

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE E ANSIEDADE EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS SUBMETIDOS A RELAXAMENTO

Claudia Adriana Facco Lufiego (claudialufiego@hotmail.com)¹□, Rodolfo Herberto Schneider (rodolfo.schneider@pucrs.br)¹, & Ângelo José Gonçalves Bós (angelo.bos@pucrs.br)¹

¹Instituto de Geriatria e Gerontologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / PUCRS – Porto Alegre, Brasil

RESUMO: Pacientes em quimioterapia apresentam níveis elevados de ansiedade e estresse. Técnicas de relaxamento podem contribuir na minimização desses efeitos. O presente estudo é um ensaio clínico, quasi-experimental e quantitativo, com seguimento, avaliando eficácia da técnica de relaxamento por indução de imagens em pacientes quimioterápicos na redução dos níveis de ansiedade com a utilização do Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e o estresse através do Termômetro de *Distress* (TD). A amostra foi constituída de 113 participantes sendo 57 no Grupo Experimental (GE) e 56 no Grupo Controle (GC), ambos em tratamento quimioterápico em um hospital universitário de Porto Alegre, Brasil. Os dados foram analisados através do teste *t-Student* pareado, antes e depois do acompanhamento. Não houve diferença nos níveis de ansiedade e estresse na avaliação inicial. Após 14 semanas de intervenção, houve redução nos níveis de ansiedade no GE (-2,19±4,12, p=0,0003) e de estresse (-0,68±1,52, p=0,0043). O GC apresentou aumento não significativo nos níveis de ansiedade e estresse. Os resultados sugerem que intervenções através de sessões de relaxamento em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico oferecem efeitos positivos na redução de ansiedade e estresse.

Palavras-chave: relaxamento, psico-oncologia, psiconeuroimunologia, ansiedade, estresse

EVALUATION OF STRESS AND ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY TO RELAXATION

ABSTRACT: Patients undergoing chemotherapy have high levels of anxiety and stress. Relaxation techniques can help to minimize these effects. This study is a clinical trial, quasi-experimental and quantitative tracking, evaluating the efficacy of relaxation techniques for images induction in chemotherapy patients in reducing anxiety levels with the use of the Beck Anxiety Inventory (BAI) and stress through *Distress Thermometer* (TD). The sample consisted of 113 participants, 57 in the experimental group (EG) and 56 in the control group (CG), both undergoing chemotherapy at a university hospital in Porto Alegre, Brazil. Data were analyzed using the *t-Student* test before and after the follow-up. There was no difference in the levels of anxiety and stress in the initial evaluation. After 14 weeks of intervention, there was a reduction in anxiety levels in EG (-2.19 ± 4.12, p = 0.0003) and stress (-0.68 + 1.52, p = 0.0043). The CG showed no significant increase in the levels of anxiety and stress. The results suggest that interventions through relaxation sessions in patients undergoing chemotherapy offer positive effects in reducing anxiety and stress.

□ Rua Padre Nóbrega, 201/502 – Novo Hamburgo – RS - Brasil. Telf.: +55 (51) 97399723. e-mail: claudialufiego@hotmail.com

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

Keywords: relaxation, psycho-oncology, psychoneuroimmunology, anxiety, stress

Recebido em 10 de Maio de 2016 / Aceite em 23 de Outubro de 2017

O estudo se propõe a avaliar a eficácia da técnica de relaxamento por indução de imagens na redução da ansiedade e estresse em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, enfatizando a importância da participação ativa do paciente no processo de cura. A dicotomia corpo-mente tem sido alvo de discussão, dividindo a opinião científica. Segundo Nunes (2005), a relação interatuante entre reações físicas, capacidade de adoecer e cargas emocionais, ainda é recente em relação à sua aceitação pela comunidade científica, apesar de publicações desenvolvidas a respeito deste tema por autores como Simonton, Siegel, Fiore, entre outros.

A interação dos princípios corpo-mente vem sendo preconizada pelo homem desde Anaxágoras, passando por Aristóteles, Platão, até chegar ao dualismo de Descartes. Esse dualismo norteou e ainda orienta a Medicina Ocidental. Hipócrates, no século IV a.C., já entendia saúde como um estado de equilíbrio entre mente, corpo e ambiente (Castro, Andrade, & Muller, 2006). No século II d.C. Galeno, proeminente médico e filósofo romano, discutia a possibilidade dos estados emocionais influírem nas doenças e em seus desfechos (Moreira, 1999).

Com os estudos pioneiros de Freud, século XX, sobre conversão histérica e psiconeuroses, percebeu-se as primeiras inadequações da hipótese de causalidade defendida pelo modelo biomédico. Iniciou-se, então, um movimento no sentido de reintegrar fatores de natureza psicológica e social à compreensão do processo saúde-doença, dando origem às primeiras proposições de modelos biopsicossociais de atenção à saúde (Coutinho, Costa Jr, & Kanitz, 2000). Nos dias de hoje, os profissionais da saúde estão construindo um “fazer” que corre paralelo ao modelo tradicional/cartesiano. Atualmente se acredita em atenção integral à saúde, visão holística do ser humano, sujeito biopsicossocial, transdisciplinaridade, mostrando um olhar mais abrangente sobre o homem.

