

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANA CRISTINA NICOLUSSI

**Relaxamento com imagem guiada: Influência
sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de
pacientes com câncer durante o tratamento
quimioterápico**

Ribeirão Preto

2012

ADRIANA CRISTINA NICOLUSSI

**Relaxamento com imagem guiada: Influência sobre a
qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com
câncer durante o tratamento quimioterápico**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa:

Processo do cuidar do adulto com doenças
agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2012

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.

Ficha catalográfica elaborada pelo Serviço de Biblioteca e Documentação
da Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo

Nicolussi, Adriana Cristina

Relaxamento com imagem guiada: Influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico. Ribeirão Preto, 2012.

158 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sawada, Namie Okino.

1. Qualidade de vida.
2. Qualidade de vida relacionada à saúde.
3. Enfermagem oncológica.
4. Relaxamento com imagem guiada.
5. Quimioterapia.
6. Câncer.

NICOLUSSI, Adriana Cristina

Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____ / ____ / 2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS,

pela presença constante em minha vida, pela oportunidade de evoluir, pela força diária e por Seu amor eterno.

A meu marido Danilo,

por ter me aceito como companheira, por seu amor, carinho, dedicação, admiração e compreensão. Obrigada por me incentivar sempre e não me deixar desistir.

A meus pais, Célia e Oswaldo,

por me trazerem à vida, por seu amor e dedicação em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Namie Okino Sawada,

minha orientadora e amiga, obrigada pela paciência, confiança e condução em mais esta jornada.

À Profa. Dra. Rosana Ap. Spadoti Dantas, e

Ao Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos,

obrigada pelo incentivo, apoio e sugestões no Exame de Qualificação.

A todos os amigos e colegas da Central de Quimioterapia do HC e da Beneficência Portuguesa,

obrigada por me receberam de braços abertos e terem paciência comigo.

A todas as amigas do grupo de estudo, Fernanda, Viviane, Juliana, Giselle, Andréa, Daiane, Camila e Vanessa,

obrigada pela amizade, admiração, auxílio, incentivo e orações.

Aos pacientes deste estudo,

obrigada por terem aceito participar, vocês me ensinaram muito, que Deus projeta e ampare todos vocês e seus familiares.

E a todos aqueles que,

direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

RESUMO

NICOLUSSI, A. C. **Relaxamento com imagem guiada:** influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico. 2012, 158f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um problema de saúde pública mundial; seu diagnóstico e tratamento causam significantes morbidades físicas e psicológicas, comprometendo a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dos sobreviventes. Terapias Complementares e Alternativas, como as terapias mente-corpo, tem sido usadas por pacientes com câncer para reduzir sintomas e outros efeitos colaterais do tratamento. Objetivo: avaliar o efeito da intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada (visualização) sobre a QVRS e sobre a depressão de pacientes adultos com câncer durante o tratamento quimioterápico. Metodologia: estudo quantitativo, quase-experimental, longitudinal e prospectivo, realizado no Centro Especializado de Oncologia e na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas, Ribeirão Preto-SP, Brasil. Os pacientes foram divididos em dois Grupos: Controle e Intervenção (GC e GI) e o GI foi submetido às sessões de relaxamento com imagem guiada durante o tratamento quimioterápico; ambos os grupos responderam aos questionários de QVRS (EORTC QLQ-C30) e de depressão (Inventário de Depressão de Beck) no início, meio e final do tratamento. Resultados: a amostra total e por grupo (baseline) foi composta na maioria por mulheres, entre 40 e 59 anos, casadas, aposentadas ou donas de casa, católicas, residentes em Ribeirão Preto, com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental). Os cânceres mais frequentes foram: mama, intestinal e gástrico. No tempo 1, ambos os grupos apresentaram como sintomas mais frequentes: dor, fadiga, insônia e perda de apetite e estavam 'sem depressão'. No decorrer do estudo, na comparação entre grupos, diferenças estatisticamente significantes foram encontradas, em T1 com o GC apresentando melhores escores para EGS/ QV geral, função social e náuseas e vômitos. Em T2, as diferenças foram significantes para função física e em T3 para as funções física, emocional, desempenho de papel, fadiga e náuseas e vômitos, com melhores escores para o GI. Na comparação entre os tempos, o GC teve prejuízo nas funções física, emocional e social, náuseas e vômitos e constipação, enquanto que o GI apresentou melhora da função emocional. De acordo com o IDB, as diferenças foram estatisticamente significantes entre os grupos e entre os tempos, com o GI apresentando mais pacientes 'sem depressão' do que o GC. Conclusão: Os resultados evidenciaram que a intervenção de relaxamento com imagem guiada foi eficaz para melhorar a QVRS em várias funções (física, emocional, desempenho de papel), sintomas (náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite) e depressão. Esta técnica simples, de baixo-custo, segura e benéfica levou a um relaxamento físico e mental do paciente, observado através dos parâmetros fisiológicos e instrumentos de QVRS e depressão utilizados, confirmando a hipótese de que o Relaxamento com Imagem Guiada proporciona melhora na QVRS e na depressão de pacientes adultos com câncer em tratamento quimioterápico. Espera-se que a prática da intervenção Relaxamento com Imagem Guiada seja divulgada e difundida no trabalho do dia-a-dia do enfermeiro, para que em um futuro próximo, possa beneficiar os pacientes oncológicos com estas terapias.

Palavras-chave: qualidade de vida, qualidade de vida relacionada à saúde, enfermagem oncológica, relaxamento, imagem guiada, quimioterapia, câncer.

ABSTRACT

NICOLUSSI, A. C. **Relaxation with guided imagery**: influence on health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. 2012, 158p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2012.

In recent decades, cancer has become a public health problem worldwide; the diagnosis and its treatment cause significant physical and psychological morbidity, compromising Health-Related Quality of Life (HRQoL) of survivors. Complementary and Alternative Therapies, such as mind-body therapies, has been used by cancer patients to reduce symptoms and other side effects of treatment. Objective: To evaluate the effects of nursing interventions: Relaxation with Guided Imagery (visualization) on HRQoL and on depression in adult patients with cancer during chemotherapy. Methodology: quantitative, quasi-experimental, longitudinal and prospective study conducted in the Specialized Oncology Center and in the Chemotherapy Center of Clinical Hospital, Ribeirão Preto-SP, Brazil. The patients were divided into two groups: Control and Intervention (CG and IG) and IG received relaxation sessions with guided imagery during chemotherapy, both groups responded to questionnaires about HRQoL (EORTC QLQ-C30) and depression (Beck Depression Inventory) at the beginning, middle and end of treatment. Results: The total sample and by group (baseline) was composed mostly of women, between 40 and 59 years old, married, retired or housewives, Catholic, living in Ribeirão Preto, with a low educational level (elementary school). The most common cancers were breast, bowel and gastric. At one time, both groups showed most common symptoms: pain, fatigue, insomnia and loss of appetite and were 'not depressed'. During the study, the comparison between groups, statistically significant differences were found in T1 with CG showing better scores for global QoL, social functioning, and nausea and vomiting. In T2, the differences were significant for physical functioning and T3 to physical functioning, emotional functioning, role functioning, fatigue, and nausea and vomiting, with better scores for IG. Comparing the times, the CG had impairment in physical, emotional and social functioning, nausea and vomiting, and constipation, while the IG showed improvement in emotional functioning. According to the BDI, the differences were statistically significant between groups and between times, with most patients of IG presenting 'no depression' than the CG. Conclusion: The results showed that the intervention of relaxation with guided imagery was effective for improving HRQoL in various functions (physical, emotional and role functioning), symptoms (nausea and vomiting, pain, insomnia, loss of appetite) and depression. This technique is simple, low-cost, safe and beneficial and this intervention led to a physical and mental relaxation of the patient, observed through the physiological parameters and HRQoL and depression instruments used, confirming the hypothesis that Relaxation with Guided Imagery provides improvement in HRQoL and depression in adult cancer patients undergoing chemotherapy. It is hoped that the practice of intervention of Relaxation with Guided Imagery is disclosed and disseminated in the day-to-day nursing, so that in the near future, patients with cancer can benefit from these therapies.

Key words: quality of life, health-related quality of life, oncologic nursing, relaxation, guided imagery, drug therapy, cancer.

RESUMEN

NICOLUSSI, A. C. **Relajación con imagen guiada:** influencia en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. 2012, 158h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

En las últimas décadas, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo, el diagnóstico y el tratamiento causa una importante morbilidad física y psicológica, que compromete la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) de los sobrevivientes. Terapias complementarias y alternativas, como las terapias de cuerpo y mente, ha sido utilizado por los pacientes de cáncer para reducir los síntomas y otros efectos secundarios del tratamiento. Objetivo: Evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería: Relajación con la Imagen Guiada (visualización) en la CVRS y la depresión en los pacientes adultos con cáncer durante la quimioterapia. Metodología: estudio cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo realizado en el Centro Especializado de Oncología y el Centro de Quimioterapia de lo Hospital Clínico, Ribeirão Preto-SP, Brasil. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Control e Intervención (GC y GI) y el GI se sometió a sesiones de relajación con imágenes guiadas durante la quimioterapia, ambos los grupos respondieron a los cuestionarios de CVRS (EORTC Quality of Life Questionnaire-Core 30) y la depresión (Beck Depression Inventory) al principio, mitad y final del tratamiento. Resultados: La muestra total y por grupo (línea de base) se compone sobre todo de las mujeres, entre 40 y 59 años de edad, casado, jubilado o ama de casa, católica, vivir en Ribeirão Preto, con un bajo nivel educativo (primaria). Los cánceres más frecuentes fueron mama, gástrico e intestino. En momento 1, ambos grupos mostraron cómo los síntomas más comunes: dolor, fatiga, insomnio y pérdida de apetito y eran ‘no deprimido’. Durante el estudio, la comparación entre los grupos, las diferencias estadísticamente significativas en T1 con GC mostrando mejores puntuaciones de CVRS general, función social, y las náuseas y los vómitos. En T2, las diferencias fueron significativas en la función física y T3 en las funciones física, emocional, desempeño de papel, fatiga, náuseas y vómitos, con mejores calificaciones de GI. La comparación de los tiempos, el GC tenían un deterioro de las funciones física, emocional y social, las náuseas y los vómitos y el estreñimiento, mientras que el GI mostró mejoría en la función emocional. Según el BDI, las diferencias fueron estadísticamente significativas entre los grupos y entre los tiempos, con la mayoría de los pacientes de GI presentando ‘sin depresión’ del GC. Conclusión: Los resultados muestran que la intervención de Relajación con Imagen Guiada fue eficaz para mejorar la CVRS en diferentes funciones (físico, emocional, desempeño de papel), los síntomas (náuseas y vómitos, dolor, insomnio, pérdida de apetito) y la depresión. Esta técnica es simple, de bajo costo, seguro y beneficioso dado lugar a una relajación física y mental del paciente, observado a través de los parámetros fisiológicos e instrumentos de CVRS y depresión, lo que confirma la hipótesis de que la Relajación con Imagen Guiada proporciona una mejora en la CVRS y depresión en pacientes adultos con cáncer que reciben quimioterapia. Se espera que la práctica de la intervención Relajación con Imagen Guiada se de a conocer y difundido en la enfermería del día a día, de modo que en el futuro cercano, los pacientes con cáncer pueden beneficiarse de estos tratamientos.

Palabras-clave: calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, enfermería oncológica, relajación, imagen guiada, quimioterapia, cáncer.

LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequência e percentagem das características sócio-demográficas da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011 65
- Tabela 2** – Frequência e percentagem das características clínico-terapêuticas da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011 66
- Tabela 3** – Frequência e percentagem dos protocolos e efeitos colaterais da quimioterapia da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011 67
- Tabela 4** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2011 68
- Tabela 5** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e profissão, Ribeirão Preto, 2009-2011 69
- Tabela 6** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2011 69
- Tabela 7** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e metástase, Ribeirão Preto, 2009-2011 70
- Tabela 8** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e radioterapia, Ribeirão Preto, 2009-2011 70
- Tabela 9** – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e efeitos colaterais da quimioterapia, Ribeirão Preto, 2009-2011 71
- Tabela 10** – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2011 71
- Tabela 11** – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e profissão, Ribeirão Preto, 2009-2011 72
- Tabela 12** – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e nível de escolaridade, Ribeirão Preto, 2009-2011 72
- Tabela 13** – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2011 73
- Tabela 14** - Frequência e percentagem do IDB (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 77
- Tabela 15** - Frequência e percentagem do IDB (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 78

Tabela 16 - Frequência e percentagem do IDB (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011	78
Tabela 17 – Associação entre constipação e sexo no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	84
Tabela 18 – Associação entre constipação e sexo no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	84
Tabela 19 – Associação entre náuseas e vômitos e sexo no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	84
Tabela 20 – Associação entre náuseas e vômitos e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	84
Tabela 21 – Associação entre dor e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	85
Tabela 22 – Associação entre perda de apetite e sexo no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	85
Tabela 23 – Associação entre perda de apetite e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	85
Tabela 24 – Associação entre função física e faixa etária no Grupo Controle (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	86
Tabela 25 – Associação entre função física e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	86
Tabela 26 – Associação entre função emocional e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	86
Tabela 27 – Associação entre dispnéia e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	87
Tabela 28 – Associação entre perda de apetite e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	87
Tabela 29 – Associação entre perda de apetite e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	87
Tabela 30 – Associação entre dificuldades financeiras e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	88
Tabela 31 – Associação entre dificuldades financeiras e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	88
Tabela 32 – Associação entre fadiga e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	88

Tabela 33 – Associação entre dor e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	88
Tabela 34 – Associação entre náuseas e vômitos e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	89
Tabela 35 – Associação entre função física e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	89
Tabela 36 – Associação entre insônia e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	90
Tabela 37 – Associação entre insônia e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	90
Tabela 38 – Associação entre perda de apetite e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	90
Tabela 39 – Associação entre constipação e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	91
Tabela 40 – Associação entre função física e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	91
Tabela 41 – Associação entre desempenho de papel e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	91
Tabela 42 – Associação entre insônia e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	92
Tabela 43 – Associação entre insônia e cirurgia no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	92
Tabela 44 – Associação entre fadiga e radioterapia no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	92
Tabela 45 – Associação entre perda de apetite e radioterapia no Grupo Controle (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	93
Tabela 46 – Associação entre náuseas e vômitos e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	93
Tabela 47 – Associação entre insônia e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	93
Tabela 48 – Associação entre perda de apetite e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	93

Tabela 49 – Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T1), Ribeirão Preto, 2009-2011	94
Tabela 50 – Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T2), Ribeirão Preto, 2009-2011	95
Tabela 51 – Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T3), Ribeirão Preto, 2009-2011	95
Tabela 52 – Controle das perdas no IDB – Grupo Controle, Ribeirão Preto, 2009-2011... ..	96
Tabela 53 – Controle das perdas no IDB – Grupo Intervenção, Ribeirão Preto, 2009-2011	96

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Média e desvio padrão dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T1 (baseline), Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 73
- Quadro 2-** Média e desvio padrão dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T3, Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 74
- Quadro 3-** Paired Samples Test dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T1 (baseline), Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 74
- Quadro 4-** Paired Samples Test dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T3, Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 74
- Quadro 5-** Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 76
- Quadro 6-** Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 76
- Quadro 7-** Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 77
- Quadro 8-** Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 79
- Quadro 9-** Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 79
- Quadro 10-** Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 80
- Quadro 11-** Mann-Whitney test do instrumento IDB (T1, T2 e T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 80
- Quadro 12-** Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 81
- Quadro 13-** Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 82
- Quadro 14-** Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T2xT3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 82
- Quadro 15-** Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT2, T1xT3 e T2xT3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011 83

SUMÁRIO

	Página
1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO	19
2.1. Referencial Teórico	28
A ligação Mente-Corpo	28
<i>Modelo corpo-mente do desenvolvimento do câncer.....</i>	34
<i>Modelo corpo-mente de recuperação.....</i>	35
Terapias de Mente – Corpo	36
2.2. Revisão da Literatura	38
3. OBJETIVO	48
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	51
4.1. Delineamento do Estudo	52
4.2. Local e Período do Estudo	52
4.3. População e Amostra	53
4.4. Proteção aos sujeitos do estudo	54
4.5. Variável Independente: Intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada	55
4.6. Instrumentos de coleta de dados	57
4.7. Análise dos dados	59
4.8. Análise crítica dos riscos e benefícios	60
5. RESULTADOS	62
6. DISCUSSÃO	97
7. CONCLUSÕES	131
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135

9. REFERÊNCIAS	137
10. APÊNDICES	146
Apêndice 1– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (CEON)	147
Apêndice 2– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Central de Quimioterapia - HC)	149
Apêndice 3 – Questionário de Identificação	150
Apêndice 4 – Parâmetros Fisiológicos – Sianis Vitais	151
11. ANEXOS	152
Anexo 1 – Ofício CEP-EERP/USP – 079/2009	153
Anexo 2 – Ofício CEP-EERP/USP – 0197/2010	154
Anexo 3 – Instrumento para coleta de dados sobre Qualidade de Vida - EORTC QLQ-C30 (Versão 3.0)	155
Anexo 4 - Inventário de Depressão de Beck	157

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Desde 2001, trabalho na Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), também trabalhei ministrando aulas para cursos técnicos de enfermagem por cinco anos, no Colégio Técnico Comercial Nossa Senhora Aparecida (SEMAR) e Colégio TECNO-SERT Ltda. em Sertãozinho, e estas atividades me fizeram vivenciar muitas experiências com pacientes cirúrgicos oncológicos.

Em 2006, ingressei no Mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e fui investigar as evidências disponíveis na literatura acerca da Qualidade de Vida (QV) do paciente adulto com câncer de cólon e reto e descobri que muitos fatores interferem na QV dos mesmos, e que nós, enfermeiros, temos mais a oferecer do que apenas a assistência/cuidado convencional, seja a curto ou a longo-prazo.

Também iniciei minhas atividades no Grupo de Estudos de Reabilitação do Paciente Cirúrgico e Oncológico (GERPCO), cadastrada no CNPq desde 2007, sendo responsável, junto à Profa. Dra. Namie Okino Sawada, pelas atividades de extensão do grupo. Nessa atividade, prestamos atendimento aos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico; proporcionando a eles um grupo de apoio, onde eles podem interagir com outros pacientes que passam pela mesma situação, podendo desabafar, trocar experiências e demonstrar seus sentimentos com relação ao período difícil no qual estão passando; nesse contexto, realizamos pesquisas sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) neste grupo de pacientes.

As atividades desenvolvidas nesse grupo constam de encontros semanais, nos quais oferecemos terapias complementares ao tratamento convencional, tais como relaxamento com imagem guiada e acupuntura, algumas sessões de alongamento e também ministramos

palestras, para que eles possam tirar suas dúvidas a respeito de cuidados com o corpo, alimentação e tratamento.

Os resultados da Dissertação do Mestrado evidenciaram lacunas no conhecimento, como a falta de estudos que demonstrassem evidências fortes, ou seja, estudos sobre intervenção de enfermagem ao paciente com câncer, que abordassem o processo de reabilitação destes pacientes visando uma melhor QVRS.

A reabilitação pode ser alcançada através de intervenções de suporte psicossocial ao indivíduo e sua família, através de programas para a realização de atividade física, sessões de relaxamento, orientação nutricional e outras terapias complementares que possam levar a um bem-estar físico, mental e social, e conseqüentemente uma melhor Qualidade de Vida (QV).

Com o intuito de preencher esta lacuna, fundamentada em evidências científicas, proponho no Doutorado, aplicar a intervenção de Relaxamento com Imagem Guiada/ Dirigida (ou Visualização) e investigar a sua influência sobre a QVRS de pacientes adultos com câncer em tratamento quimioterápico.

Para isto, utilizo como referencial teórico, a ligação Mente-Corpo, que enfatiza que a doença não é apenas um fato físico, mas uma interação do corpo com a mente, considerando a pessoa como um todo.

Diante do exposto, proponho esta pesquisa, um estudo quase-experimental, embasada na Teoria Mente-Corpo, para avaliar qual a influência da terapia de relaxamento com imagem guiada sobre a QVRS de pacientes adultos com câncer em tratamento quimioterápico.

2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

O câncer está entre as doenças mais temidas da história e atinge pessoas no mundo todo. Por muito tempo, o câncer foi amplamente considerado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Nas últimas décadas, a situação tem mudado, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos. Portanto, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial (INCA, 2011).

Com isto, temos observado no Brasil, que as estimativas de incidência de câncer tem aumentado, para os anos de 2010 e 2011 estimou-se 489.270 novos casos (Brasil, 2009), enquanto que as estimativas para o ano de 2012 e 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino (INCA, 2011).

Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos (INCA, 2011).

Por ser uma doença temível e que traz várias repercussões na vida do indivíduo e dos familiares, no momento em que uma pessoa descobre estar com câncer, ela perde sua característica principal, deixando de exercer seu papel social de pai/ mãe, filho(a),

trabalhador(a), esposo(a), amigo(a), etc. e passa a ser identificado como o paciente com câncer.

O câncer e seu tratamento, frequentemente, produzem significantes morbidades que comprometem gradualmente a Qualidade de Vida (QV) dos sobreviventes (COURNEYA et al., 2003).

O diagnóstico e o tratamento do câncer é uma experiência altamente estressante para a maioria dos pacientes. Além do impacto emocional com o diagnóstico, na maioria dos casos, os pacientes tem necessidade de tratamentos muito agressivos. Esta situação leva a um aumento da ansiedade, depressão e tristeza em pacientes, e conseqüentemente, afetam a sua QV (LEÓN-PIZARRO et al., 2007).

Pacientes com câncer sofrem considerável estresse e muitos manifestam sintomas depressivos em resposta a sua doença. A sintomatologia depressiva é em parte uma resposta a notícia do diagnóstico e pode diminuir com o tempo, mas pode persistir em muitos pacientes por um longo período, adicionalmente ao sofrimento do tratamento, em ter que lidar com dificuldades gerais e controle de sintomas, tão bem como a possibilidade aumentada de permanência hospitalar, com a concordância diminuída do tratamento e reduzido índice de sobrevivência (STOMMEL et al., 2004).

Van-Wilgen et al. (2006) afirmaram que há uma alta prevalência de depressão depois do tratamento do câncer, que muitos autores têm avaliado sintomas somáticos para explorar a depressão após o tratamento para o câncer. Estas sequelas somáticas são conseqüências do tratamento e podem causar maior índice de depressão nesses pacientes.

O diagnóstico de câncer de qualquer tipo evoca medo e pavor; assim, ansiedade, medo, depressão e incerteza são prevalentes ao diagnóstico e a angústia se intensifica com a carga/peso do tratamento. O impacto emocional do diagnóstico de câncer e o rigor do tratamento afetam de forma adversa a QV e isto pode persistir após o tratamento. As evidências

demonstram que variáveis psicossociais durante o diagnóstico e tratamento são preditores-chaves de QV a curto e a longo-prazo e enfatiza a importância de uma intervenção psicossocial precoce a indivíduos diagnosticados com câncer (WITEK-JANUSEK et al., 2008).

Sabe-se que em pacientes com câncer de mama, por exemplo, o diagnóstico e o tratamento são experiências estressantes que podem estar associados com altos níveis de morbidade psiquiátrica e psicossocial durante o primeiro ano seguinte ao diagnóstico. Embora a adaptação e QV possam ser melhoradas, fornecendo as pacientes informações adequadas, envolvendo-as na tomada de decisões na medida em que desejarem, existe claramente uma necessidade de intervenções simples e facilmente aplicáveis para ajudar as mulheres a lidar com o diagnóstico e tratamento de câncer de mama (WALKER et al.; 1999).

Portanto, a mensuração de QV do paciente com câncer é um importante recurso para avaliar os resultados do tratamento na perspectiva do paciente e para prover informação relacionada às decisões de tratamento, monitorar os sintomas da doença, os efeitos colaterais não desejados e indicar intervenções para melhorar sua QV (ENGEL, 2003; SAWADA, 2002).

Além de utilizar o conceito de QV, como conceito geral, também utilizo o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), muito frequente, encontrado na literatura na área da saúde. Este termo implica os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções de saúde.

A QVRS pode ser considerada como um ótimo nível nas funções física, mental/psicológica, social, cognitiva e funcional, incluindo avaliação dos relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida, com o tratamento e seus resultados, bem-estar e perspectivas futuras do paciente (BOWLING, 2001).

Há evidências de que a QVRS é um fator prognóstico independente para a sobrevivência em vários tipos de câncer. Além disso, vários aspectos da QVRS podem independentemente prever a resposta à quimioterapia. No entanto, não se sabe se as intervenções psicológicas destinadas a melhorar a QVRS podem melhorar a resposta à quimioterapia adjuvante ou neoadjuvante para o câncer (WALKER et al.; 1999).

A quimioterapia pode produzir uma variedade de efeitos colaterais desagradáveis, como imunidade diminuída para outras doenças, alterações nas enzimas hepáticas, perda de cabelo, perda de apetite, náuseas, vômitos, friquidez temporária ou permanente ou impotência, bem como efeitos negativos, tais como ansiedade e depressão. Náuseas e vômitos, por exemplo, foram apresentados com mais frequência em pacientes com menos de 50 anos do que em pacientes mais velhos, e em mais mulheres do que homens. Além desses sintomas induzidos farmacologicamente, aproximadamente um em cada quatro pacientes quimioterápicos também experimentam efeitos colaterais condicionados ao pensar desenvolvê-los, durante o processo (YOO et al.; 2005).

Terapias Complementares e Alternativas são comumente usadas por pacientes com câncer para reduzir dor, fadiga e outros efeitos colaterais do tratamento (LUTGENDORF et al.; 2010).

Atualmente, as terapias complementares têm sido difundidas como uma prática no tratamento do paciente com câncer, sendo uma delas as terapias mente-corpo.

As estratégias de intervenção/ terapias mente-corpo que são conhecidas por promover saúde, citadas pelo NCCAM (2004) são: relaxamento, hipnose, imagem visual, meditação, yoga, biofeedback, tai chi, qi gong, terapia cognitiva-comportamental, grupos de apoio, educação/ instrução autogênica e espiritualidade. Este campo de estudo vê a doença como uma oportunidade de crescimento e transformação pessoal e os profissionais de saúde (provedores destas terapias) como catalisadores e guias neste processo.

Novas Diretrizes de cuidados ao câncer baseadas em evidências clínicas incluíram a Medicina Complementar e Alternativa (MCA), sendo que as modalidades de terapia mente-corpo foram recomendadas como parte de uma abordagem de multi-modalidade para reduzir ansiedade, distúrbios de humor e dor crônica (NEWS, 2007).

O uso do termo “medicina complementar e alternativa” (MCA) é questão de linguagem, pesquisadores orientam não usar terapias “alternativas” e propõem o termo “oncologia integrativa”, uma síntese do melhor tratamento para o câncer, baseado em evidências, modalidades complementares de apoio que efetivamente aliviam muitos dos sintomas físicos e emocionais que os pacientes com câncer vivenciam (CASSILETH; VICKERS, 2005).

Fisiologicamente, relaxamento significa uma redução na excitação do sistema nervoso simpático, que marca a resposta de luta ou fuga e uma diminuição do nível de estresse. De acordo com quase 40 anos de pesquisa, o relaxamento pode ser um poderoso remédio: uma pequena quantidade pode produzir resultados significativos. Relaxar 15 ou 20 minutos, duas vezes por dia, pode reduzir os níveis de adrenalina e cortisol, reduzir a pressão arterial, a frequência cardíaca e a respiração; melhorar o funcionamento imunológico; e equilibrar a atividade nos hemisférios direito e esquerdo do cérebro (GORDON, 2008).

O relaxamento regular tem resultados impressionantes para pessoas que têm câncer, como diminuição dos níveis de estresse e aumento do funcionamento do sistema imunológico; diminuição da dor; menos efeitos colaterais da quimioterapia, diminuição da ansiedade, melhora do humor e menor supressão de emoções. De um modo geral, o uso breve de relaxamento tem apenas efeitos a curto prazo, enquanto que a prática contínua ao longo e além do curso do tratamento convencional é susceptível de produzir benefícios mais duradouros (GORDON, 2008).

O relaxamento também ajuda as pessoas com câncer a ganhar perspectiva sobre todos os aspectos de suas vidas e sentir-se menos sobrecarregados pelos desafios do câncer e seu tratamento. Se as pessoas com câncer podem relaxar durante um momento difícil, torna-se, por definição, um estressor não tão poderoso a eles (GORDON, 2008).

A imaginação é quase certamente a técnica mente-corpo mais amplamente e, felizmente, usada por pessoas com câncer. Imaginação é uma habilidade inata que todos nós parecemos possuir. Nós todos sabemos o prazer de sonhar acordado ou removendo-nos de uma situação desagradável, deixando nossas mentes vagarem e a alegria de imaginar as coisas exatamente como nós queremos. A prática da imaginação guiada faz uso desta capacidade humana de uma maneira direta e poderosamente terapêutica (GORDON, 2008).

Segundo Gordon (2008) Jeanne Achterberg, que fez parte da primeira pesquisa sobre os efeitos terapêuticos de imaginação com pacientes com câncer, define imaginação como “o processo de pensamento que evoca e utiliza os sentidos, é o mecanismo de comunicação entre a percepção, emoção e mudança corporal”. A imaginação inclui imagens auditivas, cinestésicas e gustativas (como sons, sentimentos corporais e paladar). Ela estimula áreas específicas do nosso cérebro de forma tão eficaz como se estivéssemos realmente vendo, ouvindo ou degustando.

Existem dois tipos básicos de técnicas de imaginação: Imaginação Receptiva que é o uso do estado meditativo e relaxado para acessar informações de que por vezes chamamos de inconsciente ou de intuição. Imaginação Ativa, que envolve ativamente a imagem de algum resultado desejado. Ambos têm usos práticos para as pessoas com câncer. A Imaginação Ativa é a mais frequentemente usada na prática clínica, envolve o uso consciente da imaginação dirigida para ativar uma resposta de cura (GORDON, 2008).

A imaginação guiada envolve a imaginação para criar uma experiência sensorial e alcançar um objetivo clínico. O objetivo pode ser específico, como diminuir a frequência

cardíaca, estimular a função imune ou reduzir a dor ou estresse. Objetivos mais gerais incluem esforços para promover o bem-estar físico e psíquico. A imaginação muitas vezes é combinada com relaxamento muscular progressivo ou passivo, o que desencadeia a chamada “resposta de relaxamento”, que consiste em um conjunto de reações fisiológicas a retirar-se do sistema de luta ou fuga. A cascata de eventos fisiológicos resultante diminui a frequência cardíaca, respiração e pressão arterial (CARLSON; BULTZ, 2008).

Já segundo Rossman (2004), a Imaginação Guiada é um termo vastamente usado para descrever uma variedade de técnicas de visualização simples e sugestão de imaginação direta, através de metáforas e de histórias contadas. A imaginação guiada é usada para ajudar a ensinar um relaxamento psicofisiológico, para aliviar os sintomas, para estimular respostas de cura no corpo e para ajudar as pessoas a tolerar procedimentos e tratamentos mais facilmente.

Em geral, a imaginação é uma forma potente de tratamento adjuvante com uma ampla gama de usos no tratamento do câncer. É uma forma simples, mas profundamente eficaz, barata e segura de cuidados que permite ao paciente participar do seu processo de cura. Isso, por si só, é um grande benefício, embora outros benefícios significativos frequentemente acumulam. A imaginação é muito raramente utilizada como uma única forma de tratamento para o câncer, no entanto, é quase sempre útil em combinação com quase qualquer outro tipo de tratamento (ROSSMAN, 2004).

