

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Darciéli Lima Ramos

**PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO
INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER**

Santa Maria, RS, Brasil

Agosto de 2017

Darciéli Lima Ramos

**PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO
INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Área de concentração: Promoção e Tecnologia em Saúde na Linha de Pesquisa em Promoção de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Dr^a Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Co orientadora: Dr^a Maria Amélia Roth

Santa Maria, RS, Brasil

Agosto de 2017

Darciéli Lima Ramos

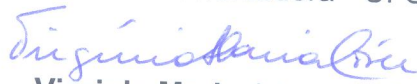
**PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO
INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado profissional em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM,RS) como requisito parcial para
obtenção do título de **Mestre em Ciências
da Saúde**

Aprovada em 17 Agosto de 2017



Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dr^a
(Presidente e Orientadora - UFSM)



Virginia Maria Cóser, Dr^a
(HUSM/UFSM)



Jessié Martins Gutierrez, Dr
(UCPEL)



Maria Amélia Roth, Dr^a
(Coorientadora – UFSM)

Santa Maria, Agosto de 2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RAMOS, DARCIELI

Práticas corporais como tecnologia leve no cuidado integral ao paciente com câncer / DARCIELI RAMOS.- 2017.
101 p.; 30 cm

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Coorientadora: Maria Amélia Roth
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2017

1. Neoplasia 2. Atividade física 3. exercício físico 4. câncer I. Aquino de Campos Velho, Maria Teresa II. Roth, Maria Amélia III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Aos meus professores (meus mestres), que aceitaram compartilhar seu conhecimento para comigo e, mais do que ninguém acreditaram no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida (nada fácil).

A minha família que me apoiou desde o começo da minha jornada acadêmica, mesmo estando longe e ausente em momentos importantes.

Ao meu pai e minha madrasta, agradeço cada incentivo e desculpem às vezes as quais me ausentei.

A minha amada mãe e meu padrasto, pelo apoio incondicional e pelas palavras de apoio nos meus momentos de desespero.

Ao meu irmão, desculpe por ser tão dura, mas agradeço todo apoio e o incentivo.

A minha avó Mercedes Vargas, que chega ao fim da vida com muita força e coragem, agradeço por ter, me “criado” tão bem.

Aos meus amigos que vibram a cada vitória

A “tia” Fátima Nunes e a Helena Nunes que me acolheram em sua casa durante o período do mestrado, sem a ajuda de vocês essa etapa não seria vencida.

A querida amiga, Larissa Nunes pelo lar, por cada colo e ombro amigo.

A querida Elisandra (secretaria da gineco) pela ajuda na construção dessa dissertação.

Ao Murilo (secretario do mestrado) pela competência e sempre estar disposto a ajudar.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível”*

Charles Chaplin

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER

AUTOR: Darciéli Lima Ramos

ORIENTADOR: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Introdução: Considera-se o foco interdisciplinar no campo da saúde relevante para potencializar o cuidado frente ao processo saúde-doença dos pacientes. Nesse sentido, as práticas corporais emergem como uma tecnologia leve promotora de saúde. Estudos têm demonstrado a estreita relação entre a atividade física e o bem-estar de pacientes com câncer. **Objetivo:** analisar a aplicação de práticas corporais em pessoas com câncer atendidas no HUSM – RS durante o seu período de tratamento, e, verificar a influência do exercício físico sob o bem estar destes pacientes. **Método:** Este foi um estudo quantitativo e longitudinal. As variáveis estudadas foram: quadro de dor, fadiga, imagem corporal e a influência do exercício físico no bem estar após todas as sessões. Foram respeitados os princípios éticos da Resolução nº 466/2012. O estudo consistiu em realizar um pré-teste no primeiro encontro e ofertar oficinas de atividades físicas de intensidade leve à moderada com duração máxima de 30 minutos aos pacientes com câncer do serviço de Radioterapia do HUSM. Após o paciente realizar oito sessões de práticas corporais leves, foi realizado um pós-teste. Foram comparados os escores iniciais aos escores finais, a fim de verificar as mudanças nas variáveis. **Resultados:** A amostra foi de 59 pessoas (n=37, 63,8% mulheres e n=22, 36,2% homens) que completaram oito oficinas de atividades físicas ao longo de dois meses de coleta. Em relação à imagem corporal, não se observou diferença entre as respostas de homens e mulheres, ambos demonstraram preocupação com a sua imagem. Se tratando da dor e a fadiga, observou-se que os pacientes estudados as referem, mas com pouca intensidade. E a atividade física leve se mostrou positiva nos aspectos estudados. Sendo que, 98% dos participantes revelaram que a atividade reduziu a ansiedade da espera, 96% dos pacientes relataram que a atividade ajudou no tratamento como um todo. **Conclusão:** Levando-se em consideração as avaliações descritas pelos participantes nas oficinas realizadas, concluiu-se que, pelo seu grau de satisfação expressa em relação às mesmas, aos professores, às sugestões dadas, que a proposta de “tecnologias leves” deve agregar-se aos tratamentos usuais preconizados.

Palavras Chave: Neoplasia, Exercício Físico, Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Master of Science Dissertation
Graduate Health Science Program
Federal University of Santa Maria

BODY PRACTICES LIKE LIT TECHNOLOGY IN THE INTEGRAL CARE TO CANCER PATIENT

Author: Darciéli Lima Ramos
Master's Supervisor: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Introduction: Considered the interdisciplinary focus in health relevant to enhancing the care outside the health-disease process of patients. In that sense the corporal practices emerge as technology takes health promoter. Studies have been demonstrating the close relationship between physical activity and well-being with cancer. **Objective:** to analyze the application of corporal practices in patients' with cancer assisted in HUSM-RS, during treatment period and to verify the influence of physical exercise under the welfare of these patients. **Method:** This was a quantitative and longitudinal study. The studied variables were, pain, fatigues, corporal image and influence of the physical exercise in the welfare all of the sessions. The ethical beginnings of the Resolution 466/12 were respected. The study consisted of to accomplish pre-test in the first encounter and to present workshops of physical activities of light intensity to the moderate, maximum duration of 30 minutes the patients with cancer of the service Radiotherapy of HUSM. After eight sessions of light corporal practices a powder-test was accomplished. The initial scores were compared to the last scores, in order to verify the changes in you had varied them. **Results:** The sample to 59 people (63,8% women and 36,2% men) that completed eight workshops of physical activities along two months. In relationship the corporal image, difference was not observed between the men's answers and women, both demonstrated concern with your image. If treating of pain and fatigue, it was observed that the studied patients them they refer, but with light intensity. And the light physical activity if it showed positive in the studies aspects. 98% of the patients studied showed that the activity reduced the anxiety of waiting, 96% of patients reported that the activity helped in the treatment as whole. **Conclusion:** Taking into account the evaluations described by participants in the workshops, it was conclude that, by your level of satisfaction expressed in relation to the same, to teachers, to suggestions that the proposal of light physical activities should add to the usually treatments recommended.

Keywords: Neoplasm, Physical exercise, Integral health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 - Estimativa de cânceres em 2016 por 100mil habitantes em homens.....	32
Gráfico 02 - Estimativa de cânceres em 2016 por 100mil habitantes em mulheres.....	33
Gráfico 03 – Gráfico demonstrativo do questionamento sobre “o que alivia sua fadiga?”.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela demonstrativa do perfil dos pacientes entrevistados no setor de Radioterapia do HUSM nos meses de Abril e Maio de 2017.....	46
Tabela 2 – Tabela demonstrativa do perfil dos pacientes entrevistados quanto ao local do tumor e forma de tratamento no setor de Radioterapia do HUSM nos meses de Abril e Maio de 2017.....	47
Tabela 3 – Tipos de cânceres mais prevalentes na amostra obtida, estratificada conforme o sexo (masculino e feminino).....	48
Tabela 4 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos positivos) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.....	49
Tabela 5 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos negativos) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.....	50
Tabela 6 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos relacionado ao CA de mama) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.....	51
Tabela 7 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos positivos) dos pacientes do sexo Masculino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.....	52
Tabela 8 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos negativos) dos pacientes do sexo Masculino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.....	53
Tabela 9 – Tabela demonstrativa do questionário referente ao estado de fadiga no momento da entrevista.....	54
Tabela 10 – Tabela demonstrativa do questionário referente ao estado de fadiga no momento da entrevista.....	55
Tabela 11 – Tabela demonstrativa do questionário referente ao nível de dor apresentado pelo paciente nas últimas 24 horas.....	57
Tabela 12 – Tabela demonstrativa das respostas do questionário referente a avaliação das oficinas de exercícios físicos leves, na sala de espera do serviço de Radioterapia do HUSM, realizadas pelos pacientes como atividade integrativa ao tratamento, nos meses de Abril e Maio de 2017.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
SUS	Sistema único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SM	Santa Maria
BRASIL	Ministério da Saúde
ICB	Instituto de Câncer de Brasília
WCRF	Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
BIBCQ	Body Image after Breast Cancer Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Termo de Confidencialidade
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
BPI	Brief Pain Inventory
Vo ² max	Volume Máximo de oxigênio
ATP	Adenosina Tri Fosfato
GEP	Grupo de Ensino e Pesquisa Hospital Universitário Santa Maria
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
OMS	Organização Mundial da Saúde
OI	Oncologia integrativa
NCI	National Cancer Institute
IARC	International Agency For Research on Cancer
OCCAM	Office of Cancer Complementary and Alternative
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço

LISTA DE APÊNDICES

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APENDICE B - Termo de Confidencialidade

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO A - Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)
- ANEXO B - Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)adaptado.
- ANEXO C - Inventário Breve de Dor (Brief Pain Inventory – BPI)
- ANEXO D - Inventário Breve de Dor (Brief Pain Inventory – BPI) adaptado.
- ANEXO E – Escala de fadiga de Piper
- ANEXO F – Escala de fadiga de Piper adaptado para o estudo.
- ANEXO G – Questionário elaborado para este estudo.
- ANEXO H – Questionário elaborado sobre as oficinas de atividade física

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
5. METODOLOGIA.....	32
5.1 Desenho do estudo.....	32
5.2 Local de estudo.....	32
5.3 Amostra do estudo.....	33
5.4 Critérios de inclusão.....	33
5.5 Critérios de exclusão.....	34
5.6 Instrumentos.....	34
5.7 Metodologia dos procedimentos	35
5.8 Oficina	36
5.9 Análise estatística.....	41
5.10 Aspectos éticos.....	41
6. RESULTADOS.....	43
7. DISCUSSÃO.....	58
7.1 Narrativa da amostra.....	58
7.2 Imagem corporal	61
7.3 Fadiga	65
7.4 Dor	68
7.5 Atividade física	71
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
9. CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	
A. Protocolo BIBCQ.....	87
B. Questionário BIBCQ adaptado.....	89
C. Inventário de Wisconsin.....	90
D. Questionário de Wisconsin adaptado.....	92
E. Escala de fadiga PIPER.....	93
F. Escala de fadiga de PIPER adaptada.....	95
G. Dados identitários.....	96
H. Questionário sobre atividade física.....	97
APÊNDICE	
A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
B. Termo de Confiabilidade.....	100

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi “criado” pela Constituição Federal Brasileira em 1988, para prevenir, tratar e promover as questões de saúde aos mais de 204 milhões de brasileiros (IBGE, 2015). O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, sendo que, abrange desde atendimentos simples, a chamada baixa complexidade até a alta complexidade (BRASIL, 2010).

