**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELAINE FERREIRA LASAPONARI

**A UTILIZAÇÃO DA CALATONIA NO PERÍODO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

**SÃO PAULO
2011**

ELAINE FERREIRA LASAPONARI

**A UTILIZAÇÃO DA CALATONIA NO PERÍODO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração:

Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:

Profa Dra Aparecida de Cássia Giani Peniche

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Lasaponari, Elaine Ferreira

A utilização da calatonia no período pós-operatório imediato / Elaine Ferreira Lasaponari. -- São Paulo, 2011.
115p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche

1. Terapias complementares 2. Anestesia - Recuperação 3. Cirurgia - Recuperação I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Elaine Ferreira Lasaponari

Título: A utilização da Calatonia no período pós-operatório imediato.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao meu esposo **Jefferson** e meus filhos amados
Henrique e Luan, pelo amor, compreensão e
incentivo para a realização desse trabalho.
“Lembrem-se que na curva de uma vírgula, estive
presente frente a frente de um sonho pessoal e
profissional; no compasso de um parágrafo,
descobri a felicidade; em cada ponto final, senti
uma carícia e, a cada folha virada, a certeza de
que as emoções existem... expresso então, todo o
meu amor a vocês...”*

Agradecimentos

A Deus, pela vida e esperança...

À Profa Dra Cássia, pelo profissionalismo, competência, dedicação e pela orientação amiga e generosa, contribuindo para o meu aprimoramento intelectual, profissional e pessoal, adquiridos através da realização desta dissertação.

À Profa Dra Ruth Turrini, por compartilhar sua sabedoria e pelos acréscimos tão valiosos, que contribuíram imensamente para este trabalho.

À Débora, minha mãezinha, pelo apoio, pela compreensão, noites e noites sem dormir como toda mãe, ainda cuidando da filha como criança e torcendo por ela minuto a minuto, o meu amor incondicional a você.

Ao Kim, meu pai de coração, pelo carinho com minha família e acreditando sempre no meu potencial e incentivando-me ao crescimento profissional.

Ao Sidney, meu pai, pela credibilidade, me ensinou a buscar os desafios, enfrentando-os, sempre dizia... nunca desista do que queres até que os mesmos sejam concretizados, vá em frente e supere todas as adversidades existentes, minha menina, .seguí seus ensinamentos meu pai.

À Telma, amiga de todos os momentos, seu carinho e atenção com os meus filhos, algo que jamais me esquecerei e é claro o seu café inesquecível, fez com que permanecesse por mais tempo estudando.

À Profa Neusa Munhoz, pelas horas dedicadas na leitura e correção gramatical.

À Jeane Bronzatti, pelo incentivo e apoio durante a realização deste trabalho.

Às Enfas Maria Helena Ricci, Renata Barco e Liliam Rosa amigas-irmãs, sempre presentes... como é maravilhoso poder contar com vocês...

Aos colegas de trabalho: Silvia Pontelli, Vivian Lazzari, Roseli Garcia, Kátia Morjadin, Eliana Rocha, Ronia Castro, Giovana Moriya, Janaina Correa, Judith Fernandes, Adriana Geraldi, Patricia Novaes, Cynthia Velasco, João Felismino, Claudio Tavares, Lídia Ribeiro, Lucivania Soares, pela participação valiosa deste projeto.

Ao Ricardo Barbosa, matemático, responsável pelos serviços prestados ao tratamento estatístico e análise estatística dos resultados.

As equipes médicas e de enfermagem do HAO, pela colaboração e solidariedade nesta jornada.

Aos pacientes cirúrgicos que concordaram na participação desta pesquisa.

A todos que direta e indiretamente, colaboraram na execução desse trabalho.

“Três coisas são necessárias para a salvação do homem;

Conhecer que se deve acreditar,

Conhecer o que se deve desejar,

Conhecer o que se deve fazer”.

(S. Tomás de Aquino)

Lasaponari EF. A utilização da calatonia no período pós-operatório imediato. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos, avaliar a influência da técnica de Calatonia sobre as condições clínicas (pressão arterial sistêmica, frequências cardíaca e respiratória, temperatura corpórea axilar, saturação de oxigênio), dor e índices de Aldrete e Kroulik e de Ramsay, dos pacientes no período pós-operatório imediato. Foi realizado um estudo randomizado, com cento e dezesseis pacientes, submetidos à cirurgia de colecistectomia por videolaparoscopia, divididos em grupos experimental (58 pacientes) e placebo (58 pacientes). Os pacientes do grupo experimental receberam a técnica da Calatonia, e os do placebo foram submetidos apenas a toques não intencionais. Os resultados mostraram que os pacientes dos grupos placebo e experimental foram considerados homogêneos quanto às variáveis: sexo, idade, ASA (*Physical Status Classification*), tempo de procedimento cirúrgico e de permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). Não se observaram diferenças estatisticamente significantes, entre os grupos, quanto à avaliação clínica da escala de Aldrete e Kroulik e escala de sedação de Ramsay e aos parâmetros clínicos, com exceção da temperatura corpórea axilar, que apresentou diferença estatística significativa, no momento de admissão na SRPA. Quanto à dor os pacientes do grupo experimental, apresentaram resultados significativos, podendo-se inferir que o relaxamento proporcionado pela técnica de Calatonia trouxe o alívio do quadro doloroso e, sendo assim, pode-se considerá-la como uma terapia adjuvante para o alívio da dor. Conclui-se que a aplicação da Calatonia pode atuar como recurso complementar à assistência no período pós-operatório imediato, priorizando a subjetividade do ser humano, sem se distanciar da realidade da instituição. Por se tratar de uma proposta inovadora, com a aplicação da técnica no período pós-operatório imediato, acredita-se que a Calatonia contribuirá para uma melhora do quadro clínico, proporcionando o bem-estar físico e emocional do paciente, além de resgatar a assistência humanizada e individualizada.

Palavras-chave: Recuperação pós-anestésica, Período pós-operatório imediato, Toque terapêutico, Terapias complementares, Calatonia.

Lasaponari EF. The use of Calatonia during the immediate postoperative period [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2011.

ABSTRACT

This research had as objective to evaluate the influence of the technique of Calatonia on the clinical conditions (systemic arterial pressure, cardiac and respiratory frequencies, axillary corporal temperature, oxygen saturation), pain and indexes of Aldrete and Kroulik and that of Ramsay, of the patients in the immediate postoperative period; A randomized study was carried through, with one hundred and sixteen patients, submitted to the Videolaparoscopic cholecystectomy surgery, divided in groups: experimental (58 patients) and placebo (58 patients). The patients of the experimental group received the Calatonia technique, and those of placebo group were submitted only to non-intentional touches. The results showed that the patients of the groups placebo and experimental were considered homogeneous in which refers to the variables: sex, age, ASA (*Physical Status Classification*), in the Postanaesthetic Recovery Room (SRPA) it was not observed any significant statistical differences, between the groups, as to the clinical evaluation of the Aldrete and Kroulik scale as well as the sedation scale of Ramsay and the clinical parameters, except the axillary corporal temperature, which presented significant statistical difference, at the moment of the admission at the SRPA. As to the pain, the patients of the experimental group presented significant results, being it possible to infer that the relaxation proportionated by the technique of Calatonia brought the relief of the painful status and, thus, it can be considered as an adjuvant therapy for the relief of the pain. So, it can be concluded that the application of the Calatonia can act as complementary resource to the assistance in the immediate postoperative period, prioritizing the subjectivity of the human being, without leaving the reality of the institution. Since it is a innovative proposal, with the application of the technique in the immediate postoperative period, it is given credit that the Calatonia will contribute for an improvement of the clinical situation, providing the physical and emotional patient well-being, besides rescuing the human and individualized assistance as well.

Key-words: Postanaesthetic recovery period, immediate postoperative period, Complementary therapies, Relaxation techniques, Calatonia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação da sedação pela escala de Ramsay	49
Quadro 2 - Parâmetros clínicos avaliados pelo índice de Aldrete e Kroulik	50
Quadro 3 - Sequência dos toques realizados	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dedos: 3º das mãos, com 3º dos pés.....	54
Figura 2 - Dedos: 2º das mãos, com 2º dos pés.....	55
Figura 3 - Dedos: 4º das mãos, com 4º dos pés.....	55
Figura 4 - Dedos: 5º das mãos, com 5º dos pés.....	55
Figura 5 - Dedos: 2º, 3º, 4º e 5º das mãos, com 1º dos pés.....	56
Figura 6 - Dedos: 2º, 3º e 4º das mãos, com a planta dos pés (arco longitudinal extremidade metatársica)	56
Figura 7 - Dedos: 2º, 3º e 4º das mãos com, a planta dos pés (concavidade do arco longitudinal).....	56
Figura 8 - O calcanhar é apoiado suavemente pelas mãos	57
Figura 9 - Mãos na panturrilha, o calcanhar é apoiado no antebraço, tocar o ponto com os 2º, 3º e 4º dedos	57
Figura 10 - Dedos: 2º, 3º, 4º e 5º das mãos, com a nuca, onde o 3º e o 4º dedos tocam a base do osso occipital	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a analgesia recebida no intra-operatório. São Paulo, 2010.....	71
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, segundo a analgesia recebida na admissão da SRPA (T0). São Paulo, 2010.....	72
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, segundo a analgesia recebida, após 01 hora de permanência na SRPA (T1). São Paulo, 2010.....	73
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a opinião dos mesmos, sobre a aplicação da técnica da Calatonia. São Paulo, 2010	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo o gênero. São Paulo, 2010	63
Tabela 2 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a faixa etária. São Paulo, 2010.....	64
Tabela 3 - Comparação entre os grupos placebo e experimental, quanto à idade. São Paulo, 2010.....	64
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a classificação do estado físico ASA e o tipo de anestesia geral. São Paulo, 2010	65
Tabela 5 - Comparação dos grupos com relação às médias da duração do procedimento anestésico-cirúrgico e o tempo de permanência na SRPA. São Paulo, 2010	66
Tabela 6 - Comparação dos grupos com relação às médias dos parâmetros clínicos, no período pré-operatório. São Paulo, 2010	67
Tabela 7 - Comparação dos grupos com relação às médias dos parâmetros clínicos, no pós-operatório imediato. São Paulo, 2010	68
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação numérica da dor na SRPA. São Paulo, 2010	70
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação da escala de Aldrete e Kroulik. São Paulo, 2010	73
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação da escala de sedação de Ramsay. São Paulo, 2010	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PERÍODO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	15
1.2 HISTÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO DAS TEORIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES	20
1.3. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA CALATONIA	25
1.3.1 Conceitos teóricos sobre cinesiologia	30
1.3.2 Toques sutis e fisiologia da pele	32
1.3.3 Preparo do ambiente para a aplicação da técnica da Calatonia	38
1.3.4 Descrição do toque sutil	39
2 OBJETIVOS	42
2.1 GERAL	42
2.2 ESPECÍFICO	42
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	44
3.1 DESENHO DO ESTUDO	44
3.2 LOCAL DE ESTUDO	44
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	45
3.3.1 Amostra	45
3.3.2 Critérios de Inclusão	46
3.3.3 Critérios de Exclusão	46
3.3.4 Variáveis do Estudo	46
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (FORMULÁRIO- ANEXOIII)	47
3.5 PROCEDIMENTOS	50
3.5.1 Procedimento Ético	50
3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados	51
3.5.3 Esquema: Procedimento de Coleta de Dados	59
3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	60
4 RESULTADOS	63
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, TIPO DE ANESTESIA GERAL, CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO ASA, DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO E TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SRPA	63
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS, NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO, NA ADMISSÃO DA SRPA (T0) E NA ALTA DA SRPA (T1), NOS GRUPOS PLACEBO E EXPERIMENTAL	67
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A AVALIAÇÃO NUMÉRICA VERBAL DA DOR, TIPO DE ANALGESIA RECEBIDA NO INTRA-OPERATÓRIO E NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, ESCALAS DE ALDRETE E KROULIK E DE RAMSAY NOS GRUPOS PLACEBO E EXPERIMENTAL	70
4.4 OPINIÕES DOS PACIENTES SOBRE A CALATONIA	75
5 DISCUSSÃO	79
6 CONCLUSÃO	94
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	108

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O período de recuperação pós-anestésica é definido como crítico e compreendido entre a interrupção da administração de drogas anestésicas e o retorno das condições basais do paciente. É caracterizado por instabilidades orgânicas decorrentes do trauma anestésico cirúrgico, como por exemplo, alterações hemodinâmicas, respiratórias, gastrointestinais, de consciência, associadas ainda à presença dor e da hipotermia, o que exige a vigilância constante da equipe médica e de enfermagem seguida de identificação do problema e intervenções para tratamento das mesmas ⁽¹⁾.

Compreende-se então, que o período pós-operatório imediato é crítico para a recuperação do paciente, portanto, é necessário atentar para os detalhes, habilidades na avaliação pós-operatória e capacidade de intervir são essenciais na prevenção da morbidade e da mortalidade.

No que se refere à detecção do problema e a intervenção de enfermagem é necessário uma equipe de enfermagem treinada para receber os clientes submetidos de diferentes procedimentos e técnicas anestésicas, assim como para prestar cuidados no período pós-operatório imediato.

Acredita-se que as intervenções de enfermagem, possam se beneficiar de técnicas complementares em saúde neste momento com alívio das alterações pós-operatórias detectadas.

Um exemplo da utilização de técnica complementar, embora em outro momento perioperatório, foi a aplicação da técnica de Calatonia em pacientes no período pré-operatório com objetivo de minimizar as alterações dos parâmetros clínicos provocadas pela ansiedade. Obtiveram como resultados além da diminuição da ansiedade, uma redução, embora não significativa estatisticamente dos parâmetros clínicos ⁽²⁾.

Esta técnica foi criada por Pethő Sándor e o termo Calatonia é de origem grega do verbo Khalaó que indica relaxação, alimentação, afastar-se

do estado de ira, fúria, violência, abrir uma porta, desatar as amarras de um odre, deixar ir, perdoar os pais, retirar todos os véus ⁽³⁾.

Assim, ainda conforme o próprio autor, a expressão Calatonia indica uma condição de descontração e soltura, porém não apenas do ponto de vista do tônus muscular em seu sentido mais amplo, refere-se também àquelas possibilidades de reorganização de tensões internas.

É uma técnica de relaxação ou de relaxamento, que atinge o cliente em nível cortical. Um modo especial de condicionamento ou de recondicionamento, que através da sensibilidade cutânea leva à harmonia interna, ao bem-estar físico e psíquico. A técnica é aplicada em determinadas áreas dos pés e pode figurar como tratamento central ou auxiliar nos processos psicoterapêuticos ⁽³⁾.

O toque, com intensidade e localização pré-estabelecidas, com ou sem instrumentos, ocasiona reações diversas no organismo, podendo causar sedação, agitação, excitabilidade, relaxamento, prazer, dor, alegria, tristeza, extravasamento emocional (com posterior reequilíbrio emocional) entre outros efeitos, principalmente psicoemocionais ⁽⁴⁾.

Pautado nestes estudos surgiu questionamento relacionado ao paciente em período pós-anestésico, como:

A Calatonia pode contribuir para a estabilidade dos parâmetros clínicos e para diminuição ou supressão de sinais e sintomas indesejáveis no período pós-operatório imediato?

Como enfermeira de sala de recuperação pós- anestésica tenho vivenciado as diferentes evoluções de pacientes neste período. Cada paciente tem uma forma de enfrentamento, alguns se mostram agitados, confusos, outros mais sonolentos e tranquilos, ainda que submetidos ao mesmo tipo de procedimento anestésico cirúrgico. Mesmo diante destas particularidades de respostas ao trauma anestésico cirúrgico, na maioria dos pacientes em pós-operatório as intervenções de enfermagem, além de considerar os antecedentes patológicos e tipo de cirurgia efetuada, são voltadas para alteração fisiológica provocada pelo ato anestésico cirúrgico,

como por exemplo, alteração do nível de consciência, presença de dor, náuseas e vômitos, condições de hidratação, temperatura corpórea, capacidade de micção, aspecto e quantidade de débito urinário, avaliação dos drenos, sangramentos e curativos.

Sendo assim, apoiada nos objetivos da técnica de Calatonia busca-se prestar uma assistência de enfermagem individualizada e humanizada, voltada às particularidades do ser humano e a sua integralidade e não somente na relação direta à alteração e intervenção de enfermagem.

1.1 PERÍODO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

O período cirúrgico é dividido em três fases: a primeira é a pré-operatória, a segunda, a intra-operatória e, a terceira, pós-operatória. Nesta última, a enfermagem desempenha o importante papel de proporcionar ao paciente o retorno às atividades rotineiras. O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos ⁽⁵⁾.

É o período subsequente ao procedimento anestésico-cirúrgico e se estende até o momento em que o paciente tenha recuperação de sua consciência e estabilidade dos sinais vitais. Ele deve ocorrer sempre sob a observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, tendo como finalidade a prevenção ou pronto atendimento de possíveis intercorrências e complicações.

O início desse período acontece ainda nas salas de operações, quando ocorre a reversão da anestesia e se estende até duas ou três horas após o término da anestesia.

Ele é considerado crítico, pois na maioria das vezes os indivíduos se encontram sonolentos, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protetores.

Tal instabilidade orgânica e emocional decorre do trauma anestésico-cirúrgico sofrido, requerendo, portanto, uma assistência especializada das equipes médica e de enfermagem, assim como um local apropriado.

Segundo Bare (2004), o período pós-operatório imediato é um momento crítico para o paciente, sendo importante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia desapareçam. É atribuição da equipe de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente. A unidade deve estar provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender qualquer situação de emergência ⁽⁶⁾.

A equipe multiprofissional, atuante nesse período, deve estar treinada e capacitada para receber os pacientes de diferentes procedimentos e técnicas anestésicas, além de oferecer suporte ao paciente no período de recuperação da anestesia, até que haja estabilidade cardiorrespiratória e recuperação da consciência, temperatura, atividade motora, equilíbrio hidroeletrólítico, infusões, drenagens, perfusão, sangramentos, condições dos curativos e ocorrência de náuseas e vômitos, prevenir ou tratar possíveis complicações, estabelecer medidas para aliviar a dor pós-operatória ⁽⁷⁾.

Para Carvalho e Bianchi (2007), o enfermeiro deve possuir conhecimentos e habilidades para prestar assistência anestésica e operatória aos clientes submetidos aos diferentes tipos de cirurgias, dependentes ou não de respiradores. Além da competência técnica que é exigida do enfermeiro nas 24 horas, é necessário o treinamento e supervisão dos componentes da sua equipe ⁽⁸⁾.

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações sempre estará presente. A prevenção destas, no pós-operatório promove rápida convalescência, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida ⁽⁹⁾.

Pautada no que foi exposto, compete ao enfermeiro prestar assistência segura, racional e individualizada, dando suporte ao paciente durante seu retorno ao estado fisiológico normal, após anestesia, assegurando a prevenção de riscos e complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.

No que se refere ao local apropriado para a prestação destes cuidados pós-anestésicos, a história relata que a unidade criada e denominada de recuperação pós-anestésica (URPA), teve início antes da descoberta da anestesia à aproximadamente 200 anos. Mais tarde nos Estados Unidos nas décadas de 20 e 30, se reservou uma sala menor ao lado da sala de operação para atender e dar cuidados especiais aos pacientes em estado crítico ou pacientes submetidos às cirurgias de grande porte ⁽¹⁰⁾.

As unidades de recuperação pós-anestésica foram se multiplicando progressivamente, principalmente durante a Segunda Grande Guerra Mundial.

Em 1988, a American Society of Anesthesiologists (ASA), estabeleceu os padrões dos cuidados pós-operatórios. Atualmente esta sociedade passou a ser denominada como Physical Status Classification.

O progresso da medicina trouxe a exigência da URPA nas instituições hospitalares e a portaria 400 do Ministério da Saúde, de 06 de dezembro de 1977, que prevê desde aquele ano, uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) em todas as unidades de centro cirúrgico. Mas foi em 1993, que houve a obrigatoriedade da mesma por Decreto Federal, com a Resolução CFM nº 1363/93 ^(11 12).