Imaginação é uma maneira natural de pensar e considerada útil, há virtualmente um número ilimitado de situações em que podem ser úteis para pessoas com câncer. Como exemplo de sua utilidade, considera-se três grandes categorias de uso: 1) relaxamento e redução do estresse, que é fácil de ensinar, fácil de aprender, e quase universalmente útil, 2) visualização ou imaginação dirigida, onde o cliente/ paciente é encorajado a imaginar os resultados desejados em um estado relaxado da mente, isto proporciona ao paciente uma sensação de participação e controle em sua própria cura, o que é de significativo valor. Além

disso, ele pode muito bem aliviar ou reduzir sintomas, estimular respostas de cura no corpo ou comportamentos, e/ ou fornecer motivação eficaz para fazer mudanças positivas de vida, 3) imaginação receptiva ou imaginação orientada por ‘insights’, onde as imagens são convidadas para a consciência e exploram reunir mais informações sobre um sintoma, doença, humor, situação ou solução (ROSSMAN, 2004).

De acordo com Dave, um dos fundadores da Academia da Imaginação Guiada e pioneiro na aplicação de conceitos mente-corpo na prática clínica, o termo *imaginação guiada* se refere a uma grande variedade de técnicas mente-corpo, incluindo visualização, sugestão direta usando imagens, metáfora, contação de histórias, exploração da fantasia, jogos, interpretação de sonhos e imaginação ativa. Essas técnicas fazem aparecer elementos do inconsciente em forma de imagens, que se comunicam com a mente consciente (PERT, 2009).

Não se sabe a “dose-resposta” de cura através da imaginação, até mesmo qual seu efeito. A maioria dos estudos que investigaram o aspecto da estimulação imunológica por imaginação têm utilizado protocolos de 20 minutos de duas a três vezes por dia. Estudos como de Cunnigham e Simonton indicaram que quanto mais as pessoas praticarem, maior é o benefício, que isso é devido à própria prática, ou que a prática intensiva é um marcador de intenção, determinação e crença. Incentivar sempre os pacientes a realizar pelo menos uma vez durante o dia para relaxar, mudar sua atenção, se concentrando no nada (vazio), mas imaginando seu processo de cura. Também incentivá-los a pensar frequentemente nas imagens de cura, mesmo que por alguns segundos e, especialmente, sempre fazer tudo o que esperam ou pensam que irá ajudar na sua cura, como tomar os medicamentos, vitaminas, ervas, ou outros tratamentos (ROSSMAN, 2004).

Diante dessas considerações, a presente pesquisa tem o objetivo de avaliar o efeito do Relaxamento com Imagem Guiada/ Dirigida (imaginação/ visualização) sobre a Qualidade de vida Relacionada à Saúde e sobre o sintoma de depressão de pacientes com câncer durante o

tratamento quimioterápico, utilizando como Referencial Teórico a Teoria Mente-Corpo que apresento a seguir.

2.1. Referencial Teórico

A ligação Mente-Corpo

Abordagens mente-corpo como o canto, a imaginação, a hipnose, a dança e a respiração profunda e relaxante são tão antigas quanto os primeiros sistemas de cura indígenas e tão generalizada como as medicinas chinesa, indiana, africana e nativa americana. Mas, foi somente nos últimos 30 anos que a medicina ocidental moderna começou a dar importância a essas técnicas, que teve no primeiro sistema ocidental de cura em Hipócrates, na era Grega (GORDON, 2008).

Retrocedendo ao uso de imaginação nos rituais e cerimônias antigas de todas as grandes religiões e sistemas de crenças, Dave demonstrou que esta técnica é a mais antiga e a mais difundida forma de terapia, uma maneira de explorar a mente subconsciente. Em tempos mais recentes, o hipnotismo (que se baseia na evocação de imagens durante estados de atenção concentrada) era uma das primeiras ferramentas psicológicas, usada primeiro pelo dr. Frederick Anton Mesmer, no início do século XIX e depois por Sigmund Freud (PERT, 2009).

A próxima grande contribuição para a nossa compreensão da conexão mente-corpo vieram nos anos 1920 e 1930 com o trabalho do médico húngaro-canadense Hans Selye, que como pesquisador, se pôs a tarefa de descobrir se houve consistentes alterações anatômicas e fisiológicas em pessoas doentes, em um hospital, independentemente da doença em particular

de cada um. Selye comprimiu e cutucou animais e sujeitou-os ao calor, frio, ruídos altos, choques elétricos e confinamento. Ele aprendeu que todos os animais, independentemente da natureza do estímulo nocivo e de manifestações locais como hematomas e queimaduras, mostraram certas respostas consistentes. Isto incluía um alargamento do córtex supra-renal (que segrega hormônios esteróides, tais como cortisol, que aceleram o funcionamento fisiológico e reduzem a inflamação) e o encolhimento do timo, baço e nódulos linfáticos, os principais órgãos do sistema imunológico. Selye declarou que tudo aquilo era resposta ao que ele chamou de “estresse”, definindo como “a resposta não específica do organismo a qualquer demanda” e as alterações fisiológicas como “síndrome da adaptação geral” (GORDON, 2008).

No início dos anos 1970, médicos e pesquisadores hipotetizaram que pessoas em situações estressantes e pessoas que tinham personalidades estressantes eram propícias a doenças cardíacas, câncer e outras doenças, e era perfeitamente plausível que a diminuição do estresse e melhoria das perspectivas pudessem ajudar a prevenir essas doenças e, de fato, contribuir para um melhor tratamento. Estes pesquisadores começaram a dar importância para os novos campos de redução do estresse, com a medicina mente-corpo e a psico-oncologia. No decorrer dos 35 anos seguintes, esta hipótese daria o impulso para milhões de pessoas ao redor do mundo para explorar uma ampla gama de terapias mente-corpo. Por volta da mesma época, outras linhas de pesquisa estavam sugerindo uma terceira via pela qual atitudes mentais e respostas emocionais poderiam afetar o funcionamento físico e produzir a doença (GORDON, 2008).

Na década de 1960, o psiquiatra Salomão, seguindo um estudo soviético pouco conhecido que sugeria que o hipotálamo é a “sede” da regulação imune e o sistema nervoso autônomo e endócrino, a “sede” do funcionamento. Ele descobriu destruindo o hipotálamo em ratos, que eles apresentaram declínio no funcionamento do sistema imunológico. Dez anos

mais tarde, Ader descobriu que as células do sistema imunológico, que sempre foram consideradas como uma rede de defesa autônoma, poderiam de fato ser condicionadas da mesma forma que o fisiologista russo Ivan Pavlov havia condicionado cães a salivar ao som de um sino. Pouco tempo depois, Felten, demonstrou ligações diretas entre as fibras do sistema nervoso simpático e os órgãos e células do sistema imunológico. Enquanto isso, Pert e Snyder foram revelando que receptores similares de peptídeos existiam nas paredes das células no cérebro e no sistema imune (GORDON, 2008).

Salomão apontou o papel central do hipotálamo na imunidade. Ader mostrou que a mente, presumivelmente, agindo mais uma vez através do hipotálamo, poderia afetar a atividade imunológica. Felten ajudou a descrever as conexões físicas que tornavam isso possível. Pert e Snyder sugeriram um outro tipo de ligação e um outro modo de comunicação – péptidos mensageiros – entre as células do cérebro e as do sistema imune. Ader nomeou o novo campo que estavam mapeando de psiconeuroimunologia, para enfatizar as interconexões entre a mente, o cérebro e o sistema imunológico (GORDON, 2008).

Com este trabalho, tornou-se clara as conexões produzidas entre a mente e as emoções, o papel dos três mais importantes sistemas regulatórios do corpo – o sistema nervoso autônomo, endócrino e imunológico. Uma imagem panorâmica das relações entre estresse social, pensamentos, sentimentos e funcionamento físico começaram a surgir. Era como se o tipo de estresse que vivemos e as maneiras pelas quais nós interpretamos e lidamos com isso, pudessem ser fatores importantes na produção de muitas das doenças de que sofremos, como se o estresse pudesse contribuir para o aparecimento e decurso do câncer (GORDON, 2008).

Segundo Pert (2009), a explicação básica de como o corpo e a mente são um, chamada “a fisiologia do novo paradigma”, envolve um pouco de bioquímica simples: virtualmente cada célula do corpo é salpicada com milhares de minúsculas estruturas, chamadas de receptores. Igual aos órgãos dos sentidos, olhos, nariz e ouvidos, a tarefa dos receptores é

captar sinais vindos do espaço ao redor. Eles são tão importantes que, 40% do nosso DNA é dedicado a garantir que eles sejam perfeitamente reproduzidos, de geração em geração.

Uma vez que os receptores recebem um sinal, a informação é transferida para bem fundo no interior da célula, onde minúsculos motores entram em ação e iniciam processos-chave. Os dados que assim chegam, orientam a divisão celular e seu crescimento, a migração das células para atacar inimigos e fazer reparos, e o metabolismo das células para conservar ou gastar energia, citando algumas das atividades ativadas por receptores (PERT, 2009).

O sinal vem de outras células e é levado por um suco chamado de substância informacional. Esses sucos vem do cérebro, órgãos sexuais, intestino e coração, literalmente de todos os lugares, comunicam de célula para célula, fornecendo uma infraestrutura para a ‘conversa’ que acontece em todo o corpo-mente. Esses sucos são conhecidos como hormônios, neurotransmissores e peptídeos, e os cientistas se referem aos três com uma palavra: *ligand*. Este termo vem de *ligare*, uma palavra latina que significa “ligar” e é usada por causa da intensidade com que as substâncias se acoplam aos receptores na superfície da célula (PERT, 2009).

Os ligands, carregados de informação, são responsáveis por 98% de toda a transferência de dados no corpo e no cérebro. Os outros 2% de comunicação acontecem na sinapse, entre células cerebrais disparando e soltando neurotransmissores através de uma fenda, para atingir receptores do outro lado (PERT, 2009).

Estes dois componentes do sistema de comunicação corpo-mente – o receptor e o ligand – são as “moléculas da emoção”. Na escala do corpo todo, os receptores são alvos moleculares dinâmicos, que modulam nossa fisiologia em resposta à nossa experiência. As emoções influenciam as moléculas que, por sua vez, afetam a maneira como nos sentimos. Um exemplo é que os receptores aumentam e diminuem em número e em sensibilidade, dependendo da frequência em que são ocupados por peptídeos ou outras substâncias

informativos; em outras palavras, o nosso corpo físico pode ser modificado pelas emoções que experimentamos (PERT, 2009).

Ao contrário do paradigma reinante, com a fisiologia do novo paradigma, o próprio cérebro é um dos muitos pontos nodais ou de entrada na rede dinâmica de comunicação que une todos os sistemas – nervoso, endócrino, imunológico, respiratório e outros, isso se chama rede psicossomática e os elementos de ligação que mantêm tudo junto são as substâncias informativas – peptídeos, hormônios e neurotransmissores – as moléculas da emoção (PERT, 2009).

Em 1985, Pert e Ruff propuseram a existência de uma rede psicossomática, mediada pelas emoções, cuja publicação científica, junto com sua pesquisa anterior sobre a conexão entre os sistemas cerebral, endócrino e imunológico, ajudou a lançar um novo campo conhecido como psiconeuroimunologia (PNI), que embora controverso no início, hoje está forte e florescente, com milhares de cientistas participando com suas pesquisas (PERT, 2009).

Usando a fisiologia do novo paradigma de um corpo-mente e de uma rede psicossomática, pode-se entender que a emoção e a informação podem criar um meio ou ambiente que interrompe sistemas e interfere na função saudável, impedindo o bem-estar e causando a doença. Sabe-se que a memória está armazenada ou codificada nas células, no nível do receptor, no corpo-mente todo. Quando se experimenta um evento traumático, físico ou psicológico, um componente emocional do trauma existe no corpo e no cérebro. Para uma cura mais eficiente, portanto, faz sentido engajar o corpo-mente todo, não só o cérebro ou o corpo (PERT, 2009).

Abordagens mente-corpo para a cura baseiam-se no entendimento de que nossos pensamentos, sentimentos, crenças e atitudes podem afetar e moldar todos os aspectos de nosso funcionamento biológico. Abordagens mente-corpo também reconhecem que tudo o que fazemos com nosso corpo físico (aquilo que comemos, como nos encontramos, os

processos de extensão e tensão que realizamos para contrair nossos músculos) pode modificar o funcionamento mental, psicológico e físico. Finalmente, abordagens mente-corpo são baseadas no pressuposto de que o corpo e a mente são, na verdade, inseparáveis, e que o sistema nervoso central e periférico, sistema endócrino, sistema imunológico, todos os órgãos do corpo e todas as respostas emocionais que temos, partilham uma linguagem química comum e estão em constante comunicação um com o outro (GORDON, 2008).

Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987), também referem que a doença não é simplesmente um fato físico, mas um problema que diz respeito à pessoa como um todo, incluindo não apenas seu corpo, mas também as emoções e a mente. Acreditam que o estado emocional e mental tem uma função importante tanto no que diz respeito à suscetibilidade à doença, incluindo o câncer, como na recuperação de qualquer doença.

O conceito de que a mente é importante no tratamento de doenças está integrado nas abordagens de cura das tradicionais medicinas Chinesa e Ayurveda, datados há mais de 2000 anos. Também foi notado por Hipócrates, que reconheceu os aspectos moral e espiritual da cura e acreditava que o tratamento pudesse ocorrer somente considerando a atitude, as influências ambientais e os medicamentos naturais. Enquanto esta abordagem integrada foi mantida nos sistemas tradicionais de cura no Oriente, desenvolvimentos ocorridos no mundo Ocidental nos séculos XVI e XVII levaram a uma separação das dimensões espiritual e emocional do corpo físico (NCCAM, 2004).

Desde 1960, interações mente-corpo tornaram-se um extenso campo de pesquisa. Enquanto a evidência dos benefícios para certas indicações como biofeedback, intervenção cognitivo-comportamental e hipnose é muito boa, evidências para seus efeitos psicológicos estão emergindo (NCCAM, 2004).

Alguns críticos ainda se questionam fortemente tanto quanto na década de 1970, dadas as grandes mudanças culturais nas atitudes que ocorreram sobre doença e câncer. Ainda

assim, a maior parte desses estudos sugerem que o estilo de enfrentamento pode afetar significativamente a progressão do câncer. Este trabalho sobre a atitude e enfrentamento é amparado por estudos sobre o efeito do estresse no crescimento e progressão de vários tipos de tumores, provavelmente através de desregulação do sistema imune. De um modo geral, o estresse, particularmente o estresse prolongado e maior (isso inclui o estresse de eventos de vida significativos, tais como perda de um emprego ou cônjuge e, definitivamente, de lidar com o conhecimento que se tem câncer e com o seu tratamento) estimula o crescimento do tumor. Este efeito parece ser mediado em parte por níveis elevados de cortisol e adrenalina, que deprimem o funcionamento imunológico e pode promover a vascularização do tumor (GORDON, 2008).

Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987) desenvolveram um “modelo corpo-mente” para mostrar de que maneira os estados psicológicos e físicos trabalham juntos na iniciação do câncer, cujo objetivo foi integrar um conjunto de resultados de pesquisas que levaram a uma mesma direção.

Modelo corpo-mente do desenvolvimento do câncer

Segundo o modelo corpo-mente, o estresse emocional, pelo qual muitas pessoas sofrem hoje em dia, é mediado pelo sistema límbico (que registra os sentimentos de desespero e depressão) e através do hipotálamo, produz uma supressão do sistema imunológico, deixando o corpo susceptível ao desenvolvimento do câncer (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

De acordo com este modelo, ao reagir à tensão, o hipotálamo também faz disparar a glândula pituitária de tal maneira que o equilíbrio emocional do corpo (regulado pelo sistema endócrino) é modificado. O desequilíbrio dos hormônios da adrenalina pode causar uma

produção aumentada de células anormais do corpo e diminuir a capacidade do sistema imunológico em combatê-las.

Modelo corpo-mente de recuperação

Este modelo visa inverter o círculo do desenvolvimento do câncer, ajudando os pacientes a fortalecer suas convicções de que o tratamento é eficiente e que as defesas de seu corpo são poderosas e conseguir a recuperação.

Ao acreditarem nas possibilidades de recuperação e adicionando uma “redecisão” quanto aos problemas que enfrentam, os pacientes incluem uma abordagem de vida com sentimentos de esperança e expectativa de vida que serão registrados no sistema límbico, que por sua vez, enviará a mensagem ao hipotálamo, refletindo o sistema emocional alterado, com uma vontade maior de viver. Ele envia esta mensagem à glândula pituitária, que a transmite para o resto do sistema endócrino e restabelece o equilíbrio emocional. O hipotálamo também inverte a supressão do sistema imunológico, para que as defesas do corpo sejam mobilizadas contra as células anormais (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Ainda segundo estes autores, o funcionamento normal do sistema imunológico e a diminuição da produção de células anormais criam condições propícias para que o câncer regrida. As células anormais que restam podem ser destruídas pelo tratamento ou pelas defesas naturais do corpo.

Baseados neste modelo corpo-mente, estes autores divulgaram amplamente o método de relaxamento e visualização; considerando-os instrumentos valiosos para ajudar os pacientes a aprenderem a acreditar na sua própria capacidade de curar o câncer. Eles utilizaram a técnica de relaxamento e visualização em pacientes com câncer e alcançaram resultados

surpreendentes, nos quais pacientes sem prognósticos obtiveram a cura, se auto-descobriram e criaram mudanças importantes em outras áreas de suas vidas.

Estudos sobre Teorias Psiconeuroimunológicas sugerem que a resposta psicológica da imagem guiada (visualização) pode regular o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, resultando em um reduzido estresse, um aumento na função imune e no senso de bem-estar (POST-WHITE, 1998).

No Brasil, Amorim (1999) estudou a Psiconeuroimunologia no câncer de mama, avaliou o efeito do relaxamento sobre o sistema imunológico de mulheres com câncer de mama, constatou correlação entre atividade das células Natural Killer (NK), responsáveis pela defesa imunológica contra metástases e com a intervenção proposta, encontrou que estas mulheres enfrentaram melhor a doença.

Diferenças individuais em enfrentar o estresse são admitidas. Observação clínica sugere que o humor negativo ou estresse é associado com enfrentamento demorado ou lento. Pesquisas básicas sobre mente-corpo confirmam esta observação. A ativação dos sistemas hipotálamo-pituitária-adrenal e simpático-adrenal-medular podem modular níveis de “matrix metalloproteinases” (MMPs) estabelecendo uma ligação psicológica entre humor, estresse, hormônios e enfrentamento. Esta linha de pesquisa sugere que a ativação destes dois eixos, mesmo em indivíduos com um âmbito normal de sintomas depressivos, poderia afetar os níveis de MMP e mudar o curso de enfrentamento de seu problema (NCCAM, 2004).

Terapias de Mente – Corpo

A medicina mente-corpo foca nas interações entre o cérebro, a mente, o corpo, o comportamento, os poderosos modos nos quais os fatores emocional, mental, social, espiritual

e comportamental podem diretamente afetar a saúde. Ela considera como fundamental uma abordagem que respeita e melhora a capacidade de cada pessoa em se auto-conhecer e autocuidar, e enfatiza técnicas que fundamentam esta abordagem (NCCAM, 2004).

O uso de Medicina Complementar e Alternativa (MCA) por pacientes e sobreviventes de câncer têm crescido mundialmente e tem sido estudado por vários pesquisadores (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987; AMORIM, 1999; BARNES et al., 2004; HART, 2006) inclusive durante o tratamento quimioterápico (WALKER et al, 1999; MATTHEWS et al., 2007; WYATT et al., 2007).

O relaxamento com imagem guiada foram escolhidos como intervenção para esta pesquisa, por ser um método que envolve uma série de técnicas de relaxamento seguidas por visualização de imagens detalhadas, normalmente calmas e serenas da natureza. Quando usada para tratamento, o paciente pode visualizar seu corpo saudável, forte e livre do problema ou condição específica. As sessões podem ser conduzidas em grupos ou individualmente, duram cerca de 20 a 30 minutos e podem ser praticadas várias vezes por semana. A imagem guiada é defendida em várias condições crônicas como enxaquecas, pressão arterial alta, estresse e ansiedade (BARNES et al., 2004).

Para se obter uma resposta adequada ao relaxamento é necessário um ambiente calmo/tranquilo, com luz suave, uma posição confortável, um esquema mental como palavra ou frase e a adoção de uma atitude passiva.

Técnicas de imagem guiada encorajam as pessoas a sentir a conexão entre sua mente e seu corpo e podem ajudar/ facilitar sentimentos de habilidades para administrar certas dificuldades individuais de suas vidas; podem influenciar resultados psicológicos e outros efeitos imunológicos (ROFFE; SCHMIDT; ERNST, 2005).

As terapias mente-corpo como as técnicas de relaxamento, imagem guiada e hipnose são usadas em sobreviventes com câncer para aumentar o relaxamento, preparar para cirurgia ou

outros tratamentos, reduzir o estresse, melhorar o humor, reduzir a ansiedade, diminuir a dor, restabelecer o sono e melhorar o enfrentamento. Elas são bem apropriadas aos pacientes que enfrentam medo, estresse, ansiedade e incerteza. Estas terapias podem aumentar a habilidade do sobrevivente de câncer em enfrentar a doença e seus sintomas (HART, 2006).

Medicina mente-corpo, alicerçada em uma respeitável parceria terapêutica, facilita a participação de cada paciente em seu próprio tratamento, enfatiza sua capacidade de afetar positivamente sua doença e deve ser um elemento central no cuidado de cada pessoa diagnosticada com câncer (GORDON, 2008).

2.2. Revisão de Literatura

O primeiro estudo moderno que apontou um benefício potencial da imagem guiada na sobrevivência do câncer foi relatado pelo oncologista radiológico Carl Simonton e a psicóloga Stephanie M. Simonton no início de 1970. Os Simontons apresentaram uma série de remissões incomuns de câncer de cabeça e pescoço que pareciam responder positivamente a imagens mentais imuno-estimulantes. Um estudo piloto longitudinal encontrou uma associação relativamente direta entre o grau de participação no processo de visualização e aumento de sobrevivência em pacientes que realizaram a imagem guiada, quando comparado a sobrevivência de pacientes ditos controles, que não a realizaram (ROSSMAN, 2004).

A imaginação dirigida ou guiada foi então popularizada pelos Simontons que encorajaram a imaginação de células do sistema imunológico conquistando ou destruindo as células cancerosas com, por exemplo, poderosos e belos cavaleiros sobre cavalos brancos matando os mal-equipados exércitos de células cancerosas de assustadora aparência. Em seus estudos iniciais, mostraram que pessoas com câncer que, espontaneamente, tinham esses tipos

de imaginação poderosa e até agressiva, tinham um melhor prognóstico do que aqueles que, espontaneamente, imaginavam, por exemplo, as células cancerosas sendo sobrecarregadas pelas células brancas do sangue (GORDON, 2008).

Nos anos seguintes, tornou-se cada vez mais claro como a imaginação é individualizada. Nem todo mundo quer ou é servida por uma batalha em que as células brancas do sangue destroem as células cancerosas. Os tipos de imagens que são mais eficazes variam de pessoa para pessoa. Por exemplo, algumas pessoas preferem imaginar células brancas do sangue e células cancerosas anatomicamente corretas. Outros preferem as imagens metafóricas, como uma vassoura grande varrendo as células cancerosas. Algumas pessoas se sentem empoderadas pelas imagens dos guerreiros dos Simontons, mas outros preferem imagens mais silenciosas, como células cancerosas desaparecendo na fumaça ou levadas do corpo (GORDON, 2008).

A maioria das pesquisas publicadas sobre imagem guiada/ dirigida tem vários tipos de imagens ativas. Às vezes, os estudos comparam a imaginação guiada ao relaxamento, em outros, sua combinação sendo mais eficaz do que o relaxamento por si só. Os efeitos de relaxamento e imagem guiada são muitas vezes difíceis de destrinchar. O importante do ponto de vista prático, porém, é que a esmagadora maioria dos estudos mostram que a combinação de relaxamento e imagem guiada é útil para o controle da dor, recuperação de uma cirurgia de câncer, diminuição de náuseas e vômitos da quimioterapia e da angústia da radioterapia, facilitando a expressão emocional, melhorando a qualidade de vida e aumentando a produção e funcionamento de células imunes, incluindo as células T e as células natural killers (GORDON, 2008).

Em 1993, os psiquiatras Fawzy e Fawzy publicaram resultados de um estudo prospectivo e randomizado com pacientes recém-diagnosticados com melanoma maligno. Os sujeitos do estudo participaram de um grupo de seis semanas, que duravam 90 minutos. Eles

aprenderam sobre a doença, mecanismos de enfrentamento ativos comportamentais, redução do estresse e técnicas de relaxamento e imaginação. Seis anos mais tarde, tiveram menos de um terço de mortalidade e metade da taxa de recorrência quando comparados com grupos controles pareados que não participaram desta intervenção. Suas funções psicológica e imunológica foram significativamente superiores do que a dos sujeitos controles. Este estudo é provavelmente a mais forte evidência de efeitos psicossociais sobre sobrevivência em câncer. (ROSSMAN, 2004).

Amorim (1999) em seu estudo, concluiu que a intervenção de relaxamento foi facilmente internalizada pelas mulheres com câncer de mama; houve aumento significativo da atividade NK (2ª dosagem) nas mulheres do grupo experimental após a aprendizagem, internalização e prática da técnica de relaxamento; houve diminuição significativa da atividade NK no grupo-controle da 1ª para a 2ª dosagem, evidenciando que quando não há uma intervenção efetiva da enfermagem a condição imunológica piora; a atividade NK (2ª dosagem) do grupo experimental após a intervenção de enfermagem pode ser comparada a níveis normais da atividade NK em mulheres saudáveis, o que demonstrou que a intervenção foi extremamente eficaz; houve diferença significativa entre o estado de ansiedade das mulheres com câncer de mama nos grupos controle e experimental, justificando a intervenção a partir do momento do diagnóstico; e a intervenção de relaxamento fortaleceu o vínculo enfermeira--cliente, aumentou a esperança, mobilizou para o auto-cuidado e melhorou a qualidade de vida.

Walker et al. (1999) avaliaram os efeitos do relaxamento com imagem guiada na QV em mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico primário. Encontraram que a QV foi melhor no grupo experimental, e também uma incidência clinicamente significante de distúrbio de humor muito baixa e similares em ambos os grupos experimental e controle. Concluíram que estas intervenções, simples, de baixo-custo e benéficas deveriam ser oferecidas aos pacientes que desejam melhorar a QV durante a quimioterapia primária.

O uso de técnicas de relaxamento e imagem guiada também foi efetivo na redução dos níveis de ansiedade, depressão e desconforto corporal em pacientes com câncer de mama e ginecológico, que permaneceram isolados durante braquiterapia. As diferenças foram estatisticamente significantes quando comparadas com as mulheres do grupo controle (LEON-PIZARRO et al., 2007).

Kieviet-Stijnen et al. (2008) em seu estudo, realizaram um treinamento de atenção para redução de estresse em pacientes com câncer e exploraram a satisfação e as mudanças no bem-estar antes e após o treinamento e um ano depois. Os participantes ficaram extremamente satisfeitos e disseram que tinham alcançado seus objetivos com o treinamento. Os resultados mostraram que, imediatamente após o treinamento, os pacientes relataram uma melhor qualidade de vida, mais alegria na vida, menos tensão e menos sintomas físicos. Estes efeitos apareceram ainda mais forte no seguimento. Um ano após o treino, uma diminuição também foi encontrada em depressão, raiva, vigor e perturbação do humor total. Concluíram que o treinamento baseado em terapia mente-corpo potencialmente auxiliaram os pacientes com câncer em lidarem com o estresse devido à doença, com risco de vida e aumento do seu bem-estar. A terapia oferece aos pacientes de câncer, ferramentas para lidar com suas limitações e preocupações, tanto durante quanto após o tratamento.

Recentes estudos de imagens guiadas para pacientes com câncer geralmente se concentram no controle da dor, melhorando os resultados cirúrgicos e a QVRS. Imaginação guiada combinada com a musicoterapia diminuiu o distúrbio de humor e melhorou a QVRS em sobreviventes de câncer (BURNS, 2001). Outro estudo investigou o efeito do relaxamento muscular progressivo sobre a ansiedade e QVRS após cirurgia de estoma em pacientes com câncer colorretal e encontrou reduções significativas na ansiedade e função social e melhorou a QVRS nos domínios da saúde física e psicológica (CHEUNG; MOLASSIOTIS; CHANG, 2003).

Na tentativa de isolar os efeitos da imaginação, uma revisão de 103 estudos publicados sobre imaginação revelou apenas seis ensaios clínicos randomizados que compararam a imaginação com um grupo controle (sem outro tratamento) ou com outra intervenção ativa, tais como relaxamento ou hipnose. No geral, a imaginação foi mais eficaz do que o grupo controle para reduzir a ansiedade, depressão e desconforto e para melhorar a QVRS, mas seus efeitos foram comparáveis a outras intervenções mente-corpo, como relaxamento ou hipnose (ROFFE et al. 2005). Isto sugere que a preferência do paciente é um bom critério para seleção como qualquer outro, para terapias mente-corpo, e que a eficácia relativa das terapias individuais é semelhante em todos os diagnósticos de câncer específicos ou grupos etários (CARLSON; BULTZ, 2008).

Estudo de Yoo et al. (2005) avaliou a eficácia do treinamento de relaxamento progressivo e imaginação guiada na redução de náuseas e vômitos antecipatórios e náuseas e vômitos pós-quimioterapia em pacientes com câncer de mama e mediu seus efeitos sobre a QVRS dos pacientes. Descobriram que os sujeitos do grupo que receberam a intervenção de relaxamento com imagem guiada foram significativamente menos ansiosos, depressivos e hostis do que os participantes do grupo controle. Este grupo de intervenção também experienciou significativamente menos náuseas e vômitos antecipatórios e náuseas e vômitos pós-quimioterapia, e após seis meses da quimioterapia, a QVRS do grupo de intervenção foi maior do que a do grupo controle. Estes resultados indicaram que a intervenção de relaxamento com imagem guiada foi associada com as melhorias verificadas nas náuseas e vômitos antecipatórios e náuseas e vômitos pós-quimioterapia e na QVRS de pacientes com câncer de mama.

Com relação aos sintomas de ansiedade e depressão, um estudo realizado na Austrália, comparou os efeitos de relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada sobre estes sintomas e QVRS em pessoas com câncer avançado que estavam experienciando ansiedade e

depressão. Estudaram quatro condições de tratamento: 1) treinamento de relaxamento muscular progressivo, 2) treinamento de imaginação guiada, 3) ambos os tratamentos, e 4) grupo de controle. Os resultados mostraram que em nenhum dos três tratamentos houve melhora significativa para a ansiedade, no entanto, ocorreram mudanças positivas significativas para depressão e QVRS. Contudo, os pacientes aprenderam a realizar técnicas de relaxamento físico e mental empregado como intervenções de enfermagem. Noventa e um por cento dos indivíduos relataram que eram capazes de alcançar um estado mais relaxado quando usaram as técnicas de relaxamento. Esta alta taxa de sucesso apoiou a viabilidade de treinamento de relaxamento incorporado ao gerenciamento de enfermagem de pacientes com câncer (SLOMAN, 2002).

