

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

Lais Reis Siqueira

Relaxamento com visualização guiada: efeito sobre a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico

Alfenas/MG

2020

Lais Reis Siqueira

Relaxamento com visualização guiada: efeito sobre a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Linha de Pesquisa: O Processo do Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Namie Okino Sawada.

Coorientadora: Zélia Marilda Rodrigues Resck.

Alfenas/MG
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca campus Poços de Caldas

Siqueira, Lais Reis.
S618r Relaxamento com visualização guiada: efeito sobre a fadiga e
qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de
mama em tratamento radioterápico / Lais Reis Siqueira. -- Alfenas/MG,
2020.
113 f. –

Orientador(a): Namie Okino Sawada.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal
de Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Neoplasias da Mama. 2. Qualidade de Vida. 3. Relaxamento.
4. Radioterapia. 5. Enfermagem. I. Sawada, Namie Okino. II. Título.

CDD – 616.99449

LAIS REIS SIQUEIRA

RELAXAMENTO COM VISUALIZAÇÃO GUIADA: EFEITO SOBRE A FADIGA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 30 de novembro de 2020

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi
Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Ana Claudia Mesquita Garcia
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 30/11/2020, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Mesquita Garcia, Professor do Magistério Superior**, em 30/11/2020, às 15:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Cristina Nicolussi, Usuário Externo**, em 30/11/2020, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0405424** e o código CRC **7A20388D**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser meu sustento durante todo esse processo, pelas oportunidades que conquistei, por ser meu alicerce nos momentos mais difíceis e meu alicerce diário.

Aos meus pais, que tanto me apoiaram em minhas decisões, que estiveram sempre ao meu lado me ajudando e consolando em todos os momentos que precisei, palavras nunca seriam o suficiente para agradecer-los.

Ao meu parceiro de todas as horas Marcos Vinícius, pelo seu amor, paciência, por toda ajuda em todos os momentos que precisei, em todas as questões, por ser minha calma e meu incentivo diário.

Especialmente a minha orientadora Profa. Dra. Namie Okino Sawada. Agradeço imensamente por todo o conhecimento transmitido e incentivo de sempre. Deus foi muito maravilhoso quanto te colocou em meu caminho como orientadora, pois a insegurança de iniciar um mestrado sempre foi algo desafiador para mim, mas a caminhada se tornou mais leve com toda a sua sabedoria e calma.

A minha coorientadora Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck, que também sempre foi fonte de paz, fé e incentivo, contribuiu para que essa jornada e esses momentos finais se tornassem mais leves.

Aos membros da minha banca examinadora, Profa. Dra. Adriana Cristina Nicolussi e Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia, por aceitarem o convite e pelas contribuições para a realização deste estudo.

As Professoras Doutoras Silvana Maria Coelho Leite Fava e Eliza Maria Rezende Dázio, por sempre me acompanharem durante a graduação e que foram minha inspiração para iniciar o mestrado.

Ao Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, por me orientar sobre os testes a serem realizados.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas por contribuírem com minha formação ao longo das disciplinas cursadas.

As minhas amigas especiais do mestrado Alice e Sterline, pela amizade, apoio, companheirismo e incentivo, vocês foram fundamentais para que essa caminhada se tornasse mais leve.

Aos meus colegas/amigos do mestrado, especialmente Bianca, Mariane, que sempre contribuíram, em relação as minhas dúvidas com o mestrado e até mesmo relacionadas à dissertação.

A Santa Casa de Alfenas, especialmente ao setor de radioterapia por ter me acolhido, me ajudado, sou grata a todos os integrantes da equipe, que me cederam o espaço, me confiaram o papel de pesquisadora, encaminhando e incentivando as pacientes a participarem da

pesquisa.

As Pacientes deste estudo, obrigada por terem aceito participar, vocês me ensinaram muito, que Deus projeta e ampare cada uma de vocês, levarei todas em meu coração e em minhas orações.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram e estiveram presentes para a conclusão de mais essa etapa de minha vida. Deus abençoe cada um de vocês.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

O câncer de mama ocupa uma das primeiras posições das neoplasias malignas em mulheres. Dentre os tipos de tratamento para este câncer está a radioterapia. Apesar de ser um método seguro, traz diversos efeitos colaterais que prejudicam a qualidade de vida relacionada à saúde, sendo a fadiga um dos sintomas mais recorrentes e debilitantes. As práticas integrativas e complementares são amplamente utilizadas em pacientes com câncer, dentre estas, o relaxamento com visualização guiada, aplicado com intuito de reduzir efeitos colaterais. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da intervenção Relaxamento com Visualização Guiada, na redução da fadiga e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. Pesquisa quantitativa, quase-experimental, sem grupo controle, do tipo pré e pós-teste, realizada com 25 mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. A prática de relaxamento com visualização guiada consiste em uma gravação de áudio contendo comandos verbais, os quais guiavam a paciente para a realização da prática, sendo aplicada pela pesquisadora do estudo em ambiente tranquilo, individualmente, por três vezes na semana durante todo o tratamento radioterápico. Foram aplicados o questionário sociodemográfico e clínico terapêutico no início do tratamento e o instrumento de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (EORTC QLQ-C30) e a Escala de Fadiga de Piper-Revisada no início, no meio e final do tratamento. Para a escala de Piper-Revisada foi realizada uma classificação segundo as categorias ordinais e o teste-t para comparação entre a 1ª avaliação (T1), 2ª avaliação (T2) e 3ª avaliação (T3). O teste de Wilcoxon, foi utilizado para as variáveis do instrumento EORTC QLC-C30 e para avaliação dos parâmetros fisiológicos, comparando os três tempos. Para associação das variáveis sociodemográficas e clínicas terapêuticas com o instrumento EORTC QLQ-C30 e com a escala de Fadiga de Piper-Revisada, foram utilizados os testes de Kruskal Wallis e Mann Whitney. A maioria das pacientes se encontravam na faixa etária de 41-60 anos, com bom nível de escolaridade, aposentadas, católicas, brancas, casadas em estadiamento IIA. Foi demonstrada redução da intensidade da fadiga em todas as dimensões: comportamental, afetiva e sensorial/psicológica. Os escores do EORTC QLC-C30 relacionados às escalas funcionais, apresentaram melhora ao longo do tratamento. Para a escala de sintomas os prevalentes foram insônia, constipação e fadiga. Os parâmetros fisiológicos apresentaram redução dos valores entre as avaliações, indicando um relaxamento fisiológico após as sessões de relaxamento. Ser mulher mais jovem, ter realizado quimioterapia e número de sessões de quimioterapia, se associam com maior nível de fadiga e piores escores para qualidade de vida relacionada à saúde. O relaxamento com visualização é uma prática complementar de baixo custo por utilizar poucos recursos tecnológicos, com baixa ocorrência de efeitos colaterais e que pode ser aplicada por profissionais treinados, favorecendo o vínculo profissional-enfermeiro. Assim essa pesquisa contribuiu para o avanço do conhecimento na área das Prática Integrativas e Complementares em Oncologia, disponibilizando evidências de sua efetividade na redução

da fadiga e na melhora da QVRS de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

Palavras-chave: Câncer de mama. Fadiga. Qualidade de vida relacionada à saúde. Relaxamento com visualização guiada. Radioterapia.

ABSTRACT

Breast cancer occupies one of the first positions of malignant neoplasms in women. Among the types of treatment for such cancer is radiotherapy. Although it is a safe method, it has several side effects that impair health-related quality of life, with fatigue being one of the most debilitating and recurrent symptoms. Integrative and complementary practices are widely used in patients with cancer, among these, relaxation with assisted visualization, performed in order to reduce side effects. The present study has aimed at evaluating the effectiveness of the Relaxation with Assisted Visualization intervention, in reducing fatigue and improving health-related quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. Quantitative, quasi-experimental research, without a control group, with pre and post-test types, has been carried out with 25 women with breast cancer undergoing radiotherapy treatment. The practice of relaxation with assisted visualization consists of an audio recording containing verbal commands, so as to guide the patient to carry out the practice, performed by the study researcher individually, in a quiet environment, three times a week during the entire radiotherapy treatment. The therapeutic sociodemographic and clinical questionnaires at the beginning of treatment and the Health Related Quality of Life instrument (EORTC QLQ-C30) and the Revised Piper Fatigue Scale had been done at the beginning, in the middle and at the end of the treatment. For the Piper-Revised scale, a classification has been made in accordance with the ordinal categories and the t-test for comparison amongst the 1st (T1), the 2nd (T2) and the 3rd evaluations (T3). The Wilcoxon test has been used for the variables of the EORTC QLC-C30 tool and for the assessment of physiological parameters, comparing the three instances. For the association of sociodemographic and therapeutic clinical variables with the EORTC QLQ-C30 tool and the Piper-Revised Fatigue scale, the Kruskal Wallis and Mann Whitney tests have been used. Most patients were aged 41-60 years, with a good level of education, retired, catholic, white, married, in IIA staging. A reduction in the intensity of fatigue has been shown in all dimensions: behavioral, affective and sensory/ psychological. The EORTC QLC-C30 scores related to the functional scales have presented improvement throughout the treatment. The prevalent symptoms for the symptom scale were insomnia, constipation and fatigue. The physiological parameters have shown a reduction in the values among the evaluations, indicating a physiological relaxation after the relaxing sessions. Being a younger woman, having undergone chemotherapy and the number of chemotherapy sessions, are associated with a higher level of fatigue and worse scores for health-related quality of life. Relaxation with visualization is a low-cost complementary practice because it uses few technological resources with a low occurrence of side effects, and it can be performed by trained professionals, favoring the professional-nurse bonding. Thus, the present research has contributed to the advancement of the knowledge in the area of Integrative and Complementary Practices in Oncology, providing evidence of their

effectiveness in reducing fatigue and improving the HRQoL of women with breast cancer undergoing radiotherapy.

Keywords: Breast cancer. Fatigue. Quality of life. Relaxation. Guided imagery. Radiotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo corpo-mente do desenvolvimento do câncer	31
Figura 2 – Modelo corpo-mente de recuperação	32
Figura 3 – Fluxograma de rastreamento da amostra	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estadiamento das Neoplasias da mama por meio do sistema TNM (UICC/ AJCC)	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Escala de Avaliação de Readaptação Social	30
Tabela 2 – Frequência e percentagem das características sócio demográficas da amostra, Alfenas, 2019-2020	47
Tabela 3 – Frequência e percentual das características clínicas – terapêuticas da amostra, Alfenas, 2019-2020	49
Tabela 4 – Classificação de fadiga segundo as categorias ordinais pela Escala de Piper na 1ª avaliação (T_1), 2ª avaliação (T_2) e 3ª avaliação (T_3), Alfenas, 2019-2020	50
Tabela 5 – Escores de classificação da fadiga segundo intensidade de modo contínuo e dimensões do instrumento de Fadiga de Piper-Revisada nos tempos de T_1 (baseline) T_2 (meio) e T_3 (final), Alfenas, 2019-2020	51
Tabela 6 – Teste-t do instrumento de Fadiga de Piper-Revisada, para comparação da fadiga nos três tempos de avaliação, Alfenas 2019-2020	51
Tabela 7 – Média (μ) e desvio padrão (Dp) das escalas do instrumento QLQ-C30, nos três tempos de avaliação, T_1 (baseline) T_2 (meio) e T_3 (final), Alfenas, 2019-2020	52
Tabela 8 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_1 \times T_2$), Alfenas, 2019-2020	53
Tabela 9 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_2 \times T_3$), Alfenas, 2019-2020	54
Tabela 10 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_1 \times T_3$), Alfenas, 2019-2020	55
Tabela 11 – Comparação dos Parâmetros Fisiológicos: Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Saturação de Oxigênio ($SaPO_2$), antes e após a PIC - Relaxamento e Visualização Guiada para cada um dos três momentos do estudo: início (T_1), meio (T_2) e final (T_3) do tratamento radioterápico, Alfenas, 2019-2020	56
Tabela 12 – Escores dos domínios da Escala funcional do EORTC QLQ-C30 com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020	57
Tabela 13 – Escores das dimensões da Escala de Piper-Revisada com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020	60

LISTA DE SIGLAS

AJCC	American Joint Committee on Cancer
EFP-R	Escala de Fadiga de Piper - Revisada
EORTC	European Organization for Research and Treatment of cancer
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NK	Natural Killer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RT	Radioterapia
Sp02	Saturação de Oxigênio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UICC	Union for Internacional Cancer Control
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	CÂNCER DE MAMA	19
2.2	RADIOTERAPIA	21
2.3	FADIGA	22
2.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	23
2.5	RELAXAMENTO COM VISUALIZAÇÃO GUIADA	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO	28
4	JUSTIFICATIVA	33
5	OBJETIVOS	34
5.1	OBJETIVO GERAL	34
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	35
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
6.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	35
6.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
6.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
6.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	36
6.6	CRITÉRIOS DE DESCONTINUIDADE	36
7	PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS	37
7.1	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	37
7.1.1	Ficha de acompanhamento dos parâmetros fisiológicos	37
7.1.2	EORTC QLQ-C30	37
7.1.3	Escala de Fadiga de Piper-Revisada (EFP-R)	38
7.2	INTERVENÇÃO	38
7.2.1	Relaxamento com Visualização Guiada	38
7.3	VARIÁVEIS DO ESTUDO	42
7.3.1	Variáveis Dependentes	42
7.3.2	Variáveis Independentes	42
7.4	COLETA DE DADOS	43
7.5	ASPECTOS ÉTICOS	43
7.6	ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS	43
7.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	44
7.7.1	Análise estatística dos dados	44
8	RESULTADOS	46

8.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES	46
8.2	CARACTERIZAÇÃO DA FADIGA, QVRS E PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	50
8.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS TERAPÊUTICAS COM OS ESCORES DO INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30 E COM A ESCALA DE PIPER-REVISADA (EFP-R)	56
9	DISCUSSÃO	63
10	CONCLUSÃO	79
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
12	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	98
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por um processo de transição epidemiológica que se caracteriza pelas mudanças nas causas de morbidade e mortalidade associada às transformações demográficas, econômicas e sociais. Com esse processo, o câncer aparece como uma das doenças responsáveis pela mudança do perfil epidemiológico e que apesar dos diversos avanços tecnológicos ainda é considerado a segunda causa de mortalidade do Brasil, constituindo-se em um grave problema de saúde pública (LISBOA; VALENÇA, 2016).

O câncer de mama aparece como o tipo mais comumente diagnosticado entre as mulheres, (foram 2,1 milhões de novos casos em 2018) e a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo (627.000 mortes em 2018) (WHO, 2020).

Para o Brasil, foi estimado para cada ano do triênio 2020-2022 que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer, sendo o de pele não melanoma o mais incidente (com 177 mil casos), seguidos pelos cânceres de mama nas mulheres e próstata nos homens. O câncer de mama apresentará um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

Independentemente da condição socioeconômica do país, o câncer de mama ocupa uma das primeiras posições das neoplasias malignas em mulheres. Porém foi possível observar um declínio associado à diminuição de tratamentos à base de reposição hormonal em mulheres pós menopausa (BRAY et al., 2018; FERLAY et al., 2019).

São diversos os fatores de risco para o câncer de mama, porém a idade superior a 50 anos tem sido considerada o fator mais importante (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019). Podem ser citados outros fatores que predispõem o câncer de mama como genéticos pelas mutações dos genes BRCA1, BRCA2 e fatores hereditários (BRAY et al., 2018; DESTRO, 2019; FERLAY et al., 2019). Além da obesidade que é associada à maior morbimortalidade em pacientes com câncer de mama, menopausa/menarca precoce, sedentarismo, idade avançada para primeira gravidez, nuliparidade, exposições frequentes a radiações ionizantes e a fatores ambientais e comportamentais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019; VIEIRA et al., 2017; WHO, 2020).

Quando há mutação no gene BRCA em mulheres que já tiveram diagnóstico de câncer de mama unilateral, o risco de desenvolver o câncer de mama contralateral após os 70 anos aumenta em 83% (BRAY et al., 2018).

O diagnóstico precoce do câncer de mama ainda se mantém como principal objetivo para seu controle, no intuito de reduzir os diagnósticos em fase tardia e diminuir a mortalidade (WHO, 2020). O início da realização da mamografia de rastreamento tem sido recomendado para mulheres a partir dos 50 anos, sendo realizado a cada dois anos e com término aos 69 anos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

O tipo de tratamento a ser escolhido dependerá de fatores como estadiamento do tumor, idade, condições clínicas, fatores de risco, critérios histopatológicos, biológicos, moleculares

e genéticos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019; MARTA et al., 2011). Dentre os tratamentos para o câncer de mama podem ser incluídos a cirurgia (sendo ela radical ou conservadora), radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (BRASIL, 2018c; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020c).

Por décadas, o tratamento cirúrgico padrão para o câncer de mama era a mastectomia radical modificada, após inúmeros estudos foi demonstrado que a cirurgia conservadora da mama seguida de radioterapia tem resultados oncológicos semelhantes na sobrevida, quando comparado à mastectomia radical no câncer de mama inicial (estádio I e II) (HAQUE et al., 2016; JOHNS et al., 2016).

Como consequência do aumento do número de cirurgias conservadoras, houve um aumento das indicações de tratamento radioterápico, com intuito de melhorar a sobrevida, reduzir riscos de recorrência locorregional (VIEIRA et al., 2017).

Dentre os tipos de radioterapia está a teleterapia, que é realizada com a fonte de radiação longe do paciente, sendo o tipo mais comum a braquiterapia onde a radiação é colocada dentro do paciente ou muito próxima a pele. Há também a radiocirurgia que usa campos muito pequenos e bem delimitados para administração da dose (SILVA et al., 2014).

Apesar da radioterapia se demonstrar como um método eficaz de tratamento para mulheres com câncer de mama, seus diversos efeitos colaterais desfavoráveis têm trazido prejuízos à qualidade de vida relacionada à saúde, seja por seus efeitos a curto ou a longo prazo (LIPSETT et al., 2017). Dentre os efeitos colaterais físicos mais recorrentes está a fadiga, um sintoma debilitante que pode atingir até 86% das mulheres em tratamento radioterápico, caracterizada como um sintoma subjetivo multidimensional e multifatorial (BANIPAL; SINGH; SINGH, 2017).

De acordo com Lipsett et al. (2017) a fadiga é um sintoma altamente debilitante no paciente oncológico, relatado como um cansaço intenso e severo com maior durabilidade que a fadiga típica. Desta maneira, a fadiga é considerada um sintoma de difícil manejo, pois seu processo fisiopatológico não é inteiramente conhecido. Existem indícios de que o hipermetabolismo tumoral e os produtos gerados por este metabolismo, juntamente com os fatores de necrose tumoral e alto gasto energético sejam os causadores da fadiga. A radioterapia associa-se à fadiga devido seu processo de necrose tecidual aparecendo como um fator agravante (MADDEN; NEWTON, 2006; ROCHA et al., 2018c).

Frente ao diagnóstico de câncer de mama, nota-se que a reação inicial da mulher é pensar sobre os tratamentos físicos como quimioterapia e radioterapia, que tendem a causar diversos efeitos colaterais que acabam por comprometer sua QVRS (RIM et al., 2017; SILVA et al., 2010).

Neste sentido avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), em pacientes submetidos a tratamentos oncológicos tornou-se essencial, pois a partir do conhecimento sobre os efeitos colaterais relacionados ao tratamento são criadas estratégias capazes de

amenizar os domínios afetados (PAULA; SAWADA, 2015).

O termo QVRS tem sido usado como sinônimo de estado de saúde percebido com o objetivo principal de verificar o quanto a doença ou estado crônico, além de seus sintomas, passam a interferir na vida diária de um indivíduo (FAYERS; MACHIN, 2013).

A QVRS, entre outras concepções, inclui o sintoma da fadiga sendo característica e impertinente, com manifestações físicas, psíquicas e emocionais (DURÃES et al., 2019). Sendo altamente predominante, debilitante e crônico em pacientes com câncer, podendo ser observada nessa população durante e após o tratamento adjuvante (JONG et al., 2002). O sofrimento causado pela fadiga podem levar à introversão social, diminuição da autoestima, contribuindo para que estes apresentem uma redução da QVRS (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005).

Neste cenário as práticas integrativas e complementares (PICS), se destacam por sua ampla utilização em pacientes com câncer na redução dos sintomas de fadiga, dor, depressão, ansiedade, náusea e vômito, o que conseqüentemente contribui para melhora do autocuidado e QVRS (GRANT et al., 2019; LEITE et al., 2018; LYMAN et al., 2018; MAINDET et al., 2019).

Dentre estas terapias integrativas e complementares está o relaxamento com visualização guiada, identificado como uma das dez terapias mais recomendadas para serem utilizadas em pacientes com câncer, consistindo em uma técnica que usa o poder da mente para formar representações mentais de objetos, lugares ou situações (CHARALAMBOUS et al., 2016; HART, 2008). Evidências literárias demonstram que o uso da técnica de relaxamento com visualização foi capaz de reduzir sintomas de pacientes submetidos a radioterapia, aumentando a QVRS (NUNES et al., 2007). Apresentando-se eficaz na redução dos sintomas de estresse e melhora do funcionamento imunológico de mulheres com câncer de mama (LENGACHER et al., 2008).

O reconhecimento destes benefícios causados pelas práticas integrativas tem aumentado, sendo o relaxamento com visualização guiada, uma das terapias mente-corpo de destaque nacional, dentre as terapias integrativas e complementares existentes (SERRA et al., 2012).

Um estudo desenvolvido no Brasil por Amorim (1999), relatou que a técnica de relaxamento com visualização guiada foi facilmente internalizada por mulheres com câncer de mama. Após a análise do efeito do relaxamento sobre o sistema imunológico foi constatando um aumento das células Natural killer (NK) no grupo que recebeu a intervenção. Em um estudo realizado por Kang et al. (2011) concluiu que a prática de relaxamento apresentou efeitos positivos em múltiplas respostas imunes em mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama.

Outro estudo desenvolvido por Serra et al. (2012) apontou que os estudos com pacientes em tratamentos oncológicos utilizando o relaxamento com visualização guiada foi capaz de reduzir a percepção da dor e melhorar sintomas de fadiga, insônia, ansiedade e dispneia, contribuindo assim, para uma melhoria na QVRS.

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

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura será abordado o câncer de mama, o tratamento de radioterapia, o sintoma fadiga e a qualidade de vida relacionada à saúde.

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama dá-se devido a multiplicação desordenada das células da mama, o que vem a causar a formação do tumor, evoluindo de diversas formas, podendo ser de desenvolvimento rápido ou mais lento, devido as características próprias de cada tumor (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020c).

Metade dos tumores de mama, podem ser explicados por fatores de risco conhecidos, dentre estes, o fato da mulher já ter apresentado alguma doença proliferativa da mama, primeira gestação com idade avançada, histórico familiar, menarca precoce e menopausa tardia (VIEIRA et al., 2017). Aproximadamente 13% das mulheres (1 a cada 8) receberão diagnóstico de câncer de mama invasivo ao longo da vida (DESANTIS et al., 2019).

A probabilidade de se ter um câncer de mama é maior para mulheres na faixa etária dos 70 anos (4,1%), já a taxa de mortalidade tem se demonstrado com maior probabilidade na faixa etária dos 80 anos (1,0%) (DESANTIS et al., 2019). Porém a incidência já se demonstra aumentada a partir dos 50 anos, tendo como fatores de risco melhor estabelecidos até hoje a condição de ser mulher e de cor branca (VIEIRA et al., 2017).

No entanto 8% das mulheres negras que são diagnosticadas com câncer de mama já se encontram em estágio avançado (metastático), possuem mais propensão de serem diagnosticadas com tumores \geq à 5 centímetros, quando comparado com outras etnias que representam 5% a 6% a chance de se estar com um câncer de mama metastático, as mulheres negras também tem a maior taxa de câncer de mama antes dos 40 anos e apresentam a maior taxa de mortalidade em todas as idades (DESANTIS et al., 2019).

Essas taxas podem ser por uma combinação de fatores difíceis de serem analisados, como diagnóstico tardio, características desfavoráveis do tumor, acesso mais restrito aos serviços de qualidade para detecção precoce e tratamento (NEWMAN; KALJEE, 2017).

Pacientes mais jovens com idade inferior a 40 anos e com características tumorais maiores têm maior chance de serem tratadas com mastectomia e mastectomia contralateral profilática (NASH et al., 2017; FREEDMAN et al., 2012). Praticar exercícios físicos regularmente, ter amamentado, ingestão de frutas, verduras e peixes podem resultar em menor risco para o câncer de mama (VIEIRA et al., 2017).

O estadiamento do câncer de mama é feito de acordo com o sistema TNM de classificação de tumores malignos, proposto pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) e Union for International Cancer Control (UICC), conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e a prever o prognóstico da paciente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020a).

O sistema TNM de classificação dos tumores malignos utiliza três critérios para avaliar o estágio do câncer: o próprio tumor os linfonodos regionais ao redor do tumor, e o fato do tumor ter se disseminado para outras partes do corpo, ou seja (T) a extensão do tumor primário, (N) a ausência ou disseminação para linfonodos regionais, (M) presença ou ausência de metástase a distância (ACS, 2020). O Quadro 1 traz o estadiamento das Neoplasias da mama por meio do sistema TNM (UICC/AJCC).

Quadro 1 – Estadiamento das Neoplasias da mama por meio do sistema TNM (UICC/AJCC)

T - Tumor Primário
TX - O tumor primário não pode ser avaliado T0 - Sem evidências de tumor primário Tis - Carcinoma in situ T1- O tumor tem até 2 cm de diâmetro T2- O tumor tem entre 2 cm e 5 cm de diâmetro T3- O tumor tem mais de 5 cm de diâmetro T4- independente do tamanho do tumor invadiu o toráx ou a pele
N - Linfonodos Regionais
NX - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados N0 - Ausência de metástase em linfonodos regionais N1- O tumor se disseminou para 1 ou 3 linfonodos axilares e/ou linfonodos mamários internos N1mi - Micrometástases em 1 a 3 linfonodos sob o braço N1a- O tumor se disseminou para 1 a 3 linfonodos no braço, com menos uma área com mais de 2 diâmetro N1b- Disseminação para os linfonodos mamários internos N1c- Se aplicam N1a e N1b N2- O tumor se disseminou para 4 ou 9 linfonodos axilares, ou mamários internos N2a- disseminação para 4 a 9 linfonodos axilares, com pelo menos uma área maior que 2 mm. N2b- disseminação para um ou mais linfonodos mamários internos, aumentando seu tamanho. N3- uma das seguintes classificações: N3a- disseminação para 10 ou mais linfonodos axilares, com pelo menos uma área de câncer disseminada maior que 2mm; ou, disseminação para os linfonodos infraclaviculares com pelo menos uma área maior que 2mm. N3b. O tumor é encontrado em pelo menos um linfonodo axilar com pelo menos uma área de disseminação de câncer maior que 2 mm e aumentou os linfonodos mamários internos; ou, o tumor se disseminou para 4 ou mais linfonodos axilares com pelo menos uma área de disseminação maior que 2 mm e pequenas quantidades de são encontradas nos linfonodos mamários internos na biópsia do linfonodo sentinela. N3c- disseminação para os linfonodos claviculares, com pelo menos uma área maior do que 2 mm.
M - Metástase à Distância
MX - A disseminação não pode ser avaliada. M0 - Ausência de metástase à distância M1 - Metástases à distância

Fonte: American Cancer Society (2019)

Pelo sistema TNM, temos uma subclassificação referente a várias combinações clínicas pertinentes a evolução do câncer de mama, às quais recebem a classificação de estágio de (0-IV) (ACS, 2020).

