

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO COM IMAGEM  
GUIADA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS  
A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Porto Alegre

2017

CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO COM IMAGEM  
GUIADA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS  
A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

Porto Alegre  
2017

## Ficha Catalográfica

L949a Lufiego, Claudia Adriana Facco

Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico / Claudia Adriana Facco Lufiego . – 2017.

93 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider.

1. Terapia de Relaxamento. 2. Câncer. 3. Depressão. 4. Ansiedade. 5. Estresse.  
I. Schneider, Rodolfo Herberto. II. Título.

CLAUDIA ADRIANA FACCO LUFIEGO

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO COM IMAGEM  
GUIADA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS  
A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – PUCRS

---

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

---

Profa. Dra. Roberta Rigo Dalla Corte  
Departamento de Medicina Interna – UFRGS

---

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós  
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica - PUCRS

Porto Alegre

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Quero primeiramente agradecer a Deus, pela vida, fé e coragem.

Aos meus pais, Claudio e Ceci, pela base familiar que ofereceram, me permitindo aprender a arte viver. Por sempre terem acreditado em mim, por serem fonte de inspiração e motivação constantes. A vocês o meu eterno amor.

Ao Rafael, meu querido esposo, pelo amor, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos. E foram muitos os momentos de ausência... Obrigada pelo incansável incentivo em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos, Vitória, Henrique e Guilherme, razão que impulsiona minha busca pelo crescimento e evolução. Obrigado pelo carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente na vida de vocês. Obrigada pelo sorriso que sempre encontro ao chegar em casa depois de uma jornada extensa de trabalho, obrigada pelo apoio de sempre.

Ao meu irmão Cícero, meu grande incentivador. Obrigado por ter me dado a oportunidade de convivermos juntos, mesmo que por pouco tempo... mas o necessário para reafirmarmos nosso amor.

A todos os professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que colaboraram com a minha formação, que acreditaram no meu potencial e sempre incentivaram minha caminhada. Vocês são especiais! Não vou citar nomes ou momentos, foram muitos... e cada um com sua singularidade.

Quero agradecer em especial ao Prof. Dr. Ângelo Bós, por ter me incentivado em todos os momentos, por ter acreditado nas minhas ideias, nos meus sonhos, e por ter sonhado além de mim, me mostrando que é possível... despertando meu potencial, que eu nem sabia que tinha. Obrigada por tudo Ângelo, pelas palavras, pelo conhecimento, pela escuta, pelas horas intermináveis de estatística, pela dedicação ao meu estudo e principalmente pelo exemplo de pesquisador que és! Admiração eterna...

A toda a equipe do Setor de Quimioterapia do Hospital São Lucas, PUCRS, pelo apoio, colaboração nos momentos de pesquisa. Foi muito bom ter convivido com pessoas comprometidas com o bem estar e a saúde dos pacientes, trabalhando com amor e zelo com cada paciente. Adorei ter feito parte desta equipe, aprendi muito com vocês. Quero agradecer ao Dr. Sérgio Lago, chefe do Setor de Quimioterapia, por ter autorizado a realização da minha pesquisa, a enfermeira

Stella Maris, pelo apoio e incentivo para que toda coleta de dados acontecesse da melhor forma. Aos demais enfermeiros e profissionais do setor pela ajuda, colaboração e acolhimento que tiveram comigo e com minha pesquisa.

Às funcionárias da Secretaria do IGG, Nair Mônica e Samanta Lay, pela presteza e dedicação que sempre demonstraram, orientando e auxiliando em todos os momentos. Obrigada pela amizade, pela escuta e torcida para que tudo desse certo.

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, pela troca de conhecimento e enriquecimento pessoal que me ofereceram. Obrigado por fazerem parte da minha vida, pela convivência, estreitamento de laços e amizade que construímos ao longo destes quatro ou seis anos. Algumas pessoas passam em nossas vidas ficam para sempre... Espero que possamos nos reencontrar, sentir e vivenciar muitos momentos felizes ainda.

Minha gratidão a todos os pacientes e familiares com as quais tive contato, pois, possibilitaram a realização desta pesquisa, sem a colaboração de vocês ela não teria acontecido. Obrigado pelo aprendizado, pelo amor e carinho que sempre dispensaram. Todo encontro entre duas pessoas é uma grande oportunidade de troca, aprendizado e evolução. Parabéns a vocês pelo testemunho de força e fé na vida.

E, finalmente, quero agradecer a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, CAPES, por ter me proporcionado uma bolsa de estudos, o que tornou viável esta pesquisa.

### **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Gratidão ao meu orientador Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider pelo acolhimento, motivação, dedicação e apoio ao longo da trajetória desta pesquisa. O meu eterno agradecimento pelas sábias palavras nos momentos adequados, pelo conhecimento dispensado nas orientações, pela confiança e liberdade que me ofereceu, proporcionando que, às vezes, trilhasse sozinha, descobrindo os caminhos e me tornando mais forte, agradeço pela sua atenção e amizade. Desejo que possamos continuar estabelecendo trocas, buscando aprimoramento e crescimento acadêmico/científico juntos. Obrigada por fazer esta caminhada comigo!

Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas,  
mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar a eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico em relação à diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e estresse. **Métodos:** Estudo do tipo ensaio clínico não randomizado. A amostra foi constituída de participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 30 anos e que estavam iniciando tratamento quimioterápico em um hospital universitário de Porto Alegre. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental, no qual foi aplicada a técnica de relaxamento, e Grupo Controle, sem a intervenção. As sessões de relaxamento com a técnica de imagem guiada tiveram duração de 12 minutos e foram realizadas durante um período de 16 semanas, sempre durante o procedimento quimioterápico. Para avaliar os níveis de depressão, ansiedade e estresse foram aplicados os instrumentos Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck e Termômetro de Distress respectivamente, no período inicial e final do estudo. Os dados foram analisados no software estatístico EpiInfo7.0 utilizando os testes t de Student, Wilcoxon-Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram incluídos 113 participantes, com média de idade de 51,3 anos, sendo 62,8% do sexo feminino e 72,6% casados. Os tipos de neoplasia mais prevalentes foram câncer de mama, pulmão e intestino. Foram alocados 57 pacientes no Grupo Experimental e 56 pacientes no Grupo Controle. Houve diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e estresse nos pacientes do Grupo Experimental, com variação dos escores de depressão de  $17,3 \pm 9,04$  para  $14,5 \pm 7,47$  ( $p < 0,0001$ ), de ansiedade de  $15,1 \pm 8,84$  para  $12,9 \pm 7,58$  ( $p < 0,0001$ ) e de estresse  $5.1228 \pm 1.8905$  para  $4.4386 \pm 1.6905$  ( $p < 0,0001$ ). No Grupo Controle não foi observada diferença significativa entre a avaliação inicial e final. **Conclusões:** A intervenção através da técnica de relaxamento com imagem guiada mostrou eficácia em reduzir os níveis dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse nesta amostra de pacientes oncológicos em vigência de quimioterapia.

**Palavras-chave:** Terapia de Relaxamento. Psiconeuroimunologia. Depressão. Ansiedade. Estresse. Câncer.

## ABSTRACT

**Aims:** To evaluate the efficacy of the guided imaging relaxation technique in cancer patients submitted to chemotherapy in relation to decreasing levels of depression, anxiety and stress. **Methods:** Non-randomized clinical trial type study. The sample consisted of participants of both sexes, and aged 30 years or more starting chemotherapy treatment in a university hospital in Porto Alegre. The patients were divided into two groups: Experimental Group, in which the relaxation technique was applied, and Control Group, without the intervention. The relaxation sessions with the guided imaging technique had a duration of 12 minutes and were performed during a period of 16 weeks, always during the chemotherapy procedure. In order to evaluate the levels of depression, anxiety and stress were applied the instruments Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Distress Thermometer respectively, in the initial and final period of the study. Data were analyzed in the EpiInfo7.0 statistical software using Student's t-tests, Wilcoxon-Mann-Whitney and Pearson's Chi-square. Values of  $p < 0.05$  were considered significant. **Results:** One-hundred thirteen participants were included, with a mean age of 51.3 years, 62.8% were female and 72.6% married. The most prevalent types of neoplasia were breast, lung and intestine cancers. Fifty-seven patients participated in the Experimental Group and 56 patients in the Control Group. There was a decrease in depression, anxiety and stress levels in the Experimental Group, with a range of depression scores ranging from  $17.3 \pm 9.04$  to  $14.5 \pm 7.47$  ( $p < 0.0001$ ), anxiety of  $15.1 \pm 8.84$  to  $12.9 \pm 7.58$  ( $p < 0.0001$ ) and for stress  $5.1228 \pm 1.8905$  for  $4.4386 \pm 1.6905$  ( $p < 0.0001$ ). In the Control Group, no significant difference was observed between the initial and final evaluation. **Conclusions:** the intervention through the relaxation technique with guided imagery showed efficacy in reducing the levels of depression, anxiety and stress in this sample of cancer patients undergoing chemotherapy.

**Keywords:** Relaxation therapy. Psychoneuroimmunology. Depression. Anxiety. Stress. Cancer.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percepção do paciente quanto ao recebimento ou não do apoio familiar durante o diagnóstico e tratamento da doença .....	37
Figura 2 – Diagnóstico de doença mental recebido anteriormente ao diagnóstico de câncer .....	38
Figura 3 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BDI no Grupo Experimental ..	40
Figura 4 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BDI no Grupo Controle.....	40
Figura 5 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BAI no Grupo Experimental...	41
Figura 6 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do Teste BAI no Grupo Controle	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Localizações de câncer encontradas em uma amostra de 113 pacientes oncológicos em vigência de tratamento quimioterápico .....	34
Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas. ....	35
Tabela 3 – Análise da média, desvio-padrão e p nos resultados dos testes BDI, BAI e Termômetro de Distress nos Grupos Experimental e Controle .....	39

## LISTA DE SIGLAS

BAI – Beck Anxiety Inventory  
BDI – Beck Depression Inventory  
CA 125 – cancer antigen 125  
CACON – Centro de alta complexidade em oncologia  
CC – Comissão Científica  
CCT – Center Cognitive Therapy  
CETTRO – Centro de Câncer de Brasília  
GC – Grupo Controle  
GE – Grupo Experimental  
IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia  
IL6 – Interleucina 6  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
IPOS – International Psycho Oncology Society,  
NK – Natural killer  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
QdV – Qualidade de vida  
RIME – Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade  
SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia  
SNC – sistema nervoso central  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TD – Termômetro de Distress  
WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 PSICONEUROIMUNOLOGIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE ....	16
2.2 TÉCNICA DE RELAXAMENTO .....	19
2.3 O PAPEL DO PSICÓLOGO ONCOLÓGICO .....	22
2.4 UM BREVE HISTÓRICO DA PSICO-ONCOLOGIA.....	23
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
3.1 GERAL.....	26
3.2 ESPECÍFICOS .....	26
<b>4 HIPÓTESES</b> .....	<b>27</b>
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>28</b>
5.1 DELINEAMENTO.....	28
5.2 AMOSTRA .....	28
<b>5.2.1 Tamanho Amostral</b> .....	<b>28</b>
<b>5.2.2 Critérios</b> .....	<b>28</b>
5.2.2.1 Critérios de Inclusão .....	28
5.3 LOCAL DA AMOSTRA.....	29
5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	29
5.5 INSTRUMENTOS .....	31
5.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	33
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>56</b>
<b>APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS</b> .....	<b>59</b>
<b>APÊNDICE C – ARTIGO ORIGINAL PUBLICADO NA REVISTA <i>SCIENTIA MEDICA</i></b> .....	<b>61</b>
<b>APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA <i>SAÚDE &amp; DOENÇA</i> (B1)...</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – TERMÔMETRO DE DISTRESS (TD)</b> .....	<b>88</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PUCRS</b> .....	<b>89</b>

<b>ANEXO C – E-MAIL COM O ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO NA REVISTA <i>SCIENTIA MEDICA</i> (QUALIS B3), COMO CRITÉRIO OBRIGATÓRIO PARA APROVAÇÃO NO DOUTORADO .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO D – E-MAIL DA REVISTA SAÚDE &amp; DOENÇA, COMPROVANDO O RECEBIMENTO DO ARTIGO SUBMETIDO(B1), COMO EXIGÊNCIA OBRIGATÓRIA DOS CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO NO DOUTORADO.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com base no documento World Cancer Report 2014, apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é inquestionavelmente um problema de saúde pública e motivo grande preocupação entre os profissionais da área da saúde, principalmente em países em desenvolvimento, onde estima-se que nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de novos casos estimados para 2025 (BRASIL,2016).

De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, do Ministério da Saúde, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram: pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata com 1,1 milhão (BRASIL, 2016).

Foi estimado para o biênio 2016/2017, uma ocorrência de 600 mil novos casos de câncer para o Brasil, sendo 180 mil de câncer de pele do tipo não melanoma e 420 mil aproximadamente, distribuído entre os demais tipos de cânceres, onde o câncer de próstata (61mil) nos homens e o de mama (58mil) nas mulheres, serão os mais frequentes (BRASIL, 2016).

Câncer é o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, a este fenômeno, chamamos de metástase (BRASIL, 2016). A elevada incidência de câncer justifica o esforço de profissionais das mais diversas áreas em realizar pesquisas para contribuir na prevenção, cura, tratamento e reabilitação psicossocial do paciente com câncer.

Apesar dos avanços da medicina quanto ao tratamento do câncer, o impacto psicológico e social no paciente é evidente (LANGARO; PRETTO; CIRELLI, 2012). O diagnóstico está associado ao desenvolvimento de quadros psiquiátricos: como a depressão e ansiedade, além de outros sintomas como medo, disfunção sexual, redução da libido, sentimentos de vulnerabilidade, diminuição da autoestima, estresse, apatia, entre outros (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Todos estes aspectos biopsicossociais precisam ser pensados e compreendidos pelo profissional de saúde que trabalha com este tipo de paciente, a fim de contribuir para o bem-estar físico e psicológico, possibilitando a restauração da Qualidade de Vida destes pacientes e de sua família.

Este trabalho se propõe a verificar a eficácia da técnica de relaxamento por imagem guiada na redução dos níveis dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, enfatizando a importância da participação ativa do paciente no processo. Pretende também discutir um velho paradigma, a relação interatuante entre reações físicas, capacidade de adoecer, e as cargas emocionais.

A interação do princípio corpo-mente vem sendo preconizada pelo homem desde Anaxágoras, passando por Aristóteles, Platão, até chegar ao dualismo de Descartes. Esse dualismo norteou e ainda norteia a Medicina Ocidental. Hipócrates, no século IV a.C., já entendia saúde como um estado de equilíbrio entre mente, corpo e ambiente, sendo a doença um resultado da desarmonia entre esses fatores (MIRANDA, 2011). Já no século II d.C., Galeno, proeminente médico e filósofo romano, discutia a possibilidade dos estados emocionais influírem nas doenças e em seu desfecho (GOUVEIA; AVILA, 2010). Sabe-se que nos dias de hoje os profissionais da saúde estão construindo um “fazer” em medicina que corre paralelo ao modelo tradicional/cartesiano. Hoje se fala em atenção integral à saúde, visão holística do ser humano, sujeito biopsicossocial, transdisciplinaridade, o que nos mostra um olhar mais abrangente sobre o homem (DAPUETO, 2016).

Solomon, em 1964, estabeleceu a inter-relação dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, criando um novo campo de pesquisa, a Psiconeuroimunologia, que preconiza que todas as ações no corpo se refletem na mente e que as emoções provocam alterações corporais (MOREIRA, 1999; ALVES; PALERMO-NETO, 2007). A comprovação da inter-relação emocional com os sistemas endócrinos e imunológicos vem gerando vários estudos sobre o estresse e a imunomodulação. Postula-se que o estresse, a ansiedade e a depressão modulariam o sistema imune, ocasionando a diminuição da capacidade imunológica, aumentando a probabilidade de adoecimento e surgimento de tumores (ALVES; PALERMO-NETO, 2007).

Ao compararmos indivíduos com câncer e outras condições médicas graves com a população geral, percebemos que estes pacientes têm risco aumentado para apresentar sintomas e transtornos depressivos persistentes (BOTTINO *et al.*, 2009; GORAYEB *et al.*, 2012). A doença oncológica acarreta problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros influenciando na atuação

biopsicossocial e conseqüentemente na QdV do paciente e da família (ODGEN, 2004).

Em pacientes oncológicos a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum (CARVALHO *et al.*, 2015). A prevalência de depressão nos pacientes com câncer pode variar de 22% a 29% (BOTTINO *et al.*, 2009). Essa diferença de prevalência está associada ao tipo e estágio clínico do tumor, além da dor, debilidade funcional, fragilidade e suporte familiar e social que os pacientes possuem (NICOLUSSI, 2012). O tratamento quimioterápico está associado a prevalências ainda maiores de depressão, podendo chegar a 58% (BOTTINO *et al.*, 2009). A presença de depressão tem sido associada a um pior prognóstico e ao aumento da mortalidade pelo câncer (WONG *et al.*, 2016).

O estresse, a ansiedade e a depressão causam diminuição da capacidade imunológica, sentimento de tristeza e angústia pode fazer com que o paciente não procure ajuda, dificultando o reconhecimento da depressão e o tratamento da mesma, causando um impacto negativo na adesão ao tratamento do câncer e mortalidade (ARRIETA *et al.*, 2013).

As terapias complementares têm se destacado entre as opções terapêuticas em centros de tratamento de câncer nos Estados Unidos. A aceitação e o uso têm resultado em um impacto positivo imediato sobre o estresse e o sofrimento do paciente. Várias são as técnicas de intervenção utilizadas no manejo da dor e do sofrimento físico e psíquico dos pacientes oncológicos (COSTA; REIS, 2014). Entre as terapias complementares, as técnicas de relaxamento têm se mostrado instrumentos intervenção importantes no processo integrativo entre mente e corpo, junto a pacientes com doenças orgânicas (ELIAS *et al.*, 2007).

