 2 - Tamanho da ferida, em cada medida feita, nos ratos do grupo controle e experimental. São Paulo, 2003

Pelo quadro 2 percebe-se que não existiu grande diferença no tamanho das feridas no 1º dia de medida. Porém, com 8 dias (na 2ª medida), verifica-se que 7 dos ratos do grupo experimental possuíam medida da ferida entre 0,5 e 1,0 cm, enquanto 8 do grupo controle apresentaram tamanho entre 1,0 e 1,5 cm. Na 3ª medida, nota-se que 3 ratos do grupo experimental já haviam cicatrizado totalmente e 7 do grupo controle ainda tinha suas feridas medindo entre 0,5 e 1,0 cm. Ao longo de 16 dias (4ª medida), tem-se 3 ratos do grupo experimental com medida da ferida inferior a 0,5 cm e 7 com total cicatrização. No grupo controle, no entanto, observa-se 3 ratos com tamanho de ferida entre 0,5 e 1,0 cm e 5 com total cicatrização. Na 5ª e última medida, verifica-se que todos os ratos do grupo experimental apresentaram cicatrização total de suas feridas, o que ocorreu com 7 do grupo controle, que ainda tinha 1 rato com ferida medindo entre 0,5 e 1,0 cm e 2 com tamanho entre 0,0 e 0,5 cm.

Os dados são sugestivos de que o TT acelera o processo de cicatrização, como demonstra o único estudo anterior existente no Brasil⁽¹⁾ e alguns outros estudos no exterior⁽²⁻⁶⁾, das últimas décadas do século passado. O alto custo da tecnologia propiciou que os estudiosos buscassem alternativas para o cuidado e, estudos como este, demonstram ser possível a viabilização de métodos eficientes no cuidar de indivíduos com feridas crônicas. Infelizmente ainda não temos trabalhos que permitam comparar a velocidade de cicatrização conseguida com o TT e outros métodos de tratamento de feridas.

5 Considerações Finais

Como foi apresentado neste trabalho, o TT exerceu influência sobre o processo cicatricial em cobaias com lesões provocadas, conseguindo, ao término de 20 dias, 100% dos ratos do Grupo Experimental com cicatrização total das feridas, enquanto que no Grupo Controle, houve a cicatrização total em 60% deles. É válido ressaltar, que com a confirmação de que tal técnica de imposição de mãos acelera a cicatrização, tem-se um instrumento eficiente e de baixo custo, tanto para o alívio das pessoas que sofrem com suas lesões, quanto da equipe de saúde, que busca melhorar a assistência. Além de estar consoante com a recomendação da OMS no desenvolvimento de alternativas terapêuticas de baixo custo no cuidado de feridas⁽⁷⁾.

A limitação deste estudo se dá pelo tratamento não estatístico dos dados devido ao pequeno número de ratos nos grupos. Fica a recomendação de replicar a pesquisa com grupos maiores, para que os dados recebam olhar estatístico e para que o TT seja utilizado como mais um aliado na “luta diária”

Referências

1. Silva MJP, Castilho V, Oliveira IMV, Paulo RHY. O Efeito do Toque Terapêutico (TI) na cicatrização da pele de cobaias [resumo]. In: Livro-Programa, livro-resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11; São Paulo, Brasil. São Paulo ABEn; 1996; 523p.p.389.
2. Daley B. Therapeutic Touch, nursing practice and contemporary cutaneous wound healing research. J Adv Nurs, Londres 1997 Apr; 25(6):1123-32.
3. Kenosian CN. Wound healing with noncontact used as an adjunct therapy. JWOC Nurs, St. Louis (MO) 1995 Jun;22(2):95-9.
4. Mulloney SS, Wells-Federman C. Therapeutic Touch: a healing modality. J Cardiovasc Nurs, Frederick (MD) 1996 Apr;10(3):38-9.
5. Gerber R. Um Guia Prático de Medicina Vibracional. São Paulo: Cultrix; 2001. 463p.p.393-425.
6. Krieger D. Living the Therapeutic Touch: healing as a lifestyle. New York: Dodd Mead; 1987.201p.
7. Monetta L. Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína [dissertação de mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998. 192f.
8. Gerber R. Medicina Vibracional. São Paulo: Cultrix; 1995.p.33-7.
9. Sá AC. Aplicação do Toque Terapêutico em mulheres portadoras do câncer de mama sob tratamento quimioterápico [tese de doutorado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.143f.
10. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 1995. 447p.
11. Wytias CA. Therapeutic Touch in primary care. Nurse Pract Forum, Philadelphia (PA) 1994 Jun; 5(2): 91-7.
12. Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia (PA): Davis; 1971. 144p.
13. Egry EY. Um olhar sobre as ciências da enfermagem: as vertentes analíticas das práticas assistenciais. Rev Esc Enferm USP, São Paulo 2001 set; 35(3): 265-70.
14. Oliveira RMJ. Avaliação de efeitos da prática de imposição de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos [dissertação de mestrado em Ciências Médicas]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003. 95f.
15. Krieger D. Therapeutic Touch: The Imprimatur of Nursing. Am J Nurs, New York 1975 May; 35(5): 784-87.
16. Krieger D. O Toque Terapêutico. São Paulo: Cultrix; 1996;199p.
17. Buenting A. Human energy fields and birth: Implications for research and practice. Adv Nurs Science, Frederick (MD) 1993 Jun;15(4):53-9.
18. Gagne D, Toye RC. The effects of Therapeutic Touch and Relaxation Therapy in reducing anxiety. Arch Psyc Nurs, Orlando (FL) 1994 Jun; 8(3): 184-9.
19. Marta IER. Utilização do Toque Terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica [tese de doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999. 195f.
20. Oliveira VLM. O Toque Terapêutico no alívio da dor e seu desconforto em doentes vasculares amputados com enfermidades arteriais de membros inferiores [dissertação de mestrado em Enfermagem]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2000. 103f.
21. Silva MJP, Silva A, Cruz CAS, Almeida JDL. Entendendo o Toque Terapêutico. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF) 1991 out/dez; 44(4): 69-73.
22. Brasileiro Filho G. Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.p.62-5.
23. O'Hanlon-Nichols T. Commonly asked questions about wound healing. Am J Nurs, New York 1995 abr; 95(4): 22-4.
24. Cotran RS, Kuman V, Collins T. Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. 95-9.
25. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2001. 216p.