O termo “Psiconeuroimunologia” foi introduzido por Robert Adler, em 1981, definindo-o como o campo da ciência que estuda a interação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico. Autores têm fornecido evidências que revelam as comunicações bidirecionais entre os sistemas neuroendócrino, neurológico e o sistema imunológico, demonstrando que uma variedade de estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imune através dessas conexões (Marques-Deak, & Sternberg, 2004).

Pesquisadores afirmam que o estresse, a ansiedade e a depressão modulariam o sistema imune, ocasionando a diminuição da capacidade imunológica, aumentando a probabilidade da ocorrência de doenças e o surgimento de tumores. O estresse é uma influência potencial para o desenvolvimento de doença física (Coutinho, et al., 2000). Indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral, têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos e ansiosos persistentes (Raison & Miller, 2003).

Neste sentido, tem-se desenvolvido técnicas de intervenção, nas mais diversas áreas da saúde, com a intenção de auxiliar o paciente no enfrentamento da doença e redução dos sintomas decorrentes desta. O relaxamento, por exemplo, que trabalha padrões específicos de pensamento, resulta em alterações fisiológicas, como diminuição do consumo de oxigênio, eliminação do dióxido de carbono e mudanças na pressão arterial (Müller, Calvetti, Redivos, Geyer, & Jarros, 2009). Diversos autores vêm pesquisando a técnica de relaxamento como um instrumento importante no processo integrativo entre mente e corpo em relação às pessoas portadoras de doenças orgânicas (Elias & Giglio, 2002; Achterberg, 1996; Carvalho, 1994; Epstein, 1990). Os relaxamentos têm sido utilizados no âmbito da psicologia clínica e da

saúde, sendo considerados como um recurso para a redução do estresse e da ansiedade, onde a utilização da música tem auxiliado no relaxamento e alteração dos níveis de consciência (Primo & Amorim, 2008).

Segundo Epstein (1990), a utilização de imagens, inclusive na área da saúde, é muito antiga em várias culturas, principalmente no oriente. No ocidente, as imagens foram uma técnica essencial e por vezes indispensável no tratamento para males físicos, até aproximadamente 1650, quando o cientificismo começou a predominar. Para o autor, a criação de imagens mentais é um processo espontâneo, pois antes do desejo se tornar concreto na matéria, o objetivo da pessoa já está concreto na mente.

O programa de intervenção psicológica desenvolvido por Simonton e seus colaboradores, em 1987, visa à alteração da autopercepção do paciente, através da criação de um clima de esperança positiva quanto ao seu estado de saúde física e mental. Para os pesquisadores, esta percepção seria registrada no sistema límbico, que atuaria no sentido de melhorar a atividade imunológica e, conseqüentemente, maximizar a resposta orgânica para o combate ao câncer. Este programa inclui as atividades de relaxamento e visualização, manejo de benefícios secundários da doença, estabelecimento de objetivos e metas de vida, planejamento de atividades físicas e intervenção psicossocial junto à família (Coutinho, et al., 2000).

Segundo Simonton, o primeiro passo do programa é a identificação de fatores estressores que o paciente enfrenta. A seguir, são mostrados ao paciente que benefícios secundários podem ser obtidos pela situação da doença. O relaxamento e a visualização objetivam preparar o organismo para o início do processo de reação ao câncer e aumentar a eficiência do tratamento médico (em andamento). O paciente vai aprender a elaborar imagens mentais, por exemplo, imaginando o quimioterápico destruindo as células cancerosas. Estes procedimentos auxiliam a liberação de estresse e tensão, entendidos como fatores facilitadores do desenvolvimento de câncer (Simonton, Matthews-Simonton, & Creighton, 1987).

Autores têm sugerido que no acompanhamento de pacientes oncológicos, são observados sintomas de ansiedade e depressão, iniciando na fase diagnóstica do câncer, e o quanto estes sintomas ou transtornos influenciam na adesão ao tratamento, período de internações, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida em decorrência da doença (Dalton, Laursen, Ross, Mortensen, & Johansen, 2009; Bultz, & Johansen, 2001). De acordo com Miller e Massie (2010), 20 a 48% dos pacientes oncológicos apresentam critérios diagnósticos para ansiedade e/ou para depressão.