Este estudo buscou investigar eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada na diminuição dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse em pacientes oncológicos que estavam realizando tratamento quimioterápico, tendo em vista o fortalecimento do sistema imunológico e conseqüentemente melhora do seu estado emocional, qualidade de vida e prognóstico.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PSICONEUROIMUNOLOGIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE

Com a intenção de investigar a eficácia do relaxamento com imagem guiada na melhoria do prognóstico e qualidade de vida de pacientes que estão em tratamento quimioterápico, pensamos ser necessário falar um pouco do histórico da Psicossomática para poder entender e estabelecer relações entre os temas aqui tratados: corpo, mente, depressão, ansiedade, estresse e relaxamento com imagem guiada, bem como, relatar as pesquisas desenvolvidas nas áreas afins.

Em 1828, o psiquiatra alemão Heinroth, introduziu o termo “somatopsíquico”, explicando que as doenças estavam relacionadas ao emocional, como por exemplo, referindo a influência do psíquico sobre a tuberculose (MATTAR *et al.*, 2016). Em 1922, Felix Deutsch, introduziu o termo “medicina psicossomática” em seus estudos. Entretanto, foi Helen Dunbar, que, em 1933, forneceu a base principal para a formação desta área, através de observações sistemáticas e metodologia científica (SILVA; MÜLLER, 2007; QUARTILHO, 2016). Os trabalhos de Freud e Jung também propiciaram o desenvolvimento de estudos, pesquisa e atuação da Medicina Psicossomática, que na literatura científica atual é vista como um campo que compreende a interrelação entre mente e corpo. A oficialização desta área ocorreu com a fundação da *American Psychosomatic Medicine Association*, em 1939, e Dubar é reconhecida como a idealizadora e fundadora da mesma (CARVALHO, 2002).

A medicina psicossomática, em sua visão holística, entende que os cuidados com o paciente implicam em uma avaliação dos fatores psicossociais no curso da doença, e a utilização de terapias psicológicas para a prevenção, reabilitação e tratamento de doenças (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006).

Mais tarde foi introduzido o termo "Psiconeuroimunologia", por Robert Ader, em 1981, para definir o campo da ciência que estuda a interação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico (MARQUES-DEAK; STERNBERG, 2004). A Psiconeuroimunologia estuda as interações entre comportamento e os sistemas nervoso, endócrino e imunológico, pois este último não trabalha de forma autônoma, como inicialmente se pensava (ALVES; PALERMO-NETO 2007).

Atualmente, um grande número estudos tem fornecido evidências que revelam as relações bidirecionais entre os sistemas endócrino, neurológico e o sistema imunológico, mostrando que estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imune através dessas conexões. A Psicossomática e a Psiconeuroimunologia vem estudando a ansiedade, depressão, estresse e apontando-os como fator predisponente em inúmeras doenças. Segundo as pesquisadoras a minimização de comportamentos ansiosos traria benefícios à saúde (SALLES; SILVA, 2011).

A relação entre estresse e depressão com o enfraquecimento do sistema imunológico, favorecendo uma situação propícia ao desenvolvimento de tumores, foram amplamente analisadas por LeShan, Simonton, Siegel e Fiore, pioneiros nos estudos dos aspectos psicológicos envolvidos nos processos de câncer. Segundo Nunes (2005), já na década de 70, Simonton afirmava a existência da relação entre os fatores emocionais, o sistema de crenças dos pacientes, e os estados de malignidade; o que não se sabia ainda é como estes influenciam no seu desenvolvimento.

Nunes (2005), faz referência ao fato de que Simonton foi o primeiro a utilizar técnicas cognitivas de relaxamento e visualização concomitante ao tratamento convencional de radioterapia. Propôs também, que as técnicas não contemplassem só uma mudança de comportamento, mas que possibilitassem que o paciente entrasse em contato com as razões por detrás de seu adoecer, seus sistemas de crenças e imagens da doença, do tratamento e de si mesmo. Em estudo com 152 pacientes, Simonton concluiu que aqueles que tinham imagens positivas, tinham melhor prognóstico do que aqueles com imagens negativas.

O câncer é uma doença crônica de prognóstico nem sempre favorável, responsável por um número significativo de óbitos e cujo tratamento pode exigir níveis de tolerância e resiliência elevados por parte do paciente e sua família (GERMANO *et al.*, 2016). Observa-se que nas últimas décadas do século XX houve uma enorme mobilização científica e profissional de praticamente todas as ciências da saúde, inclusive da Psicologia, no sentido de desenvolver novas modalidades terapêuticas de prevenção e de tratamento do câncer (COSTA JR., 2001).

Existe um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento do paciente, com consequências diretas sobre ambos. A depressão e a ansiedade do paciente podem desencadear depressão e ansiedade no cuidador e

vice-versa; ou seja, se a família é afetada pela doença, as reações familiares também afetam o paciente (NOBRE *et al.*, 2015). Tais evidências reforçam a ideia de que o processo de cuidar é complexo, avaliar e tratar a ansiedade e a depressão no cuidador formal ou informal é preventivo (REZENDE *et al.*, 2005; TOLEDO; BALLARIN, 2013).

O câncer atinge a integridade psicológica do paciente, tornando-o fragilizado e vulnerável. O sofrimento psicológico nestes pacientes pode variar de emoções adaptativas as situações e sintomas até níveis mais elevados, onde os sintomas tornam-se clinicamente significativos, podendo resultar em transtornos de adaptação, depressão ou ansiedade (CASTRO *et al.*, 2016, GORAYEB *et al.*, 2012). Tal situação é geradora de intensa angústia, causada, em geral, pelo medo da mutilação, dor e morte, pela culpa e pela agressividade. Segundo Cantinelli *et al.* (2006), verificam-se outros sintomas, como: medo da recorrência, fadiga, problemas de sono ou dor; alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, problemas nas relações maritais.

De acordo com Neme e Lipp (2010), os modos individuais de enfrentamento, aspectos de personalidade, pré-existência ou não de algum transtorno como o depressivo ou ansioso, ou ainda, de tendências ou padrões afetivo-comportamentais pessoais, familiares e socioculturais, o papel das condições pessoais na avaliação do estresse poderá ser preponderante em relação ao conjunto dos demais fatores envolvidos no processo de enfrentamento.

A manutenção de sentimentos e emoções que resultam em mal-estar ou contrariedade em decorrência de eventos de vida que exigem superação, constitui-se em contínua fonte interna de estresse, e seus inevitáveis efeitos psicofisiológicos se prolongam e agravam os diferentes sistemas orgânicos (NEME; KATO, 2003). Estes efeitos predispõe o indivíduo a diversos tipos de doenças, em especial as que se relacionam ao funcionamento imunológico, incluindo o câncer (LIPP *et al.*, 2005; NEME; KATO, 2003; CORMANIQUE *et al.*, 2015).

Muitos estudos estão sendo realizados com o objetivo de analisar possíveis relações entre o câncer e o estado emocional do indivíduo. De Moor *et al.* (2006), investigaram se o otimismo situacional ou disposicional auxiliava ou não na proteção contra o estresse e melhorar a qualidade de vida. Avaliaram também se o otimismo era capaz de prever 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. As avaliações foram 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.

Estudo realizado por Neme e Lipp (2010), com uma amostra de 30 mulheres com câncer e 30 sem câncer, avaliou as relações entre estresse, enfrentamento e doenças oncológicas. Os resultados obtidos na pesquisa permitem indicar a existência de relações de influência entre os modos pessoais de avaliar, enfrentar e superar situações de estresse e o adoecimento na população estudada. Sugerem que padrões mais positivos, otimistas, flexíveis e diretos de lidar com os sentimentos envolvidos em situações estressantes favoreceram adaptações mais saudáveis e a redução do impacto do estresse no equilíbrio psicofisiológico. As autoras indicam que, devido a exposição crescente da mulher a situações de estresse, sejam desenvolvidos programas psicoeducativos que reduzam o impacto do estresse na população feminina.

## 2.2 TÉCNICA DE RELAXAMENTO

Estudiosos e profissionais da saúde no mundo todo, tem repensado conceitos, atitudes, crenças em relação ao tema saúde, qualidade de vida e bem-estar. Percebe-se uma crescente procura pela medicina preventiva ao invés da curativa. A medicina complementar alternativa tem se destacado neste sentido, com uma abordagem sobre o ser humano do ponto de vista físico, emocional e espiritual. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002-2005; KRONENBERG *et al.*, 2006).

Dentre as técnicas utilizadas como terapias complementares alternativas encontramos o relaxamento e a visualização, que são técnicas da Psicologia da Saúde que visam ajudar os pacientes no manejo e redução do estresse, através de reeducação, mudança de atitude e reprogramação mental (NUNES, 2005). A mente, através dos pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso, sendo esta interação é constante e involuntária (MÜLLER *et al.*, 2009)

Desde os primórdios da humanidade os homens já demonstravam interesse pelas imagens mentais, segundo Arcaro (1997), pois já estavam ligados ao mundo espiritual, onde o homem sequer fazia diferenciação entre o material e o espiritual, percebendo a realidade como um misto de ambos os mundos. Essas práticas apareciam muitas vezes associadas à indução de estados alterados de consciência, como os estados meditativos, de transe alucinatório ou êxtase, em que as imagens psíquicas eram evocadas. As imagens mentais e as sensações que as acompanhavam eram muitas vezes consideradas mais importantes que a própria percepção objetiva.

Para os filósofos herméticos e platônicos, no ocidente, bem como para *yogis* e budistas no oriente, a matéria era considerada uma manifestação do espírito central do universo, ao qual cada um poderia ter acesso meditando ou utilizando imagens mentais (CASELATO, 2008). E seguindo a mesma linha de pensamento, Arcaro (1997), diz que no hermetismo, inclusive, afirmava-se que “concentrar-se nessas imagens por certo tempo podia modificar o universo físico, tal era a supremacia que se julgava que elas tinham sobre o universo objetivo”.

Alguns estudiosos consideram que os homens das cavernas também utilizavam imagens mentais no seu dia-a-dia, e que as cavernas eram usadas como espaço para rituais e conexão com o mundo espiritual e as paredes serviam para registrar tais situações, como se fossem uma espécie de véu entre a realidade objetiva e o mundo espiritual. Estas mentalizações provavelmente eram feitas com o propósito de curar doenças, garantir a fecundidade, obter abundância na caça e o sucesso na guerra (ARCARO, 1997).

Em diferentes civilizações antigas já se encontrava a preocupação em compreender a relação entre corpo e fenômenos mentais, há informações de curas na China, no Egito, no Tibete, na Grécia, na África, entre os esquimós e índios norte e sul americanos (CASTRO; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011). Grandes nomes da medicina ocidental, como Hipócrates e Galeno também destacaram a importância do uso de imagens mentais. Hipócrates (cerca de 460 a 377 a. C.) dizia que tudo que afeta a mente afeta o corpo, e que as emoções e os pensamentos do paciente tinham relação com sua saúde e o sucesso do tratamento. Para Galeno (cerca de 129 a 200 d. C.), influente nome na medicina medieval, as imagens espontâneas do paciente eram relevantes para o diagnóstico. Aristóteles também utilizou a

visualização para o diagnóstico das doenças e para os tratamentos (CASELATO, 2008)

Müller *et al.* (2009), citando Achterberger, diz que existem correlatos fisiológicos da imagem, tais como aumento da salivação, alteração do sistema imunológico, vascular e da pele, intermediados pelo sistema nervoso autônomo. A mesma autora refere que as imagens estão relacionadas aos estados fisiológicos, indicando um papel de causa e efeito; podem ainda ser induzidas por comportamentos conscientes; por eventos inconscientes. As imagens podem evidenciar uma influência sobre o sistema nervoso voluntário (periférico) e sobre o sistema nervoso involuntário (autônomo).

A técnica de relaxamento pode ser usada não somente para cura, mas também em cuidados paliativos com pacientes terminais, auxiliando-os a ressignificar a morte (ELIAS *et al.*, 2007). Em 2002, Elias e Giglio desenvolveram uma pesquisa para investigar a eficácia da intervenção do psicólogo oncológico em mulheres com câncer em fase terminal. A técnica de relaxamento e visualização de imagens mentais foi aplicada para ressignificar a dor simbólica da morte. Após a realização da intervenção, os pacientes obtiveram uma melhor qualidade de vida no processo de morrer (ELIAS; GIGLIO, 2002).

O relaxamento, no qual usamos a frequência cerebral Alfa é o estado mental onde há uma maior produção de *insights*, resultando em mudanças de atitudes e ideias. Trata-se de um estado natural que experimentamos por meio dos sonhos acordados, meditação, oração, dentre outros (ELIAS *et al.*, 2006). O relaxamento mental oferece respostas físicas imediatas (diminuição da frequência cardíaca, ritmo respiratório e consumo de oxigênio) e respostas a longo prazo, como: resposta do corpo à adrenalina, diminuição da ansiedade e da depressão e melhora na capacidade para lidar com fatores estressantes da vida (ELIAS *et al.*, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2014).

Neste sentido, o papel do Psicólogo Oncológico se faz importante na medida em que auxilia na manutenção do bem-estar da paciente, minimizando os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, melhorando assim sua qualidade de vida e prognóstico.

### 2.3 O PAPEL DO PSICÓLOGO ONCOLÓGICO

A Psico-oncologia tem como foco de estudo e intervenção o tratamento, reabilitação e acompanhamento do paciente com câncer, sendo uma interface entre a Psicologia e a Oncologia (SCANNAVINO *et al.*, 2013). Para Bergamasco (2001), o papel do psicólogo passa a ser o de: manter o bem-estar da paciente, prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos; ajudar o paciente a compreender a experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações deste processo; trabalhar com o luto e as perdas. Porém, o trabalho do psicólogo oncológico não se restringe ao paciente, ele deve se estender à família do paciente como forma de dar continuidade ao processo terapêutico (SCANNAVINO *et al.*, 2013).

A realização de pesquisas nesta área reflete a preocupação e a contribuição da Psicologia em proporcionar com sua ação o bem-estar e a qualidade de vida a pacientes com câncer, através de uma atuação em equipe multidisciplinar para a assistência integral ao paciente e à sua família. Segundo Santos e Vieira (2011), a prática do psicólogo é exercida em todas as etapas do tratamento, num espaço de empatia e escuta terapêutica, tendo como objetivo a compreensão do que está envolvido na queixa da paciente, buscando entender o imaginário deste.

Outro aspecto que deve ser levado em conta pelo Psicólogo Oncológico é a informação ao paciente sobre seu estado, tipos de tratamento, cirurgia, pois quanto mais informado o paciente estiver sobre sua doença, maior será sua capacidade de enfrentar todo o processo e maior será o vínculo e a confiança na equipe (SCANNAVINO *et al.*, 2013). Atualmente, há muitos estudos sobre câncer, porém a maioria trata da perspectiva do médico ou de outros profissionais de saúde, distanciando-se da relação médico-paciente e dos benefícios que podem surgir quando esta é estabelecida de forma adequada (MUNHOZ *et al.*, 2014).

No Brasil, há pouco conhecimento do que realmente importa para os pacientes oncológicos e cuidadores no momento do diagnóstico e tratamento do câncer. A descoberta do câncer em um dos membros da família gera crises, e é preciso oferecer apoio para que este lance mãos de estratégias de enfrentamento do problema (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013). Pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento, e para que se tenha uma relação de

confiança médico-paciente, é preciso que a comunicação seja feita de maneira efetiva, com uma linguagem clara e acessível (MUNHOZ, *et al.*, 2014).

Conforme Costa Jr. (2001) o atendimento do psicólogo oncológico independente da abordagem teórico-filosófica, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica, muitas vezes inadequada e insuficiente para o cumprimento dos objetivos da psico-oncologia. Deve-se trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos) e incluindo a participação ativa de diferentes profissionais.

Para obter mudanças de comportamento no doente com câncer e desmistificar o estigma em torno da doença é necessário além de um diagnóstico precoce e preciso, um atendimento integral ao doente, com profissionais capacitados para lidar com essa clientela; preocupados com a humanização da assistência, seja na área de enfermagem, psicologia, medicina, dentre outras (BARROS; LOPES, 2007). Os estressores que se associam ao diagnóstico e ao tratamento do câncer implicam em um ajustamento psicossocial dos pacientes e seus familiares, e demandam intervenções psicoterapêuticas especializadas (LOURENÇÃO; SANTOS JR.; LUIZ, 2009).

Segundo Diniz (2006), apesar dos grandes avanços no tratamento oncológico, nem sempre é possível obter a cura; com isso, muitos pacientes passam a necessitar de cuidados com um olhar aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no intuito de investir na melhora de sua qualidade de vida. Nos casos onde a cura não é mais possível, é necessário que se efetive condutas com o intuito de aliviar a dor e diminuir o desconforto, mas sobretudo que possibilite ao paciente situar-se frente ao momento do fim da vida, e sejam acompanhados por alguém que possa ouvi-los, com um atendimento humanizado (GRISALES-NARANJO; ARIAS-VALENCIA, 2013).

## 2.4 UM BREVE HISTÓRICO DA PSICO-ONCOLOGIA

Na medicina oriental o homem sempre foi visto como uma unidade indivisível, já no Ocidente este conceito foi desaparecendo aos poucos. Houve uma separação entre corpo e alma na Idade Média, onde passou-se a entender as doenças como punições divinas, devido à grande influência da religião. No Renascimento, com o

dualismo de Descartes, instalou-se o conceito de homem como composto de partes separadas. A visão cartesiana deu origem ao modelo biomédico, propondo que as doenças são explicadas por distúrbios em processos fisiológicos, que surgem a partir de desequilíbrios bioquímicos, e independem de processos psicológicos e sociais (CARVALHO, 2002).

No final do século XIX a integração mente-corpo foi retomada por Freud, em seus "Estudos sobre Histeria". Os trabalhos de Freud e as contribuições de Jung, mostraram que fatos psíquicos podiam ter conseqüências orgânicas, a partir daí se abriu um campo de pesquisa na compreensão das inter-relações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, regatando-se o modelo biopsicossocial (CARVALHO, 2002; STRAUB, 2014).

A Psico-oncologia é a área de intersecção entre a Psicologia e a Oncologia, que estuda as variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura e as intervenções possíveis ao longo deste processo (VEIT; CARVALHO, 2010).