Todas essas técnicas mente-corpo são apoiadas por evidências científicas e uma razão fisiológica, mas nenhuma técnica é definitivamente provada “melhor” do que outra. Ao decidir qual técnica ou que combinação de técnicas utilizar, é importante individualizar de acordo com as necessidades e preferências de cada paciente. Entendendo melhor a abordagem mente-corpo, você poderá recomendar aos pacientes com mais autêntica autoridade, principalmente se você já experimentou e fez uso destas técnicas. Modalidades terapêuticas padrão (cirurgia, quimioterapia, radiação e outras) necessitam de intervenção por um profissional capacitado. Abordagens mente-corpo são uma forma de auto-cuidado. Conhecer a literatura sobre elas é valioso e recomendá-las também, mas o modo como você irá apresentá-las é muito reforçada pela sua experiência pessoal e profissional do seu poder terapêutico (GORDON, 2008).

Evidências para a utilidade de intervenções mente-corpo no tratamento do câncer indicam que estas intervenções não invasivas efetivamente ajudam os pacientes a lidar com sintomas físicos e emocionais muito comuns. Problemas que podem ser efetivamente

reduzidas incluem dor, náuseas e vômitos, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e diminuída QV geral (CARLSON; BULTZ, 2008).

Segundo Hart (2006) há poucos riscos associados com as terapias mente-corpo, mas é essencial que os pacientes trabalhem com profissionais bem-treinados nestas abordagens e que obtiveram sucesso com pessoas com câncer na redução ou melhora de sintomas indesejados.

Hart (2006) ressalta que o risco está relacionado quando os membros da família, amigos ou os profissionais sugerem ao paciente que “pensem” ou “imaginem” não terem câncer, que pensando muito positivamente, o câncer vai embora ou não aparece no local primário. Estas atitudes inapropriadas são penosas para a pessoa com câncer e aumenta o senso de pressão e culpa. As terapias mente-corpo são destinadas a acalmar, confortar e relaxar o sobrevivente.

O principal perigo no uso de imagem guiada para aumentar a cura em situações clínicas é quando ela é usada em lugar de um diagnóstico médico e/ou tratamento apropriado. Rossman (2004) enfatiza a necessidade de um diagnóstico preciso de modo que o paciente também possa estar ciente das opções clínicas de tratamento. Às vezes, os pacientes podem decidir que não têm boas opções disponíveis e escolher usar a imaginação guiada e as abordagens mente-corpo-espírito como sua primeira linha de tratamento. O autor acredita que há situações em que isso faz sentido, mas cada situação deve ser avaliada individualmente para verificar a capacidade do paciente em julgar e fazer essas escolhas.

Outro cuidado que se deve ter, é com os pacientes com diagnóstico de doença mental, onde o profissional deve ter extremo cuidado ao utilizar técnicas exploratórias de imagens receptivas. Em particular, pacientes que estão psicóticos ou que estão à beira da psicose, pacientes com transtornos dissociativos e pacientes com transtornos de personalidade borderline devem ser tratados com cuidado. Enquanto estes diagnósticos não representam contra-indicações absolutas para o trabalho de imagem guiada/ dirigida, eles exigem que os

profissionais de saúde tenham conhecimento nestas áreas. Alguns clientes com estes diagnósticos podem de fato beneficiarem-se do uso de imagem guiada (com imagens geralmente direcionadas focando centragem, calma, autocontrole, segurança, etc), mas muito cuidado deve ser tomado. É importante notar que, com pacientes que tendem a desassociar patologicamente, onde existe uma elevada incidência de sobreviventes de abuso traumático, técnicas de imagem pode ser uma das formas mais eficazes para o trabalho. Com esses pacientes, o profissional deve ser bem treinado para trabalhar com abordagens de imaginação guiada exploratórias ou interativas (ROSSMAN, 2004).

O processo pelo qual as idéias evocadas por imagens são transformadas em ações e a nova consciência e motivação está centrada em um plano específico para a mudança de atitude emocional ou comportamental. Este processo de adicionar a vontade para a imaginação envolve esclarecimento de idéias, brainstorming, escolha da melhor opção, afirmações, planejamento de ação, ensaio de imagens e constante reformulação do plano até que realmente se consiga a transformação. Muitas vezes, é o “elo perdido” na terapia imaginal, ligando a nova consciência para a ação específica. Imagens podem ser usadas para facilitar esse processo, fornecendo opções criativas para a ação e permitindo resolução de problemas e da prática através do uso de imagens. Este é o processo que pode ajudar os pacientes realmente a mudar seus hábitos dietético e de exercício, parar de fumar e reduzir o estresse, resolvendo problemas que anteriormente eram incapazes de resolver (ROSSMAN, 2004).

Segundo Pert (2009) quando uma pessoa doente sente o cuidado de outro ser humano, sua fisiologia muda: o fluxo sanguíneo aumenta, o batimento cardíaco diminui, e a respiração se amplia, resultando num estado curativo que é percebido imediatamente. As mudanças provavelmente ocorrem quando os receptores celulares do paciente ressoam com os receptores vibrantes de um terapeuta, engajando a ambos em um estado amoroso, que pode iniciar processos celulares que mudam a fisiologia, a conduta, a emoção e a consciência.

Quando os receptores vibram, os minúsculos canais que ligam a superfície da célula com o seu interior abrem-se e fecham-se, permitindo que íons fluam para dentro e para fora da célula. Este fluxo iônico altera o gatilho que determina se uma célula cerebral vai disparar ou não. Os próprios canais tem uma natureza quântica, o que significa que eles estão abertos ou fechados, jamais no meio termo (PERT, 2009).

Com isto, Pert (2009) quis explicar em seu trabalho que a compaixão é um evento quântico, algo que acontece instantaneamente: quando os pacientes sentem que os médicos ou enfermeiros de fato se importam com eles e com seu sofrimento, acontecem mudanças quânticas repentinas. É difícil perceber porque esta mudança é muito sutil, mas pode-se treinar as pessoas para perceberem quando isto acontece.

Pert (2009) afirma que os profissionais da saúde não gastam mais tempo para terem compaixão em suas interações do que para serem incisivos e rotineiros; com isto, ela quer dizer que a compaixão é uma vibração profunda e sincronizante que, quando ressonante, produz uma mudança repentina e provoca um estado curativo coerente que acontece quase fora do tempo.

A essência do cuidado de enfermagem é o ser humano na sua totalidade. A enfermeira pode fazer com que sua intervenção tenha o devido reconhecimento, desde que seja sistematizada e fundamentada em princípios científicos, e que a cliente participe ativamente do processo. Muitas intervenções, se incorporadas ao cotidiano do cuidar da enfermeira, resultariam na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e no reconhecimento efetivo do profissional (AMORIM, 1999).

Acredito que a enfermagem, ao cuidar do cliente com câncer, embasada no referencial mente-corpo, utilizando a intervenção de Relaxamento e Imagem Guiada é capaz de proporcionar repouso, diminuir suas tensões e estresses e proporcionar equilíbrio hormonal. É importante que o enfermeiro entenda a fisiologia da resposta ao relaxamento, para

fundamentar suas ações/ intervenções, contribuindo para a saúde do cliente, aliviando possíveis sintomas de náuseas, vômitos, dor, depressão e conseqüentemente melhorar sua QVRS e potencializar as chances de cura do câncer.

3. OBJETIVO

3. OBJETIVO

A presente investigação tem o objetivo de avaliar o efeito da intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada (visualização) sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e sobre o sintoma de depressão de pacientes adultos com câncer durante o tratamento quimioterápico.

Tendo como objetivos específicos:

1) caracterizar os pacientes com câncer em tratamento quimioterápico quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínico-terapêuticos por grupo (Controle e Intervenção), e associar a amostra total segundo sexo e faixa etária com os demais aspectos, no início do estudo (**T1** – baseline);

2) identificar as mudanças nos parâmetros fisiológicos (Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória) ocorridas antes e após o relaxamento com imagem guiada no Grupo Intervenção, no início (**T1** – baseline) e no final do estudo (**T3**);

3) identificar os domínios de QVRS, através do instrumento Quality of Life Questionnaire-Core30 (QLQ-C30) e a presença de depressão, através do Inventário de Depressão de Beck (IDB) entre os grupos (Controle e Intervenção), nos três momentos avaliados: **T1** – início da quimioterapia (baseline), **T2** – no meio do tratamento (após aproximadamente três meses) e **T3** – no final do tratamento quimioterápico (após aproximadamente seis meses);

4) comparar os domínios de QVRS e o IDB entre os grupos (Controle e Intervenção) nos três momentos avaliados: **T1**, **T2** e **T3**;

5) comparar nos grupos (Controle e Intervenção), os domínios de QVRS e o IDB entre os três momentos: **T1xT2**, **T1xT3** e **T2xT3**; e

6) associar os domínios de QVRS e o IDB com os dados sócio-demográficos e clínico-terapêuticos, observando as mudanças ocorridas entre os grupos (Controle e Intervenção) nos três momentos avaliados: **T1, T2 e T3**.

Os resultados das comparações dos dados de QVRS e do IDB dos Objetivos **4, 5 e 6** possibilitará avaliar o efeito da intervenção de enfermagem: Relaxamento com imagem guiada (visualização) sobre a QVRS e depressão nestes pacientes no decorrer do tratamento quimioterápico, pois poderão ser observadas as mudanças ocorridas com o tempo entre os grupos.

4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa tem a seguinte hipótese: A intervenção de enfermagem – a terapia complementar: relaxamento com imagem guiada produz efeito benéfico sobre o sintoma de depressão e sobre a QVRS de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico.

Portanto, a questão norteadora do estudo é “A intervenção de enfermagem – a terapia complementar Relaxamento com Imagem Guiada reduz o sintoma de depressão e melhora a QVRS dos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico?”.

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de delineamento quase-experimental, de corte longitudinal e prospectivo.

De acordo com Polit, Bech e Hungler (2004), um dos delineamentos quase-experimentais mais utilizados é o “delineamento do grupo de controle não-equivalente” (anterior-posterior), que envolve um tratamento (manipulação de uma variável independente) e dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois de sua intervenção (grupos experimental e controle), mas sem randomização.

4.2. Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Centro Especializado de Oncologia (CEON) do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência e na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), onde se realizam atendimentos ambulatoriais, tratamento quimioterápico e seguimento de pacientes adultos com câncer, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Ribeirão Preto e região.

A coleta de dados no CEON iniciou-se em maio de 2009, após a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e terminou em dezembro de 2010, enquanto que na Central de Quimioterapia iniciou em setembro de 2010, após a aprovação pelo Comitê de Ética de sua inclusão como campo de coleta de dados, terminando em dezembro de 2011. A Central de Quimioterapia do HC-FMRP-USP foi incluída na pesquisa devido à baixa adesão dos pacientes do CEON, para que pudesse atingir a amostra desejada. Os dados foram coletados durante um período de aproximadamente dois anos e meio (maio de 2009 a dezembro de 2011). Os pacientes foram acompanhados por um período de aproximadamente seis meses, ou seja, durante seu tratamento quimioterápico.

4.3. População e Amostra

Inicialmente, no CEON, foi realizada uma amostragem proposital (ou intencional), no qual o pesquisador seleciona propositalmente, os sujeitos que sejam considerados típicos da população em questão (POLIT; BECH; HUNGLER, 2004); uma vez que a amostra a ser estudada foi composta por pacientes que aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Contudo, na Central de Quimioterapia, optou-se por realizar uma amostragem randômica, devido ao grande interesse dos pacientes em quererem participar do Grupo de Intervenção.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pacientes com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com o câncer iniciando tratamento quimioterápico no CEON e/ ou na Central de Quimioterapia do HC, atendidos pelo SUS.

Foram excluídos os pacientes que não atendiam aos critérios de inclusão e aqueles que tinham dificuldade de compreensão, que foi avaliada por perguntas como data de nascimento, cidade onde mora, dia da semana, que dificultasse a participação no estudo e nas entrevistas.

Foi realizado levantamento semanal dos pacientes que estavam iniciando tratamento quimioterápico, em ambos os locais, pela pesquisadora e aqueles que preencheram os critérios de inclusão e exclusão foram abordados pela mesma, que explicou os objetivos da pesquisa e ofereceu a terapia complementar: Relaxamento com imagem guiada ao Grupo de Intervenção.

No CEON, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e receberam as sessões de Relaxamento com Imagem Guiada durante o tratamento quimioterápico entraram para o Grupo de Intervenção (GI) e os pacientes que não participaram das sessões de Relaxamento com Imagem Guiada e concordarem em participar do estudo respondendo aos questionários de QVRS e de Depressão constituíram o Grupo Controle (GC). Enquanto que na Central de Quimioterapia, os pacientes foram alocados aos Grupos de Intervenção e Controle de acordo com a randomização realizada e obtida através do software Statistical Package for Social Science versão 17.0 (SPSS for Windows).

4.4. Proteção aos sujeitos do estudo

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP – USP, visando atender à Resolução do CONEP 196/96 (Brasil, 1996), que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, Protocolo no. 1002/2009 aprovado em 05

de maio de 2009 (ANEXO 1) e as modificações (inclusão de novo campo de coleta de dados) foram aprovadas em 01 de setembro de 2010 (ANEXO 2).

Na abordagem do paciente, foi apresentado os objetivos da pesquisa por escrito e verbalmente, e após sua concordância em participar do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES 1 e 2) para assinatura dos envolvidos, paciente e pesquisador. Foi assegurada ao mesmo a privacidade durante o preenchimento do questionário, a sua não identificação e o direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo do seu atendimento na instituição hospitalar.

4.5. Variável Independente: Intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada

O grupo de intervenção foi submetido à seguinte terapia complementar: relaxamento com imagem guiada (visualização), conduzida por uma gravação em CD, realizado pela pesquisadora, com duração de aproximadamente 15 minutos cada sessão. Foram realizadas às segundas-feiras no CEON e de segunda a sexta-feira na Central de Quimioterapia do HC.

Para avaliar se o paciente se encontrava convenientemente relaxado, alguns parâmetros fisiológicos foram controlados. Desta forma, a pressão arterial e a frequência cardíaca foram aferidas com monitor digital e, simultaneamente, a frequência respiratória. Tais medidas justificam-se por serem não invasivas e passíveis de serem mensuradas. Estes parâmetros foram avaliados antes e após o término do relaxamento.

Os recursos materiais utilizados foram: tocador de CD, CD de relaxamento, colchonetes/poltronas e/ ou macas, aparelho digital para mensurar pressão arterial e frequência cardíaca e relógio com ponteiro de segundos para verificar a frequência respiratória.

As sessões de relaxamento com imagem guiada duraram aproximadamente 15 minutos e foram realizadas pela enfermeira e pesquisadora treinada nesta técnica, que utilizou um CD produzido pelo Centro de Apoio ao Paciente com Câncer de Florianópolis - SC. O CD inclui a gravação de uma pessoa que conduz os pacientes a realizarem diversos comandos.

O CD inicialmente solicita ao paciente que se posicione confortavelmente, em seguida o conduz a realizar movimentos de respiração e relaxamento em diversas partes do corpo. Posteriormente, conduz a imaginar-se em um local onde se sinta seguro e relaxado, pede para imaginar/ visualizar o seu câncer, como ele é, onde se encontra, para imaginar suas células de defesa o destruindo e o eliminando, seu corpo se revigorando, se tornando forte e sadio. Em seguida, conduz o paciente a imaginar uma imagem ou cena de algo de que gosta muito de fazer e que não podia por causa da doença e que curado poderá realizá-lo, criando uma expectativa positiva de que em breve poderá realizá-lo, como por exemplo, dançar, pular, correr, imaginar os detalhes e criar uma confiança de que isto irá acontecer. Depois, pede ao paciente que agradeça a si mesmo por ter dado este tempo a si e a sua saúde e para que continue vivendo a vida, pede para ir se movimento e abrindo os olhos devagar para retornar ao ambiente.

Após a primeira sessão de relaxamento com imagem guiada, realizada junto à pesquisadora, que orientou os pacientes sobre a realização da intervenção, foi entregue uma cópia do CD aos pacientes do GI, para que realizassem em casa por pelo menos uma a três vezes na semana no decorrer do tratamento quimioterápico. A pesquisadora também realizou sessões posteriores de relaxamento com imagem guiada, nos dias em que os pacientes compareciam à instituição para a realização da quimioterapia.

Ambos os grupos foram submetidos ao tratamento tradicional quimioterápico, ou seja, aquele preconizado pela instituição e pelo médico responsável pelo paciente, pois não houve

interesse na mudança de condutas e foram compostos pelos pacientes que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão descritos anteriormente. A diferença entre os grupos controle e de intervenção foi a aplicação da terapia complementar: Relaxamento com Imagem guiada que foi desenvolvida com o grupo de intervenção. Ao grupo controle foram apenas aplicados os instrumentos de coleta de dados para avaliação de QVRS e depressão no início e após aproximadamente três e seis meses da quimioterapia.

A presente pesquisa pretendeu incluir 100 sujeitos como amostra final, tendo aproximadamente 50 sujeitos em cada grupo, no período de dois anos. Essa estimativa do tamanho da amostra baseou-se em estudo anterior com essa população, que em dois anos conseguiu atingir cerca de 40 pacientes por grupo em pesquisa desenvolvida por Sawada et al. (2010).

4.6. Instrumentos de coleta de dados

Para a categorização dos dados dos pacientes, foi utilizado um questionário de identificação construído para a coleta dos dados sócio-demográficos como: sexo, idade, estado civil, procedência, profissão/ ocupação, nível de escolaridade e religião; e dos dados clínicos e terapêuticos como: diagnóstico, realização e tipo de cirurgia; realização de radioterapia; protocolo, sessões e efeitos colaterais da quimioterapia (APÊNDICE 3).

A verificação dos parâmetros fisiológicos de Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR) foram anotadas em um quadro construído para tal finalidade (APÊNDICE 4).

Para a avaliação da QVRS, utilizou-se o instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire-Core30 (QLQ-

C30) (ANEXO 3), que é um questionário de QVRS devidamente validado para a população brasileira por Brabo (2006), para uso específico em pacientes com câncer.

Ele é composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais: funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, uma escala de Estado de Saúde Geral (ESG/ QV), três escalas de sintomas para avaliar fadiga, dor, náusea e vômito, cinco itens para avaliar sintomas como: dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia e um item que avalia as dificuldades financeiras.

O QLQ-C30 gera escores nas escalas funcionais e de sintomas. Cada escore é transformado em uma escala de 0 a 100, de acordo com as diretrizes do EORTC, no qual o zero denota o pior funcionamento e 100, o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no ESG/ QV; enquanto que nas escalas e itens de sintomas, o 100 indica mais sintomas presentes e o zero, nenhum sintoma.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) (ANEXO 4) foi utilizado para avaliar a presença de depressão, adaptado no Brasil por Gorestein e Andrade (1998), é constituído por 21 itens que avaliam: humor deprimido, pessimismo, sensação de fracasso, perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, auto-rancor (ódio, aversão), auto-acusação, ideação suicida, choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, imagem corporal alterada, inibição para o trabalho, anormalidade do sono, fadigamento, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido. A escala é graduada com afirmações de 0 a 3, no qual zero é ausência do sintoma e 3 a presença máxima do sintoma. O escore mínimo é zero e o máximo é 63. Para a análise, o ponto de corte foi de 0 a 15 para ‘sem depressão’, de 16 a 20 para ‘disforia’ e de 21 a 63 para ‘depressão’.

Os instrumentos foram aplicados no início do tratamento quimioterápico (**T1** – baseline) e reavaliados após aproximadamente três meses (**T2**) e seis meses (**T3**) tanto para o GI quanto

para o GC. A aplicação dos instrumentos foi sob a forma de entrevista e realizada pela pesquisadora.

4.7. Análise dos dados

Para a análise dos dados, foram utilizados os programas SPSS versão 17.0 e o STATA SE versão 12.0.

O SPSS foi utilizado para a randomização da amostra, para a realização do teste de consistência interna Alpha de Cronbach para testar a confiabilidade dos instrumentos e do Teste T-pareado, para avaliar as mudanças dos parâmetros fisiológicos antes e depois da intervenção de relaxamento com imagem guiada.

O STATA SE foi utilizado para os demais testes estatísticos. Foram calculadas as médias e desvio padrão para análise descritiva dos dados. Nas descrições dos comportamentos das variáveis tomadas duas a duas, foram empregadas as seguintes técnicas estatísticas para evidenciar diferenças significantes: Teste de Mann-Whitney, para averiguar diferenças de escores segundo duas categorias de variáveis independentes; Teste de Wilcoxon, para averiguar diferenças de escores dentro de cada grupo em tempos diferentes; Teste de associação pelo teste exato de Fisher e o Teste de Qui-Quadrado, para as eventuais associações entre presença de depressão e grupo de estudo (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

O teste preferido para avaliar as associações foi o teste exato de Fisher, já que garante aplicabilidade mesmo em situações com amostra pequena. No entanto, nos casos em que não se conseguiu convergência durante o processamento, aplicou-se o teste de Qui-Quadrado.

Todas as provas estatísticas foram realizadas admitindo uma probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 0,05.

4.8. Análise crítica dos riscos e benefícios

Segundo Hart (2006) há poucos riscos associados com as terapias mente-corpo, e estes estão relacionados quando as pessoas falam ao paciente que o mesmo não tem mais o câncer, sendo que o paciente ainda está em tratamento; e quando o paciente recebe a intervenção de profissionais não capacitados nestas terapias.

Neste trabalho, a pesquisadora foi quem proporcionou a terapia: Relaxamento com Imagem Guiada, ela é treinada e tem experiência de seis anos com esta terapia. Durante a visualização, ressaltou-se ao paciente que imaginasse seu câncer e suas células de defesa o matando/ eliminando, imaginando situações que o fortalecesse e criando condições para a melhora do sistema imunológico que irá combater o câncer durante o tratamento convencional (quimioterápico).

Os benefícios, em primeiro lugar, estão diretamente relacionados à terapia complementar, ou seja, na obtenção do relaxamento físico e mental/ psicológico, e conseqüentemente, segundo o “modelo corpo-mente de recuperação”, descrito anteriormente por Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987), acredita-se que fortalecerá o sistema imune, ajudando o próprio organismo e as terapias convencionais (quimioterapia) no combate ao câncer, e também criando uma expectativa de vida melhor ao paciente, reduzindo os sintomas apresentados, a depressão relacionada a doença e ao tratamento e proporcionando uma melhor QVRS.

Este estudo poderá abrir caminho para outros estudos sobre eficácia de intervenções de

enfermagem a pacientes em tratamento quimioterápico. Esses resultados irão contribuir com a propagação da terapia complementar: Relaxamento com Imagem Guiada a pessoas em tratamento quimioterápico, visando melhorar a QVRS desses pacientes, bem como contribuir para um reconhecimento efetivo do profissional enfermeiro.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

Atendendo ao **Objetivo 1**, as **Tabelas 1 a 3** mostram a caracterização, quanto aos aspectos sócio-demográficos e clínico-terapêuticos, dos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. A amostra inicial no **Tempo 1 (T1 – baseline)** foi composta por 152 pacientes, sendo 73 do Grupo de Intervenção (GI) e 79 do Grupo Controle (GC).

Quanto às características sócio-demográficas, 85 (55,92%) pacientes eram do sexo feminino e 67 (44,08%) masculino; na faixa etária entre 18 e 39 anos haviam nove (5,92 %) pacientes, 83 (54,61%) pacientes tinham entre 40 e 59 anos haviam, 58 (38,16%) entre 60 e 79 anos, e acima de 80 anos haviam dois (1,32 %) pacientes.

Com relação ao estado civil, 87 (54,61%) pacientes eram casados, 23 (15,13%) solteiros, 25 (16,45%) eram divorciados e/ ou amasiados e 17 (11,18%) eram viúvos. Quanto à procedência, 80 (52,63%) residiam em Ribeirão Preto, 68 (44,74%) eram da região de Ribeirão Preto e quatro (2,63%) eram de outras regiões.

Quanto à profissão, 35 (23,03%) eram aposentados; 36 (23,68%) eram donas de casa; 21 (13,82%) tinham como ocupação: borracheiro, mecânico, pintor (de automóveis / imóveis), motorista, porteiro, servente, pedreiro, soldador, eletricitista, gari, encanador, guarda, calheiro; 21 (13,82%) trabalhavam como vendedor, comerciante, corretor, contador, em escritório, operador de caixa, serviços gerais, auxiliar de serviços, informática, operador de telemarketing e os demais 39 (25,65%) eram profissionais de diversas outras áreas, como: faxineira, manicuri, cabeleireira, costureira, diarista, salgadeira, auxiliar de limpeza (6,58%), agricultor, lavrador, carpinteiro (3,95%), engenheiro, projetista, arquiteto, decorador, auditor, publicitário (3,95%), professor, monitor (de creche) (3,29%), técnicos (química, enfermagem), auxiliar odontológico, auxiliar de laboratório (2,63%), funcionário público

(serviços diversos), atendente administrativo (2,63%), profissional da saúde universitário: enfermeiro, psicólogo, dentista (2,63%).

Com relação ao nível de escolaridade, 100 (65,79%) pacientes concluíram o nível fundamental, 26 (17,11%) possuíam o ensino médio e 26 (17,11%) concluíram o ensino superior. Quanto à religião, a maioria (N=107, 70,39%) era constituída por católicos, 35 (23,03%) eram evangélicos/ cristãos, seis (3,95%) eram espíritas, um (0,66%) era budista e três (1,97%) eram ateus.

A **Tabela 1** apresenta a frequência e percentagem das características sócio-demográficas da amostra total inicial (baseline) e por grupo (Controle e Intervenção).

Tabela 1 – Frequência e percentagem das características sócio-demográficas da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011.

	CARACTERÍSTICAS	GC	GI	Amostra total
		N (%)	N (%)	N (%)
Sexo	Feminino	40 (50,63)	45 (61,64)	85 (55,92)
	Masculino	39 (49,37)	28 (38,36)	67 (44,08)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)
Faixa Etária	18 — 40 anos	3 (3,80)	6 (8,22)	9 (5,92)
	40 — 60 anos	43 (54,43)	40 (54,79)	83 (54,61)
	60 — 80 anos	31 (39,24)	27 (36,99)	58 (38,16)
	≥ 80 anos	2 (2,53)	0 (0,00)	2 (1,32)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)
Estado Civil	Solteiro	13 (16,46)	10 (13,70)	23 (15,13)
	Casado	47 (59,49)	40 (54,79)	87 (57,24)
	Viúvo	10 (12,66)	7 (9,59)	17 (11,18)
	Divorciado/ amasiado	9 (11,39)	16 (21,92)	25 (16,45)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)
Profissão	Aposentados	20 (25,32)	15 (20,55)	35 (23,03)
	Donas de casa, do lar	23 (29,11)	13 (17,81)	36 (23,68)
	Faxineira, manicuri, etc.	5 (6,33)	5 (6,85)	10 (6,58)
	Vendedor, comerciante	11 (13,92)	10 (13,70)	21 (13,82)
	Agricultor, lavrador, etc.	4 (5,06)	2 (2,74)	6 (3,95)
	Borracheiro, mecânico, etc.	14 (17,72)	7 (9,59)	21 (13,82)
	Engenheiro, projetista, etc.	1 (1,27)	5 (6,85)	6 (3,95)
	Professor, monitor de creche	0 (0,00)	5 (6,85)	5 (3,29)
	Técnicos (química, enfermagem)	1 (1,27)	3 (4,11)	4 (2,63)
	Funcionário público (adm)	0 (0,00)	4 (5,48)	4 (2,63)
	Profissional de saúde	0 (0,00)	4 (5,48)	4 (2,63)
Total	79 (100)	73 (100)	152 (100)	
Cidade/ Procedência	Ribeirão Preto	39 (49,37)	41 (56,16)	80 (52,63)
	Região de Ribeirão Preto	37 (46,84)	31 (42,47)	68 (44,74)
	Outras regiões	3 (3,80)	1 (1,37)	4 (2,63)
	Total	79 (100)	73 (100)	152 (100)
Nível de escolaridade	≤ Ensino Fundamental	60 (75,95)	40 (54,79)	100 (65,79)
	≤ Ensino Médio	10 (12,66)	16 (21,92)	26 (17,11)
	≤ Ensino Superior	9 (11,39)	17 (23,29)	26 (17,11)
	Total	79 (100)	73 (100)	152 (100)
Religião	Ateu	1 (1,27)	2 (2,74)	3 (1,97)
	Católico	57 (72,15)	50 (68,49)	107 (70,39)
	Espírita	1 (1,27)	5 (6,85)	6 (3,95)
	Budista	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	Evangélico/ cristão	20 (25,32)	15 (20,55)	35 (23,03)
	Total	79 (100)	73 (100)	152 (100)

Com relação aos dados clínicos e terapêuticos (**Tabela 2**), os tipos de cânceres mais frequentes foram: de mama (23,68%), intestinais (21,05%) e gástricos (12,50%); quanto à presença de metástase, 117 (76,97%) eram cânceres primários e 35 (23,03%) eram metastáticos.

Quanto aos tipos de tratamento, todos estavam iniciando a quimioterapia; 117 (76,97%) haviam realizado cirurgia, sendo que em 38 pacientes foi realizada retirada parcial do órgão afetado e adjacências, 25 realizaram biópsia, e em 24 foi realizada retirada total do órgão afetado e adjacências. Apenas 42 (27,63%) pacientes realizaram radioterapia.

Tabela 2 - Frequência e percentagem das características clínico-terapêuticas da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>CARACTERÍSTICAS</i>		<i>GC</i>	<i>GI</i>	<i>Amostra total</i>
		<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Diagnóstico (localização do câncer)	Mama	12 (15,19)	24 (32,88)	36 (23,68)
	Gástrico	13 (16,46)	6 (8,22)	19 (12,50)
	Intestinal	20 (25,32)	12 (16,44)	32 (21,05)
	Ginecológico (útero, ovário)	5 (6,33)	10 (13,70)	15 (9,87)
	Pulmão/ mediastino	9 (11,39)	6 (8,22)	15 (9,87)
	Reprodutor/ genital masculino (próstata, testículo)	2 (2,53)	3 (4,11)	5 (3,29)
	Cabeça e pescoço	9 (11,39)	4 (5,48)	13 (8,55)
	Neurológico	4 (5,06)	1 (1,37)	5 (3,29)
	Leucemias/ linfomas	3 (3,80)	5 (6,85)	8 (5,26)
	Pele e melanomas	2 (2,53)	2 (2,74)	4 (2,63)
Total		79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)
Metástase	Sim	21 (26,58)	14 (19,18)	35 (23,03)
	Não	58 (73,42)	59 (80,82)	117 (76,97)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100)
Realização de cirurgia	Sim	59 (74,68)	58 (79,45)	117 (76,97)
	Não	20 (25,32)	15 (20,55)	35 (23,03)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100)
Tipo de cirurgia	Não realizaram	20 (25,32)	15 (20,55)	35 (23,03)
	Biópsia	10 (12,66)	15 (20,55)	25 (16,45)
	Retirada de tumor/ nódulos e/ou adjacências	6 (7,59)	9 (12,33)	15 (9,87)
	Retirada parcial do órgão afetado e/ou adjacências	23 (29,11)	15 (20,55)	38 (25,00)
	Retirada total do órgão afetado e/ou adjacências	9 (11,39)	15 (20,55)	24 (15,79)
	Cirurgia paliativa	2 (2,53)	3 (4,11)	5 (3,29)
	Transplante	0 (0,0)	1 (1,37)	1 (0,66)
	Não soube informar	9 (11,39)	0 (0,00)	9 (5,92)
Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)	
Realização de radioterapia	Sim	25 (31,65)	17 (23,29)	42 (27,63)
	Não	54 (68,35)	56 (76,71)	110 (72,37)
	Total	79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)

Em relação ao protocolo de Quimioterapia (QT), encontramos 46 esquemas diferentes de medicações, os mais utilizados foram: 5-Fluorouracil (5-FU) + Leucovorin (LV) em 19 (12,50%) pacientes; Cisplatina em 18 (11,84%); Paclitaxel + Carboplatina em 17 (11,18%);

Oxaliplatina + Capecitabina (endovenosa e/ou via oral) em 12 (7,89%); e Epirrubicina + Ciclofosfamida + Docetaxel em 12 (7,89%) pacientes, conforme mostra **Tabela 3**.