A manutenção de sentimentos e emoções que resultam em mal-estar ou contrariedade em decorrência de eventos enfrentados na vida exigem superação e readaptações (Lipp, Pereira, & Sadir, 2005). Estas situações constituem-se numa contínua fonte de estresse, e seus efeitos psicofisiológicos persistem e acabam afetando os diferentes sistemas orgânicos, predispondo o indivíduo a diversos tipos de doenças, em especial aquelas que se relacionam ao funcionamento imunológico, incluindo o câncer (Neme & Lipp, 2010; Hoffman, Zogbi, Fleck, & Müller, 2005)

A quimioterapia está entre as modalidades de tratamento mais utilizadas para alcançar controle, cura e palição. A quimioterapia envolve o uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa), podendo ser classificada de acordo com a sua finalidade em quimioterapia adjuvante, neoadjuvante, primária, paliativa, mono e poliquimioterapia (Johnston & Spence, 2003). Esta modalidade de tratamento, geralmente é bem tolerada pelos pacientes, ocorrendo efeitos colaterais moderados. As toxicidades mais relacionadas são a supressão da medula óssea, imunossupressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal e esterilidade (Bonassa, 2000).

Tendo em vista o manejo terapêutico do paciente oncológico submetido a tratamento quimioterápico, este estudo objetiva avaliar a eficácia da técnica de relaxamento, através da indução de imagens, na redução dos sintomas de estresse e ansiedade, visando uma melhora do estado emocional e qualidade de vida.

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

MÉTODO

Relativamente ao delineamento, este estudo trata-se de um ensaio clínico, analítico, quasi-experimental, prospectivo e quantitativo.

Participantes

A pesquisa foi realizada com 113 participantes, divididos em dois grupos: Experimental e Controle. O Grupo Experimental contou com 57 participantes e o Controle com 56 participantes, atendidos no Setor de Quimioterapia de um hospital universitário de Porto Alegre, Brasil.

Crítérios de Inclusão: Idade igual ou superior a 30 anos; ter o diagnóstico estabelecido de câncer e estar iniciando o tratamento quimioterápico; foram incluídos todos pacientes, independente do estadiamento, do plano quimioterápico (número de sessões, efeitos colaterais, duração do tratamento).

Crítérios de Exclusão: Dificuldades cognitivas que prejudiquem o entendimento e compreensão das questões apresentadas nos instrumentos de avaliação.

Procedimento

A coleta de dados foi realizada no setor de quimioterapia em um hospital universitário de Porto Alegre. Os participantes foram encaminhados por oncologista e/ou enfermeira(s) do setor à pesquisadora, que fazia o contato com o paciente e no *rapport* inicial explicando os objetivos da pesquisa e os critérios de aceitação da proposta de trabalho. Após as informações e respostas às dúvidas, ocorria a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste momento foi iniciada a aplicação dos testes e as sessões de relaxamento, onde a psicóloga usava uma gravação induzindo o relaxamento de todo o corpo. Mais tarde solicitava que os pacientes imaginassem o órgão afetado e a quimioterapia percorrendo todas as células, destruindo as células cancerosas. Após esse momento, os pacientes eram levados a criar imagens mentais de seus corpos em estado saudável acompanhados por música relaxante. Os demais relaxamentos foram realizados conforme as datas agendadas para as sessões do tratamento quimioterápico. A coleta de dados foi dividida em dois grupos, a saber:

Grupo Experimental: pacientes com diagnóstico de câncer em tratamento adjuvante de quimioterapia e intervenção da psicóloga através de sessões de relaxamento por indução de imagens.

Grupo Controle: pacientes com diagnóstico de câncer em tratamento adjuvante de quimioterapia sem intervenção da técnica de relaxamento por indução de imagens.

O Grupo Experimental e o Grupo Controle foram avaliados em dois momentos diferentes, que denominamos “Avaliação Inicial” e Avaliação Final”.

A Avaliação Inicial constituía-se do preenchimento de uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos, incluindo idade; sexo; estado civil; escolaridade; número de filhos; religião; atividade física; lazer; sexualidade; consumo de tabaco; consumo de álcool; entre outros. Após o preenchimento desta, no momento em que o paciente estava iniciando o tratamento quimioterápico, foi realizada a aplicação dos instrumentos de mensuração, Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e Termômetro de Distress (TD). A

Avaliação Final foi realizada 14 semanas após a Inicial, sendo aplicados novamente os mesmos instrumentos nos dois grupos.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pacientes do Grupo Experimental receberam uma sessão de relaxamento por indução de imagens a cada sessão de quimioterapia realizada. O relaxamento era aplicado por psicóloga apta para realizar a técnica, em setting terapêutico adequado, com duração de 12 minutos cada sessão, sendo realizado enquanto o paciente fazia a quimioterapia. Já os pacientes do Grupo Controle não receberam as sessões de relaxamento, apenas o tratamento quimioterápico.

Material

Formam utilizados dois instrumentos: BAI e TD.