De acordo com Lufiego (2012), o papel do psicólogo no tratamento de câncer começa a ser configurado a partir das transformações no conceito de saúde ocorrida entre as décadas de 70 e 90. Neste momento histórico a saúde passa a ser compreendida como um fenômeno "biopsicossocial" novamente, este fato colabora com a inserção da psicologia no âmbito da saúde, constitui-se aí um marco para a criação de um espaço para o psicólogo nos Serviços de Saúde. A Psico-Oncologia se desenvolveu há poucas décadas atrás, embora os problemas de que trata sejam universais e antigos: o sofrimento físico e psíquico de pacientes oncológicos, bem como de seus familiares e cuidadores (VEIT; CARVALHO, 2010).

Na década de 80 já se encontravam trabalhos versando sobre o atendimento psicoterápico a pacientes em hospitais e consultórios, como também grupos de autoajuda para pacientes e ex-pacientes de câncer. No Brasil temos um órgão que é referência nacional no tratamento de câncer, o INCA, Instituto Nacional do Câncer, que em 1985 criou o Setor de Psicologia e em 2003 a mesma instituição cria o primeiro curso de Especialização em Psicologia Oncológica.

Em 1998, o Ministério da Saúde publica no D.O.U., dia 14/10/98, a portaria 3.535, tornando obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), junto ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1998).

Nos dias atuais, a Psico-Oncologia encontra-se estruturada em diversos países do mundo. A IPOS – International Psycho Oncology Society, sediada em Nova York, congrega profissionais de saúde que atuam na clínica, pesquisa e ensino na área. O Brasil, desde 1994, tem a SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, constituída por um grupo de profissionais que desde 1983 se interessa pelo assunto (VEIT; CARVALHO, 2010).

Para Costa Jr. (2001), a psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, relacionados ao processo de tratamento da doença. Entre estes eventos, podemos citar os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva (SCANNAVINO *et al.*, 2013, TEIXEIRA; PIRES, 2010; HERNAM; MIYAZAKI, 2007).

Este é um breve histórico da Psico-oncologia e da inserção do psicólogo como membro de uma equipe multidisciplinar para atendimento a pacientes oncológicos.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Avaliar a relevância da intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada na redução dos níveis de depressão, ansiedade e estresse em pacientes oncológicos, que estão em tratamento quimioterápico.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar se através da intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada serão identificadas melhorias nos sintomas de depressão dos pacientes, avaliados através de instrumentos de mensuração.
- Analisar se através da intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada será identificada a redução dos sintomas de ansiedade nos pacientes, avaliados através de instrumentos de mensuração.
- Analisar se através da intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada será identificada a redução nos níveis de estresse dos pacientes, avaliados através de instrumentos de mensuração.
- Verificar se existem diferenças entre os pacientes que se submeteram ao estímulo do relaxamento (grupo experimental) em relação ao grupo de pacientes que não se submeteram ao estímulo do relaxamento (grupo controle).

## 4 HIPÓTESES

H1 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz os sintomas de depressão em pacientes oncológicos submetidos a tratamento adjuvante de quimioterapia

H2 – Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz os sintomas de ansiedade em pacientes oncológicos submetidos a tratamento adjuvante de quimioterapia.

H3 - Se a técnica do relaxamento é aplicada, então reduz o nível de estresse em pacientes oncológicos submetidos a tratamento adjuvante de quimioterapia.

H4 – Avaliar se as respostas serão diferentes entre o grupo experimental e o grupo controle.

## **5 MÉTODO**

### **5.1 DELINEAMENTO**

Este é um estudo do tipo ensaio clínico não randomizado, analítico, quasi-experimental, longitudinal, com seguimento de pacientes para avaliação do estado emocional destes e da eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada.

### **5.2 AMOSTRA**

#### **5.2.1 Tamanho Amostral**

Sawada e col. (2009), avaliaram a QdV em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante e observaram que o estado de saúde geral dos pacientes obteve uma média de  $69,71 \pm 3,80$ , nível este considerado pelos autores como razoável em relação a QdV. Julgamos que com a intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada, os participantes diminuirão os níveis de depressão, ansiedade e estresse para um índice satisfatório, que para estes mesmos autores seria de 70%. Para observarmos diferença estatisticamente significativa precisaríamos de 15 pessoas em cada grupo (Grupo Experimental e Grupo Controle). Inicialmente pretendíamos envolver pelo menos 50 pessoas em cada grupo, em número semelhante. Desta forma poderíamos observar diferenças ainda menores entre esses grupos, como por exemplo, 72% ou 2,29 pontos percentuais.

A amostra constituiu-se de 113 pacientes com diagnóstico de câncer em diferentes órgãos, identificados a partir da análise de prontuários. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Experimental (57) e Controle (56), atendidos no Setor de Quimioterapia do Hospital São Lucas da PUCRS/Porto Alegre.

#### **5.2.2 Critérios**

##### **5.2.2.1 Critérios de Inclusão**

- a) Idade igual ou superior a 30 anos de idade;

- b) Ter o diagnóstico estabelecido de câncer e estar iniciando tratamento de quimioterapia no Hospital São Lucas da PUCRS;
- c) Foram incluídos todos pacientes, independente do estadiamento, do plano quimioterápico (número de sessões, efeitos adversos, duração do tratamento).

### 5.3 LOCAL DA AMOSTRA

Os dados da pesquisa foram coletados através das intervenções da psicóloga (relaxamento) e na aplicação dos instrumentos de mensuração nos pacientes oncológicos, no Setor de Quimioterapia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, no 3º andar.

### 5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa foi realizada no Hospital São Lucas da PUCRS. A seleção dos pacientes foi feita de forma aleatória: o GE constituiu-se de pacientes do turno da manhã, enquanto o GC formou-se de pacientes que iniciavam a quimioterapia no turno da tarde. Os participantes eram encaminhados pelas enfermeiras do setor de quimioterapia à pesquisadora, que fazia o contato explicando os objetivos da pesquisa e os critérios de aceitação da proposta de trabalho, e posteriormente apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos de concordância quanto a participação na pesquisa, era solicitado então que o paciente assinasse o TCLE, logo o estudo era iniciado.

A coleta de dados foi feita com dois grupos, a saber:

- Grupo Experimental (GE): pacientes com diagnóstico de câncer que receberam tratamento adjuvante de quimioterapia e intervenção da psicóloga através de sessões de relaxamento com imagem guiada.
- Grupo Controle (GC): pacientes com diagnóstico de câncer que receberam tratamento adjuvante de quimioterapia sem intervenção da psicóloga (técnica de relaxamento com imagem guiada).

Os dados foram coletados através de uma ficha de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos, e aplicação de instrumentos de mensuração.

Foram realizadas duas (2) avaliações, denominadas de:

- “Avaliação Inicial”: realizada no momento em que era iniciado o tratamento quimioterápico e incluiu o preenchimento de uma ficha de dados demográficos e de estilo de vida (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, suporte familiar, atividade física e atividades de lazer) e dados clínicos (doença e tratamento mental prévio).
- “Avaliação Final”: que foi realizada 16 semanas após a “Avaliação Inicial”, sendo aplicado novamente os mesmos instrumentos nos dois grupos.

Os instrumentos aplicados para mensurar a depressão, ansiedade, estresse foram respectivamente: Inventário de Depressão Beck (BDI); Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e o Termômetro de Distress (TD).

Durante o desenvolvimento da pesquisa os pacientes do Grupo Experimental receberam uma sessão de relaxamento a cada sessão de quimioterapia realizada. O relaxamento era aplicado durante a sessão de quimioterapia, por psicóloga apta para utilizar a técnica, em setting terapêutico adequado (com iluminação adequada, pouco ruído e poltrona ou cama confortável), com duração de 12 minutos cada sessão. Já, os pacientes do Grupo Controle, não receberam as sessões de relaxamento, apenas o tratamento quimioterápico. Após a conclusão da pesquisa, os pacientes do Grupo Controle, que desejaram receber as sessões de relaxamento, foram encaminhados para a pesquisadora.

As sessões de relaxamento eram conduzidas por uma gravação realizada pela pesquisadora. Solicitava-se que o paciente se posicionasse de forma confortável na poltrona e começasse a relaxar todas as partes do corpo, prestando atenção aos movimentos respiratórios. Quando o paciente demonstrava estar relaxado, solicitava-se, de forma detalhada, que o mesmo visualizasse imagens de lugares calmos (imagens de elementos da natureza). Após este momento, o paciente era levado a imaginar-se visualizando o(s) órgão(s) em que o câncer se encontrava, bem como imaginar o medicamento da quimioterapia entrando em seu corpo e destruindo as células cancerosas e, ao mesmo tempo, devolvendo saúde e equilíbrio às células saudáveis, restituindo o estado físico anterior ao câncer. Após todo esse percurso era solicitado ao paciente que retornasse lentamente ao estado de consciência em que iniciou a sessão.

Todas as sessões de relaxamento com imagem guiada foram conduzidas da mesma forma. Os pacientes do GE recebiam a intervenção a cada sessão de quimioterapia que realizavam, portanto, o número de sessões de relaxamento variou

conforme o plano quimioterápico. A frequência variou entre duas e onze sessões, sendo que o número médio foi de quatro sessões considerando todos os pacientes do GE.

## 5.5 INSTRUMENTOS

Foram avaliados os níveis de depressão, ansiedade e estresse dos pacientes através da aplicação dos seguintes instrumentos:

- a) Inventário de Depressão Beck (BDI: Beck Depression Inventory): As Escalas Beck (BDI, BAI) foram desenvolvidas por Beck e seus colaboradores no *Center for Cognitive Therapy (CCT)*, no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. Os manuais originais são de autoria de Beck e Steer. O desenvolvimento da versão brasileira das Escalas de Beck foi feito com permissão de NCS Pearson, Inc. para tradução, adaptação e padronização das escalas Beck para o Brasil. O Manual da versão em português das Escalas Beck, de autoria de Jurema Alcides Cunha, foi desenvolvido de forma a apresentar equivalência conceitual e semântica com as versões em inglês. Houve também a colaboração de uma tradutora, para assegurar a equivalência idiomática das expressões utilizadas (CUNHA, 2001). O BDI é uma escala de auto-relato, com 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3. O escore total se dá através da soma dos escores individuais, podendo chegar ao escore máximo de 63 pontos. O escore total permite classificar em níveis de intensidade da depressão (CUNHA, 2001).
- b) Inventário de Ansiedade Beck (BAI: Beck Anxiety Inventory). O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), é uma escala de auto-relato, 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).

- c) Termômetro de *Distress* (TD): O *Distress Thermometer* foi traduzido para o idioma português como Termômetro de *Distress* (TD), a tradução foi autorizada pelos seus autores, Jimmie C. Holland e Andrew Roth, executada por uma doutora em literatura comparada e revisada por uma auxiliar de tradutor juramentado. A avaliação semântica foi desenvolvida para verificar a clareza dos itens e a compreensão do instrumento foi testada em um estudo piloto com dez pacientes (DECAT; LAROS; ARAÚJO, 2009).

A pesquisa foi conduzida no Centro de Câncer de Brasília (CETTRO), especializado no atendimento a pacientes com câncer no Distrito Federal, pelas pesquisadoras: Cristiane Sant'Anna Decat; Jacob Arie Laros; Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo.

O instrumento de avaliação, *Termômetro de Distress (TD)* tem por objetivo identificar o nível de *distress* e suas possíveis causas no período referente à semana anterior, incluindo o dia em que essa avaliação está acontecendo. Ele é composto por dois instrumentos, um que analisa o nível de *distress* e outro que identifica suas possíveis causas (Lista de Problemas). O primeiro é apresentado como um termômetro e permite que o paciente assinale o nível de *distress*, partindo do 0 (zero) - sem *distress* - até 10 (dez) - *distress* extremo. Já a Lista de Problemas que compõe o instrumento, contém 35 itens voltados para o reconhecimento de possíveis causas do *distress* (DECAT; LAROS; ARAÚJO, 2009).

A Lista de Problema do Termômetro de Distress não foi utilizada nesta pesquisa.

Juntamente com estes instrumentos foi aplicada uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, desenvolvida pela pesquisadora a fim de enriquecer a pesquisa com dados descritivos da população, como por exemplo: idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, suporte familiar, atividade física e atividades de lazer, doença e tratamento mental prévio.

## 5.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisados no software estatístico *Epi Info 7.0*. A análise descritiva contemplou medidas de frequência, tendência central e dispersão. A

homogeneidade entre os grupos foi testada no que se refere à distribuição das características sociodemográficas e clínicas, bem como as médias dos testes aplicados nos grupos na avaliação inicial e final. As possíveis diferenças das médias iniciais entre os dois grupos foram testadas pelo teste t de Student ou Wilcoxon-Mann-Whitney. A associação entre as medidas categóricas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos valores  $p < 0,05$ .

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve início após a aprovação do projeto pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (CC-IGG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), sob protocolo de nº 1.172.234.

Todos os participantes foram informados e consultados acerca dos procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A).

Foram seguidas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## 6 RESULTADOS

O estudo incluiu 113 pacientes (GE=57e GC=56) oncológicos e na vigência de tratamento quimioterápico. Os pacientes atendidos distribuíam-se entre os que utilizavam convênio (medicina privada) e os pacientes do SUS (medicina pública), sendo que esse dado não foi levado em consideração na pesquisa. A **Tabela 1** apresenta os tipos de cânceres identificados na amostra pesquisada, sendo o de mama, pulmão e de intestino os mais frequentes.

Tabela 1 – Localizações de câncer encontradas em uma amostra de 113 pacientes oncológicos em vigência de tratamento quimioterápico

Localização do câncer	Grupo Experimental n (%)	Grupo Controle n (%)	Total n (%)
Mama	9(15,78)	13(23,21)	22(19,46)
Pulmão	9(15,78)	11 (19,64)	20(17,69)
Intestino/reto	7(12,28)	6(10,71)	13(11,5)
Ossos	6(10,52)	3 (5,35)	9(7,96)
Próstata	3(5,26)	3(5,35)	6(5,3)
Linfoma Hodgkin/ ã Hodgkin	0(0,00)	5(8,92)	5(4,42)
Colo do útero	4(7,01)	1(1,78)	5(4,42)
Ovário	3(5,26)	1(1,78)	4(3,53)
Fígado	2(3,5)	1(1,78)	3(2,65)
Cérebro	2(3,5)	1(1,78)	3 (2,65)
Estômago	2(3,5)	1(1,78)	3 (2,65)
Testículo	2(3,5)	0(0,00)	2(1,76)
Pâncreas	1(1,75)	1(1,78)	2(1,76)
Melanoma/pele	0(0,00)	2(3,57)	2(1,76)
Outros *	7(12,28)	7(12,5)	14(12,38)
Total	57(100)	56(100)	113(100)

\***Outros:**Rim(2); Sarcoma de partes moles(2); Sarcoma de Ewing(2); Liposarcoma de mediastino(2); Pênis(2); Glioma(1); Orofaringe(1); Esôfago(1); Leucemia(1).  
Fonte: A autora (2016).

A média de idade dos pacientes foi de 51,3 anos, 62,8% eram do sexo feminino e 72,6% eram casados. A maioria (94,7%) possuía religião, com predominância de católicos. Em relação à prática de atividade física, a maioria (81,4%) não praticava, e quanto a atividades de lazer 69% afirmou não ter uma atividade de lazer. Nesses dados não houve diferença significativa entre os grupos. Quanto ao grau de instrução, 59,3% possuíam ensino fundamental e uma minoria

possuía ensino superior. Apenas 8% da amostra estavam estudando. Observamos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos,  $p=0,0052$ . No GE 68,4% dos participantes tinha ensino fundamental, contra 50% no GC (**Tabela 2**).

Dos 113 participantes, 104 (92,0%) sentia-se apoiada e acolhida pela família durante o diagnóstico e tratamento do câncer, 51 (91,0%) do GC e 53(92,9%) do GE. A variável não obteve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao fato de terem apresentado doença mental anterior ao diagnóstico de câncer. Conforme os resultados, 42% da amostra tinha desenvolvido algum transtorno mental antes do diagnóstico de câncer. Quando questionados se haviam buscado auxílio psicológico ou psiquiátrico, 68,1% afirmaram que nunca haviam procurado por atendimento na área de saúde mental. Os pacientes GC e GE mostraram homogeneidade quanto à variável atendimento psicológico e/ou psiquiátrico,  $p=0,0832$  (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas e clínicas.