Tabela 3 – Frequência e percentagem dos protocolos e efeitos colaterais da quimioterapia da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total (baseline), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>CARACTERÍSTICAS</i>		<i>GC</i>	<i>GI</i>	<i>Amostra total</i>
		<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Protocolo de quimioterapia	Não faz no momento/ terminou	4 (5,06)	0 (0,00)	4 (2,63)
	epirrubicina + ciclofosfamida +/- docetaxel	4 (5,06)	8 (10,96)	12 (7,89)
	paclitaxel + carboplatina	6 (7,59)	11 (15,07)	17 (11,18)
	paclitaxel + cisplatina	1 (1,27)	3 (4,11)	4 (2,63)
	cisplatina + etoposido + bleomicina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	epirrubicina + ciclofosfamida +/- docetaxel + transtuzumabe	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	bevacizumabe + irinotecano	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	rituximabe + ciclofosfamida + adriamicina + vincristina	2 (2,53)	1 (1,37)	3 (1,97)
	epirrubicina + cisplatina + capecitabina VO	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	irinotecano + capecitabina VO	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	ciclofosfamida + epirrubicina + 5FU	0 (0,00)	4 (5,48)	4 (2,63)
	oxaliplatina +/- capecitabina +/- capecitabina VO	5 (6,33)	7 (9,59)	12 (7,89)
	cisplatina	12 (15,19)	6 (8,22)	18 (11,84)
	gencitabina + cisplatina	2 (2,53)	2 (2,74)	4 (2,63)
	epirrubicina + ciclofosfamida	1 (1,27)	1 (1,37)	2 (1,32)
	cisplatina + dacarbazina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	epirrubicina + ciclofosfamida + 5FU +/- docetaxel + ciclofosfamida	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	carboplatina + docetaxel +/- gencitabina + cisplatina	0 (0,00)	2 (2,74)	2 (1,32)
	cisplatina + 5FU	1 (1,27)	1 (1,37)	2 (1,32)
	carboplatina + gencitabina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	docetaxel	2 (2,53)	2 (2,74)	4 (2,63)
	ciclofosfamida + metotrexato + 5FU	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	leucovorin + 5FU	15 (18,99)	4 (5,48)	19 (12,50)
	ciclofosfamida + vincristina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	irinotecano + leucovorin + 5FU	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	cisplatina + etoposido	4 (5,06)	0 (0,00)	4 (2,63)
	paclitaxel	3 (3,80)	2 (2,74)	5 (3,29)
	doxorubicina	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	cisplatina + dacarbazina + carmustina	1 (1,27)	1 (1,37)	2 (1,32)
	cisplatina + vincristina + ciclofosfamida	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	gencitabina	4 (5,06)	0 (0,00)	4 (2,63)
	ifostamida	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	Leucovorin (ácido folínico)	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	cisplatina + doxorubicina	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	doxorubicina + ciclofosfamida + rituximabe	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	oxaliplatina + leucovorin	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	doxorubicina + ciclofosfamida	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	Cisplatina + 5FU + paclitaxel	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	5FU + doxorubicina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	Mitomicina + 5FU	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	FOLFOX (leucovorin + 5FU + oxaliplatina)	1 (1,27)	1 (1,37)	2 (1,32)
	alckeran (melfalano)	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	Dacarbazina (DTIC)	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	ciclofosfamida + paclitaxel	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
	faslodex ((fulvestranto)	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	adriamicina + bleomicina + velbon + dacarbazina	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
	Talidominda	0 (0,00)	1 (1,37)	1 (0,66)
Total		79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)
Efeitos colaterais da quimioterapia	Assintomático	22 (27,85)	13 (17,81)	35 (23,03)
	Efeitos gastrointestinais	13 (16,46)	9 (12,33)	22 (14,47)
	Efeitos físicos	3 (3,80)	6 (8,22)	9 (5,92)
	Efeitos gastrointestinais + físicos	40 (50,63)	45 (61,64)	85 (55,92)
	Efeitos gastrointestinais + físicos + emocionais	1 (1,27)	0 (0,00)	1 (0,66)
Total		79 (100,0)	73 (100,0)	152 (100,0)

Foram avaliados também os efeitos colaterais apresentados pelos pacientes relacionados à quimioterapia, sendo que 35 (23,03%) estavam assintomáticos, 85 (55,92%) pacientes apresentavam sintomas físicos como: calor, sudorese, mal-estar, fraqueza e tontura, dentre outros, associados a sintomas gastro-intestinais, como: náuseas e vômitos, constipação e/ou diarreia; 22 (14,47%) apresentaram apenas sintomas gastro-intestinais; nove (5,92%) apenas sintomas físicos; e um (0,66%) paciente queixou-se tanto de sintomas físicos, como gastro-intestinais e ainda referiu sintomas emocionais, como: depressão, angústia e/ou irritabilidade.

As **Tabela 4, 5, 6, 7, 8 e 9** apresentam a descrição da amostra total (baseline) segundo sexo (feminino e masculino). Foi utilizado o Teste Exato de Fisher, considerando significantes valores de $p < 0,05$), e foram encontradas associações estatisticamente significantes entre sexo com estado civil, profissão, diagnóstico, metástase, radioterapia e com efeitos colaterais da quimioterapia. Não foram encontradas associações estatisticamente significantes de sexo com faixa etária, origem/ procedência, nível de escolaridade, religião, realização e tipo de cirurgia.

A **Tabela 4** mostra a associação de sexo e estado civil. Observou-se que entre os homens, a maioria era casado e haviam mais homens casados do que mulheres.

Tabela 4 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Estado civil</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Solteiro	16 (18,82)	7 (10,45)	23 (15,13)
Casado	37 (43,53)	50 (74,63)	87 (57,24)
Viúvo	13 (15,29)	4 (5,97)	17 (11,18)
Divorciado / amasiado	19 (22,35)	6 (8,96)	25 (16,45)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,002

A **Tabela 5** mostra a associação de sexo e profissão. A maioria dos pacientes, de ambos os sexos, eram economicamente ativos, trabalhando informalmente ou como autônomos, por exemplo: faxineira, manicuri, borracheiro, pintor, mecânico, comerciante, etc.

Tabela 5 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e profissão, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Profissão</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Aposentados	12 (14,12)	23 (34,33)	35 (23,03)
Donas de casa, do lar	36 (42,35)	0 (0,00)	36 (23,68)
Faxineira, manicuri, etc.	10 (11,76)	0 (0,00)	10 (6,58)
Vendedor, comerciante	10 (11,76)	11 (16,42)	21 (13,82)
Agricultor, lavrador, etc.	1 (1,18)	5 (7,46)	6 (3,95)
Borracheiro, mecânico, etc.	1 (1,18)	20 (29,85)	21 (13,82)
Engenheiro, projetista, etc.	2 (2,35)	4 (5,97)	6 (3,95)
Professor, monitor de creche	5 (5,88)	0 (0,00)	5 (3,29)
Técnicos (química, enfermagem)	3 (3,53)	1 (1,49)	4 (2,63)
Funcionário público (adm.)	3 (3,53)	1 (1,49)	4 (2,63)
Profissional de saúde	2 (2,35)	2 (2,99)	4 (2,63)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,000

A **Tabela 6** mostra a associação de sexo e diagnóstico. Os cânceres encontrados com maior frequência foram: de mama, intestinal e ginecológico nas mulheres e os cânceres intestinal, gástrico e de pulmão nos homens.

Tabela 6 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Mama	36 (42,35)	0 (0,00)	36 (23,68)
Gástrico	7 (8,24)	12 (17,91)	19 (12,50)
Intestinal	15 (17,65)	17 (25,37)	32 (21,05)
Ginecológico	15 (17,65)	0 (0,00)	15 (9,87)
Pulmão/ mediastino	3 (3,53)	12 (17,91)	15 (9,87)
Reprodutor/ genital masculino	0 (0,00)	5 (7,46)	5 (3,29)
Cabeça e pescoço	2 (2,35)	11 (16,42)	13 (8,55)
Neurológico	3 (3,53)	2 (2,99)	5 (3,29)
Leucemias/ linfomas	4 (4,71)	4 (5,97)	8 (5,26)
Pele e melanomas	0 (0,00)	4 (5,97)	4 (2,63)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,000

A **Tabela 7** apresenta a associação de sexo e metástase. Observou-se que a maioria das mulheres e homens não apresentou metástase, porém houve uma incidência maior de metástase nos homens.

Tabela 7 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e metástase, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Metástase</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sim	13 (15,29)	22 (32,84)	35 (23,03)
Não	72 (84,71)	45 (67,16)	117 (76,97)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,012

A **Tabela 8** mostra a associação de sexo e radioterapia. Em ambos os sexos, a maioria dos pacientes não realizou radioterapia, contudo ela foi realizada com mais frequência entre os homens do que entre as mulheres.

Tabela 8 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e radioterapia, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Radioterapia</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sim	16 (18,82)	26 (38,81)	42 (27,63)
Não	69 (81,18)	41 (61,19)	110 (72,37)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,010

A **Tabela 9** apresenta a associação de sexo e efeitos colaterais da quimioterapia. A maioria das mulheres e grande parte dos homens relataram mais sintomas gastrointestinais associados a sintomas físicos, do que estes sintomas isoladamente.

Tabela 9 – Descrição da amostra total (baseline) segundo sexo e efeitos colaterais da quimioterapia, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Efeitos colaterais da quimioterapia</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Assintomático	13 (15,29)	22 (32,84)	35 (23,03)
Sintomas gastrointestinais	6 (7,06)	16 (23,88)	22 (14,47)
Sintomas físicos	8 (9,41)	1 (1,49)	9 (5,92)
Sintomas gastrointestinais + físicos	58 (68,24)	27 (40,30)	85 (55,92)
Sintomas gastrointestinais + físicos + emocionais	0 (0,00)	1 (1,49)	1 (0,66)
Total	85 (100,0)	67 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,000

As **Tabelas 10, 11, 12 e 13** apresentam a descrição da amostra segundo faixa etária. Foi utilizado o teste exato de Fisher e nas tabelas mais extensas o teste Chi-quadrado, considerando significantes valores $p < 0,05$. Foram realizadas associações com as variáveis sexo, estado civil, profissão, procedência, nível de escolaridade, religião, diagnóstico, metástase, realização e tipo de cirurgia, realização de radioterapia e presença de efeitos colaterais da quimioterapia, e foram encontradas associações estatisticamente significantes da faixa etária com estado civil, profissão, nível de escolaridade e diagnóstico.

A **Tabela 10** mostra a associação entre faixa etária e estado civil. Observou-se que na faixa etária entre 18 e 39 anos, grande parte dos pacientes eram solteiros; nas faixas etárias de 40 a 59 e 60 a 79 anos, a maioria era casado, e na faixa acima dos 80 anos, um era casado e outro, viúvo.

Tabela 10 – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e estado civil, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Estado civil</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Total</i>
	<i>18 /—40 anos</i>	<i>40 /—60 anos</i>	<i>60 /—80 anos</i>	<i>≥ 80 anos</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Solteiro	4 (44,44)	15 (18,07)	4 (6,90)	0 (0,00)	23 (15,13)
Casado	3 (33,33)	49 (59,04)	34 (58,62)	1 (50,00)	87 (57,24)
Viúvo	0 (0,00)	4 (4,82)	12 (20,69)	1 (50,00)	17 (11,18)
Divorciado/ amasiado	2 (22,22)	15 (18,07)	8 (13,79)	0 (0,00)	25 (16,45)
Total	9 (100,0)	83 (100,0)	58 (100,0)	2 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,006

A **Tabela 11** apresenta a associação entre faixa etária e profissão. Na faixa etária entre 18 e 39 anos, grande parte dos pacientes trabalhava no comércio; entre 40 e 59 anos, haviam mais donas de casa, comerciantes e autônomos (borracheiro/ mecânico/ pintor, etc.), entre 60 e 79 anos predominaram os aposentados e donas de casa, assim como acima dos 80 anos, uma era dona de casa e outro era aposentado.

Tabela 11 – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e profissão, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Profissão</i>	<i>Faixa etária 18 /—40 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária 40 /—60 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária 60 /—80 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária ≥ 80 anos N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
Aposentados	0 (0,00)	8 (9,64)	26 (44,83)	1 (50,00)	35 (23,03)
Donas de casa, do lar	1 (11,11)	21 (25,30)	13 (22,41)	1 (50,00)	36 (23,68)
Faxineira, manicuri, etc.	0 (0,00)	7 (8,43)	3 (5,17)	0 (0,00)	10 (6,58)
Vendedor, comerciante	4 (44,44)	15 (18,07)	2 (3,45)	0 (0,00)	21 (13,82)
Agricultor, lavrador, etc.	0 (0,00)	4 (4,82)	2 (3,45)	0 (0,00)	6 (3,95)
Borracheiro, mecânico, etc.	0 (0,00)	15 (18,07)	6 (10,34)	0 (0,00)	21 (13,82)
Engenheiro, projetista, etc.	1 (11,11)	3 (3,61)	2 (3,45)	0 (0,00)	6 (3,95)
Professor, monitor de creche	2 (22,22)	0 (0,00)	3 (5,17)	0 (0,00)	5 (3,95)
Técnicos (química, enferm.)	1 (11,11)	3 (3,61)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (2,63)
Funcionário público (adm)	0 (0,00)	4 (4,82)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (2,63)
Profissional de saúde	0 (0,00)	3 (3,61)	1 (1,72)	0 (0,00)	4 (2,63)
Total	9 (100,0)	83 (100,0)	58 (100,0)	2 (100,0)	152 (100,0)

Teste do Qui-Quadrado $p=0,000$

A **Tabela 12** mostra a associação entre faixa etária e nível de escolaridade. Observou-se que até os 39 anos, pouco mais da metade dos pacientes cursaram o ensino superior e nas demais faixas etárias, a maioria cursou o ensino fundamental.

Tabela 12 – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e nível de escolaridade, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>Faixa etária 18 /—40 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária 40 /—60 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária 60 /—80 anos N (%)</i>	<i>Faixa etária ≥ 80 anos N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
≤ Ensino Fundamental	2 (22,22)	53 (63,86)	43 (74,14)	2 (100,0)	100 (65,79)
≤ Ensino Médio	2 (22,22)	20 (24,10)	4 (6,90)	0 (0,00)	26 (17,11)
≤ Ensino Superior	5 (55,56)	10 (12,05)	11 (18,97)	0 (0,00)	26 (17,11)
Total	9 (100,0)	83 (100,0)	58 (100,0)	2 (100,0)	152 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,002

A **Tabela 13** apresenta a associação entre faixa etária e diagnóstico. Na faixa etária de 18 a 39 anos, notou-se a presença dos cânceres ginecológico, mama, intestinal, do aparelho

reprodutor masculino e neurológico; entre 40 e 59 anos, os como mais prevalentes foram os cânceres de mama e intestinal; entre 60 e 79 anos predominaram os cânceres intestinais, de pulmão e os gástricos; e acima de 80 anos, ocorreu um intestinal e um do aparelho reprodutor masculino.

Tabela 13 – Descrição da amostra total (baseline) segundo faixa etária e diagnóstico, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Total</i>
	<i>18 /—40 anos</i>	<i>40 /—60 anos</i>	<i>60 /—80 anos</i>	<i>≥ 80 anos</i>	
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Mama	2 (22,22)	27 (32,53)	7 (12,07)	0 (0,00)	36 (23,68)
Gástrico	0 (0,00)	9 (10,84)	10 (17,24)	0 (0,00)	19 (12,50)
Intestinal	2 (22,22)	16 (19,28)	13 (22,41)	1 (50,00)	32 (21,05)
Ginecológico	3 (33,33)	6 (7,23)	6 (10,34)	0 (0,00)	15 (9,87)
Pulmão/ mediastino	0 (0,00)	4 (4,82)	11 (18,97)	0 (0,00)	15 (9,87)
Reprodutor masculino	1 (11,11)	1 (1,20)	2 (3,45)	1 (50,00)	5 (3,29)
Cabeça e pescoço	0 (0,00)	9 (10,84)	4 (6,90)	0 (0,00)	13 (8,55)
Neurológico	1 (11,11)	3 (3,61)	1 (1,72)	0 (0,00)	5 (3,29)
Leucemias/ linfomas	0 (0,00)	5 (6,02)	3 (5,17)	0 (0,00)	8 (5,26)
Pele e melanomas	0 (0,00)	3 (3,61)	1 (1,72)	0 (0,00)	4 (2,63)
Total	9 (100,0)	83 (100,0)	58 (100,0)	2 (100,0)	152 (100,0)

Teste do Qui-Quadrado $p=0,015$

Com relação ao **Objetivo 2**, visando identificar as mudanças nos parâmetros fisiológicos verificados (Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória) antes e após o relaxamento com imagem guiada, os **Quadros 1 e 2** apresentam a média e desvio padrão (Dp) destes parâmetros antes e após a intervenção nos tempos 1 e 3, respectivamente.

Quadro 1- Média e desvio padrão dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T1 (baseline), Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Parâmetros Fisiológicos</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
PAS (antes)	135,41	18,411
PAS (após)	128,94	16,176
PAD (antes)	86,31	15,252
PAD (após)	81,52	11,571
FC (antes)	84,37	17,940
FC (após)	74,46	16,383
FR (antes)	24,71	3,965
FR (após)	19,41	4,887

Quadro 2- Média e desvio padrão dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T3, Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Parâmetros Fisiológicos</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>
PAS (antes)	132,84	16,786
PAS (após)	128,51	19,257
PAD (antes)	81,67	11,482
PAD (após)	80,49	13,237
FC (antes)	82,88	13,452
FC (após)	73,88	12,095
FR (antes)	22,00	5,292
FR (após)	17,67	2,517

Os **Quadros 3 e 4** mostram a diferença entre o antes e o depois do relaxamento com imagem guiada, nos momentos T1 e T3, considerando significantes valores $p < 0,05$ e altamente significantes $p < 0,001$. Foi utilizado o Teste T-pareado.

Quadro 3- Paired Samples Test dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T1 (baseline), Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Parâmetros Fisiológicos</i>	<i>p</i>
PAS (antes) x PAS (após)	0,000*
PAD (antes) x PAD (após)	0,000*
FC (antes) x FC (após)	0,000*
FR (antes) x FR (após)	0,033

* $p < 0,001$ = altamente significante

Quadro 4- Paired Samples Test dos parâmetros fisiológicos (PA, FC e FR) antes e após o relaxamento em T3, Grupo Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Parâmetros Fisiológicos</i>	<i>p</i>
PAS (antes) x PAS (após)	0,000*
PAD (antes) x PAD (após)	0,000*
FC (antes) x FC (após)	0,000*
FR (antes) x FR (após)	0,285

* $p < 0,001$ = altamente significante

Pode-se observar que os parâmetros fisiológicos diminuíram após o relaxamento com imagem guiada, indicando que os pacientes do GI apresentaram um relaxamento efetivo, evidenciado pela redução destes valores, cujas diferenças foram estatisticamente significantes.

Visando responder ao **Objetivo 3**, identificou-se a seguir, os domínios da QVRS e a presença de depressão nos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico nos três momentos avaliados: **T1** – início da quimioterapia (baseline), **T2** – no meio do tratamento (após aproximadamente três meses) e **T3** – no final do mesmo (após aproximadamente seis meses), nos dois grupos (Controle e Intervenção).

Com relação às características psicométricas do instrumento QLQ-C30 para a amostra estudada, foi calculado o coeficiente Alpha de Cronbach. Para o GC, em **T1** $\alpha=0,832$, em **T2** $\alpha=0,855$ e em **T3** $\alpha=0,868$. Para o GI, em **T1** $\alpha=0,862$, em **T2** $\alpha=0,871$ e em **T3** $\alpha=0,867$; indicando confiabilidade do instrumento nos três tempos para os dois grupos.

Os **Quadros 5, 6 e 7** mostram as médias e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 nos grupos Controle e Intervenção, nos diferentes tempos T1, T2 e T3, respectivamente.

Observou-se no **Quadro 5** que no **T1** (baseline), os pacientes do GC apresentaram os escores de EGS/QV geral, as funções física, emocional, cognitiva e social como satisfatórios e de desempenho de papel como regular, enquanto para os pacientes do GI, os escores de EGS/QV geral e das cinco escalas funcionais foram satisfatórios. Nas escalas de sintomas, notamos que a dor, fadiga, insônia e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes para ambos os grupos.

Quadro 5- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas e Sintomas</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>
	<i>Média (Dp)</i>	<i>Média (Dp)</i>
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	79,5 (21,7)	70,0 (24,2)
Função física (FF)	71,6 (24,9)	74,4 (21,6)
Desempenho de papel (DP)	55,5 (40,2)	60,2 (38,0)
Função emocional (FE)	66,1 (29,5)	60,2 (28,4)
Função cognitiva (FC)	78,7 (26,8)	74,8 (31,0)
Função social (FS)	84,1 (25,3)	69,6 (36,4)
Fadiga (FAD)	32,2 (30,2)	32,7 (29,6)
Náuseas e vômitos (NAV)	6,1 (14,9)	13,1 (23,96)
Dor (Dor)	36,1 (35,8)	40,7 (37,5)
Dispneia (DIS)	9,6 (25,0)	12,2 (24,4)
Insônia (INS)	33,2 (39,5)	31,3 (35,8)
Perda de apetite (PAP)	17,7 (34,0)	29,2 (43,3)
Constipação (CON)	13,0 (28,9)	19,5 (30,8)
Diarréia (DIA)	6,3 (17,7)	8,2 (21,3)
Dificuldades financeiras (DIF)	29,4 (39,5)	25,9 (38,5)

O **Quadro 6** mostra que em **T2**, os resultados foram satisfatórios para as escalas funcionais para GC e GI, exceto a escala desempenho de papel para o GC que permaneceu regular, enquanto que nas escalas de sintomas, ainda predominaram a dor, fadiga, insônia e perda de apetite, com um aumento da constipação para o GC.

Quadro 6- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas e Sintomas</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>
	<i>Média (Dp)</i>	<i>Média (Dp)</i>
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	76,7 (20,9)	74,7 (19,9)
Função física (FF)	65,3 (27,6)	76,7 (21,4)
Desempenho de papel (DP)	53,5 (37,1)	62,3 (36,2)
Função emocional (FE)	60,9 (29,8)	63,6 (30,7)
Função cognitiva (FC)	77,4 (26,7)	80,1 (25,6)
Função social (FS)	76,3 (31,2)	71,7 (36,0)
Fadiga (FAD)	41,0 (33,1)	32,0 (28,5)
Náuseas e vômitos (NAV)	17,2 (21,1)	10,9 (16,4)
Dor (Dor)	45,1 (39,4)	33,3 (33,2)
Dispneia (DIS)	11,2 (26,9)	9,7 (22,4)
Insônia (INS)	38,5 (41,4)	27,4 (34,7)
Perda de apetite (PAP)	20,9 (33,1)	21,1 (33,3)
Constipação (CON)	22,5 (35,0)	18,3 (29,9)
Diarréia (DIA)	6,9 (17,1)	9,7 (22,4)
Dificuldades financeiras (DIF)	25,7 (38,3)	14,3 (25,7)

No **Quadro 7**, em **T3**, os resultados das escalas funcionais para GI se mantiveram satisfatórias enquanto que para GC, além da escala desempenho de papel, a função emocional também teve um resultado regular. Nas escalas de sintomas, houve uma redução dos sintomas para GI, que ainda referiram dor, fadiga e insônia e para GC, os sintomas aumentaram, com exceção da perda de apetite e diarreia que diminuíram em relação ao **T1**.

Quadro 7- Média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas e Sintomas</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>
	<i>Média (Dp)</i>	<i>Média (Dp)</i>
Estado Geral de Saúde (EGS/QV)	77,4 (19,6)	81,3 (15,0)
Função física (FF)	60,8 (25,5)	78,4 (20,5)
Desempenho de papel (DP)	46,8 (34,2)	72,9 (30,1)
Função emocional (FE)	56,9 (28,3)	70,5 (26,7)
Função cognitiva (FC)	70,8 (26,4)	76,5 (29,7)
Função social (FS)	73,1 (30,5)	78,3 (27,4)
Fadiga (FAD)	46,5 (30,4)	26,4 (26,0)
Náuseas e vômitos (NAV)	20,8 (24,2)	10,7 (16,7)
Dor (Dor)	39,6 (42,2)	31,8 (32,1)
Dispneia (DIS)	13,9 (32,1)	8,8 (20,4)
Insônia (INS)	40,1 (40,6)	25,8 (37,5)
Perda de apetite (PAP)	15,9 (28,2)	8,8 (23,9)
Constipação (CON)	26,9 (33,3)	17,7 (31,3)
Diarreia (DIA)	4,1 (11,0)	6,6 (16,6)
Dificuldades financeiras (DIF)	33,2 (39,5)	16,9 (27,0)

As **Tabelas 14, 15 e 16** apresentam as frequências e percentagens dos escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB) da amostra por grupo (Controle e Intervenção) e total. Mostra também o Teste Exato de Fischer para evidenciar diferenças de depressão entre os grupos nos três momentos, significância $p < 0,05$.

Tabela 14 - Frequência e percentagem do IDB (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escores</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sem Depressão	63 (80,77)	52 (71,23)	115 (76,16)
Disforia	9 (11,54)	13 (17,81)	22 (14,57)
Depressão	6 (7,69)	8 (10,96)	14 (9,27)
Total	78 (100,0)	73 (100,0)	151 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,360

Tabela 15 - Frequência e percentagem do IDB (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escores</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sem Depressão	40 (65,57)	48 (82,76)	88 (73,95)
Disforia	13 (21,31)	5 (8,62)	18 (15,13)
Depressão	8 (13,11)	5 (8,52)	13 (10,92)
Total	61 (100,0)	58 (100,0)	119 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,086

Tabela 16 - Frequência e percentagem do IDB (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escores</i>	<i>GC</i>	<i>GI</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sem Depressão	29 (60,42)	39 (86,67)	68 (73,12)
Disforia	14 (29,17)	2 (4,44)	16 (17,20)
Depressão	5 (10,42)	4 (8,89)	9 (9,68)
Total	48 (100,0)	45 (100,0)	93 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,004*

Quanto ao **Objetivo 4**, visando comparar os domínios de QVRS e o IDB entre os grupos nos três momentos, os **Quadros 8, 9 e 10** apresentam o Teste de Mann-Whitney das escalas do instrumento QLQ-C30 entre os grupos Controle e Intervenção nos T1, T2 e T3, respectivamente, considerando significantes valores $p < 0,05$.

Verificou-se que em T1, houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para EGS/QV geral, função social e náuseas e vômitos, com o GC apresentando melhores escores para estas funções. Contudo, as diferenças encontradas em T2 para função física e em T3 para as funções física, emocional, desempenho de papel, fadiga e náuseas e vômitos, demonstram que os melhores escores ocorreram para o GI, indicando que estas escalas e sintomas melhoraram para este grupo.

Quadro 8- Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T1), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis GC/ GI</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV 1	2,612	0,0090*
FF 1	-0,440	0,6602
DP 1	-0,797	0,4255
FE 1	1,577	0,1148
FC 1	0,545	0,5860
FS 1	2,525	0,0116*
FAD 1	-0,181	0,8564
NAV 1	-2,166	0,0303*
Dor 1	-0,715	0,4743
DIS 1	-1,278	0,2013
INS 1	0,083	0,9336
PAP 1	-1,504	0,1327
CON 1	-1,929	0,0538
DIA 1	-0,459	0,6462
DIF 1	0,586	0,5578

* p< 0,05

Quadro 9- Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis GC/ GI</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV 2	0,686	0,4927
FF 2	-2,147	0,0318*
DP 2	-1,292	0,1963
FE 2	-0,565	0,5723
FC 2	-0,542	0,5881
FS 2	0,480	0,6314
FAD 2	1,434	0,1517
NAV 2	1,818	0,0690
Dor 2	1,587	0,1125
DIS 2	-0,083	0,9339
INS 2	1,358	0,1744
PAP 2	0,114	0,9094
CON 2	0,486	0,6268
DIA 2	-0,328	0,7431
DIF 2	1,421	0,1554

* p< 0,05

Quadro 10- Mann-Whitney test do instrumento QLQ-C30 (T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis GC/ GI</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV 3	-0,796	0,4259
FF 3	-3,515	0,0004*
DP 3	-3,611	0,0003*
FE 3	-2,265	0,0235*
FC 3	-1,549	0,1215
FS 3	-0,879	0,3796
FAD 3	3,264	0,0011*
NAV 3	2,232	0,0256*
Dor 3	0,399	0,6902
DIS 3	0,302	0,7623
INS 3	1,807	0,0707
PAP 3	1,698	0,0896
CON 3	1,768	0,0770
DIA 3	-0,498	0,9182
DIF 3	1,985	0,0472*

* $p < 0,05$

O **Quadro 11** apresenta o Teste de Mann-Whitney do instrumento IDB entre os grupos Controle e de Intervenção nos T1, T2 e T3, considerando significantes valores $p < 0,05$, que foram encontrados somente em T3, cujos pacientes ‘sem depressão’ foram maiores para o GI do que para o GC, mesmo considerando as perdas ocorridas, que serão apresentadas posteriormente.

Quadro 11- Mann-Whitney test do instrumento IDB (T1, T2 e T3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis GC/ GI</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
IDB1	-1,827	0,0677
IDB2	0,825	0,4093
IDB3	2,413	0,0158*

* $p < 0,05$

Com relação ao **Objetivo 5**, os **Quadros 12, 13 e 14** apresentam o Teste de Wilcoxon das escalas do instrumento QLQ-C30 nos grupos Controle e Intervenção, comparando os tempos T1xT2, T1xT3 e T2xT3, respectivamente, considerando significantes valores $p < 0,05$.

No **Quadro 12** de T1 para T2, diferenças estatisticamente significantes foram encontradas para o GC nas escalas de funções física, emocional e social, náuseas e vômitos e constipação, indicando uma diminuição nas funções e aumento dos sintomas, enquanto que para o GI não houve diferenças estatisticamente significantes nas escalas do instrumento.

Quadro 12- Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT2), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis</i>	<i>GC</i>		<i>GI</i>	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV1 x EGS/QV2	1,726	0,0844	-0,111	0,9120
FF1 x FF2	2,861	0,0042*	-0,539	0,5901
DP1 x DP2	1,272	0,2033	0,032	0,9742
FE1 x FE2	2,526	0,0115*	-0,855	0,3925
FC1 x FC2	0,627	0,5306	-1,385	0,1662
FS1 x FS2	2,461	0,0138*	-0,496	0,6202
FAD1 x FAD2	-2,984	0,0028	-0,305	0,7604
NAV1 x NAV2	-3,815	0,0001*	-1,123	0,2616
Dor1 x Dor2	-1,490	0,1363	1,053	0,2924
DIS1 x DIS2	-1,220	0,2226	0,043	0,9659
INS1 x INS2	-0,998	0,3182	0,337	0,7363
PAP1 x PAP2	-1,758	0,0787	0,130	0,8963
CON1 x CON2	-2,126	0,0335*	0,732	0,4644
DIA1 x DIA2	-1,093	0,2746	-0,523	0,6010
DIF1 x DIF2	0,549	0,5833	1,733	0,0832

* $p < 0,05$

No **Quadro 13**, de T1 para T3, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para o GC nas escalas de funções física, emocional, cognitiva, social e desempenho de papel, fadiga, náuseas e vômitos e constipação, novamente com diminuição das funções e aumento dos sintomas, e para o GI na função emocional, com aumento da mesma e de náuseas e vômitos, mostrando diminuição destes sintomas.