Para mensurar os níveis de ansiedade foi aplicado o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), desenvolvidos por Beck e seus colaboradores no Center for Cognitive Therapy (CCT), no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. O Manual da versão em português das Escalas Beck é de autoria de Jurema Alcides Cunha.

O BAI é uma escala de autorrelato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. É constituído de 21 itens que são avaliados pelo sujeito numa escala de 4 pontos que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma: (1) “absolutamente não”; (2) “Levemente: não me incomoda muito”; (3) “Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; (4) “Gravemente: difícil de suportar”. Os escores individuais vão de 0 a 3, e o escore total pode chegar a 63. O escore total é o resultado da soma dos itens individuais (Cunha, 2001).

Para avaliar o estresse foi utilizado o *Distress Thermometer*, que foi traduzido para o idioma português como Termômetro de *Distress* (TD). O TD é composto por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas. Neste estudo utilizou-se apenas o primeiro, onde se apresenta um termômetro e solicita-se que o paciente assinale o nível de *distress*, partindo do 0 (zero) - sem *distress* - até 10 (dez) - *distress* extremo, levando em consideração a última semana (Decat, Laros, & Araújo, 2009).

Análise de dados

Os dados coletados foram tabulados utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados no software estatístico *Epi Info 7.0*. Foi realizada uma análise descritiva/comparativa para observar a possível diferença na distribuição das características sociodemográficas e clínicas e as médias dos testes aplicados (BAI e TD) nos grupos de pesquisa na avaliação inicial. A relação das variáveis e os grupos foram testados pelo Qui-quadrado. As possíveis diferenças das médias iniciais entre os dois grupos foram testadas pelo teste *t de Student* ou de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, na vigência de variâncias não homogêneas. Serão considerados significativos valores $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O presente estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Todos os participantes foram informados e consultados acerca dos procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram seguidas todas as recomendações da Resolução 466/2013 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, apresentados no Quadro 1, mostra que a média de idade foi de 51,3 anos, sendo a maioria casados, 40 (71,4%) no Grupo Controle e 42 (73,6%) no Grupo Experimental. Os participantes tem, em sua maioria, de 1 a 3 filhos. Quanto ao grau de instrução, 67(59,3%) possuem Ensino Fundamental e 11 (9,7%) possui Ensino Superior, sendo que 9 (8%) estão estudando atualmente. Em relação à religião, 107 participantes relatam possuir uma religião, a maioria 60 (56%) é católica. Dentre os participantes da pesquisa, 53 (46,9 %) obtém sua fonte através do auxílio-doença, que é um benefício por incapacidade devido ao segurado do INSS, seguido dos aposentados, 30 (26,5%).de renda

Quanto à atividade física, 45 (80,3%) dos participantes do Grupo Controle não praticam atividade física, resultado semelhante ao do Grupo Experimental, 47 (82,4%), sendo que a diferença entre os grupos não foi significativa ($p=0,7743$). E quanto à prática de atividades de lazer, apenas 16 (28,5%) do Grupo Controle praticam alguma atividade de lazer, como ir ao cinema, teatro, dançar, assistir Tv, dentre outras. No Grupo Experimental, 19 (33,3%) dos pacientes realizam alguma atividade de lazer ($p=0,5841$).

Em relação à variável sexo, a maioria dos participantes são do sexo feminino 71(62,8%), sendo que no Grupo Experimental distribuíram-se da seguinte forma: 35 do sexo feminino e 22 do masculino, e no Grupo Controle 36 participantes do sexo feminino e 20 do masculino.

Os impactos do câncer são minimizados quando o paciente recebe apoio da família. O Quadro 1 mostra que 104 participantes (92%) sentiram-se apoiados pela família durante o diagnóstico e tratamento do câncer.

Os participantes foram questionados se haviam tido alguma doença mental ao longo da vida anterior ao diagnóstico de câncer, 27 (48,2%) dos pacientes do Grupo Controle responderam que já haviam tido algum transtorno mental, sendo este de 20 (35%) no Grupo Experimental. O transtorno mental mais prevalente foi o transtorno de humor depressivo, 23 (41%) no Grupo Controle e n 11 (19,3%) no Grupo Experimental. Quando questionados se haviam realizado tratamento psicológico ou psiquiátrico, 44 pacientes (77,2%) no Grupo Experimental responderam que nunca haviam feito qualquer tipo de tratamento no âmbito da saúde mental e 32 (57,1%) no Grupo Controle.

Entre os pacientes, tanto do Grupo Experimental como do Grupo Controle, que mencionaram ter algum transtorno psiquiátrico anterior ao diagnóstico de câncer 47 (41.6%) relataram quadros de depressão.

Quadro 1.

Distribuição dos níveis sociodemográficos e clínicos entre os grupos

<i>VARIÁVEIS</i>		<i>GRUPOS</i>		<i>p</i>
		<i>Grupo Controle (56)</i> N (%)	<i>Grupo Experimental (57)</i> N (%)	
<i>Sexo</i>	Feminino	36 (64,29)	35 (61,40)	0,7512
	Masculino	20 (35,71)	22 (38,60)	
<i>Idade</i>	30 a 59 anos	43 (76,8)	40 (70,2)	0,5309
	60 a 79 anos	13 (23,2)	17 (29,8)	
<i>Estado Civil</i>	Casado	40 (71,43)	42 (73,68)	0,5830
	Solteiro	4 (7,14)	7 (12,28)	
	Separado/divorciado	6 (10,71)	5 (8,77)	
	Viúvo	6 (10,71)	3 (5,26)	
<i>Atividade física</i>	Não pratica	45 (80,36)	47 (82,46)	0,7743
	Pratica	11 (19,64)	10 (17,54)	
<i>Atividades de lazer</i>	Não realiza	40 (71,43)	38 (66,67)	0,5841
	Realiza	16 (28,57)	19 (33,33)	
<i>Está estudando</i>	Não	52 (92,86)	52 (91,23)	0,5112
	Sim	4 (7,14)	5 (8,77)	
<i>Grau de instrução</i>	Ensino fundamental	28 (50,0)	39 (68,42)	0,0052
	Ensino médio	25 (44,64)	10 (17,54)	
	Ensino superior	3 (5,36)	8 (14,04)	
<i>Fonte de renda</i>	Pensão	2 (3,57)	0 (0,0)	0,0960
	Salário	8 (14,29)	11 (19,3)	
	Ajuda de terceiro	3 (5,36)	6 (10,53)	
	Aposentadoria	11 (19,64)	19 (33,33)	
	Benefício	32 (57,14)	21 (36,84)	
<i>Religião</i>	Não possui	1 (1,79)	5 (8,77)	0,2061
	Possui	55 (98,21)	52 (91,23)	
<i>Religião</i>	Católica	32 (58,18)	28 (53,85)	0,4571
	Evangélica	13 (23,64)	16 (30,77)	
	Luterana	1 (1,82)	1 (1,92)	
	Espírita	9 (16,36)	5 (9,62)	
	Outros	0 (0,0)	2 (3,85)	
<i>Apoio familiar</i>	Não	5 (8,93)	4 (7,02)	0,7424
	Sim	51 (91,07)	53 (92,98)	
<i>Doença mental ao longo vida</i>	Não	29 (51,79)	37 (64,91)	0,1569
	Sim	27 (48,21)	20 (35,09)	
<i>Transtorno mental anterior ao câncer</i>	Depressivo	23 (41,07)	11 (19,3)	0,0905
	Ansiedade	3 (5,36)	5 (8,77)	
	Bipolar	1 (1,79)	2 (3,51)	
	Estresse pós-traumático	0 (0,0)	2 (3,51)	
<i>Realização de tratamento psicológico/ psiquiátrico</i>	Nunca fez	32 (57,14)	44 (77,19)	0,0832
	Anteriormente	16 (28,57)	8 (14,03)	
	Atualmente	8 (14,29)	5 (8,77)	

O Quadro 2 mostra os resultados do BAI do Termômetro de Distress. Ao analisarmos os resultados do Inventário de Ansiedade Beck (BAI), percebemos que na avaliação inicial do Grupo Experimental a média mostrou um escore de $15,07 \pm 8,84$ e a avaliação final foi de $12,87 \pm 7,58$, com uma diferença de médias de $-2,19$. Quanto ao Grupo Experimental, podemos afirmar que houve uma redução dos níveis de ansiedade após as 14 semanas de intervenção com a aplicação de relaxamento por indução de imagens, enquanto que no Grupo Controle, que não recebeu as sessões de relaxamento, aumentou a ansiedade ao longo do período de pesquisa, sendo que a média na avaliação inicial foi de $15,92 \pm 7,23$, sendo os resultados da média na final de $16,41 \pm 6,85$ com uma diferença de médias de $0,48$ e o valor de $p=0,0003$.

Quanto aos níveis de estresse, podemos inferir que a técnica de relaxamento por indução de imagens auxiliou na redução deste, onde na avaliação inicial a média foi de $5,12 \pm 1,89$. Já na avaliação final a média obtida pelos pacientes foi de $4,43 \pm 1,69$, com uma Correlação de $-0,68$, mostrando uma discreta diminuição nos níveis de estresse no Grupo Experimental. Por outro lado, no Grupo Controle, a média na

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

avaliação inicial foi de $5,33 \pm 2,14$ e na final temos uma média de $5,39 \pm 2,17$, sendo que a diferença entre as médias inicial e final foi de 0,05.

A diferença entre as médias encontradas no Grupo Experimental e Controle para o estresse nos mostram que os resultados foram estatisticamente significativos a 5%, com $p = 0,0043$, evidenciando que os participantes do Grupo Experimental diminuíram os níveis de estresse durante o período de pesquisa, enquanto os participantes que não receberam a intervenção com sessões de relaxamento tiveram um aumento nos níveis de estresse (Grupo Controle).