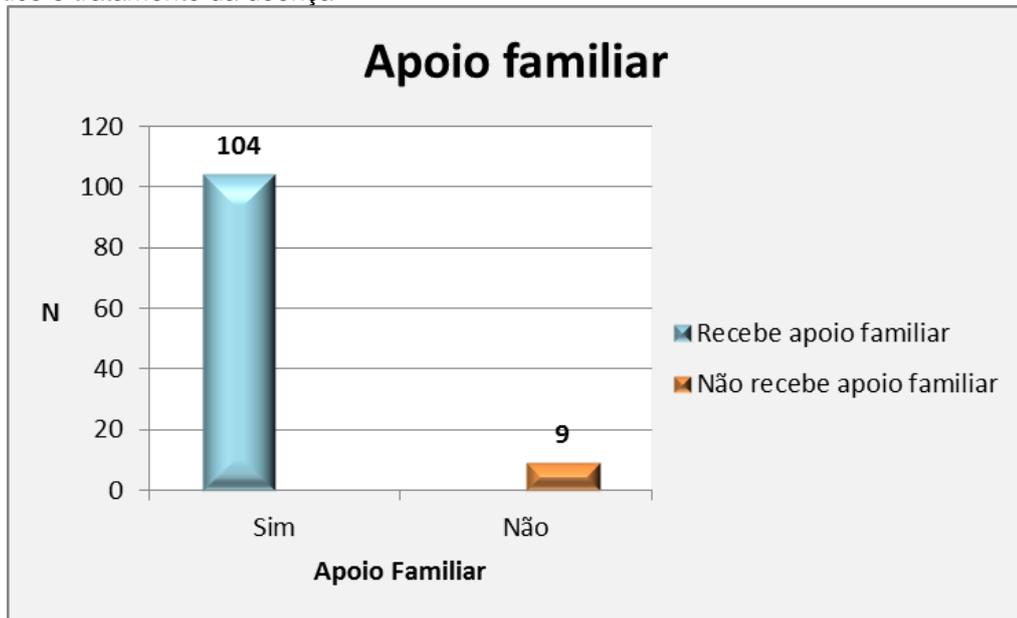
Variável	Amostra	Grupo		P
	total	Experimental	Controle	
	n=113	n=57	n=56	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Gênero</b>				
Feminino	71(62,8)	35(61,40)	36(64,29)	0,7512
<b>Idade</b>	113(51,3)	57(52,08)	56(50,62)	0,5309
<b>Estado Civil</b>				
Casado	82(72,6)	42(73,68)	40(71,43)	
Solteiro	11(9,7)	7(12,28)	4(7,14)	
Separado/divorciado	11(9,7)	5(8,77)	6(10,71)	0,5830
Viúvo	9(8,0)	3(5,26)	6(10,71)	
<b>Atividade física</b>				
Não pratica	92(81,4)	47(82,46)	45(80,36)	0,7742
<b>Atividade de Lazer</b>				
Não realiza	78(69,0)	38(66,67)	40(71,43)	0,5841
<b>Está estudando</b>				
Sim	9(8,0)	5(8,77)	4(7,14)	0,5112

<b>Variável</b>	<b>Amostra total</b> n=113 n (%)	<b>Grupo Experimental</b> n=57 n (%)	<b>Grupo Controle</b> n=56 n (%)	<b>P</b>
<b>Grau de instrução</b>				
Ensino fundamental	67(59,3)	39(68,42)	28(50,0)	
Ensino médio	35(31,0)	10(17,54)	25(44,64)	<b>0,0052</b>
Ensino superior	11(9,70)	8(14,04)	3(5,36)	
<b>Se possui religião</b>				
Sim	107(94,7)	52(91,23)	55(98,21)	0,2061
<b>Religião</b>				
Católica	60(56,0)	28(53,85)	32(58,18)	
Evangélica	28(26,2)	16(30,77)	13(23,64)	
Espírita	14(13,1)	5(9,62)	9(16,36)	
Luterana	3(2,8)	1(1,92)	1(1,82)	0,4571
Outras	2(1,9)	2(3,85)	(0,00)	
<b>Apoio familiar</b>				
Sim	104(92,0)	53(92,98)	51(91,07)	0,7424
<b>Doença mental ao longo da vida</b>				
Sim	47(42,0)	20(35,09)	27(48,21)	0,1569
<b>Transt. mental antes do câncer</b>				
Transtorno Depressivo	34(72,3)	11(19,30)	23(41,07)	
Transtorno de Ansiedade	8(17,0)	5(8,77)	3(5,36)	
Transtorno Bipolar	3(6,4)	2(3,51)	1(1,79)	0,0905
Estresse pós-traumático	2(4,2)	2(3,51)	(0,00)	
<b>Realização trat.psicológico/psiquiátrico</b>				
Nunca realizou	77(68,1)	45(78,94)	32(57,14)	
Realizou no passado	24(21,2)	8(14,03)	16(28,57)	0,0832
Realiza atualmente	12(10,6)	4(7,01)	8(14,29)	

Fonte: A autora (2016).

Problemas de ordem emocional ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer e seus familiares. Não raro, transtornos mentais como depressão e ansiedade são diagnosticados no paciente nas várias fases do tratamento. Os impactos da doença são minimizados quando o paciente recebe apoio da família. A figura abaixo mostra que 104 pacientes se sentiram apoiados pela família durante o diagnóstico e tratamento da neoplasia (Figura 1)

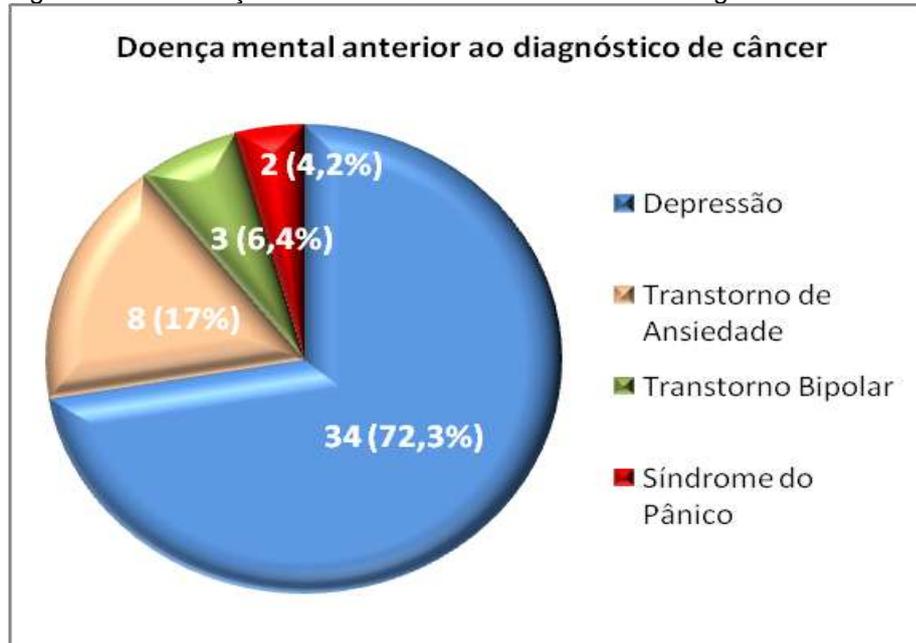
Figura 1 – Percepção do paciente quanto ao recebimento ou não do apoio familiar durante o diagnóstico e tratamento da doença



Fonte: A autora (2016).

Os participantes da pesquisa (42%), afirmaram já terem recebido diagnóstico de doença mental ao longo da vida, sendo que destes, o transtorno depressivo é o mais incidente (72,3%), seguido pelo transtorno de ansiedade. A Figura 2 ilustra esses dados.

Figura 2 – Diagnóstico de doença mental recebido anteriormente ao diagnóstico de câncer



Fonte: A autora (2016).

Quando questionados sobre a percepção de saúde, a maioria dos participantes avaliou como “regular” seu estado de saúde, sendo que no Grupo Controle 50%, e no Experimental 47,3%. A tabela 3 apresenta os resultados.

A Tabela 3 mostra os resultados dos testes aplicados para avaliar os níveis dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse nos participantes, comparando a avaliação inicial com a final. Quanto aos níveis dos sintomas de depressão, na avaliação inicial do GE, os pacientes apresentavam uma média de 17,3 e na avaliação final esta média foi de 14,5, apontando uma redução dos sintomas depressivos, embora o escore médio do BDI tenha permanecido no nível leve de depressão. Assim, comparando o BDI inicial com o BDI final o GE teve uma redução média significativa de  $-2,7 \pm 4,43$  ( $p < 0,001$ ). Já o GC a média inicial do BDI foi de 20,02 e a final foi de 20,5, representando um aumento médio não significativo de  $0,5 \pm 4,34$  no escore do BDI.

Em relação aos níveis dos sintomas de ansiedade, na avaliação inicial do GE a média do escore do BAI foi de  $15,07 \pm 8,84$ , enquanto que na avaliação final a média diminuiu para  $12,9 \pm 7,58$ . Assim, houve uma diminuição no escore médio do GE de  $-2,19$ , com diferença significativa ( $p < 0,001$ ), enquanto que no GC a média do BAI aumentou não significativamente ao longo do período de pesquisa.

A diferença entre as médias encontradas no Grupo Experimental e Controle para a variável estresse, nos mostram que os resultados foram estatisticamente

significativos ( $p < 0,004$ ), sendo que os participantes do Grupo Experimental diminuíram os níveis de estresse durante o período de pesquisa. Por outro lado os que não receberam a intervenção (GC) com sessões de relaxamento tiveram um aumento nos níveis de estresse.

Tabela 3 – Análise da média, desvio-padrão e p nos resultados dos testes BDI, BAI e Termômetro de Distress nos Grupos Experimental e Controle

Variável	Grupo		Grupo		p‡
	Experimental*	p†	Controle*	p†	
BDI inicial	17,26±9,04		20,0±7,82		0,0861
BDI final	14,53±7,47		20,5±8,22		0,0001
BDI diferença	-2,74±4,43	<0,0001	0,48±4,34	0,7971	0,0001
BAI inicial	15,1±8,84		15,9±7,24		0,5738
BAI final	12,9±7,58		16,4±6,85		0,0106
BAI diferença	-2,19±4,12	<0,0001	0,48±3,50	0,8487	0,0003
Distress inicial	5,1±1,89		5,3±2,14		0,5700
Distress final	4,4±1,69		5,4±2,18		0,0105
Distress diferença	-0,68±1,53	<0,0001	0,05±1,14	0,5931	0,0043

\* média ± desvio padrão

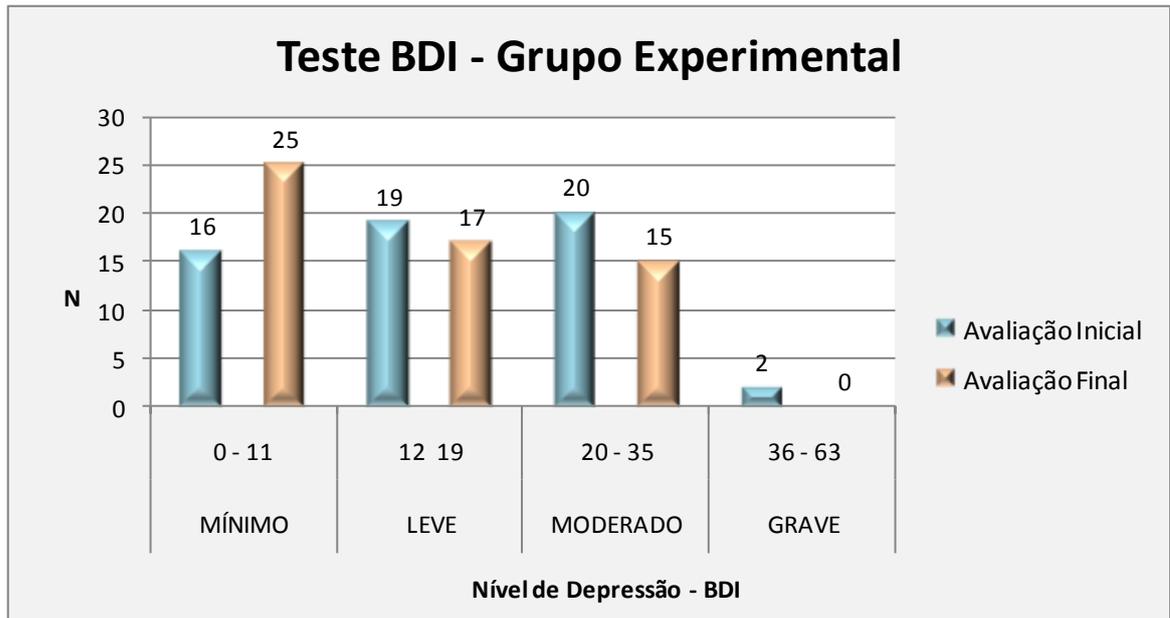
†comparação entre as médias iniciais e finais;

‡comparação entre os grupos.

Fonte: A autora (2016).

A Figura 3 apresenta os resultados do Grupo Experimental, quanto aos níveis dos sintomas de depressão obtidos na Avaliação Inicial em comparação com a Avaliação Final. A Avaliação Inicial foi realizada no início do tratamento quimioterápico (1ª semana) e a Final aconteceu 16 semanas após a aplicação da Avaliação Inicial e foi utilizado como instrumento de mensuração o Inventário de Depressão Beck – BDI. Observamos que os pacientes que receberam as sessões de relaxamento com imagem guiada (GE), diminuíram os níveis dos sintomas de depressão. No início tínhamos 2 pacientes com nível grave de sintomas depressivos e após as intervenções não obtivemos mais pacientes neste nível. Vinte pacientes encontravam-se no nível moderado de sintomas de depressão, após as intervenções, apenas 15 pacientes encontravam-se neste nível.

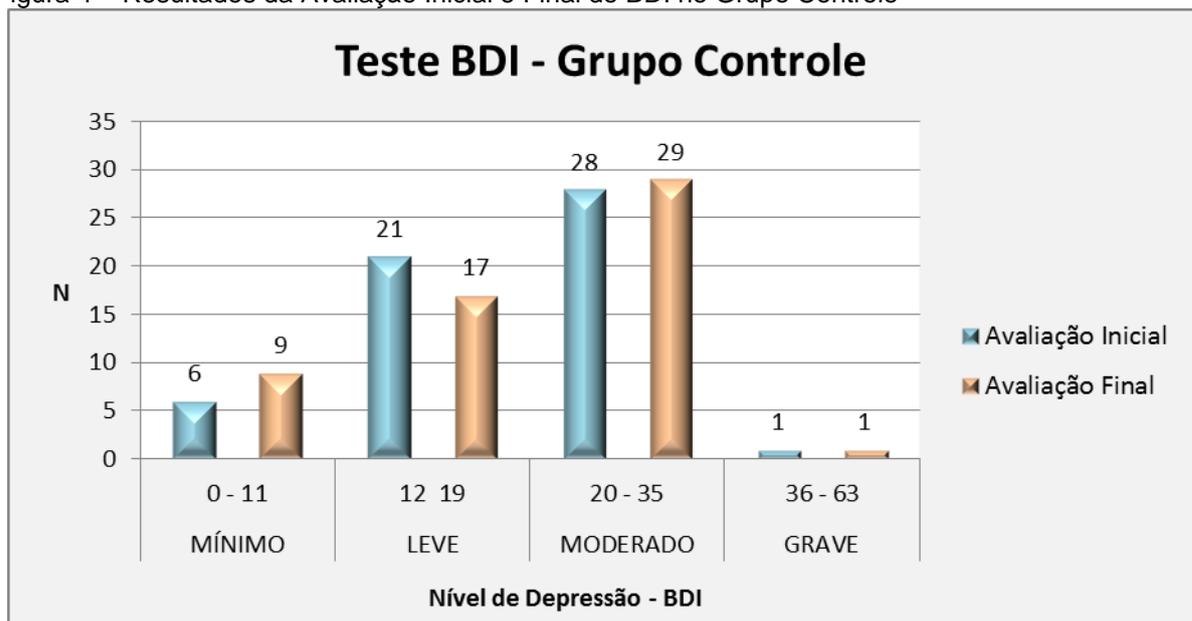
Figura 3 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BDI no Grupo Experimental



Fonte: A autora (2016).

Observamos que no Grupo Controle(GC), os níveis de sintomas de depressão apresentados na Avaliação Final mantiveram-se semelhantes aos resultados da Avaliação Inicial. Não havendo alterações significativas neste grupo. Percebe-se uma pequena diminuição no nível leve. Na figura 4 podemos observar as alterações ocorridas neste grupo.

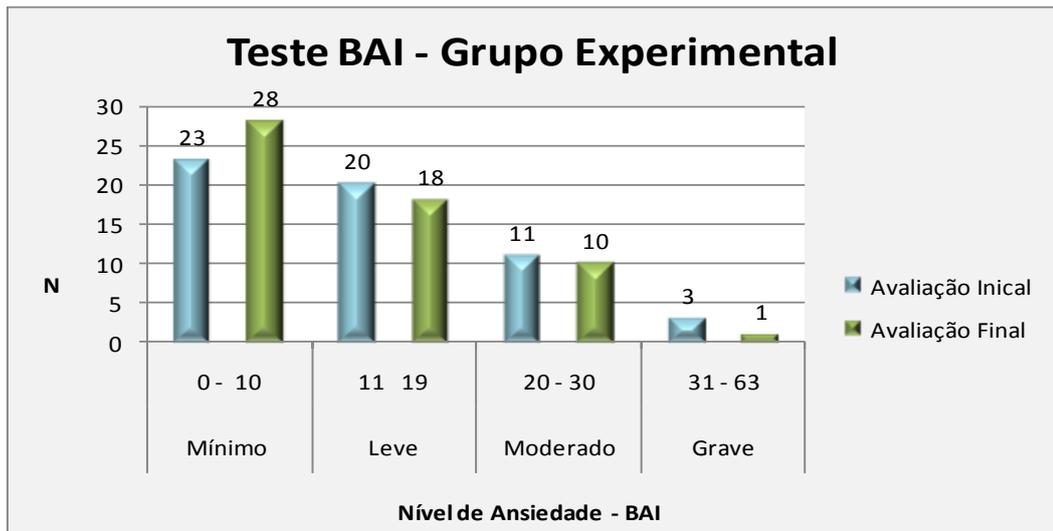
Figura 4 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BDI no Grupo Controle



Fonte: A autora (2016).

Quanto a aos níveis de sintomas de ansiedade, o Grupo Experimental apresentou uma diminuição dos escores tanto no nível grave, como no moderado e leve. Após as sessões de relaxamento houve uma diminuição da ansiedade, este dado constata-se na análise dos escores da Avaliação Final (Figura 5).

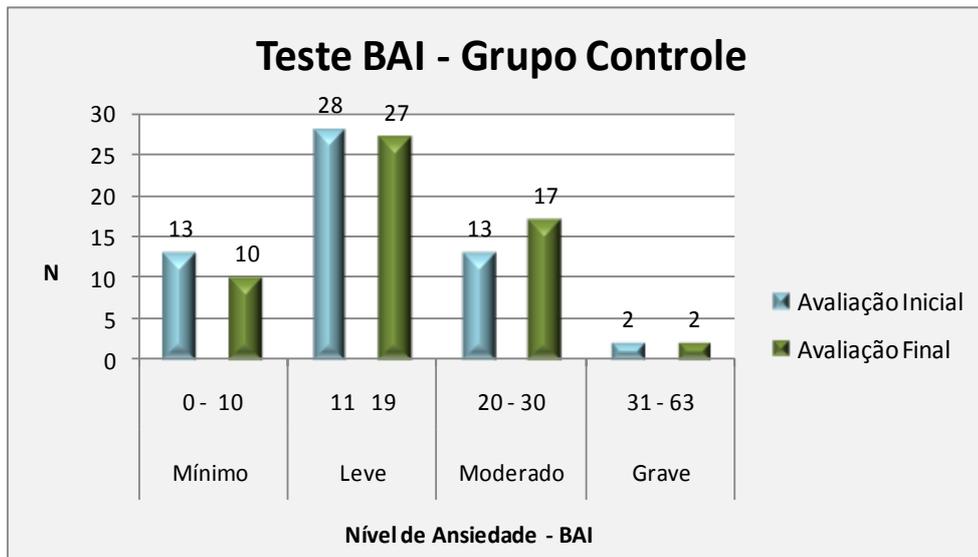
Figura 5 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do BAI no Grupo Experimental



Fonte: A autora (2016).