Os princípios filosóficos do SUS são a universalidade (acessibilidade e vínculo), a integralidade do cuidado (continuidade do cuidado responsável em diferentes níveis de atenção) e a equidade (norteada pela humanização), que ao lado dos princípios operacionais, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, são potencializadores do cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

A integralidade do cuidado é uma abordagem holística e global de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, também foca na prevenção e promoção da saúde. Tal abordagem implica em garantir, na forma mais completa e em todos os níveis, o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar a qualidade de vida das pessoas e, prolongar a vida quando essa se mantém (CECÍLIO E MERHY, 2003). Além disso, existe a abordagem prevista aos pacientes incuráveis e/ou com processos de final de vida – os chamados cuidados paliativos (OLIVERA, 2008).

O cuidado integral em saúde ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) (MERHY, 2002).

Nesse sentido, sempre com vistas ao cuidado integral ao cidadão, a multidisciplinariedade e o foco interdisciplinar das áreas da saúde apontam para a importância das práticas corporais, como tecnologia leve promotora e preventiva de saúde, visto que estudos epidemiológicos demonstram a expressiva associação entre estilo de vida ativo e a menor possibilidade de morte, o que reflete numa melhor qualidade de vida (ARAÚJO, 2000; NÉRI 2007; CAMPOS, 2015, CEBES, 2015).

O incremento da atividade física contribui decisivamente para a saúde pública, uma vez que diminui os custos com tratamentos e medicalizações e, inclusive, hospitalizações por doenças que se relacionam profundamente com a inatividade física, junto com outros condicionantes (fumo, obesidade, diabetes, neoplasias) (CEBES 2015).

A resolução 218/97 vem nesse sentido (de multidisciplinariedade) regulamentar as profissões da área da saúde, entre essas profissões, destaca-se o Profissional de Educação Física. Corroborando com essa resolução, em 2002, o Conselho Federal de Educação Física lança uma resolução legitimando o papel do profissional de educação física na área da saúde.

Mais de uma década após a promulgação dessa resolução, vemos um estranhamento dos populares e dos próprios profissionais de educação física em atuar nessa área, contudo estudos científicos legitimam a intervenção deste profissional na área da saúde (ARAÚJO, 2000; NÉRI, 2007; CAMPOS, 2015; CEBES, 2015).

Os benefícios da atividade física são vistos em inúmeras dimensões, em pacientes com diversas doenças, inclusive o câncer. A atividade física é benéfica tanto para saúde mental, quanto física. Se tratando de saúde mental, a atividade física auxilia numa maior sociabilidade de seus praticantes, melhorando o convívio entre pares além de elevar a auto-estima do participante. Já se tratando da saúde física, a atividade física melhora a condição corporal, circulação, ventilação, bem como aumento na produção de alguns hormônios, como a serotonina (hormônio que regula o sono), apetite e humor, variáveis intimamente ligadas ao bem estar.

É preciso salientar que não há consenso sobre o conceito e diferenciação de atividade física e práticas corporais. Às vezes, práticas corporais e atividade física se apresentam como sinônimos, outras como complementares e até mesmo como sentenças opostas (BRASIL, 2015). O que as pesquisas mostram é que é necessário se manter fisicamente ativo.

Práticas corporais são ditas como, expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer) (BRASIL, 2015).

As práticas corporais possuem elementos culturais que traduzem a identidade de povos ou da população de determinada região. É a leitura do “mundo” traduzida nas danças, nos jogos ou nas brincadeiras. Essa diversidade cultural, das práticas corporais, faz com que o Brasil apresente suas regionalidades, destacando as diferenças culturais entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2015). Podemos concluir, que ambos os termos são estratégias para promoção de saúde.

No decorrer do processo da doença é vivenciado pelo paciente e pela família, inúmeros sentimentos de intenso sofrimento. É comum o medo relacionado aos possíveis preconceitos sociais, o medo da morte além de outros sentimentos como os depressivos e de desvalorização social (CARVALHO, 2008; AMBRÓSIO, 2011). A atividade física vem no sentido de diminuir esses sentimentos advindos do processo saúde-doença.

Assim sendo, verifica-se pouca produção científica sobre a associação de atividades físicas e pacientes oncológicos, específicas para cada caso, bem como a sua intensidade e volume. Há mais de 70 anos são realizados estudos para precisar essa relação, contudo essa temática ainda se mostra escassa.

Sabe-se que as atividades físicas indicadas para esse tipo de comorbidade, são aquelas atividades físicas leves a moderadas, que utilizem de 50% a 75% do Vo^2 max. As atividades físicas de alta intensidade NÃO são adequadas, uma vez que, essas atividades podem potencializar os efeitos catabólicos que a enfermidade impõe ao organismo (SPINOLA, 2007).

Se referindo à modalidade, sugerem-se exercícios que envolvam grandes grupamentos musculares (caminhar, pedalar, ginásticas, alongamentos, ocupacionais, recreacionistas, dentre eles jogos e brincadeiras). Se tratando da frequência, a literatura indica um mínimo de três vezes na semana, sendo que o exercício diário seria de grande valia para minimizar os efeitos do tratamento. O exercício deve-se progredir levando em consideração a frequência e a duração das atividades, sendo ela lenta e gradual (SPINOLA, 2007).

O exercício gera suporte para enfrentar o tratamento, minimiza seus efeitos deletérios e, no pós-tratamento, acelera a recuperação e prolonga sua sobrevida com qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O câncer de modo geral, apesar de todos os avanços em seus tratamentos, ainda é considerado uma doença estigmatizante com um ideário envolvido em ausência de cura, invalidez, solidão, depressão, incapacidades, preconceitos e culpas. É necessário trabalhar firmemente, para modificar esse paradigma. O modelo biomédico, na forma como é praticado, esgota na atualidade sua forma unidirecional de ação (homem-máquina/corpo). Portanto, pensamentos e ações hegemônicas que necessitam de um balizador, urgentemente.

Na atualidade, muitos processos têm cura total ou pode haver uma boa qualidade de vida pelo tempo de sobrevivência dos portadores das doenças. Não é mais admissível focar os tratamentos exclusivamente nas cirurgias, quimioterapias, radioterapias. Igualmente, devem fazer parte desses, a procura do bem estar físico, psicológico e espiritual dos doentes através de alternativas que auxiliem a trajetória desse período. As técnicas usuais e necessárias são focais, e ocorrem durante determinados dias ou períodos de tempo. São fundamentais e imprescindíveis na sua função, porém, não são as únicas para assegurar um processo de abordagem integral à doença, considerando o paciente um ser que não sofre apenas ao nível físico.

Com vistas ao cuidado integral do cidadão, a multidisciplinariedade e o foco interdisciplinar das áreas da saúde apontam para a importância das práticas corporais, como tecnologia leve promotora e preventiva de saúde, visto que estudos epidemiológicos demonstram a expressiva associação entre estilo de vida ativo e menor possibilidade de morte, o que reflete numa melhor qualidade de vida (ARAÚJO, 2000; NÉRI, 2007; CAMPOS, 2015; CEBES 2015).

Os primeiros trabalhos em relação a essa temática datam 1922, com estudo de Cherry, o qual comparou a taxa de mortalidade por câncer com a quantidade de atividade física ocupacional, observando seu decréscimo na taxa da mortalidade quando os níveis de atividades físicas eram maiores. Somente depois de 23 anos, novos estudos foram realizados na área, com o estudo de Potter em 1945, nessa pesquisa, ele apontou a diminuição na ingestão calórica e o incremento da atividade física como possíveis fatores de

proteção ao carcinoma. Esses foram os primeiros estudos que envolveram atividade física e câncer.

Na atualidade, a produção científica na área ainda é escassa. Um exemplo é que ainda não existem referências científicas palpáveis de atividades de campo, estudos experimentais ou intervencionistas que relacionem os índices ideais da intensidade e volume de atividades físicas. Sendo necessárias mais publicações em relação a essas variáveis.

O que se sabe hoje, é que a atividade é benéfica e que ela auxilia na minimização de variáveis correlacionadas aos efeitos deletérios do tratamento, sendo ela uma atividade leve a moderada (utilizando de 50% a 75% do Vo^2 max), não sendo muito longa (de 20 mim a 30 mim), atividades que envolvam grandes grupos musculares e direcionada aos diferentes tipos de carcinomas.

Atualmente, os profissionais da saúde são solicitados a cuidar de pessoas em certas condições que, quando instaladas, já não podem ser prevenidas. O que fazer diante dessa situação? Pode-se, sim, prevenir a sua progressão por meio de uma educação/promoção ajustada às condições de vida de cada um.

A literatura clássica de Sontag (1978) afirma que, às vezes, mais difícil que a própria doença, são as fantasias que o paciente cria ou possui em torno da mesma. Frente a isso, pergunta-se: como vivem, então, as pessoas acometidas durante o seu processo de doença e enquanto sofrem os tratamentos? No que o profissional da saúde pode auxiliar para tornar esses tempos mais toleráveis por todos (paciente, família, profissionais).