Quadro 2.

Análise da média, desvio-padrão e p nos resultados dos testes BAI e Termômetro de Distress nos Grupos Experimental e Controle

<i>Variável</i>	<i>Grupo Controle</i> <i>média ± desvio-padrão</i>	<i>Grupo Experimental</i> <i>média ± desvio-padrão</i>	<i>p</i>
BAI inicial	$15,92 \pm 7,23$	$15,07 \pm 8,84$	0,5738
BAI final	$16,41 \pm 6,85$	$12,87 \pm 7,58$	0,0106
BAI diferença	$0,48 \pm 3,50$	$-2,19 \pm 4,12$	0,0003
Distress inicial	$5,33 \pm 2,14$	$5,12 \pm 1,89$	0,5700
Distress final	$5,39 \pm 2,17$	$4,43 \pm 1,69$	0,0105
Distress diferença	$0,05 \pm 1,13$	$-0,68 \pm 1,52$	0,0043

De acordo com os dados apresentados na Quadro 2 podemos concluir que as intervenções através da técnica de relaxamento por indução de imagens diminuíram os níveis de ansiedade e estresse nos pacientes quimioterápicos.

DISCUSSÃO

Quando analisamos as variáveis sociodemográficas dos participantes percebemos que a maioria é do sexo feminino, 71(62,8%), talvez este dado se justifique pelo fato das mulheres buscarem mais ajuda médica e conseqüentemente mais exames de rastreio, resultando em um maior número de diagnósticos e posteriormente na efetivação do tratamento, seja ele quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico. Estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), analisou os motivos pelos quais os homens procuram menos os serviços de saúde que as mulheres e constataram que existe um imaginário de modelo hegemônico de masculinidade, de invulnerabilidade, além do medo que os homens tem de descobrir uma doença grave, juntamente com a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, o que faz com que eles busquem menos auxílio, justificando a diferença entre os gêneros nesta questão.

Outra variável que destacamos é o forte apoio familiar que os participantes afirmaram ter recebido durante o processo de diagnóstico e tratamento. Problemas emocionais ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer como em seus familiares. Os impactos da doença podem ser minimizados quando o paciente recebe apoio da família. É necessário dar uma atenção às necessidades da família do paciente, propiciando a integração do grupo familiar. O paciente deve manter as atividades de vida diária e os familiares devem ajudar sempre que for preciso. De acordo com o programa Simonton, os familiares devem realizar os exercícios de visualização, sempre que possível com o paciente, facilitando a expressão de sentimentos relacionados às experiências vivenciadas (Simonton & Simonton, 1975).

Existe um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento do paciente, com consequências diretas sobre ambos. A depressão, a ansiedade e o estresse do cuidador podem desencadear depressão e ansiedade no paciente e vice-versa (Armes & Addington-Hall, 2003). O processo de cuidar é complexo, avaliar e tratar a ansiedade, a depressão e o estresse no cuidador formal ou informal tem importante impacto na evolução positiva da doença do paciente (Rezende, Derchain, Botega, Sarian, Vial, & Morais, 2005).

A literatura aponta uma possível relação dos transtornos do humor como fator de risco para o desenvolvimento do câncer, mas ainda de forma especulativa. A cronificação de determinados quadros emocionais pode ter influência na função imune, levando ao desenvolvimento de células cancerosas (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni, & Rennó Jr., 2006).

Estudo realizado por Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, e Glaser (2002), avaliou a modulação psicológica do sistema imune, mostrando que os quadros depressivos aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias, especialmente a interleucina (IL) 6, o que justificaria a maior somatização de doenças quando da presença de transtornos do humor no paciente oncológico. Segundo os pesquisadores, ocorre também a redução da atividade *natural killer* e de contagens de células T.

Simonton foi o primeiro a utilizar técnicas cognitivas de relaxamento e visualização concomitante a tratamentos convencionais. Propondo que as técnicas não contemplassem apenas uma mudança de comportamento, mas que possibilitassem que o paciente entrasse em contato com as razões por detrás do seu adoecer, seus sistemas de crenças e imagens da doença, do tratamento e de si mesmo. Segundo Nunes (2005), Simonton desenvolveu um estudo com 152 pacientes com câncer, onde concluiu que aqueles que tinham imagens positivas, tinham melhor prognóstico do que aqueles com imagens negativas.

A cura através das imagens se dá a partir da preparação da mente através da intenção, tranquilidade, limpeza e transformação. Sendo a intenção nosso desejo de alcançar algo, a tranquilidade é a quietude e o relaxamento, sendo que a limpeza se refere a livrar-se de preocupações, pensamentos negativos, e a transformação é o que se busca em qualquer processo terapêutico. Essas quatro etapas são os requisitos de um estado mental voltado para a cura (Epstein, 1990). Segundo Rossi (1995), pesquisas norte-americanas relatam que a mente não distingue entre uma imagem real e aquela que é imaginada, em função de um processo de orientação dos padrões de pensamento durante a prática da imaginação, o sistema neurológico induz o organismo a reagir à imagem mental como se fosse real.