Já no Grupo Controle, observamos que houve uma discreta elevação do nível dos sintomas de ansiedade nos pacientes com escores aplicados para o nível moderado e um decréscimo no nível mínimo de sintomas de ansiedade.

Figura 6 – Resultados da Avaliação Inicial e Final do Teste BAI no Grupo Controle



Fonte: A autora (2016).

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo analisou a eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada na redução de sintomas de ansiedade, depressão 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 *et al.*, 2013, ELIAS *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2014). As técnicas complementares apresentam impacto positivo na diminuição do estresse e do sofrimento do paciente oncológico, uma vez que seus efeitos reduzem a atividade do sistema nervoso autônomo, responsável pelo controle das funções viscerais e homeostática (COSTA; REIS, 2014).

Dentro da amostra pesquisada, a única variável sociodemográfica que mostrou diferença entre os grupos foi o grau de instrução. Acredita-se que essa diferença de escolarização entre os grupos não tenha interferido nos resultados obtidos, uma vez que a pesquisadora aplicava os testes de forma individual, lendo em voz alta as questões e acompanhando a compreensão pelo pesquisado.

Quanto às atividades físicas e de lazer, observou-se que a maioria dos participantes não as praticava, embora a atividade física regular seja recomendada para prevenção e tratamento de hipertensão, diabetes não insulino dependente, dislipidemia, obesidade, doenças crônicas como osteoporose e alguns tipos de câncer, redução do estresse e melhora da autoestima (SABINO NETO *et al.*, 2012; FREITAS *et al.*, 2016). É consenso na literatura que a prática de atividade física tem impacto positivo sobre a saúde, logo a inatividade física é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2011). Alguns estudos têm abordado o efeito da atividade/exercício físico sobre o sistema imunológico, onde os efeitos crônicos do exercício aeróbio moderado aumentam as funções imunes naturais, aumenta a atividade citotóxica das células *Natural Killer* (NK), atenuando a redução das funções das células T, auxiliando no combate ao crescimento anormal de células cancerosas (FREITAS *et al.*, 2016).

O diagnóstico de câncer e seu tratamento são situações que afetam a saúde psicológica dos pacientes, especialmente nos casos de cirurgias que envolvem mutilação e diminuição da capacidade de executar tarefas, repercutindo na qualidade de vida, no nível de atividade física e na autoestima (RIVERA JR., 2009;

KRIKORIAN; LIMONERO, 2015). O fato de estarem realizando tratamento quimioterápico, que envolvia efeitos colaterais: desânimo, fraqueza, cansaço, náuseas e tonturas e edemas em membros superiores, eram sintomas relatados pelos pacientes da pesquisa como justificativa para a não realização de atividade física. A maioria dos pacientes também relatou a ausência de hábito prévio de realização de atividade física.

Observou-se que a grande maioria dos pacientes estudados se sentia apoiada pela família. Quando o paciente recebe apoio da família os impactos da doença podem ser minimizados (MELO *et al.*, 2012; SANCHEZ *et al.*, 2010). Dessa forma, é importante que a equipe profissional procure apoiar a família, para que esta por sua vez tenha condições de dar o apoio necessário ao paciente no enfrentamento da doença (CEOLIN, 2008; BIFULCO, 2014; DELALIBERA *et al.*, 2015; BELLATO *et al.*, 2016). A doença oncológica acarreta problemas físicos, psicológicos, sociais e inclusive financeiros, influenciando na atuação social e a dinâmica familiar, exigindo adaptação as novas situações e trazendo consequências para a qualidade de vida do paciente e de sua família (ODGEN, 2004; LANGARO; PRETTO; CIRELLI, 2012; MELO *et al.*, 2012; KRIKORIAN; LIMONERO, 2015)

Outro aspecto investigado neste estudo foi a presença ou não de doenças psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de câncer e se as mesmas influenciaram nos resultados. Estudos apontam possíveis relações entre quadros psiquiátricos e desenvolvimento de doenças crônicas como o câncer, mas ainda de forma especulativa. A cronificação de determinados quadros deterioraria a função imune e a vigilância do sistema imunológico em relação às células cancerosas (CANTINELLI *et al.*, 2006).

Os participantes deste estudo não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao fato de terem apresentado doença mental anterior ao diagnóstico de câncer. Apenas uma minoria havia desenvolvido algum transtorno mental antes do diagnóstico de câncer e, entre estes, a maioria foi diagnosticada com transtorno depressivo. A análise da modulação psicológica do sistema imune sugere que os quadros depressivos aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias, especialmente a interleucina 6, o que justificaria as comorbidades clínicas associadas a esses quadros. Ocorre também a redução da atividade das células *Natural Killer* (NK) e de contagens de linfócitos T (KIECOLT-GLASER *et al.*, 2002).

Estudo aleatorizado realizado por Olympio, Lima e Amorim (2014) com mulheres com câncer de mama, mastectomizadas e realizando tratamento quimioterápico, e recebendo a intervenção da técnica de relaxamento, objetivou avaliar a relação das atividades das células NK com o padrão de comportamento para stress e *coping*. Os pesquisadores concluíram que a utilização da técnica de relaxamento modificou a atividade das células NK, pois ocorreu aumento desta atividade nas mulheres do grupo experimental, após aprendizagem e prática da técnica de relaxamento (OLYMPIO; LIMA; AMORIM, 2014).

Outro estudo realizado em mulheres com câncer de mama constatou a atuação de fatores emocionais no surgimento de neoplasias. Os estados afetivos, particularmente a depressão, relacionam-se ao aparecimento do câncer, dada sua influência no sistema imunológico. A forma como o indivíduo avalia, enfrenta e supera as situações de estresse mantém relação com a diminuição do funcionamento do sistema imunológico e o adoecimento (NEME; LIPP, 2010; LIPP, 2005). Na literatura destacam-se particularmente dois fatores de risco, a ansiedade e a depressão para surgimento de doenças crônicas, inclusive o câncer (SOUSA; GUERRA; LENCASTRE, 2015; COSTA-REQUENA; RODRÍGUEZ; FERNÁNDEZ-ORTEGA, 2013; HUNG *et al.*, 2013; STAFFORD *et al.*, 2013).

Ao receber o diagnóstico de câncer a integridade psicológica do paciente fica fragilizada e problemas de ordem emocional ocorrem frequentemente, tornando-o vulnerável a transtornos depressivos e ansiosos. Surgem sentimentos de angústia e medo da mutilação, da dor e da morte (CEOLIN, 2008; KRIKORIAN; LIMONERO, 2015). Esses pacientes podem também apresentar outros sintomas, como o medo da recidiva, fadiga, problemas de sono, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento e problemas de relacionamento conjugal (CANTINELLI *et al.*, 2006).

Os resultados encontrados neste estudo estão alinhados com estudos publicados acerca da eficácia das técnicas de relaxamento na redução de sintomas depressivos, ansiedade e estresse em pacientes com câncer. Além disso, outras técnicas psicossociais, terapia individual e em grupo, também são descritas na literatura com bons resultados (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Observamos a redução dos sintomas depressivos, da ansiedade e do estresse no Grupo Experimental, conforme os resultados apresentados na avaliação inicial em comparação aos obtidos na avaliação final (Tabela3) após 16 semanas de

aplicação da técnica de relaxamento. Acreditamos que, se o período de intervenção da técnica de relaxamento com imagem guiada fosse mais longo do que o utilizado nesta pesquisa, os resultados poderiam ter sido mais satisfatórios do que os obtidos, mas para poder transformar essa hipótese em afirmação, faz-se necessários mais estudos acerca do tema, para que possamos estabelecer novos dados, e quem sabe novos procedimentos na área da saúde no cuidado ao paciente, minimização do dor e do sofrimento físico, psíquico e espiritual, oferecendo um atendimento mais humanizado.

Quanto aos níveis dos sintomas de depressão (BDI), do Grupo Experimental, apresentados na Figura 3, percebemos uma diminuição nos níveis Grave, Moderado e Leve. Enquanto que no Grupo Controle, (Figura 4), não houve alteração no nível Grave, e um discreto acréscimo da pontuação no nível Moderado.

Os níveis dos sintomas de ansiedade (BAI) no Grupo Experimental (Figura 5) reduziram os escores nos níveis Grave, Moderado e Leve, enquanto no GC (Figura 6) o escore do nível Moderado para sintomas de ansiedade aumentou, e os escores para o nível Grave permaneceram o mesmo da avaliação inicial.

Um ensaio clínico randomizado foi realizado com 34 mulheres portadoras de câncer de mama em tratamento radioterápico. Após as intervenções de sessão de relaxamento com imagem guiada houve melhora significativa nos índices de estresse e nos níveis de depressão e ansiedade das pacientes, porém não houve alteração dos níveis de cortisol ou proliferação celular (NUNES *et al.*, 2007).

Outro estudo similar, realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo, avaliou o efeito da intervenção de relaxamento com imagem guiada sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e a depressão em pacientes com câncer durante tratamento quimioterápico. Para os pesquisadores, a intervenção de relaxamento com imagem guiada melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde em várias funções e também diminuiu os níveis de depressão (NICOLUSSI, 2012).

Os dois estudos acima citados estão de acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, de que a técnica de relaxamento com imagem guiada auxilia na diminuição dos níveis de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos em tratamento.

Uma revisão de literatura investigou os efeitos de técnicas complementares no controle de ansiedade, dor, fadiga e sono em oncologia. Os estudos revisados demonstraram a eficácia das técnicas complementares, além de outras vantagens

como o baixo custo e a facilidade de aplicação, dispensando recursos tecnológicos (COSTA; REIS, 2014).

Pesquisadores chineses também investigaram os efeitos do relaxamento e da musicoterapia em 170 mulheres mastectomizadas. O estudo, um ensaio clínico randomizado e controlado, mostrou que no grupo de intervenção foram reduzidos a depressão, a ansiedade e o tempo de permanência hospitalar em relação ao grupo controle (ZHOU, 2015). Os procedimentos mais utilizados nas pesquisas têm sido distração cognitivo/atencional, hipnose/imagem guiada, dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva e treinos de relaxamento (LOPES; SANTOS; LOPES, 2008).

O relaxamento com imagem guiada é uma técnica da Psicologia da Saúde que visa auxiliar o paciente no manejo do estresse. Quanto aos níveis de estresse, mensurados pelo Termômetro de Distress, os resultados apontam que houve uma redução significativa no Grupo Experimental. A literatura aponta que manutenção de sentimentos e emoções negativos, contrariedades, mal-estar em decorrência de eventos cotidianos, constituem-se em contínua fonte interna de estresse, e seus inevitáveis efeitos psicofisiológicos se prolongam e agravam os diferentes sistemas orgânicos (NEME; KATO, 2003). Estes efeitos predispõe o indivíduo a diversos tipos de doenças, em especial as que se relacionam ao funcionamento imunológico, incluindo o câncer (LIPP *et al.*, 2005; NEME; KATO, 2003; CORMANIQUE *et al.*, 2015).

Por outro lado, o diagnóstico de câncer também é gerador de estresse, pois atinge a integridade psicológica do paciente, e demanda várias adaptações nas atividades de vida diária do paciente e da família, (CASTRO *et al.*, 2016, GORAYEB *et al.*, 2012), bem como a convivência com a dor, o medo da recidiva ou da morte, a angústia, culpa, agressividade, disfunções sexuais, dentre outros (LIPP *et al.*, 2005; CORMANIQUE *et al.*, 2015, PRIMO *et al.*, 2013; ALVES; PALERMO-NETO, 2007; OLYMPIO; LIMA; AMORIM, 2014; NEME; LIPP, 2010). Neste sentido se faz importante uso de técnicas complementares, como a que utilizamos nesta pesquisa por exemplo, o relaxamento com imagem guiada, para reduzir o estresse, fortalecer do sistema imunológico, aliviar os sintomas e conseqüentemente oferecer mais qualidade de vida ao paciente durante o processo de tratamento, possibilitando um atendimento mais humanizado.

## 8 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a intervenção através da técnica de relaxamento com imagem guiada mostrou-se eficaz nesta amostra de pacientes oncológicos em vigência de quimioterapia, pois os resultados dos instrumentos BDI, BAI e TD, evidenciaram redução nos níveis de depressão, ansiedade e estresse no grupo que recebeu a intervenção.

Com base em evidências publicadas anteriormente, podemos dizer que a técnica de relaxamento auxilia na redução dos níveis de estresse, diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade, podendo oferecer uma melhora na qualidade de vida, estimular o fortalecimento do sistema imunológico. Neste sentido é importante que o psicólogo e os demais profissionais da área da saúde compreendam a interação corpo-mente, para auxiliar, da melhor forma, o paciente no reestabelecimento da sua saúde.

Esta pesquisa não pretende esgotar o assunto, mas suscitar mais estudos na área da psico-oncologia e da psiconeuroimunologia. Salienta-se a importância do desenvolvimento de pesquisas relacionadas à utilização das técnicas de relaxamento como recurso complementar na promoção e tratamento da saúde, principalmente em pacientes com câncer e outras doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Tatiana Rodrigues de; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300009). Acesso em: 13 jan. 2017.
- ALVES, Glaucie Jussilane; PALERMO-NETO, João. Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 4, p. 363-369, 2007.
- ARCARO, Nicolau Tadeu. **Imagens mentais em psicoterapia: estudo empírico sobre sua eficácia e a importância da atitude e da habilidade do cliente em manejá-las**. 1997. 184 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ARRIETA, Oscar *et al.* Association of Depression and Anxiety on Quality of Life, Treatment Adherence, and Prognosis in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer. **Annals of Surgical Oncology**, v. 20, n. 6, p. 1941-1948, jun. 2013.
- BARROS, Dejeane de Oliveira; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 3, p. 295-98, 2007.
- BELLATO, Rosenei *et al.* Experiência familiar de cuidado na situação crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 81-88, jun. 2016.
- BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ÂNGELO, Margareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Bras de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 227-82, 2001.
- BIFULCO, Vera Anita. Psico-oncologia: apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento ao câncer. In: BIFULCO, Vera Anita; FERNANDES JR., Hélio Jadir (Orgs.). **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2014. p. 231-243
- BOTTINO, Sara Mota Borges; FRÁGUAS, Renério; GATTAZ, Wagner Farid. Depressão e Câncer. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 3, p. 109-115, 2009.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Prevenção e fatores de risco**. [2015?] Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=13](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13). Acesso em: 14 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.535**. Brasília, 1998. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria\\_3535.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_3535.pdf). Acesso em: 11 jan. 2017.

CANTINELLI, Fábio S. *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 3, p. 124-33, 2006.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CARVALHO, Sionara Melo Figueiredo de *et al.* Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 68-74, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

CASELATO, S. Imagens mentais: das paredes das cavernas à clínica psicoterápica. In: II CONALI – CONGRESSO NACIONAL DE LINGUAGENS EM INTERAÇÃO, 2008, Maringá. **Anais...** Maringá, Clichetec, p. 601-610, 2008.

CASTRO, Elisa Kern de *et al.* Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 359-372, dez.2015. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16450086201500030007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201500030007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 jan. 2017.

CASTRO, Fabiano S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 798-809, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. Conceito mente e corpo através da História. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, 2006.

CEOLIN, V. E. S. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: HART, C. F. M (Org.). **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008. p.118-128.

CORMANIQUE, Thayse Fachin *et al.* Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 352-356, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167945082015000300352&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000300352&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jan. 2017.

COSTA JR., Áderson L. O desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 36-43, 2001.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; REIS, Paula Elaine Diniz dos. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 61-64, mar. 2014.

COSTA-REQUENA, Gema; RODRÍGUEZ, Ana; FERNÁNDEZ-ORTEGA, Paz. Longitudinal assessment of distress and quality of life in the early stages of breast cancer treatment. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 27, p. 77-83, 2013.

CUNHA, Jurema A. (Org.) **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAPUETO, Juan José. Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideu, v. 32, n. 3, p. 197-204, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

DE MOOR, J. S. *et al.* Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. **Psychosomatic Medicine**, v. 68, p. 555-562, 2006.

DECAT, Cristiane Sant'Anna'; LAROS, Jacob A.; ARAÚJO, Tereza Cristina C. F. Termômetro de distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. **Psico-USF**, v. 14, n. 3, p. 253-260, 2009.

DELALIBERA, Mayra *et al.* Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902731&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

DINIZ, Renata Wanderley. *et al.* O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006.

ELIAS, Ana Catarina Araújo. Relaxamento, imagens mentais e espiritualidade para o alívio da dor simbólica da morte. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 333-346.

\_\_\_\_\_. *et al.* Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para ressignificar a dor espiritual de pacientes terminais. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 60-72, 2007.

\_\_\_\_\_; GIGLIO, Joel Sales. 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 Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 3, p. 116-32, 2002.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso

a partir da percepção do cuidador. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.

FREITAS, Matheus Pintanel *et al.* Efeitos do exercício físico sobre o sistema imune de mulheres pós-menopausadas: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 420-425, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922016000500420&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000500420&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

GARDINER, P. *et al.* Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital. **Journal of Health Communication**, v. 18, n. 1, p. 290-297, 2013.

GERMANO, Carla Maria Ramos *et al.* Possíveis novos determinantes da qualidade de vida de pacientes com câncer de tireoide tratado: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2451-2462, ago. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802451&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802451&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

GORAYEB, Ricardo *et al.* Ansiedade e depressão pré-cirúrgica numa enfermaria de ginecologia oncológica e mastologia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 2, p. 145-156, 2012.