A classificação do estadiamento é realizada seguindo as seguintes combinações:

Estádio 0 - Tis, N0, M0.

Estádio IA - T1, N0, M0.

Estádio IB - T0 ou T1, N1mi, M0.

Estágio IIA - T0 ou T1, N1 (mas, não N1mi), M0; T2, N0, M0.

Estágio IIB - T2, N1, M0; T3, N0, M0.

Estágio IIIA - T0 a T2, N2, M0; T3, N1 ou N2, M0.

Estágio IIIB - T4, N0 a N2, M0.

Estágio IIIC - Qualquer T, N3, M0.

Estágio IV - Qualquer T, qualquer N, M1.

A necessidade e importância da classificação dos casos de câncer em estádios é baseada na constatação de que as taxas de sobrevivência diferem a depender se a doença está restrita ao órgão de origem ou se ela já se estendeu para outros órgãos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019). Um estadiamento bem conduzido leva a condutas terapêuticas corretamente aplicadas.

2.2 RADIOTERAPIA

Dentre as modalidades terapêuticas mais utilizadas para o câncer de mama está o tratamento radioterápico. A radioterapia consiste na utilização de energia ionizante eletromagnética ou corpuscular para tratamento local ou locorregional, com intuito de destruir as células cancerígenas (ACS, 2020; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020b). É um método que utiliza uma dose pré calculada de radiação em um tempo determinado, a um volume de tecido onde se encontra o tumor, na busca de causar menor dano possível as células circunvizinhas (STROJAN et al., 2017).

O tratamento radioterápico pode ser aplicado em diversas modalidades: neoadjuvante, quando objetiva a redução do tamanho tumoral, facilitando o procedimento cirúrgico, adjuvante, quando é associada ao tratamento quimioterápico ou a cirurgia, curativa, quando é considerada a principal forma de tratamento, paliativa, quando busca a redução de sangramentos e dor (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020b).

Ao longo dos anos o tratamento radioterápico, vem sendo utilizado em conjunto com o tratamento cirúrgico da mama, devido seu poder de reorganização do ciclo celular (MCCORMICK et al., 2015). O objetivo da aplicação da radioterapia após mastectomia é controlar a doença subclínica, na parede do tórax ou para drenagem linfática, para pacientes com alto risco de recidiva locorregional. Quando aplicada após o tratamento conservador da mama, preserva-a sem causar prejuízos na sobrevivência (GRADISHAR et al., 2018; VIEIRA et al., 2017).

A radioterapia pode ser feita de duas formas dependendo da localização do tumor: Teleterapia, quando a fonte de radiação está afastada do paciente, sendo direcionada ao local onde será tratado, já na Braquiterapia são implantados aplicadores em contato com a área a ser irradiada (ACS, 2020; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020b). A braquiterapia para o câncer de mama é pouco utilizada, visto que seu resultado estético não é favorável (BRASIL, 2016).

A dose de radioterapia é medida pelas unidades internacionais Röentgen (R) é a unidade que mede o número de ionizações desencadeadas no ar ambiental pela passagem de uma certa quantidade de radiação e pelo Gray (Gy) que mensura a dose de radiação absorvida por qualquer material ou tecido humano (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020b).

Apesar de todo avanço tecnológico, a radioterapia da mama tende a apresentar efeitos colaterais que podem ser classificados em imediatos e tardios, dentre os imediatos mais recorrentes estão a radiodermatite, escurecimento da pele, prurido, descamação, dor local, desconforto axilar e fadiga (BAHIA et al., 2019; ROCHA et al., 2018b).

Já entre as complicações tardias, podem ser citados os problemas cardíacos que estão associados com irradiação em região de tórax, lesões pulmonares (pneumonite e fibrose), problemas no sistema endócrino e restrição da movimentação dos braços, devido a irradiação da área onde ocorreu o procedimento cirúrgico (BROWNLEE et al., 2018; OLIVEIRA; LIMA; CARVALHO, 2018).

No entanto a fadiga é um dos efeitos colaterais mais comuns que acompanham a radioterapia, sendo um dos primeiros efeitos colaterais e de longa duração para pacientes com câncer tratados com radiação localizada (HSIAO; DALY; SALIGAN, 2016).

2.3 FADIGA

A fadiga é um sintoma extremamente comum para pacientes submetidos a tratamentos oncológicos, sendo um sintoma debilitante, que não ocorre isoladamente, estando associado à sintomas de dor, depressão, anemia e distúrbios do sono (DENLINGER et al., 2018). Tornando-se uma das consequências mais comuns e angustiantes do câncer e do seu tratamento (GESSEL et al., 2018).

Segundo Abrahams et al. (2016), uma a cada quatro mulheres irá sofrer de sintomas de fadiga decorrente de tratamentos oncológicos.

O diagnóstico de enfermagem do Nanda (2020 p.419) define a fadiga como “Sensação opressiva e prolongada de exaustão e capacidade diminuída de realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. E suas características definidoras são: alteração na concentração, alteração na libido, apatia, aumento da necessidade de descanso, aumento dos sintomas físicos cansaço, capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais, capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física, culpa devido à dificuldade para cumprir com suas responsabilidades, desempenho de papel ineficaz, desinteresse quanto ao ambiente que o cerca, energia insuficiente, estado de sonolência, introspecção, letargia, padrão de sono não restaurador (NANDA, 2018).

A fadiga é relatada pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2018) como um sentimento subjetivo, persistente e angustiante, cansaço emocional e/ou cognitivo, relacionado ao câncer ou ao tratamento oncológico, que não é proporcional à atividade recente e interfere no funcionamento habitual (NCCN, 2018). Já FRC (Fadiga Relacionada ao Câncer) pode ocorrer devido aos tratamentos contra o câncer, que são conhecidos

por reduzir a energia, dentre estes a quimioterapia, radioterapia, transplantes de medula óssea e terapias biológicas, essas drogas não afetam apenas células cancerígenas, mas células saudáveis de crescimento rápido, incluindo os glóbulos vermelhos responsáveis pela oxigenação, causando anemia e levando a fadiga que pode permanecer até mesmo após o término do tratamento (NCCN, 2018).

A FRC pode ser explicada por diversos fatores, podendo ser agravada na radioterapia, devido a necrose tecidual que o tratamento radioterápico vem a causar (MADDEN; NEWTON, 2006; ROCHA et al., 2018c).

A FRC frequentemente limita e prejudica a retomada ao trabalho e a outras atividades, causando impacto negativo substancial sobre a qualidade de vida (BOWER et al., 2014). Sendo esta uma condição subjetiva que envolve uma combinação de sintomas, relatada e experimentada de forma diferente por cada pessoa, é importante que se faça primeiramente uma autoavaliação sobre as causas da fadiga (BERGER et al., 2015).

Os fatores de risco para fadiga no câncer de mama são estágios mais avançados da doença e recebimento das combinações de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com associação ou não de terapia hormonal (ABRAHAMS et al., 2016).

Para um tratamento adequado dos sintomas de fadiga, deve se levar em consideração fatores de influência em potencial, como obesidade, inatividade física, problemas de sono, ondas de calor, falta de apoio social ou distúrbios psicológicos. No entanto em pacientes com câncer, ela deve ser melhor definida e diferenciada (SCHMIDT et al., 2018).

Neste sentido é necessário identificar e gerenciar os sintomas da FRC e ao tratamento oncológico, por ser um sintoma que está diretamente relacionado à qualidade de vida (NOAL et al., 2011).

2.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Nos últimos tempos nota-se um aumento na preocupação em relação a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes que estão passando por um processo patológico, principalmente quando essa patologia é o câncer e quando o tratamento refere-se a quimioterapia ou radioterapia, uma vez que esses tratamentos tendem a causar diversos efeitos colaterais que reduzem a QVRs desses pacientes. Considerando o fato de que algumas intervenções e tratamentos médicos causam efeitos colaterais desagradáveis, considera-se importante avaliar a QVRS durante o tratamento (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A qualidade de vida (QV) tem sido uma ideia largamente difundida na sociedade, correndo-se o risco de haver uma banalização do assunto pelo seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista, por muitas vezes se lançarem estatísticas irreais para comprovar suas afirmações sobre métodos de melhoria da QV (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O termo QV ainda-se encontra em uma fase de construção, sua compreensão engloba inúmeros campos do conhecimento humano como: biológico, social, político, econômico

médico entre outros (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Minayo, Hartz e Buss (2000) definem a qualidade de vida como “uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”

O conceito de QV é multidimensional, diferenciando-se de pessoa para pessoa a depender do contexto e do ambiente ao qual estão inseridas, e tende a ser diferente mesmo entre pessoas inseridas em contexto similar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Na atualidade são mais aceitos os conceitos que dão conta da multiplicidade de dimensões, como o conceito desenvolvido pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que ressaltam a subjetividade, a multidimensionalidade, bipolaridade e a mutabilidade, definindo QV como: “a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(WHOQOL, 1995).

Porém quando se trata das definições entre os termos QV e QVRS, estes trazem conceitos diferenciados, e neste estudo o objetivo da pesquisadora foi avaliar a QVRS. Sendo uma percepção que sempre esteve e sempre estará presente na vida do ser humano (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

O conceito QVRS surgiu baseado nas questões e na multidimensionalidade da QV, a dimensão ampla da saúde e sua relação com os diversos aspectos positivos e negativos permitem diferentes formas de avaliação (MEDEIROS et al., 2019).

Diante disso, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) apresenta um conceito que se reporta ao valor que possa ser concedido à vida, diante de alterações que acontecem por danos na condição funcional, percepções e fatores sociais, quando influenciados por patologias ou agravos, tratamentos e políticas de saúde (ERICKSON; PATRICK, 1993).

O câncer e sua terapêutica podem interferir, de maneira negativa, na percepção do indivíduo sobre sua QVRS, tornando sua avaliação um parâmetro importante na área da oncologia, de modo a conhecer os principais efeitos colaterais decorrentes do processo patológico e tratamento, servindo de subsídios, para melhorar os domínios afetados, através de estratégias e intervenções eficazes (HEYDARNEJAD; HASSANPOUR; SOLATI, 2011; MATOS et al., 2017; PAULA; SAWADA, 2015).

Medir qualidade de vida é bastante complexo, o que leva a necessidade de definição clara e de delimitações que possibilitem sua operacionalização em áreas científicas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A QVRS envolve conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Deste modo, a avaliação da QVRS deve se dar por instrumentos específicos que contribuem para identificação dos domínios afetados e fornecem informações adicionais,

melhorando os parâmetros de avaliação clínica utilizados para determinar as toxicidades e os benefícios relacionados ao tratamento, fornecendo subsídios que auxiliam na melhoria da assistência ao paciente oncológico (OSOBA, 2011; PAULA; SAWADA, 2015; PAULA et al., 2017).

Apesar dos avanços apresentados pela medicina tradicional, os portadores de doenças crônico-degenerativas, buscam melhorar a sua QVRS, através de métodos que complementem o tratamento medicamentoso. Uma das alternativas são as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), incluindo o relaxamento com visualização guiada que discorreremos no próximo tópico.

2.5 RELAXAMENTO COM VISUALIZAÇÃO GUIADA

Cada vez mais pacientes em tratamentos oncológicos têm buscado ajuda através das práticas integrativas e complementares, sendo as razões citadas: melhoria da qualidade de vida, tratar bem de si mesmo, fortalecimento do sistema imunológico, redução da dor, fadiga e sintomas depressivos e para o aumento da esperança (CARLSON et al., 2017).

As PICS são práticas baseadas em evidências e em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, utilizadas de forma efetiva na melhora dos sintomas físicos e emocionais, buscando estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2018e; MAČIULIENĖ; ŠMIGELSKAS, 2019).

De acordo com a OMS (2020) as práticas integrativas e complementares (PICS) são parte da medicina tradicional e complementar, por priorizarem a qualidade de vida, sendo utilizadas tanto para tratar doenças, especialmente as crônicas, bem como atuam na promoção à saúde.

O uso das terapias integrativas e complementares, tem sido frequentemente utilizada para gerenciar os sintomas do câncer de mama, sendo considerada complementar ao tratamento médico convencional (GREENLEE et al., 2017).

No SUS (Sistema Único de saúde) as PICS podem ser aplicadas em todos os âmbitos, desde que por um profissional treinado podendo ser ofertada pelo mesmo profissional que presta o cuidado convencional. O crescimento da oferta e da demanda das PICS, tanto no âmbito público quanto privado, tem demonstrado seu potencial no cuidado à população e para saúde pública (BRASIL, 2018a).

As PICS foram institucionalizadas no SUS em 2006, após aprovação por meio da Portaria GM/MS n 971 de 3 de maio de 2006, com as seguintes Práticas Integrativas e Complementares (PICs): Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo Social e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006).

Em 2017 foram incluídas mais 14 práticas integrativas, por meio da portaria n 849 de 03/2017, sendo elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala,

Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2017).

E posteriormente por meio da Portaria n 702, de 21 de março de 2018, incluiu novas Práticas, na Política Nacional de práticas integrativas, sendo elas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e crenoterapia (BRASIL, 2018d).

Há evidências crescentes sobre o uso das terapias integrativas, principalmente as terapias mente-corpo, como estratégias eficazes de cuidado e de suporte durante o tratamento de câncer de mama, entre elas estão a yoga, meditação, acupuntura, tai chi, qi gong, tratamento curativo, hipnoterapia, terapias de movimento e técnicas de relaxamento (como exercícios de respiração, relaxamento com visualização guiada e relaxamento muscular progressivo) (GREENLEE et al., 2017).

O Relaxamento com Visualização Guiada consiste em uma prática mente-corpo, a qual se concentra nas interações entre cérebro, mente, corpo e comportamento, e as formas poderosas em que os fatores emocionais, mentais e comportamentais podem afetar diretamente a saúde (METIN et al., 2018).

Já no século XX se estabelecia o interesse pela utilização da técnica de relaxamento, quando em 1908, o então professor Shultz, ex-aluno de Freud idealizou o relaxamento como uma técnica terapêutica regulamentada em paridade com a psicanálise (ALBUQUERQUE; CAVALCANTI, 1998).

Porém os primeiros estudos sobre o relaxamento com imagem guiada surgiram na década de 1980, e somente nos anos 90 foram relatados algumas evidências para reduzir a intensidade da dor, bem como afetar o humor (WALLACE, 1997).

O relaxamento e a visualização são instrumentos valiosos pois ajudam os pacientes a criarem convicção da sua própria capacidade de curar o câncer, sendo não apenas um instrumento de motivação eficiente para recuperação da saúde, como também um instrumento importante para a auto-descoberta e para criar mudanças importantes em outras áreas (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Em um estudo randomizado realizado por Eremin et al. (2009), oitenta mulheres submetidas à tratamentos para o câncer de mama em estágio avançado, foram randomizadas para receber a intervenção de relaxamento com visualização guiada diariamente. O grupo que recebeu a intervenção apresentou níveis elevados de atividade das células NK (Natural Killer), concluindo que a prática de relaxamento com visualização guiada alterou benéficamente as defesas do organismo do grupo que recebeu a intervenção.

Chen e Francis (2010) avaliaram os efeitos do relaxamento com imagem guiada em pacientes com dor crônica por três semanas, sendo 19 pacientes com idades entre 25 e 65 anos, demonstrando resultados positivos e clinicamente significantes, concluindo que a técnica de relaxamento por imagem pode ser utilizada como método adjuvante para o

tratamento da dor crônica.

Em um estudo clínico controlado, foi avaliado o efeito do uso do relaxamento com visualização e acupuntura na qualidade de vida de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, os resultados foram comparados com os pacientes que não receberam a intervenção. Diferenças estatisticamente significantes evidenciaram aumento da saúde global e funções emocionais e sociais, diminuição da perda de apetite e da fadiga no grupo que recebeu a intervenção (SAWADA et al., 2010).

Nicolussi et al. (2016) em um estudo quase-experimental, avaliou o efeito do Relaxamento com Imagem Guiada sobre a presença de depressão em pacientes com câncer durante quimioterapia. Os resultados evidenciaram que a intervenção ajudou a reduzir a presença de depressão nestes pacientes.

Lufiego, Schneider e Bós (2017) em um estudo com abordagem quase-experimental, avaliou o estresse e ansiedade em paciente em tratamento quimioterápico submetidos a terapia de relaxamento. Seus resultados sugeriram que intervenções através de sessões de relaxamento em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico oferecem efeitos positivos na redução da ansiedade e estresse.

Em um estudo recente de revisão de literatura realizado por (ERIKA et al., 2018) foi analisado o relaxamento com visualização guiada como técnica de redução da dor em mulheres com câncer de mama. Sendo encontrado nos estudos avaliados, que o relaxamento com visualização guiada pode ser uma opção alternativa para reduzir a dor em pacientes com câncer de mama.

A técnica de relaxamento com visualização guiada enquadra-se nas práticas integrativas e complementares, e vem sendo amplamente utilizada como estratégia de intervenção da enfermagem, demonstrando ser uma prática efetiva para o controle e redução dos sintomas decorrentes do câncer e de seu tratamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico do estudo foi utilizado a teoria da ligação mente-corpo. De acordo com Simonton, Simonton e Creighton (1987) que foram os pioneiros na aplicação dessa prática em pacientes oncológicos, há existência de uma ligação evidente entre o estresse, os estados emocionais e mentais com a suscetibilidade para doenças como o câncer.

Recentemente surgiu um interesse da medicina e ciência sobre a influência da mente sobre o corpo, após várias descobertas que o cérebro e o sistema imune são capazes de se comunicar. A medicina mente-corpo fundamentada em uma prática reverente, deve ser considerada como uma ação central em pacientes portadores de câncer (GORDON, 2008; PERT, 2009).

Muitas intervenções mente-corpo têm sido aplicadas em pacientes oncológicos, sendo mensurados parâmetros como dor, redução da ansiedade e qualidade de vida. De acordo com Carlson e Bultz (2008), as mulheres com câncer de mama são público alvo da maioria das pesquisas mente-corpo.

Os Institutos Nacionais de Saúde Centro para Medicina Complementar e Alternativa (NCCAM) definem mente-corpo como “uma variedade de técnicas concebidas para aumentar a capacidade da mente para afetar a função e sintomas corporais” (BARNES et al., 2004). No caso do paciente oncológico isto significa tentar visualizar o câncer sendo destruído pelo tratamento e o mais importante imaginar as defesas do corpo ajudando na recuperação (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

O uso das terapias que envolvem mente-corpo, como o relaxamento com visualização guiada, têm se destacado entre as opções terapêuticas usadas para amenizar os sintomas causados pelo câncer e seu tratamento, são de fácil aplicação e baixo custo (COSTA; REIS, 2014)

Há evidências da utilidade das intervenções mente-corpo, no tratamento do câncer indicando que o uso dessas intervenções não invasivas funcionam como atenuantes de sintomas físicos e emocionais como dor, náuseas, vômitos, ansiedade, depressão, distúrbios do sono e melhora da QV, sendo terapias que oferecem uma oportunidade adicional para pacientes com câncer (CARLSON; BULTZ, 2008).

Na concepção de Gordon (2008) a abordagem mente-corpo baseia-se na premissa que a mente e corpo são inseparáveis e que todos os órgãos do corpo comunicam-se constantemente com as respostas emocionais. De acordo com essa abordagem, o modo como compreendemos pensamentos, sentimentos e crenças, podem afetar o processo de adoecimento e cura.

Já no século passado, estudos científicos apontavam que a emoção é algo concreto e se expressa na forma de alterações fisiológicas, estimulando o corpo a liberar substâncias como as catecolaminas, adrenalina e noradrenalina (BOTTURA, 2007).

As explicações biológicas sobre os estados de saúde e doença ainda prevalecem na medicina, porém a influência das emoções no estado de saúde tem ganhado notoriedade (CRUZ; PEREIRA JÚNIOR, 2011).

A psiconeuroimunologia é a parte que investiga as alterações entre o sistema neuroendócrino, imune e os aspectos psicológicos e comportamentais e tem mostrado a influência da mente sobre o sistema imune, tornando-se um ramo respeitável da teoria mente-corpo que vem crescendo rapidamente. O termo psiconeuroimunologia foi introduzido por Robert Ader, em 1981, como definição para o campo da ciência que estuda a interação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico (MARQUES-DEAK; STERNBERG, 2004).

A hipótese da psiconeuroimunologia é que estressores psicossociais reduzem a atividade do sistema imunológico, aumentando o risco do indivíduo em desenvolver um processo patológico (MAIA, 2002).

Segundo Serafim e Cristofolini (2016) as células que defendem nosso organismo possuem receptores de neuropeptídeos, as substâncias que produzimos no cérebro com cada pensamento. Assim pensamentos negativos e pessimistas possuem o poder de causar efeitos mais devastadores do que causariam bactérias assassinas em nosso corpo.

Para Pert (2009) a consciência é uma substância material e mensurável onde todo o sistema fisiológico trabalha de forma conectada e coordenada, havendo um constante diálogo entre emoção, sistema nervoso e imunológico, sendo esta a rede de comunicação.

Simonton, Simonton e Creighton (1987), também citavam que as doenças não eram apenas fatores físicos, mas diziam respeito a pessoa como um todo e não apenas o corpo, como também sua mente e emoções. Atualmente estudos tem demonstrado que estressores físicos e psicossociais podem alterar através dessas conexões a resposta imune demonstrada pelo indivíduo (GORDON, 2008; BOTTURA, 2007).

Durante anos os médicos observaram que as doenças tinham uma tendência a ocorrer após acontecimentos estressantes, que muitos dos pacientes haviam passado por dissabores emocionais. A tarefa de validar essas observações foi assumida pelo Dr. Thomas H. Holmes e seus associados na Universidade de da "Washington School of Medicine", onde desenvolveram uma maneira pela qual eles mediam de forma objetiva a quantidade de tensão física ou emocional da vida de uma pessoa, sendo estabelecida uma escala com valores numéricos. A escala desenvolvida é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Escala de Avaliação de Readaptação Social

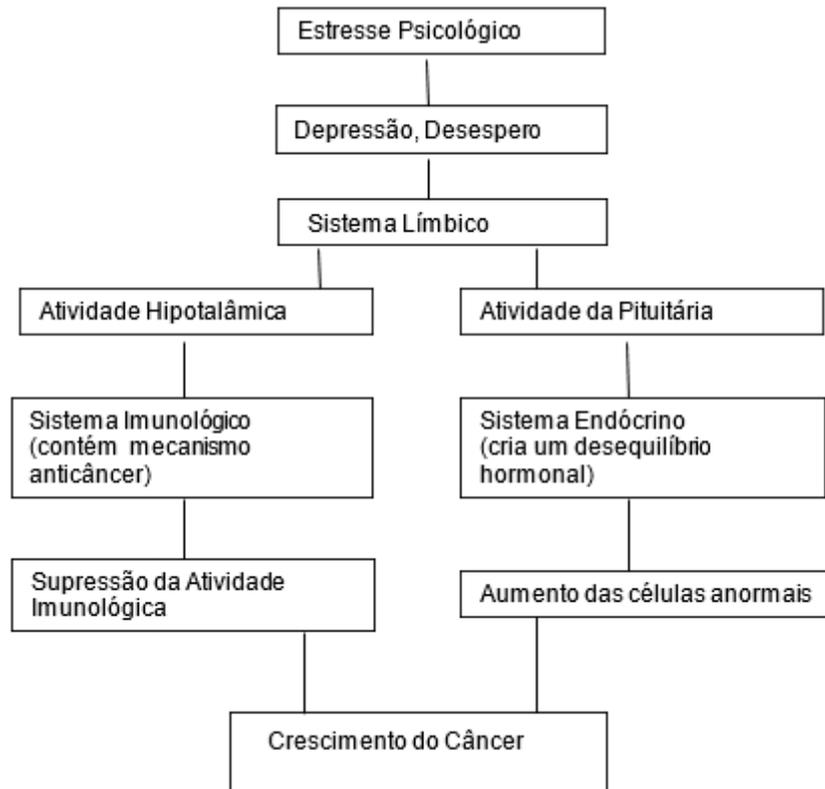
Acontecimento	Valor	Acontecimento	Valor
Morte do cônjuge	100	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
Divórcio	73	Problemas com a família do cônjuge	29
Separação Judicial	65	Sucesso pessoal extraordinário	28
Prisão	63	Cônjuge começa ou para de trabalhar	26
Morte de familiar próximo	63	Início ou final da faculdade	26
Acidente ou doença	53	Mudança de condição de vida	25
Casamento	50	Revisão de hábitos pessoais	24
Demissão do trabalho	47	Problemas com o chefe	23
Reconciliação de separação	45	Mudança de condições de trabalho	20
Aposentadoria	75	Mudança de local de residência	20
Mudança de saúde de familiar	44	Mudança de escola	20
Gravidez	44	Mudança de hábitos recreativos	19
Dificuldades sexuais	40	Mudança de atividades religiosas	19
Chegada de um novo membro familiar	39	Mudança de atividades sociais	18
Mudança no trabalho	39	Hipoteca ou empréstimo < 10.000 dólares	17
Mudança de status financeiro	38	Mudança de hábitos de sono	16
Morte de amigo próximo	37	Mudança nos hábitos de encontros familiares	15
Mudança de setor de trabalho	36	Mudança de hábitos alimentares	15
Brigas conjugais	36	Férias	13
Hipoteca ou empréstimo	31	Período de festas natalinas	12
Término de hipoteca ou empréstimo	30	Pequena infração à lei	11
Filho ou filha deixando a casa	29	Mudança de horário de trabalho	20

Fonte: Simonton, Simonton e Creighton (1987, p.51).

