

RESUMO EXPANDIDO

ANAIS do IX Congresso Nacional do Departamento Acadêmico da AME-BR. II Encontro das Associações Médico-Espíritas do Centro-Oeste.

Campo Grande/MS. De 1 a 3 de maio de 2014.

TÍTULO: “Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica

RIME: ressignificar a Dor Espiritual na terminalidade”.

(Referente à Dissertação de Mestrado: A Intervenção Terapêutica RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade) em pacientes submetidos ao tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado).

Daniele Corcioli Mendes Espinha

INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população tem trazido importantes desafios. Compreender o prolongamento da expectativa de vida e o que isso implica caracteriza um dos maiores desafios para o setor da saúde, uma vez que com esse aumento surge, conseqüentemente, maior incidência de doenças crônico-degenerativas, sendo possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer.

Para o tratamento oncológico são oferecidas diversas modalidades terapêuticas, como cirurgias, radioterapia e quimioterapia, além da atenção em equipe multidisciplinar. Apesar dos incríveis avanços tecnológicos que a radioterapia apresenta, este tipo de tratamento para o câncer, seja com a finalidade curativa ou paliativa, ainda permanece associada a um aumento de sintomas durante o tratamento, que pode resultar na piora da qualidade de vida durante o processo do cuidado, podendo

ser um reflexo dos efeitos colaterais debilitantes que ocorrem conforme o tratamento progride.¹

Tomando como foco o câncer de cabeça e pescoço, devido localização anatômica, observamos que a radioterapia pode ocasionar alterações significativas na alimentação, comunicação e interação social, gerando em alguns casos repercussões psicológicas importantes, seja para o próprio indivíduo quanto para seus familiares, refletindo em disfunção de sua vida diária. Além do mais, os efeitos tardios da radioterapia para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço são altamente prevalentes, repercutindo em impactos consideráveis na função de determinados órgãos e, como consequência, interferem no bem-estar do paciente por afetar sua saúde física, mental e social.²

Durante o contato com o agravamento do seu estado de saúde, o paciente sente a necessidade de ser cuidado, de continuar sendo importante e sentir-se valorizado tanto quanto era em seus dias em que gozava de pleno bem-estar físico. Assim, esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, humildade, respeito e empatia, expandindo as fronteiras tecnológicas do cuidado.³

Apesar da indiscutível importância do tratamento convencional para o câncer, atrelado com as inúmeras conquistas do avanço tecnológico da medicina, outras formas de cuidado não convencionais estão ganhando força e espaço entre os pacientes. Assim, a adoção de práticas que complementam o tratamento convencional tem se tornado cada vez mais populares, adotadas como estratégias terapêuticas complementares para o cuidado em saúde.

Quando compreendemos o que a ciência tem nos mostrados através de estudos, torna-se ainda mais evidente que as terapias cognitivo-comportamentais e de relação mente-corpo, frequentes em pacientes com câncer, sugerem relevante contribuição na diminuição do sofrimento psicológico geral e ansiedade. Estas terapias podem ocasionar a diminuição do uso de antidepressivos e ansiolíticos, além de redução da dor, insônia e sintomas desagradáveis relacionados ao tratamento, contribuindo para uma melhor atenção a estas práticas.⁴⁻⁶

Refletindo então sobre o que minha experiência como enfermeira atuante na área da oncologia me exemplificava diariamente ao observar o que diversos estudos já evidenciam, referente aos sintomas comprometedores da qualidade de vida que

pacientes com câncer de cabeça e pescoço apresentavam durante o tratamento radioterápico, tanto pela localização anatômica quanto pela complexidade do tratamento, questionava quais benefícios a intervenção terapêutica RIME poderia favorecer à estes pacientes que eu acompanhava na Unidade de Radioterapia.

Ao ingressar no Programa de Mestrado Acadêmico em “Saúde e Envelhecimento”, da Faculdade de Medicina de Marília, pude desenvolver uma pesquisa que analisasse os efeitos da RIME em relação aos pacientes submetidos ao tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço.

Como orientadores, contei com a participação do Dr. Gustavo Viani Arruda, médico radio oncologista atuante no período do desenvolvimento do estudo na Unidade de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – Famema. Também obtive o auxílio do Prof. Dr. Spencer Luiz Marques Payão, geneticista também vinculado à Famema. Para o desenvolvimento da pesquisa não houve financiamento.

Defendi minha dissertação na cidade de Marília, ano de 2015. Com muita honra, tive a presença da Profa. Dra. Ana Catarina Tavares de Araújo Elias na banca avaliadora, juntamente com o Prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa, enfermeiro e docente da Faculdade de Medicina de Marília.

Considerando então meus questionamentos a respeito dos efeitos que a radioterapia causava através de minha observação e diálogos com a equipe da Unidade, e questionando ainda como a intervenção terapêutica RIME poderia refletir no cuidado destes pacientes, uma vez que eu já tinha experiência com a intervenção em pesquisas desenvolvidas anteriormente a este estudo, também na área da Oncologia, elaboramos a seguinte questão norteadora para nosso estudo: “A RIME interfere nas principais toxicidades decorrentes do tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço e no nível de qualidade de vida destes pacientes?”.

OBJETIVO

Avaliar a eficácia da intervenção terapêutica RIME em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em relação ao estímulo de mudanças dos sintomas físicos e ao nível de qualidade de vida.

SUJEITOS E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília – Famema, sob o parecer nº 531.836 e segundo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), número 22938413.6.0000.5413.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Radioterapia da Oncoclínica do Hospital das Clínicas de Marília, da Faculdade de Medicina de Marília – Famema. Esta unidade é referência para mais de quarenta municípios, sendo responsável pelo fornecimento de serviços para uma população estimada em 1,3 milhões de habitantes.

Os pacientes são atendidos por uma equipe multiprofissional humanizada e com excelente competência técnica, onde lhes é ofertado ampla variedade de modalidades de tratamento radioterápico. Pacientes com câncer de cabeça e pescoço correspondem a em média 15% dos atendimentos do setor e são tratados com a técnica radioterápica de IMRT – *Intensity Modulated Radiotherapy* (Radioterapia de Intensidade Modulada), em aparelho de acelerador linear. Esta técnica de radioterapia externa utiliza altas doses de radiação no tumor alvo ao mesmo tempo em que diminui a exposição à radiação nos tecidos normais circundantes.⁷ Simplificando, isso quer dizer que a técnica procura diminuir a toxicidade do tratamento, também conhecida como efeitos colaterais, por haver menor incidência de radiação em estruturas diretamente relacionadas ao local do tumor.

Para atingir o objetivo da pesquisa, optamos por desenvolver um estudo clínico randomizado controlado, uma vez que este delineamento metodológico visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde e é considerado uma das ferramentas mais eficazes para a obtenção de evidências para a prática clínica.⁸

Uma primeira característica que descreve o estudo clínico randomizado é o recrutamento de um grupo comum, a partir de uma população de interesse. A seleção dos participantes deste estudo acontecia no início do tratamento no setor. Segundo protocolo adotado na Unidade de Radioterapia, o tempo total de duração do tratamento radioterápico para pacientes com câncer de cabeça e pescoço varia entre seis a sete semanas.

Os pacientes eram então convidados pessoalmente, no máximo até o terceiro dia do início do tratamento, a participarem do estudo e, mediante o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para eleger quem seriam as pessoas que participariam da pesquisa, os seguintes critérios foram considerados: idade igual ou superior a 18 anos; possuir diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço com indicação clínica para receber radioterapia externa independente do momento de evolução da doença, fosse essa com finalidade curativa, realizada juntamente à quimioterapia, exclusiva ou complementar à cirurgia. Pacientes que já tivessem realizado quimioterapia anteriormente ao estudo não foram selecionados, uma vez que este tratamento anterior poderia influenciar nos sintomas da radioterapia. Aqueles que estivessem em estado de confusão mental, seja devido senilidade, terapia medicamentosa ou por consequências do agravamento do estado de saúde, também foram excluídos, uma vez que isso os impossibilitaria de manter uma conversa lógica. Também foram desconsiderados da seleção os pacientes que apresentavam capacidade auditiva prejudicada e condições físicas desfavoráveis, pois assim não compreenderiam as instruções para realização da intervenção terapêutica RIME.

Nesse tipo de estudo, após a definição da população de interesse, ocorre a randomização dos participantes e alocação para os grupos, controle ou experimental. Tecnicamente, esse processo envolve determinar por sorteio a formação dos grupos, eliminando assim o viés de seleção ao desconsiderar a preferência dos participantes ou pesquisadores. Nesta pesquisa, a escolha aleatória, ou randomização, foi realizada através de sequência numérica gerada por programa de computador e aleatorização em blocos. Em relação à formação dos grupos, estimou-se que 20 pacientes participassem de cada grupo.

Na sequência, novo contato era realizado para informar ao sujeito da pesquisa para qual grupo ele havia sido sorteado. Neste momento, todos os participantes eram submetidos aos instrumentos de coleta de dados:

- **Questionário referente ao perfil:** instrumento desenvolvido pelos pesquisadores que buscou caracterizar a população estudada, de acordo com perguntas referentes ao sexo, idade, estado civil, número de filhos, religião, praticante da religião, nível de educação e profissão dos participantes.

- **Escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*):** escala que mensura o desempenho do paciente em cinco níveis de acordo com a atividade que o paciente realiza, variando de zero (completamente ativo e capaz de realizar todas as atividades sem restrições) a quatro (incapacidade completa, sem possibilidade de autocuidado e total confinamento ao leito ou à poltrona).⁹
- **Questionário EORTC-QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire “Core Module” 30 Items*):** criado pela Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) e validado no Brasil, esse questionário mensura a qualidade de vida global em 30 itens através de uma escala que avalia a qualidade de vida global, além de cinco escalas funcionais (funções física, emocional, cognitiva, social e de desempenho de papéis) e nove escalas e itens de avaliação de sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras decorrentes do tratamento e da doença). Os escores das escalas e das medidas variam de zero a 100, sendo que um alto valor do escore representa um alto nível de resposta, ou seja, se o escore obtido na escala funcional for alto, isso representa um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas pode representar um elevado nível de sintomatologia e efeitos colaterais.¹⁰
- **Questionário QLQ-H&N35 (*Quality of Life Questionnaire “Head and Neck Module” 35 Items*):** é um módulo específico do EORTC-QLQ-C30 que deve ser aplicado conjuntamente a este. Este questionário é destinado a pacientes que possuem neoplasias de cabeça e pescoço, nos mais variados estadiamentos e nas diferentes modalidades de tratamento e avalia sete domínios (dor, deglutição, sentidos, fala, comer social, contato social e sexualidade), além de possuir 11 itens específicos (problemas dentários, trismo, xerostomia, saliva espessa, tosse, mal estar, consumo de analgésicos, suplementos nutricionais, sonda para alimentação, perda e ganho de peso). O QLQ-H&N35 é constituído de 30 questões com quatro respostas possíveis tipo *Likert* de quatro pontos, além de cinco questões com respostas binárias do tipo sim ou não. A avaliação baseia-se em medidas de escores que variam de zero a 100, sendo que quanto maior o escore, maior a intensidade do item avaliado.¹⁰

Em relação aos instrumentos de coleta de dados desta pesquisa, vale ressaltar que todos estes instrumentos foram aplicados por profissionais de saúde capacitados, enfermeiras e médicos, atuantes na Unidade de Radioterapia no período do desenvolvimento do estudo, favorecendo maior neutralidade nas respostas. Os participantes responderam aos questionários EORTC-QLQ-C30 e EORTC-QLQ-H&N35 tanto no momento inicial quanto ao final da pesquisa. Os demais instrumentos (perfil dos sujeitos e ECOG) foram aplicados apenas no momento inicial.

Após terem sido informados a qual grupo pertenceriam e respondido aos instrumentos de coleta de dados, os participantes então agendavam as datas dos próximos encontros para que fosse dada a continuidade da coleta dos dados de acordo com as características dos grupos, controle ou experimental.

Considero importante afirmar que todos os sujeitos convidados aceitaram participar da pesquisa, não havendo recusas no momento dos convites. Apenas um sujeito solicitou sair do estudo, participante do grupo controle, pois o mesmo verbalizava que só desejava ser atendido por um médico específico da Unidade. Referente ao restante dos participantes, não houve desistências.

Durante todo o período do tratamento radioterápico e desenvolvimento da pesquisa, foram agendados encontros com a mesma periodicidade com os participantes de ambos os grupos, sem que os participantes fossem beneficiados ou prejudicados com mais ou menos encontros, respeitando sempre as preferências e possibilidades dos pacientes.

Grupo controle

Os participantes deste grupo receberam o tratamento suporte padrão exclusivo adotado na Unidade de Radioterapia da Oncoclínica do Hospital das Clínicas de Marília, para pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Este tratamento padrão inclui o acompanhamento dos pacientes durante todo o período em que realizam a radioterapia, através de consultas de orientações gerais e avaliações periódicas. Este acompanhamento é realizado semanalmente ou conforme a demanda, através de consultas de enfermagem e, se necessário, são encaminhados para avaliação médica.

Nos encontros iniciais, é mensurado o desempenho de cada paciente pela Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky – KPS, instrumento de avaliação muito utilizado em oncologia, onde os níveis de atividade estão graduados de acordo com a capacidade funcional. Nas consultas de avaliações subsequentes, o peso é medido, além do monitoramento e graduação das toxicidades frequentes ao tratamento (também conhecidos como os efeitos adversos provocados pela radiação aguda que ocorre durante a radioterapia).

As graduações para as toxicidades variam de zero a quatro em grau crescente de nocividade, de acordo com a classificação dos Critérios Comuns de Toxicidade – *Common Toxicity Criteria* (CTC), criados pelo Instituto Nacional do Câncer – *National Cancer Institute* (NCI) em conjunto com representantes do *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG). Segundo o CTC 2.0, os eventos adversos mais frequentes durante o tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço são: dor devido à radiação, disfagia faríngea (dificuldade de deglutição) relacionada à radiação, mucosite (inflamação da mucosa) devido à radiação, xerostomia (secura na boca), disgeusia (alteração do paladar), rouquidão, radiodermite (dermatite por radiação) e alterações de pigmentação.¹¹

Assim, o tratamento suporte padrão nesta Unidade de Radioterapia é caracterizado por periódicas avaliações profissionais específicas, onde as seguintes intervenções são adotadas de acordo com a necessidade de cada paciente:

- Medicações sequenciais à Escada Analgésica proposta pela OMS para o controle da dor (analgésicos comuns, opióides e adjuvantes);
- Antifúngicos para o tratamento da mucosite com presença de monilíase;
- Corticosteróides tópicos e cicatrizantes para o tratamento de radiodermite;
- Antidiarreicos para pacientes que apresentam diarreia devido à quimioterapia;
- Antieméticos para pacientes que apresentam náusea/êmese devido à quimioterapia;
- Passagem de sonda nasogástrica para pacientes com perda superior a 10% do peso durante o tratamento;
- Granuloquine (fator estimulador de colônia) para pacientes com leucopenia (leucócitos < 3000/mm³) em vigência de quimioterapia;
- Transfusão de sangue para pacientes com hemoglobina < 10g/dl.

Nos casos onde não há resposta ao tratamento suporte padrão, a radioterapia e/ou quimioterapia podem ser suspensas até a melhora dos parâmetros clínicos. Além do tratamento medicamentoso, todos os pacientes são encaminhados ao serviço de nutrição ou psicologia, de acordo com a demanda.

Grupo experimental

Os participantes deste grupo receberam o tratamento suporte padrão exclusivo adotado na Unidade de Radioterapia para pacientes com câncer de cabeça e pescoço associado à realização da intervenção terapêutica RIME.

O número de aplicações da intervenção terapêutica RIME ocorreu, inicialmente, a cada dez frações de radioterapia. Entretanto, verificou-se que este intervalo, que acontecia em média a cada quinze dias, pudesse diminuir a efetividade da sequência das aplicações.

Após reajuste da frequência, optou-se pela realização semanal da intervenção RIME, respeitando, contudo, as necessidades de cada sujeito. Sendo assim, os números das sessões não foram determinados, uma vez que o referencial teórico permite que a aplicação da intervenção terapêutica suceda de acordo com o desejo e possibilidades dos pacientes.¹²⁻¹³

Os sujeitos deste grupo eram então convidados, no período em que já permaneciam na Unidade para o tratamento, a realizar a RIME, durante em média 20 minutos, associada ao tratamento de suporte padrão. As sessões foram realizadas em uma sala que fica dentro da própria Unidade. Um consultório gentilmente cedido por um médico, colega de trabalho.

A equipe de saúde presente na Unidade era informada da realização da coleta de dados, para evitar interferências externas, exceto urgência. Entretanto, não ocorreram interrupções que pudessem prejudicar o desenvolvimento da intervenção.

Vale ressaltar que como a aplicação da RIME exige aprofundamento do conhecimento dos elementos presentes e preparo para a aplicação, para o desenvolvimento deste estudo, realizei dois cursos de capacitação sistematizados com a Profa. Dra. Ana Catarina.

Ao final da realização da coleta dos dados, as características do perfil dos sujeitos, do tratamento e de seus efeitos colaterais, assim como a qualidade de vida, foram comparadas entre cada grupo. A análise estatística descritiva para as variáveis dicotômicas foi realizada através de proporções (%). Já para as variáveis contínuas foram calculadas as médias, assim como os desvios padrões. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS versão 20.0. O teste de Mann-Whitney e o teste exato de Fisher foram utilizados, sendo considerado como valores significativos $p < 0,05$.

Gostaria de compartilhar de forma breve, nas próximas páginas, algumas de minhas considerações pessoais referentes à coleta dos dados durante o desenvolvimento do estudo.

Ao final de algumas aplicações da intervenção terapêutica, descrevi registros pessoais dos comentários dos pacientes e as impressões acerca de suas atitudes. Estes registros não eram parte do estudo, mas optei por realizá-los para melhor identificar os efeitos da RIME. Além disso, como enfermeira da Unidade, certos momentos eram vivenciados com intensidade pelos pacientes e, em consultas de rotina futuras, poderiam ser questionados pelos familiares ou até pelos demais profissionais da Unidade. Pude observar desde momentos de profundo silêncio ao final da aplicação da RIME, que algumas vezes vinham acompanhados por lágrimas, porém sem atitudes ansiosas ou angustiadas, até questionamentos sobre o que esta intervenção poderia resultar no tratamento. Nestes momentos, mantinha uma postura acolhedora e sempre que pertinente, reorientava sobre os objetivos do estudo.

Ser enfermeira da Unidade e em determinadas situações trabalhar sendo a única profissional desta categoria não possibilitou, em alguns momentos, o envolvimento necessário para o desenvolvimento do estudo, que requer tranquilidade e concentração para ser executado com qualidade. Talvez a estrutura como o serviço de saúde público está hoje organizada, com falta de recursos humanos, faz parte de um dos fatores que considero limitantes para a realização de uma intervenção terapêutica como a RIME.

Em momento algum, os sujeitos da RIME relataram não terem se familiarizado com a técnica ou não se sentirem confortáveis com a mesma. Ao contrário, a maioria dos encontros foi pautada em elogios e em respostas positivas de bem estar com a intervenção. No entanto, acredito que uma das dificuldades de aplicação da intervenção, relacionada à indisponibilidade de tempo para que os pacientes permaneçam na Unidade

por mais tempo além daquele onde o tratamento está sendo realizado, ocorreu devido à dificuldade com transporte das cidades abrangentes, uma vez que vários municípios ao redor disponibilizam de recursos escassos, tornando inviável em determinadas situações, permitir que o paciente permaneça mais tempo na Unidade sem que ele perca horas após aguardando um novo transporte para retornar a sua cidade. Além do mais, em determinados momentos alguns acompanhantes menosprezaram a relevância da intervenção, sugerindo que a mesma fosse realizada em menor tempo para serem liberados da Unidade o quanto antes.

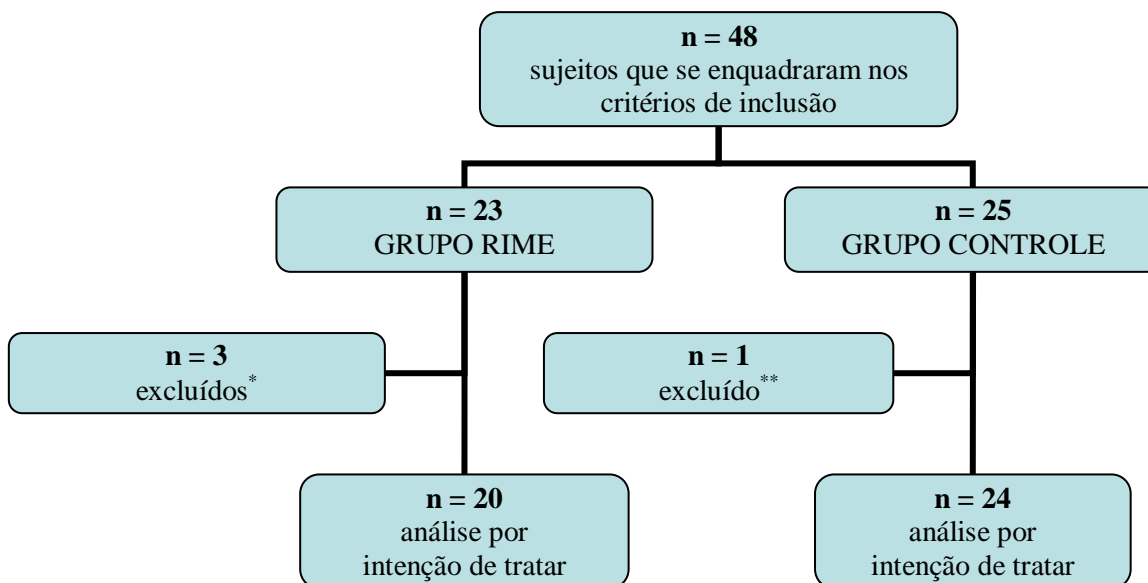
Referente ainda à barreira pautada na falta de recursos tecnológicos disponibilizados pelo governo, que atenda a demanda, vale considerar que para muitos pacientes com câncer, permanecer longas horas aguardando o tratamento é algo que traz intenso cansaço mental. Como consequência, alguns sujeitos não realizaram a RIME semanalmente, apontando ser grande o desgaste da espera.

Apesar de todos os empecilhos, de escassez de recursos humanos e físicos, é de extrema gratificação observar a reação dos pacientes após a realização da intervenção. Muitos agradeceram pelo reconhecimento em ter profissionais que se importavam não apenas com os sinais e sintomas que poderiam apresentar no tratamento. Consequência disso foi o fortalecimento do vínculo com alguns pacientes que pude observar.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

O período da coleta dos dados iniciou em Outubro de 2013 e foi concluída em Novembro de 2014. A figura a seguir demonstra como ocorreu a participação dos sujeitos na pesquisa, considerando o número inicial de pacientes convidados, as divisões entre os grupos e os que concluíram o estudo.

Figura 1 – Participação dos sujeitos na pesquisa. Marília/SP, 2014.



(*) As exclusões dos sujeitos ocorreram devido: abandono do tratamento radioterápico; hipotensão postural durante o tratamento, sendo inviável a realização de sessões de RIME; paciente se apresentava alcoolizado no momento do tratamento.

(**) A exclusão do sujeito ocorreu devido à resistência do paciente em não querer que todas as consultas fossem realizadas com um médico específico da equipe.

OBS: Durante a realização do estudo, um sujeito do grupo RIME e um sujeito do grupo controle vieram a óbito. Seus dados foram analisados, considerando as respostas até o momento de suas participações.

A análise do questionário do perfil dos pacientes demonstrou homogeneidade entre os grupos, sendo que a maioria, em ambos os grupos, eram do sexo masculino. A média da idade foi acima de 57 anos no grupo RIME e acima de 63 anos no grupo controle. No grupo RIME a maioria dos participantes eram casados, diferentemente do grupo controle. A média do número de filhos foi superior a dois e todos os sujeitos eram profissionais liberais.

Apesar de a religião Católica Apostólica Romana ter sido a mais prevalente entre os participantes dos dois grupos, a minoria dos pacientes do grupo RIME se consideravam praticantes da religião e, mesmo que não tenha havido diferença significativa do fato com o grupo controle, pode-se sugerir que independente da pessoa exercer a sistematização de sua religião, é possível desenvolver sua espiritualidade permitindo significativas transformações interiores.

A análise dos dados também demonstra que os grupos foram homogêneos em relação à técnica de radioterapia (todos realizaram a mesma técnica de IMRT), número

de frações e dose de radioterapia (os participantes de ambos os grupos cumpriram entre 32 a 35 sessões de tratamento), a maioria de ambos os grupos realizaram quimioterapia concomitante, performance KPS inicial (demonstrando que a maioria dos sujeitos encontrava-se completamente ativo e capaz de realizar todas as atividades sem restrições) e peso inicial dos sujeitos sem diferença significativa.

Ao analisarmos as toxicidades, ou seja, os efeitos nocivos causados pelo tratamento radioterápico, os dados apontaram que não houve diferença significativa entre o grau de toxicidade dos principais sintomas presentes durante o tratamento entre os grupos. Isso quer dizer que as alterações fisiológicas ocorreram com a mesma intensidade nos participantes, independente da realização da intervenção terapêutica RIME.

É de fundamental importância acompanhar a sintomatologia apresentada pelos pacientes durante o tratamento radioterápico, já que o reconhecimento e a graduação das toxicidades são essenciais para a monitorização do quadro clínico e escolha de intervenções. Algumas toxicidades tardias induzidas por tratamento radioterápico, como por exemplo, a dificuldade de deglutição e a secura na boca, tem um impacto significativo sobre as dimensões que compõem a qualidade de vida relacionada à saúde.²

Apesar das alterações fisiológicas terem sido as mesmas entre os grupos, o resultado seguinte sugere importante reflexão: durante o período da coleta de dados, as prevalências do uso de medicamentos analgésicos comuns (dipirona, paracetamol) e opióides (tramadol, codeína, morfina) foram significativamente menores nos participantes que realizaram a RIME em relação ao grupo controle. Ou seja, mesmo que o efeito nocivo causado pela radioterapia aguda estivesse presente, o consumo de medicações para dor foi significativamente menor nos participantes que realizaram a RIME, além deste grupo também ter apontado menor dor ao final do tratamento.

Estes achados demonstram que a intervenção pode reduzir a frequência de queixas e melhorar a aceitação do processo que enfrentam, refletindo, inclusive, no modo como sentem a dor física. Retomando o conceito de dor total exposto por Cicely Saunders de que é possível que outras dimensões não físicas estejam atreladas ao estímulo fisiológico doloroso, ainda que a dor esteja sob controle com o uso contínuo de medicações, é provável que esta integração interfira diretamente no modo como as

peças verbalizam e percebem suas dores.¹⁴ Os resultados do presente estudo vão de consonância à pesquisas anteriores realizadas com a intervenção terapêutica, onde pacientes com câncer que também tiveram a intensidade de suas dores avaliadas, demonstraram redução após a aplicação da RIME, possibilitando ainda aos sujeitos facilidade de aceitação do processo que enfrentam, atribuindo novo sentido à sua dor espiritual, por compreendê-los como seres biopsicossociais e espirituais, ultrapassando puramente questões biológicas através de transformações criativas intrapsíquicas e interpessoais.¹⁵⁻¹⁶

Assim, além dos tratamentos farmacológicos para o manejo da dor, o uso de terapias complementares e alternativas, que integre a multidimensionalidade do ser em relação mente-corpo, está sendo cada vez mais adotadas por pacientes que realizam tratamento oncológico e que buscam reduzir seus sofrimentos, amenizando suas dores e proporcionando maior qualidade de vida.¹⁷⁻¹⁸

Outro interessante achado do estudo demonstrou que os pacientes que realizaram a intervenção terapêutica apresentaram significativa menor redução de peso ao término do tratamento. Aqui, considero a hipótese de que a RIME, ao encorajar medidas pró ativas, estimulou maior esforço interno para o cuidado nutricional mesmo durante o difícil processo do tratamento onde a redução do peso torna-se inevitável, uma vez que as alterações fisiológicas comuns na radioterapia podem dificultar a alimentação, repercutindo em uma nutrição mais equilibrada com mais apetite e conseqüente menor redução do peso corpóreo. Até mesmo porque, a facilidade de tomar medidas pró ativas de cuidado à saúde está diretamente relacionada a níveis mais baixos de dificuldade de enfrentamento das adversidades. Assim, quanto mais o indivíduo tem uma visão otimista do seu atual momento, mais ele irá agir em benefício próprio de seu cuidado.¹⁹

Concluindo a análise dos instrumentos de coleta de dados, encontram-se os questionários que avaliam a qualidade de vida. Em relação ao momento inicial da pesquisa, ambos os grupos, RIME e controle, foram homogêneos quanto aos questionários EORTC-QLQ-C30 e EORTC-QLQ-H&N35, demonstrando que todos os participantes tinham os mesmos níveis de qualidade de vida no início da radioterapia. Entretanto, na avaliação destes instrumentos ao final do estudo, houve diferenças entre os grupos.

O questionário EORTC-QLQ-C30, que avalia a qualidade de vida global, apontou nas escalas de função física, desempenho de papéis, função emocional, função cognitiva, fadiga, náusea/vômito, dor e falta de apetite, melhores resultados entre os sujeitos do grupo RIME em relação aos do grupo controle, com diferenças significativas após análise. Considerando a forma como a pontuação desta escala é analisada, objetivamente estes resultados querem dizer que os pacientes que realizaram a RIME, em comparação aos participantes que não realizaram a intervenção terapêutica, apresentaram ao final do estudo melhor desempenho de papéis e melhores funções física, emocional e cognitiva, além de menos náuseas/vômitos, menor fadiga, dor e falta de apetite.

Já na avaliação de qualidade de vida específica em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, avaliadas no questionário EORTC-QLQ-H&N35, ao final do estudo as escalas dor, problemas nos sentidos, problemas com comer social, menos sexualidade, trismo, saliva espessa, tosse, mal-estar e consumo de analgésicos, apresentaram diferenças significativas entre os grupos, compreendendo que no grupo onde foi realizada a RIME os sujeitos tiveram maior pontuação nesses domínios. Ou seja, os participantes que realizaram a intervenção terapêutica apresentaram dor e consumo de analgésicos reduzidos, menores problemas em se alimentarem na frente das pessoas e menor contração da mandíbula, a saliva ficou menos espessa, tossiram menos e se sentiram melhores em relação aos sentidos, bem-estar e sexualidade.

Ao observar os resultados destes dois questionários, penso que a presença do otimismo sugerido durante a RIME, onde a pessoa experimenta uma visão mais positiva do que a que está vivendo em seu atual momento, pode ser essencial no nível de sua qualidade de vida. Definido como uma variável individual que reflete o grau que as pessoas têm sobre expectativas favoráveis generalizadas em relação ao futuro, o otimismo está associado não apenas com o bem-estar geral, mas também com a saúde física e mental,¹⁹ algo que vai de encontro aos dados deste estudo, uma vez que o grupo que realizou a RIME obteve melhor função física, emocional e cognitiva, além de melhor sensação de bem estar.

Além das afirmativas de otimismo que encorajavam os participantes a ter um novo olhar sobre o momento vivenciado, a prática de produzir imagens mentais positivas em relação a momentos futuros também estaria associada a resultados

benéficos com a realização da intervenção terapêutica. Como consequência, quanto mais o indivíduo produzir imagens mentais que favoreçam sensações positivas sobre fatos futuros, como acontece durante a orientação da RIME, maior será seu bem-estar físico e mental e melhor adaptação do processo que está enfrentando.¹⁹⁻²⁰ Este é mais um fato que pode justificar os dados encontrados no grupo RIME, onde além das melhoras das funções, houve menor fadiga e menos problemas com comer social, sugerindo que o paciente que realiza a intervenção terapêutica se sinta mais à vontade entre a sociedade por apresentar maior bem estar e melhor adaptação de sua situação.

Entre as reflexões dos benefícios que a RIME proporcionou na qualidade de vida apontada no estudo, encontro a relação da mentalização da vivência em ambientes vinculados à natureza e apreciação de paisagens com os efeitos fisiológicos benéficos. Estar em contato com a natureza pode trazer benefícios à saúde como, por exemplo, reduzir a frequência cardíaca, possibilitar a melhora do humor e diminuir sentimentos negativos e de ansiedade.²¹ Indo ainda mais além, este contato sugere o aumento da expressão de proteínas intracelulares anticancerígenas e aumento da atividade e número de células *natural killer*, responsáveis pela defesa do organismo.²²⁻²³

Assim, seguir a orientação feita durante a RIME, de manter contato com a natureza em ambientes tranquilos com belas paisagens agradáveis, é uma forma de a pessoa entrar em contato com sua dimensão espiritual e que pode, ainda, favorecer inúmeras mudanças relacionadas à saúde, mesmo que em um difícil processo de enfrentamento do câncer e dos efeitos do tratamento.

Expressivamente mais abrangente do que o indivíduo possuir ou não crenças religiosas, a espiritualidade é algo que o auxilia na busca de sentido e novos significados em sua vida. Assim, muitos pacientes com câncer podem expressar as necessidades de amor, propósito, significado e transcendência, que merecem ser reconhecidos por profissionais interessados no cuidado total. Entretanto, vivemos em uma realidade onde muitos profissionais de saúde não dispõem de tempo necessário e habilidades de comunicação desenvolvidas para identificar e discutir questões espirituais com os pacientes e seus cuidadores.²⁴

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que os participantes que realizaram a RIME apresentaram menor uso de medicamentos analgésicos comuns e opióides devido menor dor e menor redução de peso, além de melhora significativa na maioria dos domínios das escalas de qualidade de vida, geral e específica, ao final do tratamento radioterápico. Estes achados foram demonstrados no grupo que realizou a intervenção terapêutica, independente da incidência da toxicidade decorrente da radioterapia.

Como enfermeira de uma unidade radioterápica durante a aplicação deste estudo, acredito que não seria justo de minha parte deixar de apontar o fato de vivenciarmos uma grande necessidade de compreender a importância em cuidarmos não apenas da dimensão biológica e olhar unidirecionalmente os sintomas decorrentes do tratamento ou a progressão da doença. Os resultados que este estudo demonstrou no grupo dos participantes que realizaram a RIME sugerem que o desenvolvimento da espiritualidade e a atribuição de novos significados do que vivenciam pode ser favorável durante o processo de cuidado à saúde, refletindo significativamente na qualidade de vida.

Além dos resultados mensurados neste estudo, acredito que os benefícios foram além daqueles observados com as respostas dos pacientes. Desde a equipe de saúde atuante na Unidade de Radioterapia, até os profissionais vinculados à Instituição onde o estudo foi desenvolvido, que em algum momento tiveram aproximação com a pesquisa, fosse durante o desenvolvimento da coleta dos dados ou no momento da banca avaliadora da defesa deste mestrado, puderam vivenciar uma realidade diferente da atual na maioria das instituições de saúde ao observarem a aplicação de uma intervenção terapêutica que aborda aspectos muito além do cuidado biológico.

Entretanto, ao final do estudo, mesmo com todas as barreiras encontradas para a operacionalização da coleta dos dados e desenvolvimento das sessões de RIME, os resultados demonstrados estimularam novos questionamentos a respeito da organização atual dos serviços de saúde e das possibilidades de mudança para um novo paradigma que compreenda a ciência envolvida em terapias que complementem as técnicas atualmente oferecidas, permitindo um cuidado além do físico ao integrar a

multidimensionalidade que envolve a trajetória das pessoas ao vivenciarem um difícil processo de doença como o câncer.

O ser humano tem a forte necessidade de encontrar respostas aos seus questionamentos em relação à confiabilidade daquilo que não se vê. O papel dos estudiosos que buscam compreender o impacto de crenças e práticas religiosas e espirituais sobre a saúde, seja através de forma agravante ou como fator protetor, é favorecer uma mudança de paradigma ao incluir tais questões como parte da ciência através da compreensão de que estas vivências e questionamentos existenciais estejam em constante afinidade com as manifestações do organismo. Não se trata de questão individual ou exclusiva, mas de interação de aspectos subjetivos à dimensão física do ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Kelly C, Paleri V, Downs C, Shah R. Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007 Jan;136(1):108-11.
2. Langendijk JA, Doornaert P, Verdonck-de Leeuw IM, Leemans CR, Aaronson NK, Slotman BJ. Impact of late treatment-related toxicity on quality of life among patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *J Clin Oncol.* 2008 Aug;26(22):377-6.
3. Silva MJP, Araújo MMT. Comunicação em cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 49-57.
4. Samano EST, Goldenstein PT, Ribeiro LM, Lewin F, Valesin Filho ES, Soares HP, et al. Praying correlates with higher quality of life: results from a survey on complementary/alternative medicine use among a group of Brazilian cancer. *São Paulo Med J.* 2004 Mar;122(2):60-3.
5. Nakamura Y, Lipschitz DL, Kuhn R, Kinney AY, Donaldson GW. Investigating efficacy of two brief mind-body intervention programs for managing sleep disturbance in cancer survivors: a pilot randomized controlled trial. *J Cancer Surviv.* 2013 Jun;7(2):165-82.
6. Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract.* 2012 Jul;18(4):233-52.

7. Leibel SA, Fuks Z, Zelefsky MJ, Wolden SL, Rosenzweig KE, Alektiar KM, et al. Intensity-modulated radiotherapy. *Cancer J*. 2002 Mar-Apr;8(2):164-76.
8. Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2009;42(1):3-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
10. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993 Mar;85(5):365-76.
11. Saad ED, Hoff PM, Carnelós RP, Rosiléa P, Katz A, Novis YAS, Pietrocola M, et al. Critérios comuns de toxicidade do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. *Rev Bras Cancerol*. Jan-Mar 2002;48(1):63-96.
12. Elias ACA. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para resignificar a dor espiritual de pacientes terminais [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
13. Elias ACA. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na resignificação da dor simbólica da morte de pacientes terminais [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
14. Saunders C. Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. London: Edward Arnold; 1991.
15. Araújo Elias AC, Giglio JS, Mattos Pimenta CA, El-Dash LG. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients: a training program. *ScientificWorldJournal*. 2006;6:2158-69.
16. Elias AC, Ricci MD, Rodriguez LH, Pinto SD, Giglio JS, Baracat EC. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). *Complement Ther Clin Pract*. 2015 Feb;21(1):1-6.
17. Graner KM, Costa Junior AL, Rolim GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas Psicol*. 2010;18(2):345-55.
18. Jaconodino CB, Ameostoy SC, Thofehrn MB. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enferm* 2008 Jan/Mar;13(1):61-6.

19. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev.* 2010 Nov;30(7):879-89.
20. Blackwell SE, Rius-Ottenheim N, Schulte-van Maaren YW, Carlier IV, Middelkoop VD, Zitman FG et al. Optimism and mental imagery: a possible cognitive marker to promote well-being? *Psychiatry Res.* 2013 Mar;206(1):56-61.
21. Song C, Joung D, Ikei H, Igarashi M, Aga M, Park BJ. Physiological and psychological effects of walking on young males in urban parks in winter. *J Physiol Anthropol.* 2013 Oct;32(1):18.
22. Li Q, Morimoto K, Kobayashi M, Inagaki H, Katsumata M, Hirata Y, et al. Visiting a forest, but not a city, increases human natural killer activity and expression of anti-cancer proteins. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2008 Jan-Mar;21(1):117-27.
23. Li Q, Kobayashi M, Inagaki H, Hirata Y, Li YJ, Hirata K, et al. A day trip to a forest park increases human natural killer activity and the expression of anti-cancer proteins in male subjects. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2010 Apr-Jun;24(2):157-65.
24. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med.* 2004 Jan;18(1):39-45.