GOUVEIA, Edna Cristina; AVILA, Lazslo Antonio. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 265-273, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

GRISALES-NARANJO, Luz Viviana; ARIAS-VALENCIA, María Mercedes. Cuidado humanizado. El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 31, n. 3, p. 364-376, dez. 2013.

HERNAM, A. R. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: relato de caso. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, p. 238-244, 2007.

HUNG, Yi-Ping *et al.* Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancer s in Taiwan: A nationwide population-based study. **Psycho-Oncology**, v. 22, p. 2227-2234, 2013.

KIECOLT-GLASER, Janice K. *et al.* Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, p. 15-28, 2002.

KRIKORIAN, Alicia; LIMONERO, Joaquín T. Factores asociados a la experiencia de sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 33, n. 3, p. 423-438, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a06.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

KRONENBERG, Fredi *et al.* Race/ethnicity and women's use of complementary and alternative medicine in the United States: results of a national survey. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 7, p. 1236-1242, 2006.

LANGARO, Fabíola; PRETO, Zuleica; CIRELLI, Bruna Germano. Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. **Psicologia Clínica**, v. 24, n. 2, p. 127-146, 2012.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LOPES, Renata Ferrarez Fernandes; SANTOS, Marlene Rodrigues; LOPES, Ederaldo José. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 10, n. 1, p. 39-49, 2008.

LOURENÇÃO, Vanessa Cristina; SANTOS JR., Randolpho; LUIZ, Andreia Mara Gonçalves. Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em tratamentos de câncer. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 59-72, nov. 2009.

LUFIEGO, Claudia Adriana F. **Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas e submetidas a procedimento reconstrutivo de mama**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MARQUES-DEAK, Andrea; STERNBERG, Esther. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 143-144, set. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jan. 2017.

MATTAR, Cristine Monteiro *et al.* Da tradição em psicossomática às considerações da daseinsanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 317-328, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000200317&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200317&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MELO, Mônica Cristina Batista de *et al.* O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 78-89, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682012000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MIRANDA, Antônio José de Almeida. **Bioética e saúde mental: no limiar dos limites: o que a doença mental mantém de homem ético?**. 2011, 584 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2011.

MOREIRA, Mário Santos. Psiconeuroimunologia: a superação do dualismo cartesiano. **Informação Psiquiátrica**, v. 18, n. 3, p. 90-95, 1999a.

\_\_\_\_\_. Psiconeuroimunologia: considerações conceituais. **Informação Psiquiátrica**, v. 18, n. 2, p. 404-2, 1999b.

MÜLLER, Marisa Campio. **Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica**. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia da Saúde e Hospitalar) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. *et al.* Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 1, p. 24-33, 2009.

MUNHOZ, Bruna Antenucci *et al.* De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 485-491, dez. 2014 .

NEME, Carmem Maria Bueno; KATO, S. Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. In: NEME, C. M. B; RODRIGUES, O. M. P. R. (Orgs.) **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p. 125-148

NEME, Carmem Maria Bueno; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 475-483, set. 2010.

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

NOBRE, Isadora Di Natale *et al.* Ansiedade, depressão e desesperança no cuidador familiar de pacientes com alterações neuropsicológicas. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 160-165, 2015.

NUNES, Daniela F. T. **O uso da técnica de relaxamento e visualização como coadjuvante no tratamento de pacientes portadoras de câncer de mama**. 2005. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

\_\_\_\_\_. *et al.* 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. 647-655, 2007.

ODGEN, Jane. **Psicologia da Saúde**. 2. ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

OLYMPPIO, Paula Cristina de Andrade P.; LIMA, Eliane; AMORIM, Maria Helena Costa. Mulher mastectomizada: intervenção de enfermagem e atividade *natural killer*. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 1, p. 07-11, 2014.

PRIMO, Candida Canicali *et al.* Estresse em mulheres mastectomizadas. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 31, n. 3, p. 385-394, dez. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072013000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

QUATILHO, Manuel João. **O processo de somatização**: conceito, avaliação e tratamento. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2016.

REZENDE, Vera Lúcia. *et al.* Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 12, p. 737-43, 2005.

RIBEIRO, Roberta Oliveira Barbosa *et al.* A intervenção RIME como recurso para o bem-estar de pacientes ostomizados. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 83-102, dez. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200006). Acesso em: 14 jan. 2017.

RIVERA JR., Henry R. Depression symptoms in cancer caregivers. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 13, n. 2, p. 195-202, 2009.

SABINO NETO, Miguel *et al.* Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 556-561, dez. 2012.

SALES, Cibele Alves *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263-72, 2001.

SALLES, Leia Fortes; SILVA, Maria Júlia Paes da. Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 3, p. 7-13, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000100001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 8 jan. 2017.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa *et al.* Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, abr. 2010.

SANTOS, Daniela B.; VIEIRA Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-522, 2011.

SAWADA, Namie Okino *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia *et al.* Psico-oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 35-53, abr. 2013. Disponível em:

SCHROETER, D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário.**

2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SILVA, Juliana Dors Tigre; MÜLLER, Marisa Campio. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 247-256, 2007.

SIMONTON, O. Carl. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus Editorial, 1987.

\_\_\_\_\_; MATTHEWS-SIMONTON, Stephanie. Belief systems and management of the emotional aspects of malignancy. *The Journal of Trans Personal Psychology*, v. 1, p. 29-47, 1975.

SOUSA, Helena; GUERRA, Marina; LENCASTRE, Leonor. Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 33, n. 1, p. 39-53, mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312015000100003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312015000100003). Acesso em: 15 jan. 2017.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

STTAFORD, Lesley *et al.* Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: Course and prevalence of morbidity over 12 months. **Psycho-Oncology**, v. 22, p. 2071-2078, 2013.

TEIXEIRA, Elizabeth Batista; PIRES, Eliana Ferrante. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. **Revista Saúde**, v. 4, n. 1, p. 40-52, 2010.

TOLEDO, Mariana Ortelani; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim S. O cotidiano de cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico. **Cadernos de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 1, p. 75-81, 2013.

VEIT, Maria Teresa; CARVALHO, Vicente Augusto. Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010.

WONG, Erin *et al.* Correlating symptoms and their changes with survival in patients with brain metastases. **Annals of Palliative Medicine**, v. 5, n. 4, p. 253-266, oct. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.

\_\_\_\_\_. **Tradicional medicine strategy**. 2002-2005. Geneva: WHO.

ZHOU, K. *et al.* A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, n. 1, p. 54-59, 2015.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO COM IMAGEM GUIADA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO”, que tem por objetivo avaliar a importância da intervenção da através da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos que estão em tratamento quimioterápico e analisar se a técnica de relaxamento auxilia na redução dos níveis de depressão, ansiedade e estresse.

Assim sendo, se você autorizar sua participação nesse trabalho de pesquisa, informações como: histórico familiar, vida pregressa e todas as informações médicas e psicológicas referentes ao seu caso clínico serão armazenadas em um banco de dados para posterior análise e avaliação. Cabe ressaltar que nome e dados de pessoais não serão divulgados nesse processo.

Pretendemos avaliar o seu nível depressão, ansiedade, estresse através da aplicação de alguns testes e inventários. Será solicitado também que você preencha uma Ficha de dados Sociodemográficos e Clínicos. A aplicação destes questionários não ultrapassará 40min. E serão aplicados na primeira sessão de quimioterapia e uma segunda avaliação será feita após 16 semanas.

Além dos instrumentos acima citados alguns pacientes receberão uma sessão de relaxamento a cada sessão de quimioterapia realizada, durante um período de 16 semanas e serão escolhidos aleatoriamente. O relaxamento terá uma duração de aproximadamente 15min e será realizado no Setor de Quimioterapia do Hospital São Lucas da PUCRS (3º.andar), enquanto o paciente estiver recebendo a medicação (quimioterapia). O ambiente conta poltronas e camas confortáveis, o setting terá iluminação e ventilação adequados para aplicação da técnica de relaxamento. Esta técnica não acarreta prejuízos a nenhum paciente. Caso se comprove algum benefício da técnica de relaxamento com imagem guiada, será disponibilizado este atendimento aos demais participantes (grupo controle), se assim desejarem.

Rubricas
----------

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, nem alterará seu atendimento ou tratamento médico. Nenhum dos procedimentos oferece risco adicional à sua saúde ou vida, talvez a lembrança desagradável de algum evento relacionado com o diagnóstico e seguimento do seu caso, se algum acontecimento gerar desconforto e se fizer necessário um atendimento psicológico, a psicóloga responsável pela pesquisa irá encaminhar os pacientes para o Serviço de Atendimento Psicológico do Hospital São Lucas/ PUCRS ou orientará o paciente a buscar outro serviço de atendimento psicológico na sua região ou cidade de origem.

Em relação aos benefícios desse estudo, você estará contribuindo para que se tenha maior conhecimento sobre o estado psicológico de pacientes que passam por este tipo de problema e a eficácia ou não da técnica de relaxamento na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que estão em tratamento quimioterápico. Com estas informações será possível melhorar consideravelmente o atendimento e a qualidade de vida de pacientes oncológicos em futuros procedimentos.

Gostaríamos de deixar claro que o senhor(a) tem total liberdade para manifestar sua vontade de não participar deste trabalho. Além disso, pode desistir de participar a qualquer momento (atual ou futuro) ou negar-se a responder as questões de seguimento. Todas as informações são confidenciais e serão utilizadas somente para estudos epidemiológicos.

Você pode fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa e seus objetivos antes de decidir em participar.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima citada de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do procedimento da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou modificar minha decisão quanto a participação na pesquisa.

A psicóloga Claudia Adriana Facco Lufiego certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação da pesquisa.

Rubricas
----------

Caso tenha novas perguntas sobre este estudo, posso entrar em contato com a psicóloga responsável pela pesquisa, Claudia Adriana Facco Lufiego (51) 3527-2951 ou (51) 9739.9723 e/ou com o Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider no telefone (51) 3320-3345 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo telefone (51) 3320 3345 ou pelo email: cep@pucrs.br, no seguinte endereço: Av. Ipiranga 6690, Prédio 60, sala 314 - Porto Alegre /RS – Brasil, de segunda a sexta-feira, nos seguintes horários: manhã - das 8h30min às 12h; à tarde - das 13:30min às 17h.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

---

Assinatura do Paciente/Responsável

---

Assinatura do Pesquisador  
Claudia Adriana Facco Lufiego  
CRP: 07/06637 CPF: 55485871020

## APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL / PUCRS  
 INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA / IGG

### “EFICÁCIA DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO COM IMAGEM GUIADA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Por favor, tente responder o melhor que puder e marque sempre a alternativa que acredita ser mais adequada. Obrigada!

#### FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Nome: Data de aplicação:
Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Idade (anos completos): _____
Sexo: ( 1 ) Feminino ( 2 ) Masculino
Estado civil: ( 1 ) Casado ( 2 ) Solteiro ( 3 ) Separado ou divorciado ( 4 ) Viúvo
Se o seu estado civil for casado, responda as seguintes questões e também o inventário de satisfação conjugal, caso contrário ignore e vá para a questão relativa a escolaridade.
Qual o sexo de seu cônjuge: ( 1 ) Feminino ( 2 ) Masculino
Há quanto tempo está casado(a) ou vivendo em união estável (relacionamento atual) ? ( 0 ) menos de 1 ano ( 1 ) 1 a 5 anos ( 2 ) 6 a 12 anos ( 3 ) 13 a 20 anos ( 4 ) mais de 20 anos
Quantos filhos tens? ( 0 ) nenhum ( 1 ) de 1 à 3 filhos ( 2 ) mais de 3 filhos
Como avalia a relação conjugal antes do diagnóstico de câncer? ( 0 ) Totalmente insatisfatória ( 1 ) Insatisfatória ( 2 ) Regular

( 3 ) Satisfatória ( 4 ) Totalmente satisfatória

Como avalia a relação conjugal após a diagnóstico de câncer ?

( 0 ) Totalmente insatisfatória ( 1 ) Insatisfatória ( 2 ) Regular

( 3 ) Satisfatória ( 4 ) Totalmente satisfatória

Está estudando atualmente? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Tens religião? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Realizas alguma atividade de lazer: ( 0 ) Não ( 1 ) Sim

Gosta de fazer algum esporte, dança ou exercício físico? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim

Já tivestes alguma doença mental ao longo da vida? ( 0 ) Não ( 1 ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Já fizestes algum tratamento psicológico ou psiquiátrico ao longo da tua vida?

( 0 ) Não ( 1 ) Sim, mas atualmente não faço ( 2 ) Sim e faço atualmente

Como percebe a tua saúde no último mês? ( 0 ) Péssima ( 1 ) Ruim ( 2 ) Regular

( 3 ) Boa ( 4 ) Ótima

Como considera que está o seu sono: ( 0 ) tenho muita dificuldade em dormir

( 1 ) às vezes tenho dificuldade em dormir

( 2 ) não tenho dificuldade em dormir

Quanto a sexualidade você está: ( 0 ) Insatisfeito ( 1 ) Pouco satisfeito ( 2 ) Satisfeito

Sente-se compreendido(a) e apoiado pela sua família durante o tratamento?

( 0 ) Não ( 1 ) sim

Obrigado!!!

## APÊNDICE C – ARTIGO ORIGINAL PUBLICADO NA REVISTA SCIENTIA MEDICA

### Eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico

*Efficacy of guided imagery relaxation in chemotherapy-treated cancer patients*

Claudia Adriana Facco Lufiego<sup>1</sup>, Rodolfo Herberto Schneider<sup>1</sup>, Ângelo José Gonçalves Bôs<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG-PUCRS), Porto Alegre, RS.

#### RESUMO

**Objetivos:** avaliar a eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico em relação à diminuição dos níveis de depressão e ansiedade.

**Métodos:** Estudo do tipo ensaio clínico não randomizado. A amostra foi constituída de participantes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 30 anos e que estavam iniciando tratamento quimioterápico em um hospital universitário de Porto Alegre. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental, no qual foi aplicada a técnica de relaxamento, e Grupo Controle, sem a intervenção. As sessões de relaxamento com a técnica de imagem guiada tiveram duração de 12 minutos e foram realizadas durante um período de 14 semanas, sempre durante o procedimento quimioterápico. Para avaliar os níveis de depressão e ansiedade foram aplicados os instrumentos Inventário de Depressão de Beck e Inventário de Ansiedade de Beck no período inicial e final do estudo. Os dados foram analisados no software estatístico Epi Info 7.0, utilizando os testes t de Student, Wilcoxon-Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos valores de p inferiores a 0,05.

**Resultados:** Foram incluídos 113 participantes, com média de idade de 51,3 anos, sendo 62,8% do sexo feminino e 72,6% casados. Os tipos de neoplasia mais prevalentes foram câncer de mama, pulmão e intestino. Foram alocados 57 pacientes no Grupo Experimental e 56 pacientes no Grupo Controle. Houve diminuição dos níveis de depressão e ansiedade nos pacientes do Grupo Experimental, com variação dos escores de depressão de 17,3±9,04 para 14,5±7,47 (p<0,0001) e de ansiedade de 15,1±8,84 para 12,9±7,58 (p<0,0001). No Grupo Controle não foi observada diferença significativa entre a avaliação inicial e final.

**Conclusões:** A intervenção através da técnica de relaxamento com imagem guiada mostrou eficácia em reduzir os níveis de depressão e ansiedade nessa amostra de pacientes oncológicos em vigência de quimioterapia.

**DESCRITORES:** terapia de relaxamento; psicooncoematologia; depressão; ansiedade; câncer.

#### ABSTRACT

**Aims:** To evaluate the efficacy of guided imagery relaxation in decreasing depression and anxiety levels in cancer patients submitted to chemotherapy.

**Methods:** A nonrandomized clinical trial was performed in male and female patients aged 30 years or older submitted to chemotherapy at a university hospital in Porto Alegre, southern Brazil. The patients were divided into an Experimental Group, which received the intervention (relaxation technique), and into a Control Group, which did not receive it. Twelve-minute guided imagery relaxation sessions were performed for 14 weeks, always during the chemotherapy procedure. In order to evaluate depression and anxiety levels, the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory were applied at baseline and at the end of the study period. The data were analyzed by the EpiInfo 7.0 statistical software using Student's t, Wilcoxon-Mann-Whitney, and Pearson's chi-square tests. Statistical significance was obtained when p<0.05.

**Results:** A total of 113 participants with a mean age of 51.3 years, among whom 62.8% were female and 72.6% were married, were included in the study. Breast, lung, and intestinal cancers were the most prevalent types of neoplasms. Fifty-seven patients were assigned to the Experimental Group and 56 to the Control Group. There was a decrease in depression and anxiety levels in the Experimental Group, in which depression scores ranged from 17.3±9.04 to 14.5±7.47 (p<0.0001) and anxiety scores ranged from 15.1±8.84 to 12.9±7.58 (p<0.0001). No significant difference was observed in the Control Group between the baseline and final evaluations.

**Conclusions:** The guided imagery relaxation technique was efficacious in reducing depression and anxiety levels in this sample of chemotherapy-treated cancer patients.

**KEY WORDS:** relaxation therapy; psycho-oncology; depression; anxiety; cancer.

Recebido: agosto, 2016

Aceito: fevereiro, 2017

Publicado: março, 2017

Correspondência: claudialufiego@hotmail.com



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso restrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. [http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)

**Abreviaturas:** BDI, Inventário de Depressão de Beck; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck; GE, Grupo Experimental; GC, Grupo Controle.

## INTRODUÇÃO

Em pacientes oncológicos a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum. A prevalência de depressão nos pacientes com câncer pode variar de 22% a 29% [1]. Essa diferença de prevalência está associada ao tipo e estágio clínico do tumor, além da dor, debilidade funcional, fragilidade e suporte familiar e social que os pacientes possuem [2]. O tratamento quimioterápico está associado a prevalências ainda maiores de depressão, podendo chegar a 58% [1]. A presença de depressão tem sido associada a um pior prognóstico e ao aumento da mortalidade pelo câncer [3].