Esta escala inclui acontecimentos reconhecidos como estressantes, incluindo também experiências que são consideradas agradáveis. No entanto são experiências que implicam em mudanças de hábitos, relacionamentos e autoimagem, sendo o ponto principal a necessidade de uma readaptação. Dr. Holmes e seus colaboradores foram capazes de prever o aparecimento de patologias em 49% de pessoas que atingiram mais de 300 pontos dessa escala em um período de 12 meses, declaram ter estado doente, enquanto apenas 9% que apresentaram menos de 200 pontos esteve doente durante o mesmo período (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Em seu livro *Com a Vida de Novo*, Simonton, Simonton e Creighton (1987), através do modelo “corpo-mente” demonstra a maneira de como os estados psicológicos e físicos trabalham juntos na iniciação do câncer mostrando também que este ciclo de desenvolvimento do câncer pode ser revertido com o “modelo corpo-mente de recuperação” estes são apresentados na figura 1 e 2.

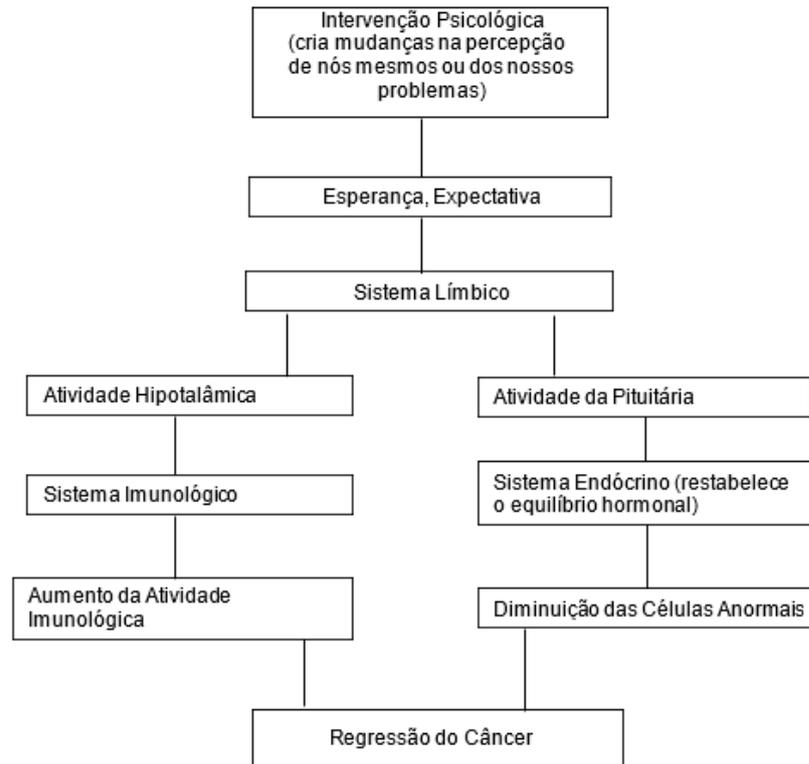
Figura 1 – Modelo corpo-mente do desenvolvimento do câncer



Fonte: Simonton, Simonton e Creighton (1987, p.86).

Existem indícios suficientes de que o estresse predispõe as pessoas à doenças, dentre elas o câncer, porém não se trata somente do estresse mas de como cada um reage ao estresse, sendo o sistema límbico o responsável pelo registro de todas as tensões. Desta maneira o sistema límbico influencia o corpo, principalmente através do hipotálamo, este quando influenciado de maneira negativa, causa a supressão do sistema imunológico, onde pode gerar o crescimento canceroso. Quando o hipotálamo reage as tensões, faz disparar a glândula pituitária, sendo ela o equilíbrio emocional do corpo, podendo obter como resultado desse desequilíbrio hormonal uma produção desordenada de células anormais (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

Figura 2 – Modelo corpo-mente de recuperação



Fonte: Simonton, Simonton e Creighton (1987, p.89).

O primeiro passo em direção a recuperação do paciente é fortalecer suas convicções de que o tratamento é eficiente e as defesas do seu corpo são poderosas, causando sentimentos de esperança que ficam registrados no sistema límbico. Essas mensagens são enviadas para o hipotálamo, refletindo o sistema emocional alterado, causando uma inversão à supressão do sistema imunológico, mobilizando as células para que possam atuar novamente na defesa do organismo. A glândula pituitária, envia mensagens para o sistema endócrino, para o reestabelecimento do equilíbrio hormonal, causando o funcionamento normal do sistema imunológico, criando condições propícias para que o câncer regrida (SIMONTON; SIMONTON; CREIGHTON, 1987).

A utilização de técnicas mentais, emocionais e cognitivas podem ser úteis como complementares no tratamento de pacientes oncológicos, pois como entendido mente e corpo atuam juntos e se afetam de forma contínua, sendo assim as intervenções mente e corpo se apresentam como indispensáveis a serem colocadas em prática por profissionais da saúde contribuindo para o avanço da ciência e melhoria da QVRS de portadores de câncer (ALMINHANA; NOÉ, 2010).

4 JUSTIFICATIVA

A fadiga é um sintoma comum em pacientes com câncer e pode afetar negativamente a QVRS, principalmente quando são submetidos ao tratamento radioterápico que tende a causar diversos efeitos colaterais. Há evidências científicas que demonstraram o uso do relaxamento com visualização guiada com efeitos benéficos na redução da fadiga e melhora da QVRS (SAWADA et al., 2010; NICOLUSSI et al., 2018). Desta maneira é preciso buscar tratamentos complementares capazes de influenciar positivamente pacientes oncológicos, com ações de baixo custo, propiciando uma assistência holística. O relaxamento com visualização guiada contempla essas características além de não possuir contraindicações, desde que seja aplicada por profissionais treinados, contribuindo para um melhor enfrentamento e empoderamento dos pacientes submetidos ao tratamento oncológico, apresentado também a vantagem do aumento do vínculo enfermeiro-cliente.

5 OBJETIVOS

Nos objetivos serão explanados o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito da intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada (visualização) sobre a redução da fadiga e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar as pacientes com câncer mama em tratamento radioterápico, quanto aos aspectos sociodemográficos e clínico terapêuticos;
- b) Avaliar o efeito do relaxamento com visualização guiada na QVRS e sobre os sintomas de fadiga nas pacientes com câncer de mama nos tempos de (Tempo 1 x Tempo 2), (Tempo 2 x Tempo 3) e de (Tempo 1 x Tempo 3) do tratamento radioterápico;
- c) Identificar mudanças nos parâmetros fisiológicos (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio) ocorridas antes e após a Terapia Integrativa e Complementar de Relaxamento com Visualização Guiada no início, meio e final do tratamento radioterápico;
- d) Associar as variáveis sociodemográficas e clínicas terapêuticas com os escores avaliados inicialmente do instrumento EORTC QLQ-C30 e com a escala funcional de Piper-Revisada (EFP-R).

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Na trajetória metodológica será abordado o delineamento do estudo, o local e o período em que o estudo foi realizado, a população e amostra, como também os critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade.

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo com abordagem quantitativa com delineamento quase-experimental de corte longitudinal com avaliação pré e pós teste. O estudo quase-experimental não possui distribuição aleatória, nem grupo-controle (POLIT; BECK, 2019).

6.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Alfenas-MG, na Santa Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, mais especificadamente no setor de radioterapia do Centro de Oncologia que atende aos 26 municípios integrantes da Regional de Alfenas, onde são oferecidos os serviços de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e também conta com a ala de internação com 84 leitos equipados. A coleta de dados iniciou-se em julho de 2019 após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) sendo finalizada em março de 2020.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do estudo foi composta por mulheres com câncer de mama, iniciando o tratamento radioterápico no ambulatório de radioterapia do Centro de Oncologia da Santa Casa do Perpétuo Socorro de Alfenas-MG.

Trata-se de uma amostra por conveniência (não-probabilística), com alocação intencional, na qual o pesquisador seleciona propositalmente, os sujeitos a depender dos critérios de inclusão (CRESWELL, 2010; FREITAG, 2018). Optou-se pela amostra por conveniência devido ao público limitado, que se encaixasse nos critérios estabelecidos. A amostra contou com 27 mulheres.

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;
- Com diagnóstico de câncer de mama iniciando o tratamento radioterápico (com realização de no máximo 4 até o momento da abordagem) no centro de Oncologia de Alfenas;
- Em condições clínicas e psicológicas que possibilitem responder os questionários, (testada pela seguintes perguntas: nome completo, dia da semana, data de nascimento, endereço);

- Em condições clínicas e psicológicas que possibilite a realização da Terapia Complementar: Relaxamento com Visualização Guiada, (testada pelas seguintes perguntas: nome completo, dia da semana, data de nascimento, endereço);

6.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes que apresentaram alguma dificuldade de compreensão de perguntas simples como: data de nascimento, dia da semana e endereço;

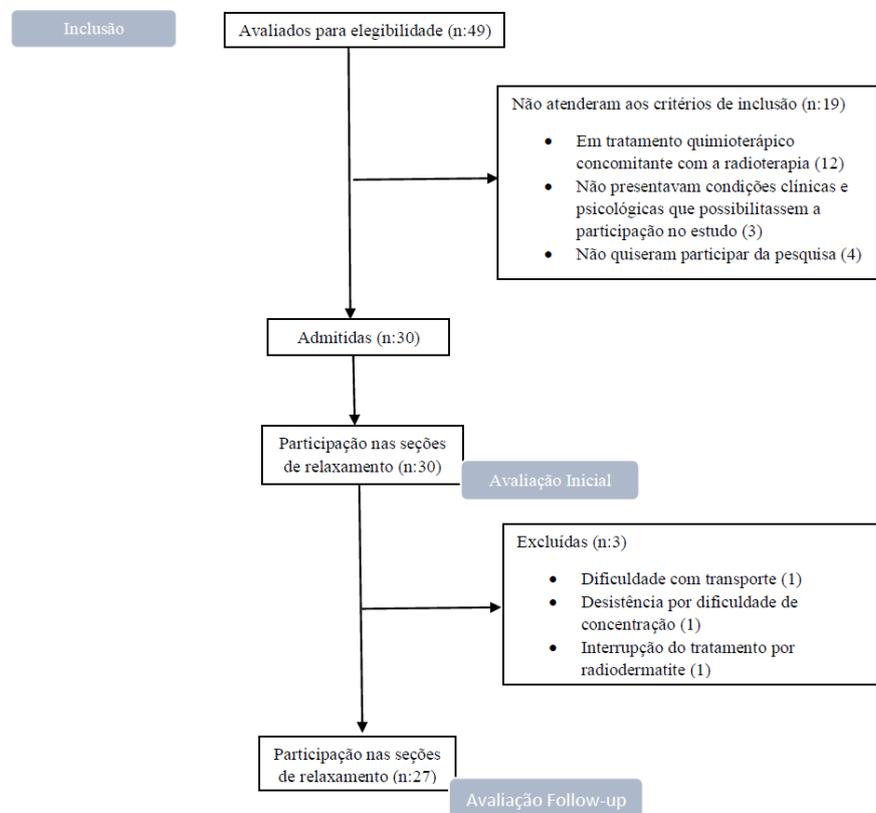
- Pacientes que estivessem participando de outro tipo de terapia integrativa e complementar no momento.

- Estar em tratamento quimioterápico concomitante com o radioterápico, devido a exacerbação de efeitos colaterais.

6.6 CRITÉRIOS DE DESCONTINUIDADE

Os critérios de desligamento das pacientes do estudo foram: não comparecimento para as sessões (mínimo em oito sessões de relaxamento a depender do número de sessões de radioterapia), desistência por parte da participante e complicações relacionadas ao tratamento, como a radiodermatite.

Figura 3 – Fluxograma de rastreamento da amostra



Fonte: Adaptado segundo o modelo Consort (2010).

7 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS

Após serem orientadas quanto aos objetivos da pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, as pacientes responderam aos questionários no início do tratamento baseline T_1 , (caracterização sociodemográfica e clínica, EORTC QLQ-C30 Versão 3.0 e a escala de fadiga de Piper revisada). A coleta e o preenchimento dos instrumentos foram em formato de entrevista, de forma individual em local privativo. Após o preenchimento dos instrumentos, foram verificados os parâmetros vitais e aplicado o relaxamento com visualização guiada com verificação dos parâmetros vitais em seguida, o procedimento de verificação dos sinais vitais e a prática de relaxamento com visualização guiada foram realizados três vezes na semana durante todo o tratamento radioterápico. Houve variação do número de sessões de radioterapia entre as pacientes.

Em T_2 (meio do tratamento radioterápico) e T_3 (final do tratamento radioterápico) foram reaplicados os instrumentos de QVRS e fadiga.

7.1 FICHA DE IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Para caracterização das paciente foi utilizado um questionário construído pela pesquisadora, contando com os seguintes dados sociodemográficos: idade, estado civil, cor da pele autodeclarada, número de filhos, profissão, procedência, escolaridade e religião. E com os seguintes dados clínicos: se a paciente já amamentou, tempo de amamentação, antecedentes patológicos de saúde física ou mental, realização e tipo de cirurgia, número de sessões de quimioterapia realizadas e estadiamento do câncer.

7.1.1 Ficha de acompanhamento dos parâmetros fisiológicos

Os parâmetros fisiológicos: pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC) e saturação de oxigênio (SpO₂), foram aferidos pela pesquisadora antes e após todas as sessões de relaxamento com visualização guiada e anotados em uma ficha de acompanhamento criada por Nicolussi (2012) e adaptada pela pesquisadora com o parâmetro saturação de oxigênio (ANEXO A). Os materiais necessários para aferição dos parâmetros foram: relógio convencional com ponteiros de minutos para verificação da frequência respiratória (mov/min), durante um minuto, para verificação da PA (em mmHg) foi utilizado o aparelho medidor de pressão arterial manual da marca premium devidamente calibrado. Para verificação da frequência cardíaca (FC) (bat/min) e da saturação de oxigênio (SpO₂) foi utilizado o oxímetro digital de pulso da marca PUSH.

7.1.2 EORTC QLQ-C30

Para avaliar a QVRS das mulheres com câncer de mama utilizou-se o instrumento European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life

Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30), devidamente validado por Brabo (2006) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde na população brasileira de pacientes oncológicos. Sendo composto por 30 questões e por cinco escalas funcionais (função física, desempenho de papel, função cognitiva, função emocional e função social), três escalas de sintomas que avaliam (fadiga, dor, náusea e vômito), cinco itens para avaliar sintomas de (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia), um item avaliando o impacto financeiro da doença e do tratamento e uma medida da saúde global e de qualidade de vida.

As questões são direcionadas para que o paciente considere sua última semana. As respostas seguem pontuação de escala do tipo Likert: 1 = não, 2 = pouco, 3 = moderadamente e 4 = muito, exceto a escala de saúde global e de qualidade de vida que sofrem variação de 1-7 onde 1 quer dizer péssima e 7 quer dizer ótima. As escalas e os itens geram um escore de 0-100, de acordo com as diretrizes do EORTC, onde zero denota o pior funcionamento e 100 o melhor funcionamento nas escalas funcionais e no estado de saúde global (ESG) e qualidade de vida (QV). Em contrapartida, nas escalas e itens de sintomas, 100 denota pior funcionamento e presença de mais sintomas e o zero, nenhum sintoma.

Foi solicitado a autorização do uso do instrumento pelo grupo EORTC conforme ANEXO E.

7.1.3 Escala de Fadiga de Piper-Revisada (EFP-R)

Para avaliação da fadiga, foi utilizada a escala de Fadiga de Piper-Revisada (EFP-R) (ANEXO C), que se trata de uma escala multidimensional, validada para avaliação da fadiga em pacientes com câncer, adaptada por Mota (2008). A escala de Fadiga de Piper-Revisada é composta por 22 itens distribuídos em três dimensões, sendo elas a dimensão comportamental (itens 2 a 7), dimensão afetiva (itens 8 a 12) e dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23). Cada item é apresentado em escala numérica (0 a 10), e o escore total é calculado pela média de todos os itens do instrumento (itens 2 a 23) e os escores das dimensões são calculados pela média dos itens contidos em cada dimensão, sendo que quanto maior o resultado, maior a fadiga. O instrumento possui, também cinco questões abertas, que não foi utilizada pela pesquisadora, devido a característica quantitativa da pesquisa.

7.2 INTERVENÇÃO

Na sessão intervenção será descrita a técnica de relaxamento aplicada nas pacientes durante o estudo.

7.2.1 Relaxamento com Visualização Guiada

O grupo de mulheres participantes do estudo foram submetidas a terapia de relaxamento com visualização guiada proposta por Simonton, Simonton e Creighton (1987) a qual

trabalha com a teoria da ligação mente e corpo.

A técnica de relaxamento com visualização guiada consiste em uma gravação de áudio, que foi produzida e validado pelo Centro de Apoio ao Paciente com Câncer de Florianópolis – SC. A condução do relaxamento foi realizado pela pesquisadora, que é treinada e com experiência anterior na aplicação da prática de relaxamento. Para a aplicação da técnica de relaxamento com visualização guiada se faz necessário um profissional treinado pra que se minimize os riscos associados a pesquisa (NICOLUSSI, 2012).

Após as pacientes se declararem confortáveis, foram verificados os parâmetros vitais e iniciada a a sessão de relaxamento, com duração de aproximadamente 15 minutos, realizado antes das sessões de radioterapia. Para avaliar se a paciente realmente conseguiu atingir o estado de relaxamento, foram verificados parâmetros fisiológicos com a comparação entre antes e após as sessões, com isso o tempo de duração foi de aproximadamente 30 minutos. Gordon (2008) relata que o estado de relaxamento é capaz de promover uma redução na atividade do sistema nervoso simpático e reduzir os níveis de estresse, levando a uma série de eventos fisiológicos tais como redução nos níveis de adrenalina e cortisol, diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração, além de melhorar o funcionamento imunológico. O recursos materiais necessários para realização do relaxamento com visualização guiada foram:

- Aparelho de áudio;
- Pendrive com a gravação dos comandos verbais que direcionam a terapia de relaxamento e visualização;
- Cadeira confortável;
- Apoio para os pés, para melhor relaxamento;
- Aparelho de pressão manual, para aferição da PA;
- Relógio com ponteiro de segundos para verificação da FR durante um minuto;
- Oxímetro de pulso para verificação da FC e saturação de O₂;
- Ficha de acompanhamento dos parâmetros fisiológicos: PA, FR, FC e SpO₂.

Para realização do Relaxamento com Visualização Guiada foi importante que estas pacientes estivessem posicionadas de maneira confortável em ambiente privativo e tranquilo, livre de barulhos e interrupções, sem influências externas, foram verificados os sinais vitais antes da sessão de relaxamento e anotados na ficha de acompanhamento, foi orientado para que a participante acompanhasse da melhor maneira possível os comandos verbais, presentes no áudio e que seguisse-os conforme solicitado, após o término do relaxamento foram verificados novamente os parâmetros vitais.

Os comandos a serem seguidos da gravação em áudio, do relaxamento com visualização guiada foram:

- Prepare-se para fazer a sua visualização;
- Vá acompanhando o que eu digo da melhor forma possível, visualizando em sua mente as possíveis cenas que eu vou descrevendo e pedindo que você as veja;

- Respire profundamente quatro vezes, quando inspirar prenda um pouco a respiração e solte bem devagar;
- Depois de respirar fundo, acomode-se e sinta se de um jeito confortável, mas não tanto que possa dormir;
- Agora vá relaxando as diferentes partes do seu corpo, concentrando-se na área dos olhos, feche os olhos bem fechados, apertando bem os músculos de rosto, contraia bem os músculos do rosto, como se fosse transformar numa bolinha de borracha, e agora solte, solte tudo;
- Imagine que o relaxamento está se espalhando por todo seu rosto como uma onda, em cada parte dele;
- Olhando para seu corpo, respire, inspire e solte;
- Concentre-se na região do maxilar, abra bem a boca, bem aberta, estique, abrindo mais e mais e solte, inspire e solte;
- Agora traga seus ombros até as orelhas, levante bem os ombros, com força e deixe cair, deixe os músculos relaxarem, inspire e solte;
- Agora os braços, contraia os músculos dos seus braços e concentre -se na região de peito e tórax, contraindo-os e contraia;
- Encha o pulmão de ar mais e mais, inspirando encha o pulmão e conte até cinco, deixe o ar sair e solte;
- Agora o estomago, puxe o estomago para dentro, aperte o estomago, relaxe, inspire e solte;
- Agora ao mesmo tempo contraia as costas, os quadris, as coxas, as pernas e os pés, tensione todos os músculos, até os dedos dos pés e solte, inspire profundamente e solte;
- Imagine que está se transportando para um lugar só seu na natureza, aquele lugar lugar onde possa se sentir seguro, relaxado, confortável e tranquilo, pode ser um lugar na praia, no campo na floresta, no alto da montanha, perto do riacho, onde for se instale e sinta se seguro, confortável e relaxado, observe as cores, as formas, os sons, talvez os pássaros cantando, um lago tranquilo, talvez o barulho da água caindo ou do mar ondulando, permita que seus sentidos perceba esse lugar, e preste atenção nele por algum tempo;
- Agora que estás tranquilo, comece a criar na sua mente, uma imagem do seu câncer ou qualquer doença ou desconforto, do jeito que essa imagem surgir para você, veja a cor dele, a textura, a forma, focalize o seu câncer ou desconforto como se seus olhos fossem um microscópio muito potente, examinando-o por todos os ângulos, por todos os lados, por cima, por baixo, fixe-se na imagem que ele tem para você, talvez um pneu velho, um resto de carne, o que for, olhe para ele bem de frente e coloque-o no lugar no seu corpo onde sabe ou imagina que ele está, visualize bem isto, use sua imaginação pelo tempo que for necessário;

- Continue envolvido por essa onda de paz, mantenha-se relaxado e visualize o seu câncer ou qualquer desconforto onde estiver no seu corpo e repare bem na aparência dele,

- Agora quero que crie a imagem de seu glóbulo branco, um símbolo de defesa natural do seu corpo, forte, poderoso, eficiente, ágil, inteligente, dinâmico, eficiente, perfeitamente capaz de fazer o trabalho de destruir o seu câncer ou qualquer doença, visualize um símbolo que represente força e poder para você, talvez um leão, um tigre, ou um sol, seja o que for, visualize o glóbulo branco assim, e use esses momentos para mentalizar a força do seu glóbulo branco;

- Agora veja os milhões e milhões de glóbulos brancos, fortes eficientes, ágeis, poderosos, entrando na área onde está o seu câncer ou o seu desconforto, e veja os glóbulos brancos destruindo o seu câncer, irrigando a área do seu corpo, sinta isso acontecer, seu câncer está morrendo, seu corpo revigorado, veja isso acontecer, milhões e milhões e milhões de glóbulos brancos fazendo o trabalho de destruir o seu câncer e ele está cada vez menor e mais glóbulos brancos entram em campo, continuam agindo e expõem qualquer célula que esteja morrendo ou que já esteja morta;

- Carregando estas células através das vias e canais, até serem expelidas do seu corpo, o câncer diminui cada vez mais, fica mais fraco menor, e glóbulos brancos continuam a fazer o trabalho de diminuir ou eliminar o câncer ou qualquer outra doença e a luta continua até a vitória dos glóbulos brancos, veja seu câncer e desconforto se foram, as áreas onde visualizam o seu câncer ou qualquer doenças estão limpas e livres, seu corpo forte e sadio, veja isto acontecer, sinta isso acontecer, e crie essa imagem, assim poderá criar dentro do seu ser, assim poderá criar a imagem do que vai acontecer, o seu câncer se foi e os glóbulos brancos com sua força determinação, agilidade determinação e poder, continuam a cuidar a vigiar cada área do seu corpo por mais escondida que seja, para caçar cada célula anormal expelindo pelas vias e expulsando do corpo, veja essa vigilância sendo feita pelos glóbulos brancos e qualquer doença e desconforto se foram;

- Agora deixe que essa cena saia, que a imagem saia da sua mente e veja alguma coisa que não podia fazer ou pensava que não podia fazer por causa da doença, alguma coisa que o deixe vivo, cheio de alegria e prazer, talvez dançar, pular, correr esqui, crie uma imagem uma cena que gosta muito de fazer e sinta essa cena, veja a roupa que está usando, os detalhes do que está fazendo, o que está dizendo e agora sim estamos criando uma expectativa, uma confiança de que isso vai acontecer;

- Agora deixe essa cena sair e desaparecer da sua mente e respire, respire algumas vezes;

- E agradeça a você mesmo, por ter dado esse tempo a você e sua saúde e trate de continuar vivendo a vida;

- Então vá voltando a esse ambiente, entrando em contato com seu corpo se percebendo, mexendo lentamente seus membros, as mãos os pés, cada um no seu tempo abrindo os olhos bem devagar.

Simonton, Simonton e Creighton (1987), orienta que as instruções transmitidas pelo

relaxamento com visualização guiada, podem ser tanto gravadas em áudio, como podem ser lidas lentamente de modo que o participante consiga acompanhar todos os comandos.

7.3 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na realização de estudos com delineamentos experimental e quase-experimental, o pesquisador manipula variáveis, sendo elas classificadas como variável independente, onde observa-se o efeito sobre as variáveis dependentes (POLIT; BECK, 2019).

A aplicação da PIC-Relaxamento e Visualização Guiada foi a intervenção (manipulação).

7.3.1 Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes configuram-se por valores que podem ser influenciados por outros valores, geralmente afetados pela variável independente (LAKATOS; MARCONI, 2006).

Neste estudo, foram consideradas como variáveis dependentes os domínios da QVRS e a fadiga.

7.3.2 Variáveis Independentes

Para este estudo, foram consideradas como independentes, as variáveis que compõem o instrumento de identificação dos participantes do estudo as quais seguem: sexo (sendo apenas o feminino); idade (agrupada em faixas etárias: 18-20, 21-40, 41-60, 61-80); escolaridade (classificada em: baixa, média, alta); profissão (classificada em: aposentada, do lar, cabeleireira, professora, outras); procedência (classificada em: Minas Gerais e São Paulo); endereço (classificado em: zona rural e zona urbana) religião (classificada em: nenhuma preferência, católico, evangélico, espírita); estado civil (classificada em: solteira, casada, viúva, divorciada, amasiada); cor autodeclarada (classificada em: branca, parda, preta, amarela, indígena); número de filhos (classificado como: sem filhos, um filho, dois filhos, três ou mais filhos); amamentação (classificada em: sim, não); antecedentes patológicos de saúde física ou mental (classificados: sem patologias, hipertensão, artrite, depressão e outras); realização de cirurgia (classificada em: sim, não); tipo de cirurgia (classificada em: não fez, quadrantectomia, mastectomia total e retirada de nódulo); número de sessões de radioterapia (agrupadas em: 18-20 sessões e 21- 30 sessões) realização de quimioterapia (classificada em: sim, não); número de sessões de quimioterapia (agrupadas em: 0 sessões, 1-10 sessões, 10-20 sessões, acima de 20 sessões) e estadiamento da doença. As normas para o estadiamento seguiram a classificação da (AJCC) (classificado em: estágio 0, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, e IV).