Os recentes avanços da cirurgia e da anestesia, principalmente, com o advento da monitorização invasiva, passaram a reforçar esta necessidade e demonstram visivelmente as vantagens de uma URPA, pois além dos cuidados aos pacientes existem evidências, tais como: reduções de mortalidade pós-anestésica e pós-operatória; facilidade para o trabalho de rotina nas unidades de internações; segurança ao paciente e também a seus

familiares e redução de possíveis acidentes e complicações pós-operatórias e pós-anestésicas⁽¹³⁾.

O período de permanência na SRPA requer avaliação e assistência constante, é nesse momento que o paciente apresenta maior vulnerabilidade e instabilidade em decorrência das drogas anestésicas e do próprio procedimento cirúrgico. Para prestação do cuidado, é necessário um profissional em constante estado de alerta para atuar de maneira rápida e eficiente na avaliação do paciente que fornece informações para o planejamento e a implementação da assistência de maneira segura. Compete ao enfermeiro, nessa análise considerar os diversos fatores de risco existentes⁽¹⁴⁾ :

Riscos cirúrgicos: extensão do trauma residual e suas alterações neuroendócrinas, sangramento cirúrgico, potencial de dor pós-operatória e alteração de sinais vitais em decorrência do tipo e tempo cirúrgico.

Riscos anestésicos: drogas pré-anestésicas e anestésicas utilizadas, potencial de depressão respiratória, tipo de anestesia administrada, via de metabolização dessas medicações, dose empregada, tempo de ação dos fármacos e interação com outras drogas.

Riscos individuais: estado emocional, idade, estado nutricional e doenças associadas.

Diante da identificação dos fatores de risco, cabe ao enfermeiro fazer uma avaliação do paciente, das funções respiratória e cardiovascular, sistema nervoso central, dor referida ou subjetiva, temperatura, atividade motora, equilíbrio hidroeletrolítico, infusões, drenagem, perfusão, sangramentos, condições do curativo e ocorrência de náuseas e vômitos⁽¹⁴⁾.

Com relação à incidência das complicações no período pós-operatório imediato estas poderão estar associadas às condições do paciente no pré-operatório, as especificidades do procedimento cirúrgico, intercorrências no período transoperatório e as medidas terapêuticas adotadas. Sendo assim, para que possamos atuar preventivamente é necessário conhecermos as complicações que o procedimento pode acarretar^(15 16).

As complicações mais freqüentes são: respiratórias relacionadas a entubação e extubação, náuseas, alterações na função neurológica como agitação e tremores, múltiplas arritmias cardíacas, hipotensão, hipertensão arterial sistêmica e dor, pois a dor na recuperação pós-anestésica quando não tratada, é constante queixa dos pacientes sendo que algumas vezes faz-se necessário uma quantidade adequada de analgésicos para o controle satisfatório da dor ⁽¹⁷⁾.

No que se refere às intercorrências ou complicações pós-operatória, é importante considerar a individualidade de cada paciente nas intervenções de enfermagem que serão realizadas.

Estas intervenções poderão ser aquelas consideradas tradicionais como, por exemplo: para um aumento de pressão arterial em paciente sem antecedentes hipertensivos eleva-se a cabeceira do leito, verifica-se a ocorrência de dor ou distensão vesical ou ainda observa-se o retorno da consciência. Também se podem aplicar outras intervenções complementares como sugere a proposta deste estudo.

A Calatonia foi a intervenção sugerida, pois tem em seus propósitos a “descontração muscular, comutações vasomotoras e recondicionamento do ânimo dos pacientes operados” ⁽³⁾.

O persistente crescimento do uso de novas práticas terapêuticas tem chamado a atenção de diversos autores, tanto na sociedade civil como no Estado. Denominadas alternativas, complementares, integrativas ou holísticas, essas práticas ganharam progressivo espaço em grupos civis e em instituições e serviços públicos de saúde ^(18 19).

Porém, mesmo diante do crescimento e a aplicação destas práticas na área da saúde, poucos são os estudos relacionados ao paciente em pós-operatório imediato.

1.2 HISTÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO DAS TEORIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES

A busca de artigos sobre Terapias Alternativas e Complementares (TA/TC), desenvolvida por profissionais da enfermagem no Brasil e América Latina, apresenta número bastante reduzido de pesquisa. Trata-se de um vácuo de conhecimento dado o pequeno número de trabalhos encontrados^(20 21).

A relação entre essas terapias e a enfermagem tem atraído crescente interesse no campo da saúde no mundo. Alguns pesquisadores têm começado a examinar esse tópico, explorando o seu contexto social, cultural, econômico e político, além das afinidades específicas entre essas terapias e a profissão da enfermagem^(22 23). No entanto, a maior parte desse trabalho tem sido realizada no Reino Unido, Austrália, Canadá e Estados Unidos.

De acordo com Barros e Adams (2005) novas pesquisas são necessárias para incrementar essas iniciativas e, também, para explorar mais profundamente a relação entre as TA/TC e a prática da enfermagem. Essas novas investigações devem examinar, além da prevalência do interesse/prática e o perfil dos profissionais, os aspectos mais qualitativos da relação das terapias com os diferentes grupos da enfermagem no campo da saúde latino-americana^(23 24).

As TA/TC são consideradas e definidas como, um amplo domínio de recursos de cura que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e suas teorias e crenças acompanhantes; inclui todas as práticas e ideias auto-definidas por seus usuários como prevenindo ou tratando as doenças ou promovendo a saúde e bem-estar⁽²⁵⁾.

Nas teorias que fundamentam a Enfermagem, de Martha Rogers e Myra E. Levine, o Homem é visto como um ser holístico⁽²⁶⁾.

Convém lembrar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) agrupa essas terapias alternativas sob a denominação de medicina tradicional visto que, na cultura oriental, elas são conhecidas e aplicadas há séculos⁽²⁷⁾.

As correntes terapêuticas básicas das medecinas alternativas/complementares são classificadas como: Medicina Oriental, Hindu ou Ayurvédica, Homeopática e a Medicina ampliada Antroposofia e as técnicas ou práticas complementares nem sempre pertencem apenas a uma corrente de medicina alternativa/complementar; por exemplo, tanto a medicina chinesa quanto ayurvédica, homeopática e antroposófica, fazem uso da fitoterapia, mas cada uma com o enfoque de sua corrente. A população, que faz uso das TA/TC, procura em geral as práticas que lhe fazem bem, não se importando na maioria dos casos em seguir uma determinada linha de medicina. A autora classifica as TA/TC em sete grupos distintos: terapias físicas, hidroterapias, fitoterapias, terapias nutricionais, terapias mentais-espirituais, e terapias de exercícios individuais ⁽²⁸⁾.

Existem ainda outras terapias que não são mencionadas, porém são relatadas por muitos profissionais da saúde e terapeutas, tais como: Calatonia, Cura Prânica, Reiki, Toque Terapêutico, Neurolinguística, Terapia Biográfica Antroposófica, Tai-Chi-Chuan, Lian-Gong, Do-in ⁽²⁸⁾.

Sá (1998) desenvolveu em seu estudo um breve histórico e a fundamentação do Toque Terapêutico (T.T) pelo Método Krieger-Kunz como assistência complementar de enfermagem. A autora explora a técnica de aplicação e comenta os efeitos já comprovados *in vitro* em pesquisas desenvolvidas sobre o método ⁽²⁹⁾.

O autor menciona que desde 1972, a Dr^a Dolores Krieger, docente da universidade de Nova York, iniciou a pesquisa científica que culminou na proposição da utilização do Toque Terapêutico como um método de aceleração de processos curativos internos baseados no uso consciente das mãos para dirigir ou modular o campo energético humano para fins terapêuticos ^(30 31).

Dados da OMS mostram que, já na década de 70, para dois terços da população mundial, as técnicas alternativas/ complementares eram ainda a única fonte de assistência à saúde ⁽²⁷⁾.

Estudos apontam que após uma revisão de literatura em Enfermagem no período de 1980 a 2005 sobre TA/TC, foram identificadas em produção

científica nacional, como as mais utilizadas o Toque Terapêutico e a Fitoterapia⁽³²⁾.

Como diagnóstico de enfermagem, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) inclui em sua classificação o item Distúrbio no Campo Energético, tendo como item de avaliação o toque terapêutico⁽³³⁾.

Estudos recentes mostram que a prevalência do uso das TA/TC, em 12 grandes cidades de diferentes continentes varia de 9 a 65%⁽³⁴⁾.

Trovó e Silva (2002) citam que a população mundial cresceu em ritmo acelerado, nas últimas décadas, e, com ela, as cidades, as condições subumanas de sobrevivência e a carência por um sistema de saúde eficaz⁽³⁵⁾.

A procura por algum tipo de tratamento não convencional vem crescendo atualmente.

No Brasil destacam-se como enfermeiras pioneiras nos estudos na área de terapias alternativas e complementares, Dr^a Maria Jacyra Nogueira⁽³⁶⁾ e Dr^a Maria Alves Barbosa⁽³⁷⁾.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN- 197 /97 apoiou através do Parecer Normativo nº 004/95, o reconhecimento das práticas alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), como atividade profissional, vinculada à saúde e não estando vinculados a qualquer categoria profissional; e através da Resolução COFEN- 197/97 que estabelece e reconhece as Terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, desde que o profissional de Enfermagem conclua e tenha sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas^(38 39).

Para Silva e Leão (2004) mesmo sendo reconhecidas as terapias complementares, ainda há certa discriminação, por serem realizadas dentro de um paradigma diferente daquele que norteia a prática de saúde⁽⁴⁰⁾.

Núñez (2003) verificou em seu estudo sobre o conhecimento das enfermeiras que atuam nas unidades municipais de saúde, tinham ou não sobre a legalidade das TA/TC. Obteve como resultado, 14 (77,8%) do total das enfermeiras referem não conhecer o respaldo legal e 16 (89%) não conhecem cursos que as tornariam especialistas. Somente um profissional disse ter feito curso na área de TA/TC, com carga horária de 20 horas, durante a graduação⁽⁴¹⁾.

Estes resultados despertam a atenção pelo desconhecimento da resolução COFEN -197 em 1997.

Diante dos resultados obtidos no referido estudo pode-se inferir que a falta de conhecimento de suas competências cerceia as possibilidades de atuação do enfermeiro, assim como a utilização de novas intervenções que contribuiriam com a prevenção e recuperação da saúde, propiciando uma melhora da qualidade de vida ao paciente.

Sendo assim os cursos de graduação em enfermagem deveriam estar atentos aos seus planos de ensino e inserir em seus conteúdos as terapias complementares dando ao aluno maiores possibilidades de atuação após o término da graduação.

Trovó e Silva (2002) entrevistaram alunos de graduação e obtiveram como resultados a crença pelas TA/TC na sua eficácia e a vivência de bons resultados com o uso destas terapias. E, embora 92 (95,83%) dos graduandos afirmem que o enfermeiro pode ser especialista em T.A., apenas 8 (8,70%) mostraram conhecimento sobre o caráter legal da especialização para o enfermeiro⁽³⁵⁾.

Os autores também mencionam a necessidade e a oficialização das discussões sobre Terapia Alternativa, em todas as instituições de ensino de Enfermagem, não só por meio de cursos extracurriculares ou disciplinas optativas, mas como parte do currículo básico do enfermeiro, como disciplina obrigatória e indispensável a todos os graduandos. Afinal, no mundo conturbado em que vivemos, o conhecimento de qualquer técnica que possa auxiliar na assistência à saúde ao indivíduo e que possa aumentar sua qualidade de vida é sempre bem-vindo.

Núñez (2003) ressalta que em uma das aulas na disciplina de História da Enfermagem a DR^a Taka Oguisso, coloca com propriedade: “precisamos ser enfermeiras capazes de ousar”, para buscar o saber e ocupar os espaços com o fazer, efetivo, científico e consciente, pois nós somos enfermeiras agentes ativas da transformação e do desenvolvimento da Enfermagem deste milênio ^(41 42).

Baseado nessa ideia acredito, que precisamos desenvolver um elenco de conhecimentos que permite aos profissionais da Enfermagem, gerar maiores recursos pessoais e sociais de ajuda aos pacientes e familiares diante da sua recuperação.

Para Souza e Luz (2009) após análise de variados textos, ressaltam que a abordagem integrativa das terapias alternativas exprime um aspecto da transformação dos valores culturais nas sociedades contemporâneas. Citam em seus resultados, um quadro com as práticas terapêuticas alternativas oferecidas no município do Rio de Janeiro, em que se destaca a sua diversidade, entre elas, a Calatonia ⁽⁴³⁾.

Denominadas alternativas, complementares, integrativas ou holísticas, essas práticas ganharam progressivo espaço em grupos civis e em instituições e serviços públicos de saúde ^(18 19).

O direito de o indivíduo usufruir de um bem estar pessoal deve estar presente em qualquer faixa etária. A melhoria e a ampliação dos serviços voltados a esse segmento visam a um lugar na sociedade com mais dignidade e menos sofrimento para os pacientes.

Diante destes aspectos, ressalta-se, por exemplo, o avanço das terapias complementares para o alívio da dor pelos enfermeiros. As terapias têm demonstrado eficácia quanto ao alívio do quadro doloroso, propiciando então, um rico campo a ser explorado por estes profissionais, para atuarem com técnicas chamadas de terapias complementares, terapias alternativas, ou ainda, terapias naturais como adjuvantes para o alívio da dor. Tais técnicas têm crescido em meio à enfermagem, uma vez que um único recurso terapêutico não tem se mostrado suficiente para o controle dos quadros álgicos ⁽⁴⁰⁾.

Eler e Jaques (2006) ressaltam que nesta esfera destacam-se as terapias complementares que, apesar de serem incipientes na enfermagem, oferecem um campo amplo para atuação, pois o contato constante do enfermeiro, com o paciente, favorece a implementação dessas terapias a fim de aliviar a dor, promover assistência integralizada e melhorar a qualidade de vida do paciente no ambiente hospitalar ⁽⁴⁴⁾.

1.3 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA CALATONIA

Pethö Sándor

A Calatonia vem do verbo grego Khalaó significando relaxação e também alimentação, afastar-se do estado de ira, fúria, violência, abrir uma porta, desatar as amarras de um odre, deixar ir, perdoar os pais, retirar todos os véus dos olhos, tonia, de tônus muscular, ou seja, é uma técnica de relaxamento profundo que leva à regulação do tônus, promovendo o reequilíbrio físico e psíquico do paciente ⁽³⁾.

Assim, ainda conforme o próprio autor, a expressão Calatonia, indica uma condição de descontração e soltura e/ou distensão muscular, porém não apenas do ponto de vista muscular em seu sentido mais amplo, refere-se também àquelas possibilidades de reorganização de tensões internas, cuja origem o termo nos sugere analogicamente ⁽⁴⁵⁾.

De acordo com Fernando Cortese (2008), o condicionamento fisiopsíquico pode ser descrita em três níveis: físico, emocional e mental ⁽⁴⁶⁾.

Nível físico: relaxamento muscular, descontração muscular, regulação de diversas funções vegetativas, como: respiração, circulação sanguínea e linfática, batimentos cardíacos, funcionamento visceral, temperatura e pressão arterial.

Nível emocional: correspondente relaxamento e regulação do “tônus afetivo”, isto é, reorganização das emoções carregadas de forma desequilibrada por acontecimentos cotidianos e pelos diversos níveis de conflitos inconscientes.

Nível mental: regulação do “tônus mental”, com eliminação dos diversos conteúdos mentais espúrios, condicionados pela exposição diária a enorme quantidade de estímulos, e em nível mais profundo, superação das categorias mentais condicionadas pela educação e cultura vigentes.

Penna (2007) afirma que a Calatonia age facilitando o acesso ao corpo sutil em estado de vigília. E mais do que isso, ela mostra que a experiência pode ser compartilhada ⁽⁴⁷⁾.

Para Rosa Farah (2008), o contato tão leve pode desencadear grandes efeitos, temos uma reação definida para um aperto de mão, mas não há respostas prontas para um toque tão sutil, que reverbera na pele (o principal aparato sensorial), até o sistema nervoso central ⁽⁴⁵⁾.

Com mais de 20 anos de experiência em Calatonia, a fonoaudióloga Maria Ísis Meira explica que os resultados não são imediatos e tampouco fáceis de medir. Os pacientes falam das mais diferentes sensações, alguns percebem uma energia no corpo e se sentem flutuar e outros relatam tonturas, adormecimentos de alguma parte do corpo.

Tavares (1997) diz que:

Calatonia e suas aplicações não se tratam simplesmente de técnicas e muito menos de técnicas de relaxamento, mas que compõem um método de regulação de tônus em seu sentido mais amplo. Refere-se à repercussão desse método sobre o modo de ser e de estar no mundo de um organismo, que não apenas tem um corpo, mas é um corpo. Então, tal repercussão nem sempre vai coincidir com efeitos agradáveis e relaxantes, visto que tal método incide sobre a complexidade e as contradições que têm lugar nesse organismo ⁽⁴⁸⁾.

Essencialmente falando a Calatonia baseia-se na “sensibilidade tátil”, através da aplicação de estímulos suaves, em áreas do corpo onde se verifica especial concentração de receptores nervosos.

A Calatonia foi uma técnica criada por Pethö Sándor, um médico nascido na Hungria em 28/04/1916, que durante a Segunda Guerra Mundial em hospitais da Cruz Vermelha (1942), trabalhava no atendimento de feridos e refugiados em deslocamento pela Europa. Naquele período devido às precárias condições geradas pela guerra, com frequência via-se diante de situações onde os recursos médicos, além de precários, eram de pouca ajuda no atendimento de seus pacientes.

Embora sua especialidade fosse a Ginecologia/Obstetrícia, foi designado para o cuidado de pessoas portadoras dos mais variados traumatismos, conforme ele mesmo relatou, ao falar sobre o surgimento de seu método:

Idealizou-se este método durante a Segunda Guerra Mundial, com base nas observações feitas em casos de readaptação de feridos e congelados, no período posterior à grande retirada da Rússia. Num hospital da Cruz Vermelha foram atendidas as mais diferentes queixas pós-operatória, desde membros fantasmas e abalamento nervoso, até depressões e reações compulsivas ⁽³⁾.

Era praticamente impossível, frente a estas pessoas, estabelecer um limite entre um traumatismo físico e o sofrimento psicológico que os atingia. Mas Sándor já estava atento às estreitas relações existentes entre os nossos processos corporais e nosso funcionamento psicoemocional. Foi, portanto, nestas condições dramáticas de trabalho, que ele tentou utilizar, sem sucesso, os métodos de relaxamentos usuais na época, como por exemplo, o método de Shutz (treinamento autógeno = através de estímulos verbais). Porém, mesmo diante de condições adversas como ausência de colaboração e concentração necessárias, Sándor observou o seguinte:

Percebeu-se então, que além da medicação costumeira e dos cuidados de rotina, o contato bipessoal, juntamente com a manipulação suave nas extremidades e na nuca, com certas modificações leves quanto à posição das partes manipuladas, produzia descontração muscular, comutações vasomotoras e recondicionamento do ânimo dos operados, numa escala pouco esperada ⁽³⁾.

No campo de refugiados, Sándor iniciou suas observações sobre os procedimentos que dariam origem à Calatonia. Ao atender como obstetra nas enfermarias femininas deparou-se com numerosos casos de problemas circulatórios. Sem os recursos convencionais, devido à escassez da guerra,

passou a experimentar toques e manipulações suaves nas extremidades do corpo de suas pacientes, visando alívio dos sintomas e dores. E assim iniciou a observação dos efeitos terapêuticos do toque suave ⁽⁴⁹⁾.

Nessa vivência inicial, o Dr. Sándor observou os efeitos que produziam nos pacientes, com vários graus de alívio do desconforto e da dor, e foi aprimorando seu método.

Sándor foi muitas vezes solicitado pelos soldados alemães, que recorriam ao “doutor que sabia tirar a dor com as mãos”. Nessas ocasiões, Sándor atendia aos pedidos de ajuda, porém com uma única condição: ficar só com o paciente para preservar sua técnica e a possibilidade de receber o precioso pagamento da época: alimentos que partilhava entre os demais refugiados ⁽⁵⁰⁾.

Por mais de três anos Sándor trabalhou na Alemanha, cuidando de pacientes com queixas psicológicas ou neuropsiquiátricas. Neste período já começava a sistematizar e fundamentar sua técnica, a primeira sequência dos toques sutis da Calatonia, com base nos conhecimentos da Psicologia e da Neurologia.

Em 1949 emigrou para o Brasil, após o término da Segunda Guerra Mundial, teve a oportunidade de estudar as pesquisas mais recentes sobre a formação reticular, as representações vegetativas no córtex e sobre proprioceptivos periféricos e prosseguiu seu trabalho, atuando principalmente na área da Psicologia.

Ele trabalhou também, como laboratorista, por quatro anos, numa indústria química, por questões de regulamentação de diploma. Ainda nos anos de 1950 começou a atender em sua clínica.

Em meados dos anos cinquenta, Sándor passou a lecionar “Psicologia Profunda” na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Ele mantinha, também, grupos de estudo de temas correlatos: começando com as técnicas básicas de relaxamento (Shutz, Jacobson, Reich e Calatonia).

Em 1980, Sándor criou a disciplina intitulada Cinesiologia Psicológica oferecida no Instituto Sedes Sapientiae, que posteriormente se tornou um curso com um programa específico, que funciona até hoje. Sua atuação como professor foi bastante significativa para todos que puderam participar de suas aulas ⁽⁴⁶⁾.

Vivendo em São Paulo, como terapeuta e professor passou a aplicar e ensinar a Calatonia, conhecida por seus alunos, como um “método de relaxamento”. E, como tal, passou a ser utilizada no atendimento por vários profissionais, em especial nas áreas de saúde e educação (psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, massagistas, fonoaudiólogos, educadores, professores de educação física, pedagogos, entre outros), em vários contextos, a saber: consultórios, hospitais, pré-escolas, centros de saúde mental.

Pethö Sándor sempre enfatizou que seu método deveria ser antes de tudo, vivenciado e praticado, pois considerava ser essa uma condição fundamental para sua correta apreensão e posterior aplicação.

Em várias ocasiões, quando perguntado a respeito do por que escrevia mais sobre a Calatonia ou mesmo quando solicitado a fazê-lo, Sándor argumentava que pessoas interessadas em aprender sobre a Calatonia buscassem experienciá-la, antes mesmo de ler a respeito.

Na época, alertava ainda haver certo risco em oferecer material escrito sobre esse tema: a de alguém menos avisado ou mais afoito, tendo acesso a um ou dois artigos sobre determinados procedimentos, vir a se considerar habilitado a utilizá-los sem a devida compreensão de sua real atuação, adequada aplicação, bem como possíveis repercussões.

Porém, paralelamente a essa atitude cautelosa, Sándor sempre estimulou seus alunos e de forma especial nos últimos anos a realizar registros de suas experiências profissionais com a Calatonia, com a finalidade de comunicar aos colegas, por meio de relatos, os resultados observados durante a utilização desse método em sua atuação clínica ou ainda em outras áreas de intervenção.

Como pesquisadora, segui a recomendação de Sándor no que se refere a utilização da aplicação, ou seja, para aprender sobre a Calatonia busquei experiênciá-la, antes mesmo de ler a respeito.

Realizei o curso pelo Instituto Sedes Sapientiae, oferecido pela professora que atua na disciplina de Psicologia na PUC-São Paulo. Esta formação envolve não somente a habilitação prática pelo aprendizado da técnica, mas também a aquisição de um sólido embasamento teórico.

Além destes requisitos, é considerado essencial que o profissional que pretende utilizar esta metodologia de intervenção submeta-se à vivência pessoal dentro deste enfoque terapêutico.

O professor Dr.Sándor veio a falecer, de forma inesperada, a 28 de janeiro de 1992 com 76 anos, ainda em plena atividade criativa. Seu trabalho, no entanto, continua através das atividades de vários grupos de estudos, conduzidos por ex-alunos. Prosseguem também, no Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo, as atividades do curso de “Cinesiologia Psicológica”, ao qual Sándor vinha se dedicando com especial empenho nos últimos anos, promovendo a formação de novos profissionais.

1.3.1 Conceitos teóricos sobre cinesiologia

Cinestesia (do grego: **Kinen**= mover; **aisthesis**= percepção) é o conhecimento e o sentido de posição. Etimologicamente significa sensação ou percepção do movimento. Tratados muitas vezes como sinônimos os dois termos são usados para todos os aspectos dessa percepção, quer estática quer dinâmica. Em medicina e psicologia esta palavra alude à sensação que um indivíduo tem seu corpo, particularmente dos movimentos que este realiza. Esta sensação é principalmente facilitada pelos receptores.

Faz parte do grupo de Ciências Fisiológicas por ser baseada na fisiologia do sistema nervoso e do aparelho locomotor (músculos, ossos, articulações).

Na cinesiologia, valem os princípios análogos da mecânica Clássica de Newton, sendo também tratada sob dois enfoques: o *estático* que se ocupa dos corpos em repouso ou em movimento uniforme e o *dinâmico* que analisa os corpos que estão em movimentos de aceleração ou desaceleração ⁽⁵¹⁾.

Falando-se ainda da cinesiologia, a chamada *Posição Anatômica do Corpo* é definida como sendo a posição em pé, pés levemente separados, braços estendidos ao longo do corpo, palmas das mãos voltadas para frente, olhar para o horizonte. Essa posição é sugerida por Sándor (1974) na aplicação da Calatonia nos pés, no caso o paciente deitado, com os pés “levemente separados” e de olhos fechados.

Segundo Cruz e Guimarães (2006), aproximadamente entre 4000 a.C e 395 d.C “o movimento humano era utilizado no tratamento de disfunções já estabelecidas, já instaladas e faziam parte das funções dos sacerdotes” ⁽⁵²⁾.

Ocorreu uma interrupção nos estudos da área da saúde corporal na Idade Média, pois na época o corpo tinha menos importância que o culto ao espírito. Já no final da Idade Média e no início do Renascimento, a beleza física começa a ser revalorizada. “Ao final do Renascimento, Don Francisco e Ondeano Amorós (1779-1849) dividiram a ginástica em quatro pontos, sendo o terceiro ponto a cinesioterapia, que tinha a finalidade de manutenção de uma saúde forte, tratamento de enfermidades, reeducação de convalescentes e correção de deformidades” ⁽⁵²⁾.

As autoras afirmam que os primeiros estudos sobre a utilização dos exercícios terapêuticos datam da Grécia e Roma antigas, porém, foi a partir da Primeira Guerra Mundial que houve um aumento acentuado da utilização deste recurso para a reabilitação de pacientes, devido ao grande número de incapacitados durante e após os combates, favorecendo o crescimento da fisioterapia e da cinesioterapia.

A cinesioterapia baseia-se nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e biomecânica a fim de proporcionar ao paciente um melhor e mais eficaz trabalho de prevenção, cura e reabilitação. A sua indicação é bastante criteriosa, necessita de avaliação para traçar objetivos e estratégias, além de

reavaliações frequentes, visando à atualização junto à progressão do paciente e em consequência da necessidade de correções ao programa inicial até atingir o potencial de recuperação esperado ⁽⁵²⁾.

1.3.2 Toques sutis e fisiologia da pele

Os toques sutis são as numerosas modalidades de trabalhos corporais desenvolvidos por Pethö Sándor a partir dos mesmos princípios da Calatonia. Da mesma forma como na Calatonia, os Toques Sutis utilizam-se do alto potencial da sensibilidade cutânea, para proporcionar vivências multisensoriais, ou seja: os estímulos utilizados se fazem sentir tanto a nível físico quanto psíquico, atuando sobre a totalidade do organismo de modo reestruturador.

O procedimento básico da Calatonia consiste em uma série de nove toques que o profissional realiza na área dos pés, em cada um dos artemhos em dois pontos da região plantar dos pés, calcanhares, tornozelos além de mais um toque no início das panturrilhas, podendo ser acrescido do décimo toque, conhecido como Calatonia da cabeça, aplicado na região occipital.

Estes toques, ou sequência de toques, podem ser aplicados em diferentes partes do corpo onde se localizam articulações, determinadas áreas com extensa sensibilidade nervosa e /ou circulatória, áreas com acesso a processos ósseos. Os critérios de escolha de tais “pontos de toque”, ou estimulação, variam caso a caso, em função do histórico e evolução do processo psicoterápico.

Vale à pena salientar que a Calatonia compõe-se de uma série de toques sutis que, valendo-se das características especiais da sensibilidade tátil, favorecem ampla vivência multisensorial e psíquica, promove a ampliação da consciência, abertura e desenvolvimento de possibilidades criativas ⁽³⁾.

Estudos com a técnica da Calatonia revelam que não há resultados específicos, uma vez que a reorganização psicofísica é global e cada organismo reage a sua própria maneira individual e única.

É importante ressaltar algumas características muito especiais da nossa pele.

Estudos mais recentes sobre as particularidades e funções dos receptores nervosos da pele já fazem com que autores como Montagu considerem a pele como um “órgão”, e não apenas um tecido que nos protege.

Montagu (1988) inicia o primeiro capítulo da sua extensa pesquisa sobre as peculiaridades do toque referindo-se a nossa pele com a seguinte frase: “É o mais antigo e sensível de nossos órgãos, nosso primeiro meio de comunicação, nosso mais eficiente protetor” ⁽⁵³⁾.

Assim, segundo este enfoque, a pele é considerada como o nosso principal aparato sensorial. Não apenas porque os nossos órgãos dos sentidos sejam, na verdade, tecido cutâneo que se diferenciou (como acontece com as mucosas da boca, na percepção do paladar), mas principalmente porque cada milímetro de nossa pele é provido de numerosos “receptores nervosos”, ou seja, estruturas neurológicas capazes de captar e conduzir os variados tipos de estímulos: calor, frio, pressão. Como se fossem minúsculos radares, informam sobre a infinidade de estímulos a que se é submetida a cada instante.

Mas ainda existe outra característica importante da pele, que diz respeito à sua própria origem e formação durante nosso desenvolvimento ainda no útero materno: as células que lhe dão origem provêm da mesma camada embrionária da qual se forma nosso sistema nervoso central, ou seja, a ectoderme.

Tanto a pele quanto o sistema nervoso originam-se da mais externa das três camadas embrionárias, a ectoderme. A ectoderme constitui uma superfície geral que envolve todo o corpo embrionário. Também se diferencia

no cabelo, dentes e nos órgãos dos sentidos do olfato, paladar, audição, visão e tato, ou seja, em tudo o que acontece fora do organismo.

O sistema nervoso central, cuja principal função é manter o organismo informado do que está se passando fora dele, desenvolvendo-se a partir da superfície geral do corpo embrionário, que se vira para dentro.

O restante do revestimento de superfície, após a diferenciação do cérebro, da medula espinhal e de todas as demais partes do sistema nervoso central, torna-se pele e seus derivados: pêlos, unhas e dentes. Portanto, o sistema nervoso é uma parte escondida da pele ou, ao contrário, a pele pode ser considerada como a porção exposta do sistema nervoso ⁽⁵³⁾.

Na evolução dos sentidos o tato foi, sem dúvida, o primeiro a surgir. O tato é a origem de nossos olhos, ouvidos, nariz e boca. Foi o tato que, como sentido, veio a se diferenciar dos demais.

A epiderme, camada mais extensa da pele, abriga o sistema tátil. Por intermédio das terminações nervosas de numerosos plexos, altamente especializados, os diferentes estímulos provenientes do meio são registrados e transmitidos ao sistema nervoso central.

As características da estrutura da pele são:

- a) o sentido do tato é o primeiro a ser desenvolvido no feto, podendo ser observado ainda no período embrionário, a partir da sexta semana de vida intra-uterina;
- b) número médio dos Corpúsculos de Meissner presentes na epiderme por milímetro quadrado de pele, cerca de 80 em crianças, 20 em adultos e 4 em idosos;
- c) média de receptores nervosos presentes a cada 100mm² de pele, cerca de 640.000;
- d) pontos táteis por cm² de pele, cerca de 7 a 135;
- e) números de fibras nervosas oriundas da pele que entram na medula espinhal, conduzindo estímulos aferentes, superior a meio milhão;

f) outras estruturas presentes em um pedaço de pele com 3 cm de diâmetro: 3 milhões de células; entre 100 e 340 glândulas sudoríparas; 50 terminações nervosas; 90 cm de vasos sanguíneos.

A pele representa cerca de 12% do peso total do corpo. No recém-nascido sua extensão corresponde a aproximadamente 2.500 centímetros quadrados, e no homem adulto passa a aproximadamente 19.000 centímetros.

Montagu (1988) relaciona as funções da pele tanto no sentido de fisiológico quanto no que se refere às funções mecânicas da pele, decorrentes de sua estruturação anatômica ⁽⁵³⁾.

A Calatonia utiliza a sensibilidade cutânea, pela qual a mesma área pode servir para a percepção e a condução das mais diversas qualidades (pressão do toque, calor, frio, dor e suas gradações múltiplas), proporcionando uma vivência multisensorial; possibilitando também uma síntese de várias particularidades perceptivas e aperceptivas, sintonizadas e sincronizadas numa configuração singular em cada indivíduo ⁽³⁾.

A pele é peça-chave na regulação homeostática: controlada por sinais neurais autônomos do cérebro e por informações químicas de diversas proveniências ⁽⁵⁴⁾.

Esta espécie de “envelope” que estabelece o limite do nosso corpo é, na verdade, altamente provida de minúsculas estruturas: os receptores nervosos ⁽³⁾.

Pesquisadores como Neumann (1991) ao estudarem o desenvolvimento infantil, expressaram uma ideia semelhante, ao afirmar que no recém-nascido forma-se gradativamente, a partir do contato que se estabelece entre a criança e sua mãe ⁽⁵⁵⁾.

Ressalta-se que a forma de atuação da Calatonia é realizada através de toques sutis na pele. Estes estímulos vão, portanto atuar sobre os inúmeros receptores nervosos ali existentes. E, mais ainda, vão se propagar naturalmente, através das vias neurológicas aos quais estão conectados para o sistema nervoso como um todo.

Devido à leveza de seu toque o efeito é mais profundo, proporcionando, regulação, tonificação, equilibrando lentamente todos os sistemas: ósseo, circulatório, muscular, hormonal, digestivo, renal, respiratório, linfático.

Para alguns, podem surgir, predominantemente, reações ao nível fisiológico e/ou motor (como “sensações”, ou movimentos mais ou menos sutis). Para outros em termos afetivo-emocionais (na forma de recordações, associações). Podem também, ocorrer alterações do estado de consciência análogas àquelas provenientes de meditação, com a eventual recordação de imagens. Imagens estas, do ponto de vista psicoterapêutico, têm valor semelhante ao valor dos sonhos.

Assim, a Calatonia atua potencialmente em vários níveis sobre a complexa estrutura psicofísica de cada indivíduo, trazendo à tona elementos, que podem ser elaborados dentro do contexto da psicoterapia. Além disso, pode atuar também promovendo “reequilibrações” do sistema psicofísico, através de processos mais sutis.

Com seus estudos sobre a Calatonia no Brasil, no início da década de 50, o professor Dr.Sándor, aprofundou seus conhecimentos com base nas pesquisas sobre a formação reticular, as representações vegetativas no córtex cerebral e nos proprioceptivos externos ⁽³⁾.

A formação reticular constitui um sistema de ativação que passou a ser conhecido como “sistema reticular ativador ascendente” (SARA). São pequenos neurônios e fibras relacionadas entre si por micros processos e estão espalhados na área do mesencéfalo, ponte e bulbo, hipotálamo e tálamo sendo responsável pelas vias motoras e sensitivas do cérebro ⁽⁵⁶⁾.

A formação reticular recebe colaterais de praticamente todas as vias sensoriais do corpo, incluindo fibras das vias neurais da dor, temperatura, tato, pressão e de terminais sensoriais de vias retiniais, olfatórias, auditivas e vestibulares.

O SARA é responsável pelo estado de alerta ou de vigília do ser humano.

A formação reticular, com a experiência, vai sendo discriminada em sua resposta para estímulos diferentes, como, por exemplo, sons de tráfego não acordam pessoas, mas o cheiro de fumaça pode fazê-lo. Assim, o sistema reticular não recebe apenas impulsos sensitivos, mas também, de várias partes do encéfalo. A destruição desse sistema leva ao estado de coma.

As representações vegetativas estão interligadas com o sistema nervoso simpático (tóraco-lombar) e parassimpático (crânio sacral).

Os proprioceptivos externos são receptores de vital importância para respostas posturais e locomotoras, incluindo receptores cinestésicos, musculares e de equilíbrio (labirinto). Os receptores para sentidos especiais estão localizados na cabeça (visão, olfato, audição, paladar e equilíbrio); os sentidos gerais estão espalhados pelo corpo todo e incluem dor, tato, pressão do toque, frio, calor e cinestesia.

A *propriocepção* é um termo mais abrangente do que cinestesia (do latim **próprio**- de si mesmo, mas **ceptive** recebe de si mesmo).

Os sinais cinestésicos são gerados em vários tipos de receptores sensitivos que residem nos músculos, tendões e articulações em respostas aos movimentos do corpo e à tensão dentro dos tendões.

Finalmente, cabe dizer ainda que este método, embora tão estreitamente baseado em fundamentos psicológicos, não se constitui em um recurso de uso estritamente psicoterapêutico. Há relatos da sua efetiva utilidade em campos variados, como abordados anteriormente.

Assim como relatam outros autores, Fernando Cortese (2008), em situações pré e pós-operatórias e hospitalares em geral, a Calatonia pode ser um recurso de grande valia ⁽⁴⁶⁾.

Sendo assim, entende-se com isto que nos períodos pré e pós-operatório, a Calatonia pode ser utilizada como tratamento complementar e interdisciplinar, proporcionando o bem estar psicofísico principalmente em se considerando que o paciente submetido ao tratamento anestésico-cirúrgico

sofre de agressões fisiológicas e emocionais, que o desestabilizam integralmente.

Mesmo tendo-se conhecimento que estas alterações neuroendócrinas são extremamente necessárias para sobrevivência do indivíduo, a Calatonia se propõe neste momento minimizar o traumatismo físico e o sofrimento psicológico que atinge o paciente, através da reorganização fisiopsíquica que será responsável pelo bem estar físico e emocional.

1.3.3 Preparo do ambiente para a aplicação da técnica da Calatonia

Antes de iniciar a aplicação da Calatonia o profissional deverá providenciar as condições necessárias para adequar o espaço onde realizará este trabalho.

Exige um ambiente que dispõe de ventilação e temperatura adequadas, além da privacidade, calmo, pouca luz (luz suave ou “dimmer”) uma cama baixa, um banco da mesma altura e uma manta ou aquecedor para quem estiver recebendo a Calatonia.

Outro cuidado importante a considerar, é a posição do profissional durante a aplicação da técnica: o estímulo da Calatonia é monótomo, e se o profissional não estiver com os braços apoiados, pode sentir cansaço, e com isso comprometer tanto seu próprio bem estar, quanto o benefício proporcionado ao paciente (membros cansados são sujeitos a tremores, contrações, mudanças de posição) ⁽⁴⁵⁾.

Antes de iniciar o trabalho, o profissional descreve ao paciente os procedimentos a ser realizado, o objetivo dessa descrição é evitar surpreender o paciente com toques inesperados, causando estranheza ou ansiedade.

Ao final do toque é importante que o paciente expresse suas sensações e sentimentos, mas, cada pessoa poderá ter reações muito individuais e imprevisíveis que, ao final, terão a oportunidade de conversar sobre as suas observações pessoais.

O toque sensível deverá seguir os seguintes passos:

- a) A pessoa deve estar deitada, em posição de decúbito dorsal horizontal, com os braços estendidos ao longo do corpo, as palmas das mãos voltadas para cima e os olhos fechados podendo abri-los quando quiser.
- b) Nesse intervalo, o profissional higieniza suas mãos ou faz uso do álcool gel, retirando também relógio, anéis ou outros adereços.
- c) A enfermeira senta-se num banquinho aos pés da cama e toca os pés do paciente, sem apertar, movimentar ou massagear, apenas limitando-se ao contato suave.

Durante a aplicação dos toques, o profissional manterá o corpo do paciente sempre coberto nas áreas onde não serão trabalhadas, usando o cobertor de matelassê e/ou lençóis. Este procedimento não visa apenas proteger o corpo do paciente em relação às alterações de temperatura, mas, também, fazer com que se sinta respeitado e acolhido em sua privacidade.

Ao término do procedimento o profissional higieniza novamente suas mãos.

1.3.4 Descrição do toque sutil

O procedimento básico da Calatonia consiste em uma série de “toques”, que o profissional realiza em vários pontos do corpo do cliente.

A seqüência de toques mais conhecida é realizada em nove pontos da área dos pés, acrescida de um toque na região occipital.

Cada toque deverá durar aproximadamente um a três minutos na fase inicial do processo calatônico. De início o profissional poderá utilizar um relógio para o controle do tempo, ou ainda a contagem do ritmo respiratório 15 rpm (o seu próprio ou o do paciente). Posteriormente, porém, a prática permitirá que a vivência deste tempo possa ser internalizada, dispensando-se a utilização de controles externos pelo profissional ⁽⁴⁵⁾.

Com relação à intensidade dos toques, Sándor usava uma imagem bastante ilustrativa sobre a intensidade ideal do toque suave a ser realizado. Dizia ele que os toques deveriam ser realizados de modo muito sutil, sem apertar, movimentar nem massagear, mas “*como quem quisesse carregar uma bolha de sabão*”⁽³⁾. Assim, os toques devem ser suficientemente presentes para serem sentidos pelo paciente, porém devem ser monótonos, e bastante leves e suaves.

No que se refere à forma e localização dos toques, nesta sequência a forma dos toques varia de acordo com a área a ser estimulada. Os estímulos são aplicados de forma simétrica e simultânea, nos dois pés do paciente. É recomendável também que o intervalo entre os toques seja menor possível, evitando-se assim a sensação de uma interrupção do contato entre o profissional e o paciente ⁽⁴⁵⁾.

Essa sequência de toques será descrita detalhadamente no item de procedimento de coleta de dados desta pesquisa.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a influência da técnica de Calatonia sobre as condições clínicas (pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar, saturação de oxigênio), dor e índices de Aldrete e Kroulik e Ramsay dos pacientes, no período pós-operatório imediato.

2.2 ESPECÍFICO

- Caracterizar os pacientes no período pré-operatório, segundo seu estado clínico e parâmetros clínicos;
- Verificar os parâmetros clínicos dos pacientes no período pós-operatório imediato, antes e após a aplicação da técnica de Calatonia;
- Comparar os parâmetros clínicos obtidos no período pós-operatório imediato antes e após a aplicação da técnica de Calatonia.

Casuística e Método

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo clínico ou ensaio clínico controlado randomizado. Trata-se de um estudo experimental prospectivo que compara o efeito e o valor de uma intervenção (Calatonia) de forma aleatória em dois grupos (grupo placebo e experimental).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado em um hospital geral terciário, eminentemente cirúrgico, privado, com 255 leitos, sendo destes, 221 leitos de internação e 34 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), localizado na região central do Município de São Paulo. No presente momento, a instituição possui um centro cirúrgico com 16 salas de operações (SO), sendo 03 para procedimentos de pequeno porte, e uma Unidade de Recuperação Pós- anestésica com 18 leitos, sendo 15 leitos para atender os procedimentos de médio e grande porte.

O volume cirúrgico é em média de 1.100 cirurgias/mês. Os pacientes que requerem cuidados intensivos são encaminhados da SO diretamente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e alguns pacientes recebem alta da sala de operação direto para o setor de origem, após a avaliação do anestesiológista e do enfermeiro assistencial.

Para a Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), são encaminhados os pacientes submetidos a qualquer tipo de anestesia advindo da sala de operação que não requeiram ventilação mecânica. Esta unidade atende em média 950 pacientes/mês.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

3.3.1 Amostra

O número de pacientes para o estudo foi determinado com auxílio de um estatístico e fixado em 58 pacientes para cada grupo, com significância de 5% com poder de 80% e tamanho igual para os dois grupos segundo a fórmula abaixo ⁽⁵⁷⁾:

$$n_1 = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q} \left(1 + \frac{1}{k}\right)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{k}} \right]^2}{\Delta^2}$$

$$n_2 = k n_1$$

p_1, p_2 : proporção esperada de pacientes com PA adequada após o tratamento com Calatonia e proporção do grupo placebo (sem tratamento)

$q_1 = 1 - p_1$: proporção complementar do grupo tratado

$q_2 = 1 - p_2$: proporção complementar do grupo placebo

$\Delta = |p_2 - p_1|$: diferença absoluta entre as proporções

$\bar{p} = \frac{p_1 + k p_2}{1 + k}$: proporção ponderada

$\bar{q} = 1 - \bar{p}$: proporção complementar da proporção ponderada

Sendo assim a amostra para este estudo foi constituída por 116 pacientes submetidos a procedimento de Colecistectomia por vídeolaparoscopia, admitidos em Sala de Recuperação Pós-anestésica, no período compreendido de março de 2010 a junho de 2010.

O grupo placebo é aquele composto por pacientes que não receberam intervenção terapêutica, apenas um toque não intencional, e o experimental composto por pacientes que receberam a técnica da Calatonia.

3.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos os pacientes dos grupos placebo e experimental, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 e máxima de 60 anos, submetidos aos procedimentos anestésico e cirúrgico de Colectomia por vídeolaparoscopia, com ou sem exploração de vias biliares, sob anestesia geral e classificados segundo American Society of Anesthesiology (ASA) em pacientes hígidos (ASA 1) e aqueles com alguma comorbidade associada (ASA 2), pacientes não agitados, com permanência máxima por 60 minutos na SRPA e que concordassem em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOII).

A opção por este tipo específico de operação se deu ao fato de que, estes procedimentos são realizados com frequência, possui o tempo cirúrgico bem definido, técnica anestésico-cirúrgica e cuidados no pós-operatório imediato padronizados, o que confere um controle maior das variáveis intervenientes.

3.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgias de emergência ou urgência, com tempo de SRPA inferior a 60 minutos, classificação como ASA 3, ASA 4 , ASA 5 e pacientes agitados.

3.3.4 Variáveis do Estudo

A análise estatística envolverá as seguintes variáveis:

a) Variáveis qualitativas:

1. Sexo
2. Classificação ASA
3. Tipo de anestesia

4. Tipo de analgesia no intra-operatório
5. Tipo de analgesia no pós-operatório imediato

b) Variáveis quantitativas

6. Idade (anos)
7. Pressão arterial sistólica (mmHg)
8. Pressão arterial diastólica (mmHg)
9. Frequência cardíaca (bpm)
10. Frequência respiratória (rpm)
11. Temperatura corpórea (°C)
12. Escore de dor (0 a 10)
13. Escala de sedação de Ramsay (1 a 6)
14. Escore total da escala de Aldrete-Kroulik (0 a 10)
15. Duração do procedimento anestésico-cirúrgico (hora/minutos)
16. Tempo de permanência na SRPA (hora/minutos)

3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS (FORMULÁRIO-ANEXOIII)

O instrumento sintetiza as informações que caracterizam os pacientes e está dividido em duas partes.

Parte 1: Dados do Período Pré-Operatório

Os dados compreendem o número do same, sexo, idade, data e horário da cirurgia, sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar) e classificação do ASA assinalada pelo anestesiológico.

Esta classificação de estado físico foi elaborada em 1941 por Saklad e considera as condições clínicas pré-operatória associadas ⁽¹⁴⁾.

Foi adotada pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), empregada universalmente e é importante ser assinalada no final da avaliação pré-anestésica. Recentemente foi incluído mais um item na avaliação destinado aos pacientes com morte cerebral declarada, para doação (ASA 6). Os itens são:

ASA 1 - Paciente sadio sem patologia associada.

ASA 2 - Paciente com doença sistêmica leve.

ASA 3 - Paciente com doença sistêmica severa.

ASA 4 - Paciente com doença sistêmica severa, que é um constante risco para a vida.

ASA 5 - Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.

ASA 6 - Paciente com morte cerebral declarada para doação.

Parte 2: Dados do Período Pós Operatório Imediato

Os dados compreendem os procedimentos anestésico e cirúrgico realizados, duração desses procedimentos, tempo de permanência na SRPA, parâmetros clínicos (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar e saturação de oxigênio), avaliação numérica verbal da dor, escala de Aldrete e Kroulik e escala de Ramsay, analgesia recebida no intra-operatório e no pós-operatório imediato e a opinião dos pacientes sobre a aplicação da técnica da Calatonia.

Para a avaliação da dor foi utilizada a escala numérica de 0 a 10 dicotomizada da seguinte forma:

- $\text{escore} < 3$ (sem dor);
- $\text{escore} \geq 3$ (presença de dor).

A escala de Ramsay foi descrita pela primeira em 1974 pelo médico Michael Ramsay para avaliar o nível clínico e grau de sedação dos pacientes em pós-operatório ⁽⁵⁸⁾. Ela compreende valores que vão de 1 a 6 pontos, conforme descrito no quadro 1, também foi dicotomizada da seguinte forma :

- escore 2 (Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranqüilo);
- escore 3 (Dormindo, com resposta discreta a estímulo tátil ou auditivo).

Quadro 1 - Avaliação da sedação pela escala de Ramsay

Nível clínico	Grau de sedação atingido	Nível clínico	Grau de sedação atingido
1	Ansioso, agitado ou irrequieto	4	Dormindo com resposta mínima a estímulo tátil ou auditivo
2	Cooperativo, aceitando ventilação, orientado e tranqüilo	5	Sem resposta a estímulo tátil ou auditivo, porém com resposta à dor
3	Dormindo, com resposta discreta a estímulo tátil ou auditivo	6	Sem resposta a estímulo doloroso

*Fonte: Práticas Recomendadas SOBECC, 2009, p.135

Para avaliar as condições clínicas do paciente em pós-operatório imediato foi utilizada a escala de Aldrete e Kroulik (Quadro 2) que, desde sua criação até os dias de hoje, é utilizado em SRPA como importante instrumento de avaliação para a evolução no pós-operatório imediato até a alta do paciente da SRPA. Este índice foi dicotomizado em:

- escore < 8 (significa que o paciente não apresenta condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem);
- escore ≥ 8 (significa que o paciente tem condições clínicas e possibilidade de ser transferido para sua unidade de origem, isto é, ele deve estar acordado, responsivo, eupnêico, movimentando os quatro membros e com os sinais vitais estabilizados).

Quadro 2 - Parâmetros clínicos avaliados pelo índice de Aldrete e Kroulik

Atividade muscular	Movimenta os quatro membros	2
	Movimenta dois membros	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0
Respiração	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1
	Tem apnéia	0
Circulação	PA em 20% do nível pré-anestésico	2
	PA em 20-49% do nível pré-anestésico	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0
Consciência	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2
	Desperta, se solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior que 92% respirando em ar ambiente	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio	0

*Fonte: Práticas Recomendadas SOBECC, 2009, p.133

Ainda neste formulário (ANEXO III) foi inserida uma questão aberta sobre a opinião dos pacientes em relação a técnica de Calatonia.

3.5 PROCEDIMENTOS

3.5.1 Procedimento Ético

A pesquisa foi submetida à apreciação da Comissão de Ética, para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), protocolo número 05/10, sendo os dados coletados após a aprovação nesse órgão (ANEXO I).

3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

Os pacientes que atenderam os critérios de inclusão foram alocados aleatoriamente em dois grupos (placebo e experimental). Esta alocação se deu pelo auxílio do programa estatístico SPSS for Windows (versão 17.0), que produziu uma lista de 116 números aleatórios que a pesquisadora tomou conhecimento da alocação de cada paciente em determinado grupo somente após os mesmos terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

Durante uma visita pré-operatória os pacientes foram convidados a participar do estudo, aos que concordaram foram explicados os objetivos e finalidades da pesquisa e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II).

Após aprovação do projeto pela Comissão de Ética e Pesquisa do HAOC protocolo número 05/10, a coleta de dados foi iniciada (ANEXO I).

O Procedimento de coleta de dados se realizou em duas fases, sendo elas: Pré-Operatória e Pós-Operatório Imediato.

a) Fase pré-operatória:

Realizada na unidade de internação, quando o pesquisador principal localizou o paciente e explicou os objetivos da pesquisa e após o consentimento dado pelo paciente foi realizada uma consulta no prontuário do paciente e em seguida a anotação dos dados pessoais, dos parâmetros clínicos e da classificação do estado físico (ASA) registrados e assinalados pelo anestesiológista no impresso da Ficha de Avaliação Pré-Anestésica.

Tanto a coleta de dados como a entrega do termo livre esclarecido foram realizados pela pesquisadora principal e uma pesquisadora auxiliar previamente treinada.

b) Fase do pós-operatório imediato:

Realizada durante a permanência do paciente na unidade de Recuperação Pós- anestésica. Cabe salientar que esta unidade reuniu os requisitos necessários para a aplicação da técnica da Calatonia, isto é, planta física da unidade é apropriada oferecendo privacidade e silêncio exigidos neste momento.

Após a recepção do paciente na Unidade de Recuperação Pós-anestésica denominada de admissão na SRPA (T0), foi realizada, pela monitorização não invasiva a coleta dos seguintes parâmetros clínicos: pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar, saturação de oxigênio, avaliação da dor, escala de Aldrete e Kroulik ,escala de sedação de Ramsay. Ressalta-se que estes parâmetros clínicos foram avaliados em todo período de permanência na SRPA, ou seja, a cada 15 minutos durante 01 hora. Logo a seguir foi aplicada a técnica da Calatonia aos pacientes do grupo experimental.

Esta mesma sequência de monitorização foi realizada para o grupo placebo, porém não foi realizada a intervenção Calatonia, apenas toques sem a intenção terapêutica.

Os toques sem intenção terapêutica foram realizados no grupo placebo de forma seqüencial na apresentação anatômica dos artelhos dos pés, o que difere da seqüência original da aplicação da técnica da Calatonia.

A aplicação da Calatonia foi realizada na admissão (T0) e após 60 minutos de permanência na SRPA (T1). O tempo estimado para cada aplicação da técnica da Calatonia é de 20 minutos, sendo 2 minutos para cada área determinada, finalizando-se a sessão. Ressalto ainda, que a técnica da Calatonia foi aplicada pela pesquisadora principal, assim como o toque não terapêutico no grupo placebo.

Segue abaixo a sequência da aplicação da técnica da Calatonia:

a) *Toque nos artelhos*: Nestes cinco primeiros toques da sequência o profissional segura, sucessivamente e em forma de *pinça*, cada um dos artelhos do paciente, tendo o cuidado de formar essa *pinça* com os correspondentes dedos das suas mãos, mais o seu polegar. Desse modo, colocando o polegar por baixo, tocará os artelhos do paciente na seguinte ordem:

1- Mediano; 2- Indicador; 3- Anular; 4- Mínimo; 5- Hálux. Nesse quinto toque (do hálux) o profissional formará a *pinça* de modo diferente: além do seu polegar, usará não apenas um, mas todos os seus outros dedos (indicador, mediano, anular e mínimo) de forma a “envolver” toda a área tocada. O local correto para realizar estes toques é a área correspondente à raiz da unha, situado ainda na falange distal, ou seja, logo acima da sua cutícula. Por sua vez o polegar do profissional, em cada toque se situará sempre no ponto simetricamente abaixo destes, antes citados. **(Figuras nº1 aonº5)**

b) *Toques nas regiões plantares dos pés*: Correspondem a dois toques que o profissional aplica com as “polpas” dos seus dedos (indicador, mediano e anular), novamente exercendo uma pressão muito suave sobre dois pontos das regiões plantares dos pés do paciente. Estes dois pontos correspondem, respectivamente, aos limites do arco do pé, sendo o primeiro aquele localizado logo abaixo da base dos artelhos, e o segundo pouco antes da base do calcanhar. **(Figuras nº6 e nº7)**

c) *Toque nos tornozelos*: Neste toque o profissional apóia e envolve, na concha das mãos, os tornozelos do paciente. De forma análoga aos toques antes descritos, não deverá exercer pressão: apenas sustentar e “acolher” essa área dos pés do paciente. Durante este toque, a parte posterior das mãos do profissional fica apoiada no colchão. **(Figura nº8)**

d) *Toque da panturrilha*: Neste toque o profissional sustenta a parte inferior da perna do paciente (a panturrilha) sobre seu antebraço, de forma que o tornozelo do paciente fica apoiado na parte interna

do punho do profissional, e ao mesmo tempo a área de inserção do tendão de Aquiles (do paciente) é suavemente tocado e estimulado pelas pontas dos dedos (mediano e anular) do profissional.

(Figuranº9)

- e) *Toque da nuca*: Neste toque o profissional apenas sustenta a cabeça do paciente, posicionando-a cuidadosamente sobre suas mãos unidas “em concha”. De novo é recomendado que este gesto seja leve e suave, isto é: o profissional apenas “acolhe” a cabeça da pessoa em suas mãos, sem exercer pressão.

Ainda, idealmente falando, as mãos do profissional deverão estar posicionadas de tal forma que seus dedos (mediano e anular) “toquem” a base do osso occipital do paciente. Ao final do tempo previsto, com muita suavidade o profissional “retira” suas mãos, finalizando a sessão.

(Figuranº10)

Figuras da técnica de aplicação da Calatonia, tiradas pela autora da pesquisa no local de estudo.

Figura 1 - Dedos: 3º das mãos, com 3º dos pés

Figura 2 - Dedos: 2º das mãos, com 2º dos pés

Figura 3 - Dedos: 4º das mãos, com 4º dos pés

Figura 4 - Dedos: 5º das mãos, com 5º dos pés

Figura 5 - Dedos: 2º, 3º, 4º e 5º das mãos, com 1º dos pés

Figura 6 - Dedos: 2º, 3º e 4º das mãos, com a planta dos pés (arco longitudinal extremidade metatársica)

Figura 7 - Dedos: 2º, 3º e 4º das mãos, com a planta dos pés (concavidade do arco longitudinal)

Figura 8 - O calcanhar é apoiado suavemente pelas mãos

Figura 9 - Mãos na panturrilha, o calcanhar é apoiado no antebraço, tocar o ponto com os 2º, 3º e 4º dedos

Figura 10 - Dedos: 2º, 3º, 4º e 5º das mãos com a nuca, onde o 3º e o 4º dedos tocam a base do osso occipital

Quadro 3 - Sequência dos toques realizados

Local do toque no paciente	Execução do toque pela Enfermeira
1 - Terceiro Artelho	Tocar com o dedo mediano acima e polegar na polpa do terceiro artelho
2 - Segundo Artelho	Tocar com indicador e polegar
3 - Quarto Artelho	Tocar com anular e polegar
4 - Quinto Artelho	Tocar com mínimo e polegar
5 - Hálux	Tocar com todos os dedos, estando o polegar por baixo, indicador e mínimo nas laterais e os anulares e medianos em cima, na base da unha
6 - 1º ponto (planta dos pés- arco longitudinal ,extremidade metatársica)	Tocar com os dedos indicador, médio e anular juntos
7 - 2º ponto (concavidade do arco longitudinal)	Tocar da mesma forma do 6º item
8 - Calcanhar	É apoiado suavemente pelas mãos, cujos dedos tocam logo abaixo dos maléolos mediais, por um lado, e os polegares circundam os maléolos laterais pelo outro.
9 - Panturrilha	O calcanhar apoiado no antebraço, tocar o ponto com os dedos indicador, médio e anular juntos.
10 - Nuca	Tocar a base do osso occipital com os dedos mediano e anular e suavemente o profissional retira suas mãos, finalizando a sessão.

*Fonte : Montado com base nos dados obtidos em Farah RM. O trabalho corporal e a psicologia de C.G.Jung, 2008

Em relação à técnica, posso dizer que a mesma não depende de relaxamento e nem de concentração, embora resulte em soltura e atenção.

Devido à leveza do toque, o efeito é mais profundo por meio dos dermatômos (rede periférica do SNC) regulando, tonificando, equilibrando, lentamente, todos os sistemas: ósseo, circulatório, muscular, hormonal, digestivo, renal, respiratório, linfático.

Os dados foram coletados após aplicação da técnica da Calatonia, por um período de 0 a 60 minutos.

Após a alta assinada pelo anestesiológista da SRPA o paciente foi questionado sobre a sua opinião quanto à técnica aplicada.

3.5.3 Esquema: Procedimento de Coleta de Dados

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram armazenados no programa Excel for Windows Explorer^R e analisados através do programa SAS^R (Statistical Analysis Software) versão 9.1.3.

As variáveis qualitativas (sexo, classificação ASA, tipo de anestesia, tipo de analgesia recebida no intra-operatório, tipo de analgesia recebida na SRPA), foram descritas pelas frequências relativas e absolutas em cada grupo.

As variáveis quantitativas (idade, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar, saturação de oxigênio, dor, escala de sedação de Ramsay, Aldrete-Kroulik, duração do procedimento anestésico-cirúrgico, tempo de permanência na SRPA) foram descritas pelas estatísticas nos valores: mínimo, máximo, a média e desvio padrão em cada grupo.

Os grupos placebo e experimental foram comparados quanto ao sexo, idade, parâmetros clínicos pré-operatório e pós-operatório imediato, dor, escalas de Aldrete e Kroulik, Ramsay e tipo de analgesia recebida no intra-operatório e pós-operatório imediato.

O teste t-student foi utilizado para amostras independentes para comparar a média de idade e os parâmetros clínicos dos pacientes entre os grupos, caso a idade apresente distribuição normal verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como não apresentou distribuição normal à comparação foi realizada com o Teste de Mann-Whitney.

O teste Qui Quadrado ao nível de 5% foi utilizado para testar se a proporção de sexo entre os grupos é igual.

Também foram comparados a pressão artéria sistólica e diastólica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea axilar, saturação de oxigênio, intensidade da dor, pontuação total da escala de

Aldrete e Kroulik e escala de Ramsay nos grupos na admissão da SRPA (T0) e após uma hora (T1) de permanência na SRPA, com o uso da análise de variância (ANOVA), com medidas repetidas.

Este teste se apóia na hipótese de que os grupos são semelhantes, a variância em cada um (dentro) dos grupos é similar àquela entre os grupos; o que eles fazem é comparar a variabilidade das médias de todas as amostras com a variabilidade dentro das amostras ⁽⁵⁹⁾.

Foi admitido nível de significância estatística $p \leq 0,05$ que é uma medida estimada do grau em que este resultado é “verdadeiro”, ou seja, expressa a confiabilidade de um resultado.

Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas e gráficos juntamente com a análise de cada item avaliado que dará sustentação às conclusões finais.

Resultados

4 RESULTADOS

A população do estudo foi constituída de 116 pacientes, submetidos a procedimento de Colecistectomia, por vídeolaparoscopia, admitidos em sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), no período compreendido entre março e junho de 2010. Os itens estão dispostos de modo a atender os objetivos específicos deste trabalho: O item 4.1 é referente aos dados sociodemográficos, tipo de anestesia geral, classificação do estado físico ASA, duração do procedimento anestésico-cirúrgico e tempo de permanência na SRPA; o 4.2 refere-se à caracterização da amostra, segundo a avaliação dos parâmetros clínicos, no período pré-operatório, admissão e alta da SRPA; o 4.3 refere-se à aplicação da técnica da Calatonia no período pós-operatório imediato, segundo a avaliação numérica da dor, as escalas de Aldrete e Kroulik e a de Ramsay, esquema de analgesia recebida no intra-operatório e pós-operatório imediato; e, por fim, o 4.4 é referente às opiniões dos pacientes sobre a Calatonia.

Os resultados apresentados referem-se aos dados coletados dos grupos experimental (Calatonia) e placebo (não Calatonia).

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, TIPO DE ANESTESIA GERAL, CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO ASA, DURAÇÃO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO E TEMPO DE PERMANÊNCIA NA SRPA

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo o gênero. São Paulo, 2010

Gênero	Grupo placebo		Grupo experimental		p
	n	%	n	%	
Feminino	40	68,9	32	55,2	0,180 ^b
Masculino	18	31,1	26	44,8	
Total	58	100	58	100	

Nota: ^a (p<0,05), ^b (Teste Qui-quadrado)

Como mostram os dados da Tabela 1, 116 pacientes compuseram a amostra, sendo 44 (37,9%) pacientes do sexo masculino; destes, 18 (31,1%) no grupo placebo e 26 (44,8%), no grupo experimental. A predominância foi do sexo feminino, com 72 (62,1%), dos quais 40 (68,9%) pertencem ao grupo placebo e 32 (55,2%) ao grupo experimental.

Embora exista um maior número de mulheres, o grupo foi homogêneo ($p=0,180$), no que se refere ao sexo.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a faixa etária. São Paulo, 2010

Faixa etária	Grupo placebo		Grupo Experimental	
	n	%	n	%
< 30	06	10,3	07	12,0
30 - 40	16	27,6	15	25,9
40 - 50	19	32,8	15	25,9
50 - 60	17	29,3	21	36,2
Total	58	100	58	100

Nos dados da Tabela 2, um discreto aumento é observado na concentração de indivíduos do grupo placebo, na faixa etária de 40 a 49 anos (32,8%). O mesmo acontece com o grupo experimental, sendo a faixa etária de 50 a 60 anos (36,2%) que se apresenta ligeiramente mais elevada.

Tabela 3 - Comparação entre os grupos placebo e experimental, quanto à idade. São Paulo, 2010

Idade	Grupo Placebo	Grupo Experimental	p
Média	42,5	43,3	0,689 ^t
Desvio Padrão	1,4	1,5	
Variação	18-60	19-60	
Mediana	44,0	44,5	

Nota: ^a ($p<0,05$), ^t (teste t-student), Desvio Padrão (DP)

A idade dos pacientes do grupo placebo variou entre 18 e 60 anos; a média foi de 42,5 anos (com desvio padrão= 1,4) e mediana de 44,0 anos. No grupo experimental, a variação de idade foi de 19 a 60 anos e a média de 43,3 anos (com desvio padrão=1,5), seguida da mediana de 44,5 anos.

Em relação à comparação das idades dos grupos placebo e experimental, não houve diferença estatística entre as mesmas ($p= 0,689$).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a classificação do estado físico ASA e o tipo de anestesia geral. São Paulo, 2010

Variável	Grupo Placebo		Grupo Experimental		p
	n	%	n	%	
Estado Físico					
ASA 1	27	46,6	29	50	0,853 ^b
ASA 2	31	53,4	29	50	
Total	58	100	58	100	
Anestesia Geral					
Endovenosa	30	51,8	39	67,2	0,800 ^f
Inalatória	2	3,4	-	-	
Balanceada	26	44,8	19	32,8	
Total	58	100	58	100	

Nota: a ($p<0,05$), ^b(qui quadrado), ^f(teste exato de Fisher)

Quanto à classificação do estado físico (ASA), observa-se que a maioria dos indivíduos do grupo placebo pertence ao estado físico ASA 2, com 31 pacientes (53,4%) e o grupo experimental foi composto pelo mesma porcentagem de indivíduos ASA 1 e ASA 2 (29-50%), não apresentando diferença estatisticamente significativa ($p= 0,853$).

Com relação ao tipo de anestesia recebida pelos pacientes, tem-se que a maioria, tanto do grupo placebo (30 - 51,8%) quanto do grupo experimental, (39 - 67,2%), recebeu anestesia geral endovenosa. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,800$) entre os grupos. O teste Qui-quadrado mostrou que os grupos foram homogêneos, isto é, os três

tipos de anestesia geral distribuíram-se de modo semelhante, entre os pacientes dos grupos placebo e experimental.

Tabela 5 - Comparação dos grupos com relação às médias da duração do procedimento anestésico-cirúrgico e o tempo de permanência na SRPA. São Paulo, 2010

Variáveis	Grupo Placebo		Grupo Experimental		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Duração do procedimento anestésico-cirúrgico (hora/minutos)	1 h e 56 min	33 min	1h e 57min	36 min	0,936 ^w
Tempo de Permanência na RPA (hora/minutos)	1h e 21min	28 min	1h e 16min	17 min	0,872 ^w

Nota: ^a (p<0,05), DP (Desvio Padrão) ^w (teste de Man Whitney)

Os dois grupos tiveram uma média de tempo cirúrgico próximos, quando comparados, isto é, a duração do procedimento do grupo placebo foi de 1 hora e 56 minutos (com desvio padrão = 33 minutos) e o grupo experimental foi de 1 hora e 57 minutos (com desvio padrão = 36 minutos). Ao se aplicar o teste Mann-Whitney nota-se que essas diferenças não foram estatisticamente significativas (p= 0, 936).

O mesmo aconteceu com o tempo de permanência na SRPA, onde o grupo placebo apresentou uma média de permanência de 1h e 21 minutos, (com desvio padrão = 28 minutos) e o experimental, de 1h e 16minutos (com (desvio padrão =17 minutos). Esta diferença não foi estatisticamente significativa, ao se aplicar o teste de Mann-Whitney (p= 0, 872).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS, NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO, NA ADMISSÃO DA SRPA (T0) E NA ALTA DA SRPA (T1), NOS GRUPOS PLACEBO E EXPERIMENTAL

Tabela 6 - Comparação dos grupos com relação às médias dos parâmetros clínicos, no período pré-operatório. São Paulo, 2010

Parâmetros Clínicos do Pré-Operatório	Grupo Placebo (n=58)		Grupo Experimental (n=58)		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
P.A Sistólica (mmHg)	116	16	115	14,1	0,712 ^t
P.A Diastólica(mmHg)	71,8	8,2	73,7	8,7	0,235 ^t
F.C(bpm)	75,6	11,6	75	11,5	0,779 ^t
F.R(rpm)	16,9	2	17,3	2	0,270 ^t
T(° C)	35,9	0,5	35,9	0,4	0,877 ^t

Nota: a (p<0,05) ,t (teste t-student)

De acordo com os dados da tabela 6, o grupo placebo, antes da aplicação da técnica de sensibilização, apresentou médias de pressão arterial sistólica de 116,0 mmHg (com desvio padrão = 16,0), pressão arterial diastólica de 71,8 mmHg (com desvio padrão = 8,2), frequência cardíaca de 75,6 bpm (com desvio padrão = 11,6), frequência respiratória de 16,9 rpm (com desvio padrão = 2,0) e temperatura de 35,9°C (com desvio padrão = 0,5).

No que se refere ao grupo experimental, antes da aplicação da técnica da Calatonia, observa-se as médias de pressão arterial sistólica de 115,0 mmHg (com desvio padrão = 14,1), pressão arterial diastólica de 73,7 mmHg (com desvio padrão = 8,7), frequência cardíaca de 75,0 bpm (com desvio padrão = 11,5), frequência respiratória de 17,3 rpm (com desvio padrão = 2,0) e temperatura de 35,9°C (com desvio padrão = 0,4).

Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 7 - Comparação dos grupos com relação às médias dos parâmetros clínicos, no pós-operatório imediato. São Paulo, 2010

Parâmetros clínicos do pós-operatório imediato	Grupo Placebo (n=58)		Grupo Experimental (n=58)		p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Admissão na SRPA (T0)					
P.A Sistólica (mmHg)	125,7	12,8	125,8	17,4	0,976 ^t
P.A Diastólica(mmHg)	77	10,1	72,5	14,9	0,057 ^t
F.C (bpm)	73,3	14,4	76	16,7	0,365 ^t
F.R (rpm)	15,5	2,9	15,2	3,1	0,984 ^t
Tº (º C)	34,9	0,9	34,5	1	0,024 ^a
Sat. O² (%)	98,8	2,3	98,3	2,4	0,290 ^t
Avaliação após 01 hora (T1)					
P.A Sistólica (mmHg)	121,8	12,1	118,5	15,8	0,205 ^t
P.A Diastólica (mmHg)	72,5	9,9	68,7	12,6	0,069 ^t
F.C (bpm)	72,9	13,0	72,8	13,6	0,967 ^t
F.R (rpm)	17,5	21,4	14,9	2,7	0,357 ^t
Tº (º C)	35,7	0,6	35,7	0,7	0,960 ^t
Sat. O² (%)	95,9	2,8	95,5	2,8	0,462 ^t

Nota: ^a (p<0,05) , ^t (teste t-student)

Na admissão da SRPA (T0), o grupo placebo apresentou, após a aplicação da técnica, as seguintes médias: pressão arterial sistólica de 125,7 mmHg (com desvio padrão = 12,8), pressão arterial diastólica de 77,0 mmHg (com desvio padrão = 10,1), frequência cardíaca de 73,3 bpm (com desvio padrão = 14,4), frequência respiratória de 15,5 rpm (com desvio padrão = 2,9), temperatura de 34,9 °C (com desvio padrão = 0,9) e saturação de oxigênio de 98,8 % (com desvio padrão = 2,3).

Observa-se que somente a temperatura, apresentou uma diferença estatisticamente significante entre os grupos (p=0,024).

Em relação aos valores das médias, na avaliação após 01 hora (T1), o grupo placebo obteve pressão arterial sistólica de 121,8 mmHg (com desvio padrão = 12,1), pressão arterial diastólica de 72,5 mmHg (com desvio padrão = 9,9), frequência cardíaca de 72,9 bpm (com desvio padrão = 13,0),

frequência respiratória de 17,5 rpm (com desvio padrão = 21,4), temperatura de 35,7 °C (com desvio padrão = 0,6) e saturação de oxigênio de 95,9 % (com desvio padrão = 2,8).

Para os valores das médias, na admissão da SRPA (T0), após a aplicação da Calatonia, o grupo experimental obteve média de pressão arterial sistólica de 125,8 mmHg (com desvio padrão= 17,4), pressão arterial diastólica de 72,5 mmHg (com desvio padrão= 14,9), frequência cardíaca de 76,0 bpm (com desvio padrão = 16,7), frequência respiratória de 15,2 rpm (com desvio padrão = 3,1), temperatura de 34,5°C (com desvio padrão = 1,0) e saturação de oxigênio de 98,3% (com desvio padrão = 2,4).

Para os valores das médias na avaliação após 01 hora (T1) e após a aplicação da Calatonia, o grupo experimental apresentou pressão arterial sistólica de 118,5 mmHg (com desvio padrão = 15,8), pressão arterial diastólica de 68,7 mmHg (com desvio padrão = 12,6), obteve frequência cardíaca de 72,8 bpm (com desvio padrão = 13,6), frequência respiratória de 14,9 rpm (com desvio padrão= 2,7) , temperatura de 35,7 °C (com desvio padrão = 0,7) e saturação de oxigênio de 95,5% (com desvio padrão = 2,8).

Embora as diferenças entre as médias dos parâmetros avaliados, referentes aos grupos placebo e experimental não tenham apresentado diferença estatisticamente significativa, merecem ser destacadas a média da pressão arterial diastólica do grupo experimental, na admissão da SRPA (72,5), quando comparada à média da pressão arterial diastólica do grupo placebo (77,0) e, após 01 hora na SRPA, a média da pressão diastólica experimental (68,7), comparada ao grupo placebo (72,5).

Outro ponto a salientar é que após 01 hora de permanência, ao se comparar os grupos, todos os parâmetros clínicos avaliados foram menores para o grupo experimental, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, SEGUNDO A AVALIAÇÃO NUMÉRICA VERBAL DA DOR, TIPO DE ANALGESIA RECEBIDA NO INTRA-OPERATÓRIO E NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO, ESCALAS DE ALDRETE E KROULIK E DE RAMSAY NOS GRUPOS PLACEBO E EXPERIMENTAL

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação numérica da dor na SRPA. São Paulo, 2010

Dor	Grupo Placebo (n=58)		Grupo Experimental (n=58)		p
	n	%	n	%	
Admissão na SRPA (T0)					
Não	44	75,9	47	88,1	0,652 ^f
Sim	14	24,1	11	19,0	
Total	58	100	58	100	
Avaliação após 01 hora (T1)					
Não	49	84,5	57	98,3	0,016 ^f
Sim	9	15,5	1	1,7	
Total	58	100	58	100	

Nota: ^a (p<0,05), ^f (teste exato de Fisher)

Os dados da tabela 8 apresentam a avaliação da dor pelos pacientes pertencentes aos grupos placebo e experimental. Cabe lembrar que, neste estudo, optou-se por dicotomizar a escala numérica de avaliação da dor, sendo a ausência da dor, numa escala de 0 a 10, a pontuação menor que 3, e a presença de dor, nessa mesma escala, uma pontuação maior ou igual a 3.

Dessa forma, pode-se observar que, 44 (75,9%) pacientes do grupo placebo não apresentam dor e 14 (24,1%) relatam dor, na admissão na SRPA (T0).

No grupo experimental, 47 (81,0%) pacientes não referem dor logo após receberem a técnica da Calatonia e 11 (19,0%) pacientes relatam dor

na admissão na SRPA (T0).

Após 60 minutos de permanência na SRPA (T1), observa-se que 49 (84,5%) pacientes do grupo placebo relatam não sentir dor e 9 (15,5%) apresentam dor.

Já no grupo experimental, 57 (98,3%) pacientes não referem dor e 1 (1,7%) paciente relata presença da mesma. Ao se comparar os grupos, nesse momento, há diferença estatística significativa entre eles, ($p=0,016$).

Essa significância estatística pode ser inferida com os resultados apresentados, pois, os pacientes do grupo experimental tiveram um pós-operatório imediato com dor de menor intensidade, referida em sua recuperação pós-anestésica (Tabela 8). Ressalta-se, ainda, que o tempo de permanência na SRPA foi menor que o do grupo placebo, uma vez que, pela ausência de dor e com estabilidade dos parâmetros clínicos, obtiveram condições de alta da SRPA.

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a analgesia recebida no intra-operatório. São Paulo, 2010

No gráfico 1, nota-se que, dos pacientes do estudo que receberam esquemas de analgesia no intra-operatório, a maioria (72-62,1%) recebeu opióide, analgésico e antiinflamatório, seguidos de 34 (29,3%) que receberam opióide e analgésico, 8 (6,9%), opióide e antiinflamatório e 2 (1,7%) somente opióide.

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, segundo a analgesia recebida na admissão da SRPA (T0). São Paulo, 2010

De acordo com o Gráfico 2, observa-se que 16 pacientes que relataram queixas de dor, na admissão na SRPA receberam, como esquema de analgesia, opióide, analgésico e antiinflamatório; 08 receberam opióide e analgésico, nenhum recebeu opióide e antiinflamatório e 01 recebeu opióide.

Dos 25 pacientes que receberam algum esquema de analgesia, no pós-operatório imediato, durante sua permanência na SRPA, 14 pacientes pertenciam ao grupo placebo e 11 ao grupo experimental.

Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, segundo a analgesia recebida, após 01 hora de permanência na SRPA (T1). São Paulo, 2010

No Gráfico 3, observa-se que 03 pacientes relataram queixas de dor e receberam como analgesia: opióide, analgésico e antiinflamatório, 04 pacientes receberam opióide e analgésico, 02 receberam opióide e antiinflamatório e, por fim, 01 recebeu opióide.

Dos 10 pacientes que receberam o esquema de analgesia no pós-operatório imediato, após 01 hora de permanência (T1), 09 pacientes pertenciam ao grupo placebo e 01 ao grupo experimental.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação da escala de Aldrete e Kroulik. São Paulo, 2010

Escala de Aldrete e Kroulik	Grupo Placebo (n=58)		Grupo Experimental (n=58)		p
	n	%	n	%	
Admissão na SRPA (T0)					
< 8	29	50	33	56,9	0,577 ^f
≥ 8	29	50	25	43,1	
Total	58	100	58	100	
Avaliação após 01 hora (T1)					
< 8	-	-	1	1,7	1,000 ^f
≥ 8	58	100	57	98,3	
Total	58	100	58	100	

Nota: ^a (p<0,05), ^f (teste exato de Fisher)

Os dados da tabela 9 apresentam o índice de Aldrete e Kroulik dicotomizados da seguinte forma, sendo que os pacientes com índice menor de 8 não estão em condições clínicas de alta, uma vez que os parâmetros clínicos avaliados não estão de acordo com o que é estabelecido pelo índice em questão. Sendo assim, na admissão na SRPA (T0), 29 (50%) pacientes do grupo placebo e 33 (56,9%) do experimental não se encontram em condições de alta. Com o índice maior ou igual a 8, encontram-se 29 (50%) pacientes do grupo placebo e 25 (43,1%) do experimental. Após 60 minutos de permanência (T1), apenas 1 (1,7%) paciente do grupo experimental apresenta índice menor que 8; 58 (100%) pacientes do grupo placebo e 57 (98,3%) do experimental apresentam condições de alta (índice maior ou igual a 8).

Conforme a tabela 9 nota-se que essas diferenças apresentadas não foram estatisticamente significativas nos grupos estudados.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a avaliação da escala de sedação de Ramsay. São Paulo, 2010

Variável Ramsay	Grupo Placebo (n=58)		Grupo Experimental (n=58)		p
	n	%	n	%	
Admissão na SRPA (T0)					
Escore 2	17	29	22	38	0,432 ^f
Escore 3	41	71	36	62	
Total	58	100	58	100	
Avaliação após 01 hora (T1)					
Escore 2	53	91,4	54	93,1	1,000 ^f
Escore 3	5	8,6	4	6,9	
Total	58	100	58	100	

Nota: ^a (p<0,05), ^f (teste exato de Fisher)

Analisando-se a tabela 10, na admissão na SRPA (T0), observa-se

que, do grupo placebo, 17 (29,0%) apresentaram escore 2 e 41 (71,0%), escore 3, enquanto que, do grupo experimental, 22 (38,0%) apresentaram escore 2 e 36 (62,0%), escore 3.

No que se refere à avaliação após 01 hora (T1), nota-se que, do grupo placebo, 53 (91,4%) obtiveram escore 2 e 5 (8,6%), escore 3. Verifica-se que, no grupo experimental, 54 (93,1%) apresentaram escore 2 e 4 (6,9%), escore 3.

Não foram evidenciados valores estatísticos significativos na admissão na SRPA (T0), com ($p=0,432$) e na avaliação após 01 hora (T1), com ($p=1,000$), porém, há uma pequena diferença, na avaliação do grupo experimental, no que diz respeito ao escore 3. Na alta da SRPA (T1), 4 (6,9%) pacientes apresentam resposta discreta a estímulo tátil ou auditivo, enquanto 5 (8,6%) pertencem ao grupo placebo.

Diante desse resultado, vale a pena ressaltar, que a aplicação da técnica da Calatonia não promove sonolência e sim o relaxamento do tônus muscular e a reintegração psicofísica.

4.4 OPINIÕES DOS PACIENTES SOBRE A CALATONIA

Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes cirúrgicos, dos grupos placebo e experimental, segundo a opinião dos mesmos, sobre a aplicação da técnica da Calatonia. São Paulo, 2010

O gráfico 4 apresenta os resultados relacionados à opinião sobre a aplicação da técnica da Calatonia (grupo experimental) e o toque sem intenção terapêutica (grupo placebo).

Dos pacientes do grupo placebo, nota-se que a maioria (45-77,6%), classifica o toque sem intenção terapêutica como boa, 12(20,7%) dos pacientes como muito boa e 1 (1,7%) como excelente.

Por outro lado, no grupo experimental, 9 (15,5%) dos pacientes classificam a técnica como boa, 39 (67,3%) relatam que foi muito bom e 10 (17,2%) acham excelentes.

Contudo, ressalta-se que a opinião do grupo experimental (84,5%) foi considerada como muito boa e excelente, se comparada aos 22,4% do grupo placebo.

Embora seja uma pesquisa quantitativa, onde os resultados encontrados expressam matematicamente a diferença entre as médias de dois grupos analisados, considerando-se importante a apresentação de alguns relatos dos pacientes, após a aplicação da técnica de Calatonia, para se avaliar a assistência de enfermagem, utilizando uma técnica complementar, no período pós-operatório imediato, não só em caso de haver diferenças estatísticas.

Os resultados obtidos retratam que a assistência de enfermagem em POI vai além da relação direta entre alterações de parâmetros clínicos e a intervenção convencional.

Seguem alguns relatos de pacientes, sobre a técnica aplicada da calatonia:

“Excelente, foi muito bom... é bom acordar e se conectar com você. Sinto-me relaxado e sem dor...”

“Relaxante, sinto tremores por todo o corpo e logo após o toque, senti os meus músculos relaxarem e com isso não tive dor... Estou com vontade de urinar”.

“Maravilhoso... pode continuar com esse estudo. Você demonstra respeito, cuidado, o tom da voz traz tranquilidade e o toque segurança...”

“É bom saber que tem alguém próximo, o toque me deixa mais tranquila”.

“Sensação muito boa, delicioso e alívio”.

“Leveza, tranquilidade...”

“Interessante! Falei da técnica com a equipe de cirurgia, gostei.”

“Muito bom, pode continuar; esse tipo de atendimento faz a diferença”.

“Sou adepta a essas práticas, acredito... Sucesso pra você e que essa pesquisa seja um avanço pra sua área”.

“Após o toque, senti melhora dos enjôos e da dor, serviu para o meu bem-estar”.

“Senti conforto, tranquilidade... é bom saber que existe alguém perto, cuidando de você”.

“Adorei...; continue com o seu trabalho, muitas pessoas precisam desse carinho, gesto; o toque referencia algo muito mais além..”

“Vida..., senti que estou vivo!” Obrigado!

“Consegui relaxar, que até sonhei, voltei à infância...”

“No momento senti a falta do meu pai... falecido”. *Expressou-se com choro*

“Muito bom, mãos quentes, equilíbrio, tocar faz parte do cuidar”...

“Continue com esse trabalho, você consegue aproximar ainda mais os pacientes que tanto precisam de um gesto como esse”.

“Acolhimento... é o que sinto, nem todo lugar tem este privilégio de poder contar com pessoas agradáveis como você”.

“Parabéns, estou com uma sensação de bem-estar, você é calma, tranquila e o toque fez com que eu relaxasse muito, diferente de outras cirurgias que passei...”

“Você é segura, nos passa tranquilidade, foi muito bom, pena que pára por aqui, acho que poderia investir na sua pesquisa acompanhando no quarto”.

“Tive momentos vagos, até sonhei, parecia voltar à infância”

“Obrigada por eu fazer parte da sua pesquisa; é um ganho importante para sua área de atuação, siga em frente”...

Após analisar esses relatos, pode-se enfatizar que cada vez mais, o enfermeiro vem sendo requisitado a utilizar outras estratégias assistenciais. Vê-se que, nesse contexto, há necessidade de desenvolver novas formas de intervenções, sem perder de vista sua essência original: *O cuidar!*

Contudo, sabe-se que as pessoas, quando doentes, longe de seu ambiente rotineiro, sentem-se inseguras e aguçam seu código humano, porque se sentem ameaçados no que têm de mais valioso: *A Vida!*

Discussão

5 DISCUSSÃO

Neste início de discussão, é importante destacar que poucos são os estudos realizados sobre a utilização de terapias complementares, no período pós-operatório imediato. Acredita-se que essa escassez seja um reflexo, não só da falta de inserção das terapias complementares em cursos de graduação, da hegemonia do modelo biomédico, mas também, da dificuldade em se mensurar os efeitos causados pelas terapias complementares, pelas metodologias tradicionais.

Comumente os parâmetros clínicos são utilizados para se avaliar a resposta do organismo a uma intervenção, uma vez que refletem as variações provocadas, mas vale ressaltar que os sinais vitais e a dor são respostas fisiológicas a qualquer estímulo ou intervenção no organismo.

Sendo assim, uma agravante nas pesquisas desenvolvidas em pacientes em pós-operatório é a grande influência dos fármacos utilizados no procedimento anestésico-cirúrgico. Dependendo do tempo de ação e metabolização desses fármacos, essa atuação se prolonga para o período pós-operatório, interferindo diretamente nos parâmetros clínicos.

Mesmo tendo-se conhecimento dessas dificuldades existentes de mensuração, artigos científicos que discorrem sobre as práticas complementares, trazem algo além da dificuldade de mensuração, que é a assistência integral ao indivíduo.

Em 1984, com a redefinição do conceito de saúde, pela Organização Mundial da Saúde, e a inclusão da dimensão espiritual do ser⁽⁴⁾ os profissionais da saúde voltaram seu foco de atuação para um ser holístico: o paciente não é mais uma doença, mas sim um universo particular com medos, dúvidas, desejos e alegrias; é um ser consciente de si e das situações em que se encontra, sejam elas no âmbito familiar, profissional ou hospitalar, desejando sempre ser ouvido, entendido e respeitado.

Esse conhecimento, abandonado devido ao desenvolvimento de equipamentos mais sofisticados e fármacos potentes, vem sendo recuperado pelos profissionais da enfermagem que o vêem como importante recurso de interação com o paciente, tanto na criação de vínculos de empatia, quanto no auxílio à estabilização do equilíbrio físico-emocional ⁽⁶⁰⁾.

A cada dia, novas pesquisas e estudos constataam a interdependência e a recíproca influência do corpo e da mente, ao relacionar os aspectos fisiológicos, cognitivo e emocional do indivíduo.

Nesta pesquisa, os caminhos não foram diferentes. Para se obter os resultados da intervenção complementar aplicada, utilizou-se a avaliação dos parâmetros clínicos dos pacientes, mesmo tendo-se o conhecimento e estando alerta que a significância ou não dos resultados obtidos não poderiam ser pautadas exclusivamente na oscilação numérica.

A necessidade, de se prestar uma assistência que considere o indivíduo em sua integralidade, cresce a cada momento, mesmo sabendo que a resposta dada com a aplicação da terapia complementar também será a fisiológica, da forma como sempre foi e será pelas alterações dos parâmetros clínicos.

Sendo assim, acredita-se que seja necessário um número cada vez maior de pesquisas nessa área, para que se encontrem evidências científicas, na busca de outras formas de mensuração dos resultados obtidos.

Com este estudo, enfatiza-se que a integralidade do indivíduo não deve ser transformada em um conceito, mas sim, numa prática do cuidado que trata da valorização da vida, respeito ao outro e das diferenças entre os seres humanos, pois, é desta forma que a Calatonia se insere nesse contexto.

A utilização da Calatonia não visa a resultados específicos, uma vez que a reorganização psicofísica é global, e cada organismo reage à sua própria maneira individual e única. Esta técnica atua sobre uma variada gama de queixas como: tensão muscular, estresse, enxaqueca, asma,

obesidade, alergias, distúrbios glandulares, dores, pós-cirúrgico distúrbios psicossomáticas; diante das quais, se tem observado resultados bastante positivos em outras áreas, tais como, na Psicologia, Fonoaudiologia, profissionais da área educacional, Terapeutas Ocupacionais, Psiquiatria, entre outros.

Diante do exposto, no presente estudo, verificou-se que o sexo predominante dos pacientes foi o feminino, com idade média de 42,9 anos.

A predominância de indivíduos do sexo feminino e a faixa etária estudada foram semelhantes a outros estudos, que abordavam pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia por vídeolaparoscopia ^(61 62).

Esses autores encontraram, em sessenta pacientes operados de colecistectomia com videolaparoscopia, uma maior porcentagem (85%) do sexo feminino e (15%) do masculino, com idade variando de 21 a 60 anos, com média de 40,5 anos ⁽⁶¹⁾.

Em outro estudo, a mesma predominância foi observada ao avaliarem 15 pacientes em pós-operatório imediato de colecistectomia por vídeolaparoscopia, sendo que 73,3% eram do sexo feminino e 26,7% pertenciam ao sexo masculino, com idade média de 45 anos ⁽⁶²⁾.

Para alguns autores, esses resultados podem ser decorrentes do fato de essa patologia estar associada ao sexo feminino. A colelitíase é uma das doenças mais frequentes do aparelho digestivo, acometendo 20% da população adulta, sendo em sua maioria mulheres ^(63 64). E ainda, apontam como causa, sucessivas gestações, uso de pílulas anticoncepcionais ou terapêutica hormonal de substituição, uma vez que o estrógeno, hormônio feminino utilizado na terapia de reposição hormonal, pode ser responsável por processos inflamatórios e sintomas que simulam a colelitíase.

Quanto ao risco cirúrgico apresentado pelos pacientes da amostra, segundo a *Physical Status Classification* (ASA), a maioria foi ASA 2 tendo como patologia de base a hipertensão e o diabetes compensados. Cabe salientar que, para a análise dos parâmetros clínicos no período pós-operatório, esses pacientes tratados por beta bloqueadores e

hipoglicemiantes não foram separados em subgrupos diferentes. Ou seja, não se pode afirmar que os resultados (Tabela 4) encontrados foram decorrentes dessa forma matemática de tratamento dos dados, ou ainda, que a Calatonia aplicada beneficiou todos os pacientes, tanto do grupo placebo como do experimental, igualmente, sem diferenças estatísticas.

Sendo assim, somente pode-se afirmar que a estabilidade dos parâmetros clínicos apresentados, pela maioria dos pacientes, trouxe condições favoráveis para alta da SRPA.

Estudos mostram que, ao analisar as horas de permanência na SRPA relacionadas à classificação ASA, aqueles pacientes, classificados como ASA 2 e 3, permaneceram por mais tempo em SRPA, com exceção dos pacientes ASA 4, que apresentaram um tempo menor de horas de permanência, uma vez que eram suscetíveis a maior instabilidade no pós-operatório imediato devido ao elevado risco anestésico e necessitando de cuidados intensivo ⁽⁶⁵⁾.

Em relação ao tipo de anestesia realizada para a exploração das vias biliares por vídeo laparoscopia, a anestesia geral endovenosa se sobressaiu.

A escolha do tipo de anestesia a ser realizada está vinculada às condições fisiológicas do paciente, à presença de patologias associadas que contra-indicam o tipo de anestesia, às condições psicológicas e mentais dos pacientes, à duração do procedimento e à posição cirúrgica, às exigências do cirurgião, à evolução pós-operatória associada aos anestésicos utilizados e ao local em que se dará a recuperação anestésica. Com base em todos esses parâmetros, a escolha do tipo de anestesia fica a critério do anestesista e do cirurgião ⁽⁶⁶⁾.

Vale ressaltar que a anestesia geral endovenosa tem como objetivo promover analgesia, imobilidade, hipnose e bloqueio das respostas reflexas, em graus variáveis. As medicações utilizadas variam conforme o paciente, tipo e duração da cirurgia, o momento da cirurgia e suas repercussões.

A popularização da anestesia geral endovenosa vem ocorrendo, em parte, devido ao desenvolvimento de fármacos modernos, com propriedades

farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que permitem sua utilização em infusão contínua. Além disso, novos conceitos de modelos farmacocinéticos compartimental e o desenvolvimento de sistemas computadorizados para administração das drogas facilitaram o controle da infusão desses anestésicos.

Atualmente, é possível controlar de maneira rápida e precisa a infusão dos fármacos, e promover uma indução anestésica suave, com manutenção confiável e controlável durante a cirurgia, e um despertar curto e previsível. Essa possibilidade pode ser vantajosa frente ao contexto médico atual de promover, cada vez mais, um serviço de saúde consciencioso, o qual aponta em direção do desenvolvimento e aperfeiçoamento de procedimentos menos invasivos, associados à recuperação anestésica mais rápida do paciente e a um menor tempo de internação.

A anestesia geral para os pacientes que são submetidos à laparoscopia requer rápida e previsível recuperação. Por essa razão, existe a necessidade de selecionar agentes anestésicos que promovam amnésia e relaxamento muscular, adequados para a realização do procedimento. Os anestésicos como o propofol e o sevoflurano de ação curta podem oferecer benefícios farmacoeconômicos para procedimentos como a colecistectomia videolaparoscópica ⁽⁶⁷⁾.

Foi encontrada evidência que favorece a técnica da anestesia geral endovenosa total (AVT), com propofol, na manutenção da auto-regulação e da relação entre o fluxo sanguíneo e o metabolismo cerebral ⁽⁶⁸⁾, na melhora das trocas gasosas ⁽⁶⁹⁾, na redução de náuseas ^(70 71) e de dor, no pós-operatório ⁽⁷¹⁾. O despertar da anestesia foi mais rápido com a anestesia inalatória, com desflurano ⁽⁷¹⁾.

Já para outros estudos, a anestesia geral endovenosa produz maior bloqueio neuroendócrino ao trauma à anestesia balanceada que, além dos fármacos endovenosos, faz uso também de gases anestésicos. Com a anestesia geral endovenosa há uma menor liberação de noradrenalina, adrenalina, cortisol e ACTH. Há também uma menor incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório e um despertar mais precoce na sala operatória.

Os padrões hemodinâmicos e, principalmente, os ventilatórios, retornam aos valores pré-operatórios mais rapidamente que em laparotomia. Essa técnica é vantajosa em pacientes de alto risco e em procedimentos de maior dificuldade técnica e duração ⁽⁷²⁾.

Têm sido utilizadas, em associação com a técnica da anestesia, algumas terapias complementares, com o objetivo de redução do consumo de opióides, no período intra-operatório. A acupuntura, técnica complementar, é um exemplo disso, que tem sido utilizada no período perioperatório. Em estudo realizado com a aplicação da acupuntura, salienta-se que essa terapia não produz anestesia verdadeira ou inconsciência, mas pode reduzir o consumo de anestésicos voláteis ou opióides, uma vez que previne a ativação das vias de dor ⁽⁶⁶⁾.

A discussão dos resultados obtidos com terapias complementares e a dor serão realizadas neste estudo, após a discussão dos parâmetros clínicos no período pós-operatório.

No que se refere ao tempo de permanência na SRPA (Tabela 5) observa-se pequena diferença entre as médias de estadia na SRPA, nos grupos, podendo trazer para a equipe de enfermagem uma possibilidade de utilização desses minutos em outras atividades, como por exemplo, uma maior permanência junto ao leito ou ainda proporcionar maior segurança aos clientes e familiares, assim como facilitar o trabalho de rotina e organização da unidade.

Diante desse fato, podem-se admitir novos pacientes advindos das salas de operações, disponibilizando-as para outros pacientes subsequentes, sem atrasos, evitando-se, assim, estresse das equipes e pacientes, e até mesmo cancelamentos de procedimentos agendados.

Com relação aos dados da tabela 6, os grupos mantiveram-se homogêneos, não apresentando diferença estatisticamente significativa no que se refere aos parâmetros clínicos no pré-operatório. Vale lembrar que o controle dos sinais vitais foi realizado pela equipe de enfermagem da unidade de internação e anotado na ficha pré-anestésica, sendo então, coletadas essas informações.

No momento da visita pré-operatória, a pesquisadora explicou o objetivo da pesquisa, estabeleceu um vínculo com o paciente e seu acompanhante, proporcionando segurança e tranquilidade, pois, além da exposição do estudo, eram evidentes as perguntas relacionadas, também, ao procedimento anestésico-cirúrgico. Como enfermeira de Centro Cirúrgico e de SRPA, foi possível sanar as dúvidas a respeito das atividades de enfermagem, não detalhando o procedimento cirúrgico em si, por se tratar exclusivamente da competência médica.

Sabe-se que um bom preparo psicológico do paciente, a estabilidade emocional, o conhecimento prévio dos eventos, a boa explicação do ato anestésico-cirúrgico, de suas consequências imediatas, mediatas e tardias, o entendimento da lógica da abordagem cirúrgica, tudo pode contribuir para se ter um paciente mais tranquilo, menos ansioso, menos estressado no pós-operatório e com menos queixas. Cabe ressaltar que todas essas informações devem respeitar as necessidades individuais dos pacientes.

No que se referem aos parâmetros clínicos (tabela 6) diversos autores^(73 74) relatam como sendo constitutivos de avaliação de pacientes cirúrgicos, uma vez que refletem, por meio de suas variações, estímulos e intervenções realizadas.

Ressalta-se ainda que, apesar das aferições dos parâmetros clínicos terem sido realizadas em intervalos de 15 minutos na primeira hora neste estudo, foram apresentados somente os dados relacionados à admissão do paciente e após uma hora de sua estadia na SRPA, considerando-se que os parâmetros clínicos em questão permaneciam inalterados a cada controle.

Foram observadas diferenças entre as médias dos parâmetros clínicos, sendo menores para o grupo experimental, embora não significantes. Sugere-se que essas diferenças tenham ocorrido, pois a relaxação provocada pela Calatonia possibilitou, ao paciente, uma redução do batimento cardíaco e reorganização da respiração, eliminando sensações físicas.

Quanto às reações dos benefícios do toque no paciente, nesse momento, puderam ser também observadas pela expressão corporal. Era

visível a soltura das articulações mandibulares e da musculatura da face, com isso, desfazendo as linhas de expressão formadas pela contração da musculatura frontal. Houve alteração da cor do rosto dos pacientes. Nesse sentido, fica registrada uma das formas alternativas para se medir uma intervenção complementar.

Somente a temperatura corpórea axilar evidenciou resultado estatisticamente significativo, na admissão em SRPA, quando comparada à do grupo placebo.

Considerando-se a temperatura como um dos sinais vitais que compõem os parâmetros clínicos avaliados e que o organismo depende de sua elevação para aumentar seu metabolismo. Pode-se inferir que, para esse momento, a diminuição de temperatura que determinou a significância estatística encontrada não foi benéfica, quando considerado o período em que ocorreu.

Compreende-se que a hipotermia é um fator relacionado à exposição ao ambiente frio, metabolismo alterado secundário ao uso de drogas anestésicas, idade e vasodilatação. É assim definida quando a temperatura é menor que 36°C, podendo ser acompanhada de tremores, piloereção e bradicardia.

Para que se possa entender melhor a hipotermia, ressalta-se que o centro regulador da temperatura no cérebro é deprimido pelas drogas utilizadas na anestesia geral. As atividades musculares (tremores), que normalmente ajudam o corpo a gerar calor, são inibidas pelos relaxantes e narcóticos utilizados. Essa situação associada ao ambiente frio do Centro Cirúrgico e ao da SRPA, a administração de infusões frias durante a cirurgia e à exposição da ferida operatória contribuem para o estado da hipotermia. A hipotermia produz vasoconstrição, bradicardia, hipotensão e, eventualmente, um aumento do trabalho do miocárdio ⁽⁷⁵⁾.

Ainda nesse contexto, vale lembrar que o dióxido de carbono (CO₂), utilizado para se fazer o pneumoperitônio, necessário para a realização da vídeocirurgia, é armazenado em cilindros sob alta pressão e baixa

temperatura. Os insufladores reduzem essa pressão, mas ainda mantêm a temperatura do gás muito baixa, podendo levar à hipotermia.

Salienta-se que os pacientes em SRPA, neste estudo, foram aquecidos com o uso da manta térmica, programada automaticamente para atingir uma variação de temperatura entre 36°C e 40°C.

No período pós-operatório imediato, a assistência de enfermagem é de fundamental importância no contexto do atendimento multidisciplinar ao paciente cirúrgico. Evidentemente, além dos cuidados de enfermagem que visam a promover o conforto e o bem-estar do paciente, o profissional enfermeiro, nessa unidade, deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato anestésico cirúrgico, estando apto a detectar, precocemente, alterações que possam comprometer a evolução do paciente, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas.

Segundo Nocite, o período de recuperação pós-anestésica caracteriza-se por alterações fisiológicas que são, basicamente, inconsciência e depressão cardiorespiratória, no paciente que recebeu anestesia geral, e ausência de sensações e tona simpático naquele que recebeu anestesia regional ⁽⁷⁶⁾.

Nesse período, o paciente é considerado crítico, razão pela qual a assistência de enfermagem deve estar documentada e individualizada, garantindo segurança e cuidados específicos implementados, para impedir a ocorrência de complicações ou, então, revertê-las, quando estas se instalarem.

A assistência de enfermagem, nesse período, ainda se processa dessa maneira, ou seja, é pautada na relação direta de sinais, sintomas e alterações dos parâmetros clínicos, subsequentes da intervenção de enfermagem.

Resgatando-se a questão que norteou este estudo, no que se refere intervenção complementar para um equilíbrio no pós-operatório, a Calatonia veio contribuir para a diminuição ou supressão dos sintomas indesejáveis no

período pós-operatório e aqui, mais particularmente, a dor, sendo que obteve-se um menor consumo de opióides com a aplicação da Calatonia no grupo experimental (Tabela 8) e também um menor consumo de analgésicos e opióides relacionados ao total de pacientes. (Gráficos 2 e 3).

Sabe-se que a anestesia multimodal e a analgesia pós-operatória, realizadas nos pacientes deste estudo, podem minimizar as alterações neuroendócrinas e metabólicas, decorrentes do trauma anestésico cirúrgico, no período pós-operatório, e também a dor.

Porém, existem outros agravantes no caso das queixas de dor no período pós-operatório, para esse tipo de cirurgia realizada, a videolaparoscópica, relacionando-se à irritação do peritônio diafragmático, causada pelo CO₂ e ao estiramento das fibras musculares diafragmáticas, provocadas pelo pneumoperitônio ⁽⁷⁷⁾.

As dores no abdômen superior e no ombro podem ser evidentes em 63% dos pacientes e são atribuídas a esses dois fatores ⁽⁷⁸⁾.

Pode-se definir a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos ⁽⁷⁹⁾. A capacidade de perceber um estímulo nocivo pode ser um mecanismo de sobrevivência, como também um momento de sofrimento insuportável.

Na avaliação da dor, até o presente momento, não existem exames laboratoriais ou testes objetivos, dependendo-se do relato subjetivo do paciente. Como instrumento de avaliação da dor dispõe-se da escala numérica que avalia, subjetivamente, o componente de intensidade da dor e não outros aspectos, como o mal-estar gerado ou o impacto na qualidade de vida. Tratamentos medicamentosos, baseados no emprego de antidepressivos, anticonvulsivantes e opióides são citados na literatura ^(80 81). Além disso, medidas não farmacológicas como a fisioterapia, a terapia ocupacional, terapias complementares (relaxamento, meditação, hipnose, massagem, quiropraxia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)) e exercícios parecem ser coadjuvantes no tratamento dos pacientes ⁽⁸²⁾.

No estudo atual, após 60 minutos de permanência em SRPA, com a aplicação da Calatonia no grupo experimental, observou-se um resultado estatisticamente significativo, embora não se possa desconsiderar que os pacientes tenham recebido, no intra-operatório, esquemas analgésicos importantes. Ressalta-se ainda que mesmo com a analgesia recebida no intra-operatório, 11 pacientes do grupo experimental continuaram a se queixar de dor, na admissão na SRPA. Novamente esbarra-se na dificuldade de avaliar a diferença encontrada.

Estará essa diferença encontrada entre a dor no grupo experimental nesses dois momentos, relacionada somente aos efeitos prolongados dos potentes opióides, mesmo se considerando que no grupo placebo também houve uma redução de pacientes com queixas de dor após 01 hora de permanência na SRPA?

Destaca-se um fator extremamente relevante para se responder esse questionamento, ou seja, embora somente o grupo experimental tenha recebido o toque terapêutico da Calatonia, o grupo placebo também recebeu um toque não intencional, o que significa dizer que todos os pacientes receberam uma assistência individualizada, não somente nesse período pós-operatório, mas desde o início da pesquisa, uma vez que todos os pacientes dessa amostra foram informados sobre todo o processo. Isto quer dizer que foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo, as dúvidas dos pacientes relacionadas não só à pesquisa em questão, mas também aquelas referentes ao procedimento anestésico cirúrgico e ao período pós-operatório.

Acredita-se que a Calatonia veio contribuir com a analgesia, embora não se possa desconsiderar que o toque não intencional pode também ter colaborado com esses resultados.

Alguns estudos (música, calatonia e acupuntura) utilizaram terapias complementares para proporcionar um alívio desde estado emocional que muitas vezes pode interferir na evolução do paciente no período pós-operatório.

Embora ainda muito pouco difundida no nosso meio, a Calatonia também pode ser utilizada para fins de analgesia pós-operatória. Muitos são

os pontos a serem utilizados, diversos são os toques sutis a serem influenciados e várias são as técnicas que podem ser empregadas.

O uso das mãos com fins terapêuticos remonta aos primórdios da história da humanidade. A cultura oriental já utiliza a imposição de mãos como forma de ajuda na redução da dor, por exemplo, há milênios⁽³⁰⁾.

Considerando-se o paciente como um ser que responde aos estímulos de maneira única, mas também, reage fisiologicamente com todas as alterações hormonais, bioquímicas e outras e que no período pós-operatório imediato os parâmetros clínicos, embora seja *uma das pontas do iceberg* desse ser tão complexo, é o que alerta e dá um direcionamento para iniciar-se uma intervenção.

Atualmente, buscam-se outras intervenções complementares, que possam trazer equilíbrio e bem-estar aos pacientes, principalmente nesse período tão conturbado que é o período pós-operatório.

Sendo assim, a Calatonia, aqui utilizada, teve a finalidade de reorganizar o organismo, por meio de toques sutis e simples, daquele indivíduo que foi submetido ao procedimento anestésico cirúrgico, para que o mesmo pudesse ter um período pós-operatório mais tranquilo, sem dor, sem náuseas, vômitos e sem tremores.

Compreende-se então, que a Calatonia é um tratamento que não dispensa o tratamento convencional. É realizado, portanto, paralelamente às demais medidas implementadas pelas equipes de saúde, não tendo caráter alternativo, mas complementar.

Em alguns relatos, encontrados na mídia, tem-se que a Calatonia foi utilizada em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que tinham sofrido de infarto agudo do miocárdio e obtiveram como resultado uma potencialização das medicações utilizadas para dor, no tratamento.

Com os resultados do presente estudo, é possível afirmar que os benefícios para o alívio da dor, também podem ser obtidos por meio do relaxamento das estruturas tensas ou contraturadas, que propiciam condições circulatórias e, com isso, reduz a dor e a incapacidade funcional.

Alguns índices também são utilizados para avaliarem os pacientes no período pós-operatório, além dos parâmetros clínicos.

Aldrete e Kroulik desenvolveram um método simples e essencialmente clínico, baseado no registro de Apgar (Brunner, Suddarth), para avaliação dos pacientes em recuperação pós-anestésica. Selecionaram cinco parâmetros (atividade motora, respiração, circulação, consciência e saturação de O₂) independentemente do sexo, idade e tipo de anestesia para avaliar a evolução do paciente no período pós-operatório e, conseqüentemente, após atingirem a estabilidade desses parâmetros pela pontuação 8 a 10, estariam em condições de alta da SRPA ⁽⁷³⁾.

Neste estudo, com relação à avaliação pela escala de Aldrete e Kroulik (Tabela 9), ressalta-se que os pacientes do grupo experimental permaneceram por um período inferior na SRPA, pois, de acordo com a avaliação, atingiram a estabilidade dos parâmetros avaliados (Quadro 2), encontrando-se em condições clínicas favoráveis e possibilidade de serem transferidos para a sua unidade de origem. Será que essa estabilidade apresentada pelos pacientes se deve exclusivamente à anestesia e cuidados tradicionais recebidos, ou a Calatonia colaborou com essa estabilidade hemodinâmica, nesse curto período de tempo?

Acredita-se que, como a Calatonia trata o indivíduo como um todo, em sua singularidade e integralidade, essa estabilidade obtida neste estudo pode ter sido resultado da reintegração psicofísica, do equilíbrio integrado e das trocas de energia entre os corpos.

Como a própria Física ⁽⁸³⁾ demonstra, campos eletromagnéticos influem uns nos outros. O mesmo ocorre quando duas pessoas se aproximam, se tocam, concentram-se uma na outra, conversam, compartilham pensamentos etc. O toque propicia a comunhão entre energias, visto que os campos se comunicam; como a tendência natural do organismo é manter o equilíbrio, o ser *desorganizado*, aqui particularmente pelo procedimento anestésico cirúrgico, utiliza-se da energia de outros para reequilibrar-se. Obviamente, existem diversos fatores que permeiam essa

troca e que são relevantes, como o estado de humor das partes, a sintonia, a própria crença na técnica e no profissional, entre outros^(84 85 86 87).

A pesquisadora considera que essa é uma dimensão significativa no processo de humanização da assistência de enfermagem, interferindo no conforto e no bem-estar do paciente e é fundamental não perder de vista a reflexão e o senso crítico que auxiliam no questionamento de suas ações, no sentido de desenvolver a solidariedade e compromisso.

A escala de Ramsay é um instrumento que auxilia na avaliação do paciente, no período pós-operatório. É um tipo de escala subjetiva utilizada para avaliar o grau de sedação em pacientes⁽¹⁴⁾.

No que se referente à avaliação da sedação dos pacientes (Tabela 10), observa-se que a técnica aplicada não interferiu no nível de sedação e também não ocasionou um quadro de sonolência prolongado, levando a acreditar que o efeito proporcionado pela Calatonia trouxe exclusivamente uma reorganização dos ritmos neuropsicofisiológicos de sono.

Quanto à opinião dos pacientes sobre a aplicação da técnica da Calatonia, pode-se mencionar que a maioria dos pacientes apresentou-se satisfeita, relatando que tiveram alguma repercussão positiva e complementar em seu tratamento, durante sua permanência na SRPA.

Diante do pressuposto, considera-se que a Calatonia é um tratamento complementar e humanístico, sendo um marco diferencial na assistência do cuidar em pós-operatório imediato, devendo ser compartilhado, podendo contribuir para futuros estudos, na área de Recuperação Pós-anestésica.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que:

Houve predomínio de pacientes do sexo feminino em ambos os grupos, na faixa etária entre 40 a 50 anos no grupo placebo e 50 a 60 no grupo experimental, ASA 2 e submetidos à anestesia geral endovenosa.

Com relação aos parâmetros clínicos dos pacientes, no período pré-operatório o grupo placebo apresentou média de pressão arterial sistólica de 116,0mmHg e média de pressão arterial diastólica de 71,8mmHg; média de frequência cardíaca de 75,6bpm; média de frequência respiratória de 16,9 rpm e média de temperatura de 35,9°C.

O grupo experimental apresentou média de pressão arterial sistólica de 115,0mmHg e de pressão arterial diastólica de 73,7mmHg; média de frequência cardíaca de 75,0bpm; de frequência respiratória de 17,3 rpm e de temperatura de 35,9°C.

Os parâmetros clínicos dos pacientes do grupo placebo, antes da aplicação da técnica, apresentaram média de pressão arterial sistólica de 125,0mmHg e de pressão arterial diastólica de 77,0mmHg; média de frequência cardíaca de 73,3bpm; de frequência respiratória de 15,5rpm e média de temperatura de 34,9°C, e de saturação de 98,8 %.

Os parâmetros clínicos dos pacientes do grupo experimental, antes da aplicação da técnica apresentaram média de pressão arterial sistólica de 125,8mmHg e de pressão arterial diastólica de 72,5mmHg; média de frequência cardíaca de 76,0bpm; de frequência respiratória de 15,2rpm e média de temperatura de 34,5°C, e de saturação de 98,3%.

Os parâmetros clínicos dos pacientes do grupo placebo, após a aplicação da técnica, apresentou média de pressão arterial sistólica de 121,8mmHg e de pressão arterial diastólica de 72,5mmHg; média de frequência cardíaca de 72,9bpm; de frequência respiratória de 17,5rpm e média de temperatura de 35,7°C, e de saturação de 95,9 %.

Os parâmetros clínicos dos pacientes do grupo experimental, após a aplicação da técnica, apresentou média de pressão arterial sistólica de 118,5mmHg e de pressão arterial diastólica de 68,7mmHg; média de frequência cardíaca de 72,8bpm; de frequência respiratória de 14,9rpm e média de temperatura de 35,7°C, e de saturação de 95,5%.

A temperatura corpórea axilar apresentou diferença estatisticamente significativa, na admissão da SRPA ($p=0,028$).

Após comparação realizada entre os grupos, obteve-se que a dor apresentou diferença estatisticamente significativa no que se refere à aplicação da técnica de Calatonia, acompanhada de uma menor quantidade de medicamentos para a analgesia, durante sua permanência na SRPA, o que sugere um relaxamento e consequente regulação do tônus, promovendo o reequilíbrio físico e psíquico, do paciente submetido à técnica de Calatonia aplicada a esse grupo.

Os pacientes dos grupos placebo e experimental foram semelhantes quanto ao sexo, faixa etária, tipo de anestesia, estado clínico ASA, duração do procedimento anestésico-cirúrgico, tempo de permanência na SRPA, parâmetros clínicos avaliados no pré-operatório e pós-operatório imediato, avaliação da escala de Aldrete e Kroulik e escala de Ramsay.

Contudo, os resultados deste trabalho permitem concluir que: o procedimento anestésico cirúrgico acarreta desequilíbrio da integridade estrutural e emocional do paciente cirúrgico, e a terapia complementar possibilita ao enfermeiro planejar e implementar ações que minimizem ou previnam os riscos e problemas encontrados.

Frente aos resultados obtidos, torna-se necessário que outros estudos sejam desenvolvidos, no sentido de aprofundar a análise sobre a influência da terapia complementar, a Calatonia, nos pacientes em pós-operatório imediato, buscando a investigação de outras variáveis diretamente relacionadas a essa relação.

Estes novos estudos, sem dúvida, abrirão caminhos para pesquisa na área de enfermagem perioperatória e, consequentemente, trarão uma

melhoria da assistência de enfermagem, contribuindo para se ter uma visão, sob outros ângulos, da Calatonia, no paciente cirúrgico.

Finalmente, a Calatonia é um recurso altamente significativo para a promoção da melhora na qualidade geral de vida dos pacientes em pós-operatório imediato, proporcionando a possibilidade de transformação, pois o paciente tem um contato mais consciente com as situações de perdas decorrentes do adoecer e com as sensações e as percepções dos aspectos psicológicos.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo propiciou o reconhecimento da importância do contato através da pele pelos recursos do método calatônico também como acolhimento, que traz a como essência o conhecimento, a integração fisiopsíquica e o contato humanizado, essa é tríade da assistência diferenciada que envolve o processo do cuidar como um todo.

Pelo método calatônico, como recurso complementar a assistência, o enfermeiro pode executar sua tarefa no contexto hospitalar, seguindo os caminhos da Sistematização da Assistência Perioperatória (SAEP), sem perder o olhar para a subjetividade do ser humano e sem se distanciar da realidade da instituição, considerando-se como recurso terapêutico ao paciente cirúrgico.

Observei reações favoráveis apresentadas pelos pacientes submetidos à Calatonia. O trabalho também tem motivado as equipes de enfermagem e médica, solicitaram com maior frequência, a minha presença para atender o paciente de forma menos invasiva.

Este estudo confirma que enquanto método de relaxamento, a Calatonia promove maior consciência corporal e efeitos de soltura e /ou distensão muscular, ou seja, a “regulação” do tônus. Mas, aponta que a atuação deste procedimento vai além do nível apenas muscular, promovendo também “reorganizações psico-fisiológicas” em vários níveis, tais como biológico, psicológico e social, como podemos observar nos relatos dos pacientes.

Percebo ainda, que o estímulo do toque, traz descontração muscular, reequilíbrio das funções respiratória, circulatória.

Considero ainda, que a Calatonia, desenvolvida por Pethö Sándor aqui no Brasil, representa um documento vivo de sua efetiva participação e contribuição à área da Enfermagem, não tenho dúvida da validade desta técnica como excelente coadjuvante na assistência do paciente,

principalmente aquele sofre de dor aguda como foi mencionado neste estudo.

Como enfermeira assistencial, sentia a necessidade de ajudar o paciente além do que era oferecido pelos métodos tradicionais e a técnica da Calatonia veio complementar e proporcionar bem-estar, beneficiando tanto o paciente como o profissional. Baseado neste pensamento é de fundamental relevância para a construção de novas percepções sobre a Calatonia como técnica complementar à assistência para um novo saber e fazer na prática da Enfermagem.

A Calatonia não é curadora, mas com os resultados deste trabalho e com as minhas observações, acredito que ela pode facilitar a cura porque atua em vários níveis como o físico, emocional e social reorganizando e nos preparando a viver com qualidade aprendendo com nossas diferenças a nos relacionarmos melhor quando o respeito e a dedicação estejam presentes.

Fiquei motivada com essa técnica, pois os pacientes demonstraram satisfação, considerando que a técnica da Calatonia influenciou de forma positiva para seu tratamento no período do pós-operatório imediato o que me deixou entusiasmada com esse novo avanço na área e em saber que podemos fazer algo a mais, um diferencial em nossa assistência, resgatando tudo que há de mais importante o *toque*, o *sentir*, o *ser acolhido*.

“O prazer esta nas mãos de quem cuida e de quem é cuidado”...

Referências

REFERÊNCIAS

1. Bello CN. Recuperação pós-anestésica- escalas de avaliação, princípios gerais. Rev Centro Est Anest FMUSP. 2000;9:4-5.
2. Nosow V, Peniche ACG. Paciente cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade. Acta Paul Enferm. 2007;20(2):161-67.
3. Sandor, P. Técnicas de relaxamento. 4ª ed. São Paulo: Vetor; 1982.
4. Nagai SC. Toque terapêutico: uma abordagem holística em saúde. Rev SOBECC. 2002;7(4):9-12.
5. Smeltzer SC, Bare GB. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Smeltzer SC, Bare GB. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Finley GA, Mcgrath PJ, editores. Measurement of pain in infants and children. Seattle: IASP; 1998. The roles of measurement in pain management and research.
8. Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. 1ª ed. Barueri: Manole; 2007.
9. Nettina S. Prática de enfermagem, 7ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 2003.
10. Peniche ACG. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.
11. Tavares LM. Critérios de alta do paciente na SRPA. Fortaleza: [s.n.]; 1999.
12. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução n. 1.363/93, de 22 de março de 1993. Dispõe sobre as condições mínimas de segurança para a prática de anestesia [Internet]. Brasília; 1993. [citado 2009 abr. 23]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/86.pdf>.
13. Possari JF. Assistência de enfermagem na recuperação pós- anestésica. São Paulo: Iátria; 2003.
14. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós- Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.