Muitos estudos estão sendo realizados com o objetivo de analisar possíveis relações entre o câncer e o estado emocional do indivíduo. Estudo americano realizado por De Moor, Basen-Engquist, De Moor, Kudelka, Bevers e Cohen (2006), investigou se o otimismo situacional ou disposicional auxiliava ou não na proteção contra o estresse e melhoria da qualidade de vida. Avaliaram também se o otimismo era capaz de contribuir com o decréscimo nos níveis do antígeno de câncer (CA 125) durante o tratamento. Neste estudo foram avaliadas 90 mulheres com câncer de ovário e com prescrição de quimioterapia, sendo as avaliações realizadas por exames médicos feitos no início e no final dos ciclos de quimioterapia. Os dados coletados possibilitaram a correlação entre as variáveis psicossociais e as mensurações objetivas da progressão da doença, evidenciando a relevância do otimismo situacional na redução do CA 125 e ao mesmo tempo a importância do otimismo disposicional na promoção da saúde e qualidade de vida das pacientes.

A ansiedade e o stress são estados emocionais encontrados nos pacientes oncológicos tanto no momento do diagnóstico como durante o tratamento, seja ele quimioterápico ou radioterápico. Neste sentido, a intervenção do psicólogo oncológico, através de técnicas de relaxamento, pode contribuir na melhoria do quadro. Em estudo realizado por Amorim (1999), na área da psiconeuroimunologia, relata o efeito do relaxamento no sistema imunológico. Foram comparados dois grupos de mulheres com câncer de mama sem metástases e submetidas a cirurgias. Esse autor investigou a atividade das células NK (*Natural Killer*) como parâmetro imunológico e mensurou também o padrão de comportamento para

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

estresse, *coping* e ansiedade. Os resultados demonstraram que o relaxamento modulou e aumentou a atividade NK do sistema imune.

O câncer atinge a integridade psicológica do paciente, tornando-o fragilizado e vulnerável à depressão, ansiedade e a sintomas como estresse, angústia, medo da recorrência, problemas de sono ou dor, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, e elaborações existenciais, incluindo-se aí a questão da morte (Cantinelli, Camacho, Smaletz, Gonsales, Braguittoni, & Rennó Jr, 2006).

Estudo realizado no Centro Regional de Oncologia do Hospital Manoel de Abreu em Bauru (SP), com uma amostra de 30 mulheres com câncer e 30 sem câncer, avaliou as relações entre estresse, enfrentamento e doenças oncológicas. Os resultados obtidos permitem indicar a existência de relações entre os modos pessoais de avaliar, enfrentar e superar situações de estresse e o adoecimento na população estudada. Sugerem também que padrões mais positivos, otimistas, flexíveis e diretos de lidar com os sentimentos envolvidos em situações estressantes da vida favoreceram adaptações mais saudáveis e a redução do impacto do estresse no equilíbrio psicofisiológico (Neme & Lipp, 2010).

Segundo Nunes (2005), o relaxamento e a visualização são técnicas na Psicologia da Saúde que visam ajudar os pacientes no manejo do estresse, através de reeducação, mudança de atitude e reprogramação mental. Para Nunes e Müller, a mente, através dos pensamentos, imagens, crenças, e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso (Nunes, 2005; Müller, Calvetti, Redivos, Geyer, & Jarros, 2009).

Este estudo analisou a eficácia da técnica de relaxamento por imagem guiada na redução de sintomas de ansiedade e estresse com a intenção de minimizar o sofrimento do paciente oncológico e proporcionar-lhe melhor qualidade de vida. Além dos tratamentos farmacológicos, a literatura tem demonstrado que as técnicas de relaxamento oferecem um efeito positivo em certas condições médicas, tais como dor e depressão (Gardiner, Mitchell, Filippelli, Sadikova, White, Paasehe-Orlow & Jack, 2013; Ribeiro, Elias, Schimidt, Cedotti & Silva, 2014).

A utilização desta técnica, proporcionou uma redução nos níveis de estresse e ansiedade no grupo experimental, podendo oferecer uma maior integração do corpo e do psiquismo, levando a um melhor enfrentamento da doença.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas suscitar futuras pesquisas na área da psico-oncologia e da psiconeuroimunologia, salientando a importância das técnicas de relaxamento e indução de imagens como recursos complementares para a promoção e tratamento da saúde.