Bottino et al. [1], em uma extensa revisão da literatura, concluíram que o estresse, a ansiedade e a depressão causam diminuição da capacidade imunológica. Sentimentos de tristeza e angústia podem fazer com que o paciente não procure ajuda, dificultando o reconhecimento da depressão, embora o tratamento com antidepressivos seja efetivo e melhore a adesão ao tratamento do câncer, reduzindo efeitos adversos [1].

As terapias complementares têm se destacado entre as opções terapêuticas em centros de tratamento de câncer nos Estados Unidos da América. A aceitação e o uso resultam em um impacto positivo imediato sobre o estresse e o sofrimento do paciente. Várias são as técnicas de intervenção utilizadas no manejo da dor e do sofrimento físico e psíquico dos pacientes oncológicos [4]. As técnicas de relaxamento são objeto de pesquisa há décadas, como instrumento importante no processo integrativo entre mente e corpo, compreendida como uma técnica complementar de intervenção junto a pacientes com doenças orgânicas [5].

Este estudo buscou avaliar a eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos que estavam realizando tratamento quimioterápico.

## MÉTODOS

Foi realizado um ensaio clínico não randomizado, cuja amostra constituiu-se de pacientes com diagnóstico de câncer em diferentes órgãos, identificados a partir da análise de prontuários. Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 30 anos, com o diagnóstico

estabelecido de câncer e iniciando o tratamento quimioterápico, independente do estadiamento ou plano quimioterápico (número de sessões, efeitos adversos e duração do tratamento). Os participantes foram divididos em dois grupos: Grupo Experimental (GE), que recebeu intervenção de sessões de relaxamento com imagem guiada, e Grupo Controle (GC), sem intervenção da técnica de relaxamento. A seleção dos pacientes foi feita de forma aleatória: o GE constituiu-se de pacientes do turno da manhã, enquanto o GC formou-se de pacientes que iniciavam a quimioterapia no turno da tarde. A coleta de dados foi realizada em um hospital universitário de Porto Alegre, no setor de quimioterapia. Os participantes eram encaminhados pelos oncologistas e enfermeiros à pesquisadora, que fazia o contato com o paciente, explicando os objetivos da pesquisa e posteriormente apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da amostra pacientes que apresentassem dificuldades cognitivas que pudessem prejudicar o entendimento das questões apresentadas nos instrumentos de avaliação.

Tanto o GE quanto o GC foram avaliados em dois momentos diferentes, que denominamos "avaliação inicial" e "avaliação final". A avaliação inicial foi realizada no momento em que era iniciado o tratamento quimioterápico e incluiu o preenchimento de uma ficha de dados demográficos e de estilo de vida (idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, suporte familiar, atividade física e atividades de lazer) e dados clínicos (doença e tratamento mental prévio). Após o preenchimento da ficha foram aplicados instrumentos de mensuração de depressão e de ansiedade, constituídos respectivamente pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI: *Beck Depression Inventory*) e pelo Inventário de Ansiedade de Beck (BAI: *Beck Anxiety Inventory*). O BDI é uma escala de autorrelato, com 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3. O escore total permite classificar a depressão em níveis de intensidade. O BAI também 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 quatro pontos que refletem os níveis de gravidade crescente de cada sintoma [6]. A avaliação final foi realizada 14 semanas após a avaliação inicial, sendo aplicados novamente os mesmos instrumentos nos dois grupos.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pacientes do GE receberam uma sessão de relaxamento com imagem guiada a cada sessão de quimioterapia realizada. O relaxamento era aplicado por psicóloga apta a realizar a técnica, em ambiente terapêutico adequado, com duração de 12 minutos cada sessão, sendo

realizado enquanto o paciente fazia a quimioterapia. As sessões de relaxamento eram conduzidas por uma gravação realizada pela pesquisadora. Solicitava-se que o paciente se posicionasse de forma confortável na poltrona e começasse a relaxar todas as partes do corpo, prestando atenção aos movimentos respiratórios. Quando o paciente demonstrava estar relaxado, solicitava-se, de forma detalhada, que o mesmo visualizasse imagens de lugares calmos (imagens de elementos da natureza). Após esse momento, o paciente era levado a imaginar-se visualizando o(s) órgão(s) em que o câncer se encontrava, bem como imaginar o medicamento quimioterápico entrando em seu corpo e destruindo as células cancerosas e, ao mesmo tempo, devolvendo saúde e equilíbrio às células saudáveis, restituindo o estado físico anterior ao câncer. Após todo esse percurso era solicitado ao paciente que retornasse lentamente ao estado em que iniciou a sessão.

Todas as sessões de relaxamento com imagem guiada foram conduzidas da mesma forma. Os pacientes do GE recebiam a intervenção a cada sessão de quimioterapia que realizavam, portanto, o número de sessões de relaxamento variou conforme o plano quimioterápico. A frequência variou entre duas e onze sessões, sendo que o número médio foi de quatro sessões considerando todos os pacientes do GE.

Os dados coletados foram tabulados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados no

software estatístico Epi Info 7.0. A análise descritiva contemplou medidas de frequência, tendência central e dispersão. A homogeneidade entre os grupos foi testada no que se refere à distribuição das características sociodemográficas e clínicas, bem como as médias dos testes aplicados nos grupos na avaliação inicial e final. As possíveis diferenças das médias iniciais entre os dois grupos foram testadas pelo teste t de Student ou Wilcoxon-Mann-Whitney. A associação entre as medidas categóricas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados significativos valores  $p < 0,05$ .

O estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob protocolo de nº 1.172.234. Todos os participantes foram informados e consultados acerca dos procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram seguidas todas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

O estudo incluiu 113 participantes, 57 no GE e 56 no GC. A Tabela 1 apresenta os tipos de neoplasia identificados na amostra pesquisada, sendo câncer de mama, de pulmão e de intestino os mais frequentes.

**Tabela 1.** Localizações de câncer encontradas em uma amostra de 113 pacientes oncológicos em vigência de tratamento quimioterápico, divididos entre Grupo Experimental, que recebeu a intervenção "relaxamento com imagem guiada" (n=57) e Grupo Controle (n=56), que não recebeu a intervenção.

Localização do câncer	Grupo Experimental n (%)	Grupo Controle n (%)	Total n (%)
Mama	9 (15,78)	13 (23,21)	22 (19,46)
Pulmão	9 (15,78)	11 (19,64)	20 (17,69)
Intestino/reto	7 (12,28)	6 (10,71)	13 (11,5)
Ovaros	6 (10,52)	3 (5,35)	9 (7,96)
Próstata	3 (5,26)	3 (5,35)	6 (5,3)
Linfoma Hodgkin / n Hodgkin	0 (0,00)	5 (8,92)	5 (4,42)
Colo do útero	4 (7,01)	1 (1,78)	5 (4,42)
Ovário	3 (5,26)	1 (1,78)	4 (3,53)
Fígado	2 (3,5)	1 (1,78)	3 (2,65)
Cérebro	2 (3,5)	1 (1,78)	3 (2,65)
Estômago	2 (3,5)	1 (1,78)	3 (2,65)
Testículo	2 (3,5)	0 (0,00)	2 (1,76)
Pâncreas	1 (1,75)	1 (1,78)	2 (1,76)
Melanoma/pelo	0 (0,00)	2 (3,57)	2 (1,76)
Outros*	7 (12,28)	7 (12,5)	14 (12,38)
Total	57 (100)	56 (100)	113 (100)

\* rim (2); sarcoma de partes moles (2); sarcoma de Ewing (2); lipossarcoma de mediastino (2); pênis (2); glioma (1); orofaringe (1); esôfago (1); leucemia(1).

A média de idade dos pacientes foi de 51,3 anos, 62,8% eram do sexo feminino e 72,6% eram casados. A maioria (94,7%) possuía religião, com predominância de católicos. Em relação à prática de atividade física e de lazer, a maioria (81,4%) não praticava, mesmo antes de iniciar a quimioterapia. Nesses dados não houve diferença significativa entre os grupos. Quanto ao grau de instrução, 59,3% possuíam ensino fundamental e uma minoria possuía ensino superior. Apenas 8% da amostra estavam estudando. Observamos diferenças estatisticamente significativas no grau de instrução entre os dois grupos,  $p=0,0052$ . No GE 68,4% dos participantes tinha ensino fundamental, contra 50% no GC (Tabela 2).

Dos 113 participantes 104 (92,0%) sentia-se apoiada e acolhida pela família durante o diagnós-

tico e tratamento do câncer, 51 (91,0%) do GC e 53 (92,9%) do GE. A variável não obteve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao fato de terem apresentado doença mental anterior ao diagnóstico de câncer. Conforme os resultados, 42% da amostra tinha desenvolvido algum transtorno mental antes do diagnóstico de câncer. Quando questionados se haviam buscado auxílio psicológico ou psiquiátrico, 68,1% afirmaram que nunca haviam procurado por atendimento na área de saúde mental. Os pacientes GC e GE mostraram homogeneidade quanto à variável atendimento psicológico e/ou psiquiátrico,  $p=0,0832$  (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das características sociodemográficas e clínicas da amostra total, do Grupo Experimental, que recebeu a intervenção "relaxamento com imagem guiada", e do Grupo Controle, que não recebeu a intervenção.

Variável	Amostra total	Grupo Experimental	Grupo Controle	p
	n=113 n (%)	n=57 n (%)	n=56 n (%)	
Gênero				
Feminino	71 (62,8)	35 (61,4)	36 (64,2)	0,7512
Idade (média em anos)	51,3	52,08	50,62	
Estado Civil				
Casado	82 (72,6)	42 (73,6)	40 (71,4)	0,5830
Solteiro	11 (9,7)	7 (12,2)	4 (7,1)	
Separado/divorciado	11 (9,7)	5 (8,7)	6 (10,7)	
Vivo	9 (8,0)	3 (5,2)	6 (10,7)	
Atividade física				
Não pratica	92 (81,4)	47 (82,4)	45 (80,3)	0,7742
Atividade de Lazer				
Não realiza	78 (69,0)	38 (66,6)	40 (71,4)	0,5841
Está estudando				
Sim	9 (8,0)	5 (8,7)	4 (7,1)	0,5112
Grau de instrução				
Ensino fundamental	67 (59,3)	39 (68,4)	28 (50,0)	<b>0,0052</b>
Ensino médio	35 (31,0)	10 (17,5)	25 (44,6)	
Ensino superior	11 (9,7)	8 (14,0)	3 (5,3)	
Possui religião				
Sim	107 (94,7)	52 (91,2)	55 (98,2)	0,2061
- Católica	60 (56,0)	28 (53,8)	32 (58,8)	
- Evangélica	20 (26,2)	16 (30,7)	13 (23,6)	
- Espírita	14 (13,1)	5 (9,6)	9 (16,3)	0,4571
- Luterana	3 (2,8)	1 (1,9)	1 (1,8)	
- Outras	2 (1,9)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Apoio familiar				
Sim	104 (92,0)	53 (92,9)	51 (91,0)	0,7424
Doença mental ao longo da vida				
Sim	47 (42,0)	20 (35,0)	27 (48,2)	0,1569
Transtorno mental antes do câncer				
Transtorno depressivo	34 (72,3)	11 (19,3)	23 (41,0)	0,0905
Transtorno de ansiedade	8 (17,0)	5 (8,7)	3 (5,3)	
Transtorno bipolar	3 (6,4)	2 (3,5)	1 (1,7)	
Estresse pós-traumático	2 (4,2)	2 (3,5)	0 (0,0)	
Realização de tratamento psicológico/psiquiátrico				
Nunca realizou	77 (68,1)	45 (78,9)	32 (57,1)	0,0832
Realizou no passado	24 (21,2)	8 (14,0)	16 (28,5)	
Realiza atualmente	12 (10,6)	4 (7,0)	8 (14,2)	

Entre os participantes que mencionaram ter algum transtorno psiquiátrico anterior ao diagnóstico de câncer, a maioria (72,3%) relatou quadros de transtorno depressivo. Ao analisarmos os tipos de doença mental desenvolvidos anteriormente pelos participantes, percebemos que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos,  $p=0,090$ . Entretanto no GC houve um número maior de participantes com transtorno depressivo anterior ao diagnóstico de câncer do que no GE. Em contrapartida, no GE houve um número maior de participantes com transtorno de ansiedade. Um pequeno número mencionou transtorno bipolar e transtorno de estresse pós-traumático ao longo da vida (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra os resultados dos testes aplicados para avaliar os níveis de depressão e ansiedade nos participantes, comparando a avaliação inicial com a final. Quanto aos níveis de depressão, na avaliação inicial do GE, os pacientes apresentavam uma média de 17,3 e na avaliação final esta média foi de 14,5, apontando uma redução da depressão, embora o escore médio do BDI tenha permanecido no nível leve de depressão. Assim, comparando o BDI inicial com o BDI final o GE teve uma redução média significativa de  $2,7\pm 4,43$  ( $p<0,001$ ). Já o GC a média inicial do BDI foi de 20,02 e a final foi de 20,5, representando um aumento médio não significativo de  $0,5\pm 4,34$  no escore do BDI.

Em relação aos níveis de ansiedade, na avaliação inicial do GE a média do escore do BAI foi de  $15,07\pm 8,84$ , enquanto que na avaliação final a média diminuiu para  $12,9\pm 7,58$ . Assim, houve uma diminuição no escore médio do GE de 2,19, com diferença significativa ( $p<0,001$ ), enquanto que no GC a média do BAI aumentou não significativamente ao longo do período de pesquisa.

## DISCUSSÃO

Este estudo analisou a eficácia da técnica de relaxamento com imagem guiada na redução de sintomas de ansiedade e depressão, 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 [7].

A única variável sociodemográfica que mostrou diferença entre os grupos foi o grau de instrução. Acredita-se que essa diferença de escolarização entre os grupos não tenha interferido nos resultados obtidos, uma vez que a pesquisadora aplicava os testes de forma individual, lendo em voz alta as questões e acompanhando a compreensão pelo pesquisado. Quanto às atividades físicas e de lazer, observou-se que a maioria dos participantes não as praticava, embora a atividade física regular seja recomendada para prevenção e tratamento de hipertensão, diabetes não insulino dependente, dislipidemia, obesidade, doenças crônicas como osteoporose e alguns tipos de câncer, redução do estresse e melhora da autoestima [8]. O diagnóstico de câncer e seu tratamento são situações que afetam a saúde psicológica dos pacientes, especialmente nos casos de cirurgias que envolvem mutilação e diminuição da capacidade de executar tarefas, repercutindo na qualidade de vida, no nível de atividade física e na autoestima [9]. O fato de estarem realizando tratamento quimioterápico, que envolvia efeitos colaterais: desânimo, fraqueza, cansaço, náuseas e tonturas e edemas em membros superiores poderia explicar a não realização de atividade física, embora a maioria dos pacientes também tenha relatado

**Tabela 3.** Resultados dos testes Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) em uma amostra de 113 pacientes, divididos entre Grupo Experimental, que recebeu a intervenção "relaxamento com imagem guiada" ( $n=57$ ) e Grupo Controle ( $n=56$ ), que não recebeu a intervenção.

Variável	Grupo Experimental*	p <sup>†</sup>	Grupo Controle*	p <sup>†</sup>	p <sup>‡</sup>
BDI inicial	17,26±9,04		20,0±7,82		0,0861
BDI final	14,53±7,47		20,5±8,22		0,0001
BDI diferença	-2,74±4,43	<0,0001	0,48±4,34	0,7973	0,0001
BAI inicial	15,1±8,04		15,9±7,24		0,5730
BAI final	12,9±7,58		16,4±6,85		0,0106
BAI diferença	-2,19±4,12	<0,0001	0,48±3,50	0,8487	0,0001

BDI, Inventário de Depressão de Beck; BAI, Inventário de Ansiedade de Beck.

\* Média ± desvio padrão.

† Comparação entre as médias iniciais e finais.

‡ Comparação entre os grupos.

a ausência desse hábito previamente ao início da quimioterapia.

Observou-se que a grande maioria dos pacientes estudados sentia-se apoiada pela família. Quando o paciente recebe apoio da família os impactos da doença podem ser minimizados. Dessa forma, é importante que a equipe profissional procure apoiar a família, para que esta por sua vez tenha condições de dar o apoio necessário ao paciente no enfrentamento da doença [10,11]. A doença oncológica acarreta problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros, influenciando na atuação social e familiar, trazendo consequências para a qualidade de vida do paciente e de sua família [12].

Outro aspecto investigado neste estudo foi a presença ou não de doenças psiquiátricas anteriores ao diagnóstico de câncer e se as mesmas influenciaram nos resultados. Estudos apontam possíveis relações entre quadros psiquiátricos e desenvolvimento de doenças crônicas como o câncer, mas ainda de forma especulativa. A cronificação de determinados quadros deterioraria a função imune e a vigilância do sistema imunológico em relação às células cancerosas [13]. Neste estudo não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao fato de terem apresentado doença mental anterior ao diagnóstico de câncer. Apenas uma minoria havia desenvolvido algum transtorno mental antes do diagnóstico de câncer e, entre estes, a maioria foi diagnosticada com transtorno depressivo. A análise da modulação psicológica do sistema imune sugere que os quadros depressivos aumentam os níveis de citocinas pró-inflamatórias, especialmente a interleucina 6, o que justificaria as comorbidades clínicas associadas a esses quadros. Ocorre também a redução da atividade das células *Natural Killer* e de contagens de linfócitos T [14].

Um estudo realizado em mulheres com câncer de mama constatou a atuação de fatores emocionais no surgimento de neoplasias. Os estados afetivos, particularmente a depressão, relacionam-se ao aparecimento do câncer, dada sua influência no sistema imunológico. A forma como o indivíduo avalia, enfrenta e supera as situações de estresse mantém relação com a diminuição do funcionamento do sistema imunológico e o adocimento [15,16].

Além disso, ao receber o diagnóstico de câncer, a integridade psicológica do paciente fica fragilizada e problemas de ordem emocional ocorrem frequentemente, tornando-o vulnerável a transtornos depressivos e ansiosos. Surgem sentimentos de angústia e medo da mutilação, da dor e da morte [10]. Esses pacientes podem também apresentar outros

sintomas, como o medo da recidiva, fadiga, problemas de sono, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento e problemas de relacionamento conjugal [13]. Os resultados encontrados neste estudo estão alinhados com estudos publicados acerca da eficácia das técnicas de relaxamento na redução de sintomas depressivos e estresse em pacientes com câncer. Além disso outras técnicas psicossociais, terapia individual e em grupo, também são descritas na literatura com bons resultados [1].