A questão norteadora deste estudo é: **qual a influência da atividade física, em relação ao bem estar físico e mental, em pacientes com câncer?** A hipótese é que a atividade física pode sim melhorar as variáveis relacionadas à saúde mental desses pacientes.

Assim sendo, com essas perguntas em mente, justifica-se o presente estudo que busca conhecer os possíveis benefícios das práticas corporais relacionadas ao bem estar físico e mental de pacientes acometidos por neoplasias malignas atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria – RS.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi analisar a aplicação de práticas corporais leves às pessoas com câncer atendidas no serviço de Radioterapia do HUSM – RS, durante o seu período de tratamento em sala de espera e, verificar a sua influência sob o bem estar físico e mental destes pacientes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Verificar as influências (bem estar físico e mental) das práticas corporais em pacientes com câncer durante o seu tratamento, através de **intervenções de práticas corporais leves.**

-Verificar a **imagem corporal** nos pacientes com câncer durante o tratamento de Radioterapia.

-Verificar a **sensação de dor** em pacientes com câncer durante o tratamento de Radioterapia.

-Verificar a **fadiga** em pacientes com câncer durante o tratamento de Radioterapia.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A Saúde Pública, no Brasil, tem como marco histórico a criação do SUS, na década de 1990. Este sistema tem o intuito de responder às necessidades de saúde dos diferentes usuários que constituem a população brasileira.

Conforme o Ministério da Saúde, o SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988, para ser o sistema de saúde aos mais de 204 milhões de brasileiros, sendo um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Abrange desde um atendimento simples de baixa complexidade, até as altas complexidades, como por exemplo, o transplante de órgãos, dentre tantas outras situações (BRASIL, 2010).

Os princípios filosóficos do SUS são: a universalidade (acessibilidade e vínculo), a integralidade do cuidado (continuidade do cuidado responsável, em diferentes níveis de atenção) e a equidade (norteada pela humanização) que, ao lado dos princípios operacionais, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, são potencializadores do cuidado em saúde (BRASIL, 2010), devendo assim estar interligados para proporcionar saúde.

Para ser realizada a integralidade do cuidado, é necessário que haja multidisciplinaridade de práticas, guiadas por um núcleo do discurso interdisciplinar, que seria o bem estar das pessoas na sua constituição plena. Pesquisas sobre o trabalho em equipe multiprofissional/interdisciplinar mostram que se constitui por meio de uma relação recíproca, de mão dupla, entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação desses, visto que a comunicação é o veículo que possibilita a própria articulação (PEDUZZI, 2007). As equipes precisam estar agregadas e serem complementares, estabelecendo relações pessoais cordiais para alcançar a integração dos respectivos trabalhos especializados, tendo em vista a integralidade da saúde.

As diversas especialidades guardam conexões entre si, são complementares e interdependentes, ao invés de isolados e independentes, como em geral se reconhecem cada uma das áreas profissionais. Cada um desses trabalhos ou áreas profissionais tem especificidades presentes nos respectivos saberes operantes ou tecnológicos, nos instrumentos que utilizam

e nas atividades que os caracterizam. Portanto, o trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe (PEDUZZI, 2007).

A integralidade, nos seus múltiplos sentidos, designa atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema e das práticas de saúde. Constitui um movimento que se contrapõe ao modelo biomédico, no qual a assistência consiste, fundamentalmente, no diagnóstico, tratamento e possível cura física da doença que causa o sofrimento de cada sujeito, utilizando a aplicação de tecnologias que combatam quase que, exclusivamente, esse foco (BRASIL, 2010).

Tal fato se constitui em uma das principais ações e motivações para a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado. Quase em nenhuma circunstância, a medicina trabalha isolada, haja vista, por exemplo, os tratamentos neurológicos, cuja recuperação depende de fonoaudiólogos, fisioterapeutas dentre outros profissionais. Da mesma forma hoje, o tratamento do câncer requer além dos muitos profissionais médicos; requer a enfermagem especializada, a nutrição adequada, o suporte emocional ofertado pela psicologia, a terapia ocupacional, a assistência social, o educador físico ademais do cuidado espiritual.

É comprovado que o tratamento global, levando em conta todas as necessidades dos seres humanos, auxilia profunda e eficazmente os tratamentos convencionais. O paciente com melhor auto-estima, um pouco mais disposto, auxiliado, que convive com outras pessoas que abrigam problemas semelhantes, divide e dispersa suas dores podendo apresentar uma abordagem mais reforçada de todo o seu processo, que pode ser longo (AVELAR, 2006).

Para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, aprender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais encontrem alternativa de inserção no serviço de organização do trabalho que não seja a tradicional atuação independente e isolada, e a mera justaposição de ações

(PEDUZZI, 2007). Assim, se integra as várias profissões e seus conhecimentos.

Conforme Pessini (2000), cuidar é mais do que um ato isolado, é uma atitude constante de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento com o semelhante. Tendo a produção de cuidado como a finalidade do processo de trabalho, já está implícita à necessidade de incorporar outros instrumentos na produção dos serviços de saúde. Nesse sentido, as tecnologias leves também precisam constituírem-se como instrumentos do cotidiano nessa produção.

Mendes-Gonçalves (1994) não restringe o significado de tecnologia ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, e sim o amplia aos saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. As tecnologias carregam a expressão das relações entre os homens e entre os objetos sob os quais trabalham.

Merhy (2002) toma a definição de tecnologia incluindo os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Este autor a classifica em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

Destacando que, as tecnologias duras seriam os equipamentos, máquinas, fruto de outros momentos de produção. Assim conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros; caracterizam-se por conterem trabalho capturado, porém com possibilidade de expressarem trabalho vivo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato e, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MERHY, 2002).

Merhy et al. (1997) afirmam que é necessário imprimir mudanças no processo de trabalho tomando, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação como eixo analítico vital, com as outras tecnologias. Nesse sentido, defende que as mudanças são potencializadas se

incorporadas. As tecnologias leves no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

Incluindo as práticas corporais como tecnologia leve, garantindo assim a integralidade do cuidado, uma vez que, desde a década de 80, pesquisas demonstram a intensa relação de qualidade de vida, promoção de saúde e atividade física, sendo comprovado o papel da atividade física como promoção de saúde.

É preciso salientar que não há consenso sobre o conceito de atividade física e práticas corporais. Às vezes, práticas corporais e atividade física se apresentam como sinônimos, outras como complementares e até mesmo como sentenças opostas. (BRASIL, 2015). O que as pesquisas mostram é que é necessário se manter fisicamente ativo.

Geralmente quando se fala em atividade física as pessoas logo imaginam esporte, pessoas correndo, andando de bicicleta ou “malhando” em uma academia. Essas imagens estão fortemente sedimentadas em nossa memória como atividade física na sociedade moderna. Conceitualmente, atividade física é definida como “qualquer movimento corporal com gasto energético acima dos níveis de repouso”, ou seja, um gasto de energia maior do que ocorre quando se está sentado, deitado descansando, por exemplo (BRASIL, 2015).

Já, as práticas corporais são “expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer)”. As práticas corporais possuem elementos culturais que traduzem a identidade de povos ou de população de determinada região. É a leitura de “mundo” traduzida nas danças, nos jogos, nas brincadeiras, etc. Essa diversidade cultural das práticas corporais também faz com que o Brasil apresente suas regionalidades, destacando as diferenças culturais entre as regiões brasileiras. (BRASIL, 2015). O que podemos concluir é que ambos os termos são estratégias para promoção de saúde.

Para o empoderamento da população, cabe auxiliá-los a desenvolver um sentimento de maior autonomia sobre a própria vida, compreendendo situações como a importância do autocuidado, do conhecer os limites do

próprio corpo e se manter ativo fisicamente, trazendo uma sensação de bem estar físico e mental.

A literatura revela que a atividade física regular possui efeitos benéficos positivos na saúde física e mental, bem como na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer, após término do tratamento. No contexto do tratamento do câncer, a prática de atividade física regular tem uma importância fundamental para o bem estar do paciente.

Os exercícios físicos promovem um aumento da circulação, da respiração e da depuração de substâncias tóxicas do organismo. Com isso, traz benefícios nos pacientes em tratamento, e a prática vem sendo descrita como benéfica na prevenção de alguns tipos de câncer (ICB, 2015).

Dentre todos os efeitos colaterais do tratamento, a fadiga é sem dúvida o mais comum e evidente, afetando mais de 75% dos pacientes logo no primeiro ciclo de quimioterapia. Ela é definida como um estado subjetivo de opressão e exaustão prolongada, que diminui a capacidade física e mental de se realizar trabalho e que não é aliviada pelo repouso. Este é o principal obstáculo para iniciar ou manter uma atividade física. No entanto, é justamente o exercício físico – que nesses períodos precisa respeitar as limitações do paciente e ser adaptado às possibilidades do momento- que vai auxiliar a diminuir esse e outros sintomas (ICB, 2015).

Até a alguns anos atrás, a fadiga era vista pelos pacientes e médicos como uma consequência natural da doença e de seu tratamento, não como algo controlável (MORROW, 2002). A fadiga pode ter fatores etiológicos centrais, como: diminuição do nível de gonadotrofina; aumento do número de linfócitos T, circulantes; aumento dos receptores antagonistas de interleucina; aumento do receptor tipo II do fator de necrose tumoral solúvel; aumento do nível de neopterin e periféricos: balanço energético negativo, doença e seus tratamentos, infecções sistêmicas, hipotireoidismo, desnutrição, anormalidades metabólicas, distúrbios de sono, fatores psicológicos (RAO, 2008). Além das hipóteses: da anemia, do ATP, vagal aferente e da interação do eixo hipotálamo - hipófise/citocinas e 5HT (desregulação de serotonina) (MORROW, 2002).

Além de sua influência nos sistemas orgânicos, a fadiga influencia negativamente o curso do tratamento por afetar a capacidade de

compreensão e retenção de informações pelo paciente (MORROW, 2002) e ser um sintoma limitador para algumas terapias como com interferon e interleucina (DIMEO, 1999)

Devido ao descondicionamento cardiorrespiratório e muscular, causados pelo CA e pelo seu tratamento, ocorre um aumento da taxa metabólica, aumento do consumo energético, substancial aumento da frequência cardíaca e concentração de lactato em atividades de baixa intensidade (DIMEO, 2003), direcionando os pacientes a evitarem a realização de esforços, o que produz perdas adicionais de condicionamento levando a um ciclo de autoperpetuação da fadiga (DIMEO, 1999). Fato este bastante prejudicial, pois, esse descondicionamento cardiorrespiratório resultante da inatividade é um preditor chave para uma maior mortalidade em pacientes oncológicos (INGRAM, 2007). No entanto, a fadiga advinda dos fatores causais (tratamento, doença, destreinamento, hábitos sedentários) pode ser atenuada com a utilização de exercícios físicos, quebrando o ciclo de autoperpetuação (SOARES, 2011).

Segundo a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), o exercício físico é uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes no tratamento da fadiga (MCCAUGHAN, 2007), prevenindo, minimizando ou a diminuindo, além de promover adaptações benéficas ao estresse do CA e os efeitos do seu tratamento, durante e após as terapias (INGRAM, 2007; KNOBF, 2007).

Mulheres e homens durante o tratamento têm participado com sucesso de programas de exercício físico (COURNEYA, 2007). O exercício tem sido utilizado em pessoas com CA de próstata, cólon, pulmão, estômago, endométrio, cabeça e pescoço, linfoma, mieloma múltiplo, melanoma e transplante de medula óssea. Na maioria dos estudos, os pacientes recrutados estão no estágio I ou II da doença; porém, os poucos estudos realizados com pacientes em estágios avançados ou com metástase têm registrado sucesso (DIMEO, 2003; MCCAUGHAN, 2007).

A escolha metodológica e a tipificação dos exercícios a serem utilizados é complexa devido à extrema heterogeneidade da doença e pela resposta não linear ao exercício (MCNEELY, 2006). Em virtude das particularidades e da complexidade, uma abordagem multidimensional que inclui exercício resistido, aeróbio, relaxamento, consciência corporal, massagem e

flexibilidade seriam mais abrangentes, pois proporcionaria uma abordagem holística (SOARES, 2011).

Embora não tenha estudos que estabeleçam as abordagens mais eficazes em relação às outras, a maioria dos trabalhos utilizam exercícios aeróbios de intensidade moderada como método terapêutico (SOARES, 2011).

Recentes estudos e revisões sugerem que a intervenção com exercício físico para pacientes têm mostrado resultados favoráveis em todos os quatro domínios relacionados à qualidade de vida (físico/fisiológico, psicológico, social e espiritual). Os benefícios relatados incluem: redução da fadiga, melhora na qualidade de vida, bem-estar psicológico, imagem corporal, melhora na função física (capacidade de oxigenação, aptidão cardiovascular e respiratória, força, flexibilidade e estado de saúde geral), medidas antropométricas (peso, massa gorda e índice cintura-quadril), biomarcadores relacionados à saúde (pressão arterial, frequência cardíaca, concentração de hemoglobina, níveis circulantes de hormônios e parâmetros imunológicos). Além desses parâmetros, outros são a diminuição do tempo de hospitalização e a redução da quantidade de analgésicos utilizados devido ao aumento do limiar de dor e liberação de endorfinas (KNOLS, 2005; MCNEELY, 2006; MCCAUGHAN, 2007).

É importante ressaltar que, apesar de todos os benefícios, pouquíssimos pacientes se exercitam após o diagnóstico de CA e, dos que se exercitam, grande parte o faz de forma ineficiente e inadequada (MCNEELY, 2006).

Segundo a American Cancer Society (2007), é desconhecida a interferência dos exercícios físicos na conclusão do tratamento ou eficácia da quimioterapia, e que não existem razões fisiológicas preocupantes relativas à aplicação de exercícios durante o tratamento. Em estudo com mais de 700 pacientes, durante diversos tratamentos, não houve relato de nenhum efeito adverso principal.

Fortes evidências sugerem que o exercício físico é seguro e eficaz durante o tratamento de CA, melhorando as funções físicas e vários aspectos relacionados à qualidade de vida.

Não existem evidências diretas sobre tipo, frequência, duração, intensidade ou progressão ideal de exercícios para esta população. A

aplicação dependerá dos objetivos, estado de saúde do paciente e do CA; entretanto, nenhum modo de exercício é nocivo para pacientes durante o tratamento (MCNEELY, 2006; MCCAUGHAN, 2007; COURNEYA, 2000).

Verificou-se pouca produção científica sobre a associação de atividades físicas e pacientes oncológicos, específicas para cada caso, bem como a sua intensidade e volume. Há mais de 70 anos são realizados estudos para precisar essa relação, contudo essa temática ainda se mostra escassa.

Sabe-se que as atividades físicas indicadas para esse tipo de comorbidade são aquelas atividades físicas leves a moderadas, que utilizem de 50% a 75% do Vo^2 max. As atividades físicas de alta intensidade NÃO são adequadas, uma vez que, essas atividades podem potencializar os efeitos catabólicos que essa enfermidade impõe ao organismo (SPINOLA, 2007).

Se referindo á modalidade, sugere-se exercícios que envolvam grandes grupamentos musculares (caminhar, pedalar, ginásticas, alongamentos, ocupacionais, recreacionistas, dentre eles jogos e brincadeiras). Se tratando da frequência, a literatura indica um mínimo de três vezes na semana, sendo que o exercício diário seria de grande valia para minimizar os efeitos do tratamento. O exercício deve-se progredir relando em consideração a frequência e a duração das atividades, sendo ela lenta e gradual (SPINOLA, 2007).

O exercício gera suporte para enfrentar o tratamento, minimiza seus efeitos deletérios e, no pós-tratamento, acelera a recuperação e prolonga sua sobrevida com qualidade. O paciente com câncer deve ser avaliado individualmente e, se o mesmo estiver em condições físicas adequadas, a prática de exercícios não só pode, como deve ser estimulada como forma de melhorar a autoestima e a qualidade de vida (ICB, 2015).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em parceria com o Fundo Mundial de Pesquisa contra o Câncer (WCRF) concluiu que evitar a obesidade através de exercícios físicos e alimentação saudável pode prevenir 19% dos casos de câncer. Considerando 12 tipos específicos de cânceres mais comuns na população brasileira, como os de esôfago, pulmão, mama, fígado, próstata, colorretal e outros, o estudo ainda aponta que, ao prevenir a obesidade, é possível reduzir a incidência dos mesmos em até 30% (ICB, 2015).

O mecanismo dessa relação está baseado no fato de que células gordurosas em excesso aumentam a produção de fatores que causam a inflamação e, a partir disso, contribuem para o desenvolvimento de células cancerígenas. Por outro lado, essa reação inflamatória é contra balanceada por fatores anti-inflamatórios, também secretados pelo tecido adiposo. O exercício físico promove aumento dos níveis desses últimos, agindo assim, contra a perda de peso exagerada (ICB, 2015).

A maioria dos estudos epidemiológicos, que levam em conta o tipo de câncer e a atividade física, tem focado o câncer de mama. Pouco se lê ou sabe dessa mesma relação quando focamos os homens que portam, por exemplo, câncer de próstata.

O maior dos estudos com mulheres é um americano que monitorou 41.836 mulheres na menopausa, durante 18 anos (Iowa Women's study). As mulheres que praticaram atividade física regular, como corrida, natação ou esportes com raquetes, duas a três vezes por semana, tiveram chances 14% menores de desenvolverem câncer de mama (ZHANG, 1995).

Um estudo escocês analisou 213 mulheres com câncer de mama em tratamento com radioterapia ou quimioterapia e as dividiu em dois grupos, sendo um para prática supervisionada de exercícios físicos e outro para apenas observação. As mulheres que participaram do programa de exercícios físicos tiveram menos fadiga, depressão, náuseas e vômitos. A percepção de uma melhor qualidade de vida também foi observada nesse grupo, já um estudo americano mostrou que os exercícios físicos podem reduzir o tempo de recuperação do tratamento oncológico e ajudar os pacientes a se sentirem melhor através da diminuição dos efeitos colaterais (ICB, 2015).

A Sociedade Americana de Câncer (American Cancer Society) incluiu, em suas diretrizes, a prática de exercícios físicos como medida preventiva contra o câncer. Assim, atividade física é uma ferramenta terapêutica para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

O INCA trás um panorama da estimativa de casos novos para o ano de 2016, a incidência de cânceres entre homens e mulheres no Brasil, onde, segundo o Gráfico 01, o tipo de câncer mais prevalente em homens é o de próstata (28,1%) seguido pelo câncer de traquéia, brônquio e pulmões (8,1%),

cólon e reto (7,8%), estômago (6%) e cavidade oral (5,2%). Totalizando 295.200 mil casos novos de câncer no Brasil, no ano de 2016.

Gráfico 01 - Estimativa de cânceres em 2016 por 100mil habitantes em homens

Estimativa do número de casos novos, em homens , Brasil, 2016		
Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	61.200	28,6%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	8,1%
Cólon e Reto	16.660	7,8%
Estômago	12.920	6,0%
Cavidade Oral	11.140	5,2%
Esôfago	7.950	3,7%
Bexiga	7.200	3,4%
Laringe	6.360	3,0%
Leucemias	5.540	2,6%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%
Linfoma não Hodgkin	5.210	2,4%
Pele Melanoma	3.000	1,4%
Linfoma de Hodgkin	1.460	0,7%
Glândula Tireoide	1.090	0,5%
Todas as Neoplasias sem pele*	214.350	
Todas as Neoplasias	295.200	

Todas as neoplasias exceto pele não melanoma
 Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2016
 MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância

Já conforme o Gráfico 02, o tipo de câncer mais prevalente em mulheres é o de mama (28,1%) seguido por câncer de colo e reto (8,6%), colo do útero (7,9%), traqueia, brônquio e pulmão (5,3%) e estômago (3,7%). Totalizando 300.870 mil novos casos no Brasil no ano de 2016.

Gráfico 02 - Estimativa de cânceres em 2016 por 100mil habitantes em mulheres

Estimativa do número de casos novos, em mulheres , Brasil, 2016		
Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	57.960	28,1%
Cólon e Reto	17.620	8,6%
Colo do útero	16.340	7,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.890	5,3%
Estômago	7.600	3,7%
Corpo do útero	6.950	3,4%
Ovário	6.150	3,0%
Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%
Leucemias	4.530	2,2%
Cavidade Oral	4.350	2,1%
Esôfago	2.860	1,4%
Pele Melanoma	2.670	1,3%
Bexiga	2.470	1,2%
Linfoma de Hodgkin	1.010	0,5%
Laringe	990	0,5%
Todas as Neoplasias sem pele*	205.960	
Todas as Neoplasias	300.870	

Todas as neoplasias exceto pele não melanoma
 Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2016
 MS / INCA / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Vigilância

O câncer de mama é o que causa a maior mortalidade entre as mulheres – com 12,1 mortes para cada 100 mil - apesar de permanecer estável nos dez últimos anos, uma vez que, em 2002, a taxa foi de 11,9 mortes. O segundo câncer mais letal entre os brasileiros é o de próstata. As taxas se mantêm estáveis: 12,4 a cada 100 mil, em 2002, para 13,65, em 2012. Não muito diferente em relação aos gráficos 01 e 02 que mostram a prevalência para o ano de 2016, os mesmos cânceres que são mais prevalentes no Brasil são ao mesmo tempo os com maiores índices de mortalidade.

5. METODOLOGIA

5.1 – DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa consta de uma análise de uma atividade voltada para a solução de problemas, através do emprego de processos científicos. O estudo foi uma pesquisa quantitativa, de cunho intervencionista e de observação longitudinal.

Nas pesquisas quantitativas Fonseca (2002) refere que os resultados da coleta de dados podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática/estatística para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Por essas explicações que se decidiu realizar uma pesquisa intervencionista, realizando atividades físicas e verificando a influência da mesma em pacientes com câncer. Sendo assim, nesta pesquisa, foi realizada uma triangulação metodológica, que consiste na combinação de diferentes métodos e procedimentos de coletas de dados, com vistas a abranger, de forma mais acurada, as variadas perspectivas do objeto em estudo.

5.2 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo, em sua integralidade (projeto piloto e pesquisa) ocorreu no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. O HUSM é um prédio de seis andares, localizado na cidade de Santa Maria – RS.

O projeto piloto foi realizado a partir do segundo semestre de 2016, onde, realizaram-se oficinas de atividade física, semanalmente, no setor de Quimioterapia. Estas tinham objetivo de treinar a pesquisadora para realizar a pesquisa oficial no setor de Radioterapia do HUSM. O projeto piloto teve duração de um semestre. Pontua-se que houve ciência e permissão dos

responsáveis pelos setores para que este trabalho fosse realizado através de um projeto de extensão.

A pesquisa, deste estudo ocorreu no serviço de Radioterapia do HUSM. Optou-se por realizar nesse setor, pois, para este tipo de tratamento – para os tipos de cânceres ali tratados - os pacientes necessitam em geral, ao menos de 30 sessões de Radioterapia. Tal fato possibilitou que a pesquisadora pudesse aplicar oito oficinas para cada participante. Essa condição não se propiciava na Quimioterapia, pois as sessões desse tipo de tratamento necessitam de um intervalo de 15 dias ou mais para cada paciente. Este fato alongaria o tempo de coleta para um único paciente.

5.3 – AMOSTRA DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo pacientes com câncer em tratamento (no ambulatório de Radioterapia), atendidos no HUSM – RS, que aceitaram participar das intervenções e apresentaram condições clínicas e psíquicas para realizar as mesmas, no momento proposto e liberados pelos médicos responsáveis.

Para estudo foi escolhida uma amostra não probabilística, amostra por conveniência. Levou-se em conta o acesso possível aos participantes e o tempo disponível para coleta. Totalizando 59 pacientes, seguindo os critérios de inclusão e exclusão.

5.4 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo pacientes acometidos por câncer com idade superior a 18 anos, que aceitaram participar do estudo e que tinham condições, afirmadas por liberação do médico assistente, para realizar atividades físicas leves antes das sessões de tratamento.

Realizaram-se oficinas de atividades físicas grupais em dias e horários pré-fixados pela pesquisadora (em consonância com o serviço) e foram incluídos TODOS os/as pacientes que completarem no mínimo oito sessões de atividades físicas.

5.5 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos pacientes sem a liberação médica para participar das oficinas ou que no momento da intervenção não estivessem em condições ou se sentindo bem fisicamente. Foram excluídos do estudo pacientes que não realizassem um mínimo de oito sessões de atividades físicas.

Foram igualmente excluídos aqueles que não concordaram em realizar as oficinas.

5.6- INSTRUMENTOS

Para obtenção dos diversos dados que a pesquisadora buscava houve a necessidade de adaptações. Foram utilizados protocolos validados com questões fechadas e abertas, sendo esse adaptado ao estudo.

Os pacientes foram entrevistados no setor de Radioterapia do HUSM no primeiro dia de intervenção, após a sua concordância e o processo de obtenção do TCLE. Nesse momento explicou-se a intervenção e respondeu-se aos questionamentos do paciente.

Os protocolos (em anexo) foram aplicados após ciência do TCLE e caso, o paciente sentia-se cansado durante a realização da entrevista poderia retoma-la. O mesmo ocorreu caso o paciente fosse chamado para o tratamento durante a entrevista. Após as oito sessões de atividade física o mesmo questionário foi aplicado para comparação.

Para avaliar a **imagem corporal**, (ANEXO A) decidiu-se utilizar o questionário *Body Image after Breast Cancer Questionnaire (BIBCQ)* o qual foi desenvolvido por Baxter et al. (2006). Trata-se de uma escala multidimensional, com o objetivo de acompanhar o impacto do câncer de mama na imagem corporal. O questionário é autoaplicável, com 45 itens. Dois itens específicos para mulheres que fizeram a mastectomia, mas não fizeram a reconstrução da mama e seis itens específicos para mulheres que fizeram a reconstrução da mama ou uma quadrantectomia ou que não passaram por procedimento cirúrgico. Para este estudo foi utilizada a versão adaptada para o português por Gonçalves (2012).

Este protocolo foi adaptado para 22 itens, os itens excluídos não contemplavam os objetivos deste estudo (ANEXO B). Como este protocolo tem itens destinados a imagem corporal de mulheres que tiveram câncer de mama, essas questões foram respondidas apenas por mulheres. Os homens responderam as questões genéricas do protocolo.

Para avaliar a **sensação de dor** (ANEXO C) optou-se pelo Inventário Breve de Dor (Brief Pain Inventory – BPI). Este avalia aspectos da dor vivenciada por uma pessoa ao longo de 24 horas. Quantifica tanto a intensidade da dor quanto a incapacidade a ela associada (DAUT et al., 1983). Para uma melhor aplicabilidade a este estudo foram excluídas algumas questões (ANEXO D)

Para avaliar a **fadiga** (ANEXO E) dos pacientes, foi utilizado o questionário de escala de medidas de fadiga revisado de Piper et al. O questionário de escala de medidas de fadiga é composto de 22 itens subdivididos em quatro diferentes domínios. Cada item é apresentado em casa numérica que varia de 0 a 10 (PIPER, 2008). Para este estudo, foram excluídas algumas questões (ANEXO F).

Para avaliar as oficinas de **atividade física** foi elaborado pela pesquisadora um questionário com perguntas abertas e fechadas para coletar os dados da impressão dos pacientes sobre as oficinas que realizaram (ANEXO H). Nas perguntas abertas os participantes tinham a liberdade de comentar e discorrer sobre as oficinas, deixando suas opiniões. Todas as opiniões coletas foram anotadas em um diário de campo, para posterior análise.

Todas as oficinas e coletas de dados foram aplicadas por uma única pessoa (a pesquisadora).

5.7 – METODOLOGIA DOS PROCEDIMENTOS

O projeto piloto ocorreu nos meses seguintes à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, no segundo semestre de 2016. Já a pesquisa (coleta de dados) ocorreu nos meses de Abril e Maio de 2017.

O projeto piloto iniciou no ambulatório de quimioterapia do HUSM – RS, com a participação da pesquisadora e monitores para foram treinados (projeto de extensão) pela pesquisadora com formação em Educação Física. Foram realizadas oficinas de atividades de física, em dias e horários combinados com o serviço (de segunda-feira a sexta-feira em um horário pela manhã). Com pacientes e acompanhantes do setor.

A pesquisa na Radioterapia iniciou com a realização de um “pré-teste”, onde-se aplicaram os protocolos validados adaptados para oficinas, nessa etapa, todos os dados foram coletados pela pesquisadora. O participante que não se sentisse a vontade para responder tais questões poderia responder em outro momento ou deixar em branco alguma questão, após foram realizadas as oficinas de atividades físicas, onde ocorreram junto ao ambulatório de radioterapia do HUSM – RS, em dias e horários combinados com o serviço (de segunda-feira á sexta-feira no turno da manhã).

As oficinas tiveram duração máxima de 30 minutos. Foram realizados exercícios recreacionais, focados no conhecimento de si e do outro (apresentações e reconhecimento do grupo); exercícios de elevação da autoestima; lúdicos; alongamentos; exercícios que envolviam grande grupos musculares; ocupacionais; jogos e brincadeiras (todos os exercícios realizados tiveram intensidade leve a moderada, respeitando o limite de cada paciente).

Quando o paciente completar um total de oito sessões de atividades físicas foi realizado um pós-teste idêntico ao teste inicial a fim de verificar as possíveis diferenças nos níveis de fadiga, percepção corporal do pacientes, quadro de dor e a relação com a atividade física.

5.8 – OFICINAS

A seguir, o plano de aula utilizado nas oficinas, dividido em apresentação, exercícios de respiração, alongamentos, exercícios propriamente ditos, dinâmicas de grupo e despedida.

Apresentação: ao chegar à sala de espera do ambulatório de radioterapia ocorre a apresentação da professora envolvida na ação (Bom dia! Meu nome é Darcieli sou formada em educação física, estou aqui hoje

para realizar atividades físicas com vocês, é muito importante a participação de todos nesta atividade, caso alguém for chamado para o tratamento enquanto realiza atividade, por favor atendam ao chamado. Essa atividade faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: praticas corporais como tecnologia leve no cuidado integral ao paciente com câncer), logo após é iniciado alguns exercícios.

Respiração: nas primeiras aulas a respiração deve ser frisada, ensinar a respirar profundamente é fundamental, puxando o ar pelo nariz (contando 1,2, 3, 4) e soltando o ar pela boca (contando 1,2, 3, 4), com contração dos músculos abdominais e do assoalho pélvico.

Alongamentos: Pescoço/cervical (direita/esquerda, cima/baixo, giro), membros inferiores, membros superiores (preferencialmente ainda sentados), podendo variar conforme a aula, pode não realizar todos os exercícios na mesma aula, escolher alguns materiais de apoio ou variar a ordem dos exercícios. O importante é a contagem, no alongamento pode-se contar até 20 ou contar como respiração (contar 4 respirações por exercício). *Devendo ser respeitado os limites de cada aluno.

Exercícios: exercícios de mobilização articular do tornozelo e fortalecimento de panturrilhas, 2 séries de 15 repetições, agachamento 2 séries de 15 repetições, importante ressaltar que nos primeiros momentos o ideal é o auxílio de uma cadeira, mobilização da coluna aliado com alongamento de isquiotibiais (em pé fazer flexão de coluna com as pernas retas, tentar alcançar o pé), extensão de joelho sentado na cadeira (unilateral), exercícios de equilíbrio (saci), em pé flexão de joelho.

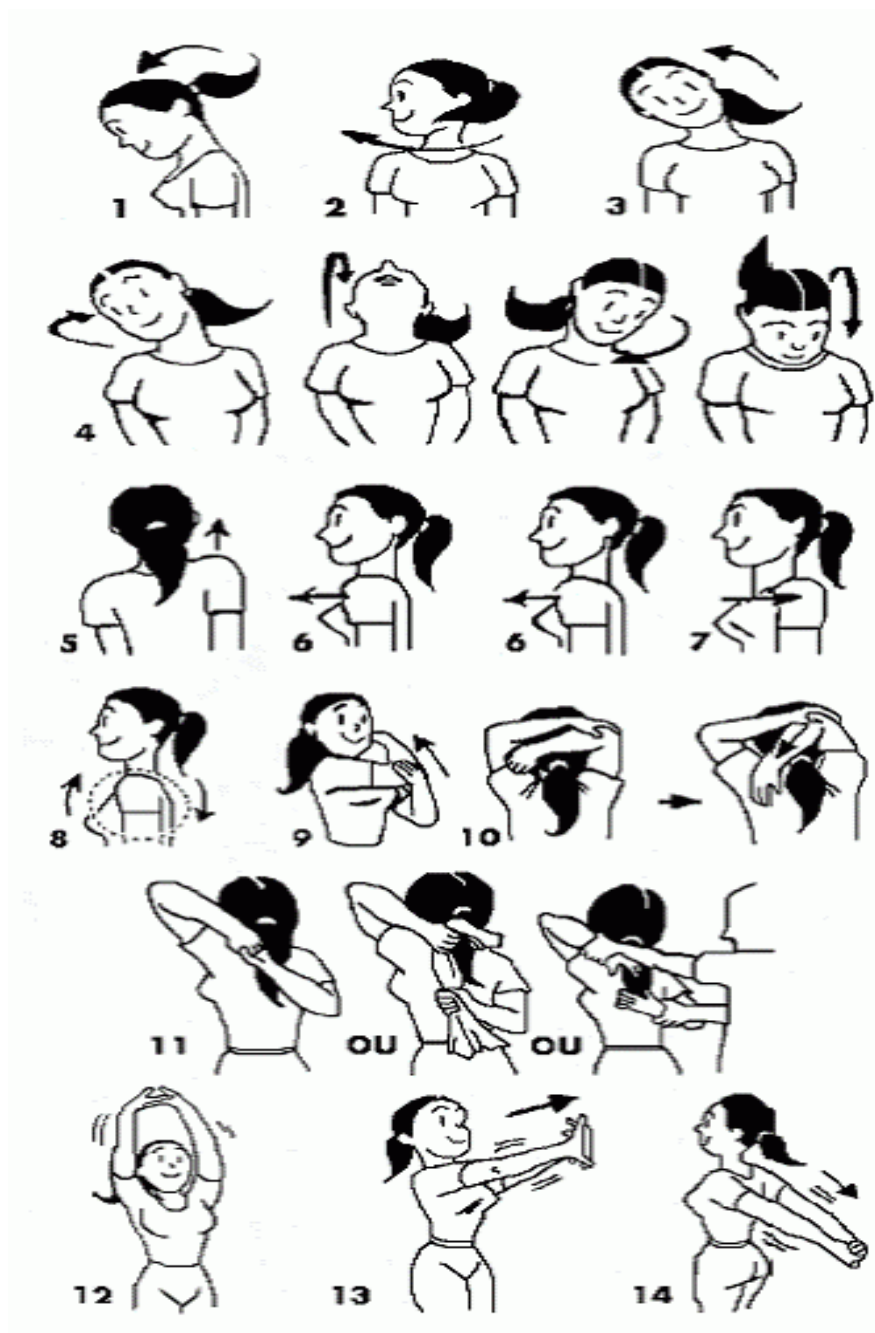
Dinâmica: Neste momento é solicitado aos alunos que levantem e formem uma roda, de mãos dadas, cantamos a seguinte canção:

“Uma pipoca estourava na panela, Onde a pipoca começou a reclamar
aí então foi aquele falatório e ninguém conseguia escutar
foi um POC, POC, POC, POC, POC, POC, POC”

Durante a canção, deve-se dançar em roda e realizado exercícios de alongamentos ou pequenos saltos durante o POC, dependendo dos limites do público alvo. Exercícios envolvendo dinâmicas são excelentes para aumentar o vínculo com os pacientes e alegrar o ambiente, podendo ser inseridos depois de algumas sessões de alongamentos.

Despedida: Neste momento é realizada despedida da professora e agradecimento aos que participaram. Ainda, importante salientar a importância da realização de exercícios físicos para melhora da qualidade do tratamento. Uma vez que, os exercícios aplicados poderiam ser realizados em seus domicílios.

A seguir, algumas ilustrações exemplificando alguns alongamentos utilizados, destaca-se que as imagens a seguir foram em sua totalidade retiradas do site Google.





Extensão dos dedos e punhos (abrir a palma da mão)



Flexão dos dedos (fechar a mão)



Rotação do tronco e pescoço (para ambos os lados)



Flexão da perna e extensão da coxa (quadríceps)



Abdução e rotação externa da coxa (cruzar a perna)



Adução e flexão da coxa (Glúteo)

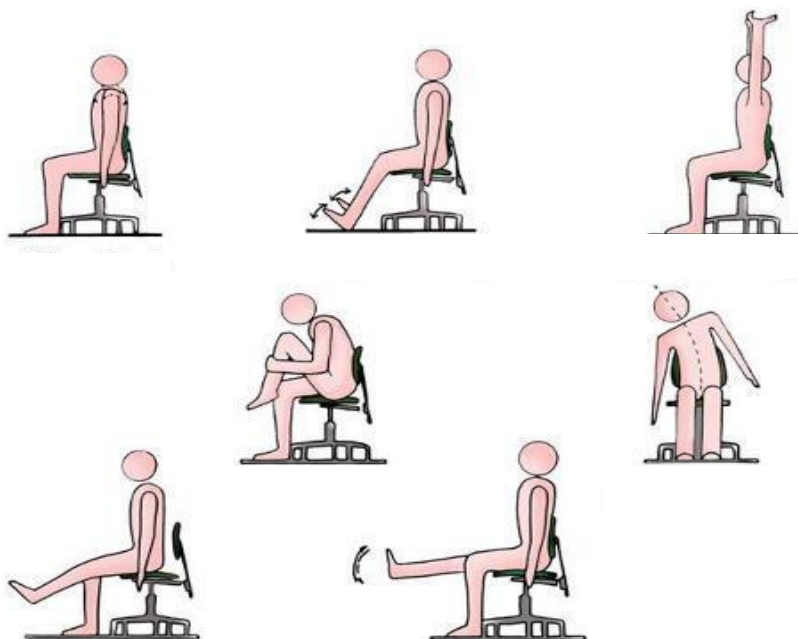
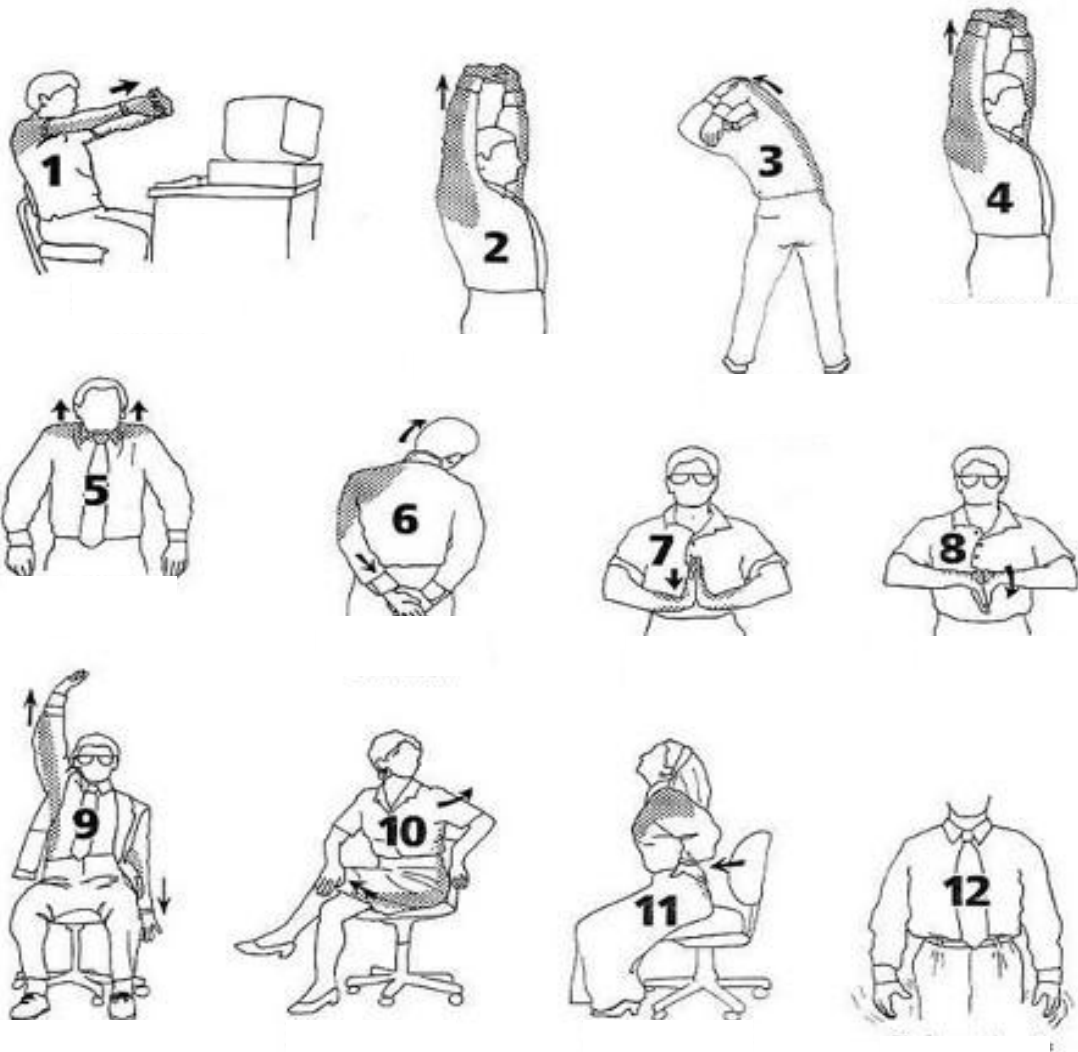


Flexão dorsal do pé (gêmeos e solear)



Flexão do tronco (lombar)





*Todas as imagens foram retiradas do pesquisador Google®

5.9 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados obtidos através dos questionários e protocolos foram digitados duas vezes, por pessoas distintas, no programa Microsoft Excel 2007® (Redmond, Washington, Estados Unidos) para controle de qualidade. A seguir realizou-se validação, comparando as duas digitações, com correção dos erros identificados. Após a validação dos dados os mesmos foram transportados para o programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*) para análise estatística.

Os dados foram submetidos inicialmente à análise estatística descritiva dos dados, realizou-se o teste para verificação de nível de significância, Shapiro-Wilk. Após, foi feita a comparação da variável imagem corporal (do pré-teste com o pós-teste) pelo teste não paramétrico de Wilcoxon. Em seguida, foi feita análise dos dados dos parâmetros compatíveis. Para as outras variáveis (dor, fadiga, atividade física) foram feitas apenas um teste de frequência. Depois da realização dos testes, foi realizada a porcentagem de cada variável tendo em vista a amostra diferente para cada variável. Os dados foram estratificados conforme câncer, idade, sexo e outras variáveis conforme demonstrados nas tabelas descritas nos resultados.

5.10 – ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente o projeto foi encaminhado à apreciação do GEP – HUSM nº 038/2016. Após foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo aprovado com número CAAE 55989916.8.0000.5346. A autora manteve em sigilo os dados identitários dos pacientes cujas informações foram pesquisadas e levantadas, utilizando os demais dados somente para fins de pesquisa, conforme apêndice o TC (APENDICE B).

O seu desenvolvimento do projeto piloto (intervenções) ocorreu somente após a sua aprovação (abril de 2016) dos entes responsáveis (GEP – HUSM). Nos meses de Abril e Maio de 2017 iniciaram-se a pesquisa na Radioterapia.

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa tiveram a garantia de confidencialidade dos seus dados identitários através do Termo de Confidencialidade (TC) e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

As informações coletadas serão mantidas com a pesquisadora, sendo que os dados serão mantidos pelo período de cinco (5) anos, após este período os dados serão destruídos/incinerados.

A pesquisadora cumpriu os requisitos para a pesquisa que envolve seres humanos, conforme exigência do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de acordo com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dita às normas e regras para a pesquisa com seres humanos.

Este estudo apresentou riscos mínimos, sendo eles: desconforto e/ou cansaço. Em geral, tratou-se de uma pesquisa de baixo risco, pois a atividade física foi de intensidade leve e o paciente poderia não realizar a atividade ou realizar a atividade dentro do seu limite de amplitude e intensidade.

Esta pesquisa visa preencher o requisito final de Conclusão do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

Os custos desta pesquisa tiveram inteira responsabilidade do pesquisador e não houve conflito de interesse.

6. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão descritos conforme a ordem abaixo discriminada: a) perfil dos pacientes (sexo, proveniência, tipo de tumor, tratamento realizados); b) imagem corporal; c) comportamento da fadiga; d) análise de escala de dores e, finalmente, como uma das principais metas dessa pesquisa, e) a avaliação feita pelos participantes das oficinas de atividades físicas realizadas e das quais participaram.

Esclarece-se que, em cada variável o “n” constitui-se de um número diferenciado, pois alguns dados não foram encontrados nos prontuários dos pacientes. Assim sendo, calcularam-se os percentuais relativos aos “n” encontrados na busca dos dados.

A seguir, demonstrar-se-á o perfil dos participantes do estudo entrevistados no setor de Radioterapia do HUSM. O questionário foi respondido no primeiro dia de intervenção, após a sua concordância e o processo de obtenção do TCLE. A tabela 1 explicita o perfil desses, segundo sexo, idade e proveniência do grupo de pessoas estudado

Tabela 1 – Tabela demonstrativa do perfil dos pacientes que responderam ao questionário no setor de Radioterapia do HUSM nos meses de Abril e Maio de 2017.

Variáveis	Frequência	Percentual
Sexo		
Masculino	22	37,2%
Feminino	37	62,7%
Idade		
20-30	03	5%
31-40	08	13,5%
41-50	07	11,8%
51-60	13	22%
61-70	18	30,5%
71-80	09	15,2%
Mais de 80	02	3,3%
Proveniência		
Santa Maria	20	33,8%
São Gabriel	07	11,8%
São Sepé	04	6,7%
Santiago	03	5%
São Francisco de Assis	03	5%
São Vicente do Sul	03	5%
Mata	02	3,3%
Restinga Seca	02	3,3%
Unistalda	02	3,3%
Outras*	13	22%

* Outras (Cacequi, Capão do cipó, Iraí, Jari, Julio de Castilhos, Paraiso do Sul, São Borja, São Pedro do sul e Silveira Martins).

A tabela 2, abaixo discriminada, explicita o perfil do pacientes segundo o tipo de carcinoma do qual eram portadores e a forma de tratamento recebida por eles.

Tabela 2 – Tabela demonstrativa do perfil dos pacientes que responderam ao questionário quanto ao local do tumor e forma de tratamento no setor de Radioterapia do HUSM nos meses de Abril e Maio de 2017.

Variável	Frequência	Percentual
Tipo de Câncer		
Mama	17	28,8%
Cabeça e Pescoço*	12	20,3%
Ginecológico**	08	13,5%
Reto***	08	13,5%
Próstata	08	13,5%
Mieloma	03	5%
Pulmão	02	3,3%
Pele	01	1,6%
Realizou cirurgia?		
Sim	41	69,4%
Não	18	30,5%
Realizou Quimioterapia?		
Sim	37	62,7%
Não	22	37,2%
Realizou Radioterapia?		
Sim	59	100%
Não	00	0
Realizou Hormonioterapia?		
Sim	04	6,7%
Não	49	83%
Não soube responder	06	10,1%

* Carcinomas do tipo cabeça e pescoço: faringe, boca, tireoide, esôfago, laringe e cerebral

** Carcinomas ginecológicos: Endométrio, colo do útero e vulva

*** Carcinomas de reto: médio, alto e baixo

Quanto ao estadiamento tumoral foi realizado um estudo descritivo na tentativa de uma adequada demonstração dos tipos de tumor e seu estadiamento. No entanto, a amostra revelou-se muito heterogênea onde, cada paciente com o seu tipo de tumor, apresentou um estadiamento diferente, impossibilitando o seu agrupamento. Portanto, optou-se por não demonstrar a extensa tabela nesse relatório.

Outro dado pesquisado neste estudo foi relacionado à prevalência do câncer estratificado por sexo. Esse dado está explicitado na tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Tipos de cânceres mais prevalentes na amostra obtida, estratificada conforme o sexo (masculino e feminino).

Variável	Sexo Feminino		Sexo Masculino	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Tipo de Câncer				
Mama	17	45,9%	-	-
Cabeça e Pescoço	03	8,1%	09	40,9%
Ginecológico	08	21,6%	-	-
Reto	05	13,5%	03	13,6%
Próstata	-	-	08	36,3%
Mieloma	02	5,4%	01	4,5%
Pulmão	01	2,7%	01	4,5%
Pele	01	2,7%	-	-

Sabe-se que em um processo oncológico, levando-se em conta as formas de tratamento desse, a questão da imagem corporal pode ficar alterada para as pessoas que sofrem com decurso da doença. No intuito de esclarecer esse aspecto foi aplicado um protocolo adaptado avaliativo de tal questão.

As tabelas 4, 5, 6, 7 e 8 trazem informações a respeito dessa variável, – a imagem corporal. Para melhor visualização e interpretação desses dados foram estratificados em respostas obtidas pelas mulheres estudadas (n=37, 62,7%) e respostas obtidas pelos homens estudados (n=22, 37,2%). Os dados demonstrados nas tabelas foram divididos em três categorias: uma de respostas com aspectos positivos que ensejava o protocolo, outra de aspectos negativos do protocolo e outra tabela referente ao câncer de mama. As tabelas serão demonstradas abaixo, em sequencia do que foi acima nominado.

Assim sendo, a tabela 4 demonstra os dados obtidos através do questionário sobre imagem corporal, respondidos por mulheres que traz aspectos relacionados aos itens considerados como “positivos” do protocolo.

Tabela 4 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos positivos) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.