Quadro 13- Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT3), Grupos Controle e Intervenção– Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis</i>	<i>GC</i>		<i>GI</i>	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV1 x EGS/QV3	1,629	0,1032	-1,366	0,1719
FF1 x FF3	3,053	0,0023*	-0,468	0,6398
DP1 x DP3	2,066	0,0388*	-1,312	0,1896
FE1 x FE3	2,383	0,0172*	-2,305	0,0212*
FC1 x FC3	2,199	0,0279*	0,118	0,9059
FS1 x FS3	2,988	0,0028*	-0,319	0,7496
FAD1 x FAD3	-3,636	0,0003*	0,657	0,5111
NAV1 x NAV3	-3,943	0,0001*	-1,961	0,0499*
Dor1 x Dor3	-0,499	0,6175	0,240	0,8100
DIS1 x DIS3	-1,913	0,0557	0,517	0,6049
INS1 x INS3	-1,579	0,1144	-0,125	0,9008
PAP1 x PAP3	-0,890	0,3734	1,797	0,0723
CON1 x CON3	-2,490	0,0128*	0,810	0,4179
DIA1 x DIA3	0,000	1,0000	0,378	0,7057
DIF1 x DIF3	-1,859	0,0630	-0,527	0,5980

* p< 0,05

No **Quadro 14**, as diferenças estatisticamente significantes encontradas de T2 para T3 para o GC foram nas escalas de funções cognitiva e social, mostrando uma redução das mesmas, enquanto que para o GI novamente não houve diferenças estatisticamente significantes nas escalas.

Quadro 14- Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T2xT3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis</i>	<i>GC</i>		<i>GI</i>	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
EGS/QV2 x EGS/QV3	0,701	0,4835	-1,130	0,2586
FF2 x FF3	1,892	0,0584	0,954	0,3402
DP2 x DP3	1,563	0,1181	-1,212	0,2256
FE2 x FE3	1,593	0,1111	-0,546	0,5850
FC2 x FC3	2,127	0,0334*	0,882	0,3776
FS2 x FS3	2,062	0,0392*	0,038	0,9698
FAD2 x FAD3	-0,931	0,3518	-0,030	0,9758
NAV2 x NAV3	-1,531	0,1257	-0,106	0,9157
Dor2 x Dor3	0,804	0,4213	-1,037	0,2999
DIS2 x DIS3	-0,022	0,9828	0,291	0,7713
INS2 x INS3	-0,486	0,6269	-0,689	0,4909
PAP2 x PAP3	1,324	0,1854	2,504	0,0123
CON2 x CON3	-1,325	0,1851	-0,493	0,6221
DIA2 x DIA3	1,150	0,2500	0,398	0,6907
DIF2 x DIF3	-2,574	0,0101	-2,542	0,0110

* p< 0,05

O **Quadro 15** apresenta o Teste de Wilcoxon do instrumento IDB nos grupos Controle e Intervenção, comparando os tempos T1xT2, T1xT3 e T2xT3, considerando significantes valores $p < 0,05$.

As diferenças estatisticamente significantes foram encontradas de T1 para T2 e de T1 para T3 no GC e de T1 para T3 no GI.

Quadro 15- Wilcoxon test do instrumento QLQ-C30 (T1xT2, T1xT3 e T2xT3), Grupos Controle e Intervenção – Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Variáveis</i>	<i>GC</i>		<i>GI</i>	
	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
IDB1 x IDB2	-3,552	0,0004*	0,349	0,7270
IDB1 x IDB3	-2,922	0,0035*	2,053	0,0401*
IDB2 x IDB3	-0,521	0,6021	1,371	0,1705

* $p < 0,05$

Visando atender ao **Objetivo 6**, foram realizadas associações das variáveis: sexo, idade, religião, diagnóstico, metástase, realização e tipo de cirurgia e radioterapia com cada escala do QLQ-C30 nos grupos controle e intervenção nos três momentos, para avaliar se houve mudanças significativas com o tempo.

A variável sexo teve associações significantes com os escores de constipação nos tempos T1 para T3 e T2 para T3, no grupo controle, conforme mostram as **Tabelas 17 e 18**. Observou-se que dentre as mulheres, a constipação diminuiu ou permaneceu estável para metade delas e aumentou para a outra metade ao analisar do momento T1 para T3, e diminuiu para a maioria delas de T2 para T3, enquanto que para os homens, a constipação aumentou para a maioria deles, tanto de T1 para T3, quanto de T2 para T3.

Tabela 17 – Associação entre constipação e sexo no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
CON diminuiu ou ficou estável	20 (50,00)	10 (25,64)	30 (37,97)
CON aumentou	20 (50,00)	29 (74,36)	49 (62,03)
Total	40 (100,0)	39 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,037

Tabela 18 – Associação entre constipação e sexo no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
CON diminuiu ou ficou estável	25 (62,50)	9 (23,08)	34 (43,04)
CON aumentou	15 (37,50)	30 (76,92)	45 (56,96)
Total	40 (100,0)	39 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,001

Com o grupo intervenção, também ocorreu associações significantes com a variável sexo. As **Tabelas 19** e **20** mostram as associações com os escores de náuseas e vômitos, onde as mulheres apresentaram uma diminuição e os homens um aumento destes sintomas nos tempos de T1 para T3 e de T2 para T3.

Tabela 19 – Associação entre náuseas e vômitos e sexo no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
NAV diminuiu ou ficou estável	25 (55,56)	8 (28,57)	33 (45,21)
NAV aumentou	20 (44,44)	20 (71,43)	40 (54,79)
Total	45 (100,0)	28 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,031

Tabela 20 – Associação entre náuseas e vômitos e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
NAV diminuiu ou ficou estável	27 (60,00)	8 (28,57)	35 (47,95)
NAV aumentou	18 (40,00)	20 (71,43)	38 (52,05)
Total	45 (100,0)	28 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,015

O grupo intervenção também teve como significativa a associação do escore dor com a variável sexo do Tempo 2 para 3, conforme mostra a **Tabela 21**, que pouco mais da metade das mulheres referiram melhora da dor e a maioria dos homens relataram aumento.

Tabela 21 – Associação entre dor e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
Dor diminuiu ou ficou estável	23 (51,11)	6 (21,43)	29 (39,73)
Dor aumentou	22 (48,89)	22 (78,57)	44 (60,27)
Total	45 (100,0)	28 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,015

O escore perda de apetite associou-se com a variável sexo nos tempos 1 para 2 e 2 para 3 no grupo intervenção, e novamente as mulheres referiram melhora do sintoma e os homens, piora (**Tabelas 22 e 23**).

Tabela 22 – Associação entre perda de apetite e sexo no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	30 (66,67)	11 (39,29)	41 (56,16)
PAP aumentou	15 (33,33)	17 (60,71)	32 (43,84)
Total	45 (100,0)	28 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,030

Tabela 23 – Associação entre perda de apetite e sexo no Grupo Intervenção (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Feminino</i> <i>N (%)</i>	<i>Masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	31 (68,89)	11 (39,29)	42 (57,53)
PAP aumentou	14 (31,11)	17 (60,71)	31 (42,47)
Total	45 (100,0)	28 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,016

Com relação a variável faixa etária, no grupo controle houve várias associações significativas. Observa-se nas **Tabelas 24 e 25** que na faixa etária de 18 a 39 anos e de 60 a 79 anos houve uma diminuição ou estabilidade da função física enquanto que na faixa etária dos 40 aos 59 anos houve um aumento dos escores, significando melhora, tanto nos tempos 1 para 2 quanto 2 para 3.

Tabela 24 – Associação entre função física e faixa etária no Grupo Controle (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FF diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	19 (44,19)	23 (74,19)	1 (50,00)	46 (58,23)
FF aumentou	0 (0,00)	24 (55,81)	8 (25,81)	1 (50,00)	33 (41,77)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,013

Tabela 25 – Associação entre função física e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FF diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	13 (30,23)	16 (51,61)	1 (50,00)	33 (41,77)
FF aumentou	0 (0,00)	30 (69,77)	15 (48,39)	1 (50,00)	46 (58,23)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,026

Com relação à função emocional, os sujeitos do grupo controle nas faixas etárias de 18 a 39 anos e os acima dos 80 anos referiram uma diminuição ou estabilidade da função e nas faixas etárias de 40 a 59 e de 60 a 79 anos relataram um aumento da função emocional, significando uma melhora da mesma (**Tabela 26**).

Tabela 26 – Associação entre função emocional e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FE diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	15 (34,88)	13 (41,94)	2 (100,00)	33 (41,77)
FE aumentou	0 (0,00)	28 (65,12)	18 (58,06)	0 (0,00)	46 (58,23)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,039

Os sujeitos do grupo controle na faixa etária dos 40 aos 59 anos apresentaram aumento no escore dispnéia de T1 para T3 (**Tabela 27**) e aumento no escore perda de apetite de T1

para T3 e T2 para T3 (**Tabelas 28 e 29**), significando um aumento do sintoma. Enquanto que nas demais faixas etárias houve uma diminuição ou estabilidade com relação à presença destes sintomas.

Tabela 27 – Associação entre dispnéia e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
DIS diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	18 (41,86)	19 (61,29)	2 (100,00)	42 (53,16)
DIS aumentou	0 (0,00)	25 (58,14)	12 (38,71)	0 (0,00)	37 (46,84)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,046

Tabela 28 – Associação entre perda de apetite e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	14 (32,56)	19 (61,29)	2 (100,00)	38 (48,10)
PAP aumentou	0 (0,00)	29 (67,44)	12 (38,71)	0 (0,00)	41 (51,90)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,004

Tabela 29 – Associação entre perda de apetite e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	18 (41,86)	20 (64,52)	2 (100,00)	43 (54,43)
PAP aumentou	0 (0,00)	25 (58,14)	11 (35,48)	0 (0,00)	36 (45,57)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,028

Os escores de dificuldades financeiras também tiveram associações significativas com a faixa etária, as dificuldades financeiras aumentaram no grupo controle para os sujeitos entre 40 e 59 e entre 60 e 79 anos e ficaram estáveis ou diminuíram para os sujeitos com menos de 40 ou acima de 80 anos, nos tempos 1 para 3 (**Tabela 30**) e 2 para 3 (**Tabela 31**).

Tabela 30 – Associação entre dificuldades financeiras e faixa etária no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
DIF diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	15 (34,88)	13 (41,94)	2 (100,00)	33 (41,77)
DIF aumentou	0 (0,00)	28 (65,12)	18 (58,06)	0 (0,00)	46 (58,23)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,039

Tabela 31 – Associação entre dificuldades financeiras e faixa etária no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> ≥ 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
DIF diminuiu ou ficou estável	3 (100,00)	15 (34,88)	14 (45,16)	2 (100,00)	34 (43,04)
DIF aumentou	0 (0,00)	28 (65,12)	17 (54,84)	0 (0,00)	45 (56,96)
Total	3 (100,0)	43 (100,0)	31 (100,0)	2 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,035

Para o grupo de intervenção, as associações significativas ocorridas com a variável faixa etária foram: fadiga e dor de T1 para T3 e náuseas e vômitos de T1 para T2 (**Tabelas 32, 33 e 34**, respectivamente). Os sujeitos com menos de 40 anos relataram aumento dos três sintomas, os na faixa etária entre 40 e 59 anos referiram aumento da fadiga e da dor e diminuição das náuseas e vômitos, e os entre 60 e 79 anos tiveram diminuição ou estabilidade dos sintomas fadiga e dor e aumento das náuseas e vômitos.

Tabela 32 – Associação entre fadiga e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FAD diminuiu ou ficou estável	0 (0,00)	17 (42,50)	16 (59,26)	33 (45,21)
FAD aumentou	6 (100,00)	23 (57,50)	11 (40,74)	40 (54,79)
Total	6 (100,0)	40 (100,0)	27 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,024

Tabela 33 – Associação entre dor e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
Dor diminuiu ou ficou estável	0 (0,00)	14 (35,00)	15 (55,56)	29 (39,73)
Dor aumentou	6 (100,00)	26 (65,00)	12 (44,44)	44 (60,27)
Total	6 (100,0)	40 (100,0)	27 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,021

Tabela 34 – Associação entre náuseas e vômitos e faixa etária no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Faixa etária</i> 18 — 40 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 40 — 60 anos <i>N (%)</i>	<i>Faixa etária</i> 60 — 80 anos <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
NAV diminuiu ou ficou estável	2 (33,33)	28 (70,00)	12 (44,44)	42 (57,53)
NAV aumentou	4 (66,67)	12 (30,00)	15 (55,56)	31 (42,47)
Total	6 (100,0)	40 (100,0)	27 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,045

A **Tabela 35** mostra a associação entre a variável diagnóstico (localização do tumor) e a função física para o grupo intervenção de T1 para T2, observa-se que os escores aumentaram para aqueles diagnosticados com cânceres gástricos, intestinais, ginecológico (útero, ovário), de cabeça e pescoço e com leucemias ou linfomas, e para os demais tipos de cânceres diminuíram ou permaneceram estáveis.

Tabela 35 – Associação entre função física e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Mama</i> <i>N (%)</i>	<i>Gástrico</i> <i>N (%)</i>	<i>Intestinal</i> <i>N (%)</i>	<i>Ginecoló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Pulmão/ mediast.</i> <i>N (%)</i>	<i>Reprodutor masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Cabeça, pescoço</i> <i>N (%)</i>	<i>Neuroló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Leucemia/ linfoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Pele/ melanoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FF diminuiu ou ficou estável	17 (70,83)	2 (33,33)	5 (41,67)	4 (40,00)	4 (66,67)	3 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (20,00)	1 (50,00)	38 (52,05)
FF aumentou	7 (29,17)	4 (66,67)	7 (58,33)	6 (60,00)	2 (33,33)	0 (0,00)	4 (100,00)	0 (0,00)	4 (80,00)	1 (50,00)	35 (47,95)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,047

A insônia aumentou significativamente de T1 para T2 no grupo intervenção para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço e diminuíram ou estabilizaram para os cânceres de mama, do aparelho reprodutor masculino, neurológico e leucemia/ linfoma (**Tabela 36**), e de T1 para T3 para os pacientes com câncer gástrico, ginecológico (útero, ovário), de pulmão/ mediastino, de cabeça e pescoço, câncer neurológico, leucemia/ linfoma e câncer de pele/ melanoma e diminuíram ou permaneceram estáveis para câncer de mama, de intestino e do aparelho reprodutor masculino (**Tabela 37**).

Tabela 36 – Associação entre insônia e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Mama</i> <i>N (%)</i>	<i>Gástrico</i> <i>N (%)</i>	<i>Intestinal</i> <i>N (%)</i>	<i>Ginecoló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Pulmão/ mediast.</i> <i>N (%)</i>	<i>Reprodutor masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Cabeça, pescoço</i> <i>N (%)</i>	<i>Neuroló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Leucemia/ linfoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Pele/ melanoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
INS diminuiu ou ficou estável	19 (79,17)	3 (50,00)	6 (50,00)	5 (50,00)	3 (50,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	5 (100,00)	1 (50,00)	46 (63,01)
INS aumentou	5 (20,83)	3 (50,00)	6 (50,00)	5 (50,00)	3 (50,00)	0 (0,00)	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	27 (36,99)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,024

Tabela 37 – Associação entre insônia e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Mama</i> <i>N (%)</i>	<i>Gástrico</i> <i>N (%)</i>	<i>Intestinal</i> <i>N (%)</i>	<i>Ginecoló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Pulmão/ mediast.</i> <i>N (%)</i>	<i>Reprodutor masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Cabeça, pescoço</i> <i>N (%)</i>	<i>Neuroló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Leucemia/ linfoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Pele/ melanoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
INS diminuiu ou ficou estável	16 (66,67)	2 (33,33)	7 (58,33)	4 (40,00)	2 (33,33)	3 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	35 (47,95)
INS aumentou	8 (33,33)	4 (66,67)	5 (41,67)	6 (60,00)	4 (66,67)	0 (0,00)	4 (100,00)	1 (100,00)	4 (80,00)	2 (100,00)	38 (52,05)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,050

A perda de apetite aumentou para os pacientes com cânceres ginecológico (útero, ovário) e de cabeça e pescoço no grupo intervenção de T1 para T2 e diminuíram ou permaneceram estáveis para câncer de mama, intestino, pulmão, neurológico, e leucemia/linfoma, significando uma melhora da perda de apetite (**Tabela 38**).

Tabela 38 – Associação entre perda de apetite e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Mama</i> <i>N (%)</i>	<i>Gástrico</i> <i>N (%)</i>	<i>Intestinal</i> <i>N (%)</i>	<i>Ginecoló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Pulmão/ mediast.</i> <i>N (%)</i>	<i>Reprodutor masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Cabeça, pescoço</i> <i>N (%)</i>	<i>Neuroló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Leucemia/ linfoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Pele/ melanoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	19 (79,17)	3 (50,00)	7 (58,33)	4 (40,00)	4 (66,67)	2 (66,67)	0 (0,00)	1 (100,00)	5 (100,00)	1 (50,00)	46 (63,01)
PAP aumentou	5 (20,83)	3 (50,00)	5 (41,67)	6 (60,00)	2 (33,33)	1 (33,33)	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	27 (36,99)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,036

Ainda no grupo intervenção, a constipação teve um aumento para os pacientes com cânceres de cabeça e pescoço e de pele/ melanoma de T1 para T2 e teve uma diminuição ou

estabilizou para câncer de mama, intestino, ginecológico, pulmão, câncer do aparelho reprodutor masculino, neurológico, leucemia/ linfoma, indicando melhora (**Tabela 39**).

Tabela 39 – Associação entre constipação e diagnóstico (localização do tumor) no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Mama</i> <i>N (%)</i>	<i>Gástrico</i> <i>N (%)</i>	<i>Intestinal</i> <i>N (%)</i>	<i>Ginecoló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Pulmão/ mediast.</i> <i>N (%)</i>	<i>Reprodutor masculino</i> <i>N (%)</i>	<i>Cabeça, pescoço</i> <i>N (%)</i>	<i>Neuroló- gico</i> <i>N (%)</i>	<i>Leucemia/ linfoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Pele/ melanoma</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
CON diminuiu ou ficou estável	15 (62,50)	3 (50,00)	10 (83,33)	8 (80,00)	4 (66,67)	3 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	5 (100,00)	0 (0,00)	49 (67,12)
CON aumentou	9 (37,50)	3 (50,00)	2 (16,67)	2 (20,00)	2 (33,33)	0 (0,00)	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (100,00)	24 (32,88)
Total	24 (100,0)	6 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)	4 (100,0)	1 (100,0)	5 (100,0)	2 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,017

Os pacientes com metástase do grupo controle apresentaram associações significantes, com aumento da função física e do desempenho de papel de T2 para T3 (**Tabelas 40 e 41**) significando melhora das funções, enquanto que os não metastáticos obtiveram uma diminuição destas mesmas funções. Porém, os metastáticos também tiveram um aumento da insônia de T2 para T3 (**Tabela 42**), indicando uma piora do sintoma, e pouco mais da metade dos pacientes sem metástases tiveram uma melhora deste mesmo sintoma.

Tabela 40 – Associação entre função física e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Com Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Sem Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FF diminuiu ou ficou estável	5 (23,81)	31 (53,45)	36 (45,57)
FF aumentou	16 (76,19)	27 (46,55)	43 (54,43)
Total	21 (100,0)	58 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,023

Tabela 41 – Associação entre desempenho de papel e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Com Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Sem Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
DP diminuiu ou ficou estável	6 (28,57)	32 (55,17)	38 (48,10)
DP aumentou	15 (71,43)	26 (44,83)	41 (51,90)
Total	21 (100,0)	58 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,044

Tabela 42 – Associação entre insônia e metástase no Grupo Controle (T2→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T2</i>	<i>Com Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Sem Metástase</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
INS diminuiu ou ficou estável	6 (28,57)	32 (55,17)	38 (48,10)
INS aumentou	15 (71,43)	26 (44,83)	41 (51,90)
Total	21 (100,0)	58 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,044

A insônia também apresentou associação significativa no grupo controle, ocorrendo um aumento deste sintoma para os pacientes que não realizaram cirurgia, quando comparado aos que realizaram, no T1 para T3 (**Tabela 43**).

Tabela 43 – Associação entre insônia e cirurgia no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Realizou</i> <i>Cirurgia</i> <i>N (%)</i>	<i>Não realizou</i> <i>Cirurgia</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
INS diminuiu ou ficou estável	30 (50,85)	4 (20,00)	34 (43,04)
INS aumentou	29 (49,15)	16 (80,00)	45 (56,96)
Total	59 (100,0)	20 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,019

No grupo controle, tanto os pacientes que realizaram quanto os que não realizaram radioterapia apresentaram aumento nos escores de fadiga de T1 para T3, sendo que os pacientes irradiados tiveram um aumento maior do que os não irradiados (**Tabela 44**). Os pacientes que realizaram radioterapia também referiram aumento da perda de apetite de T1 para T2 (**Tabela 45**), indicando aumento destes sintomas.

Tabela 44 – Associação entre fadiga e radioterapia no Grupo Controle (T1→T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3-T1</i>	<i>Realizou</i> <i>Radioterapia</i> <i>N (%)</i>	<i>Não realizou</i> <i>Radioterapia</i> <i>N (%)</i>	<i>Total</i> <i>N (%)</i>
FAD diminuiu ou ficou estável	2 (8,00)	17 (31,48)	19 (24,05)
FAD aumentou	23 (92,00)	37 (68,52)	60 (75,95)
Total	25 (100,0)	54 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,025

Tabela 45 – Associação entre perda de apetite e radioterapia no Grupo Controle (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Não realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	10 (40,00)	36 (66,67)	46 (58,23)
PAP aumentou	15 (60,00)	18 (33,33)	33 (41,77)
Total	25 (100,0)	54 (100,0)	79 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,030

Enquanto que para o grupo intervenção, os pacientes que realizaram radioterapia apresentaram aumento nos escores de náuseas e vômitos de T1 para T2 (**Tabela 46**), aumento da insônia de T1 para T2 (**Tabela 47**) e aumento de perda de apetite de T1 para T2 (**Tabela 48**), significando aumento destes sintomas, quando comparados aos não irradiados que relataram diminuição ou estabilidades destes mesmos sintomas.

Tabela 46 – Associação entre náuseas e vômitos e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Não realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
NAV diminuiu ou ficou estável	6 (35,29)	36 (64,29)	42 (57,53)
NAV aumentou	11 (64,71)	20 (35,71)	31 (42,47)
Total	17 (100,0)	56 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,050

Tabela 47 – Associação entre insônia e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Não realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
INS diminuiu ou ficou estável	5 (29,41)	41 (73,21)	46 (63,01)
INS aumentou	12 (70,59)	15 (26,79)	27 (36,99)
Total	17 (100,0)	56 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,002

Tabela 48 – Associação entre perda de apetite e radioterapia no Grupo Intervenção (T1→T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T2-T1</i>	<i>Realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Não realizou Radioterapia N (%)</i>	<i>Total N (%)</i>
PAP diminuiu ou ficou estável	5 (29,41)	41 (73,21)	46 (63,01)
PAP aumentou	12 (70,59)	15 (26,79)	27 (36,99)
Total	17 (100,0)	56 (100,0)	73 (100,0)

Teste Exato de Fisher = 0,002

Para as variáveis religião e tipo de cirurgia não foram encontradas associações significativas com as escalas do QLQ-C30.

Também foram realizadas associações das escalas do IDB com as variáveis sexo, faixa etária, religião, diagnóstico, metástase, realização e tipo de cirurgia e radioterapia nos grupos controle e intervenção nos três tempos.

Não foram encontradas associações significantes com o grupo controle em nenhum dos três tempos, enquanto que com o grupo intervenção houve associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre as escalas do IDB com o tipo de cirurgia realizada, nos três tempos, como demonstrado nas **Tabelas 49, 50 e 51**.

Em T1, os pacientes, que não realizaram cirurgia e aqueles que realizaram cirurgias para retirada de tumor e retirada parcial do órgão afetado, foram os que apresentaram depressão, porém houve uma diminuição tanto para os que não operaram quanto para os que realizaram retirada do tumor, no decorrer do tempo.

Tabela 49– Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T1), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas IDB</i>	<i>Não realizaram</i>	<i>Biópsia</i>	<i>Retirada de tumor</i>	<i>Retirada parcial do órgão afetado</i>	<i>Retirada total do órgão afetado</i>	<i>Cirurgia paliativa</i>	<i>Transplante</i>	<i>Total N (%)</i>
Sem	11	14	2	11	13	1	0	52
Depressão	(73,33)	(93,33)	(22,22)	(73,33)	(86,67)	(33,33)	(0,00)	(71,23)
Disforia	2	1	3	2	2	2	1	13
	(13,33)	(6,67)	(33,33)	(13,33)	(13,33)	(66,67)	(100,00)	(17,81)
Depressão	2	0	4	2	0	0	0	8
	(13,33)	(0,00)	(44,44)	(13,33)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(10,96)
Total N	15	15	9	15	15	3	1	73
(%)	(100,00)	(100,00)	(100,00)	(100,00)	(100,00)	(100,00)	(100,00)	(100,00)

Teste Exato de Fisher = 0,002

Tabela 50 – Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T2), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas IDB</i>	<i>Não realizaram</i>	<i>Biópsia</i>	<i>Retirada de tumor</i>	<i>Retirada parcial do órgão afetado</i>	<i>Retirada total do órgão afetado</i>	<i>Cirurgia paliativa</i>	<i>Transplante</i>	<i>Total N (%)</i>
Sem	10	10	2	11	12	2	1	48
Depressão	(83,33)	(100,00)	(28,57)	(91,67)	(85,71)	(100,00)	(100,00)	(82,76)
Disforia	0	0	3	1	1	0	0	5
	(00,00)	(0,00)	(42,86)	(8,33)	(7,14)	(00,00)	(0,00)	(8,62)
Depressão	2	0	2	0	1	0	0	5
	(16,67)	(0,00)	(28,57)	(00,00)	(7,14)	(0,00)	(0,00)	(8,62)
Total N (%)	12 (100,00)	10 (100,00)	7 (100,00)	12 (100,00)	14 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	58 (100,00)

Teste Exato de Fisher = 0,035

Tabela 51 – Associação entre escalas do IDB com tipo de cirurgia – Grupo Intervenção (T3), Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>Escalas IDB</i>	<i>Não realizaram</i>	<i>Biópsia</i>	<i>Retirada de tumor</i>	<i>Retirada parcial do órgão afetado</i>	<i>Retirada total do órgão afetado</i>	<i>Cirurgia paliativa</i>	<i>Transplante</i>	<i>Total N (%)</i>
Sem	8	8	2	9	11	1	0	39
Depressão	(88,89)	(100,00)	(40,00)	(81,82)	(100,00)	(100,00)	(0,00)	(86,67)
Disforia	0	0	2	0	0	0	0	2
	(00,00)	(0,00)	(40,00)	(0,00)	(0,00)	(00,00)	(0,00)	(4,44)
Depressão	1	0	1	2	0	0	0	4
	(11,11)	(0,00)	(20,00)	(18,18)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(8,89)
Total N (%)	9 (100,00)	8 (100,00)	5 (100,00)	11 (100,00)	11 (100,00)	1 (100,00)	0 (100,00)	45 (100,00)

Teste Exato de Fisher = 0,034

Também foram avaliadas as perdas do IDB de T1 para T2 e para T3 nos grupos controle e intervenção, conforme mostram as **Tabelas 52 e 53**.

No GC, as perdas de T1 para T2 foram de 13 pacientes e de T2 para T3 foram de 17 pacientes, e no GI, as perdas foram de 13 e 15 pacientes de T1 para T2 e de T2 para T3, respectivamente. Perdas estas, semelhantes entre os grupos, com o total de 30 para o GC e 28 para o GI, decorrentes de casos de óbitos, complicações que dificultaram a permanência no estudo e desistências.

Tabela 52 – Controle das perdas no IDB – Grupo Controle, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3</i>	<i>Sem</i>			<i>Perda</i>	<i>Perda</i>	
<i>T1</i>	<i>depressão</i>	<i>Disforia</i>	<i>Depressão</i>	<i>1→2</i>	<i>2→3</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sem Depressão	27	11	3	9	13	63
	(42,86)	(17,46)	(4,76)	(14,29)	(20,63)	(100,00)
Disforia	1	2	0	4	2	9
	(11,11)	(22,22)	(0,00)	(44,44)	(22,22)	(100,00)
Depressão	1	1	2	0	2	6
	(16,67)	(16,67)	(33,33)	(0,00)	(33,33)	(100,00)
Total N (%)	29	14	5	13	17	78
	(37,18)	(17,95)	(6,41)	(16,67)	(21,79)	(100,00)

Tabela 53 – Controle das perdas no IDB – Grupo Intervenção, Ribeirão Preto, 2009-2011.

<i>T3</i>	<i>Sem</i>			<i>Perda</i>	<i>Perda</i>	
<i>T1</i>	<i>depressão</i>	<i>Disforia</i>	<i>Depressão</i>	<i>1→2</i>	<i>2→3</i>	<i>Total</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sem Depressão	36	0	0	8	8	52
	(69,23)	(0,00)	(0,00)	(15,38)	(15,38)	(100,00)
Disforia	3	1	1	4	4	13
	(23,08)	(7,69)	(7,69)	(30,77)	(30,77)	(100,00)
Depressão	0	1	3	1	3	8
	(0,00)	(12,50)	(37,50)	(12,50)	(37,50)	(100,00)
Total N (%)	39	2	4	13	15	73
	(53,42)	(2,74)	(5,48)	(17,81)	(20,55)	(100,00)

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas predominantes encontradas para a amostra total e por grupo (baseline) deste estudo foram mulheres, na faixa etária entre 40 e 59 anos, casadas, aposentadas ou donas de casa, residentes em Ribeirão Preto, com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental) e de religião católica, o que caracteriza o atendimento realizado pelo SUS.

Os tipos de cânceres mais frequentes encontrados neste estudo para a amostra total e para o Grupo Controle foram: de mama, intestinais e gástricos, e para o Grupo Intervenção foram: de mama, intestino e ginecológico.

Além da quimioterapia, outros tratamentos também foram realizados, como a cirurgia para a maioria dos pacientes deste estudo (76,97%) e a radioterapia para 27,67% dos pacientes.

Com relação à quimioterapia, encontramos diversos protocolos utilizados, mostrando que para diferentes tipos e estágios do câncer e de acordo com a especificidade do paciente foram adotados esquemas terapêuticos que visassem melhor recuperação destes pacientes, individualizando assim o tratamento.

Quanto aos efeitos colaterais relacionados à quimioterapia apresentadas pelos pacientes observamos que a maioria deles, tanto na amostra total quanto nos grupos (GC e GI) apresentaram sintomas gastrointestinais e físicos como náuseas, vômitos, constipação, diarreia, mal-estar, fraqueza, tontura e outros.