Um ensaio clínico randomizado foi realizado com 34 mulheres portadoras de câncer de mama em tratamento radioterápico. Após as intervenções de sessão de relaxamento com imagem guiada houve melhora significativa nos índices de estresse e nos níveis de depressão e ansiedade das pacientes, porém não houve alteração dos níveis de cortisol ou proliferação celular [17]. Outro estudo similar, realizado no Hospital das Clínicas de São Paulo, avaliou o efeito da intervenção de relaxamento com imagem guiada sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e a depressão em pacientes com câncer durante tratamento quimioterápico. Para os pesquisadores, a intervenção de relaxamento com imagem guiada melhorou a qualidade de vida relacionada à saúde em várias funções e também diminuiu os níveis de depressão [2]. Esses dois estudos estão de acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, de que a técnica de relaxamento com imagem guiada auxilia na diminuição dos níveis de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos em tratamento.

Uma revisão de literatura investigou os efeitos de técnicas complementares no controle de ansiedade, dor, fadiga e sono em oncologia. Os estudos revisados demonstraram a eficácia das técnicas complementares, além de vantagens como o baixo custo e a facilidade de aplicação, dispensando recursos tecnológicos [4]. Pesquisadores chineses também investigaram os efeitos do relaxamento e da musicoterapia em 170 mulheres mastectomizadas. O estudo, um ensaio clínico randomizado e controlado, mostrou que no grupo de intervenção foram reduzidos a depressão, a ansiedade e o tempo de permanência hospitalar em relação ao grupo controle [18]. Os procedimentos mais utilizados nas pesquisas têm sido distração cognitivo/atencional, hipnose/imagem guiada, dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva e treinos de relaxamento [19].

Os resultados do presente estudo permitem concluir que a intervenção através da técnica de relaxamento com imagem guiada mostrou-se eficaz nesta amostra de pacientes oncológicos em vigência de

quimioterapia, pois os resultados dos instrumentos BDI e BAI evidenciaram redução nos níveis de depressão e ansiedade no grupo que recebeu a intervenção.

Com base em evidências publicadas anteriormente, podemos dizer que a técnica de relaxamento, auxiliando na redução dos níveis de estresse, depressão e ansiedade, pode oferecer melhora na qualidade de vida e estimular o fortalecimento do sistema imunológico. Neste sentido é importante que o psicólogo e os demais profissionais da área da saúde compreendam a interação corpo-mente, compreensão esta que é importante para que o profissional tenha capacidade de auxiliar o paciente no reestabelecimento da sua saúde.

Esta pesquisa não pretendeu esgotar o assunto, mas suscitar mais estudos na área da psico-oncologia e da psiconeuroimunologia. Salientamos a importância

do desenvolvimento de pesquisas relacionadas à utilização das técnicas de relaxamento como recurso complementar na promoção e tratamento da saúde, principalmente em pacientes com câncer e outras doenças crônicas.

#### NOTAS

##### Apoio financeiro

Este estudo recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP).

##### Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo, informam ter tido acesso a todos os dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade dos resultados.

#### REFERÊNCIAS

1. Bottino SMB, Frígulas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36 Suppl 3:109-15. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000900007>
2. Nicolussi AC. Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2012.
3. Wong E, Rowbottom L, Tsao M, Zhang L, McDonald R, Danjoux C, Barnes E, Chan S, Chow E. Correlating symptoms and their changes with survival in patients with brain metastases. *Ann Palliat Med.* 2016;5(4):253-66. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.09.01>
4. Costa AIS, Reis PED. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. *Rev Dor.* 2014;15(1):61-4.
5. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34 Suppl 1:60-72. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700009>
6. Cunha JÁ, organizador. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
7. Gardiner P, Mitchell S, Filippelli AC, Sadikova E, White LF, Paasche-Orlow MK, Jack BW. Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital. *J Health Commun.* 2013;18 Suppl 1:290-7. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.830663>
8. Sabino Neto M, Moreira JR, Resende V, Ferreira LM. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):556-61. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400015>
9. Rivera HR. Depression symptoms in cancer caregivers. *Clin J Oncol Nurs.* 2009;13(2):195-202. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.195-202>
10. Ceolin VES. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: Hart CPM, organizador. Câncer: uma abordagem psicológica. Porto Alegre: AGE; 2008. p. 118-28.
11. Bellato R, Araújo LFS, Dolina JV, Musquin CA, Corrêa GHLST. Experiência familiar de cuidado na situação crônica. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(n. esp):81-8.
12. Odgen JE. Psicologia da saúde. 2. ed. Lisboa: Climepsi; 2004.
13. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguitoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(3):124-33. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300002>
14. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future. *Psychosom Med.* 2002;64(1):15-28. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00004>
15. Neme CMB, Lipp MEN. Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psic Teor e Pesq.* 2010;26(3):475-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010>
16. Lipp MEN. Stress e o turbilhão da vida. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

17. Nunes DF, Rodriguez AL, da Silva Hoffmann F, Luz C, Braga Filho AP, Muller MC, Bauer ME. Relaxation and guided imagery program in patients with breast cancer undergoing radiotherapy is not associated with neuroimmunomodulatory effects. *J Psychosom Res.* 2007;63(6):647-55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.004>
18. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, Xin X. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(1):54-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.010>
19. Lopes RFF, Santos MR, Lopes EJ. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2008;10(1):39-49. 

**APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA SAÚDE & DOENÇA (B1)**

Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a  
relaxamento

Relaxamento em pacientes quimioterápicos

**Claudia Adriana Facco Lufiego**

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

**Rua: Padre Nóbrega, 201/502 – Novo Hamburgo – RS - Brasil**

**Email: [claudialufiego@hotmail.com](mailto:claudialufiego@hotmail.com)**

**Fone: +55 (51) 997399723**

**Rodolfo Herberto Schneider**

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

**Ângelo José Gonçalves Bós**

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

**Número total de palavras do artigo: 5.623**

Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento

Evaluation of stress and anxiety in patients undergoing chemotherapy to relaxation

**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 ( $-2,19 \pm 4,12$ ,  $p=0,0003$ ) e de estresse ( $-0,68 \pm 1,52$ ,  $p=0,0043$ ). 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.

**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 ( $-2.19 \pm 4.12$ ,  $p = 0.0003$ ) 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.

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

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.

## **Método**

**Delineamento:** ensaio clínico, analítico, quasi-experimental, prospectivo e quantitativo.

**Amostra:** 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 para coleta de dados:** 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.

**Instrumentos:** 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).

**Procedimento para análise dos 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).

## Resultados e discussão

O perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, apresentados na Tabela 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 (94,7%) 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, os participantes do Grupo Experimental distribuíram-se da seguinte forma: 35 do sexo feminino e 22 do masculino. E o Grupo Controle contou com 36 participantes do sexo feminino e 20 do masculino. Sendo a maioria 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 se mantém 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.

Problemas emocionais ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer e seus familiares. Os impactos da doença são minimizados quando o paciente recebe apoio da família. A tabela 1 mostra que 104 participantes (92%) sentiram-se apoiados pela família durante o diagnóstico e tratamento do câncer.

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).

Conforme a Tabela 1, quando 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. 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).

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. 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.

**Tabela 1** – Distribuição dos níveis sociodemográficos e clínicos entre os grupos.

VARIÁVEIS	GRUPOS		p	
	<b>Grupo Controle (56)</b>	<b>Grupo Experimental (57)</b>		
	N (%)	N (%)		
<b>Sexo</b>	Feminino	36 (64,29)	35 (61,40)	0,7512
	Masculino	20 (35,71)	22 (38,60)	
<b>Idade</b>	30 a 59 anos	43 (76,8)	40 (70,2)	0,5309
	60 a 79 anos	13 (23,2)	17 (29,8)	
<b>Estado Civil</b>	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)	
<b>Atividade física</b>	Não pratica	45 (80,36)	47 (82,46)	0,7743
	Pratica	11 (19,64)	10 (17,54)	
<b>Atividades de lazer</b>	Não realiza	40 (71,43)	38 (66,67)	0,5841
	Realiza	16 (28,57)	19 (33,33)	
<b>Está estudando</b>	Não	52 (92,86)	52 (91,23)	0,5112
	Sim	4 (7,14)	5 (8,77)	
<b>Grau de instrução</b>	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)	
<b>Fonte de renda</b>	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)	

VARIÁVEIS		GRUPOS		p
		<i>Grupo Controle (56)</i> <i>Experimental (57)</i>	<i>Grupo</i>	
		N (%)	N (%)	
<b>Religião</b>	Benefício	32 (57,14)	21 (36,84)	
	Não possui	1 (1,79)	5 (8,77)	0,2061
	Possui	55 (98,21)	52 (91,23)	
<b>Religião</b>	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)	
	<b>Apoio familiar</b>	Não	5 (8,93)	4 (7,02)
	Sim	51 (91,07)	53 (92,98)	
<b>Doença mental ao longo vida</b>	Não	29 (51,79)	37 (64,91)	0,1569
	Sim	27 (48,21)	20 (35,09)	
<b>Transtorno mental anterior ao câncer</b>	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)	
<b>Realização de tratamento psicológico/psiquiátrico</b>	Nunca fez	32 (57,14)	44 (77,19)	0,0832
	Anteriormente	16 (28,57)	8 (14,03)	
	Atualmente	8 (14,29)	5 (8,77)	

A tabela 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 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).

**Tabela 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 tabela 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. 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 melhorar a 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 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 que padrões mais positivos, otimistas, flexíveis e diretos de lidar com as situações e 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).

### **Considerações Finais**

O relaxamento através da indução de imagens são técnicas da Psicologia da Saúde que visam auxiliar o paciente oncológico no manejo emocional para o enfrentamento da doença. 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 assim a importância das técnicas de relaxamento e indução de imagens como recursos complementares para a promoção e tratamento da saúde.

### Referências

1. Achterberg, J. (2012). *A imaginação na cura*. São Paulo, SP: Summus.
2. 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.
3. 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 [\[links\]](#)
4. Bonassa, E.M.A. (2000). *Enfermagem em terapêutica oncológica* (2a. ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
5. 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 [\[links\]](#)
6. 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. [\[links\]](#)
7. Carvalho, M.M. (1994). Visualização e câncer. In Carvalho, M.M (Org.). *Introdução à psico-oncologia*. Campinas, SP: Psy.
8. 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 [\[links\]](#)
9. 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 [\[links\]](#)
10. Cunha, J.A. (Org.). (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

11. 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 [\[links\]](#)
12. 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 [\[links\]](#)
13. 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. [\[links\]](#)
14. 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. [\[links\]](#)
15. Epstein, G. (1990). *Imagens que curam* (9a. ed.). Rio de Janeiro: Xenon.
16. 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. [\[links\]](#)
17. 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. [\[links\]](#)
18. Johnston, P.G., & Spence, R.A.J. (2003). *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
19. 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. [\[links\]](#)
20. 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. [\[links\]](#)

21. 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 [\[links\]](#)
22. 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.
23. Moreira, M.S. (1999). Psiconeuroimunologia: a superação do dualismo cartesiano. *Informativo Psiquiatria*, 18, 90-95. [\[links\]](#)
24. 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 [\[links\]](#)
25. 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 [\[links\]](#)
26. 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.
27. 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 [\[links\]](#)
28. 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 [\[links\]](#)
29. Rezende, V.L., Derchain, S.F.M., Botega, N.J., Sarian, L.O., Vial, D.L., & Morais, 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. [\[links\]](#)
30. Rossi, A.M. (1995). *Visualização*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

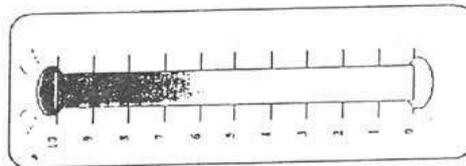
31. Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J.L. (1987). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus Editorial.
32. Simonton, O.C., & Simonton, S.S. (1975). Belief systems and management the emotional aspects of malignancy. *The Journal of Trans Personal Psychology*, 7, 29-47.

## ANEXO A – TERMÔMETRO DE DISTRESS (TD)

**INSTRUÇÕES:**

Por favor, comece por colocar um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia/sofrimento (distress) que tem sentido na última semana, incluindo hoje.

**Máximo Distress**



**Distress Mínimo**

A seguir, indique se alguma das questões seguintes tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

Sim Não	PROBLEMAS DO DIA-A-DIA	Sim Não	PROBLEMAS FÍSICOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuidar dos filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aparência física
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tomar banho/Vestir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Despesas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dificuldades Respiratórias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deslocações/Transportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alterações urinárias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trabalho/Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prisão de ventre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diarreia
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Appetite
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cansaço/Fadiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relação com os filhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inchaço
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relação com o marido/parceiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Febre
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Caminhar/Vaguear
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfartamento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Feridas na boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medos/Receios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nervosismo/Ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nariz congestionado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Preocupação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas Sexuais
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pele seca/comichão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perda de fé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alterações do sono
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relação com Deus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Formigueiros nas mãos e pés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Perda de significado ou sentido de vida	<input type="checkbox"/>	

Outros problemas:

---



---

Translated and reproduced with permission from The NCCN 2003 Distress Management Guideline, *The Complete Library of NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. [CD-ROM], Jenkintown, Pennsylvania: © National Comprehensive Cancer Network, June 2004. All rights reserved ©. To view the most recent and complete version of the guideline, go online to [www.nccn.org](http://www.nccn.org)  
 Traduzido e reproduzido para português por R. Bealhou, Instituto Português de Oncologia Francisco Genil, CROU, SA, 2004 (Translated with permission of NCCN)

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO ATRAVÉS DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR INDUÇÃO DE IMAGENS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA

**Pesquisador:** Rodolfo Herberto Schneider

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46800415.3.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.172.234

**Data da Relatoria:** 03/08/2015

#### Apresentação do Projeto:

O projeto visa avaliar a técnica de relaxamento por indução de imagens, realizada por psicólogo, em pacientes com neoplasia em tratamento quimioterápico na melhora da qualidade de vida e nível de stress dos pacientes. Serão 100 pacientes do Serviço de Oncologia do HSL-PUCRS, sendo que 50 receberão a técnica e os outros 50 não receberão intervenção. A avaliação será feita através do inventário de depressão de Beck, inventário de ansiedade de Beck e outros testes.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar se a técnica de relaxamento por indução de imagens melhora a qualidade de vida em pacientes com neoplasia em quimioterapia.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos. Questionários. Sem procedimentos invasivos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Termo de consentimento, critérios de inclusão e exclusão, cronograma, orçamento, análise estatística detalhados.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505  
**Bairro:** Partenon **CEP:** 90.619-900  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.172.234

**Recomendações:**

Sem pendências.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do relator.

PORTO ALEGRE, 05 de Agosto de 2015

---

Assinado por:  
João Feliz Duarte de Moraes  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6691, prédio 40, sala 535  
Bairro: Portão CEP: 90 619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.172.234

**Recomendações:**

Sem pendências.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

De acordo com o parecer do relator.

PORTO ALEGRE, 05 de Agosto de 2015

---

Assinado por:  
João Feliz Duarte de Moraes  
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 535  
Bairro: Partenon CEP: 90 619-900  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pu.rs.br

**ANEXO C – E-MAIL COM O ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DO ARTIGO NA  
REVISTA *SCIENTIA MEDICA* (QUALIS B3), COMO CRITÉRIO OBRIGATÓRIO  
PARA APROVAÇÃO NO DOUTORADO**

[Scientia Medica] #25701

SM

Scientia Medica <equipe.scimed@pucrs.br>



Responder|

dom 29/01, 11:49

Você;  
mais 2

25701-REVISADO\_EDITOR-final.docx69 KB

Baixar

Salvar no OneDrive - Pessoal

Prezado(a)s autore(a)s:

Seu artigo #25701 foi aceito para publicação na Scientia Medica. Em anexo a última versão revisada pelo editor, que ainda deverá ser submetida à revisão do Abstract pelo revisor de inglês e da lista de referências pela bibliotecária. Após essas revisões, a nova versão será encaminhada para aprovação do(a)s autore(a)s e o aceite definitivo será registrado no sistema.

Em caso de dúvida, por favor entrem em contato.

Atenciosamente,  
Eleonor G. Lago  
Editora

---

Scientia Medica

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/>

**ANEXO D – E-MAIL DA REVISTA SAÚDE & DOENÇA, COMPROVANDO O RECEBIMENTO DO ARTIGO SUBMETIDO(B1), COMO EXIGÊNCIA OBRIGATÓRIA DOS CRITÉRIOS DE APROVAÇÃO NO DOUTORADO**

Re: Artigo: Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento

R

Revista Psicologia Saúde e Doença <psicsaudedoenca@gmail.com>



Responder|

qui 12/05/2016, 15:05

Prezada Autora,

Acusamos a recepção do artigo "Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento.", submetido à revista Psicologia Saúde e Doenças, pelo qual agradecemos o envio e a confiança depositada.

Informamos que de seguida, a) Será verificado se o artigo está de acordo com as normas da revista; b) caso esteja será submetido à apreciação do Corpo Editorial da Revista que, conforme estabelecido nas regras da revista, será submetido a revisão cega, finda a qual o Editor decidirá se o artigo é aceite com ou sem alterações, ou recusado. O Corpo Editorial da Revista se encarregará de dar seguimento ao assunto, informando sua decisão através deste endereço de e-mail.

Informamos ainda que por decisão da Direção da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, a partir de agora os custos de composição, aquisição de DOI e colocação dos artigos aceites para publicação em bases de dados internacionais devem ser, tanto quanto possível, suportados pela própria revista. Assim, vimo-nos constrangidos a cobrar aos autores uma taxa de 75,00€ por artigo. Deve pois, logo que o artigo seja aceite para publicação, proceder à transferência deste montante para o IBAN: 0018 0000 3725 9647 0014 2.

Cordialmente,  
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde