

## USO DO RELAXAMENTO NO ALÍVIO DA DOR TOTAL: PESQUISA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

MANUELLA RASCH SARAIVA<sup>1</sup>; NICOLE RUAS GUARANY<sup>2</sup>;

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – manuellsaraiva@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – nicolerg.ufpel@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

A dor crônica acompanha os pacientes com câncer e alia-se negativamente a fatores como ansiedade e depressão. O controle da dor associando o manejo farmacológico e métodos não-farmacológicos auxilia na multidimensionalidade da dor total, conceito criado por Cicely Saunders a fim de caracterizar as vivências dos múltiplos aspectos da dor: físicas, emocionais, sociais e espirituais. (SAUNDERS, 1992)

Concomitante, a depressão e ansiedade interferem negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Além de situações que modificam a rotina de vida, acarretando perdas afetivas e emocionais, como por exemplo: perda do papel de trabalhador, alterações na sua aparência física, diminuição da autoestima, aumento da ansiedade, depressão e angústias referentes as mudanças que surgem com o tratamento. Assim, tanto a depressão como a ansiedade estão associadas ao maior tempo de hospitalização para o tratamento do câncer. (BAUMEISTER ET AL, 2005)

Sendo assim, o uso de atividades como recurso terapêutico pelo Terapeuta Ocupacional possibilita aos pacientes oncológicos momentos de reflexão e prazer, havendo um resgate do ser ocupacional, possibilitando que o paciente ainda que esteja hospitalizado se torne ativo, participativo e produtivo. Então, se conhece a história do indivíduo e são definidas suas habilidades, interesses e potencialidades determinando prováveis caminhos a serem seguidos (CHAMONE, 1980).

Dentro das técnicas cognitivas e comportamentais citadas pela OMS, as técnicas de relaxamento são intervenções que podem ser utilizados no manejo não-farmacológico de diversos tipos de problemas. Deste modo, desde 2006 as práticas meditativas foram reconhecidas e inseridas nas Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Estas intervenções costumam aumentar o grau de adesão dos pacientes ao tratamento uma vez que propiciam a sensação de bem-estar. (LOPES, 2008)

O presente trabalho é um recorte do Trabalho de Conclusão de Programa apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Oncológica, do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas – RS, intitulada “Uso do Relaxamento no alívio da Dor Total: Avaliação da eficácia de um programa terapêutico ocupacional na percepção de alívio da dor total em pacientes oncohematológicos de um hospital geral”, que foi realizada de setembro de 2017 a fevereiro de 2018.

### 2. METODOLOGIA

Esse estudo foi realizado no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, no município de Pelotas – RS no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Teve como objetivo geral analisar a eficácia de um programa

terapêutico ocupacional na percepção de alívio da dor total em pacientes oncohematológicos internados no Hospital Escola da UFPel. Além de mensurar a percepção de dor total do paciente; verificar a presença e alterações de sintomas de ansiedade e depressão; e identificar a visão sobre resiliência perante as adversidades da doença e da vida. O paciente foi avaliado pré e pós-intervenção através dos instrumentos: QIRM, ERA, EVA, HAD e sociodemográfico, a partir da dor total autorreferida pela EVA e assinatura do TCLE. Período de intervenção de 4 dias, utilizando áudios de relaxamento e monitoramento de FC e SpO2.

Neste recorte do trabalho me focarei nos resultados referentes a dor total autoreferida, QIRM, EVA e HAD. A população do estudo foi composta por pacientes oncohematológicos internados há mais de dez dias e que estavam realizando tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia) com queixas recorrentes de dor. Os critérios de inclusão eram não apresentar déficit cognitivo ou comorbidades associadas que impossibilitassem o entendimento das questões pertinentes e concordarem em participar da pesquisa, assinando o TCLE. Para inclusão no estudo foram verificados os prontuários clínicos e contatados os pacientes.

Foi criado um Programa Terapêutico Ocupacional na percepção de alívio da Dor Total, onde foi realizada a análise do uso de quatro áudios com diferentes tipos de relaxamento: respiração diafragmática, escaneamento corporal, visualização criativa e imaginação guiada (imagens mentais). A duração de cada sessão de relaxamento ocorreu no período de 10 a 20 minutos, no leito do paciente. Os participantes eram questionados sobre sua “dor total autoreferida”, dando uma nota para cada uma das 4 categorias do questionário (física, emocional, espiritual e social) de dor total a partir da Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 1). Uma dor numericamente superior ou igual a 1 na Escala Visual Analógica de Dor incluía os pacientes no estudo. Previamente à aplicação dos questionários e escalas os prontuários dos participantes foram consultados quanto à: idade, sexo, diagnóstico e prescrição dos medicamentos analgésicos e coadjuvantes para dor.



**Figura 1- Escala Visual Analógica**

Para verificar sinais de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) que contém 21 itens que somados indicam escores finais para sinais de ansiedade e depressão de 0–7 pontos: improvável; 8–11 pontos: possível, questionável; 12–21 pontos: provável. A resiliência foi avaliada através da Escala de Resiliência para Adultos (ERA) ou Resilience Scale for Adults (RSA) composta por 33 itens que avaliam a percepção de si mesmo, futuro planejado, competência social, estilo estruturado, coesão familiar e recursos sociais. O resultado total da ERA deverá variar entre 33 e 231, onde os escores mais altos significam maior resiliência perante as adversidades e vice-versa.

A fim de avaliar a dor crônica presente na vida do paciente foi utilizado o Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM). Os pontos são somados (pontuação mínima de “0” e máxima de “24”), onde quanto maior a pontuação, maior a incapacidade do indivíduo com a dor. Tendo como ponto de corte o escore “14”, ou seja, um escore maior que 14 apresentam incapacidade.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Amostra composta por três pacientes, denominados com flores e seus devidos significados. Os escores das escalas apontaram: dor total entre 0 e 10 pontos, com ênfase na dor física; na HAD apresentaram um menor risco de sintomas de ansiedade e depressão; na EVA dois pacientes apresentaram dor moderada com alívio efetivo da dor em associação da medicação; na QIRM todos apontaram incapacidade associada a dor crônica em seu cotidiano.

Na Dor total autoreferida, os escores variaram entre 0 e 10 pontos. No qual a Dor Física foi o único item que se apresentou alterada em todos os casos, pois Violeta, Jasmin Amarelo e Lírio-do-Vale pontuaram 8, 3 e 9, respectivamente. Na dimensão social apenas Lírio-do-Vale pontuou 10 pela ruptura de alguns papéis ocupacionais desempenhados na comunidade. Nas dimensões emocional e espiritual não houveram pontuações. Assim, Pessini (2009) referencia a dimensão social da dor como focada no sofrimento pelo isolamento, proporcionado pela dificuldade de comunicação no processo de aceitação da terminalidade e do processo de morte e traz a dimensão de dor física como “a mais facilmente observada quando presente” sendo percebida pelo indivíduo e vista como um alarme de que algo está errado.

Com relação a escala HAD, no Pré-intervenção: Jasmin Amarelo apresentou escore “possível” na categoria Depressão (9 pontos). Já os outros pacientes apresentaram pontuações entre 2 e 7 pontos para ambas as categorias. No entanto, no Pós-intervenção: os três pacientes com pontuações entre 0 e 7 pontos (escore “improvável”) para as categorias de ansiedade e depressão. Assim, os dados do estudo sugerem que os pacientes apresentaram um menor risco de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão após as intervenções. Apesar da dor predispor a uma tensão e gerar alterações nas atividades de vida diária, na qualidade do sono, na interação social, além da incerteza com relação ao futuro, o medo da morte.