7.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se julho de 2019 após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), sendo finalizada em março de 2020, as pacientes foram acompanhadas durante o tratamento radioterápico que teve média de duração de 18 a 30 sessões. As pacientes foram identificadas pela pesquisadora através de busca ativa, semanalmente na secretaria do local.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Este estudo foi desenvolvido após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG), sob parecer 3.334.033 (ANEXO D), após autorização da instituição de saúde (APÊNDICE C) e assinatura da declaração institucional sobre a ciência de suas responsabilidades (APÊNDICE D).

Na abordagem as pacientes foram apresentados os objetivos da pesquisa por escrito e verbalmente, após sua concordância em participar do estudo, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) sendo solicitada a assinatura da paciente após consentimento, após assinatura da pesquisadora, foram assegurados o sigilo e anonimato das informações a todas as participantes e também foram esclarecidas sobre o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em seu atendimento na instituição de saúde onde é tratada.

7.6 ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A metodologia adotada neste estudo pode oferecer poucos riscos como desconforto emocional e constrangimento. Assim que relatado essa condição, o relaxamento foi imediatamente interrompido pela pesquisadora.

Estudos realizados apontaram que há poucos riscos associados com as terapias mente-corpo, podendo estes riscos estarem associados à aplicação por profissionais não treinados, ou também relacionados ao próprio paciente, como por exemplo afirmar que não possui mais a doença (HART, 2006; NICOLUSSI, 2012).

Neste trabalho, a pesquisadora que aplicou a técnica de relaxamento com visualização guiada é treinada, com experiência em atendimento à pacientes oncológicos por meio do projeto de extensão Terapia complementar de relaxamento com visualização guiada para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde de paciente com câncer, vinculado ao grupo de pesquisa Processo Saúde Doença na Perspectiva Sociocultural da Universidade Federal de Alfenas.

Segundo Simonton, Simonton e Creighton (1987) as terapias corpo-mente são capazes de fortalecer o sistema imune, ajudando o organismo juntamente com as terapias convencionais a combater o câncer, melhorando a expectativa de vida e contribuindo para redução dos sintomas.

Como benefício este estudo oferecerá dados à equipe de saúde, em especial, à enfermagem. O Relaxamento com Visualização Guiada poderá ajudar a cliente a reagir melhor contra tensões físicas e mentais, ajudando no relaxamento e a lidar de forma mais eficiente contra a doença e diminuir os possíveis sintomas causados pelo tratamento radioterápico, contribuindo também para o fortalecimento do sistema imune.

7.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas foram armazenadas e tabuladas eletronicamente. Foram criados códigos de identificação para cada resposta e armazenados em planilhas do Microsoft Excel 2016.

7.7.1 Análise estatística dos dados

Foi utilizado o programa de computador IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) para Windows, versão 20.0, para o teste de consistência interna Alpha de Cronbach, com relação às características psicométricas do instrumento QLQ-C30 para a amostra estudada, foi apresentado o seguinte valor, $\alpha = 0,815$, e para a escala de Piper-Revisada $\alpha = 0,970$. Indicando uma confiabilidade de consistência interna quase perfeita (THE. . . ,). O coeficiente alfa de Cronbach é uma propriedade dependente do padrão de resposta da população estudada, não uma característica da escala por si só, ou seja, o valor de alfa se altera de acordo com a população em que a escala foi aplicada (STREINER, 2003).

Os dados sociodemográficos, clínicos, a caracterização da fadiga, QVRS e parâmetros fisiológicos, foram analisados através do software Bioestat versão 5.0. Foram calculadas a média e desvio padrão para análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos/terapêuticos.

Para os escores da escala de PIPER, foi realizada uma classificação segundo as categorias ordinais pela Escala de Piper na 1ª avaliação (T_1), 2ª avaliação (T_2) e 3ª avaliação (T_3). Foi seguida a classificação do National Comprehensive Cancer Network, para identificar a presença da fadiga e classificar sua intensidade, sendo classificada em três níveis: leve (escore maior que 0 e menor que 4); moderada (escore igual ou maior que 4 e menor que 6); e intensa (escore igual ou maior que 6 até 10) (BERGER et al., 2015).

Foram calculados a média e desvio padrão de todas as dimensões da escala de PIPER, sendo submetidos ao teste de adequação à distribuição normal, através do teste Shapiro-Wilk, sendo constatada a normalidade, prosseguindo com a realização do Teste t para amostras pareadas, para comparação entre os respectivos tempos de T_1 para T_2 , de T_2 para T_3 e de T_1 para T_3 .

Para comparação dos domínios do instrumento EORTC QLC-C30, foram calculadas a média e desvio padrão. Para as variáveis do instrumento EORTC QLC-C30, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para avaliação a adequação normal, A não adesão resultou no uso do teste de Wilcoxon para comparação das avaliações dos instrumentos entre os tempos de T_1 para T_2 , de T_2 para T_3 e de T_1 para T_3 .

Para avaliação dos parâmetros fisiológicos, foi calculada a mediana para estatística descritiva, sendo testada a normalidade através do teste de Shapiro-Wilk e constatada a não adesão a normalidade para maioria dos parâmetros. Prosseguimos com o teste de Wilcoxon para comparação nos três tempos de reavaliação entre a aferição antes e após a sessão de relaxamento.

Para associação das variáveis sociodemográficas e clínico-terapêuticas com o escores do instrumento EORTC QLQ-C30 e com a escala de Fadiga de Piper-Revisada (EFP-R), foi utilizado o software Statistical Package for Social Science versão 24.0 (SPSS for Windows). Prosseguindo com Shapiro-Wilk para testar a normalidade. A não adesão a distribuição normal, resultou no uso do teste Kruskal Wallis para comparação de três ou mais grupos independentes, e o teste de Mann Whitney para comparação entre duas amostras independentes. O nível de significância estabelecido foi de 0,05 para todos os testes.

8 RESULTADOS

Nos resultados será elucidada a caracterização sociodemográfica, de fadiga, QVRS, parâmetros fisiológicos das participantes do estudo, além da realização da associação entre essas variáveis.

8.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES

A população do estudo foi composta por 27 mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico as que se encaixavam nos critérios de inclusão. Durante a trajetória da pesquisa, duas pacientes abordadas se recusaram participar do estudo e três pacientes não concluíram a pesquisa até o final, uma devido ao tempo em que permanecia aguardando o procedimento, outra relatou dificuldade de concentração e a terceira paciente necessitou interromper o tratamento devido radiodermatite. A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas das participantes.

Tabela 2 – Frequência e percentagem das características sócio demográficas da amostra, Alfenas, 2019-2020

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Faixas etárias			Religião		
21-40 anos	08	30%	Nenhuma preferência	01	4%
41-60 anos	12	44%	Católico	17	63%
61-80 anos	07	26%	Evangélico	08	30%
Escolaridade			Espirita	01	4%
Baixo	02	07%	Estado civil		
Médio	17	63%	Casada	17	63%
Alto	08	30%	Solteira	04	15%
Profissão			Viúvo	01	4%
Aposentada	07	26%	Divorciada	04	15%
Do lar	03	11%	Amasiada	01	4%
Cabeleireira	02	7%	Número de filhos		
Professora	04	15%	Sem filhos	06	22%
Outras	11	41%	Um filho	06	22%
Cor autodeclarada			Dois filhos	06	22%
Branca	15	56%	Mais de 3 filhos	09	33%
Parda	10	37%	Amamentação		
Preta	02	7%	Sim	20	74%
Procedência			Não	07	26%
Minas Gerais	26	96%	Tempo de amamentação		
São Paulo	01	4%	Não amamentou	07	26%
Endereço			Menos que 6 meses	05	18%
Urbana	24	89%	Mais de 1 ano	08	30%
Rural	03	11%	De 6 meses a 1 ano	07	26%

Fonte: Do autor

Quanto a faixa etária das participantes 08 (30%) se encontravam com idades entre 21-40 anos. A maioria das participantes se concentraram nas faixas etárias de 41-60 anos 12 (44%), e 07 (26%) ficaram na faixa etária de 61-80 anos.

Quando indagadas quanto ao nível de escolaridade, foi observado que a maioria das participantes apresentavam nível médio de escolaridade 17 (63%), apenas 2 (7%) se encontravam em baixo nível de escolaridade e 8 (30%) se encontravam em um nível alto de escolaridade.

Quanto a profissão 07 (26%) eram aposentadas, 03 (11%) eram dona de casa, 02 (7%) eram cabeleireiras e 04 (15%) eram professoras, as outras 11 (41%), tinham outras ocupações como: caminhoneira, assistente financeira, empregada doméstica, auxiliar de limpeza, analista de qualidade, costureira, comerciante, agente de saúde, advogada, operadora de caixa e cozinheira.

Em relação a cor autodeclarada, a maioria 15 (56%) se declararam como brancas, seguida por parda com representatividade de 10 (37%) e a minoria se declarou preta sendo

representado por 02 (7%).

Quanto a procedência, 26 (96%) eram de cidades do estado de Minas gerais, e apenas 01 (4%) era do estado de São Paulo. Quanto ao endereço de domicílio 24 (89%) eram da zona urbana e apenas 03 (11%) eram da zona rural. Quanto a religião, a maioria 17 (63%) era católica, seguido por 08 (30%) evangélicas, sendo 01 (4%) espírita e 01 (4%) sem preferência religiosa.

Com relação ao estado civil, a predominância foi de mulheres casadas com 17 (63%), 04 (15%) eram divorciados, 04 (15%) solteiras, seguidas por 01 (4%) viúva e 01 (4%) amasiada.

Quanto ao número de filhos, 06 (22%) não possuíam, 06 (22%) possuíam apenas um filho e outras 06 (22%) possuíam dois filhos. A prevalência foi de mulheres com mais de três filhos 09 (33%), destas, 20 (74%) amamentaram e apenas 7 (26%) não amamentaram. Em relação ao tempo de amamentação 07, (26%) não amamentaram, 05 (19%) amamentaram menos que seis meses, 07 (26%) de seis meses a um ano e 08 (30%) amamentaram por mais de um ano. Em relação ao número de filhos percebe-se que apenas 06 (22%) mulheres não tinham filhos.

A Tabela 3, mostra a frequência e a porcentagem em relação as variáveis clínicas das mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico que participaram do estudo.

Tabela 3 – Frequência e percentual das características clínicas – terapêuticas da amostra, Alfenas, 2019-2020

Variáveis	N	%
Fez cirurgia		
Sim	26	96%
Não	1	4%
Tipo de cirurgia		
Não realizou	1	4%
Retirada de nódulo	8	30%
Quadrantectomia	9	33%
Mastectomia total	9	33%
Número de sessões de radioterapia		
18-20 sessões	22	81%
20 † 30 sessões	5	19%
Número de sessões de quimioterapia		
Não realizou	8	30%
1-10 sessões	5	19%
10 † 20 sessões	12	44%
Acima de 20 sessões	2	7%
Estádios TNM		
0	1	4%
IA	7	26%
IB	0	0%
IIA	8	30%
IIB	3	11%
IIIA	5	19%
IIIB	2	7%
IIIC	1	4%
IV	0	0%

Fonte: Do autor

Em relação aos dados clínicos e terapêuticos 26 (96%) das mulheres passaram por procedimento cirúrgico, apenas 01 (4%) não havia realizado cirurgia no momento. Quanto ao tipo de cirurgia realizado, 08 (30%) realizaram apenas a retirada de nódulo, 09 (33%) realizaram quadrantectomia e 09 (33%) realizaram a mastectomia total.

Quanto ao número de sessões de radioterapia, 22 (81%) foram submetidas de 18 a 20 sessões de radioterapia e 05 (19%) foram submetidas a mais de 20 até 30 sessões, 08 (30%) destas pacientes não haviam sido submetidas a quimioterapia anteriormente, 05 (19%) haviam realizado de 1 a 10 sessões, 12 (44%) haviam realizado de 10 a 20 sessões e apenas 02 (7%) realizaram mais de 20 sessões de quimioterapia.

Com relação ao estadiamento que está relacionado com o grau de disseminação do tumor, 01 (4%) foi classificada em estágio 0, 07 (26%) foi classificada como estágio IA, nenhuma paciente foi classificada no estágio IB, sendo o estágio com mais pacientes

classificadas o IIA, com 08 (30%) e 03 (11%) classificadas como IIB, o que demonstra que a maioria das mulheres em investigação estavam em estádios iniciais do câncer de mama, já 05 (19%) das mulheres se encontravam em estágio IIIA, 02 (7%) se encontrava em estágio IIIB e apenas 01 (4%) foi o estágio mais avançado entre as pacientes sendo classificada como IIIC. Nos estádios III do câncer de mama, o câncer já se espalhou para nódulos linfáticos e para outros tecidos da mama, porém nenhuma paciente se encontrava em metástase, classificadas em estágio IV, onde o câncer já se espalhou para outros locais do corpo.

8.2 CARACTERIZAÇÃO DA FADIGA, QVRS E PARÂMETROS FISIOLÓGICOS

Tabela 4 – Classificação de fadiga segundo as categorias ordinais pela Escala de Piper na 1ª avaliação (T_1), 2ª avaliação (T_2) e 3ª avaliação (T_3), Alfenas, 2019-2020

Presença de Fadiga (n=27)	Classificação da fadiga (n%)		
	Leve	Moderada	Intensa
$T_1 = 26$ (93.3%)	18 (66.7%)	4 (14.8%)	4 (14.8%)
$T_2 = 23$ (85.2%)	12 (44.4%)	7 (25.9%)	4 (14.8%)
$T_3 = 24$ (88.9%)	19 (70.4%)	2 (7.4%)	3 (11.1%)

Fonte: Do autor

Seguindo a sugestão da National Comprehensive Cancer Network, consideramos as pacientes fatigadas quando apresentassem um escore diferente de zero na escala de Piper-Revisada. Para classificar o nível de fadiga apresentado, com base no escore total, são seguidas as seguintes classificações: leve (escore maior que 0 e menor que 4); moderada (escore maior que 4 e menor que 6); e intensa (escore igual ou maior que 6 até 10).

A Tabela 5 apresenta os valores medianos, da escala de Fadiga Piper-Revisada, realizado por dimensões, sendo elas (global, comportamental, afetiva e sensorial psicológica), avaliadas nos três momentos de avaliação.

Tabela 5 – Escores de classificação da fadiga segundo intensidade de modo contínuo e dimensões do instrumento de Fadiga de Piper-Revisada nos tempos de T_1 (baseline) T_2 (meio) e T_3 (final), Alfenas, 2019-2020

Dimensões	Avaliações		
	T_1	T_2	T_3
	Média (Dp)	Média (Dp)	Média (Dp)
Piper global	3.7 (1.9)	4.0 (1.6)	4.0 (1.6)
Dimensão comportamental	3.3 (3.5)	3.3 (3.2)	2.3(2.8)
Dimensão afetiva	3.0 (3.8)	3.0 (3.4)	2.8 (3.3)
Dimensão sensorial e psicológica	2.5 (3.0)	2.6 (2.8)	1.6 (2.3)

Fonte: Do autor.

Na Tabela 5, no domínio global do PIPER, é observado que a média mostrou-se maior na segunda e na terceira avaliação, em relação a primeira, demonstrando que o tempo em que estas mulheres estavam sentindo-se fatigadas aumentou no decorrer do tratamento radioterápico. Já na dimensão comportamental a média reduziu ao longo das avaliações o que demonstra menor interferência dos sintomas da fadiga no decorrer do tratamento radioterápico para esta dimensão. Nas dimensões afetiva e sensorial psicológica, houve um aumento da média em relação a primeira avaliação, porém apresentando-se relativamente menor na terceira avaliação. Desta maneira observamos que o relaxamento com visualização guiada demonstrou um efeito significativo em T_3 , ou seja, na terceira avaliação, sendo o final do tratamento radioterápico, para as seguintes dimensões comportamental, afetiva e sensorial psicológica.

A Tabela 6 traz a comparação da escala de Piper-Revisada através das dimensões global, comportamental, afetiva e sensorial/psicológica entre os três momentos de reavaliação, sendo realizadas através do teste-t pareado.

Tabela 6 – Teste-t do instrumento de Fadiga de Piper-Revisada, para comparação da fadiga nos três tempos de avaliação, Alfenas 2019-2020

Dimensões	Teste-t pareado		
	valor-p ($T_1 \times T_2$)	valor-p ($T_2 \times T_3$)	valor-p ($T_1 \times T_3$)
Piper global	0.201	0.500	0.201
D. comportamental	0.398	*0.001	*0.001
D. afetiva	0.415	0.059	*0.019
D. sensorial/psicológica	0.173	*0.001	*0.001

Fonte: Do autor.

Na Tabela 6, pode-se verificar que houve diferença estatisticamente significativa nos momentos de reavaliação, sendo estas apresentadas nos tempos de T_2 (meio) para T_3 (final),

nas dimensões comportamental e sensorial/psicológica e para os tempos T_1 (baseline) para T_3 (final), nas dimensões comportamental e afetiva e sensorial/psicológica.

A Tabela 7 mostra média e desvio padrão das escalas do instrumento QLQ-C30 nos três tempos de avaliação.

Tabela 7 – Média (μ) e desvio padrão (Dp) das escalas do instrumento QLQ-C30, nos três tempos de avaliação, T_1 (baseline) T_2 (meio) e T_3 (final), Alfenas, 2019-2020

	T_1	T_2	T_3
Escala de sintomas	μ (Dp)	μ (Dp)	μ (Dp)
Estado Geral de saúde (EGS/QV)	76 (24)	81 (19)	87 (14)
Função física (FF)	77 (22)	81 (19)	83 (19)
Desempenho de papel (DP)	77 (30)	78 (25)	87 (24)
Função cognitiva (FC)	78 (24)	81 (22)	84 (20)
Função social (FS)	86 (17)	84 (22)	85 (24)
Função emocional (FE)	77 (26)	77 (21)	83 (23)
Fadiga (FAD)	21 (21)	19 (17)	18 (19)
Náuseas e vômitos (NAV)	7 (18)	6 (11)	3 (10)
Dor (Dor)	17 (25)	13 (22)	13 (16)
Dispneia (DIS)	11 (23)	10(22)	11 (18)
Insônia (INS)	33 (43)	36 (43)	26 (36)
Perda de apetite (PAP)	16 (28)	18 (30)	9 (22)
Constipação (CON)	22 (33)	21 (31)	21 (31)
Diarreia (DIA)	2 (9)	2 (9)	0 (0)
Dificuldades financeiras (DIF)	14 (27)	4 (11)	6 (16)

Fonte: Do autor

Através da análise descritiva do questionário EORTC QLQ-C30, na Tabela 7, podemos verificar que os escores iniciais da escala funcional (ou seja antes do início da intervenção de relaxamento), ficaram classificados como satisfatórios. Nota-se que nas consecutivas avaliações em T_2 (meio do tratamento radioterápico) e em T_3 (final do tratamento radioterápico) o EGS/QV geral e as cinco escalas funcionais também foram satisfatórias, porém houve um aumento nas médias de escore, podendo inferir que estes domínios melhoraram ao longo do tratamento radioterápico.

Em relação aos escores iniciais da escala de sintomas, podemos verificar que os sintomas mais frequentes foram a insônia, constipação, fadiga e dor. Verifica-se que os escores dos sintomas foram mantidos ou melhoraram ao longo do tratamento radioterápico. Os sintomas de fadiga, dor e constipação reduziram consecutivamente. Em relação aos escores de perda de apetite e insônia, estes apresentaram aumento do escore em T_2 , com redução do escore em T_3 (final do tratamento radioterápico).

Não houve deterioração significativa de nenhuma escala, ao final do tratamento radioterápico. Inclusive, todas escalas funcionais e EGS/QV mantiveram-se como satisfatórias. As sintomatologias que ainda estiveram mais frequentes foram a fadiga, insônia e constipação.

As Tabelas 8, 9, 10 apresentam o teste de Wilcoxon das escalas do QLQ-C30, fazendo a comparação entre os tempos de avaliação ($T_1 \times T_2$) ($T_2 \times T_3$), ($T_1 \times T_3$) respectivamente, considerando significativos os valores $p < 0,05$.

Tabela 8 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_1 \times T_2$), Alfenas, 2019-2020

Variáveis	z	p
EGS/QV x EGS/QV	1.064	0.1437
FF x FF	1.549	0.0607
DP x DP	0.207	0.4181
FC x FC	1.255	0.1046
FS x FS	0.420	0.3372
FE x FE	0.402	0.3437
FAD x FAD	0.544	0.2931
NAV x NAV	0.314	0.3766
Dor x Dor	1.067	0.1430
DIS x DIS	0.269	0.3937
INS x INS	0.629	0.2647
PAP x PAP	0.350	0.3631
CON x CON	0.255	0.3994
DIA x DIA	0.000	0.5000
DIF x DIF	2.201	0.0139

Fonte: Do autor.

Legenda: EGS/QV: estado geral de saúde/qualidade de vida; FF: função física; DP: desempenho de papel; FE: função emocional; FC: função cognitiva; FS: função social; FAD: fadiga; NAV: náuseas/vômitos; DOR: dor; DIS: dispneia; INS: insônia; PAP: perda de apetite; CON: constipação; DIA: diarreia; DIF: dificuldades financeiras ($*p < 0.05$).

Na Tabela 8, foram comparadas a avaliação inicial, $T_1 \times T_2$ do tratamento radioterápico, ou seja de ($T_1 \times T_2$), nota-se que não foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas entre estes tempos.

Tabela 9 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_2 \times T_3$), Alfenas, 2019-2020

Variáveis	z	p
EGS/QV x EGS/QV	1.642	0.0502
FF x FF	1.363	0.0865
DP x DP	2.260	0.0119*
FC x FC	1.121	0.1311
FS x FS	0.269	0.3937
FE x FE	2.274	0.0115*
FAD x FAD	0.560	0.2847
NAV x NAV	0.944	0.1726
Dor x Dor	0.722	0.2352
DIS x DIS	0.269	0.3937
INS x INS	0.629	0.2647
PAP x PAP	1.478	0.0697
CON x CON	0.000	0.5000
DIA x DIA	0.000	0.0899
DIF x DIF	1.342	0.0899

Fonte: Do autor.

Legenda: EGS/QV: estado geral de saúde/qualidade de vida; FF: função física; DP: desempenho de papel; FE: função emocional; FC: função cognitiva; FS: função social; FAD: fadiga; NAV: náuseas/vômitos; DOR: dor; DIS: dispneia; INS: insônia; PAP: perda de apetite; CON: constipação; DIA: diarreia; DIF: dificuldades financeiras (* $p < 0.05$)

Na Tabela 9, de T_2 para T_3 ocorreram diferenças estatisticamente significantes nas escalas de desempenho de papel ($p = 0,0119$) e função emocional ($p = 0,0115$), indicando que a intervenção contribuiu para melhora destes domínios.

Tabela 10 – Teste de Wilcoxon do instrumento QLQ-C30, entre os tempos de ($T_1 \times T_3$), Alfenas, 2019-2020

Variáveis	z	p
EGS/QV x EGS/QV	2.499	0.0062*
FF x FF	1.799	0.0360*
DP x DP	1.695	0.0450*
FC x FC	1.645	0.0500
FS x FS	0.000	0.5000
FE x FE	2.130	0.0166*
FAD x FAD	1.088	0.1384
NAV x NAV	0.809	0.2092
Dor x Dor	0.282	0.3888
DIS x DIS	0.000	0.5000
INS x INS	0.917	0.1795
PAP x PAP	1.244	0.1068
CON x CON	0.051	0.4797
DIA x DIA	1.342	0.0899
DIF x DIF	1.677	0.0467*

Fonte: Do autor.

Legenda: EGS/QV: estado geral de saúde/qualidade de vida; FF: função física; DP: desempenho de papel; FE: função emocional; FC: função cognitiva; FS: função social; FAD: fadiga; NAV: náuseas/vômitos; DOR: dor; DIS: dispneia; INS: insônia; PAP: perda de apetite; CON: constipação; DIA: diarreia; DIF: dificuldades financeiras
* $p < 0.05$.

Na Tabela 10, as diferenças estatisticamente significantes foram encontradas de T_1 para T_3 no EGS/QV ($p = 0.0062$) nas escalas de função física ($p = 0.0360$), desempenho de papel ($p = 0.0450$), função emocional ($p = 0.0166$) e dificuldade financeira ($p = 0.0467$), podendo o relaxamento com visualização guiada estar associado com a melhora desses domínios.

Para identificar as mudanças nos parâmetros fisiológicos aferidos (Pressão Arterial Sistólica e Diastólica, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e Saturação de Oxigênio) antes e após a PIC- Relaxamento com Visualização Guiada, foram realizadas comparações através do cálculo de medida de tendência central e do teste de Wilcoxon. A Tabela 11 apresenta os resultados dessa comparação dos parâmetros nos três momentos (início, meio e final) do tratamento radioterápico, antes e após as sessões de relaxamento.

Tabela 11 – Comparação dos Parâmetros Fisiológicos: Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Saturação de Oxigênio (SaPO₂), antes e após a PIC - Relaxamento e Visualização Guiada para cada um dos três momentos do estudo: início (T_1), meio (T_2) e final (T_3) do tratamento radioterápico, Alfenas, 2019-2020

Parâmetros Fisiológicos	Mediana			Valor-p*		
	T_1	T_2	T_3	T_1	T_2	T_3
PAS	120x110	120x110	110x100	0.0191*	0.0372*	0.0297*
PAD	80x80	80x80	80x80	0.5000	0.0294*	0.1552
FC	84x82	87x85	80x82	01704	0.1401	0.0357*
FR	19x18	20x19	19x18	0.0886	0.0114*	0.2755
SaPO₂	97x97	99x98	99x97	0.2362	0.2426	0.0291*

Fonte: Do autor.

Em relação as medidas de tendência central é possível identificar uma redução dos parâmetros fisiológicos, pressão arterial sistólica em todas as reavaliações, pressão arterial diastólica e frequência respiratória em T_2 (meio), frequência cardíaca e saturação de oxigênio em T_3 , avaliação final do tratamento radioterápico.