Na descrição da amostra total (baseline) segundo sexo foi encontrado associações estatisticamente significantes com as características: estado civil, profissão, diagnóstico, metástase, radioterapia e efeitos colaterais da quimioterapia.

Encontramos que entre os homens, a maioria era casado e entre os gêneros, haviam mais homens casados do que mulheres, que se destacaram por não possuírem parceiro, sendo na sua maioria solteira, viúva ou divorciada/amasiada.

Quanto à profissão, pouco mais da metade das mulheres eram donas de casa e aposentadas, enquanto que em relação aos homens, pouco mais de um terço eram aposentados e os demais estavam na ativa, trabalhando principalmente como autônomos ou informalmente.

Na associação entre sexo e diagnóstico, os tipos de cânceres mais frequentes encontrados entre as mulheres foram: de mama, intestino e ginecológico (útero, ovário) e entre os homens, os intestinais, gástricos e de pulmão, corroborando com os dados das estimativas apresentadas pelo INCA (2011), estes tipos de câncer encontrados estão entre os cinco mais frequentes tanto para o Brasil quanto para o estado de São Paulo.

O câncer metastático e a realização de radioterapia foram pouco frequentes na amostra estudada, porém a incidência de metástase e a realização de radioterapia foram maiores nos homens do que nas mulheres.

As mulheres apresentaram mais efeitos colaterais da quimioterapia do que os homens e os principais referidos por ambos foram os sintomas gastrointestinais associados aos sintomas físicos.

As associações segundo faixa etária foram significativas com as variáveis: estado civil, profissão, nível de escolaridade e diagnóstico. Entre os 18 e 19 anos, destacaram-se os solteiros, comerciantes e vendedores, com ensino superior e com câncer ginecológico (útero, ovário), de mama e intestino. Dos 40 aos 59 anos, a maioria dos pacientes era casado, trabalhavam no lar e no comércio, cursaram o nível fundamental, com câncer intestinal e de mama. Os pacientes na faixa etária entre 60 e 79 anos também eram na sua maioria casados, aposentados e donas de casa, com ensino fundamental e com cânceres intestinais e de pulmão. Acima dos 80 anos, haviam dois pacientes, um era casado e outro viúvo, um aposentado e

outro do lar, ambos com ensino fundamental, e um com câncer intestinal e outro com câncer do aparelho reprodutor masculino.

A caracterização da amostra é semelhante a outros estudos (PAIVA, 2006; SAWADA et al., 2010; SAWADA et al., 2009) também realizados na cidade de Ribeirão Preto que avaliaram a QVRS através do instrumento QLQ-C30, de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico adjuvante.

Estudos de outros países também corroboram com este, como o realizado nos EUA por Deimling et al. (2006), que examinou as preocupações de saúde relacionadas ao câncer em adulto idoso, cuja maioria da amostra foi composta por mulheres casadas, os tipos de cânceres estudados foram de mama, próstata e colorretal, e tiveram uma combinação de terapias: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

Em estudo sobre o uso de Medicina Complementar e Alternativa (MCA), os cânceres mais frequentes foram colorretal, mama e pulmão, e além da quimioterapia, os pacientes também realizaram outros tratamentos como cirurgia e radioterapia (YANG; CJIEN; TAI, 2008). Courneya et al. (2003) em seu estudo realizado no Canadá, teve sua amostra composta por maioria de mulheres, casadas; os cânceres mais frequentes foram de mama, cólon e ovário, e os pacientes realizaram cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

O estudo de Elliott et al. (2004) analisou o impacto de oito condições clínicas crônicas comuns na QVRS de pacientes com câncer, medido pelo FLIC (Functional Living Index-Cancer) em 14 comunidades do norte central dos EUA. A amostra foi predominantemente caucasianos (96,0%), casados ou co-habitantes (61,0%), mulheres (83,5%), típica daquela população regional. Metade dos pacientes com câncer colorretal eram mulheres, dois terços da amostra tinham câncer de mama (65,9%) e um terço havia realizado cirurgia primária (32,6%).

A amostra do estudo de Esbensen, Osterlind e Hallberg (2007) também foi caracterizada por mulheres, com uma média de nove anos de estudo. No Brasil, em 2009, a média de escolaridade era de 7,1 anos de estudo nas pessoas de 25 anos ou mais, o que representa uma escolaridade abaixo da conclusão do ensino fundamental (IBGE, 2010); isto requer maior atenção do profissional de saúde nos processos educativos, adequando a linguagem ao nível de entendimento dos pacientes, principalmente nas orientações sobre prevenção terciária e detecção precoce de recidivas (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Este estudo encontrou que os parâmetros fisiológicos verificados (PA, FC e FR) diminuíram após o relaxamento com imagem guiada. Segundo Carlson e Bultz (2008), o relaxamento com imagem guiada causa um conjunto de reações fisiológicas, que incluem a diminuição da frequência cardíaca e respiratória e da pressão arterial, além de estimular a função imune e reduzir a dor e o estresse.

Neste estudo, nos pacientes do GC, segundo os escores do instrumento QLQ-C30, a função de desempenho de papel foi a mais prejudicada e os sintomas de dor, fadiga, insônia, perda de apetite e constipação foram mais frequentes. Para o GI, que recebeu a intervenção de relaxamento com imagem guiada, as escalas funcionais foram satisfatórias, porém este grupo também relatou presença dos sintomas de dor, fadiga, insônia e perda de apetite.

Nas comparações entre os grupos, em T1, as diferenças estatisticamente significantes encontradas foram para EGS/QV geral, função social e náuseas e vômitos, com o GC apresentando melhores escores do que o GI antes da intervenção. Em T2 para função física e em T3 para as funções física e emocional, desempenho de papel, fadiga e náuseas e vômitos, com o GI apresentando melhora nestes escores após a intervenção de relaxamento com imagem guiada, sugerindo que a intervenção trouxe benefícios ao GI.

Comparando as modificações entre os três tempos em cada grupo, para o GC, de T1 para T2 houve diferenças estatisticamente significantes nas escalas de funções física,

emocional, social, náuseas e vômitos e constipação; de T1 para T3 ocorreu diferenças nas cinco escalas funcionais e nas escalas de sintomas fadiga, náuseas e vômitos e constipação, e de T2 para T3, as diferenças foram nas escalas de funções cognitiva e social, demonstrando que para estas escalas funcionais houve uma diminuição significativa nos escores, ou seja, um detrimento das funções e para as escalas de sintomas houve um aumento dos sintomas relatados pelos pacientes.

Para o GI, as diferenças estatisticamente significantes encontradas ocorreram somente de T1 para T3 na escala de função emocional, indicando uma melhora significativa da mesma, e na escala de sintoma náuseas e vômitos, representando uma diminuição da presença deste sintoma.

Nas associações das escalas do QLQ-C30 com as características sócio-demográficas e clínico-terapêuticas da amostra, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos dois grupos.

No GC, estas diferenças foram nas associações de sexo com constipação, com os homens referindo aumento da constipação; da faixa etária com as funções física e emocional, dispneia, perda de apetite e dificuldades financeiras, nos quais observaram-se piora, na faixa etária de 18 a 39 anos para as funções física e emocional, entre os 40 e 59 anos para dispneia, perda de apetite e dificuldades financeiras, entre os 60 e 79 anos para função física e dificuldades financeiras e para os acima de 80 anos para função emocional.

A metástase associou-se significativamente com função física, desempenho de papel e insônia, com os pacientes metastáticos relatando aumento da insônia e os não metastáticos, uma diminuição ou estabilidade da função física e desempenho de papel. Na associação com realização de cirurgia e radioterapia, os pacientes que não realizaram cirurgia tiveram um aumento da insônia, a fadiga aumento tanto para os irradiados quanto para os não irradiados, e a perda de apetite aumentou para os pacientes que realizaram radioterapia.

As associações para o GI ocorreram com a variável sexo para náuseas e vômitos, dor e perda de apetite, com as mulheres referindo diminuição destes sintomas. Com a faixa etária, observou-se melhora das náuseas e vômitos para os pacientes na faixa entre 40 e 59 anos e da fadiga e dor para os pacientes entre 60 e 79 anos.

Também ocorreram associações significativas entre a variável diagnóstico (localização do tumor) e a função física, insônia, perda de apetite e constipação, que aumentaram para alguns tipos de cânceres e diminuíram para outros. Com relação à radioterapia, os pacientes não irradiados relataram diminuição ou estabilidade das náuseas e vômitos, insônia e perda de apetite.

Quanto ao IDB, tanto para o GC quanto para o GI, a maioria dos pacientes estava 'sem depressão' nos três momentos. Na comparação entre os grupos, as diferenças foram significantes somente em T3, com mais pacientes 'sem depressão' no GI. Na comparação entre os tempos, as diferenças estatisticamente significantes encontradas para GC foram de T1 para T2 e de T1 para T3 e para o GI de T1 para T3.

Nas associações do IDB com as características sócio-demográficas e clínico-terapêuticas da amostra, no GI foram encontradas como estatisticamente significantes, a associação entre o IDB com o tipo de cirurgia realizada nos três tempos, cujos pacientes que não realizaram cirurgia e os que realizaram cirurgia para retirada de tumor e retirada parcial do órgão afetado apresentaram 'depressão' e ocorrendo uma diminuição para os que não realizaram e os que realizaram a retirada de tumor, com o tempo.

No estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010) que analisou a QVRS de mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia, a média do EGS/QV encontrada foi de 71,43, considerada satisfatória, assim como as funções física e social, e apresentaram déficits na função emocional e mais sintomas de náuseas e vômitos, fadiga, constipação e dor, além de relatarem dificuldades financeiras.

Outro estudo que avaliou a QVRS de pacientes com câncer durante a quimioterapia, também encontrou a QVRS relativamente boa no início da quimioterapia, contudo depois de três e seis meses de tratamento, observaram que ela foi significativamente pior, também detectaram prejuízo nas funções sexual e física (SAEVARSDOTTIR; FRIDRIKSDOTTIR; GUNNARSDOTTIR, 2010).

Mulheres com câncer colorretal também se destacaram negativamente no estudo de Nicolussi e Sawada (2009) que avaliou a QVRS dos pacientes em terapia adjuvante, elas apresentaram piores escores para as funções emocional e cognitiva e com mais sintomas de dor, insônia, fadiga, constipação e perda de apetite do que os homens.

Com relação à faixa etária, o estudo de Silva, Albuquerque e Leite (2010) encontrou diferenças significativas entre os grupos de idade, na escala EGS/QV o grupo de mulheres de 30 anos avaliou a QVRS de forma mais positiva do que o grupo de 60 anos. A diarreia foi mais frequente nos grupos com 30 anos (Média=49,99) e 50 anos (Média=28,52) e as dificuldades financeiras foram mais relatadas nos grupos de 40 e 30 anos (Médias= 61,90 e 49,99, respectivamente).

Outro estudo que analisou a QVRS de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, encontrou que as dificuldades financeiras, perda de apetite e náuseas e vômitos causaram maior impacto negativo na faixa etária de 40 a 60 anos, principalmente nas mulheres (SILVEIRA et al., 2011).

Heydarnejad, Dehkordi e Dehkordi (2011) encontraram que o câncer gastrointestinal foi o mais comum em seu estudo e os pacientes apresentaram problemas em relação ao medo sobre o futuro, pensamento sobre a doença e suas consequências, impaciência e depressão; a QVRS foi favorável na maioria dos pacientes e este estudo também encontrou relação entre fadiga e QVRS nos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, ou seja, quanto mais intensa a fadiga, pior foi a QVRS relatada pelos pacientes.

O estudo que avaliou a QVRS de pacientes com glioma também encontrou que estes pacientes apresentaram déficits nas cinco funções do QLQ-C30 (emocional, social, cognitiva, física e funcional), além da presença dos sintomas de fadiga, dor, perda de apetite, insônia e náuseas e vômitos (CHENG et al., 2010).

Tsunoda et al. (2010) avaliaram a QVRS de pacientes com câncer colorretal recebendo quimioterapia, encontraram mudanças significantes no decorrer do tratamento, com déficits na função cognitiva, dispneia, insônia, constipação e diarreia.

Nicoussi e Sawada (2009) também analisaram a QVRS de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante, encontraram o EGS/ QV geral como satisfatória (média = 79,13) e como domínio afetado a função emocional além dos sintomas de dor, insônia e fadiga.

O estudo de Von Gruenigen et al. (2009) avaliou os fatores que contribuem para a diminuição da QVRS de mulheres com câncer ginecológico e que as dividiu em quatro subgrupos (quartis) de acordo com o resultado da QVRS, encontrou que para as mulheres cujo QV total estava no quartil inferior (Q1), os resultados demonstraram que as quedas são devido às diferenças consideráveis em questões específicas, incluindo náuseas, dor, sensação de mal-estar e ser incomodado pelos efeitos colaterais do tratamento. Acreditam que o fato de que praticamente não houve diferenças no bem-estar social entre estes subgrupos de mulheres corrobora a hipótese principal de que prejuízos na QVRS são específicos para a doença e tratamento e não refletem uma deficiência generalizada da QV e que intervenções simples que melhorem os sintomas físicos podem ter grandes efeitos, melhorando outros aspectos do bem-estar físico e funcional.

A QVRS foi avaliada em pacientes com câncer de pulmão de células não-pequenas em quimioterapia adjuvante e as alterações na QVRS durante a quimioterapia foram relativamente modestas, com piora dos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, contudo houve

uma redução na dor e nenhuma mudança na QVRS geral. Estes resultados indicaram que os efeitos negativos da quimioterapia adjuvante na QVRS parecem ser temporários e que as melhorias são comuns na maioria dos pacientes (BEZJAK et al., 2008).

Mulheres portadoras de câncer ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica tiveram como domínios mais comprometidos o físico e o ambiental e o mais preservado, o social, e a média de QV geral obtida foi de 68,6. Todos os domínios correlacionaram-se significativamente com a QV geral. Evidenciaram que a QVRS dessas mulheres é satisfatória e sugerem que os domínios com escores mais baixos sejam alvo de observações mais acuradas, durante as intervenções multiprofissionais, a fim de proporcionar melhor QVRS durante o tratamento quimioterápico (JORGE; SILVA, 2010).

O estudo que descreveu a QVRS e auto-eficácia de mulheres com câncer de mama submetidas a quimioterapia na Turquia, encontrou que todas as dimensões de QV, medidas pelo Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-B), foram negativamente afetadas a um nível significativo. Após o início da quimioterapia, houve um aumento no efeito negativo no bem-estar físico e emocional e de interesse adicional no FACT-B total e subescalas e a auto-eficácia foi negativamente afetada a um grau moderado. Durante o tratamento, os sintomas físicos e o sofrimento psicológico aumentaram e o nível de atividade também foi negativamente afetado. A QVRS e a auto-eficácia foram influenciadas por características pessoais e clínicas, mostrando consistência com estudos similares. O estudo revelou que a auto-eficácia em pacientes com câncer de mama foi negativamente afetada em um grau moderado e a QVRS em um nível significativo (AKIN et al., 2008).

O estudo de Yoo et al. (2005), realizado na Coréia, com o objetivo de avaliar a eficácia do Treinamento de Relaxamento Muscular Progressivo (TRMP) e Imagem Guiada (IG) na redução de Náuseas e Vômitos Antecipatórios (NVA) e Náuseas e Vômitos Pós-quimioterapia (NVP) em pacientes com câncer de mama e medir seus efeitos na QVRS das

pacientes, com uma amostra de 30 pacientes para o GI e 30 para o GC, avaliou as pacientes antes de cada seis ciclos de quimioterapia adjuvante com o Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL), registraram as incidências de NVA e por três dias pós-quimioterapia e aplicaram o Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) no início e após três e seis meses.

Os autores encontraram que o GI, que realizou o TRMP e a IG, foi significativamente menos ansioso, depressivo e hostil do que o GC. O GI também experienciou significativamente menos NVA e NVP; e seis meses depois da quimioterapia, a QVRS do GI foi maior do que do GC. Estes resultados indicaram que o TRMP e a IG foram associados com a diminuição de NVA e NAP e em uma melhor QVRS de pacientes com câncer de mama (YOO et al. 2005).

Estudo que avaliou se a adição de imaginação guiada a um regime antiemético padrão diminuiria náuseas, vômitos e ocorrência de angústia em pacientes recebendo quimioterapia com cisplatina, randomizou os pacientes em dois grupos, ambos receberam o mesmo regime anti-emético padrão, enquanto que o grupo experimental recebeu adicionalmente um audiotape com imagem guiada específico para quimioterapia. Utilizaram o Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form-2 para medir a experiência de náuseas e vômitos. Não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, medidos em cinco momentos diferentes durante a administração de quimioterapia. O Chemotherapy Experience Survey foi utilizado para avaliar as percepções gerais dos participantes da experiência com a quimioterapia. O grupo que recebeu imagem guiada expressou uma experiência mais positiva com a quimioterapia, significativamente ($p = 0,0001$) (TROESCH et al., 1993).

Estudo de Burish, Snyder e Jenkins (1991) randomizou 60 pacientes com câncer em quimioterapia para um dos quatro tratamentos: a) treino de relaxamento com imagem guiada, b) preparação para enfrentamento geral, c) associação dos dois anteriores, ou d) tratamento de

rotina; e foram acompanhados por cinco sessões sequenciais. Os resultados indicaram que a intervenção de enfrentamento geral aumentou o conhecimento dos pacientes sobre a doença e seu tratamento, reduziu efeitos colaterais antecipatórios, reduziu afeto negativo e melhorou o enfrentamento geral. Os pacientes que receberam relaxamento e imagem guiada demonstraram diminuição de afeto negativo e vômitos, mas não tão grande como em estudos anteriores. Os dados sugerem que intervenções relativamente simples, como uma sessão de preparação para enfrentamento pode reduzir muitos tipos diferentes de desconforto associados com a quimioterapia do câncer e podem ser mais eficazes do que procedimentos de relaxamento comportamentais tão frequentemente usados.

Estudo de Targ e Livine (2002) randomizou 181 mulheres com câncer de mama para um grupo de apoio (GA) (12 semanas com apoio padrão) ou de intervenção (12 semanas com Medicina Complementar e Alternativa – MCA). Às participantes do GI foi ensinado o uso da meditação, da afirmação, da imaginação e de ritual e ao GA foi a realização de uma combinação de abordagens cognitivo-comportamentais compartilhadas em solidariedade com o grupo. Ambas as intervenções foram associadas com a melhoria da QVRS (GI, $P=0,008$; GA, $P=0,006$), diminuição da depressão (GI, $P=0,004$; GA, $P=0,02$), diminuição da ansiedade (GI, $P=0,0003$; GA, $P=0,02$) e maior "bem-estar espiritual" (GI, $P=0,002$; GA, $P=0,003$). Apenas o GI apresentou aumento nas medidas de integração espiritual ($P=0,001$) que também foram significativas entre os grupos ($P=0,003$). O GA foi associado a diminuição de confusão ($P=0,01$) e diminuição de desamparo/desespero ($P=0,01$), enquanto que o GI foi associado a diminuição de evasão ($P=0,01$). Contudo nenhuma dessas últimas mudanças foram significativas entre os grupos. No início do estudo, as correlações mais altas foram observadas entre as medidas de QVRS, humor e integração espiritual. No final da intervenção, o GI apresentou maior satisfação ($P=0,006$) e menor desistência ($P=0,006$) em comparação com o GA. Melhores resultados na QVRS no GI foram associados com menor espírito de luta inicial

($r = -0,39$, $P = 0,001$). Não houve fatores preditivos de melhores resultados no GA. O estudo encontrou equivalência na maioria dos resultados psicossociais entre as duas intervenções.

A revisão sistemática de Roffe, Schmidt e Ernst (2005) sintetizou e avaliou criticamente as evidências disponíveis de ensaios clínicos controlados sobre o uso de imaginação guiada como única terapia adjuvante para pacientes com câncer. Incluíram seis estudos e detalharam quatro. Três estudos reportaram significantes diferenças nas medidas de ansiedade, conforto e resposta emocional à quimioterapia nos pacientes que realizaram imaginação guiada quando comparados ao grupo controle; dois estudos não encontraram diferenças entre a imagem guiada e outras intervenções. Concluíram que a imaginação guiada, como única terapia adjuvante ao câncer pode proporcionar apoio psicológico e aumentar o conforto, entretanto não encontraram evidência que sugerissem efeitos positivos nos sintomas físicos, como náuseas e vômitos.

Os resultados mostraram benefícios para o GI com imagem guiada sobre o GC com cuidado padrão/ usual. Efeitos significantes foram encontrados na resposta emocional à quimioterapia e conforto durante a radioterapia. Efeitos significantes também foram encontrados para outras intervenções como hipnose ou técnicas de relaxamento sozinhas ou combinadas à imaginação guiada. Estes estudos mostraram efeitos positivos nos grupos de intervenção para ansiedade, depressão e QVRS quando comparados aos grupos controle. Estes resultados sugeriram que a imagem guiada pode ser benéfica como uma terapia adjuvante de apoio psicossocial para pacientes com câncer. Uma metanálise sugeriu que o tamanho do efeito da imaginação guiada aumentou nas primeiras cinco a sete semanas e diminuiu em 18 semanas (ROFFE; SCHMIDT; ERNST, 2005).

A dor é um dos mais comuns e mais temidos sintomas do câncer. De acordo com o Cancer Information Network (2006) entre 30% e 50% dos pacientes experimentam a dor e cerca de 70% experienciam dor severa em algum momento durante o curso da doença.

Especialistas em dor estimam que ela pode ser efetivamente controlada em quase todos os tipos de câncer. Deixar de tratar adequadamente a dor do câncer pode diminuir a QVRS e levar a internações desnecessárias. Os custos indiretos, em perda de produtividade e trabalho perdido para pacientes e cuidadores são desconhecidas, mas deve ser substancial, como é o peso do sofrimento sem alívio (RESEARCH FINDINGS USING GUIDED IMAGERY FOR CANCER PAIN, 2006).

Várias terapias complementares têm sido muito bem sucedidas em vários graus na dor do câncer, nelas incluem a acupuntura, hipnose e imaginação guiada. Estudos no Fred Hutchinson Cancer Center demonstraram alívio significativo da dor do câncer com relaxamento e auto-hipnose consistindo de relaxamento e imaginação guiada, outro estudo mostrou melhora sensível na dor crônica em um grupo de 90 pacientes que participaram de um programa de meditação de 10 semanas. Esses pacientes tinham maior conforto e menos angústia psicológica; em alguns casos, eles foram capazes de usar menos medicação (RESEARCH FINDINGS USING GUIDED IMAGERY FOR CANCER PAIN, 2006).

Apesar de estudos confirmarem que as abordagens corpo-mente, como a imagem guiada, hipnose e relaxamento têm efeitos fisiológicos diretos nos níveis de estresse, no sistema imunológico e na gestão de dor, muitas vezes, elas não são sugeridas como abordagens alternativas para dor. Alguns efeitos de imagens guiadas em pacientes foram diminuir ansiedade, depressão e outras perturbações do humor, comuns em pacientes oncológicos. Quando usado junto com medicamentos prescritos, imaginação guiada pode contribuir para controle da dor e ansiedade em pacientes com câncer e em alguns casos, ela pode permitir a redução do uso de medicação (RESEARCH FINDINGS USING GUIDED IMAGERY FOR CANCER PAIN, 2006).

Estudo de Syrjala et al. (1995) comparou níveis de dor oral por mucosite em quatro grupos de pacientes com câncer que tiveram transplante de medula óssea: 1) tratamento como

controle usual, 2) apoio com terapeuta, 3) treinamento de relaxamento e imagem, e 4) um “pacote” de intervenções que consistia de treinamento de habilidades de enfrentamento cognitivo-comportamental e incluía relaxamento e imaginação. O estudo envolveu duas sessões de treinamento antes do tratamento e sessões de reforço duas vezes por semana nas primeiras cinco semanas. Confirmaram a hipótese de que os pacientes dos grupos que receberam relaxamento com imagem ou o “pacote” de intervenções relataram menos dor do que os pacientes dos outros dois grupos. Porém não confirmaram a hipótese de que o pacote de habilidades teria um efeito adicional sobre o relaxamento com imagem.

A média da Escala Visual Analógica mostrou que a dor no grupo de apoio com terapeuta não foi significativamente menor do que do grupo controle (0,103) nem significativamente maior do que nos grupos de treinamento. Os relatos dos pacientes sobre a relativa utilidade das intervenções para manuseio de dor e náusea combinaram com os resultados da Escala Visual Analógica. Concluíram que o treinamento de relaxamento e imaginação reduziu a dor relacionada ao tratamento do câncer, e que habilidades cognitivo-comportamental adicional ao relaxamento com imaginação, na média, não causaram maior alívio da dor (SYRJALA et al. 1995).

Sloman et al. (1994) testaram a eficácia de uma técnica de relaxamento com respiração profunda, relaxamento muscular e imaginação como uma intervenção de enfermagem para a promoção de conforto e alívio da dor em pacientes oncológicos hospitalizados. Sessenta e sete pacientes foram aleatoriamente designados para receber treinamento de relaxamento por fitas de áudio, treinamento de relaxamento realizado por enfermeiros ou nenhum treinamento de relaxamento. O relaxamento foi realizado duas vezes por semana durante um período de três semanas. Todos os sujeitos responderam os questionários McGill Pain Questionnaire e Visual Analogue Scale antes e após o treinamento e monitorizaram o uso de medicamentos analgésicos ao longo do estudo. Resultados mostraram reduções significativas nas avaliações

subjetivas de dor nos indivíduos que receberam treinamento de relaxamento, houve também uma redução significativa na ingestão de analgésico, como por exemplo opiáceos, que sugeriu uma redução da incidência de dor disruptiva.

O estudo de Burish e Lyles (1981), desenvolvido em pacientes com câncer com respostas negativas à quimioterapia, ofereceu ao grupo intervenção um treinamento de relaxamento muscular progressivo e instruções de imagem guiada e ao grupo controle, não. O relaxamento foi realizado imediatamente antes e durante os ciclos de quimioterapia. Medidas fisiológicas (pressão arterial e pulsação) foram verificadas e a frequência de náuseas, vômito e afeto negativo foram coletados, através de relatos de pacientes e enfermeiros, antes, durante e após treinamento nas sessões de quimioterapia,. Os resultados indicaram que durante e após as sessões de treinamento, o grupo de intervenção relatou sentir menor perturbação emocional e náuseas e mostrou menos excitação fisiológica após a infusão de quimioterapia, do que o grupo controle. As observações realizadas pelos enfermeiros confirmaram o relato dos pacientes. Não foram encontradas diferenças na frequência de vômitos entre os grupos. Sugerem que a utilização de técnicas de relaxamento pode ser um meio eficaz na redução de vários efeitos adversos secundários a quimioterapia.

O estudo de Simeit, Deck e Conta-Marx (2004) examinou os efeitos de um programa de gerenciamento multi-modal psicológico de sono que combina técnicas de relaxamento, higiene do sono, técnicas cognitivas e aconselhamento em técnica de controle de estímulos sobre o sono e QVRS. Os autores compararam dois grupos de intervenção, um realizando relaxamento muscular progressivo, outro com treinamento autógeno com um grupo controle, que recebeu apenas um programa de reabilitação padrão, por até seis meses após o tratamento. Os pacientes tinham predominantemente câncer de mama, rim e próstata. Em comparação ao grupo controle, a análise de variância mostrou melhorias significativas ao longo do tempo, indicando que os participantes do grupo de intervenção foram beneficiados com moderado ou

alto grau de efeitos sobre a latência, a duração, a eficiência e a qualidade do sono, medicamentos para dormir e disfunção diurna. Também houve melhora nas escalas de QVRS, principalmente ao longo do tempo.

Schmidt et al. (2005) determinaram em que grau a sexualidade foi influenciada pela cirurgia e que impacto ela teve na QVRS percebida, determinaram quais fatores, como idade, sexo, tipo de cirurgia e tratamento adjuvante influenciaram na sexualidade e QVRS em pacientes com câncer retal submetidos a ressecção com intenção curativa. Encontraram diferenças significantes em sintomas e escalas funcionais entre homens e mulheres. As mulheres relataram mais sofrimento relacionado ao tratamento, como insônia, fadiga e constipação. Ambos os sexos tiveram vida sexual prejudicada; contudo, os homens tiveram significativamente valores mais altos e sentiram mais sofrimento/ angustia pelo seu prejuízo. As mulheres mais jovens sentiram mais angustia devido à sexualidade prejudicada. Nos homens, a sexualidade foi prejudicada independentemente da idade. A terapia adjuvante não teve influência na sexualidade, mas teve na QVRS um ano depois da cirurgia. O estudo mostrou que sexo, idade e tipo de cirurgia influenciaram na sexualidade e que a QVRS após cirurgia para câncer retal foi impactada.

Estudo que avaliou os efeitos do uso de Treinamento de Relaxamento Muscular Progressivo (TRMP) na ansiedade (State-Trait Anxiety Inventory) e QVRS de pacientes com câncer colorretal após cirurgia de estoma encontrou que o uso de TRMP diminuiu significativamente o estado de ansiedade e melhorou QV geral no grupo experimental ($p < 0,05$), especialmente nos domínios saúde física, saúde psicológica, conceitos sociais e ambientais. Em relação às medidas de QVRS específicas da doença, diferenças foram observadas com o grupo experimental relatando melhor QVRS em 10 semanas (CHEUNG et al., 2003).

Estudo de Haase et al. (2005) investigou se breves intervenções psicológicas para reduzir o estresse perioperatório poderia melhorar o curso pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia abdominal. Avaliaram a eficácia diferencial de duas breves intervenções psicológicas: imaginação guiada e relaxamento muscular progressivo sobre uso de analgésicos, percepção da dor, função pulmonar, duração do íleo paralítico no pós-operatório e fadiga após a ressecção convencional de carcinoma colorretal em idosos. Dividiram os pacientes em três grupos, 20 realizaram imaginação guiada, 22 relaxamento e 18 foram controle. A aceitação das breves intervenções psicológicas foi alta e 90% dos pacientes recomendariam a outros pacientes. O consumo de analgésicos ($P=0,60$) e intensidade de dor subjetiva em repouso ($P=0,30$) e ao tossir ($P=0,30$) não foram estatisticamente significantes entre os grupos. A recuperação da função pulmonar, a duração do íleo pós-operatório e fadiga subjetiva pós-operatória também não foram afetadas. Quando os dados dos grupos de intervenção foram agrupados, novamente não foram observados benefícios em comparação com o grupo controle. Neste estudo, breves intervenções psicológicas, tais como a imaginação guiada e relaxamento produziu uma resposta muito positiva do paciente, mas não mostraram uma influência clinicamente relevante na evolução pós-operatória fisiológica de pacientes idosos submetidos à ressecção convencionais de câncer colorretal.

Estudo realizado em Stockholm com 252 pacientes com o objetivo de comparar a morbidade a longo-prazo e QVRS de pacientes submetidos a cirurgia para câncer retal com ou sem radioterapia pré-operatória, encontrou que os pacientes que realizaram radioterapia pré-operatória tiveram significativamente mais complicações tardias do que aqueles que não realizaram. Esta morbidade consistiu principalmente de doença cardiovascular, incontinência fecal e urinária. Todos os pacientes irradiados (com e sem colostomia) tiveram escores significativamente mais baixos para função social e mais altos para dor comparados com todos os não irradiados. Os autores sugerem que os benefícios potenciais da radioterapia pré-

operatória necessita ser balanceada contra o risco do aumento de morbidades ao determinar o tratamento apropriado para pacientes com câncer retal. (POLLACK et al. 2006).

O estudo de Wan Leung et al. (2011) avaliou pacientes com câncer de cabeça e pescoço que realizaram tratamento radioterápico e encontraram que estes pacientes foram afetados com sintomas como fadiga e insônia, além de referirem dificuldades financeiras.

Estudo randomizado controlado que avaliou se o estresse poderia ser atenuado em pacientes em tratamento radioterápico para câncer de mama precoce, aplicou intervenções visando a melhoria do humor, da depressão e ansiedade avaliadas através de escalas. Dividiram as pacientes em três grupos, que se encontravam com os pesquisadores uma vez por semana durante seis semanas. Ao grupo controle foi sugerido falar sobre si mesmos; ao grupo de relaxamento foi ensinado concentração em grupos musculares individuais; e ao grupo de relaxamento e imaginação, além da concentração no relaxamento muscular, também foi ensinado a imaginar uma cena pacífica para aumentar o relaxamento. Os grupos de intervenções receberam fita gravada com instruções e foram orientados a praticar pelo menos 15 minutos por dia (BRIDGE et al., 1988).

Os escores iniciais de humor e das escalas gerais para a depressão e ansiedade foram os mesmos em todos os grupos. Após seis semanas, o distúrbio total de humor foi significativamente menor nos grupos de intervenção, as mulheres do grupo de intervenção combinada (relaxamento com imaginação) tenderam a ser mais relaxadas do que aquelas que receberam apenas o relaxamento; o humor no grupo controle foi pior. Mulheres acima de 55 anos foram as mais beneficiadas. Concluíram que o treinamento de relaxamento beneficiou as pacientes com câncer de mama (BRIDGE et al., 1988).

Estudo de Nunes et al. (2007) examinou os efeitos da terapia de relaxamento e visualização sobre o sofrimento psíquico, examinou os níveis de cortisol e os parâmetros imunológicos de pacientes com câncer de mama, submetidas à radioterapia. O grupo

experimental foi submetido à terapia por 24 dias consecutivos. Os escores psicológicos (estresse, ansiedade e depressão) foram medidos por entrevistas clínicas estruturadas, o cortisol salivar foi avaliada ao longo do dia e os linfócitos foram isolados e cultivados para medir a proliferação de células T e de sensibilidade aos glicocorticóides.

A terapia de relaxamento com visualização foi eficaz na redução dos escores da ansiedade, estresse e depressão (todos $P < 0,05$). No entanto, os níveis de cortisol, assim como a proliferação de células T, permaneceram inalterados após a terapia. Embora as células T do grupo experimental foram mais sensíveis aos glicocorticóides do que as células do grupo controle, medidas no início do estudo, elas não foram diferentes no final, após a terapia. Os níveis de cortisol foram positivamente correlacionados com os escores de ansiedade e depressão e inversamente proporcional à proliferação de células T e sensibilidade aos glicocorticóides. Concluíram que a intervenção psicológica foi capaz de amenizar o sofrimento emocional apresentado durante o tratamento de radioterapia (NUNES et al., 2007).

O estudo de Deimling et al. (2006) que avaliou as preocupações de saúde relacionadas ao câncer em sobreviventes idosos, encontrou que os homens reportaram mais aborrecimentos de saúde relacionados ao câncer e tiveram menores escores de ansiedade do que as mulheres. Com relação à depressão, o otimismo continuou sendo fortemente correlacionado, as mulheres relataram maiores níveis de depressão do que os homens. Diferenças significantes foram encontradas por tipo de câncer e gênero com relação à depressão, ter câncer de mama foi associado com maiores níveis de depressão, enquanto que ter câncer de próstata foi associado com menores níveis, ou seja, as mulheres tiveram substancialmente maiores níveis médios de depressão do que os homens. As mulheres também tiveram maior média de depressão em termos de câncer comum, por ex. colorretal. O tratamento quimioterápico também foi associado com maior depressão. O estressor mais fortemente relacionado ao câncer/ tratamento atual foi dificuldades funcionais.

Estudo realizado na Espanha, que teve como objetivo determinar a eficácia de uma intervenção psicológica de relaxamento e imaginação guiada na redução de ansiedade e depressão em pacientes com câncer de mama e ginecológicas submetidas à braquiterapia durante a internação, randomizou as pacientes entre os grupo experimental (n=32) e grupo controle (n=34). Ambos os grupos receberam treinamento sobre a braquiterapia, mas apenas o GE recebeu treinamento em relaxamento e imaginação guiada. As pacientes responderam questionários sobre ansiedade e depressão: o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e de QV: Cuestionario de Calidad de Vida QL-CA-AFEX (CCV), antes, durante e após o tratamento de braquiterapia. (LEÓN-PIZARRO et al., 2007).

O estudo não encontrou diferenças significantes entre os grupos quanto às características sócio-demográficas, o GE demonstrou uma redução estatisticamente significativa na ansiedade ($p=0,008$), depressão ($p=0,03$) e desconforto corporal ($p=0,04$) em comparação com o GC. Concluíram que o uso de técnicas de relaxamento e imaginação guiada foi eficaz na redução dos níveis de ansiedade, depressão e desconforto corporal em pacientes que devem permanecer isoladas ao se submeter a braquiterapia. Esta intervenção simples e barata aumentou o bem-estar psicológico em pacientes submetidas à braquiterapia e os autores mostraram a importância de fornecer às pacientes estratégias que possam ajudar durante a sua doença (LEÓN-PIZARRO et al., 2007).

Estudo realizado nos EUA com o objetivo de determinar o efeito da imaginação guiada por hipnose na função imune e parâmetros psicológicos em pacientes com câncer de mama em estágios I e II; mediram os perfis psicológicos, número e atividade de células natural killer (NK) no início (baseline), depois de oito semanas do programa de treinamento de imaginação e depois de três meses de seguimento. Houve significativo aumento indicando melhora da depressão ($p<0,04$) medido pelo Profile of Mood States (POMS) e aumento do número absoluto de células NK, mas estes não foram mantidos em 3 meses de seguimento.

Imaginação guiada hipnótica causou algumas alterações transitórias no bem-estar psicológico e nos parâmetros imunológicos. No entanto, essas mudanças não foram mantidas após o término do tratamento (BAKKE; PURTZER; NEWTON, 2002).

Matthews et al. (2007) examinaram o uso de Medicina Complementar e Alternativa (MCA) em pacientes com câncer de mama e realizaram associações entre fatores psicossociais e clínicos com o uso de MCA. Encontraram que 69% das pacientes relataram uso de MCA. Dentre as usuárias, 73% iniciaram ou mudaram de MCA especificamente devido ao seu diagnóstico de câncer. Pacientes que realizaram MCA por razões relacionadas ao câncer eram mais jovens ($p < 0,001$) e foram diagnosticadas em uma idade mais jovem ($p < 0,01$).

Duas variáveis relacionadas ao tratamento foram associadas com o uso de MCA: a radioterapia foi positivamente associada com o uso de ervas ($p < 0,05$) e o uso de ervas foi relacionado com o diagnóstico de câncer ($p < 0,05$), e tratamento com tamoxifeno foi negativamente associado com o uso de ambas vitaminas ($p < 0,05$) e ervas ($p < 0,01$) (MATTHEWS et al., 2007).

Não houve diferença estatisticamente significativa nos escores de estado de ansiedade nos três grupos de uso de MCA (não usuária, usuária não-relacionado ao câncer e usuária relacionado ao câncer). Os escores de traço de ansiedade mostraram uma tendência de diferença entre os três grupos ($p = 0,06$), com o grupo de pacientes que usaram MCA relacionados ao câncer tendo maiores escores do que as que não usaram ($p < 0,05$). Pacientes que usaram MCA por motivos não relacionados ao câncer tiveram menores escores de ansiedade específico do câncer de mama do que aquelas que usaram MCA por razões relacionadas ao câncer ($p < 0,05$) e tenderam a ter menores escores do que as não usuárias de MCA ($p < 0,06$). Embora os escores de ansiedade geral na amostra não foram significativamente elevados, o alto traço de ansiedade foi associado com uso de MCA

relacionado ao diagnóstico de câncer. A taxa de utilização de MCA foi alta, com a maioria das usuárias associando a atividade com seu câncer de mama. Os níveis de ansiedade variaram entre os grupos, com mais alto traço de ansiedade entre aquelas que associaram o uso de MCA com seu câncer (MATTHEWS et al., 2007).

Estudo transversal de Montazeri et al. (2005) examinou a associação entre ansiedade, depressão e QVRS com o uso de MCA em pacientes com câncer de mama. Usaram os instrumentos Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e QLQ-C30. De 177 pacientes, 32% usaram ou estavam usando MCA. Usuárias e não usuárias não diferiram significativamente na maioria das variáveis estudadas, exceto de duração do seu diagnóstico. As MCA mais usadas foram oração e cura espiritual. No geral, ansiedade e depressão severas foram relatadas por 32% e 29% das pacientes, respectivamente, e a média de QV geral foi 54,7 (DP 15,7). Na análise de regressão logística, controlada por idade, estado civil, nível educacional, conhecimento do diagnóstico, tempo desde o diagnóstico, QV geral, ansiedade e depressão, os resultados indicaram que o uso de MCA entre as pacientes com câncer de mama foi associado com depressão severa (odds ratio 2,49, 95%, CI 1,06-5,89, p 0,04). O estudo confirma que o uso de MCA é mais comum entre pacientes com câncer de mama depressivas e pode ser um marcador de sofrimento psicológico neste grupo.

Estudo de Paula et al. (2012) pesquisou a frequência dos sintomas de depressão através do IDB em 41 pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico, no início, meio e final do tratamento na cidade de Ribeirão Preto (SP). Encontraram que os sintomas de disforia aumentaram ao longo do tratamento, assim como o número de pacientes com depressão. Encontraram diferença estatisticamente significativa entre a primeira e terceira aplicação do IDB, indicando que as mudanças dos sintomas de disforia e depressão foram significativas ao se considerar o início e o final do tratamento. Os resultados mostraram a importância dos profissionais da saúde detectarem a prevalência e os níveis dos sintomas de

depressão, uma vez que esses sintomas tendem a aumentar podendo levar a consequências como falta de aderência ao tratamento e diminuição da QVRS desses pacientes.

Estudo realizado em Sydney, Austrália, para comparar os efeitos de relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada sobre a ansiedade, depressão e QVRS em pacientes com câncer avançado randomizou 56 pacientes que estavam experienciando ansiedade e depressão em quatro condições de tratamento: 1) treinamento de relaxamento muscular progressivo, 2) treinamento de imaginação guiada, 3) os dois tratamentos anteriores, e 4) grupo controle. Os pacientes responderam os instrumentos: Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) e Functional Living Index-Cancer scale (FLIC) antes e depois de aprender as técnicas de relaxamento muscular e imagens guiadas. Não houve melhora significativa para a ansiedade, no entanto, mudanças positivas ocorreram para depressão e QVRS (SLOMAN, 2002).

Estudo realizado no Reino Unido avaliou os efeitos do relaxamento com imagem guiada na QVRS e resposta a quimioterapia primária em 96 pacientes diagnosticadas recentemente com câncer de mama, que foram randomizadas para Grupo Controle (cuidado padrão) e Grupo Experimental (cuidado padrão mais relaxamento com imaginação). Testes psicométricos para avaliar humor e QVRS foram realizados antes de cada um dos seis ciclos de quimioterapia e três semanas depois do sexto ciclo; testes de personalidade e estratégia de enfrentamento foram realizados previamente aos ciclos um e seis. A resposta clínica à quimioterapia foi avaliada após seis ciclos de quimioterapia utilizando critérios padrão UICC e resposta patológica foi avaliada a partir do tecido removido durante a cirurgia. (WALKER et al., 1999).

Walker et al. (1999) encontraram que as pacientes do GE foram mais relaxadas e tranquilas durante o estudo (Mood Rating Scale), a QVRS foi melhor no GE (Global Self-assessment e Rotterdam Symptom Checklist). A intervenção também reduziu a supressão

emocional (Courtauld Emotional Control Scale). A incidência de distúrbio do humor foi clinicamente significante mais baixa e a incidência nos dois grupos foi semelhante. Embora os grupos não diferiram quanto à resposta clínica ou patológica à quimioterapia, a imaginação foi correlacionada com a resposta clínica. Os autores sugeriram que estas intervenções simples, baratas e benéficas deveriam ser oferecidas a pacientes que desejam melhorar a QVRS durante a quimioterapia primária.

Estudo de Lutgendorf et al. (2010) examinou os efeitos das terapias complementares: toque curativo (TC) versus treinamento de relaxamento (TR) versus cuidados habituais (CH), com a finalidade de ajudar na imunidade celular, melhorar o humor e a QVRS e reduzir as toxicidades e atrasos associados ao tratamento de pacientes com câncer cervical recebendo quimioradioterapia. Os grupos de intervenções receberam quatro sessões individuais por semana de toque curativo ou relaxamento, imediatamente após a radiação e durante seis semanas do tratamento quimioradioterápico. Avaliação psicossocial e amostra de sangue foram coletadas antes do início do tratamento e nas semanas quatro e seis. Pacientes do grupo TC tiveram uma diminuição mínima na citotoxicidade das células natural killer durante o tratamento enquanto que a citotoxicidade das células natural killer nos grupos TR e CH diminuíram drasticamente durante quimioradioterapia (grupo por tempo de interação: $p=0,018$). Pacientes do TC apresentaram maiores diminuições em dois diferentes indicadores de humor deprimido quando comparado com o TR e CH (grupo por tempo de interação: $p<0,05$). Não houve diferenças entre os grupos na QVRS, atraso no tratamento ou toxicidades avaliadas clinicamente.

O estudo de Sawada et al. (2010) avaliou o uso de relaxamento com visualização e acupuntura na QVRS de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico e comparou estes resultados com um grupo de pacientes controle, que não receberam a intervenção. Utilizaram o QLQ-C30 no início e no final da quimioterapia. O Grupo Intervenção foi

composto por 38 pacientes com diferentes tipos de câncer que completaram relaxamento semanal com sessões de visualização e acupuntura, enquanto o GC foi composto de 37 pacientes que não receberam a intervenção. Os resultados foram estatisticamente significativos, evidenciando um aumento no EGS/QV global e nas funções emocional e social e uma diminuição da fadiga e perda de apetite para o GI, e um aumento no EGS/QV global para o GC ($P \leq 0,05$). Diferença altamente significativa foi encontrada na comparação entre os escores de pós-quimioterapia do QLQ-C30 no domínio EGS/QV global entre o GC e o GI ($P \leq 0,001$), indicando resultados positivos da intervenção MCA. Concluíram que os adultos com câncer foram capazes de escolher entre o envolvimento ou não com este tipo de intervenção e que a QVRS pode ser melhorada através da participação em grupos de intervenção.

Witer-Janusek et al. (2008) avaliaram o efeito e viabilidade do Programa de Redução de Estresse Baseado na Atenção (REBA) sobre a função imune, QVRS e enfrentamento em mulheres recentemente diagnosticadas com câncer de mama. Avaliações foram feitas pelo menos 10 dias antes da cirurgia e da terapia adjuvante e antes do início do programa REBA, depois foram avaliados no meio, no final e quatro semanas após o término do programa, e no mesmo período para o GC. Na avaliação inicial houve redução na atividade das células natural killer e na produção de gama INF com aumento na produção de IL-4, IL-6 e IL-10 e dos níveis de cortisol plasmático para ambos os grupos. Com o tempo, as mulheres do grupo que realizaram o programa REBA reestabeleceram a atividade das células natural killer e níveis de produção de citocinas, enquanto que o GC teve redução continuada na atividade das células natural killer e produção de gama IFN com aumento da produção de IL-4, IL-6 e IL-10. Além do mais, as mulheres que realizaram o programa tiveram redução nos níveis de cortisol, aumento da QVRS e aumento na eficácia do enfrentamento comparado com o GC. Concluíram que o programa de redução de estresse baseado na atenção é viável para mulheres

recentemente diagnosticadas com câncer de mama em estágio inicial e os resultados evidenciaram efeitos do programa na função imune, QVRS e eficácia do enfrentamento.

O estudo realizado em Taiwan que descreveu a prevalência e tipos de MCA usadas entre pacientes com câncer recebendo quimioterapia ambulatorial, encontrou que a vasta maioria dos pacientes relatou o uso de MCA (98,1%), sendo as duas mais comumente utilizadas: “terapias baseadas biologicamente” (77,5%) e “intervenções mente-corpo” (60,6%). As razões referidas para seu uso foram para impulsionar o sistema imune (55,4%) e aliviar o estresse (53,5%) (YANG et al., 2008).

Oitenta mulheres com câncer de mama avançado participaram do ensaio clínico randomizado realizado por Eremin et al. (2009) para avaliar os efeitos imuno-moduladores de treinamento de relaxamento e imaginação guiada. Elas foram submetidas à quimioterapia seguida de cirurgia, radioterapia e terapia hormonal. O grupo intervenção (GI) recebeu orientações de relaxamento e imaginação guiada e mantiveram registros diários de frequência da prática de relaxamento e imagens viviciadas. Em 10 ocasiões durante as 37 semanas após o diagnóstico, exames de sangue para ensaios imunológicos foram coletados.

Diferenças significativas entre os grupos foram encontradas no número de CD25+ (células T ativadas) e CD56+ (células LAK). O número de células CD3+ (células T maduras) foi significativamente maior após a quimioterapia e radioterapia no GI. As mulheres que classificaram altamente suas imagens tiveram níveis elevados de atividade de células NK, no final da quimioterapia e no seguimento. Correlações significativas foram obtidas entre imaginação e os valores para atividade das células NK, LAK e IL1beta. Frequência do relaxamento foi correlacionada com o número de células CD4+ (células T auxiliares), razão células CD4+:8+ (auxiliares: citotóxicas) e níveis de IL1beta. O treinamento de relaxamento e imaginação guiada alterou benéficamente as defesas anti-câncer durante e após a terapia multimodal (EREMIN et al., 2009).

Buettner et al. (2006) identificaram a prevalência e correlatos de uso de diferentes tipos de MCA entre as sobreviventes de câncer de mama. Incluíram 2.022 mulheres diagnosticadas com câncer de mama de 1998 a 2003 que responderam a uma pesquisa sobre o uso de MCA. Realizaram regressão logística para determinar fatores demográficos e doenças associadas com o uso de diferentes MCA (incluindo relaxamento/imagens, cura espiritual, yoga, cura energética, acupuntura, massagem, quiropraxia, altas doses de vitaminas, ervas e homeopatia); e também verificaram a QVRS, utilizando o SF36 e otimismo com a LOT-R.

Sessenta e dois por cento das entrevistadas usaram MCA, seu uso foi associado com idade mais jovem, contudo fatores associados ao uso MCA variou por tipo de MCA. A quimioterapia foi associada com o uso de relaxamento/imagens (OR 1,3 IC 95% 1,1-1,7), a radioterapia foi associada com o uso de doses elevadas de vitaminas (OR 1,5 IC 95% 1,2-2,0), o tratamento com tamoxifeno ou anastrozol foi associado com o uso da homeopatia (OR 0,5 IC 95% 0,3-0,9). Usuárias da maioria dos tipos de MCA tiveram piores escores de QVRS do que as não-usuárias. O uso de energia de cura foi associado com estatisticamente e clinicamente significantes piores escores em vários aspectos da QVRS, enquanto que o uso de yoga foi associado com melhor QVRS. O otimismo foi maior entre as usuárias de relaxamento/imagens. Concluíram que fatores associados ao uso de MCA variaram de acordo com o tipo de MCA e encontraram pior QVRS entre mulheres que usaram energia de cura e melhor QVRS entre mulheres que realizaram yoga (BUETTNER et al., 2006).

Estudo quase-experimental de Wyatt et al. (2007) avaliou pacientes com câncer durante quimioterapia, dividindo-os em quatro grupos: reflexologia, imaginação guiada, imaginação guiada mais reflexologia e somente entrevista, avaliaram QVRS e características dos pacientes em relação a escolha da terapia complementar. Os pacientes que escolheram participar dos grupos de imagem guiada ou imagem guiada mais reflexologia tiveram piores escores para ansiedade (CES-D), bem-estar emocional e escores totais (FACT-G) no início do

estudo, comparado com os grupos que escolheram participar de reflexologia ou somente entrevista. Os pacientes que escolheram participar de uma terapia complementar tenderam a ser mais velhos, com pior saúde e maiores porcentagens de câncer de pulmão, em estágio avançado, mais sintomas de ansiedade e depressão e limitações físicas no início do estudo do que o grupo que escolheu participar somente das entrevistas.

A metanálise de Zabalegui et al. (2005) revisou 14 bases de dados no período de 20 anos e incluiu 20 estudos sobre a eficácia de grupos de apoio para pacientes com câncer. Os resultados indicaram que a participação em grupo de apoio é associada com melhoras significantes com o estado emocional (depressão e ansiedade) do paciente, adaptação à doença, QVRS e relações conjugais.

Freeman et al. (2008) descreveram a prática e experiência da imaginação em 10 mulheres com câncer de mama, que completaram o cuidado convencional e participaram de um programa de imaginação intitulado “Envision the Rhythms Of Life”. As participantes relataram a importância do engajamento na imaginação passiva e ativa. Apresentaram melhora no estado de humor, relatando que seu senso de bem-estar emocional melhorou notavelmente com a prática e se tornaram mais pacientes e construtivas com os membros da família, que notaram as mudanças ocorridas com as pacientes. As pacientes identificaram fatores motivacionais específicos para a prática da imaginação e as histórias que guiavam a imaginação “empoderaram” a transformação delas.

Ku e Koo (2011) investigaram a associação entre os sintomas de angústia e os tipos de MCA utilizadas por pacientes com câncer. Realizaram entrevistas utilizando questionário estruturado com 208 pacientes ambulatoriais em um centro médico no centro de Taiwan. Um total de 165 (79,3%) pacientes relataram uso de pelo menos uma modalidade de MCA nos últimos 12 meses. Usuários e não-usuários não foram significativamente diferentes em idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, filiação religiosa e variáveis relacionadas à doença.

A fadiga (66,8%) foi o sintoma mais frequentemente relatado e foi significativamente associada com o uso de MCA (OR=14,11; p=0,001). Em relação as modalidades específicas de MCA, o canto e a terapia enzimática foram associados com 13 (68,4%) de 19 sintomas de angústias.

Ku e Koo (2011) orientaram aos profissionais de saúde perguntarem a seus pacientes sobre a utilização de MCA para evitar possíveis interações adversas entre tratamento convencional e intervenções da MCA, em particular, de ervas ou remédios que são susceptíveis de interagir com medicamentos para o câncer.

A vasta literatura encontrada e descrita nessa seção sobre o uso de MCA corrobora com os resultados desse estudo, que demonstrou que o relaxamento com imagem guiada diminuiu os sintomas causados pela quimioterapia e conseqüentemente melhorou a QVRS desses pacientes.

Com relação às perdas encontradas neste estudo elas ocorreram por motivos como óbito de pacientes, complicações na saúde que os impediram de continuar no estudo, como por exemplo, Acidente Vascular Cerebral com sequelas, e por desistência. A literatura também demonstra essas dificuldades.

No estudo de Wyatt et al. (2007), a taxa de desistência foi de 26% do início até a semana 10. Pacientes que desistiram dos grupos de reflexologia, imagem guiada mais reflexologia e imagem guiada tiveram algumas diferenças estatisticamente significantes. Pacientes que desistiram da imagem guiada e da imagem guiada mais reflexologia tiveram significativamente maiores sintomas de ansiedade e depressão, menor bem-estar físico e emocional e escores totais do FACT-G no início do estudo do que os pacientes que desistiram do grupo de reflexologia.

Das terapias complementares utilizadas, a imagem guiada teve o menor potencial de ser testada com sucesso no estudo de Wyatt et al. (2007), a imagem guiada atraiu pacientes

com altos níveis de ansiedade e baixo bem-estar emocional e ainda falhou em reter os pacientes. Pacientes do grupo de imagem guiada que desistiram tiveram média do escore de bem-estar físico de 16,22 versus 19,61 ($p=0,03$), de bem-estar emocional de 12,44 versus 17,1 ($p=0,07$) e do escore total do FACT-G de 74,00 versus 85,85 ($p=0,03$) do que os participantes que permaneceram no estudo. Pacientes que desistiram dos grupos de imagem guiada e imagem guiada mais reflexologia tiveram mais severidade de sintomas, sintomas depressivos e ansiedade e pior bem-estar físico e emocional do que os que desistiram do grupo de reflexologia.

Quanto à técnica de relaxamento e imagem guiada utilizada neste estudo, ela se mostrou uma técnica fácil de ser aplicada, proporcionou relaxamento profundo e reduziu os sintomas de depressão e melhora da QVRS no grupo intervenção.

A orientação da técnica foi realizada no primeiro dia de início da quimioterapia (baseline) para o GI. Os pacientes deste grupo foram orientados a realizarem o relaxamento com imagem guiada posteriormente em casa, com o CD que lhes foi entregue, de uma a três vezes na semana, até o final do tratamento quimioterápico (T3). A pesquisadora reforçou a técnica nas demais sessões de quimioterapia, que ocorria em média uma vez por mês.

As sessões de relaxamento com imagem guiada duravam cerca de 15 minutos e a gravação do CD conduzia os pacientes a se posicionarem confortavelmente, iniciando movimentos respiratórios e de relaxamento de diversos grupos musculares. Em seguida, os conduzia a imaginar seu câncer e suas características, seu sistema imunológico destruindo e eliminado o câncer, imaginar um local na natureza para relaxar, a realização de algo que achava que não poderia fazer por causa de seu câncer e depois desenvolvendo essa atividade, no final solicitava ao paciente que agradecesse por ter se dado a oportunidade de dispor desse momento.

A técnica de relaxamento utilizada no estudo de Yoo et al. (2005) incluiu treinamento de relaxamento muscular progressivo de 15 a 16 grupos musculares e instruções sobre respiração profunda, orientados por terapeutas. A imaginação guiada foi iniciada na terceira sessão do relaxamento, na qual as pacientes foram ensinadas a imaginar uma cena agradável. Depois, elas foram guiadas a usar a imagem visual para alcançar um estado de relaxamento mais profundo; no total, foram realizadas seis sessões de relaxamento muscular progressivo e imagem guiada.

Em seu estudo, León-Pizarro et al. (2007) proporcionaram aos pacientes do GE treinamento de relaxamento e imagem guiada por 10 minutos e foi-lhes entregue uma fita cassete para usar em casa e no hospital. A gravação do cassete consistia em instrução para técnicas de relaxamento e respiração e descrições de imagens agradáveis (montanha, praia, etc.).

Não há um único método padrão ou roteiro para imaginação guiada e não há evidência atual que sugere que uma forma é mais efetiva do que outra (quando realizada sozinho com fita ou CD, ou quando realizada junto a um profissional). Técnicas empregadas nos estudos da revisão sistemática de Roffe, Schmidt e Ernst (2005), quando descritas, foram variadas e a natureza da terapia permitiu aos profissionais e participantes modificar sua prática para se adequar a circunstâncias e requerimentos individuais. Devido à natureza altamente personalizada e experimental da terapia, os pacientes são atualmente confrontados com uma abordagem de “tentativa e erro” para a seleção da técnica e são dependentes do bom senso de um profissional experiente e bem-treinado.

Resultados sugerem que pode não haver diferenças entre o uso da imaginação guiada sozinha ou combinada com outras intervenções como relaxamento ou hipnose nos resultados de ansiedade, depressão e QVRS (ROFFE; SCHMIDT; ERNST, 2005).

O número relativamente pequeno de estudos que investigaram o efeito da imaginação guiada como única terapia adjuvante pode ser reflexo de sua prática. Fronteiras entre os vários tipos de terapias mente-corpo são turvas e combinações de técnicas são frequentemente empregadas de acordo com o profissional e o usuário. Dada à utilização generalizada da imaginação guiada e sua popularidade, o tamanho das amostras são pequenas e faltam dados suficientes para produzir resultados amplamente aplicáveis (ROFFE; SCHMIDT; ERNST, 2005).

A imaginação guiada como única terapia adjuvante pode produzir apoio psicológico e aumentar o conforto. Contudo, não há significativa evidência de ensaios clínicos que sugerem positivos efeitos nos sintomas físicos como náuseas e vômitos. No entanto, as evidências disponíveis atualmente são suficientemente encorajadoras para o uso da imaginação guiada e merecem estudos mais aprofundados (ROFFE; SCHMIDT; ERNST, 2005).

Quando se olha atentamente para quase todas as formas de comunicação terapêutica humana, a imaginação está centralmente envolvida, simplesmente porque é fundamental do sistema nervoso. Todas as abordagens mente-corpo dependem fortemente de imagens para os seus efeitos, seja para relaxamento, meditação (que, paradoxalmente, ensina as pessoas a concentrar suas mentes de modo a não ser esmagada pela imagem negativa), biofeedback, hipnose ou psicoterapia. Como a imagem guiada é a mais reconhecida, Rossman (2004) referiu estar esperançoso de que os profissões de saúde serão motivados a aprender mais sobre as melhores maneiras de utilizar esta forma de pensar, potente para suportar uma boa saúde e cura.

A abordagem mente-corpo e as técnicas que utiliza pode ser fundamental para transformar o significado do câncer e para lidar eficazmente com o estresse que inevitavelmente traz. Como as pessoas com câncer que usam estas técnicas estão sendo incluídas nesta abordagem, eles começam a enfrentar a sua vulnerabilidade psicológica ao

estresse e suas conseqüências fisiológicas. Cada paciente pode escolher qualquer uma das técnicas de relaxamento, imaginação, meditação, treinamento autógeno, hipnose, auto-expressão e exercício, e experimentam benefícios fisiológicos específicos, como: diminuição do estresse, melhoria do sono, humor e dor, diminuição nos hormônios do estresse e uma imunidade melhorada. Cada vez que sentirem os benefícios da técnica que estão usando, reforçam o seu senso de controle sobre suas próprias vidas e sentimentos independentemente da dor, desesperança e impotência que possam sentir (GORDON, 2008).

A Imagem Guiada aumenta específicos domínios da QVRS, com uma melhora vista com uma terapia individualizada. Pacientes se tornam poderosos com técnicas de relaxamento e de redução de estresse, que são aplicáveis não somente para doenças/ problemas crônicos, mas também para outros aspectos da vida. O recurso de áudio (CD) é um investimento de baixo-custo que permite ao paciente engajar na terapia no momento que melhor lhe convém, com mínimo ou nenhum contato profissional. A imagem guiada é uma terapia simples, efetiva, de baixo-custo, livre de efeitos colaterais e adjuvante para o tratamento de tensões crônicas. Imagem guiada é uma terapia segura, com custo-eficácia que pode melhorar a QV de muitos pacientes (MANNIX et al., 1999).

7. CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Este estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, que teve como objetivo avaliar o efeito da intervenção de enfermagem Relaxamento com Imagem Guiada sobre a QVRS e o sintoma de depressão em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, possibilitou observar que a caracterização da amostra foi semelhante a outros estudos realizados no Brasil e no mundo e que a frequência encontrada dos tipos de cânceres neste estudo corrobora com as incidências de câncer estimadas, que foram mama, intestino e gástrico para a amostra total, de mama, intestino e ginecológico para as mulheres e de intestino, gástrico e pulmão para os homens.

As mudanças nos parâmetros fisiológicos estudados (PA, FC e FR) mostraram que a intervenção de Relaxamento com Imagem Guiada proporcionou aos pacientes do GI um relaxamento fisiológico, visto que estes parâmetros reduziram após a intervenção, e esta redução foi estatisticamente significativa, inferindo que a intervenção pode ser eficaz no relaxamento físico.

Quanto aos domínios de QVRS e a presença de depressão investigados, foi observado que no início do estudo (baseline), onde os pacientes ainda não passaram pela quimioterapia e pela intervenção de relaxamento com imagem guiada, os resultados foram semelhantes em ambos os grupos (Controle e Intervenção) que apresentaram como sintomas mais frequentes a dor, a fadiga, a insônia e a perda de apetite e a maioria não apresentou depressão; contudo, o GC, além desses sintomas, apresentou ainda, déficit na função de desempenho de papel.

No decorrer do estudo, na comparação entre os grupos (Controle e Intervenção), diferenças estatisticamente significantes foram encontradas em T1 para EGS/ QV geral, função social e náuseas e vômitos, sendo que o GC apresentou melhores escores para estas escalas do que o GI. Em T2, as diferenças foram significantes para função física e em T3 para

as funções física, emocional, desempenho de papel, fadiga e náuseas e vômitos, demonstrando que o GI obteve melhores escores nestas escalas, que podemos inferir esse resultado como reflexo da intervenção de enfermagem Relaxamento com Imagem Guiada realizada.

De acordo com o IDB, as diferenças foram estatisticamente significantes entre os grupos somente em T3, ou seja, no final do estudo, com o GI apresentando (em T3) mais pacientes 'sem depressão' do que o GC, mesmo considerando as perdas ocorridas, que foram semelhantes entre os grupos.

Na comparação entre os tempos, foram encontradas várias associações estatisticamente significantes. Para o GC, elas foram de T1 para T2 nas escalas de funções física, emocional e social, náuseas e vômitos e constipação; de T1 para T3 nas cinco escalas funcionais, fadiga, náuseas e vômitos e constipação; de T2 para T3 nas escalas de funções física e social, diferenças estas que indicaram uma diminuição das funções. Enquanto que para o GI, ocorreram diferenças estatisticamente significantes para a função emocional de T1 para T3 com um aumento da mesma, indicando melhora na função, ocorrida após a intervenção de enfermagem Relaxamento com Imagem Guiada.

Com relação ao IDB, ainda analisando os grupos entre os tempos, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para o GC de T1 para T2 e de T1 para T3, enquanto que para o GI foram de T1 para T3; revelando que as mudanças nos sintomas de disforia e depressão foram significativas ao se considerar o início, meio e término do tratamento e da intervenção realizada ao GI.

De acordo com as associações realizadas entre as características sócio-demográficas e clínico-terapêuticas com as escalas do QLQ-C30 e com o IDB, observou-se que, no GC, os homens tiveram aumento da constipação, pacientes nas faixas etárias de 18 a 39 anos foram mais prejudicados nas funções física e emocional, de 40 a 59 anos com dispneia, perda de apetite e dificuldades financeiras, de 60 a 79 anos, com a função física e dificuldades

financeiras e para os pacientes acima dos 80 anos para função emocional. Os pacientes metastáticos e os não operados tiveram um aumento da insônia e os irradiados aumento da fadiga e da perda de apetite, com o tempo.

No GI, foram encontradas associações estatisticamente significantes com o tempo, com as mulheres relatando melhora nos sintomas de náuseas e vômitos, dor e perda de apetite; com os pacientes entre 40 e 59 anos apresentando melhora das náuseas e vômitos, e os entre 60 e 79 anos para fadiga e dor. De acordo com o diagnóstico (localização do tumor), houve melhora da função física, insônia, perda de apetite, constipação para alguns e piora para outros; os pacientes que não realizaram radioterapia obtiveram melhora nos sintomas de náuseas e vômitos, insônia e perda de apetite.

Estes resultados demonstram que a intervenção de enfermagem Relaxamento com Imagem Guiada causou diferenças entre os grupos, inclusive com melhora das funções, sintomas e depressão com o tempo. Com isto, pode-se dizer que a hipótese de que o Relaxamento com Imagem Guiada proporcionou uma melhora na QVRS e na depressão de pacientes adultos com câncer em tratamento quimioterápico foi confirmada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura demonstra que o relaxamento com imagem guiada é utilizada em pacientes com câncer em diferentes tratamentos, além da quimioterapia, como a radioterapia e cirurgia, sendo que a maioria demonstrou resultados positivos e todos foram unânimes com relação a não ocorrência de efeitos colaterais da intervenção. Os resultados encontrados nessa pesquisa foram semelhantes, evidenciando que a intervenção de relaxamento com imagem guiada foi eficaz para melhorar a QVRS em várias funções (física, emocional, desempenho de papel), sintomas (náuseas e vômitos, dor, insônia, perda de apetite) e depressão. Além disso, a intervenção de enfermagem Relaxamento com Imagem Guiada, como vários estudos afirmam, é uma técnica simples, de baixo-custo e benéfica que leva a um relaxamento físico e mental do paciente, observado através dos parâmetros fisiológicos e instrumentos de QVRS e depressão utilizados que também foi corroborado nessa pesquisa.

Assim, abordagens mente-corpo como o relaxamento, imagem guiada, yoga, tai chi e outras comumente usadas, podem ser realizadas pelo enfermeiro para prover uma melhora na QVRS e na depressão de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

Espera-se com este trabalho, que a prática da intervenção Relaxamento com Imagem Guiada seja divulgada e difundida no trabalho do dia-a-dia do enfermeiro, que possa em um futuro próximo, oferecer a intervenção não somente ao paciente oncológico, em tratamento quimioterápico, mas também a outros pacientes e em outros tratamentos.

Para que isso seja viabilizado, sugere-se incorporar o conteúdo de terapias complementares no currículo de graduação e nos cursos de especialização para a melhor formação do enfermeiro para o desenvolvimento dessas técnicas. Ressalta-se também a importância da equipe multiprofissional na atuação junto ao paciente oncológico para uma abordagem holística com a finalidade de proporcionar uma melhor QVRS a esses pacientes.

9. REFERÊNCIAS

AMORIM, M.H.C. **A enfermagem e a Psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. 142f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

AKIN, S.; CAN, G.; DURNA, Z.; AYDINER, A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. **European Journal of Oncology Nursing**, v.12, p.449-456, 2008.

BAKKE, A.C.; PURTZER, M.Z.; NEWTON, P. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, v.53, p.1131-1137, 2002.

BARNES, P.M. et al. Complementary and Alternative medicine Use Among Adults: United States, 2002. **Advance Data**, n. 343, May 27, 2004, 20p.

BEZJAK, A.; LEE, C.W.; DING, K.; BRUNDAGE, M.; WINTON, T.; GRAHAM, B.; et al. Quality-of-life outcomes for adjuvant chemotherapy in early-stage non-small-cell lung cancer: results from a randomized trial, JBR.10. **J Clin Oncol**, v.26, p.5052-5059, 2008.

BOWLING, A. **Measuring Disease**. Second edition, Open University Press: Philadelphia, USA; 2001.

BRABO, E.P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Brasil. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução CNS 196/96. **Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos**, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil/ Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p.

BRIDGE, L.R.; BENSON, P.; PIETRONI, P.C.; PRIEST, R.G. Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. **BMJ** (Clinical research ed.), v.297, n.6657, p.1169-1172, 1988 Nov.

BUETTNER, C.; KROENKE, C.H.; PHILLIPS, R.S.; DAVIS, R.B.; EISENBERG, D.M.; HOLMES, M.D. Correlates of use of different types of complementary and alternative medicine by breast cancer survivors in the nurses' health study. **Breast Cancer Res Treat**, v.100, p.219-227, 2006.

BURISH, T.G.; LYLES, J.N. Effectiveness of relaxation training in reducing adverse reactions to cancer chemotherapy. **Journal of Behavioral Medicine**, v.4, n. 1, p. 65-78, 1981 Mar.

BURISH, T.G.; SNYDER, S.L.; JENKINS, R.A. Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n.4, p. 518-25, 1991 Aug.

CARLSON, L.E.; BULTZ, B.D. Mind-body interventions in oncology. **Complementary and Alternative Therapies in Oncology**, v.9, p. 127-137, 2008.

CASSILETH, B.R.; VICKERS A.J. High prevalence of complementary and alternative medicine use among cancer patients: implications for research and clinical care. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n.12, p. 2590-2592, 2005.

CHENG, J.; LIU, B.; ZHANG, X.; LIN, W.; ZHANG, Y.; LIU, W.; et al. Health-related quality of life in glioma patients in China. **BMC Cancer**, v.10, p.305, 2010.

CHEUNG, Y.L.; MOLASSIOTIS, A.; CHANG, A.N. The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. **Psycho-Oncology**, v.12, p. 254-266, 2003.

COURNEYA, K.S.; e al. The group psychotherapy and home-based physical exercise (group-HOPE) trial in cancer survivors: physical fitness and quality of life outcomes. **Psycho-Oncology**, v. 12, p. 357-374, 2003.

DEIMLING, G.T.; BOWMAN, K.F.; STERNS, S.; WAGNER, L.J.; KAHANA, B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v.15, p. 306-320, 2006.

ELLIOTT, B.A.; RENIER, C.M.; HALLER, I.V.; ELLIOTT, T.E. Health-related quality of life (HRQoL) in patients with cancer and other concurrent illnesses. **Quality of Life Research**, v. 13, p. 457-462, 2004.

ENGEL, J. et al. Comparison of breast and rectal cancer patients' quality of life: results of a four year prospective field study. **European Journal of Cancer Care**, v. 12, p. 215-223, 2003.

EREMIN, O.; WALKER, M.B.; SIMPSON, E.; HEYS, S.D.; AH-SEE, A.K.; HUTCHEON, A.W.; OGSTON, K.N.; SARKAR, T.K.; SEGAR, A.; WALKER, L.G. Immuno-modulatory

effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: a randomised controlled trial. **Breast** (Edinburgh, Scotland), v. 18, n.1, p.17-25, 2009 Feb.

ESBENSEN, B.A.; OSTERLIND, K.; HALLBERG, I.R. Quality of life of elderly persons with cancer: a 6-month follow-up. **Scand J Caring Sci**, v.21, p. 178-190, 2007.

FREEMAN, L.; COHEN, L.; STEWART, M.; WHITE, R.; LINK, J.; PALMER, J.L.; WELTON, D.; McBRIDE, L.; HILD, C.M. The experience of imagery as a post-treatment intervention in patients with breast cancer: program, process, and patient recommendations. **Oncology Nursing Forum**, v. 35, n.6, p. E116-E121, 2008.

GORDON, J.S. Mind-Body medicine and cancer. **Hematol Oncol Clin N Am**, v.22, p. 683-708, 2008.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clin.**, v.25, n.5, (Ed. especial), p.245-250, 1998.

HAASE, O.; SCHWENK, W.; HERMANN, C.; MÜLLER, J.M. Guided imagery and relaxation in conventional colorectal resections: a randomized, controlled, partially blinded trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.48, n.10, p.1955-63, 2005 Oct.

HART, J. Complementary Therapies for Cancer Survivors: Communicating with patients about risks and benefits. **Alternative & Complementary Therapies**, p. 208-213, October 2006.

HEYDARNEJAD, M.S.; DEHKORDI, A.H.; DEHKORDI, K.S. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. **African Health Sciences**, v.11, n.2, p. 266-270, 2011.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 118 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – **Censo Demográfico 2000**. Características gerais da população. Censo Demográfico, Rio de Janeiro, p.1-178, IBGE, 2000.

JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R. Evaluation of the quality of life of gynecological cancer

patients submitted to antineoplastic chemotherapy. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.18, n.5, p.849-55, 2010.

KIEVIET-STIJNEN, A.; VISSER, A.; GARSSSEN, B.; HUDIG, W. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. **Patient Education and Counseling**, v. 72, p. 436-442, 2008.

KU, C-F.; KOO, M. Association of distress symptoms and use of complementary medicine among patients with cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v.21, p.736-744, 2011.

LEON-PIZARRO, C. et al. A randomized trial of effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psycho-Oncology**, v.16, n.11, p. 971-979, 2007.

LUTGENDORF, S.K.; MULLEN-HOUSER, E.; RUSSELL, D.; DeGEEEST, K.; JACOBSON, G.; HART, L.; BENDER, D.; ANDERSON, B.; BUEKERS, T.E.; GOODHEART, M.J.; ANTONI, M.H.; SOOD, A.K.; LUBAROFF, D.M. Preservation of immune function in cervical cancer patients during chemotherapy using a novel integrative approach. **Brain Behav Immun**, v.24, n.8, p.1231-1240, 2010.

MANNIX, L.K.; CHANDURKAR, R.S.; RYBICKI, L.A.; TUSEK, D.L.; SOLOMON, G.D. Effect of guided imagery on quality of life for patients with chronic tension-type headache. **Headache**, v.39, p.326-334, 1999.

MATTHEWS, A.K.; SELLERGREN, S.A.; HUO, D.; LIST, M.; FLEMING, G. Complementary and Alternative Medicine Use among breast cancer survivors. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v.13, n. 5, p. 555-562, 2007.

MONTAZERI, A.; SAJADIAN, A.; EBRAHIMI, M.; AKBARI, M.E. Depression and the use of complementary medicine among breast cancer patients. **Support Care Cancer**, v.13, p.339-342, 2005.

NCCAM – National Center for Complementary and Alternative Medicine. Mind-Body Medicine: An Overview. BKG, D239, 2004.

NEWS, New ACCP cancer care guidelines include CAM. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v.13, n. 9, 2007, p.1049.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O.. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.2, p.155-61, 2009.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.4, p. 759-766, 2011.

NUNES, D.F.; RODRIGUEZ, A.L.; HOFFMANN, F.S.; LUZ, C.; BRAGA FILHO, A.P.; MULLER, M.C.; BAUER, M.E. Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. **Journal of psychosomatic research**, v.63, n.6, p. 647-55, 2007 Dec.

PAIVA, S.M.M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. 2006. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PAULA, J.M.; SONOBE, H.M.; NICOLUSSI, A.C.; ZAGO, M.M.F.; SAWADA, N.O. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.20, n.2, p.362-368, 2012.

PERT, C. Conexão mente corpo espírito para o seu bem-estar: uma cientista ousada avaliza a medicina alternativa./ Pert, Candace, com Nancy Marriot; traduzido por Júlia Bárány Yaari. São Paulo: ProLíbera Editora, 2009.

POLIT, D.F.; BECH, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª. ed. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2004.

POLLACK, J.; HOLM T.; CEDERMARK, B.; ALTMAN, D.; HOLMSTRÖM, B.; GLIMELIUS, B.; MELLGREN, A. Late adverse effects of short-course preoperative radiotherapy in rectal cancer. **British Journal of Surgery**, v. 93, p.1519-1525, 2006.

POST-WHITE, J. The role of sense of coherence in mediating the effects of mental imagery on immune function, cancer outcome and quality of life. In **Stress, Coping, and Health in Families**, Hamilton et al. (eds). SAGE Publications: Thousand Oaks, CA, 1998.

ROFFE, L.; SCHMIDT, K.; ERNST, E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. **Psycho-Oncology**, v.14, p.607-617, 2005.

RESEARCH FINDINGS USING GUIDED IMAGERY FOR CANCER PAIN, July, 2006. Disponível em: < <http://acadgi.com/researchfindings/page37/page40/page40.html>> Acesso em agosto de 2011

ROFFE, L.; SCHMIDT, K.; ERNST, E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. **Psycho-Oncology**, v.14, p.607-617, 2005.

ROSSMAN, M.L. Guided imagery in cancer care. **Seminars in Integrative Medicine**, p.99-106, 2004.

SAEVARSDOTTIR, T.; FRIDRIKSDOTTIR, N.; GUNNARSDOTTIR, S. Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy. **Cancer Nurs**, v.33, n.1, p.E1-E10, 2010.

SAWADA, N.O. **Qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. 2002. 82f. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

SAWADA, N.O.; NICOLUSSI, A.C.; OKINO, L.; CARDOZO, F.M.C.; ZAGO, M.M.F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.3, p. 581-587, 2009.

SAWADA, N.O.; ZAGO, M.M.F.; GALVÃO, C.M.; CARDOZO, F.M.C.; ZANDONAI, A.P.; OKINO, L.; NICOLUSSI, A.C.. The outcomes of visualization and acupuncture on the quality of life of adult cancer patients receiving chemotherapy. **Cancer Nursing**, v.33, n.5, p. E21-E28, Sep/Oct, 2010.

SCHMIDT, C.E.; BESTMANN, B.; KÜCHLER, T.; LONGO, W.E.; KREMER, B. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. **Diseases of the Colon & Rectum**, v.48, n.3, 483-492, 2005.

SIEGEL, S; CASTELLAN JR, N.J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. (2ª. Ed). Porto Alegre, Artmed: 2006.

SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE J. Qualidade de vida em pacientes portadores de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Rev Bras Cancerol.**, v.56, n.2, p.:227-236, 2010.

SILVEIRA, A.P.; GONÇALVES, J.; SEQUEIRA, T.; RIBEIRO, C.; LOPES, C.; MONTEIRO, E.; et al. Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. **Head and Neck Oncology**, v.3, p.3, 2011.

SIMEIT, R.; DECK, R.; CONTA-MARX, B. Sleep management training for cancer patients with insomnia. **Support Care Cancer**, v. 12, n. 176-183, 2004.

SIMONTON, O.C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. Tradução de Heloísa de M. A. Costa. São Paulo: Summus Editorial, 1987. 238 p.

SLOMAN, R.; BROWN, P.; ALDANA, E.; CHEE, E. The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. **Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession**, v. 3, n.1, p. 6-12, 1994 Mar.

SLOMAN, R. Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. **Cancer Nursing**, v. 25, n.6, p. 432-435, 2002.

STOMMEL, M. et al. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, or prostate. **Health Psychol.**, v. 23, n. 6, p. 564-573, 2004.

SYRJALA, K.L.; DONALDSON, G.W.; DAVIS, M.W.; KIPPES, M.E.; CARR, J.E. Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial. **Pain**, v.63, p.189-198, 1995.

TARG, E.F.; LIVINE, E.G. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. **General Hospital Psychiatry**, v.24, p.238-248, 2002.

TROESCH, L.M.; RODEHAVER, C.B.; DELANEY, E.A.; YANES, B. The influence of guided imagery on chemotherapy-related nausea and vomiting. **Oncology nursing forum**, v. 20, n.8, p. 1179-85, 1993 Sep.

TSUNODA, A.; NAKAO, K.; WATANABE, M.; MATSUI, N.; TSUNODA, Y. Health-related quality of life in patients with colorectal cancer who receive oral uracil and tegafur plus leucovorin. **Jpn J Clin Oncol**, v.40, n.5, p.412-419, 2010.

VAN WILGEN, C.P. et al. Measuring somatic symptoms with the CES-D to assess depression in cancer patients after treatment: comparison among patients with oral/oropharyngeal, gynecological, colorectal, and breast cancer. **Psychosomatics**, v. 47, n. 6, p. 465-470, 2006.

VON GRUENIGEN, V.E.; HUANG, H.Q.; GIL, K.M.; GIBBONS, H.E.; MONK, B.J.; ROSE, P.G.; et al. Assessment of factors that contribute to decrease quality of life in gynecologic oncology group ovarian cancer trials. **Cancer**, v.115, n.20, p. 4857-64, 2009.

WALKER, L.G.; WALKER, M.B.; OGSTON, K.; HEYS, S.D.; AH-SEE, A.K.; MILLER, I.D.; HUTCHEON, A.W.; SARKAR, T.K.; EREMIN, O. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. **Br J Cancer**, v.80, n.1-2, p.262-268, 1999.

WAN LEUNG, S.; LEE, T.F.; CHIEN, C.Y.; CHAO, P.J.; TSAI, W.L.; FANG, F.M. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. **BMC Cancer**, v. 11, p.128, 2011.

WITER-JANUSEK, L.; ALBUQUERQUE, K.; CHRONIAK, K.R.; CHRONIAK, C.; DURAZO, R.; MATHEWS, H.L. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. **Brain Behav Immun**, v.22, n.6, p.969-981, 2008.

WYATT, G.; SIKORSKII, A.; SIDDIQI, A.; GIVEN, C.W. Feasibility of a reflexology and guided imagery intervention during chemotherapy: results of a quasi-experimental study. **Oncology Nursing Forum**, v.34, n.3, p. 365-642, 2007.

YANG, C.; CHIEN, L-Y.; TAI, C-J. Use of complementary and alternative medicine among patients with cancer receiving outpatient chemotherapy in Taiwan. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v.14, n.4, p.413-416, 2008.

YOO, H.J.; AHN, S.H.; KIM, S.B.; KIM, W.K.; HAN, O.S. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. **Support Care Cancer**, v. 13, p. 826-833, 2005.

ZABALEGUI, A.; SANCHEZ, S.; SANCHEZ, P.D.; JUANDO, C. Nursing and cancer support groups. **Journal of Advanced Nursing**, v.51, n.4, p. 369-381, 2005.

10. APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Relaxamento com Imagem Guiada: influência sobre a Qualidade de Vida de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico”. O projeto está elaborado conforme o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisa em seres humanos.

O objetivo principal é de avaliar o efeito do Relaxamento com Imagem Guiada (visualização) sobre a qualidade de vida e sobre os sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico.

O estudo será realizado em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico no Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência de Ribeirão Preto – SP e que aceitarem participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo ocorrerá no período de maio de 2009 a dezembro de 2011.

Caso você concorde em participar você irá responder alguns questionários de avaliação de Qualidade de Vida e de Ansiedade de Depressão e irá receber sessões de Relaxamento com Imagem Guiada, durante o tratamento, e participará do grupo que chamaremos de experimental.

Caso você não queira participar das sessões de Relaxamento com Imagem Guiada, mas queira participar do estudo respondendo aos questionários de Qualidade de Vida e de Ansiedade e Depressão, você participará do grupo que chamaremos de controle.

Esclarecemos que esses procedimentos não irão interferir em seu tratamento recebido no Hospital, trata-se de um tratamento complementar. Você levará aproximadamente 15 a 20 minutos para responder os questionários que serão coletados no início, após três meses e no final do tratamento.

As sessões de Relaxamento com Imagem Guiada serão realizadas às segundas-feiras na Unidade 2 do CEON, serão conduzidas por CD e duram cerca de 15 minutos, onde você ficará em uma sala, deitado em colchonete ou maca, realizando exercícios de respiração e relaxamento e em seguida de visualização, sempre acompanhado pela pesquisadora.

Para atender os objetivos da pesquisa, solicitamos a sua participação voluntária e esclarecemos que será mantido o anonimato, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a sua participação não acarretará ônus de espécie alguma. As informações que você fornecer serão analisadas de forma confidencial.

Se durante o curso da pesquisa você tiver perguntas ou dúvidas, você tem o direito de receber esclarecimentos da pesquisadora, podendo contatar quando necessário.

Você tem o direito de desistir em participar da pesquisa, a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo, sem quaisquer conseqüências ou ônus para seu tratamento quimioterápico na instituição. A sua participação ou recusa em participar da pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo pessoal.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa serão encaminhados para publicação em periódico especializado, em forma de artigo científico, e divulgados em eventos na área.

Após você ter recebido estas informações e os esclarecimentos que julgar necessário em relação à pesquisa, faça a sua decisão. Se você concordar, solicito que assine este termo.

Agradeço sua colaboração.

Profª. Adriana Cristina Nicolussi

Pesquisadora principal

Aluna do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental – Nível Doutorado
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Tel: (16) 3945-8731/ Cel. (16) 8116-4480

e-mail: drnicolussi@ig.com.br

Recebi as informações acima e ciente dos meus direitos, **CONCORDO** em participar.

NOME: _____

RG No. _____

Data: ____/____/20____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Relaxamento com Imagem Guiada: influência sobre a Qualidade de Vida de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico”.

O objetivo é de avaliar o efeito do Relaxamento com Imagem Guiada (visualização) sobre a qualidade de vida e sobre os sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico.

As sessões de Relaxamento com Imagem Guiada serão realizadas de terça a sexta-feira na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, serão conduzidas por CD e duram cerca de 15 minutos, onde você ficará sentado em uma poltrona, realizando exercícios de respiração e relaxamento e em seguida de visualização, sempre acompanhado pela pesquisadora.

O estudo será realizado em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e que aceitem participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e receberão uma cópia do Termo assinado pela pesquisadora.

O estudo ocorrerá no período de setembro de 2010 a dezembro de 2011.

Caso você concorde em participar você irá responder alguns questionários de avaliação de Qualidade de Vida e de Ansiedade de Depressão e irá receber sessões de Relaxamento com Imagem Guiada, durante o tratamento, e participará do grupo que chamaremos de experimental.

Caso você não queira participar das sessões de Relaxamento com Imagem Guiada, mas queira participar do estudo respondendo aos questionários de Qualidade de Vida e de Ansiedade e Depressão, você participará do grupo que chamaremos de controle.

Esclarecemos que esses procedimentos não irão interferir em seu tratamento recebido no Hospital, trata-se de um tratamento complementar. Você levará aproximadamente 15 a 20 minutos para responder os questionários que serão coletados no início, após três meses e no final do tratamento.

Para atender os objetivos da pesquisa, solicitamos a sua participação voluntária e esclarecemos que será mantido o segredo, evitando danos ou riscos, assim como, garantimos que a sua participação não acarretará gastos de espécie alguma. As informações que você fornecer serão analisadas de forma secreta.

Se durante o curso da pesquisa você tiver perguntas ou dúvidas, você tem o direito de receber esclarecimentos da pesquisadora, podendo contatar quando necessário.

Você tem o direito de desistir em participar da pesquisa, a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo, sem quaisquer conseqüências ou ônus para seu tratamento quimioterápico na instituição. A sua participação ou recusa em participar da pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo pessoal.

Cabe ressaltar que os resultados obtidos com esta pesquisa serão encaminhados para publicação em periódico especializado, em forma de artigo científico, e divulgados em eventos na área.

Após você ter recebido estas informações e os esclarecimentos que julgar necessário em relação à pesquisa, faça a sua decisão. Se você concordar, solicito que assine este termo.

Agradeço sua colaboração.

Profa. Adriana Cristina Nicolussi
Pesquisadora principal
 Aluna do Programa de Pós-Graduação em
 Enfermagem Fundamental – Nível Doutorado
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
 Telefone Celular: (16) 8116-448
 email: drinicolussi@ig.com.br

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Pesquisadora Orientadora
 Docente do Programa de Pós-Graduação em
 Enfermagem Fundamental
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
 Telefone: (16) 3602-3438
 email: sawada@usp.br

Recebi as informações acima e ciente dos meus direitos, **CONCORDO** em participar.

NOME: _____

RG No. _____

Data: _____ / _____ / 20_____

Assinatura: _____

APÊNDICE 3
QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Data da coleta de dados: ___/___/____

1- NOME DO PACIENTE: _____

1.2- SEXO () FEM () MASC

1.3- IDADE: _____ Nascimento: ___/___/____

1.4- ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () OUTRO ESPECIFICAR: _____

1.5- PROFISSÃO _____

1.6- ENDEREÇO: _____

1.7- TELEFONE: _____

1.8- CIDADE/ ESTADO: _____

1.9- NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

1.10- RELIGIÃO: _____

2- NÚMERO DO REGISTRO: _____

3- DIGNÓSTICO: _____

4- FEZ CIRURGIA () SIM () NÃO

5- QUAL CIRURGIA: _____

6- DATA DA CIRURGIA: _____

7- FEZ RADIOTERAPIA: () SIM () NÃO QUANTAS SESSÕES: _____

8- INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: _____

9- QUAL SESSÃO ESTÁ REALIZANDO: _____

10- PROTOCOLO DA QUIMIOTERAPIA:

11- EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA:

11. ANEXOS

ANEXO 1



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 079/2009

Ribeirão Preto, 05 de maio de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de maio de 2009.

Protocolo: n° 1002/2009

Projeto: RELAXAMENTO COM IMAGEM GUIADA: INFLUÊNCIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

Pesquisadores: Namie Okino Sawada
Adriana Cristina Nicolussi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Namie Okino Sawada

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0197/2010

Ribeirão Preto, 01 de setembro de 2010

Prezada Senhora,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 01 de setembro de 2010.

Protocolo: nº 1002/2009

Projeto: RELAXAMENTO COM IMAGEM GUIADA: INFLUÊNCIA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DURANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

Pesquisadores: Namie Okino Sawada
Adriana Cristina Nicolussi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Namie Okino Sawada
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 3

Instrumento para coleta de dados sobre Qualidade de Vida - EORTC QLQ – C30 (Versão 3.0)

Iniciais do nome: |__|__|__|__|__|__|

Data da coleta |__|__|__|

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Moderada mente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade, quando faz uma grande caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Não	Pouco	Moderada mente	Muito
6. Você se sentiu limitado/a para realizar seu trabalho ou cumprir suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Você se sentiu limitado/a em suas atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido nauseado/a?	1	2	3	4

ANEXO 4**Inventário de Depressão de Beck**

Neste questionário existem grupos de frases.

Escolha, em cada grupo, a frase que melhor descreve como você se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje.

Leia atentamente cada frase de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1. 0 () Não me sinto triste.
1 () Sinto-me triste.
2 () Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
3 () Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar.
2. 0 () Não estou sem coragem para o futuro.
1 () Sinto-me sem coragem quanto ao futuro.
2 () Sinto que não tenho nada por que esperar.
3 () Sinto que o futuro é sem esperança e as coisas não podem melhorar.
3. 0 () Não me sinto fracassado(a).
1 () Sinto que falhei mais que o indivíduo médio.
2 () Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
3 () Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4. 0 () Obtenho tanta satisfação nas coisas como costumava ter.
1 () Não gosto das coisas como costumava gostar.
2 () Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
3 () Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5. 0 () Não me sinto particularmente culpado(a).
1 () Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
2 () Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
3 () Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 () Não sinto que esteja sendo castigado(a).
1 () Sinto que possa ser castigado(a).
2 () Espero ser castigado(a).
3 () Sinto que estou sendo castigado(a).
7. 0 () Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 () Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 () Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
3 () Eu me odeio.
8. 0 () Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 () Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
2 () Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
3 () Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. 0 () Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
1 () Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
2 () Gostaria de me matar.
3 () Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10. 0 () Não costumo chorar mais que o habitual.
1 () Choro mais agora do que costumava fazer.
2 () Atualmente choro o tempo todo.
3 () Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que eu queira.

11. 0 () Não me irrita mais agora do que em qualquer outra época.
1 () Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 () Atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo.
3 () Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 () Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 () Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 () Perdi a maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 () Não consigo mais tomar decisão alguma.
13. 0 () Tomo decisões mais ou menos tão bem como em qualquer outra época.
1 () Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 () Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 () Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. 0 () Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 () Preocupo-me por estar parecendo mais velho(a) e sem atrativos.
2 () Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 () Considero-me feio(a).
15. 0 () Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 () Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 () Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
3 () Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 () Durmo tão bem quanto de hábito.
1 () Não durmo tão bem como costumava.
2 () Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir.
3 () Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 () Não fico mais cansado(a) que de hábito.
1 () Fico mais cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
2 () Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
3 () Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 () Meu apetite não está pior que de hábito.
1 () Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 () Meu apetite está muito pior agora.
3 () Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 () Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 () Perdi mais de 2,5 Kg.
2 () Perdi mais de 5 Kg.
3 () Perdi mais de 7,5 Kg.
() Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos.
20. 0 () Não me preocupo mais que de hábito com minha saúde.
1 () Preocupo-me com problemas físicos, como dores ou aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 () Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso.
3 () Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 () Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 () Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
2 () Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3 () Perdi completamente o interesse no sexo.

Escore total:.....