No QIRM, Violeta variou de 15 para 18; Jasmin Amarelo se manteve na faixa com 13 para 14; Lírio-do-Vale teve uma diminuição na pontuação de 20 para 15. Ou seja, todos atingiram o ponto de corte de 14 pontos, inferindo uma incapacidade associada a dor crônica em seu cotidiano onde a dor poderá interferir diretamente no seu dia-a-dia, os fazendo se sentirem presos e à mercê de suas limitações, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

Na EVA, onde os níveis subdividem-se em leve (0 a 2), moderada (3 a 7) e intensa (8 a 10), dois pacientes apresentaram níveis de dor moderada em alívio efetivo da dor com a associação da medicação e o uso dos áudios de relaxamentos. Assim, Violeta iniciou a primeira intervenção com dor 7 e ao final referiu 2, mantendo uma dor leve no decorrer nos dias; Jasmin Amarelo se manteve com uma dor leve, com variações entre 0 e 2 no decorrer dos 4 dias; Lírio-do-Vale apresentava oscilações nos níveis de dor, de difícil manejo, com variações de pré-intervenção pontuando entre 0 e 7 e no pós-intervenção entre 0 e 3, mantendo níveis de dor moderada associada a movimentação.

Alguns estudos trazem fatores como a associação entre o uso terapêutico e preventivo às diferentes técnicas que unem mente e corpo para o tratamento das dores crônicas. O relaxamento e o biofeedback podem ser úteis como tratamentos adjuvantes para a cefaleia tensional, durante o período pré-cirúrgico o uso de técnicas mente-corpo como relaxamento ou imaginação ativa podem amenizar as dores e diminuir o tempo de hospitalização. (ELIAS et al, 2001)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS foi aprovada pelo Ministério da Saúde a fim de ampliar o acesso do cuidado

integral à toda a população com ações transversais nos variados pontos de atenção, com priorização da Atenção Básica, uso de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Com o surgimento das PIC como recursos terapêuticos onde há o compartilhamento sobre o processo saúde-doença, há a ampliação da visão e as possibilidades terapêuticas, visando o autocuidado. Um exemplo seria a prática meditativa concentrativa (Shapiro, 2005) que se dá quando a atenção é direcionada sobre um único foco, como a respiração diafragmática, a contagem sincronizada à respiração, algum som específico. No qual quando houver alguma distração, a mesma deverá simplesmente retornar sua atenção e foco. Assim, neste estudo o relaxamento mental possibilitava o contato com a realidade subjetiva interna, permitindo a ressignificação das situações, (re)construção de imagens, descoberta ou criação de imagens mentais afetando nosso corpo e auxiliando em nosso autoconhecimento.

#### 4. CONCLUSÕES

O número reduzido de participantes no estudo foi um fator limitante na análise dos dados proposta. Houveram muitas recusas após a explicação do conteúdo da pesquisa e algumas desistências e falecimentos no decorrer do processo. No entanto, por ser um estudo inovador na prática da TO com manejo de dor não-farmacológico aos pacientes em cuidado paliativo utilizando a meditação e seus diversos tipos de relaxamento como recurso terapêutico, corroborando na importância de outros estudos com a mesma temática, onde haja intervenções com relaxamentos em suas diferentes interfaces.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHAMONE, R. **Chance para uma esquizofrênica**. Belo horizonte, Imprensa Oficial, 1980
- ELIAS, CA.; GIGLIO, JS. Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re-Significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais. **Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, n.16, p.14-22, 2001.
- LOPES, R.F., SANTOS, M.R., LOPES, E.J. Efeitos do relaxamento sobre a ansiedade e desesperança em mulheres com câncer. **Rev Bras Ter Comp Cogn**. 2008;10(1):39-49.
- Pessini, L. (2009). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, 10(2).
- SAUNDERS, C. (1992). **Beyond the horizon – A search for meaning in suffering**. London: Darton, Longman and Todd Ltd. In: Azevedo, Cláudia de Brito. **A dimensão da espiritualidade nos cuidados paliativos**. MS thesis. 2012.
- BAUMEISTER, H., BALKE, K., HARTE, M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. **J Clin Epidemiol**. 2005;58(11):1090-100.
- SHAPIRO, S. L., SCHWARTZ, G. E., & SANTERRE, C. (2005). Meditation and positive psychology. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), **Handbook of positive psychology** (pp. 632-645). New York: Oxford USA Trade.