8.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS TERAPÊUTICAS COM OS ESCORES DO INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30 E COM A ESCALA DE PIPER-REVISADA (EFP-R)

Foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas terapêuticas com os escores médios dos domínios de QVRS do EORTC QLQ-C30, para os domínios referentes as escalas funcionais (Física, Desempenho de Papel, Cognitiva, Social e Emocional), referente a primeira avaliação do estado global de saúde e QVRS das mulheres que estavam iniciando o tratamento radioterápico. A Tabela 12 traz as associações das variáveis sociodemográficas e clínicas com os domínios das escalas funcionais com o uso do instrumento EORTC de modo a quantizar a qualidade de vida dos pacientes via análise estatística através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para comparação de dois e três ou mais amostras independentes respectivamente.

Tabela 12 – Escores dos domínios da Escala funcional do EORTC QLQ-C30 com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(continua)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30				
		F. física	F. desempenho de papel	F. cognitiva	F. social	F. emocional
Faixa etária (a)						
18-21 anos	8	73,3 (27,8)	66,7 (38,8)	68,8 (13,9)	79,2 (19,4)	70,8 (24,0)
41-60 anos	12	74,4 (23,2)	75,0 (27,1)	79,2 (31,9)	86,1 (18,6)	72,9 (31,6)
61-80 anos	7	87,6 (11,2)	90,5 (18,9)	85,7 (17,8)	95,2 (8,1)	89,3 (11,5)
		0,408	0,217	0,051	*0,042	0,189
Estado Civil (a)						
Solteira	4	61,7 (30,5)	45,8 (39,4)	62,5 (28,5)	83,3 (13,6)	75,0 (39,7)
Casada	17	76,5 (22,1)	79,4 (24,7)	81,4 (24,9)	84,3 (20,0)	78,4 (24,3)
Viúva	1	86,7 (0,0)	100,0 (0,0)	83,33 (0,0)	100,00 (0,0)	66,67 (0,0)
Divorciada	4	95,0 (6,4)	100,0 (0,0)	83,3 (19,3)	95,9 (8,3)	72,9 (31,5)
Amasiada	1	80,0 (0,0)	33,3 (0,0)	50,0 (0,0)	83,3 (0,0)	75,0 (0,0)
		0,361	0,065	0,396	0,523	0,933
Cor (a)						
Branca	15	77,8 (24,1)	74,4 (32,0)	71,1 (28,5)	82,2 (20,3)	68,9 (28,8)
Parda	10	74,7 (22,4)	75,0 (28,6)	85,0 (16,6)	91,7 (11,8)	86,7 (18,9)
Negra	2	90,0 (4,7)	100,0 (0,0)	91,7 (11,8)	91,7 (11,8)	83,3 (23,6)
		0,676	0,363	0,319	0,475	0,203
Antecedentes patológicos (b)						
Sim	13	84,1 (20,5)	91,0 (12,9)	82,1 (27,6)	93,6 (14,5)	76,9 (26,2)
Não	14	71,4 (23,2)	63,1 (34,7)	73,8 (21,4)	79,8 (17,5)	76,2 (25,9)
		0,140	*0,036	0,157	*0,009	0,921
Profissão (a)						
Aposentada	6	85,6 (14,3)	91,7 (9,1)	91,7 (9,1)	97,2 (6,8)	83,3 (20,4)
Do lar	3	66,7 (35,3)	77,8 (19,3)	66,7 (57,7)	77,8 (25,5)	66,7 (44,1)
Cabeleireira	1	93,3 (0,0)	100,0 (0,0)	83,3 (0,0)	83,3 (0,0)	100,0 (0,0)
Professora	4	75,0 (27,4)	66,7 (40,8)	62,5 (16,0)	75,0 (29,0)	66,7 (18,0)
Outras	13	75,9 (22,9)	70,5 (34,9)	78,2 (20,8)	87,2 (13,9)	76,9 (27,3)
		0,853	0,697	0,258	0,317	0,490

Tabela 12 – Escores dos domínios da Escala funcional do EORTC QLQ-C30 com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(continuação)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30				
		F. física	F. desempenho de papel	F. cognitiva	F. social	F. emocional
Estadiamento (a)						
0	1	100,0 (0,0)	100,0 (0,0)	100,0 (0,0)	100,0 (0,0)	100,0 (0,0)
IA	7	82,9 (23,4)	83,3 (30,4)	90,5 (18,9)	85,7 (24,4)	83,3 (25,9)
IIA	8	77,5 (15,9)	66,7 (32,1)	68,8 (22,6)	85,4 (10,7)	69,8 (24,8)
IIB	3	77,8 (21,4)	94,4 (9,6)	88,9 (9,6)	83,3 (16,7)	88,9 (19,3)
IIIA	5	64,0 (36,7)	63,3 (38,0)	56,7 (32,5)	80,0 (16,7)	61,7 (33,1)
IIIB	2	80,0 (9,4)	83,3 (23,6)	91,7 (11,8)	100,0 (21,7)	79,2 (29,5)
IIIC	1	80,0 (0,0)	83,3 (0,0)	83,3 (0,0)	100,0 (0,0)	91,7 (0,0)
		0,156	0,435	0,091	0,995	0,329
Cirurgia (b)						
Sim	26	77,4 (22,9)	76,3 (30,3)	77,6 (24,3)	85,9 (17,4)	76,0 (26,2)
Não	1	80,0 (0,0)	83,3 (0,0)	83,3 (0,0)	100,0 (0,0)	91,7 (0,0)
		0,795	0,837	1,000	0,330	0,694
Tipo						
Cirurgia (a)						
Não fez	1	80,0 (0,0)	83,3 (0,0)	83,3 (0,0)	100,0 (0,0)	91,7 (0,0)
Mastectomia total	9	83,0 (21,9)	79,6 (33,1)	79,6 (16,2)	81,5 (21,2)	77,8 (21,7)
Retirada de nódulo	9	62,2 (25,4)	63,0 (33,1)	64,8 (32,8)	83,3 (18,6)	63,9 (22,6)
Quadrantectomia	8	88,3 (10,5)	87,5 (19,4)	89,6 (17,7)	93,8 (8,6)	87,5 (16,7)
		0,106	0,303	0,221	0,374	0,492
Nº sessões de						
Radioterapia (a)						
18-20 sessões	22	80,3 (21,4)	79,6 (28,1)	78,0 (25,9)	86,4 (18,3)	74,2 (27,5)
20-30 sessões	5	65,3 (25,1)	63,3 (36,1)	76,7 (19,0)	86,7 (13,9)	86,7 (15,1)
		0,108	0,252	0,635	0,793	0,455
Realizou						
quimioterapia (b)						
Sim	20	72,7 (23,5)	71,7 (31,6)	74,2 (25,6)	84,2 (19,1)	72,5 (27,3)
Não	7	91,4 (11,4)	90,5 (18,9)	88,1 (18,5)	92,9 (8,9)	88,1 (17,9)
		*0,041	0,122	0,134	0,337	0,175

Tabela 12 – Escores dos domínios da Escala funcional do EORTC QLQ-C30 com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(conclusão)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das Escalas Funcionais do EORTC QLQ-C30				
		F. física	F. desempenho de papel	F. cognitiva	F. social	F. emocional
Nº sessões de quimioterapia (a)						
Não realizou	8	87,5 (15,3)	89,6 (17,7)	89,6 (17,7)	93,7 (8,6)	89,6 (17,1)
1-10 sessões	5	61,3 (23,7)	60,0 (34,5)	76,7 (19,0)	83,3 (11,8)	85,0 (14,9)
10 à 20 sessões	12	80,0 (18,8)	73,6 (33,7)	77,8 (20,5)	84,7 (20,7)	70,1 (27,9)
Acima de 20 sessões	2	63,3 (51,8)	83,3 (23,6)	33,3 (47,1)	75,0 (35,4)	41,7 (35,4)
		0,181	0,391	0,103	0,509	0,114

Fonte: Do autor.

Legenda: (*) Valor de $p < 0,05$; (a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes) EORTC QLQ-C302 (b) Teste de Mann-Whitney (comparação de duas amostras independentes).

Na Tabela 12, a avaliação da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com a QVRS medida pelo EORTC QLQ-C30 para os domínios das escalas funcionais (Física, Desempenho de Papel, Cognitiva, Social e Emocional), constata-se que as diferenças estatisticamente significativas foram apresentadas na variável idade para função social ($p = 0,042$). Na associação entre antecedentes patológicos e os domínios do EORTC QLQ-C30, revelou-se um resultado significativo ($p < 0,05$) para a função desempenho de papel ($p = 0,036$) e para função social ($p = 0,009$). A avaliação da variável em ter realizado quimioterapia ou não, também apresentou resultado significativo para a função física ($p = 0,041$). A Tabela 13 demonstra os resultados referentes às associações das variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores médios das dimensões da Escala de Piper-Revisada.

Tabela 13 – Escores das dimensões da Escala de Piper-Revisada com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(continua)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor-p das dimensões da escala de Piper Revisada		
		D. comportamental	D. afetiva	D. sensorial/psicológica
Faixa etária (a)				
21-40 anos	8	4.5 (2,9)	4.1 (2,6)	3.8 (2,5)
41-60 anos	12	3.1 (2,7)	3.4 (3,3)	2.3 (2,4)
61-80 anos	7	2.4 (2,9)	1.0 (1,5)	1.3 (1,7)
		0,133	*0,021	*0,023
Estado civil(a)				
Solteira	4	3.7 (2,6)	3.2 (2,9)	3.3 (3,1)
Casada	17	3.1 (2,9)	2.9 (3,0)	1.9 (2,2)
Viúva	1	7.2 (0,0)	0.6 (0,0)	0.6 (0,0)
Divorciada	4	2.3 (2,7)	2.3 (2,6)	3.4 (1,9)
Amasiada	1	5.8 (0,0)	7.6 (0,0)	6.4 (0,0)
		0,598	0,524	0,424
Cor (a)				
Branca	15	3.7 (2,9)	3.7 (3,1)	3.0 (2,7)
Parda	10	2.7 (2,5)	2.4 (2,6)	2.2 (1,8)
Negra	2	3.8 (4,7)	0.3 (0,4)	0.3 (0,4)
		0,575	0,229	0,274
Antecedentes patológicos(b)				
Sim	13	2.4 (2,6)	1.92 (2,9)	1.9 (2,1)
Não	14	4.2 (2,8)	4.0 (2,7)	3.1 (2,6)
Profissão (a)				
Aposentada	6	2.5 (2,9)	1.17 (1,8)	1.1 (1,3)
Do lar	3	3.9 (3,3)	4.7 (5,0)	2.7 (3,5)
Cabeleireira	1	1.7 (0,0)	2.0 (0,0)	0.6 (0,0)
Professora	4	3.8 (3,8)	2.8 (2,8)	3.4 (3,3)
Outras	13	3.5 (2,7)	3.6 (2,8)	2.9 (2,3)
		0,927	0,440	0,497
Escolaridade (a)				
Baixa	2	1.0 (1,4)	0.0 (0,0)	1.5 (1,3)

Tabela 13 – Escores das dimensões da Escala de Piper-Revisada com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(continuação)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das dimensões funcionais da escala de Piper Revisada		
		D. comportamental	D. afetiva	D. sensorial/psicológica
Média	17	3.9 (2,5)	3.9 (2,9)	2.8 (2,40)
Alta	8	2.7 (3,5)	1.7 (2,3)	2.0 (2,6)
		0,709	0,565	0,501
Estadiamento (a)				
0	1	0.0 (0,0)	0.0 (0,0)	0.0 (0,0)
IA	7	2.1 (3,2)	1.8 (2,5)	1.7 (2,7)
IIA	8	4.5 (2,8)	4.5 (2,6)	3.8 (2,3)
IIB	3	5.1 (3,0)	1.5 (0,8)	0.7 (0,2)
IIIA	5	3.8 (2,6)	4.0 (4,1)	3.06 (2,7)
IIIB	2	1.9 (1,1)	3.8 (2,5)	2.6 (1,6)
IIIC	1	2.0 (0,0)	0.0 (0,0)	2.4 (0,0)
		0,158	0,307	0,122
Cirurgia (b)				
Sim	26	3.4 (2,8)	3.1 (2,9)	2.5 (2,4)
Não	1	2.0 (0,0)	0.0(0,0)	2.4 (0,0)
		0,897	0,194	0,700
Tipo Cirurgia (a)				
Não fez	1	2.0 (0,0)	0.0 (0,0)	2.4 (0,0)
Mastectomia total	9	3.3 (3,4)	3.1 (3,0)	2.3 (2,5)
Retirada de nódulo	9	4.4 (2,5)	4.0 (3,5)	3.3 (2,8)
Quadrantectomia	8	2.2 (2,3)	2.1 (1,8)	1.8 (1,8)
		0,422	0,366	0,541
Nº sessões de Radioterapia (a)				
18-20 sessões	22	2.9 (2,8)	3.1 (2,9)	2.5 (2,5)
20-30 sessões	5	5.1 (2,0)	2.5 (3,0)	2.4 (2,3)
		0,098	0,902	0,785
Quimioterapia (b)				
Sim	20	3.8 (2,8)	3.6 (2,9)	2.9 (2,5)
Não	7	1.8 (2,6)	1.3 (2,0)	1.3 (1,8)

Tabela 13 – Escores das dimensões da Escala de Piper-Revisada com os dados sociodemográficos e clínicos das pacientes com câncer de mama em radioterapia, Alfenas-MG, Brasil, 2019-2020

(conclusão)

Variáveis	n	Escore médio, desvio padrão e valor de p das dimensões funcionais da escala de Piper Revisada		
		D. comportamental	D. afetiva	D. sensorial/psicológica
		0,059	*0,039	0,067
Nº sessões de quimioterapia (a)				
Não realizou	8	1.6 (2,5)	1.1 (1,9)	1.2 (1,7)
1-10 sessões	5	6.3 (1,4)	3.7 (3,0)	2.7 (2,8)
10 à 20 sessões	12	3.1 (2,4)	3.6 (2,5)	3.1 (2,4)
Acima de 20 sessões	2	3.9 (4,6)	5.0 (7,1)	3.4 (4,8)
		0,224	*0,047	0,072

Fonte: Do autor.

Legenda: (*) Valor de $p < 0,05$; (a) Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes) EORTC QLQ-C302 (b) Teste de Mann-Whitney (comparação de duas amostras independentes).

Na Tabela 13, a avaliação da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com as dimensões funcionais da Escala de Piper-Revisada apresentou diferenças estatisticamente significativas para as associações entre a variável faixa etária com a dimensão afetiva ($p = 0,021$) e com a dimensão sensorial/psicológica ($p = 0,023$). Na associação entre a variável ter realizado quimioterapia, foi constatada a associação com a dimensão afetiva ($p = 0,039$). Verifica-se que a variável número de sessões de quimioterapia, apresentou diferença para a dimensão afetiva ($p = 0,047$).

9 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou conhecer o efeito da Prática integrativa e complementar de Relaxamento com Visualização Guiada na redução da fadiga e na melhora da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama submetidas a radioterapia. Considerando que a fadiga se trata de um sintoma comum em pacientes em tratamento radioterápico afetando a QVRS. Deste modo foram acompanhadas 27 mulheres com câncer de mama que estavam iniciando o tratamento radioterápico.

Na análise descritiva dos dados relativa às características sociodemográficas, a classe de maior frequência para idade foi de 41-60 anos (44%). De acordo com a literatura, o câncer de mama aumenta sua incidência com a idade, especialmente acima dos 50 anos (VIEIRA et al., 2017). Porém há um aumento na incidência de câncer de mama entre mulheres mais jovens nos últimos anos. No Brasil, mulheres com menos de 35 anos apresentam uma incidência de 4% a 5% dos casos, o que anteriormente era representado por apenas 2%, fenômeno que não é observado apenas no Brasil, mas em outros países em desenvolvimento (VIEIRA et al., 2017).

Em relação ao nível de escolaridade, boa parte das pacientes apresentaram nível médio. Para Bonotto, Mendoza-Sassi e Susin (2016), ter baixa escolaridade pode dificultar o acesso a informações de qualidade. Sendo que o conhecimento em relação ao câncer de mama e seus fatores de risco são maiores à medida que a escolaridade aumenta (BATISTON et al., 2011). As profissões apresentadas pelas participantes estão em acordo com nível de escolaridade descrito por elas. Um estudo de revisão sistemática realizado nas bases PubMed, ScienceDirect, Cochrane e LILACS analisou os fatores associados ao retorno ao trabalho após o tratamento para o câncer de mama. Foram incluídos 19 artigos, sendo constatado que a prevalência de retorno ao trabalho variou entre 32% e 82%. Os principais aspectos facilitadores foram: alto nível educacional, ser solteira, renda alta e apoio no local do trabalho. Os aspectos que dificultaram esse retorno foram: ter realizado quimioterapia, fadiga, presença de comorbidades e idade avançada. Compreender os aspectos facilitadores e os que dificultam o retorno dessas mulheres ao trabalho se torna cada dia mais importante, para que essas mulheres consigam retornar a sua rotina (VÁSQUEZ-TRESPALACIOS et al., 2019).

No que concerne à cor 56%, das mulheres se autodeclararam da cor branca. Mesmo sendo um dos fatores mais bem estabelecidos para o câncer de mama, é um tipo de câncer comum em todas as etnias, ocorrendo com maior frequência em mulheres brancas (ACS, 2020; VIEIRA et al., 2017). Resultado que diverge dos estudos de Bahia et al. (2019) e de Rocha et al. (2018b), onde as mulheres em tratamento radioterápico para o câncer de mama se autodeclararam da cor parda. Apesar da cor branca ser um fator predisponente para o câncer de mama, um estudo de coorte retrospectivo, realizado em 239 unidades hospitalares do Brasil, demonstrou que mulheres não brancas, apresentaram maior atraso

para o diagnóstico para este tipo de câncer (MEDEIROS et al., 2015). Já em um estudo descritivo e retrospectivo realizado em todas as capitais do Brasil e no Distrito Federal, analisou dados secundários de declaração de óbitos de mulheres com câncer de mama em quinquênios, sendo observado que as mulheres de cor branca representaram a maior taxa de mortalidade (COSTA et al., 2019).

A grande porcentagem das pacientes eram provenientes de cidades pertencentes ao estado de Minas Gerais, circunvizinhas a Alfenas/MG, o que também foi demonstrado em outros estudos realizados na região onde a maioria dos pacientes em tratamentos oncológicos também eram de cidades circunvizinhas a Alfenas/MG (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015). Sendo que a maioria das participantes residiam na zona urbana.

Quanto a crença religiosa, 63% das participantes se declararam católicas, o que vai ao encontro da literatura, onde a principal crença religiosa foi o catolicismo em estudos com pacientes em tratamentos oncológicos (GUERRERO et al., 2011; LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015). Em um realizado por Rocha et al. (2018b) em mulheres em tratamento radioterápico para câncer de mama, 70,8% relataram ser católicas. A espiritualidade e a religiosidade são destacadas como fatores contribuintes no processo de recuperação da saúde e enfrentamento da doença, possibilitando um novo sentido à experiência do adoecimento (RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019), tonando-se uma importante ferramenta para as mulheres com câncer de mama que buscam o enfrentamento da doença e de seu tratamento (LOPES; ANJOS; CAMPOS, 2019).

A predominância em relação ao estado civil foi de mulheres casadas. Outros estudos também realizados com mulheres em tratamentos oncológicos, o estado civil predominante foi de casadas (SOARES et al., 2012; VILLAR et al., 2017). Apesar dos estudos não considerarem o estado civil como um fator relevante esse torna-se necessário para avaliação do perfil da paciente (DUGNO et al., 2014).

Quanto ao número de filhos e ao tempo de amamentação em relação a amostra, 22% das pacientes não possuíam filhos e 26% relataram não ter amamentado. A nuliparidade, ou reduzido número de gestações é tendência associada ao desenvolvimento socioeconômico atual, sendo colocado como importante fator para o desenvolvimento do câncer de mama (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020c). É observado que o tempo de amamentação foi relativamente alto entre as participantes, sendo demonstrado como um fator de proteção para o câncer de mama, quando praticada por no mínimo seis meses (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2020c; VIEIRA et al., 2017).

Na análise descritiva dos dados relativos às características clínicas relacionadas à terapêutica utilizada para o câncer de mama, (além da radioterapia), 70% das participantes realizaram quimioterapia anterior a radioterapia, 96% destas mulheres haviam passado por procedimento cirúrgico relacionado a mama, sendo eles a retirada de nódulo, quadrantectomia e mastectomia total.

De acordo com a Portaria Conjunta n°04, de 23 de janeiro de 2018, o tipo mais comum

é a mastectomia radical que compreende a retirada total da mama e o esvaziamento axilar, sendo indicada normalmente para os níveis I, II e III. Já a cirurgia conservadora é indicada para tumores invasivos com perspectiva de atingir margens negativas, sendo o tamanho do tumor proporcional ao volume da mama (BRASIL, 2018b). No entanto os procedimentos cirúrgicos relacionados com a mama vêm passando por modificações. cada vez mais as cirurgias radicais vêm sendo substituídas por cirurgias conservadoras (PIRES et al., 2017). A cirurgia conservadora se fundamenta na exérese cirúrgica do tumor através da setorectomia ou quadrantectomia e no manejo axilar, com retirada de linfonodo sentinela com ou sem dissecação axilar (MARTA et al., 2011). O fato do aumento das indicações de cirurgias conservadoras faz com que haja um aumento das indicações da radioterapia, com intuito de reduzir a recorrência na mama ou nos linfonodos próximos (VIEIRA et al., 2017).

Com relação ao estadiamento do câncer, foi possível notar que a maioria das pacientes se encontravam em estágios iniciais, o que conseqüentemente pode levar a chance de um melhor prognóstico. O diagnóstico em fase inicial tem sido associado com variáveis como condições socioeconômicas e as condições de acesso à saúde oferecida a população (FREITAS; WELLER, 2015). Os resultados desse estudo corroboram com a pesquisa de Bahia et al. (2019), onde as mulheres em radioterapia também se encontravam em estágios iniciais do câncer de mama: 48,3% em estágio III, 41,6% em estágio II e 10,1% em estágio I. O estudo de Pegorare (2014) também traz resultados semelhantes, onde a maioria das mulheres em tratamento radioterápico encontravam-se em estágios iniciais do câncer, sendo o estágio II representado por 57% das participantes. É fato que os avanços nas condições de acesso a saúde antecipam o diagnóstico do câncer de mama. Porém muitas mulheres ainda descobrem a doença em estágios mais avançados, o que pode limitar o sucesso terapêutico (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009). O estadiamento do câncer, principalmente em estágios localmente avançados e metastáticos, tentem a causar mais impactos negativos na QVRS (COSTA et al., 2017; LIMA; SILVA, 2020). Este estudo particularmente não apresentou pacientes em estágios metastáticos.

Detectar precocemente o câncer e realizar o rastreamento de populações vulneráveis integram ações imprescindíveis na linha de cuidado ao câncer de mama, para uma melhor assistência a esse público, de maneira a provocar um impacto positivo e melhoria da QV (FORTES; HAACK; FRAZÃO, 2018). O conhecimento do perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama se torna cada dia mais essencial para prestar uma assistência holística durante cada momento do itinerário terapêutico.

Um estudo de revisão sistemática realizado por Spadacio e Barros (2008) demonstrou que o perfil dos pacientes que utilizam as PICs são adultos, com idade entre 30 a 59 anos, do sexo feminino, com grau de escolaridade elevado, renda familiar alta, portador de doença em estágio avançado, praticante de alguma religião e influenciados etnicamente. Nessa pesquisa, com relação a adesão das pacientes, encontramos alguns desses traços,

como sexo feminino, faixa etária e nível de escolaridade.

A fadiga foi investigada neste estudo, por ser um sintoma prevalente em pacientes submetidos a terapias oncológicas, dentre estas, a radioterapia. Sendo considerada em um conceito multidimensional e avaliada pela escala de Piper-Revisada. Neste sentido foi realizada a classificação da fadiga seguindo a sugestão da National Comprehensive Cancer Network. As participantes foram consideradas fatigadas ao apresentarem um escore diferente de zero na escala de Fadiga de Piper-Revisada. Os sintomas de fadiga apresentados pelas participantes, foram classificados em três níveis: Leve, Moderada, Intensa. Os resultados indicaram que o número de pacientes que apresentaram fadiga no início do tratamento (T_1) foi o maior quando comparado aos outros tempos, sendo representado por 93,3% das pacientes, podendo isso estar relacionado com o número de pacientes que já haviam realizado tratamento quimioterápico anteriormente, representado por 70% das pacientes. No que concerne a intensidade da fadiga o T_3 apresentou o maior número de pacientes com fadiga leve e o menor número de pacientes com classificação moderada e intensa. A classificação moderada do T_2 , foi a que obteve maior porcentagem quando comparada aos outros tempos. Na classificação Intensa o T_1 e o T_2 mantiveram-se equiparados, sendo representados por 14,8%.

Em um estudo longitudinal realizado por Bahia et al. (2019), onde avaliou-se a fadiga em mulheres com câncer de mama, de acordo com a mesma classificação utilizada neste estudo, ao longo do tratamento radioterápico, no início (T_1), meio (T_2) e final (T_3), sem a aplicação de intervenções, foi evidenciado um aumento gradativo da intensidade da fadiga ao longo das avaliações. Neste sentido, quando comparado com a classificação da fadiga desse estudo, podemos observar que o número de mulheres que apresentavam fadiga foi menor em T_2 e T_3 em comparação com os valores apresentados inicialmente.

A intensidade média da fadiga ao final da radioterapia nas mulheres deste estudo foi de 4,0 (DP=1,6) para o Piper global, indicando que estas pacientes continuaram relatando fadiga ao longo do tratamento. Para dimensão comportamental 2,3 (DP=2,8), para dimensão afetiva 2,8 (DP=3,3) e para dimensão sensorial e psicológica 1,6 (DP=2,3), indicando que apesar dessas mulheres terem apresentado uma fadiga leve desde o início e ao longo do tratamento. O escores das dimensões apresentaram redução ao final do tratamento indicando uma redução da intensidade dos sintomas, sendo possível observar que a intensidade da fadiga e o escore da média foram menores no tempo 3 de reavaliação. No estudo realizado por Bahia et al. (2019), a fadiga apresentou um aumento significativo ao longo das avaliações T_1 e T_2 , sendo classificada com intensidade média ao final da radioterapia, com média 6,0 (DP=1,7), o que indicou uma fadiga moderada.

Um estudo longitudinal avaliou os efeitos iniciais da radioterapia para o câncer de mama na qualidade de vida relacionada à saúde e os fatores preditores de fadiga. As avaliações foram realizadas antes do início do tratamento radioterápico (baseline), imediatamente após o término do tratamento radioterápico e três, seis e 12 meses após o início do tratamento.

Os instrumentos utilizados para as avaliações entre os tempos foram HRQOL, EORTC QLQ-C30 versão 3.0, EORTC QLQ-BR23. Foi encontrado que os sintomas de fadiga apresentaram pontos mais altos logo após o início do tratamento radioterápico. Durante a radioterapia a fadiga aumentou em 53% das pacientes, reduziu em 21% e permaneceu inalterado em 26% (REIDUNSDATTER et al., 2011).

Em um outro estudo realizado por Lamino et al. (2015), foi examinada a prevalência e os preditores independentes da fadiga em 163 mulheres com câncer de mama através da escala de Piper-Revisada. A fadiga clinicamente relevante com pontuação maior ou igual 4 esteve presente em 31,9% da amostra e a intensidade média foi 6,0 (DP = 1,3), os sintomas de dor e de depressão foram fatores que não se associaram à fadiga. Sendo concluído que o controle da fadiga é pouco conhecido, mas a depressão e a dor podem ser tratadas e talvez proporcionem alívio da fadiga.

Já em um estudo de coorte prospectivo em que a fadiga foi avaliada em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e câncer de próstata, em três momentos do tratamento radioterápico (no início da radioterapia, no final e 6 semanas após o tratamento radioterápico), demonstrou aumento do sintoma de fadiga durante a radioterapia e uma redução após seis semanas da conclusão do tratamento radioterápico (PURCELL et al., 2010). Estes resultados nos levam a prever que o relaxamento com visualização guiada foi eficaz na redução da fadiga e de sua intensidade como evidenciado no estudo em questão.

As diferenças apresentadas entre as avaliações nos diferentes tempos foram significativas quando comparados entre os tempos de T_2 (meio) em comparação com T_3 (final), para dimensão comportamental ($p < 0,001$) e para dimensão sensorial/psicológica ($p < 0,001$), para os tempos T_1 (baseline) em comparação com T_3 (final), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a dimensão comportamental ($p < 0,001$), para dimensão afetiva ($p = 0,019$) e para dimensão sensorial/psicológica ($p < 0,001$), indicando uma melhora dessas dimensões ao longo do tratamento.

Um estudo realizado na Grécia por Lavdaniti et al. (2006) avaliou os sintomas de fadiga em 106 mulheres gregas com câncer de mama em radioterapia adjuvante, em três pontos de medição T_0 (antes do início do tratamento), T_1 (meio do tratamento) e T_2 (final do tratamento). O instrumento utilizado para esta avaliação foi a escala de Piper-Revisada, sendo indicado que a fadiga aumentou durante a radioterapia gradativamente em todos os momentos: entre T_0 e T_1 ($p < 0,001$), entre T_1 e T_2 ($p = 0,017$), e entre T_0 e T_2 ($p < 0,001$).

Em estudo controlado e não randomizado, realizado em um hospital da Turquia, buscou-se investigar o efeito do Reiki e do relaxamento com visualização guiada, sobre os sintomas de dor e fadiga em um grupo de 180 pacientes oncológicos divididos em três grupos: Reiki ($n = 60$), relaxamento com visualização guiada ($n = 60$) e o grupo de controle grupo ($n = 60$), onde a intervenção de relaxamento foi aplicada em aproximadamente 15 minutos, por três vezes na semana, sendo demonstrado que o grupos intervenções Reiki

e relaxamento com visualização guiada apresentaram redução significativa da dor e da fadiga (BUYUKBAYRAM; CITLIK-SARITAS, 2020).

O efeito do relaxamento com imagem guiada também foi avaliado no estudo de Serra et al. (2012) em mulheres que realizavam radioterapia para câncer mama. As sessões de relaxamento foram aplicadas antes das sessões de radioterapia em um grupo de 60 mulheres, que também receberam cópias do CD para praticar a terapia em casa. Foi utilizado o questionário EQ5D do EuroQol Group, antes e depois de cada sessão. Os resultados revelaram o aumento da dor e desconforto ($p < 0,001$) e diminuição dos níveis de ansiedade e depressão ($p = 0,01$).

Um outro estudo experimental realizado na Turquia avaliou o efeito da intervenção relaxamento com visualização guiada em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico sobre os sintomas de insônia e fadiga. A escala utilizada para mensuração da fadiga foi a de Piper-Revisada, a prática de relaxamento foi aplicada por um tempo de 25-30 minutos, sendo realizadas no primeiro e no décimo quinto dia dos ciclos de quimioterapia, as participantes também receberam um CD com as gravações e foram orientadas a praticar diariamente em casa. A amostra do estudo foi composta por 27 mulheres em tratamento quimioterápico (14 no grupo intervenção, 13 grupo controle). Os resultados do estudo demonstram um melhora significativa dos sintomas de insônia e fadiga para o grupo intervenção (DEMIRALP; OFLAZ; KOMURCU, 2010).

Tian et al. (2016) em um estudo transversal Investigou a prevalência e fatores associados a fadiga relacionada ao câncer entre pacientes do leste da china. 1.749 responderam ao Brief Fatigue Inventory (BFI), desses, 52,07% experimentaram fadiga clinicamente significativa. Os fatores associados com a FRC foram qualidade do sono ruim, baixa prática de atividade física, e estadiamento do câncer.

Um outro estudo longitudinal também examinou os potenciais preditores de fadiga relacionada ao câncer (FRC) antes, durante e após a terapia adjuvante em mulheres com câncer de mama. O questionário utilizado para avaliação foi a escala de Piper-Revisada. O distúrbio do humor foi o preditor mais significativo da FRC em todos os momentos. A interleucina-1 beta, previu os níveis de FRC antes da terapia adjuvante, o cortisol matinal antes da terapia adjuvante previu os níveis de FRC durante e após a terapia adjuvante (AH; KANG; CARPENTER, 2008).

A FRC consiste em sintoma comum e angustiante em mulheres em tratamento para o câncer de mama, podendo ser reportado por 40% a 80% das pacientes em tratamento oncológico, muitas vezes esse sintoma pode permanecer por tempos após o tratamento oncológico (MENESES-ECHÁVEZ; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ; RAMÍREZ-VÉLEZ, 2015). A FRC consiste em um forte preditor pra redução da satisfação pessoal e de qualidade de vida de maneira grave, porém continua sendo um sintoma pouco reportado e não tratado de maneira adequada (CAMPOS et al., 2011). Os profissionais apresentam falta de conhecimento ou subestimam o quão impactante pode ser a fadiga sobre a qualidade

de vida e ao mesmo tempo esses pacientes também podem considerar a fadiga como algo inevitável advindo do próprio tratamento (CAMPOS et al., 2011).

O tratamento oncológico tende a trazer diversas modificações na rotina de mulheres com câncer de mama, isso pode ocorrer desde o momento do acometimento da doença e tendem a se acentuar ao longo do tratamento devido aos efeitos colaterais como a fadiga e mudanças de rotina estabelecida a essas mulheres, estes acontecimentos tentem a causar o comprometimento da QVRS (EDIB et al., 2016).

Com relação a avaliação da QVRS através da média e do desvio padrão das escalas funcionais do instrumento QLQ-C30 apresentada nesse estudo, observa-se que os escores de função física, desempenho de papel (DP), função cognitiva (FC), função social (FS) e função emocional (FE), apresentaram escores elevados no início do tratamento, sendo considerados em um patamar satisfatório. Sabe-se que os escores obtidos nas escalas funcionais, quanto mais altos e próximos de 100, representam um melhor funcionamento (HINZ; SINGER; BRÄHLER, 2014).

Em um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, que utilizou o instrumento EORTC QLQ-C30 para avaliar pacientes em tratamento adjuvante, a avaliação das escalas funcionais: funções física (FF), função cognitiva (FC), função social (FS) e desempenho de papel (DP), as médias variaram de 60,23 a 66,00, o que indicou um nível que variou de regular a satisfatório. Para a função emocional (FE), a média encontrada de 45,69 mostra que as pacientes sentiram-se preocupadas, deprimidas, tensas e/ou irritadas, demonstrando que este escore foi o mais prejudicado (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Em um estudo observacional analítico transversal, foi avaliado o impacto do tratamento oncológico na QV de mulheres com câncer de mama com o instrumento EORTC QLQ-C30. Para a escala funcional, a função emocional foi a mais prejudicada e para a escala de sintomas os mais frequentes foram a insônia e a fadiga (BARBER et al., 2018).

Para este estudo em questão as médias encontradas para as escalas funcionais mantiveram-se no patamar satisfatório em todos os momentos de avaliação, sendo possível observar que os escores foram se elevando ao longo do tratamento e que apesar de estarem classificados como satisfatórios, apresentaram melhora ao longo do tempo, finalizando com melhores médias de escores que os iniciais.

Nas escalas de sintomas, os predominantes foram a insônia (INS), seguido pela constipação (CON), fadiga (FAD) e dor (DOR) em todas as avaliações, resultado que corrobora com o estudo de Nicolussi e Sawada (2011), onde o sintoma prevalente em pacientes em tratamento oncológico também foi a insônia. Os sintomas de náuseas e vômitos (NAV), dispneia (DIS), perda de apetite (PAP), diarreia (DIA) e dificuldades financeiras (DIF) apresentaram escore baixo, indicando pouca sintomatologia presente nessas mulheres.

O impacto da radioterapia em mulheres com câncer de mama foi investigado no estudo de Sharma e Purkayastha (2017), onde foram avaliados aspectos psicológicos, financeiros e sexuais. Os instrumentos utilizados para avaliação foram o EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23.

Para as avaliações do instrumento EORTC, a função emocional foi a mais afetada, mesmo estando no início do tratamento radioterápico, com uma pontuação média de 63,75. A pontuação referente ao estado global de saúde apresentou pior escore ao final do tratamento, com média de escore de 32,36, sendo apresentada um melhora significativa dessa pontuação após três meses do término do tratamento com escore de 68,16. Em relação aos sintomas, as pontuações mais altas foram apresentadas para insônia 29,99, fadiga 26,57 e dor 23,05. Corroborando com os resultados apresentados nesse estudo, onde estes sintomas também estiveram mais frequentes ao longo das avaliações.

O estudo de Shandiz et al. (2017) teve por objetivo investigar a QVRS e os fatores relacionados para a população iraniana de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Para avaliação foi utilizado o instrumento EORTC QLQ-C30. Para escala de sintomas, a maior pontuação foi encontrada para insônia ($22,73 \pm 14,89$) e fadiga ($19,81 \pm 14,42$). Outros estudos também demonstram que pacientes que se submetem a alguns tratamentos, como radioterapia, experimentam efeitos colaterais desagradáveis. O estudo de Monfared et al. (2013) afirmou que a quimioterapia e a radioterapia levou a ocorrência e intensidade de toda a gama de sintomas psicológicos durante o período de tratamento, afetando a QVRS de pacientes com câncer.

Um estudo Coreano com desenho descritivo transversal teve como objetivo avaliar a fadiga, os problemas de sono e a QVRS de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. A fadiga foi mensurada através da versão coreana da escala de fadiga FACIT. A QVRS foi mensurada através da versão coreana (FACTB) versão 4. A fadiga e distúrbios do sono apresentaram correlações positivas e estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Entretanto a fadiga e QV ($p < 0,001$) e distúrbios do sono e QV ($p < 0,001$), apresentaram correlações negativas estatisticamente significante (KIM; PARK, 2015), sendo indicado que a qualidade do sono pode interferir diretamente na QVRS.

Para o câncer de mama, a indicação da radioterapia torácica no pós operatório possui ampla indicação, no intuito de reduzir os riscos de recorrência locorregional e melhorar a sobrevida global (MINOR et al., 2006; OVERGAARD et al., 1997). No entanto além dos sintomas psicológicos apresentados, surgem os sintomas físicos relacionados com a radioterapia torácica. Podendo ser reportados por essas mulheres a pneumonite, que pode ser relatada de um a quatro meses após o término da radioterapia (AOYAMA et al., 2007; JAÉN et al., 2006). Podem surgir impactos negativos sobre o sistema respiratório caracterizado por fraqueza muscular e restrição da mobilidade torácica (SUESADA et al., 2018). Podem ocorrer complicações relacionadas com ombro e braço, tumores secundários, complicações relacionadas a mama, lesão cardíaca (SENKUS-KONEFKA; JASSEM, 2006). Adicionalmente é possível citar comprometimentos na sexualidade dessas mulheres (MORTADA et al., 2018; RIM et al., 2017).

As lesões cardíacas podem ser apresentadas tardiamente ao tratamento radioterápico, quando a mama esquerda é irradiada (OLIVEIRA; LIMA; CARVALHO, 2018). Podendo

atingir qualquer estrutura cardíaca, como pericárdio, miocárdio, valvas, sistema de condução e coronárias, esse tipo de comprometimento pode ocorrer de 10 a 30% das mulheres (BITTAR; FONSECA, 2017; DONNELLAN et al., 2016). Já as complicações que fazem relação com o pulmão, podem se apresentar precocemente como a pneumonite, sendo manifestada por tosse, febre baixa, dispneia, fadiga e dor torácica pleurítica (CHOPRA; BOGART, 2009). Mais tardiamente também podem surgir a fibrose pulmonar ocorrendo de seis a quatro meses (SENKUS-KONEFKA; JASSEM, 2006). Senkus-Konefka e Jassem (2006) traz como as complicações mais incidentes as relacionadas ao ombro e braço o linfedema, plexopatia braquial que podem acometer até 90% das mulheres.

Os tumores secundários também são complicações citadas na literatura, como o câncer de mama contralateral, tumores de pele endométrio, colo retal e pâncreas. Os citados com maior frequência são os cânceres de ovário, pulmão, renal, uterino, sarcoma e melanoma. Em casos raros podem ser citadas a fratura de costela, dor crônica, trombose venosa axilar e necrose óssea. Entretanto com a modernização dos equipamentos de radioterapia é permitido um melhor direcionamento dos feixes de radiação, tornando raras essas complicações (SENKUS-KONEFKA; JASSEM, 2006). Outra complicação relacionada com a radioterapia adjuvante é o angiossarcoma da mama, que apesar de ser uma complicação rara, possui um mal prognóstico e alta taxa de recorrência, sendo necessário um elevado índice de suspeição para que o diagnóstico ocorra precocemente (ALVES; MARQUES, 2018).

É importante que profissional da saúde, em especial o enfermeiro, esteja atento a essas complicações, nesse estudo não foi possível identificar essas complicações, uma vez que o seguimento foi por um período pequeno e ainda as pacientes estavam em tratamento radioterápico.

Com a comprovação do aumento da sintomatologia e da redução da QVRS, decorrentes das terapias oncológicas, surgem as terapias integrativas e complementares com intuito de apoiar a terapia convencional. As mulheres são as maiores constituintes do público de usuários das terapias integrativas e complementares, tanto nacionalmente como internacionalmente (WORTMANN et al., 2016).

O efeito da prática integrativa relaxamento com visualização guiada foi comparado entre os tempos de reavaliação ao longo do tratamento radioterápico. Os resultados apresentaram significância para os tempos de T_2 (meio) em comparação T_3 (final) para a escala funcional nas dimensões de desempenho de papel e função emocional. Já a comparação entre os tempos de reavaliação T_1 (baseline) e em comparação com T_3 (final), as diferenças estatisticamente significantes foram para a escala funcional em: função física, desempenho de papel e função emocional. Para a escala de sintomas apresentaram significância o sintoma de dificuldade financeira e foi altamente significativo para o sintoma de insônia.

Um estudo realizado por Mortada et al. (2018) comparou os escores de QVRS em pacientes com câncer de mama que receberam diferentes linhas de tratamento, utilizando

os instrumentos EORTC QLQ-C30 e a escala QLQBR23. O grupo de hormonioterapia registrou pontuações mais altas da escala funcional em todos subdomínios do QLQ-C30, enquanto estes eram os mais baixos no grupo de mulheres que estavam em tratamento radioterápico. O grupo que estava em quimioterapia apresentaram os escores mais baixos na maioria das subescalas do QLQBC23. No estudo de Shandiz et al. (2017) onde foi investigada a QVRS e os fatores relacionados em mulheres iranianas com câncer de mama, aquelas que receberam terapia hormonal tiveram melhor QVRS, enquanto aqueles que receberam radioterapia apresentaram QVRS inferior, concluindo-se que quanto menos invasiva a intervenção terapêutica, maior tende a ser a QVRS nesses pacientes.

Já o estudo de Villar et al. (2017) teve por objetivo determinar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e detectar as mudanças sofridas após os tratamentos, sendo encontrado que após os tratamentos, a sintomatologia geral das pacientes e a função física e funcional pioraram significativamente. Isso ocorreu geralmente após o tratamento cirúrgico devido aos tratamentos recebidos: quimioterapia, radioterapia e terapias hormonais.

Em um estudo de revisão integrativa realizado por Rocha et al. (2018a) sobre evidências científicas de fatores associados a qualidade de vida de pacientes com radiodermatite devido o tratamento radioterápico. Foi concluído que a radiodermatite acarreta prejuízos aos pacientes em tratamento radioterápico e dentre os fatores que mais comprometem a qualidade de vida são os sintomas físicos de dor, desconforto, fadiga, reações emocionais, alterações da sensibilidade, da imagem corporal e do sono. Durante a realização deste estudo em questão, uma participante necessitou interromper o tratamento radioterápico e conseqüentemente a participação no estudo devido a radiodermatite. A decisão sobre realizar a terapia adjuvante para o câncer de mama deve ser uma opção médica discutida juntamente com o paciente. Esclarecer sobre a chance de redução da taxa de recorrência locorregional, além dos inconvenientes e possíveis efeitos adversos da radioterapia, como a mudança na coloração da mama, desconforto na região da mama, insatisfação com a aparência, fadiga, falta de energia, dificuldade de dormir e particularmente seus efeitos na QVRS (SUNDARESAN et al., 2015).

A prática de relaxamento com visualização guiada apresenta um efeito benéfico no humor, com tendência a melhorar a saúde física, o estado mental e conseqüentemente reduzir os níveis de estresse, sendo responsável também por regular processos bioquímicos, com a liberação de endorfinas, dopamina e serotonina (SASIKALA et al., 2019).

As seções de relaxamento com visualização guiada aplicadas nesse estudo tiveram duração de aproximadamente 15 minutos, a gravação em CD conduzia as participantes a se posicionarem de uma maneira confortável, iniciando movimentos respiratórios de relaxamento, sendo orientadas a fechar os olhos para iniciar o processo de imaginação. Conduzidas a imaginar o câncer e suas características, seus glóbulos brancos combatendo o câncer, também foram convidadas a imaginar imagens agradáveis da natureza, fazendo algo que antes achavam que não poderiam fazer por conta da doença, sendo solicitado ao

final a agradecer por ter se dado a oportunidade de dispor desse momento.

Nesse estudo também foram avaliados os parâmetros fisiológicos, sendo comparados entre os tempos de reavaliação. Foi possível notar que o parâmetro pressão arterial sistólica apresentou significância em todos os tempos de avaliação, a pressão arterial diastólica apresentou significância no segundo momento de avaliação, a frequência cardíaca e saturação de oxigênio no terceiro momento de avaliação e a frequência respiratória no segundo momento de avaliação.

A redução de valores dos parâmetros fisiológicos, pode demonstrar que essas mulheres conseguiram atingir o estado de relaxamento através da visualização guiada. Um estudo piloto realizado por Tang, Harms e Vezeau (2008), avaliou a eficácia do relaxamento como ferramenta para reduzir a pressão arterial e aumentar variabilidade da frequência cardíaca em idosos. A intervenção consistiu em 12 sessões de relaxamento com visualização guiada sendo a pressão arterial e a frequência cardíaca medida antes e após cada intervenção. A intervenção resultou em uma diferença estatisticamente significativa para pressão arterial sistólica ($p = 0,001$), pressão arterial diastólica ($p = 0,001$) e para frequência cardíaca ($p = 0,005$). Para Gordon (2008) o relaxamento é capaz de promover um série de eventos como a redução da pressão arterial, da frequência cardíaca e frequência respiratória. As imagens guiadas também podem ajudar a aliviar os sintomas causados ou agravados pelo estresse, como dor no peito (angina), pressão alta, glicose alta no sangue, dores de cabeça e problemas digestivos e respiratórios (SASIKALA et al., 2019).

Um estudo piloto realizado por Armstrong et al. (2014) visou avaliar a eficácia da massagem com ou sem imagens guiadas na redução da ansiedade e na interferência dos parâmetros fisiológicos (PA) e (FC), antes da realização do cateterismo cardíaco. Um grupo de 55 pacientes internados e ambulatoriais receberam massagem ou massagem com imagens guiadas antes do cateterismo cardíaco. Os níveis de ansiedade auto-relatados e pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) foram avaliados. A massagem com e sem imagens guiadas resultou em reduções significativas na ansiedade ($p < 0,0001$) e estes pacientes também apresentaram PA diastólica e FC mais baixas em comparação ao grupo designando para comparação.

O estudo produzido por Novais et al. (2016) utilizou a técnica de relaxamento para avaliar o efeito nos níveis de estresse em pessoas com Esclerose Múltipla, sendo encontrada diferença estatisticamente significante ($p < 0,005$) entre os grupos controle e intervenção, em relação ao nível de estresse, avaliado por meio dos marcadores biológicos (PA, FC e FR) nos momentos pré e pós relaxamento, sendo demonstrada a efetividade do relaxamento através da redução dos parâmetros fisiológicos.

As terapias complementares apresentam impacto positivo quando bem empregadas, causando diminuição da percepção da dor, fadiga, insônia, dispneia e ansiedade, impactando positivamente na QVRS. O relaxamento com visualização guiada dispensa recursos tecnológicos, além da facilidade de ser aplicável por qualquer profissional da área de saúde,

desde que esteja habilitado (COSTA; REIS, 2014).

Entre as terapias complementares mais utilizadas estão as que envolvem mente e corpo como o relaxamento com imagem guiada, ioga, meditação, tai chi e qigong e terapias artísticas. Essas terapias têm mostrado eficácia na redução de efeitos colaterais comuns relacionados ao câncer, incluindo náuseas e vômito, dor, fadiga, ansiedade, sintomas depressivos e melhorando a QVRS (CARLSON et al., 2017).

A técnica de imagem guiada orienta o indivíduo a imaginar lugares, ambientes situações agradáveis, que ajudam a se sentir mais calmo, seguro e relaxado. As imagens guiadas referem-se a “guiar” a imaginação de um indivíduo a fim de afetar todas as suas dimensões, podem ser estabelecidas metas específicas para sua utilização, como diminuir a frequência cardíaca, baixar a pressão arterial, reduzir a dor, fadiga e provocar bem estar mental (CARLSON et al., 2017). O método utilizado nesse estudo foi o proposto por Simonton, Simonton e Creighton (1987), que faz com que as pessoas com câncer imaginem seus corpos lutando contra as células cancerosas. Pode ser solicitado a se imaginar respirando em uma nuvem de energia de cura suave, com respirações profundas e regulares, e sentir a cura se espalhando por todo o seu corpo.

Para esse estudo foram realizadas associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas terapêuticas com o valor médio das escalas funcionais do EORTC QLQ-C30. A variável faixa etária apresentou diferença estatisticamente significativa para os domínios da escala social, sendo que as pacientes mais velhas apresentaram melhor avaliação para as dimensões da escala funcional. Esses resultados sugerem que os tratamentos adjuvantes afetam as pacientes com câncer de mama de vários modos, porém as pacientes mais jovens observaram mais prejuízos em relação a essa função, possivelmente pela perda do convívio social devido ao processo patológico participarem mais do convívio social do que as mulheres com maior idade. Um estudo de revisão literatura realizado por Lotti et al. (2008) expôs que as mulheres mais velhas apresentam uma melhor QVRS após o tratamento, podendo isso estar associado com a dificuldade que as mulheres mais jovens apresentam em se adaptar a nova condição, como o tratamento e a doença.

As diferenças estatisticamente significantes também foram apresentadas entre a variável clínica antecedentes patológicos para os domínios de desempenho de papel e função social, sendo observado que as pacientes que apresentavam antecedentes patológicos apresentaram melhor avaliação em relação a esses domínios, o que não condiz com o apresentado na literatura onde a qualidade de vida inicial apresentada pelas mulheres tende a ser pior devido as suas patologias anteriores ao câncer (VILLAR et al., 2017). Garcia et al. (2015) também expôs que a QVRS das mulheres com neoplasia mamária pode ser alterada pela presença de patologias precedentes ao diagnóstico, e que algumas terapias antitumorais podem propiciar o agravamento das comorbidades pré existentes.

Com relação à quimioterapia, no presente estudo foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a função física, onde as mulheres que não haviam passado pelo

tratamento quimioterápico apresentaram melhor escore. Cabe destacar que o tratamento quimioterápico também é causador de diversos efeitos colaterais, que repercutem significativamente para a diminuição da QVRS, afetando tanto as funções físicas, quanto cognitivas emocionais no desempenho de papéis (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013).

Um estudo avaliou a QVRS em mulheres sudanesas com câncer mama em um hospital oncológico, sendo utilizado os instrumentos EORTC QLQ-C30 e QLQ BR23. Foram avaliadas mulheres em diferentes linhas de tratamento, sendo observado que a pontuação mais baixa do estado de saúde global foi para as mulheres tratadas com quimioterapia (HIMEDAN; HASSAN, 2020).

No estudo realizado por (LÔBO et al., 2014), também foi utilizado o instrumento EORTC QLQ-C30 para avaliação da QVRS de mulheres em tratamento quimioterápico, sendo constatado que as mulheres que receberam a quimioterapia apresentaram significativa redução da função física. O nível de fadiga pré-tratamento consiste em um importante fator de risco para agravá-la durante a radioterápico causando uma redução da qualidade de vida (ALCÂNTARA-SILVA et al., 2013). A presença da fadiga pré-radioterapia pode vir a prejudicar a adesão dessas pacientes ao tratamento.

Para as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas terapêuticas, com o valor médio das escalas funcionais da escala de Piper-Revisada. A variável faixa etária das participantes apresentou diferença estatisticamente significativa para a dimensão afetiva e sensorial psicológica, sendo que quanto maior a idade, melhor foi a pontuação para estas dimensões, podendo ser demonstrado nesse sentido que quanto maior a idade, melhor a capacidade de adaptação às mudanças. Os resultados podem refletir também em relação a cobrança que estas mulheres mais jovens são expostas, tanto pela questão familiar, quanto pelas atividades laborais.

Kluthcovsky et al. (2012) em um estudo transversal realizado com 202 mulheres sobreviventes de câncer de mama, avaliou a fadiga e os fatores determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde. Os instrumentos utilizados para as avaliações foram o EORTC QLQ-C30 e o Piper-Revisada. A prevalência de fadiga para as sobreviventes de câncer foi de 37,6%. A análise múltipla por regressão logística revelou que os fatores preditivos para a fadiga incluíram idade mais jovem, dor, dispneia, insônia, náuseas e vômitos. Sendo constatado que as mulheres fatigadas apresentaram uma pior qualidade de vida relacionada à saúde.

O estudo de Bahia et al. (2019) realizados com mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico identificou que a dimensão afetiva, foi a que apresentou os escores mais altos em todos os tempos de avaliação do estudo, demonstrando uma percepção negativa das pacientes sobre estes sintomas, sendo relatados como destruidora, anormal e desagradável.

Um estudo realizado por Pegorare (2014) utilizou escala de Piper-Revisada com o objetivo de avaliar os níveis de dor e fadiga em mulheres em tratamento radioterápico e

quimioterápico por câncer de mama. Das mulheres analisadas, 20 (59%) estavam em tratamento quimioterápico e 14 (41%) em tratamento radioterápico. Sendo a fadiga mensurada após a quinta sessão de quimioterapia e de radioterapia. A análise das dimensões da fadiga em níveis comportamental, sensorial e cognitivo apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparada entre os dois grupos ($p = 0.001$). Sendo observado que as pacientes em tratamento quimioterápico apresentaram fadiga severa e as pacientes em tratamento radioterápico apresentaram uma fadiga moderada, fazendo referências aos domínios comportamental, sensorial e cognitivo. Esta diferença não foi observada na dimensão afetiva ($p = 0.7874$). O estudo realizado por Ishikawa, Derchain e Thuler (2005), demonstrou que a fadiga mais intensa tende a aparecer nos primeiros dias do tratamento quimioterápico, já a fadiga relacionada ao tratamento radioterápico tende a aparecer nas últimas semanas.

Um estudo prospectivo baseado em questionário avaliou uma amostra de 62 pacientes e determinou a gravidade e correlatos da fadiga em mulheres que estavam recebendo radioterapia para o câncer de mama e em homens para o câncer de próstata, onde foram utilizados cinco instrumentos. A fadiga foi avaliada por meio da Escala de Severidade de Fadiga (FSS) e da Escala de Fadiga Bidimensional (BFS). O instrumento EORTC QLQ C30 foi utilizado para avaliação da qualidade de vida, o instrumento (HADS) para avaliação da Ansiedade e Depressão Hospitalar, (EPI) para avaliação de Traços de personalidade. Como resultado, foi observado que gravidade da fadiga aumentou significativamente durante o tratamento radioterápico, sendo este aumento detectado em 3 dos 5 instrumentos de avaliação utilizados. O tratamento radioterápico esteve associado com o declínio na qualidade de vida global, afetando o funcionamento cognitivo e social causando sintomas de náuseas, vômitos, dor, insônia, diarreia e dificuldade financeira (STONE et al., 2001).

Um estudo randomizado realizado por León-Pizarro et al. (2007) teve como objetivo determinar a eficácia da intervenção relaxamento com visualização guiada na redução da ansiedade e depressão de pacientes com câncer de mama em braquiterapia. Sessenta e seis pacientes foram alocadas, sendo 32 para o grupo controle e 34 para o grupo intervenção. O instrumento utilizado para avaliação da ansiedade e depressão foi o (HADS) e para avaliação da qualidade de vida o instrumento CAAFex, sendo aplicados antes, durante e após a braquiterapia. As mulheres do grupo experimental receberam o relaxamento com visualização guiada por 10 minutos e receberam um CD para uso domiciliar. A gravação consistia em instruções de relaxamento da cabeça aos pés e técnicas de respiração, com imaginação de imagens agradáveis (montanhas, praia etc.). O grupo de mulheres que receberam a intervenção, apresentaram uma redução estatisticamente significativa da ansiedade ($p = 0,008$), depressão ($p = 0,03$) e desconforto corporal ($p = 0,04$), e conseqüentemente melhores escores para QV em comparação com o grupo controle. A braquiterapia consiste em um tratamento por radiação, onde implanta-se o material radioativo diretamente na área a ser tratada, porém essa modalidade pode ser insuficiente para a erradicação total do

tumor, com uma maior probabilidade de recorrências locorregional (SMITH et al., 2012).

A variável quimioterapia deste estudo também apresentou associação estatisticamente significativa, com o escores da dimensão comportamental, sendo que as pacientes que realizaram o tratamento quimioterápico anterior a radioterapia, apresentaram mais prejuízos em relação a essa dimensão.

A fadiga consiste em um sintoma prevalente, debilitante e persistente para mulheres com câncer de mama em terapia oncológica. Um estudo piloto realizado por Raudonis et al. (2017) investigou os preditores da fadiga e os níveis de citocinas em mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama. Foi utilizada a escala de Piper- Revisada para avaliação dos níveis de fadiga e coleta amostras de sangue para avaliação dos níveis de interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral- α (TNF- α). Foram coletadas amostras no início do tratamento e no 7^o, 14^o e 21^o de cada ciclo de quimioterapia. Foi evidenciado que os principais preditores da fadiga foram as drogas quimioterápicas e os níveis de Interleucina-6. O tipo de quimioterapia previu significativamente os níveis de TNF- α . Sendo concluído que mulheres em tratamento quimioterápico apresentam variabilidade na intensidade da fadiga e nos níveis de IL-6 e TNF- α ao longo do itinerário terapêutico.

Boing et al. (2018), em um estudo transversal analítico, objetivou comparar a atividade física, fadiga e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama durante a quimioterapia, radioterapia e hormônio terapia. Em relação a qualidade de vida relacionada à saúde, nenhuma diferença foi observada para parte funcional das escalas entre as as diferentes linhas de tratamento. Para a escala de sintomas, a pior pontuação foi observada para mulheres em quimioterapia, para náuseas e vômitos, dor e perda de apetite. Para a escala de fadiga, a pior pontuação foi identificada para as mulheres em tratamento radioterápico.

Um estudo transversal produzido na Indonésia avaliou a capacidade funcional em sobreviventes de câncer de mama, anteriormente tratadas com quimioterapia. As variáveis que tiveram relações significativas com o comprometimento da capacidade funcional foram idade, estresse, tempo de estudo, tipo de quimioterapia, uso de terapia hormonal, nível de hemoglobina e qualidade do sono (SYARIF et al., 2019).

O número de sessões de quimioterapia realizado pelas participantes desse estudo também apresentou associação estatisticamente significante para a dimensão afetiva, onde é possível observar que os maiores escores de média, ou seja, o maior nível de comprometimento para essa dimensão foi atribuído as participantes que realizaram maior número de sessões de quimioterapia anterior ao tratamento radioterápico. A dimensão afetiva engloba a forma de como essas mulheres consideraram a fadiga, sendo atribuídos sentimentos de desagrado, não aceitação, destruição, negatividade e anormalidade.

Mansano-Schlosser e Ceolim (2014) destacam a importância e a capacidade do profissional enfermeiro em reconhecer os sintomas de fadiga, já que constituem características definidoras e um diagnóstico de enfermagem proposto na taxonomia da Nanda Internacional (NANDA-I). Embora o enfermeiro seja capaz de identificar o sintoma de fadiga e façam

registros na ficha de avaliação do paciente oncológico, estes registros dificilmente geram propostas de intervenções para a redução desse sintoma (GORINI et al., 2010). Conhecer a população tratada, os sintomas da doença e os efeitos colaterais do seu tratamento, avaliam-se aspectos importantes que influenciam a QVRS da portadora de neoplasia mamária, permitindo a avaliação do tratamento e do seu impacto, criando a possibilidade de um planejamento com intervenções de enfermagem para a reabilitação (GARCIA et al., 2015). Também tem sido demonstrada a importância de relacionar as variáveis de pacientes portadores de câncer com a domínios da QVRS e a percepção da fadiga em relação ao desempenho de atividades do dia a dia, pois o sintoma de fadiga consiste em um fator determinante no declínio da qualidade vida geral do paciente com câncer (COLLAZOS; BERMÚDEZ, 2010).

Diante da atual cenário, com o aumento das doenças crônico degenerativas, torna-se cada dia mais essencial que o profissional enfermeiro volte seu olhar de maneira holística para os pacientes em tratamentos oncológicos, visto que a literatura nos traz diversos comprometimentos em relação a esse público.

A fadiga demonstrou ser um sintoma que pode estar presente tanto no tratamento quimioterápico, quanto no tratamento radioterápico, necessitando de intervenções que na maioria das vezes são de fácil manejo, mas que não são impostas na assistência do profissional enfermeiro.

10 CONCLUSÃO

A pesquisa teve como proposta avaliar o efeito da prática integrativa e complementar de relaxamento com visualização guiada sobre os sintomas de fadiga e na QVRS de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. As características sociodemográficas e clínicas terapêuticas corroboram com o que é demonstrado pela literatura nacional e internacional para este público estudado.

Os resultados obtidos sugerem uma associação da intervenção relaxamento com visualização guiada na redução da intensidade da fadiga em todas as dimensões: comportamental, afetiva e sensorial/psicológica, apresentando significância nas avaliações realizadas ao longo do tratamento radioterápico, sendo mais significante quando comparadas a avaliação inicial com a avaliação final, indicando que os prejuízos causados pela fadiga foram menores ao final do tratamento, ou seja, essas mulheres iniciaram o tratamento com um nível mais alto de fadiga do que o apresentado ao final do tratamento. Visto que o principal efeito adverso do tratamento radioterápico é a fadiga, pode-se inferir que o relaxamento contribuiu para a redução desse sintoma.

Destaca-se também a melhora dos escores de QVRS, uma vez que há uma esperada ligação com os sintomas da fadiga, pois quanto maiores os níveis de fadiga apresentados, menor tende a ser a QVRS. As médias de escores para o EGGS/QV, melhoram ao longo do tratamento radioterápico indicando que essas mulheres consideraram sua saúde geral e sua QVRS melhor durante a última semana da radioterapia. Os escores relacionados as escalas funcionais foram satisfatórios, porém melhoraram ao longo das avaliações, apresentando o melhor escore ao final do tratamento. Apenas a função social, que envolve a relação familiar e as atividades sociais, apresentou uma pequena variação de escore.

Em relação a escala de sintomas o prevalente foi a insônia, seguido pela constipação e fadiga, sabe-se que o sintoma de insônia compromete diretamente os níveis de fadiga, sendo observado que a insônia apresentou pior escore na avaliação mediana do tratamento com redução do escore ao final do tratamento. O sintoma de constipação e fadiga apresentaram-se menos intensos em comparação à primeira avaliação. Em relação aos tempos de avaliação a maior significância entre as escalas foram encontradas entre a avaliação inicial e a avaliação final do tratamento radioterápico para o EGS/QV, função física, desempenho de papel e dificuldades financeiras.

Foi identificada diferença estatisticamente significativa nos seguintes parâmetros fisiológicos: pressão arterial sistólica em todos os momentos ($T1$, $T2$ e $T3$), pressão arterial diastólica, frequência respiratória em ($T2$), e frequência cardíaca e saturação de oxigênio em ($T3$), podendo ser um indicativo que o relaxamento com visualização guiada causou um relaxamento fisiológico.

De acordo com as associações realizadas entre as características sociodemográficas e clínico terapêuticas com as escalas do QLQ-C30 e com a escala de Piper-Revisada,

observou-se que as mulheres mais jovens apresentaram os piores escores para as escalas funcionais do EORTC QLQ-C30. As mulheres que possuíam antecedentes patológicos apresentaram as melhores médias para a escala funcional e significância para a função desempenho de papel e função social. Em relação a quimioterapia as mulheres que passaram pelo tratamento quimioterápico anterior ao tratamento radioterápico apresentaram piores escores para todos os domínios da escala funcional, sendo significativo para a função física.

Para as associação com escala de Piper-Revisada, nota-se que as mulheres mais jovens foram as mais fatigadas, com significância para as dimensões afetiva e sensorial/psicológica. Em relação a quimioterapia, as mulheres que passaram pela quimioterapia apresentaram níveis mais altos de fadiga, sendo significativo para a dimensão comportamental, quanto mais sessões de quimioterapia foram realizadas pior foi o escore para a dimensão afetiva e sensorial psicológica, sendo significativa para a dimensão afetiva.

Fica evidenciado que as mulheres mais jovens apresentaram maiores níveis de fadiga e consequentemente piores escores para QVRS. Ter realizado tratamento quimioterápico anterior a radioterapia e número de sessões realizadas também fez com que a fadiga apresentada fosse mais intensa e consequentemente fossem apresentados mais prejuízos à QVRS.

Estes resultados demonstram que a intervenção de Relaxamento com Visualização Guiada pode estar associado com as diferenças entre os níveis de fadiga e QVRS apresentados inicialmente e ao final do tratamento radioterápico. Consideramos que há a necessidade de maior atenção por parte da equipe de saúde, principalmente do enfermeiro que é detentor do maior contato com o paciente, identificando os sintomas da fadiga e prejuízos à QVRS, para que sejam realizadas intervenções que auxiliem essas mulheres em um melhor enfrentamento da doença e do tratamento oncológico, podendo esse profissional optar pelas PICS, dentre elas o relaxamento com visualização guiada, e outras que já possuem comprovação científica que são ofertadas pelo SUS.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura traz diversas evidências sobre a efetividade das práticas mente e corpo, apresentando suas contribuições, tanto para o controle quanto para redução dos sintomas decorrentes dos tratamentos oncológicos, sejam eles a terapia hormonal, quimioterapia ou a radioterapia que apresenta como principal sintoma e mais debilitante a fadiga, sendo o principal sintoma abordado nesse estudo.

Com este estudo podemos associar a prática de relaxamento com visualização guiada com a melhora dos escores de qualidade de vida e com a redução dos níveis de fadiga. Ressaltamos a importância dessa PIC ser inserida no cenário da oncologia, sendo o profissional enfermeiro fundamental nesse processo. Observa-se a necessidade de novas abordagens no campo da saúde, principalmente da oncologia, quando se trata do cuidado e recuperação desse público.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir com a prática clínica, para que haja um incentivo a utilização das PICS na assistência prestada pelas instituições de saúde em geral.

12 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações vivenciadas durante o desenvolvimento deste estudo foi a não randomização, por conta do público limitado de mulheres com câncer de mama. Outra dificuldade encontrada foi a disponibilidade de tempo entre as participantes, visto que muitas dependiam do transporte para comparecer ao serviço isso gerava uma dificuldade no atendimento. Uma das opções para sanar essas dificuldades seria estender o período de coleta de dados, porém, não foi possível justamente por se tratar de um projeto de mestrado, o qual tem prazo para finalização.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMS, H. et al. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. **Annals of Oncology**, Oxford University Press, v. 27, n. 6, p. 965–974, 2016. 22, 23
- ACS. **American Cancer Society Breast Cancer Screening Guideline**. American Cancer Society, 2020. Disponível em: <<https://www.cancer.org/latest-news/special-coverage/american-cancer-society-breast-cancer-screening-guidelines.html>>. Acesso em: 27 mar. 2020. 20, 21, 63
- AH, D. M. V.; KANG, D.-H.; CARPENTER, J. S. Predictors of cancer-related fatigue in women with breast cancer before, during, and after adjuvant therapy. **Cancer Nursing**, v. 31, n. 2, p. 134–144, 2008. 68
- ALBUQUERQUE, M. C. d. S. d.; CAVALCANTI, M. d. S. L. Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasil, v. 51, n. 1, p. 35–52, 1998. 26
- ALCÂNTARA-SILVA, T. R. de M. et al. Fatigue related to radiotherapy for breast and/or gynaecological cancer: a systematic review. **Journal of clinical nursing**, New Jersey, v. 22, n. 19-20, p. 2679–2686, 2013. 75
- ALMEIDA, M. A. B. d.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. 22. ed. São Paulo, 2012. 24
- ALMINHANA, L. O.; NOÉ, S. V. Saúde e espiritualidade: contribuições da psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do cancer. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 260–272, 2010. 32
- ALVES, I.; MARQUES, J. C. Radiation-induced angiosarcoma of the breast: a retrospective analysis of 15 years' experience at an oncology center. **Radiologia brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 281–286, 2018. 71
- AMORIM, M. H. C. **A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. 17
- ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355–361, 2013. 75
- AOYAMA, H. et al. Neurocognitive function of patients with brain metastasis who received either whole brain radiotherapy plus stereotactic radiosurgery or radiosurgery alone. **International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics**, Massachusetts, v. 68, n. 5, p. 1388–1395, 2007. 70
- ARMSTRONG, K. et al. Anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization following massage and guided imagery. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 20, n. 4, p. 334–338, 2014. 73
- BAHIA, J. C. et al. Fadiga em mulheres com câncer de mama submetidas à radioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, 2019. 22, 63, 65, 66, 75

BANIPAL, R. P. S.; SINGH, H.; SINGH, B. Assessment of cancer-related fatigue among cancer patients receiving various therapies: A cross-sectional observational study. **Indian journal of palliative care**, v. 23, n. 2, p. 207, 2017. 16

BARBER, M. J. et al. Impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la calidad de vida de las pacientes. **Rev. argent. mastología**, Buenos Aires, p. 57–90, 2018. 69

BARNES, P. M. et al. Complementary and alternative medicine use among adults: United states, 2002. In: SEMINARS IN INTEGRATIVE MEDICINE. **Proceedings** [...]. Maryland, 2004. v. 2, n. 2, p. 54–71. 28

BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 11, n. 2, p. 163–171, 2011. 63

BERGER, A. M. et al. Cancer-related fatigue, version 2.2015. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, New York, v. 13, n. 8, p. 1012–1039, 2015. 23, 44

BITTAR, C. S.; FONSECA, S. M. R. Radioterapia e cardiotoxicidade. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, p. f-274, 2017. 71

BOING, L. et al. Physical activity, fatigue and quality of life during a clinical adjuvant treatment of breast cancer: a comparative study. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 14, n. 2-3, p. 59–70, 2018. 77

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 293–302, 2016. 63

BOTTURA, W. Psiconeuroimunologia. **Revista de Medicina**, v. 86, n. 1, p. 1–5, 2007. 28, 29

BOWER, J. E. et al. Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an american society of clinical oncology clinical practice guideline adaptation. **Journal of clinical oncology**, Alexandria, v. 32, n. 17, p. 1840, 2014. 23

BRABO, E. **Validação para o Brasil do Questionário de Qualidade de Vida para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC-13 da Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. 2006. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) — Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2006. 38

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: Atitude de ampliação de acesso**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2006. 25

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão nacional de incorporação de Tecnologias no SUS: Radioterapia intraoperatória de tumores de mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 21

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 145/2017: Amplia os procedimentos oferecidos pela política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no sistema único de saúde diário oficial da união**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 26

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Implantação de Serviços de Práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 25

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 04, de 23 de janeiro de 2018**: Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 65

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta Nº 19 de 3 de julho de 2018**: Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do carcinoma de mama. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 16

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 702/2018**: Altera a portaria de consolidação nº 2/gm/ms, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC). Brasília,DF: Ministério da Saúde, 2018. 26

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**: Glossário temático. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 25

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018. 15

BROWNLEE, Z. et al. Late complications of radiation therapy for breast cancer: evolution in techniques and risk over time. **Gland surgery**, v. 7, n. 4, p. 371, 2018. 22

BUYUKBAYRAM, Z.; CITLIK-SARITAS, S. The effect of reiki and guided imagery intervention on pain and fatigue in oncology patients: A non-randomized controlled study. **EXPLORE**, 2020. 68

CAMPOS, M. P. d. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 211–219, 2011. 68, 69

CARLSON, L.; BULTZ, B. Mind–body interventions in oncology. **Current treatment options in oncology**, New York, v. 9, p. 127–34, 09 2008. 28

CARLSON, L. E. et al. Mind-body therapies in cancer: what is the latest evidence? **Current Oncology Reports**, New York, v. 19, n. 10, p. 67, 2017. 25, 74

CHARALAMBOUS, A. et al. Guided imagery and progressive muscle relaxation as a cluster of symptoms management intervention in patients receiving chemotherapy: a randomized control trial. **PloS one**, v. 11, n. 6, p. e0156911, 2016. 17

CHEN, Y. L. E.; FRANCIS, A. J. Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. **Pain management nursing**, v. 11, n. 3, p. 159–168, 2010. 26

CHOPRA, R. R.; BOGART, J. A. Radiation therapy–related toxicity (including pneumonitis and fibrosis). **Emergency medicine clinics of North America**, v. 27, n. 2, p. 293–310, 2009. 71

COLLAZOS, J. E. M.; BERMÚDEZ, H. F. C. Correlación entre la fatiga y la calidad de vida en sujetos con diversos tipos de cáncer. **Rev. colomb. rehabil**, p. 78–83, 2010. 78

- CONSORT. Consort 2010 checklist. 2010. Disponível em: <<http://www.consort-statement.org/>>. Acesso em: 13 Set. 2020. 36
- COSTA, A. I. S.; REIS, P. E. D. d. Complementary techniques to control cancer symptoms. **Rev Dor**, v. 15, n. 1, p. 61–4, 2014. 28, 74
- COSTA, L. D. L. N. et al. Mortalidade por câncer de mama e condições de desenvolvimento humano no brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 1, 2019. 64
- COSTA, W. A. et al. Quality of life in breast cancer survivors. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 63, n. 7, p. 583–589, 2017. 65
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2010. 35
- CRUZ, M. Z.; PEREIRA JÚNIOR, A. Corpo, mente e emoções: Referenciais teóricos da psicossomática. **Simbio-Logias**, p. 46–66, 2011. 29
- DEMIRALP, M.; OFLAZ, F.; KOMURCU, S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 7-8, p. 1073–1083, 2010. 68
- DENLINGER, C. S. et al. Survivorship, version 2.2018, nccn clinical practice guidelines in oncology. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 16, n. 10, p. 1216–1247, 2018. 22
- DESANTIS, C. E. et al. Breast cancer statistics, 2019. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 69, n. 6, p. 438–451, 2019. 19
- DESTRO, L. R. de S. Mutação nos genes brca 1 e 2 e os riscos para câncer de mama. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 2, n. 2, 2019. 15
- DONNELLAN, E. et al. Radiation-induced heart disease: A practical guide to diagnosis and management. **Cleve Clin J Med**, São Paulo, v. 83, n. 12, p. 914–22, 2016. 71
- DUGNO, M. L. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Oncologia Clínica, São Paulo**, v. 10, n. 36, 2014. 64
- DURÃES, R. R. et al. Fadiga e qualidade de vida em pacientes com câncer de mama e tratamento adjuvante. **Unimontes Científica**, p. 73–81, 2019. 17
- EDIB, Z. et al. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in malaysia. **Health and quality of life outcomes**, v. 14, n. 1, p. 26, 2016. 69
- EREMIN, O. et al. Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy: a randomised controlled trial. **The Breast**, v. 18, n. 1, p. 17–25, 2009. 26
- ERICKSON, P.; PATRICK, D. **Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation**. New York: Oxford University Press New York, 1993. 24

- ERIKA, K. A. et al. Guided imagery techniques in reduce breast cancer patient pain: Literature review. **Jurnal Ilmu Keperawatan: Journal of Nursing Science**, v. 6, n. 2, p. 195–201, 2018. 27
- FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. Toronto: John Wiley & Sons, 2013. 17
- FERLAY, J. et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: Globocan sources and methods. **International journal of cancer**, Wiley Online Library, v. 144, n. 8, p. 1941–1953, 2019. 15
- FORTES, R. C.; HAACK, A.; FRAZÃO, E. R. P. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 04, 2018. 65
- FREEDMAN, R. A. et al. Receipt of locoregional therapy among young women with breast cancer. **Breast cancer research and treatment**, v. 135, n. 3, p. 893–906, 2012. 19
- FREITAG, R. M. K. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667–686, 2018. 35
- FREITAS, A. G. Q.; WELLER, M. O atraso de paciente e atraso de sistema no tratamento do câncer de mama nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3177–3189, 2015. 65
- GARCIA, S. N. et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 89–96, 2015. 74, 78
- GESSEL, L. D. V. et al. Are the effects of cognitive behavior therapy for severe fatigue in cancer survivors sustained up to 14 years after therapy? **Journal of cancer survivorship**, v. 12, n. 4, p. 519–527, 2018. 22
- GORDON, J. S. Mind-body medicine and cancer. **Hematology/oncology clinics of North America**, v. 22, n. 4, p. 683–708, 2008. 28, 29, 39, 73
- GORINI, M. I. P. C. et al. Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 354–358, 2010. 78
- GRADISHAR, W. J. et al. Breast cancer, version 4.2017, nccn clinical practice guidelines in oncology. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, v. 16, n. 3, p. 310–320, 2018. 21
- GRANT, S. J. et al. Integrative oncology: international perspectives. **Integrative cancer therapies**, v. 18, p. 1534735418823266, 2019. 17
- GREENLEE, H. et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 67, n. 3, p. 194–232, 2017. 25, 26
- GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 53–59, 2011. 64

- HAQUE, R. et al. Tamoxifen and antidepressant drug interaction among a cohort of 16 887 breast cancer survivors. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 108, n. 3, p. djv337, 2016. 16
- HART, J. Complementary therapies for cancer survivors: Communicating with patients about risks and benefits. **Alternative & Complementary Therapies**, New York, v. 12, n. 5, p. 208–213, 2006. 43
- HART, J. Guided imagery. **Alternative and complementary therapies**, New York, v. 14, n. 6, p. 295–299, 2008. 17
- HEYDARNEJAD, M. S.; HASSANPOUR, D. A.; SOLATI, D. K. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. **African health sciences**, Kampala, v. 11, n. 2, 2011. 24
- HIMEDAN, S. O. B.; HASSAN, M. I. Quality of life in sudanese women with breast cancer in khartoum oncology hospital, 2017. **The Clinical Oncologist Journal**, Chicago, v. 2, 2020. 75
- HINZ, A.; SINGER, S.; BRÄHLER, E. European reference values for the quality of life questionnaire eortc qlq-c30: results of a german investigation and a summarizing analysis of six european general population normative studies. **Acta Oncologica**, Abingdon, v. 53, n. 7, p. 958–965, 2014. 69
- HSIAO, C.-P.; DALY, B.; SALIGAN, L. N. The etiology and management of radiotherapy-induced fatigue. **Expert review of quality of life in cancer care**, Abingdon, v. 1, n. 4, p. 323–328, 2016. 22
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. 15
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2020: incidência de câncer no brasil**. Rio de Janeiro, 2019. 15, 16, 21
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estadiamento**. Rio de Janeiro, 2020. 19
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Radioterapia**. Rio de Janeiro, 2020. 21, 22
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Tipos de Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2020. 16, 19, 64
- ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 313–318, 2005. 17, 76
- JAÉN, J. et al. Changes in pulmonary function after incidental lung irradiation for breast cancer: A prospective study. **International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics**, v. 65, n. 5, p. 1381–1388, 2006. 70
- JOHNS, C. et al. Informing hot flash treatment decisions for breast cancer survivors: a systematic review of randomized trials comparing active interventions. **Breast cancer research and treatment**, v. 156, n. 3, p. 415–426, 2016. 16

JONG, N. et al. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature. **Cancer nursing**, v. 25, n. 4, p. 283–297, 2002. 17

KANG, D.-H. et al. Dose effects of relaxation practice on immune responses in women newly diagnosed with breast cancer: an exploratory study. In: **ONCOL NURS FORUM. Proceedings** [...]. Pittsburgh, 2011. v. 38, n. 3, p. E240–52. 17

KIM, R. Y.; PARK, H. Fatigue, sleep disturbance, and quality of life among breast cancer patients receiving radiotherapy. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 27, n. 2, p. 188–197, 2015. 70

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. **Supportive care in cancer**, Curitiba, v. 20, n. 8, p. 1901–1909, 2012. 75

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. d. A. Fundamentos de metodologia científica. **Metodologia científica: educação à distância**, Joaçaba, 2006. 42

LAMINO, D. de A. et al. Clinically relevant fatigue in women with breast cancer: prevalence and associated factors/fadiga clinicamente relevante em mulheres com câncer de mama: prevalencia e fatores associados/fatiga clinicamente relevante en las mujeres con cáncer de mama: prevalencia y factores asociados. **Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo**, Bogotá, v. 17, n. 2, p. 157–169, 2015. 67

LAVDANITI, M. et al. Prospective assessment of fatigue and health status in greek patients with breast cancer undergoing adjuvant radiotherapy. In: **ONCOLOGY NURSING FORUM. Proceedings** [...]. Pittsburgh, 2006. v. 33, n. 3. 67

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. d. S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1082–1089, 2015. 64

LEITE, P. de S. et al. Uso de práticas integrativas e complementares no paciente oncológico. **ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA**, São Paulo, v. 12, n. 40, p. 39, 2018. 17

LENGACHER, C. A. et al. Immune responses to guided imagery during breast cancer treatment. **Biological Research for Nursing**, California, v. 9, n. 3, p. 205–214, 2008. 17

LEÓN-PIZARRO, C. et al. A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. **Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer**, Chichester, v. 16, n. 11, p. 971–979, 2007. 76

LIMA, E. d. O. L.; SILVA, M. M. da. Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, 2020. 65

LIPSETT, A. et al. The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. **The breast**, New York, v. 32, p. 144–155, 2017. 16

- LISBOA, I. N. D.; VALENÇA, M. P. Caracterização de pacientes com feridas neoplásicas. **Revista Estima**, São Paulo, v. 14, n. 1, 2016. 15
- LÔBO, S. A. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 554–559, 2014. 75
- LOPES, C. F.; ANJOS, A. C. Y.; CAMPOS, C. S. Fadiga secundária à quimioterapia em mulheres com câncer de mama. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Cuiabá, v. 7, n. 3, p. 322–330, 2019. 64
- LOTTI, R. C. B. et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev Bras Cancerol**, Rev Bras Cancerol, v. 54, n. 4, p. 367–71, 2008. 74
- LUFIEGO, C. A. F.; SCHNEIDER, R. H.; BÓS, Â. J. G. Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento. **Psicologia, Saúde & Doenças**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 789–800, 2017. 27
- LYMAN, G. H. et al. Integrative therapies during and after breast cancer treatment: Asco endorsement of the sio clinical practice guideline. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 36, n. 25, p. 2647–2655, 2018. 17
- MAČIULIENĖ, D.; ŠMIGELSKAS, K. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment: An overview. In: INTERNATIONAL BREAST CANCER CONFERENCE "BREAST PRESERVING TREATMENT": 13 SEPTEMBER, 2019, KLAIPEDA, LITHUANIA 5. **Proceedings** [...]. Vilnius, 2019. 25
- MADDEN, J.; NEWTON, S. Why am i so tired all the time? understanding cancer-related fatigue. **Clinical journal of oncology nursing**, Braga, v. 10, n. 5, p. 659, 2006. 16, 23
- MAIA, Â. d. C. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, Portugal, 2002. 29
- MAINDET, C. et al. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management. **Supportive Care in Cancer**, p. 1–14, 2019. 17
- MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatigue in the elderly undergoing chemotherapy. **Revista brasileira de enfermagem**, Campinas, v. 67, n. 4, p. 623–629, 2014. 77
- MARQUES-DEAK, A.; STERNBERG, E. Psychoneuroimmunology: the relation between the central nervous system and the immune system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 143–144, 2004. 29
- MARTA, G. N. et al. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 468–474, 2011. 16, 65
- MATOS, T. D. d. S. et al. Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. 24

MCCORMICK, B. et al. Rtog 9804: a prospective randomized trial for good-risk ductal carcinoma in situ comparing radiotherapy with observation. **Clinical Oncology**, Boston, v. 33, n. 7, p. 709, 2015. 21

MEDEIROS, B. J. L. et al. **O construto da qualidade de vida e seu contexto histórico e instrumental**. 1. ed. Curitiba: Livraria Appris, 2019. 24

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 1269–1282, 2015. 64

MENESES-ECHÁVEZ, J. F.; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, E.; RAMÍREZ-VÉLEZ, R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. **BMC cancer**, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 77, 2015. 68

METIN, Z. G. et al. Mind-body interventions for individuals with heart failure: a systematic review of randomized trials. **Journal of cardiac failure**, v. 24, n. 3, p. 186–201, 2018. 26

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 7–18, 2000. 24

MINOR, G. I. et al. The relationship of radiation pneumonitis to treated lung volume in breast conservation therapy. **The breast journal**, v. 12, n. 1, p. 48–52, 2006. 70

MONFARED, A. et al. Health-related quality of life and its related factors among women with breast cancer. **Journal of Holistic Nursing And Midwifery**, v. 23, n. 2, p. 52–62, 2013. 70

MORTADA, E. M. et al. Comparing health-related quality of life among breast cancer patients receiving different plans of treatment, egypt. **Journal of Community Health, Egypt**, v. 43, n. 6, p. 1183–1191, 2018. 70, 71

MOTA, D. D. C. d. F. **Fadiga no doente com câncer colo-retal**: fatores de risco e preditivos. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo, 2008. 38

NANDA. Diagnóstico de enfermagem da nanda-i: definições e classificação 2018-2020. **Porto Alegre: Artmed**, 2018. 22

NASH, R. et al. State variation in the receipt of a contralateral prophylactic mastectomy among women who received a diagnosis of invasive unilateral early-stage breast cancer in the united states, 2004-2012. **JAMA surgery**, Atlanta, v. 152, n. 7, p. 648–657, 2017. 19

NCCN. **Cancer-Related Fatigue**. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [Internet]**. 2018;[cited 2018 Sep 30]. 2018. 22, 23

NEWMAN, L. A.; KALJEE, L. M. Health disparities and triple-negative breast cancer in african american women: a review. **JAMA surgery**, Atlanta, v. 152, n. 5, p. 485–493, 2017. 19

NICOLUSSI, A. C. **Relaxamento com imagem guiada**: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo, 2012. 39, 43

- NICOLUSSI, A. C. et al. Relaxamento com imagem guiada e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes durante quimioterapia. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 2, 2018. 33
- NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en terapia adyuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759–766, 2011. 69
- NICOLUSSI, A. C. et al. Relaxamento com imagem guiada e presença de depressão em pacientes com câncer durante quimioterapia. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 01–10, 2016. 27
- NOAL, S. et al. One-year longitudinal study of fatigue, cognitive functions, and quality of life after adjuvant radiotherapy for breast cancer. **International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics**, v. 81, n. 3, p. 795–803, 2011. 23
- NOVAIS, P. G. N. et al. The effects of progressive muscular relaxation as a nursing procedure used for those who suffer from stress due to multiple sclerosis. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. 73
- NUNES, D. F. T. 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. 17
- OLIVEIRA, K. F. P.; LIMA, L. D. A. da C.; CARVALHO, S. M. L. de. Morbidades após tratamento do câncer de mama. In: FACULDADE DE MEDICINA DE OLINDA. **Anais [...]**. Olinda, 2018. v. 1, n. 2, p. 92–96. 22, 70
- OSOBA, D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. **Therapeutic advances in medical oncology**, Canada, v. 3, n. 2, p. 57–71, 2011. 25
- OVERGAARD, M. et al. Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 337, n. 14, p. 949–955, 1997. 70
- PAULA, J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Florianópolis, v. 16, n. 1, 2015. 17, 24, 25
- PAULA, J. M. d. et al. Evaluation of health-related quality of life in adults with leukemia undergoing chemotherapy treatment. **IOSR Journal of Nursing and Health Science**, 2017. 25
- PEGORARE, A. B. G. d. S. Avaliação dos níveis de dor e fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 3, n. 2, p. 1–11, 2014. 65, 75
- PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. d. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de educação física e esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012. 23, 24
- PERT, C. **Conexão mente corpo espírito**. São Paulo: Barany Editora, 2009. 28, 29
- PIRES, M. D. et al. Ampliação sistemática das margens cirúrgicas na cirurgia oncoplástica da mama. **Mastology**, v. 27, 2017. 65

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2019. 35, 42

PURCELL, A. et al. A multidimensional examination of correlates of fatigue during radiotherapy. **Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society**, v. 116, n. 2, p. 529–537, 2010. 67

RAUDONIS, B. M. et al. A pilot study of proinflammatory cytokines and fatigue in women with breast cancer during chemotherapy. **Cancer nursing**, v. 40, n. 4, p. 323–331, 2017. 77

REIDUNSDATTER, R. J. et al. Early effects of contemporary breast radiation on health-related quality of life—predictors of radiotherapy-related fatigue. **Acta Oncologica**, Abingdon, v. 50, n. 8, p. 1175–1182, 2011. 67

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Spirituality and religion as resources for confronting breast cancer/espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 849–856, 2019. 64

RIM, C. H. et al. An assessment of quality of life for early phase after adjuvant radiotherapy in breast cancer survivors: a korean multicenter survey (krog 14–09). **Health and quality of life outcomes**, Hwasun, v. 15, n. 1, p. 96, 2017. 16, 70

ROCHA, D. M. et al. Evidências científicas sobre os fatores associados à qualidade de vida de pacientes com radiodermatite. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. 72

ROCHA, S. R. et al. Accuracy of the defining characteristics of the nursing diagnosis for fatigue in women under radiotherapy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 1445–1452, 2018. 22, 63, 64

ROCHA, S. R. et al. Precisión de las características definidoras del diagnóstico de enfermería fatiga en las mujeres durante radioterapia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1445–1452, 2018. 16, 23

SASIKALA, G. et al. A pilot study to evaluate the effectiveness of guided imagery technique on quality of life among hypertensive patients in selected rural areas in kodaikanal taluk, tamilnadu. **International Journal of Research and Review**, v. 6, n. 12, p. 103–106, 2019. 72, 73

SAWADA, N. O. et al. The outcomes of visualization and acupuncture on the quality of life of adult cancer patients receiving chemotherapy. **Cancer nursing**, v. 33, n. 5, p. E21–E28, 2010. 27, 33

SCHMIDT, M. E. et al. Determinants of physical, affective, and cognitive fatigue during breast cancer therapy and 12 months follow-up. **International journal of cancer**, v. 142, n. 6, p. 1148–1157, 2018. 23

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em santa catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285–1296, 2009. 65

- SENKUS-KONEFKA, E.; JASSEM, J. Complications of breast-cancer radiotherapy. **Clinical Oncology**, Alexandria, v. 18, n. 3, p. 229–235, 2006. 70, 71
- SERAFIM, J. D. F.; CRISTOFOLINI, G. M. Pensamento e intencionalidade como aliados nos processos de cura. **Revista Saúde Quântica**, v. 5, n. 5, p. 93–110, 2016. 29
- SERRA, D. et al. Outcomes of guided imagery in patients receiving radiation therapy for breast cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 16, n. 6, p. 617, 2012. 17, 68
- SHANDIZ, F. H. et al. Investigating the quality of life and the related factors in iranian women with breast cancer. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 18, n. 8, p. 2089, 2017. 70, 72
- SHARMA, N.; PURKAYASTHA, A. Impact of radiotherapy on psychological, financial, and sexual aspects in postmastectomy carcinoma breast patients: A prospective study and management. **Asia-Pacific journal of oncology nursing**, Mumbai, v. 4, n. 1, p. 69, 2017. 69
- SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2020. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 70, n. 1, p. 7–30, 2020. 15
- SILVA, E. C. S. et al. Câncer de mama e qualidade de vida durante o tratamento radioterápico. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE**, v. 1, n. 3, p. 85–93, 2014. 16
- SILVA, S. É. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, 2010. 16
- SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. 5. ed. São Paulo: Sumus editorial, 1987. 238 p. 26, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 41, 44, 74
- SMITH, G. L. et al. Association between treatment with brachytherapy vs whole-breast irradiation and subsequent mastectomy, complications, and survival among older women with invasive breast cancer. **Jama**, Chicago, v. 307, n. 17, p. 1827–1837, 2012. 77
- SOARES, P. B. M. et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do norte de minas gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, p. 595–604, 2012. 64
- SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 158–164, 2008. 65
- STONE, P. et al. Fatigue in patients with cancers of the breast or prostate undergoing radical radiotherapy. **Journal of pain and symptom management**, New York, v. 22, n. 6, p. 1007–1015, 2001. 76
- STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of personality assessment**, Otago, v. 80, n. 3, p. 217–222, 2003. 44

- STROJAN, P. et al. Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. **Cancer treatment reviews**, Greece, v. 59, p. 79–92, 2017. 21
- SUESADA, M. M. et al. Impacto da radioterapia torácica na função respiratória e capacidade de exercício em pacientes com câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 6, p. 469–476, 2018. 70
- SUNDARESAN, P. et al. Patients' perceptions of health-related quality of life during and after adjuvant radiotherapy for t1n0m0 breast cancer. **Clinical oncology**, Alexandria, v. 27, n. 1, p. 9–15, 2015. 72
- SYARIF, H. et al. Executive function in breast cancer survivors and the influencing factors. **Enfermeria clinica**, Barcelona, v. 29, p. 280–285, 2019. 77
- TANG, H.-Y. J.; HARMS, V.; VEZEAU, T. An audio relaxation tool for blood pressure reduction in older adults. **Geriatric Nursing**, New York, v. 29, n. 6, p. 392–401, 2008. 73
- THE Measurement of Observer Agreement for Categorical Data, author=Landis, J Richard and Koch, Gary G, journal=biometrics, pages=159–174, year=1977. 44
- TIAN, L. et al. Prevalence and associated factors of cancer-related fatigue among cancer patients in eastern china. **The Oncologist**, Durham, v. 21, n. 11, p. 1349, 2016. 68
- VÁSQUEZ-TRESPALACIOS, E. M. et al. Retorno al trabajo de mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática de las barreras y facilitadores. **Rev. argent. mastología**, Buenos Aires, p. 19–33, 2019. 63
- VIEIRA, S. C. et al. Câncer de mama: consenso da sociedade brasileira de mastologia-regional piauí-2017. **EDUFPI**, Teresina, 2017. 15, 16, 19, 21, 63, 64, 65
- VILLAR, R. R. et al. Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. 64, 72, 74
- WALLACE, K. G. Analysis of recent literature concerning relaxation and imagery interventions for cancer pain. **Cancer nursing**, New York, v. 20, n. 2, p. 79–88, 1997. 26
- WHO. **WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all**. Geneva, 2020. 15
- WHOQOL, G. The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. **Social science & medicine**, Amsterdam, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. 24
- WORTMANN, J. K. et al. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross-sectional study at different points of cancer care. **Medical Oncology**, New York, v. 33, n. 7, p. 78, 2016. 71

APÊNDICE A - Questionário de Identificação

DATA DA COLETA DE DADOS : ___/___/___

1- NOME DA PACIENTE: _____

2- IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

3- ESTADO CIVIL: () SOLTEIRA () CASADA () VIÚVA () OUTRO ESPECIFICAR:

4- QUAL A SUA COR? () BRANCA () PARDA () PRETA () ORIENTAL () INDIGENA

5- NÚMERO DE FILHOS? _____ () NÃO POSSUI

6- AMAMENTOU O(S) FILHOS? () NÃO () SIM. DURANTE QUANTO TEMPO? _____

7- POSSUI ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE SAÚDE FÍSICA OU MENTAL? EXETO O CÂNCER

() NÃO () SIM

QUAIS? _____

8- PROFISSÃO _____

9- ENDEREÇO: _____

10- TELEFONE: _____

11CIDADE/ESTADO:_____

12- NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

() FUNDAMENTAL INCOMPLETO () FUNDAMENTAL COMPLETO

() ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO

() SUPERIOR INCOMPLETO () SUPERIOR COMPLETO

13- RELIGIÃO: _____

14- DIAGNÓSTICO: _____

15- ESTADIAMENTO: T__N__M__

16- FEZ CIRURGIA () SIM () NÃO

17- QUAL CIRURGIA: _____

18- DATA DA CIRURGIA: _____

19- FEZ QUIMIOTERAPIA: () NÃO () SIM QUANTAS SESSÕES? _____

20- INÍCIO DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa “Relaxamento com Visualização Guiada”. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a UNIFAL-MG. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal para qualquer esclarecimento futuro sobre a sua participação no estudo.

Pesquisadora responsável (orientadora): Namie Okino Sawada

Pesquisadora: Laís Reis Siqueira

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 TELEFONE: (35) 3701-9477

OBJETIVOS: Avaliar o efeito da intervenção de Enfermagem: Relaxamento com Imagem Guiada (Visualização) sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e sobre a fadiga de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

JUSTIFICATIVA: A fadiga é um sintoma comum em pacientes com câncer e pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente quando estão sendo submetidos ao tratamento radioterápico que tende a causar diversos efeitos colaterais. Estudos literários demonstraram que o uso da imaginação guiada apresentou efeitos benéficos na redução da fadiga e melhora da QVRs. Além de ser uma prática de baixo custo e não possui contra- indicações, desde que seja aplicada por profissionais treinados.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a pesquisadora usará um questionário para coletar dados sobre a sua idade, escolaridade, ocupação, renda, religião, procedimento cirúrgico, e mais dois questionários que irão avaliar a fadiga e a qualidade de vida relacionada a saúde, após esse procedimento será verificado seus sinais vitais, e você será encaminhada para um local tranquilo e será iniciada a técnica de Relaxamento com Visualização Guiada, com a utilização de um aparelho de áudio contendo comandos verbais, o qual solicitará que você visualize as diferentes partes do seu corpo, de modo a relaxar, e direciona você a respirar de forma lenta e profunda.

RISCOS E DESCONFORTOS: A metodologia adotada neste estudo pode oferecer riscos como desconforto emocional, constrangimento. Caso ocorra ou você sinta algum desconforto durante toda a sua participação, pedimos para nos informar, pois providenciaremos meios para evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir; lembrando que você pode deixar a pesquisa em qualquer fase, caso queira, sem a necessidade de justificativa. Esclarecemos que a pesquisa não irá interferir em seu tratamento recebido no hospital, trata-se de um tratamento complementar.

BENEFÍCIOS: Este estudo oferecerá dados à equipe de saúde, em especial, à Enfermagem. O Relaxamento com Visualização Guiada ajudará você a reagir contra tensões físicas e mentais, ajudando no relaxamento e a lidar de forma mais eficiente contra a doença e os possíveis sintomas causados pelo tratamento radioterápico. Poderá contribuir para o fortalecimento do seu sistema imune.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não terá nenhum custo para participar da pesquisa e nem receberá qualquer vantagem financeira.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Os dados obtidos durante este estudo serão analisados de maneira sigilosa, manteremos o anonimato da sua identidade, porém os resultados obtidos na pesquisa serão publicados.

Eu, _____,
Documento _____, declaro que li as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e fui devidamente informado(a) pelas pesquisadoras dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa e uso do gravador. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento do estudo sem qualquer penalidade ou prejuízo para a minha vida acadêmica. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Poderei consultar os pesquisadores responsáveis ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701-9477, no e-mail:comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sobre a minha participação no mesmo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº466/12. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

Alfenas, ____ de _____ de 2019.

Assinatura da participante _____

Pesquisadores: Namie Okino Sawada: _____

Laís Reis Siqueira: _____

APÊNDICE C - Autorização do Hospital

Alfenas, 28 de MAI de 2019

Prezado(a) Senhor(a): Osmero Pellegrinelli Jr

Responsável pelo setor de Radioterapia do Centro Oncológico da Santa Casa de Alfenas

"DECLARO para fins de coleta de dados em pesquisa, na condição de responsável pelo setor de Radioterapia do Centro Oncológico da Santa Casa de Alfenas, fui devidamente esclarecido sobre o projeto intitulado: Relaxamento com Visualização Guiada: influência sobre a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico, sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof. Dr^a Namie Okino Sawada e Mestranda em Enfermagem Laís Reis Siqueira quanto aos seguintes aspectos:

- Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- RISCOS E DESCONFORTOS: A metodologia adotada neste estudo pode oferecer riscos, como desconforto emocional, constrangimento, assim que for relatado será interrompida a intervenção e o sujeito da pesquisa terá opção de não mais participar da pesquisa;
- Liberdade de participação na pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo para as colaboradoras;
- Garantia de sigilo quanto à identidade das clientes;
- Esclarecido que, talvez, não terão benefício direto com a pesquisa, porém existem estudos comprovados que uso dessa técnica de relaxamento com visualização guiada tem trazido muitos benefícios para pacientes oncológicos e o estudo poderá contribuir com outras pessoas, pois se espera que este estudo traga informações importantes e que o conhecimento produzido possa ser divulgado em eventos e revistas científicas.

"Após convenientemente esclarecido, consinto com a coleta de dados dessa pesquisa."

Ass.: _____

Osmero Pellegrinelli Jr.
Coordenação
Clínica Memorial LTDA.

Profissional

Responsável pelo setor de Radioterapia do Centro Oncológico da Santa Casa de Alfenas

APÊNDICE D - Declaração de Coparticipação do Hospital

APÊNDICE D- DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, OSMERO PELLEGRINELLI JR, declaro estar ciente da pesquisa intitulada "Relaxamento com Visualização Guiada: influência sobre a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico", sob a responsabilidade das pesquisadoras Prof. Dra. Namie Okino Sawada e Mestranda em Enfermagem Laís Reis Siqueira.

Em relação à pesquisa supracitada, informamos que o acesso das pesquisadoras ao local da pesquisa e a realização dos procedimentos, será autorizado somente após a emissão do PARECER DE APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL MG.

Declaro conhecer e cumprir com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Local/Setor onde a pesquisa será realizada: Centro Oncológico da Santa Casa de Alfenas, setor de radioterapia.

Por ser verdade, firmo a presente.

Alfenas, 23 de FEVEREIRO de 2019.



Responsável pelo setor de Radioterapia

Osmero Pellegrinelli Jr.
Coordenação
Clínica Memorial UNIFAL

10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido nauseado/a?	1	2	3	4

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Não	Pouco	Moderada mente	Muito
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4
16. Você tem ficado constipado?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sente tenso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

ANEXO C - Escala de Fadiga de Piper - (revisada)

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA.

Por favor, esforce-se para responder cada questão da melhor maneira possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (*assinale somente UMA resposta*)

Dias _____ Semanas _____ Meses _____

Horas _____ Minutos _____ Outro (*por favor descreva*): _____

2. Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

Nenhum estresse

Muito estresse

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Quanto de fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Quanto à fadiga interfere na sua habilidade de visitar ou estar junto com seus amigos?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na capacidade de realizar qualquer tipo de atividade que você gosta?

Nada

Muito

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

Leve											Intenso
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. Como você descreveria a fadiga que você está sentindo agora?

Agradável											Desagradável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

9.

Aceitável											Inaceitável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10.

Destruidora											Protetora
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11.

Positiva											Negativa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

12.

Normal											Anormal
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

13. Quanto você está se sentindo...

Forte											Fraca
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Quanto você esta se sentindo...

Capaz de se concentrar

Incapaz de se concentrar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Quanto você esta se sentindo...

Capaz de se lembrar

Incapaz de se lembrar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Quanto você esta se sentindo...

Capaz de pensar com clareza

Incapaz de pensar com clareza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa sua fadiga?

14. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

15. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?

16. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor, descreva: _____

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relaxamento com visualização guiada: influência sobre a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico

Pesquisador: Namie Okino Sawada

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08873919.1.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.334.033

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado submetido por docente da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, com financiamento próprio, sem conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: avaliar o efeito da intervenção de Enfermagem "Relaxamento com Imagem Guiada" (visualização) sobre a qualidade de vida relacionada à saúde e sobre a fadiga de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico.

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos e metodologia).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 3.334.033

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa: está adequada aos objetivos do projeto, é atualizada, é a melhor disponível;
- b. Referencial teórico da pesquisa: está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa: coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e parcialmente adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado
- f. Folha de rosto - Presente e adequada
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado
- h. Outro (especificar) – Não se aplica

Recomendações:

1. Corrigir no TCLE o telefone do CEP (3701-9153).
2. Apresentar no TCLE número de telefone para contato direto com o pesquisador (recomenda-se o telefone da Escola de Enfermagem 3701-9477).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Após discussão em reunião, o colegiado emite parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1307426.pdf	08/05/2019 21:08:35		Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.334.033

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO.pdf	08/05/2019 21:07:42	Lais Reis Siqueira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2019 21:02:59	Lais Reis Siqueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_hospital.pdf	03/04/2019 11:36:41	Lais Reis Siqueira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/04/2019 11:24:29	Lais Reis Siqueira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	28/02/2019 21:25:56	Lais Reis Siqueira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decaracaoinstituicao.pdf	28/02/2019 19:50:24	Lais Reis Siqueira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	28/02/2019 16:12:18	Lais Reis Siqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 20 de Maio de 2019

Assinado por:
Angel Mauricio Castro Gamero
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO GRUPO EORTC PARA O USO DO INSTRUMENTO

Dear Lais Reis Siqueira,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazil\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>