REFERÊNCIAS

- Achterberg, J. (2012). *A imaginação na cura*. São Paulo, SP: Summus.
- Amorim, M.H.C. (1999). *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Armes, P. J., & Addington-Hall, J. M. (2003). Perspectives on symptom control in patients receiving community palliative care. *Palliative Medicine*, 17, 608-615. doi:10.1191/0269216303pm801oa
- Bonassa, E.M.A. (2000). *Enfermagem em terapêutica oncológica* (2a. ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Bultz, B.D., & Johansen, C. (2001). Screening for distress, the 6th vital sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20, 569-571. doi: 10.1002/pon.1986

- Cantinelli, F.S., Camacho, R.S., Smaletz, O., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., & Rennó, J. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 124-133.
- Carvalho, M.M. (1994). Visualização e câncer. In Carvalho, M.M (Org.). *Introdução à psico-oncologia*. Campinas, SP: Psy.
- Castro, M.G., Andrade, T.M.R., & Muller, M.C. (2006). Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em Estudo*, 11, 39-43. doi.org/10.1590/S1413-73722010000200005
- Coutinho, S.M.G., Costa Jr, A.L., & Kanitz, S. (2000). Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. *Revista Estudos em Psicologia (Campinas)*, 17, 33-42. doi.org/10.1590/S0103-166X2000000300004
- Cunha, J.A. (Org.). (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dalton, S. O., Laursen, T. M., Ross, L., Mortensen, P. B., & Johansen, C. (2009). Risk for hospitalization with depression after cancer diagnosis: a nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973-2003. *Journal of Clinical Oncology*, 27, 1440-1445. doi: 10.1200/JCO.2008.20.5526
- Decat, C. S., Laros, J. A., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Termômetro de *distress*: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14, 253-260. doi:10.1590 /S141382712009000300002
- De Moor, J.S., Basen-Engquist, K., de Moor, C.A., Kudelka, A., Bevers, M.W., & Cohen, L. (2006). Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68, 555-562.
- Elias, A.C., & Giglio, J.S. (2002). Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para ressignificar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29, 116-132.
- Epstein, G. (1990). *Imagens que curam* (9a. ed.). Rio de Janeiro: Xenon.
- Gardiner, P., Mitchell, S., Filippelli, AC, Sadikova, E., White, LF, Paasche-Orlow, MK e Jack, BW (2013). Alfabetização em saúde e uso de medicina complementar e alternativa em pacientes internados subdesenvolvidos em um hospital de rede de segurança. *Journal of Health Communication* , 18 (Suppl. 1), 290-297. doi:10.1080/10810730.2013.830663.
- Gomes, R., Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Porque os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Caderno de Saúde Pública*, 23, 565-574.
- Hoffman, F.S., Zogbi, H., Fleck, P., & Müller, M.C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia Teoria e Prática*, 7, 51-60.
- Johnston, P.G., & Spence, R.A.J. (2003). *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28
- Lipp, M.E.N., Pereira, M.B., & Sadir, M.A. (2005). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* , 1, 29-34.
- Marques-Deak, A., & Sternberg, E. (2004). Psiconeuroimunologia: A relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 143-144. doi.org/10.1590/S1516-44462004000300002
- Miller, K., & Massie, M.J. (2010). Depressive disorders. In Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Lederberg, M.S., Loscalzo, M.J., & McCorkle, R. (Orgs). *Psycho-Oncology* (pp.311-318). Nova Iorque, NI: Oxford University Press

RELAXAMENTO EM PACIENTES QUIMIOTERÁPICOS

- Moreira, M.S. (1999). Psiconeuroimunologia: a superação do dualismo cartesiano. *Informativo Psiquiatria*, 18, 90-95
- Müller, M.C., Calvetti, P.U., Redivos, L.B., Geyer, J.G., & Jarros, R.B. (2009). Técnicas de Relaxamento e Visualização na Psicologia da Saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 1, 24- 33. doi: org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p24-33
- Neme, C.M.B., & Lipp, M.E.N. (2010). Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26, 475-483. doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010
- Nunes, D.F.T. (2005). *O uso da técnica de relaxamento e visualização como coadjuvante no tratamento de pacientes portadoras de câncer de mama* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Rio Grande do Sul.
- Primo, C.C., & Amorim, M.H.C. (2008). Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 36-41. doi.org/10.1590/S0104-11692008000100006
- Raison, C.L., & Miller, A.H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 283-294. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00413-X
- Rezende, V.L., Derchain, S.F.M., Botega, N.J., Sarian, L.O., Vial, D.L., & Moraes, S.S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, 737-743
- Ribeiro, R.O.B., Elias, A.C.A., Schimidt, T.C.G., Cedotti, W., Silva, M.J.P. (2014). A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. *Psicologia Hospitalar*, 12, 83-102. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a06.pdf>
- Rossi, A.M. (1995). *Visualização*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J.L. (1987). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus Editorial.
- Simonton, O.C., & Simonton, S.S. (1975). Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. *The Journal of Trans Personal Psychology*, 7, 29-47.