15. Kears J. Management of intra operative ventilatory emergencies, refresher courses in anesthesisiology. ASA. 1989;17:155-73.
16. Yamashita AM, Takaoka F, Auler JOC Jr, Iwata NM, editores. Anestesiologia. 5ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
17. Hoffer JL. Anestesia. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
18. Almeida EV. As razões da terapêutica [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996.
19. Barros, NF. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume; 2000.
20. Silva MJ, Benko MA. Use of alternative therapies by nursing teachers. Rev Bras Enferm. 1998;51(3):457-68.
21. Zinn GR, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(3):326-32.
22. Tovey P, Easthope G, Adams J. The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context. London: Routledge; 2003. CAM and nursing: from advocacy to critical sociology. p. 202-25.
23. Adams J, Tovey P. Complementary and alternative medicine in nursing and midwifery: critical readings. London: Routledge; 2006.
24. Barros NF, Adams J. A pesquisa sobre as terapias alternativas e complementares e enfermagem no Brasil. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(3):453-4.
25. Souza VT. Enfermeiros que trabalham com terapias complementares: conhecendo sua prática [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2000.
26. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.
27. Organización Mundial de La Salud (OMS). Promoción y desarrollo de La medicina tradicional: informe de una reunión de La OMS. Ginebra; 1978. (Série Informes Técnicos, 622).
28. Hill A, organizadora. Guia das medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural. São Paulo: Mandala; 2003.
29. Sá AC. Toque terapêutico como assistência complementar de enfermagem. Acta Paul Enferm. 1998;11(2):73-6.
30. Krieger D. O toque terapêutico. São Paulo: Cultrix; 1996.

31. Gerber R. Medicina vibracional. São Paulo: Cultrix; 1995.
32. Salles LF, Ferreira MZJ, Silva MJP, Turrini RNT. Terapias complementares na enfermagem: levantamento bibliográfico. *Nursing (São Paulo)*. 2007;9(105):94-8.
33. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
34. Ernst E. Prevalence of use of complementary/ alternative medicine: a sydtematic review. *Bull World Health Organ*. 2000;78(2):252-7.
35. Trovó MM, Silva MJP. Terapias alternativas/complementares a visão do graduando de enfermagem. *Rev Esc Enferm*. 2002;36(1):80-7.
36. Nogueira MJC. Fitoterapia e enfermagem comunitária [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1983.
37. Barbosa MA. A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
38. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN). Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo: Escrituras; 2008.
39. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 197, de 19 de março de 1997. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem [Internet]. Brasília; 1997. [citado 2011 jan. 12]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4253>.
40. Silva MJP, Leão ER. Práticas complementares no alívio da dor. In: Leão ER, Caves LD. Dor quinto sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Martinari; 2004. p. 121-33.
41. Nuñez, HMF, Ciosak, SI. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71- Santo Amaro- São Paulo. *Rev Esc Enferm*. 2003;37(3):11-8.
42. Oguisso T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher efermeira. *Rev Enferm UERJ*. 1998;6(1):309-16.
43. Souza EFA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2009;16(2):393-405.
44. Eler G, Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arq Ciências Saúde UNIPAR*. 2006;10(3):185-90.

45. Farah RM. O trabalho corporal e a psicologia de C.G. Jung. 2ª ed. São Paulo: Companhia Ilimitada; 2008.
46. Cortese FN. Calatonia e integração fisiopsíquica. 1ª ed. São Paulo: Escuta; 2008.
47. Penna L A Calatonia e os níveis de consciência. Rev Hermes. 2007;12:83-95.
48. Tavares SD. Estratégias terapêuticas corporais e grupais na perspectiva do método organísmico de Pethö Sándor [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
49. Farah RM. Integração psicofísica - o trabalho corporal e a psicologia de C.G. Jung. São Paulo: Robel; 1995.
50. Delmanto S. Toques sutis - uma experiência de vida com o trabalho de Pethö Sándor. São Paulo: Summus; 1997.
51. Smith LK, Weiss EL, Lehmkuhl L. Cinesiologia clínica de brungstrom. São Paulo: Manole; 1997.
52. Cruz MC, Guimarães LS. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. Lato & Sensu. 2006;(4):3-5.
53. Montagu A. Tocar- o significado humano da pele. São Paulo: Summus; 1988.
54. Damásio ARO. Mistério da consciência. São Paulo: Companhia da Letras; 2006.
55. Neumann E. A criança- estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação. São Paulo: Cultrix; 1991.
56. Nishida SM. Curso de fisiologia. ciclo de neurofisiologia. Botucatu: Instituto de Biologia, Universidade Estadual Paulista; 2007.
57. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. 6ªed. Belmont: Thomson-Brooks/Cole; 2006.
58. Medical News Today. Dallas physician elected to lead international organ transplant society. [citado 2009 out. 21]. Disponível em: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/161238.php>.
59. Doria Filho U. Introdução à bioestatística: para simples mortais. 2ª ed. rev. ampliada. São Paulo: Negócio; 1999.
60. Gala MF, Telles SCR, Silva MJP. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e unidade semi-intensiva cirúrgica. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(1):52-61.

61. Henriques A C, Pezzolo S, Gomes M. Colectistectomia videolaparoscópica ambulatorial- estudo de 60 casos. *Arq Med ABC*. 2002;27(2):6-8.
62. Darli CC, Rossi LA, Darli MCB. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(3):389-96.
63. Fiorillo MA, Davidson PG, Fiorillo M, D'Anna JA Jr, Sithian N, Silich RJ. 149 ambulatory laparoscopic cholecystectomies. *Surg Endosc*. 1996;10(1):52-6.
64. Haicken BN. Laser laparoscopic cholecystectomy in the ambulatory setting. *J Post Anesth Nurs*. 1991;6(1):33-9.
65. Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(5):881-87.
66. Ortenzi AV. Avaliação e medicação pré-anestésicas. In: Yamashita AM, Takaoka F, Auler JOC Jr, Iwata MN, editores. *Anestesiologia - Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP)*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu. 2001. 467-97.
67. Van Delden PG, Houweling PL, Bencini AF, Ephraim EP, Friedman RC, Van Niekerk J, et al. Remifentanyl-sevoflurane anaesthesia for laparoscopic cholecystectomy: comparison of three dose regimens. *Anaesthesia (Lond.)*. 2002;57(3):212-7.
68. De Cosmo G, Cancelli I, Adduci A, Merlino G, Aceto P, Valente M. Changes in hemodynamics during isoflurane and propofol anesthesia: a comparison study. *Neurol Res*. 2005;27(4):433-5.
69. Gehring H, Kuhmann K, Klotz KF, Ocklitz E, Roth-Isigkeit A, Sedemund-Adib B, et al. Effects of propofol vs. isoflurane on respiratory gas exchange during laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1998;42(2):189-94.
70. Raeder JC, Mjaland O, Aasbo V, Grogard B, Buanes T. Desflurane versus propofol maintenance for outpatient laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1998;42(1):106-10.
71. Morimoto Y, Matsumoto S, Nakamura M, Makino A, Tamura T, Oka H, et al. Total intravenous anesthesia with propofol and fentanyl for laparoscopic cholecystectomy. *Masui*. 1997;46(9):1242-5.
72. Massie MT, Massie LB, Marrangoni AG, D'Amico FJ, Sell HW Jr. Advantages of laparoscopic cholecystectomy in the elderly and in patients with high ASA classifications. *J Laparoendosc Surg*. 1993;3(5):467-76.

73. Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. *Anesth Analg*. 1970;49(6):924-34.
74. Griffin DN. A tool to develop standards of quality care in PACUs. *J Post Anesth Nurs*. 1989;4(2):99-102.
75. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. *Medical surgical nursing: concepts and clinical practice*. Saint Louis: Mosby; 1994.
76. Nocite JR. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. *Rev Bras Anesthesiol*. 1987;37(3):159-67.
77. Cunningham AJ, Brull S. Laparoscopic cholecystectomy: anesthetic implications. *Anesth Analg*. 1993;76(5):1120-33.
78. Macatrão CO, Araujo GF, Faria MS, Serra HO, Santos MFS. Dor no ombro pós-colecistectomia com pneumoperitônio de baixa pressão. *Rev Bras Videocir*. 2004;2(2):68-74.
79. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. Seattle: International Association for the Study of Pain Press; 1994.
80. Pimenta CAM, Teixeira MJ, Correa CF, Muller FS, Goes FCG, Marron RM. Alívio da dor crônica não neoplásica com opiáceos. *Rev Latinoam Enferm*. 1999;7(4):65-73.
81. Paiva ES, Coginotti V, Muller CS, Parchen CFR, Urbaneski F. Manejo da dor. *Rev Bras Reumatol*. 2006;46(4):292-96.
82. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(4):339-46.
83. Capra F. *O ponto de mutação: o modelo biomédico*. São Paulo: Cultrix; 1982.
84. Kardec A. *O livro dos espíritos*. 1ªed. São Paulo: Petit; 1999.
85. Kardec A. *O livro dos médiuns*. 21ªed. São Paulo: Lake; 1999.
86. Berbel J. *O livro dos fluídos*. 6ª ed. São Paulo: DPL; 2001.
87. Sell JS. *O perispírito*. São Paulo: DPL; 2001.

Anexos

ANEXO I

São Paulo, 27 de janeiro de 2010.

**Ao Comitê de Ética e Pesquisa do
Hospital Alemão Oswaldo Cruz**

Venho por meio desta solicitar autorização para a coleta dos dados da dissertação intitulada “**A UTILIZAÇÃO DA CALATONIA NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**” que será desenvolvida como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Informo que a técnica de Calatonia não expõe o paciente a nenhum tipo de risco, físico, moral ou ético.

Esclareço também que não haverá ônus para a Instituição em função da realização da presente investigação.

Em anexo segue o projeto de pesquisa previamente aprovado pelo exame de qualificação.

Certa de contar com a sua atenção coloco-me à disposição para esclarecimentos por meio dos telefones 11- 2639-5600 e 11- 9142-0661 ou pelo e-mail elainelasaponari@iq.com.br.

Outrossim, informo que os resultados da presente investigação estarão à disposição de VS^a e encaminharei um exemplar da dissertação ao final do processo.

Atenciosamente,

Elaine Ferreira Lasaponari
Enfermeira – COREN-SP nº 68582

PROTOCOLO DE PESQUISA N.º 05/10	Data de entrada: 11/02/10	Data da resposta: 10/03/10
PARECER do CEP N.º 05/10	Data do parecer: 22/02/10	Data do parecer final: 15/03/10

Parecer Consubstanciado

Título da Pesquisa: “A utilização da calatomia no período do pós operatório imediato”.

Protocolo do Estudo: Versão 2 de 10 de março de 2010

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Versão 2 de 10 de março de 2010

Documentos: Formulários para coleta de dados, Versão 2 de 10 de março de 2010

Pesquisador Principal: Enfª Elaine Ferreira Lasaponari

Instituição: Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Sumário Geral do Protocolo:

Identificar os efeitos da aplicação da técnica da calatomia, uma técnica de relaxamento, nos parâmetros clínicos, sinais e sintomas de pacientes em pós operatório imediato de colecistectomias laparoscópicas admitidos em sala de recuperação pré anestésica. Analisar a efetividade da aplicação da calatomia no período pós operatório imediato. Descrever a evolução e comparar os grupos controle (não receberão a intervenção) e experimental (receberão a intervenção) sobre os parâmetros clínicos. Verificar a incidência de sinais e sintomas indesejáveis nos pacientes em pós operatório imediato de colecistectomias laparoscópicas.

É um ensaio clínico randomizado e controlado que ocorrerá em um hospital geral terciário, eminentemente cirúrgico. Serão escolhidos os pacientes com idade mínima de 18 e máximo de 60 anos, sob anestesia geral e que apresentam classificação do estado físico ASA 1 ou ASA 2, permaneçam na SRPA no máximo por 120 min. Serão excluídos os pacientes de emergência ou urgência, tempo de SRPA inferior a 60 min. e avaliação do estado físico ASA 3, ASA 4, ASA 5. O tamanho da amostra foi definido estatisticamente com base nos procedimentos realizados de cirurgias abdominais por vídeo-laparoscopias no período de 3 meses. Cada grupo contará com 58 pacientes. Para ratificar o tamanho da amostra será realizado um estudo piloto, conduzido pela pesquisadora com 20 pacientes para cada grupo. A análise estatística envolverá variáveis qualitativas e quantitativas com coleta de dados através de um formulário padronizado. A aplicação da calatomia será na admissão e após 60 minutos de permanência na RPA. O tempo estimado para cada aplicação é de 18 min.

Considerações/Comentários:

1. Durante visita pré operatória os pacientes serão convidados a participar do estudo. É garantida o sigilo de identidade, porém rever termo de consentimento onde lê se que não é esperado nenhum risco.
2. Avaliar, além do estado físico e do ASA, o nível da sedação de cada paciente com alguma escala específica, para evitar viés metodológico.

Recebemos no dia 10/03/10, resposta da pendência apresentada no parecer anterior.

Diante dos pontos analisados o projeto foi considerado “APROVADO”.

- ☒ APROVADO
- ☐ APROVADO COM RECOMENDAÇÕES
- ☐ NÃO APROVADO
- ☐ COM PENDÊNCIAS

(A ausência de resposta em 30 dias acarretará em arquivamento do processo por falta de interesse do pesquisador)

TEMÁTICA ESPECIAL

SIM ☐NÃO ☒

CONEP

SIM ☐NÃO ☐Completo ☐Folha de rosto ☒

- Lembramos que os pesquisadores têm como dever enviar relatórios anuais e o relatório final ao CEP-HAOC.
- O CEP também deve ser informado sobre qualquer "alteração" ou "emenda" ao referido projeto, e sobre quaisquer efeitos adversos.

Data do 1º Relatório Parcial: 15/09/2010

Data do 2º Relatório Parcial: 15/03/2011

Dr. José Marcio Neves Jorge
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Estudo: A utilização da calatonia no período do pós-operatório imediato.

Pesquisador responsável: Elaine Ferreira Lasaponari

Orientadora: Prof^a Dr^a Aparecida de Cássia Giani Peniche

1 – Natureza e objetivo do estudo

Venho por meio convidá-lo a participar da pesquisa “A utilização da Calatonia no período do pós-operatório imediato”. Antes de decidir participar, você deve ler este termo; ele tem uma explicação completa do estudo para o qual você está sendo convidado a participar e será pedido que você o assine se decidir participar.

A Calatonia é uma prática complementar de saúde e o objetivo deste estudo consiste em identificar se a aplicação da Calatonia no período de recuperação anestésica pode contribuir para a estabilização dos parâmetros clínicos (sinais vitais) e diminuição/alívio/supressão dos sinais e sintomas indesejáveis típicos deste período (por exemplo, alterações respiratórias, náuseas, dor e queda de temperatura).

2 – Procedimentos do estudo

A Calatonia é uma técnica de relaxamento composta de toques sutis em nove pontos do corpo, demorando-se de um a três minutos em cada ponto. São considerados pontos: todos os dedos dos pés, as plantas dos pés, os tornozelos, as panturrilhas e a nuca. O processo é realizado em silêncio ocorrendo apenas o toque das mãos e dos dedos sem pressão ou fricção nos pontos referidos, na sequência apresentada e simultaneamente nos dois lados do corpo.

A técnica da Calatonia será aplicada pela pesquisadora ou pela enfermeira do setor após a monitorização dos sinais vitais, ou seja, assim que chegar na unidade e deverá ser repetida após 60 minutos de permanência na sala de recuperação pós-anestésica.

Serão estabelecidos dois grupos de pacientes, um controle e outro experimental admitidos na sala de recuperação pós-anestésica. O grupo placebo será aquele composto por pacientes que não receberão intervenção e o experimental composto por pacientes que receberão a Calatonia.

3 – Possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos

O procedimento básico da Calatonia consiste em uma série de nove toques sutis que serão realizados na área dos pés. Esta técnica utiliza a sensibilidade da pele, realizando estímulos suaves; sendo assim, não é esperado nenhum efeito colateral, risco ou desconforto com a aplicação desta técnica

4 – Custos

Não haverá nenhum custo adicional a você por participar deste estudo.

5 – Confidencialidade

Informo que os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos. Será mantido o anonimato dos participantes e sigilo, que garante a privacidade dos mesmos, não sendo veiculados nomes ou dados que possam identificá-los publicamente.

6 – Liberdade de Participação

A sua participação nessa pesquisa é voluntária, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalização.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, recebi informações sobre o projeto e a minha participação na pesquisa. Estou ciente de que nenhuma remuneração ou compensação será oferecida por essa participação e que minha assinatura nesse termo, por livre e espontânea vontade, manifesta minha concordância em participar desse estudo, estando-me assegurados o direito de sigilo da minha identidade, o direito de liberdade para interromper a participação em qualquer fase que eu julgar necessário. Declaro ainda estar informado que os resultados serão utilizados exclusivamente para os relatórios de divulgação da pesquisa. Estou ciente de que posso entrar em contato com o pesquisador responsável/orientador, a qualquer momento, para esclarecimentos adicionais. Adicionalmente, sei que também posso entrar em contato direto com o Comitê de Ética que aprovou o estudo para esclarecimentos.

Local, data e assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

RG do pesquisador

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o paciente e a outra via ficará com o pesquisador responsável.

Contatos:

Elaine Ferreira Lasaponari **Tel.** 2639-5600/ **cel:** 9142-0661

e-mail: elainelasaponari@ig.com.br

Aparecida de Cássia Giani Peniche **Tel.** 3066-7512 / 3066-7544

e-mail: ggphe@usp.br

Comitê de Ética e Pesquisa do HAOC **Tel.** 3549-0042

ANEXO III

Formulário: Coleta de Dados

1- Dados no Período Pré-Operatório

Same: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Data da cirurgia: ____/____/2010 Horário: _____h

Classificação ASA: (1) (2)

Controle de sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____

2- Dados na SRPA

Técnica da Calatonia: () Sim () Não

Procedimento cirúrgico: _____

Procedimento anestésico: _____

Duração do procedimento anestésico-cirúrgico: _____

Horário de admissão: _____ Horário de alta: _____

Tempo de permanência: _____

AValiação dos Parâmetros Clínicos

Parâmetros clínicos	0min.	60min.
PA (mmHg)		
FC (bpm)		
FR (rpm)		
T° (°C)		
Sat O ₂ (%)		

AValiação Numérica Verbal de Dor

	0min	60min
Escore de dor		

ESCALA DE RAMSAY

	0min	60min
Escala de sedação		

ESCALA DE ALDRETE- KROULIK

	0 min	60min
Atividade		
Respiração		
Circulação		
Consciência		
Saturação		
Total		
Rubrica		

3- Medicamentos analgésicos utilizados no intra-operatório.

4-Qual sua opinião sobre a técnica do toque sutil?

- () Excelente
 () Muito bom
 () Bom
 () Regular

5-Observações:

“Chegar até aqui não foi nada fácil e se hoje comemoro uma conquista, esta se deve àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos; que fizeram de meus sonhos os seus e de meus objetivos sua própria luta. Quero compartilhá-la com vocês pessoas tão especiais, que não pouparam esforços para que o sorriso que hoje trago no rosto fosse possível. Foram muitas vezes que usei vocês como escudo, em que despejei minhas frustrações, mas o amor sempre foi maior, arrebatador e no momento seguinte vocês estavam lá para me reerguer através do seu apoio incondicional, nos momentos importantes, suportaram minha ausência; nos dias de fracasso, respeitaram meus sentimentos e enxugaram minhas lágrimas. Dizer a vocês obrigado não deve ser suficiente para expressar meu sentimento de gratidão, pois o amor que sinto por vocês nessa hora fala mais alto e não há outra forma de agradecer a não ser dizendo agora e sempre que

AMO VOCÊS” !