Questionamentos	Discordo de toda frase	Discordo da frase	Não concordo nem discordo	Concordo com a frase	Concordo com toda a frase
Gosto do meu corpo					
Pré-Teste	0(0%)	0(0%)	5(13,5%)	13(35,1%)	19(51,4%)
Pós-Teste	0(0%)	0(0%)	4(10,8%)	10(27%)	22(59,5%)
Estou feliz com minha disposição					
Pré-Teste	0(0%)	0(0%)	4(10,8%)	15(40,5%)	18(48,6%)
Pós-Teste	0(0%)	0(0%)	3(8,1%)	13(35,1%)	20(54,1%)
Estou satisfeita com a forma do meu corpo					
Pré-Teste	0(0%)	0(0%)	8(21,6%)	13(35,1%)	16(43,2%)
Pós-Teste*1	1(2,7%)	0(0%)	7(18,9%)	11(29,7%)	17(45,9%)
Sinto-me confortável com minha aparência durante a prática de AF					
Pré-Teste	1(2,7%)	0(0%)	8(21,6%)	11(29,7%)	17(45,9%)
Pós-Teste	1(2,7%)	1(2,7%)	5(13,5%)	10(27%)	19(51,4%)
Gosto da minha aparência como ela é					
Pré-Teste	1(2,7%)	3(8,1%)	3(8,1%)	14(37,8%)	16(43,2%)
Pós-Teste *3	1(2,7%)	3(8,1%)	3(8,1%)	12(32,4%)	15(40,5%)
Posso participar de atividades normais					
Pré-Teste*2	4(10,8%)	5(13,5%)	5(13,5%)	9(24,3%)	12(32,4%)
Pós-Teste *1	5(13,5%)	3(8,1%)	4(10,8%)	11(29,7%)	13(35,1%)
Sentir-me-ia confortável trocando de roupa em vestiário público					
Pré-Teste*4	3(8,1%)	5(13,5%)	14(37,8%)	4(10,8%)	7(18,9%)
Pós-Teste*4	2(5,4%)	4(10,8%)	12(32,4%)	6(16,2%)	9(24,3%)

* Refere à quantidade de pessoas que não souberam responder.

A tabela 5, a seguir, demonstra os dados obtidos através do questionário sobre imagem corporal, respondido por mulheres. Demonstra aspectos relacionados aos itens considerados como negativos do protocolo.

Tabela 5 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos negativos) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.

Questionamentos		Discordo de toda frase	Discordo da frase	Não concordo nem discordo	Concordo com a frase	Concordo com toda frase
Tento esconder meu corpo						
	Pré-Teste	20(54,1%)	10(27%)	3(8,1%)	3(8,1%)	1(2,7%)
	Pós-Teste	20(54,1%)	11(29,7%)	3(8,1%)	3(8,1%)	0(0%)
Sinto raiva do meu corpo						
	Pré-Teste	29(78,4%)	3(8,1%)	3(8,1%)	2(5,4%)	0(0%)
	Pós-Teste	27(73%)	5(13,5%)	3(8,1%)	2(5,4%)	0(0%)
Preciso ser tranquilizada sobre minha saúde						
	Pré-Teste *3	14(37,8%)	3(8,1%)	9(24,3%)	4(10,8%)	4(10,8%)
	Pós-Teste *2	14(37,8%)	3 (8,1%)	10 (27%)	3(8,1%)	5(13,5%)
Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer						
	Pré-Teste *1	20(54,1%)	5(13,5%)	1(2,7%)	4(10,8%)	6(16,2%)
	Pós-Teste *1	20(54,1%)	6(16,2%)	1 (2,7%)	3(8,1%)	6(16,2%)
Evito intimidade física						
	Pré-Teste *2	17(45,9%)	7(18,9%)	5(13,5%)	5(13,5%)	1 (2,7%)
	Pós-Teste *1	16(43,2%)	9(24,3%)	5(13,5%)	4(10,8%)	2(5,4%)
Preocupo-me com pequenas dores						
	Pré-Teste*2	12(32,4%)	6(16,2%)	12(32,4%)	3(8,1%)	2(5,4%)
	Pós-Teste *2	10(27%)	6(16,2%)	15(40,5%)	2(5,4%)	2(5,4%)

* Refere à quantidade de pessoas que não souberam responder.

A tabela 6 demonstra os dados obtidos através o questionário sobre imagem corporal, respondido por mulheres e demonstra aspectos específicos relacionados ao Câncer de mama. O protocolo tem itens que analisam aspectos relativos ao tratamento cirúrgico.

Tabela 6 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos relacionado ao CA de mama) dos pacientes do sexo Feminino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.

Questionamentos		Discordo de toda frase	Discordo da frase	Não concordo nem discordo	Concordo com a frase	Concordo com toda a frase
Sinto-me menos feminina depois do câncer	Pré-Teste *2	16(43,2%)	10(27%)	5(13,5%)	3(8,1%)	1(2,7%)
	Pós-Teste *1	16(43,2%)	9(24,3%)	6(16,2%)	3(8,1%)	2(5,4%)
Estou satisfeita com a aparência do meu braço	Pré-Teste *1	3 (8,1%)	3 (8,1%)	10 (27%)	10 (27%)	10 (27%)
	Pós-Teste *3	2(5,4%)	4(10,8%)	8(21,6%)	9(24,3%)	11(29,7%)
Evito olhar as cicatrizes da cirurgia na mama	Pré-Teste *17	8(21,6%)	0 (0%)	4(10,8%)	3 (5,1%)	5 (13,5%)
	Pós-Teste *18	7 (18,9%)	0 (0%)	5(13,5%)	2 (5,4%)	5 (13,5%)
Tenho medo de tocar as cicatrizes da cirurgia na mama	Pré-Teste *16	12(32,4%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)
	Pós-Teste *16	11(29,7%)	3 (8,1%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)
Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia	Pré-Teste *21	5 (13,5%)	1 (2,7%)	5(13,5%)	1 (2,7%)	4 (10,8%)
	Pós-Teste *21	5 (13,5%)	1 (2,7%)	5(13,5%)	2 (5,4%)	3 (8,1%)
Sinto-me confortável quando as pessoas olham minhas mamas	Pré-Teste *11	10 (27%)	1 (2,7%)	8(21,6%)	1 (2,7%)	6 (16,2%)
	Pós-Teste *11	8 (21,6%)	3 (8,1%)	8(21,6%)	1 (2,7%)	6 (16,2%)
O inchaço do meu braço é um problema para mim	Pré-Teste *9	14(37,8%)	7(18,9%)	3 (8,1%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)
	Pós-Teste *8	14(37,8%)	8(21,6%)	3 (8,1%)	1 (2,7%)	3 (8,1%)
As dores no braço são um problema para mim	Pré-Teste*9	12(32,4%)	3 (8,1%)	8(21,6%)	2 (5,4%)	3 (8,1%)
	Pós-Teste *7	12(32,4%)	4(10,8%)	7(18,9%)	2 (5,4%)	5 (13,5%)
Preocupo-me que minha prótese saia do lugar	Pré-Teste *25	6 (16,2%)	1 (2,7%)	4(10,8%)	1 (2,7%)	0 (0%)
	Pós-Teste *24	5 (13,5%)	1 (2,7%)	5(13,5%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)

* Refere à quantidade de pessoas que não souberam responder.

A seguir, demonstram-se os resultados da variável - imagem corporal -, que fez parte do questionário e foi respondido pelos homens que participaram das oficinas. A tabela 7 demonstra os dados relacionados aos aspectos considerados positivos ensejados no protocolo.

Tabela 7 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos positivos) dos pacientes do sexo Masculino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.

Questionamentos	Discordo de toda frase	Discordo da frase	Não concordo nem discordo	Concordo com a frase	Concordo totalmente da frase
Gosto do meu corpo					
Pré-Teste	0 (0%)	0 (0%)	3(13,6%)	7(31,8%)	12(54,5%)
Pós-Teste	0 (0%)	0 (0%)	3(13,6%)	6(27,3%)	13(59,1%)
Estou feliz com minha disposição					
Pré-Teste	0 (0%)	0 (0%)	5(22,7%)	7(31,8%)	10(45,5%)
Pós-Teste	0 (0%)	0 (0%)	4(18,2%)	7(31,8%)	11 (50%)
Estou satisfeito com a forma do meu corpo					
Pré-Teste	0 (0%)	0 (0%)	3(13,6%)	8(36,4%)	11 (50%)
Pós-Teste*1	0 (0%)	0 (0%)	3(16,9%)	7(30,5%)	12(54,5%)
Sinto-me confortável com minha aparência durante a prática de AF**					
Pré-Teste	1 (4,5%)	0 (0%)	5(22,7%)	5(22,7%)	11 (50%)
Pós-Teste	0 (0%)	1 (4,5%)	5(22,7%)	5(22,7%)	11 (50%)
Gosto da minha aparência como ela é					
Pré-Teste	0 (0%)	1 (4,5%)	4(18,2%)	7(31,8%)	10(45,5%)
Pós-Teste *3	1 (4,5%)	0 (0%)	4(18,2%)	6(27,3%)	11 (50%)
Posso participar de atividades normais					
Pré-Teste*2	1 (4,5%)	2 (9,1%)	5(22,7%)	5(22,7%)	9 (40,9%)
Pós-Teste *1	1 (4,5%)	2 (9,1%)	5(22,7%)	4(18,2%)	10(45,5%)
Sentir ia-me confortável trocando de roupa em vestiário público					
Pré-Teste *1	0 (0%)	0 (0%)	4(18,2%)	6(27,3%)	11(50%)
Pós-Teste *1	0 (0%)	0 (0%)	5(22,7%)	5(22,7%)	11 (50%)

* Refere à quantidade de pessoas que não souberam responder.

** AF: Significa Atividade Física

Dando seguimento ao quesito da imagem corporal, a tabela 8, abaixo, demonstra os dados obtidos por meio do protocolo sobre imagem corporal, respondido pelos homens que participaram do estudo. Demonstra aspectos considerados como negativos que constavam no protocolo.

Tabela 8 – Tabela demonstrativa referente ao questionário sobre a imagem corporal (aspectos negativos) dos pacientes do sexo Masculino em tratamento radioterápico do HUSM, nos meses de Abril a Maio de 2017.

Questionamentos		Discordo totalmente da frase	Discordo da frase	Não concordo nem discordo	Concordo com a frase	Concordo totalmente da frase
Tento esconder meu corpo						
	Pré-Teste	16(72,7%)	2 (9,1%)	3(13,6%)	1 (4,5%)	0 (0%)
	Pós-Teste	16(72,7%)	2 (9,1%)	3(13,6%)	1 (4,5%)	0 (0%)
Sinto raiva do meu corpo						
	Pré-Teste	18(81,8%)	4(18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Pós-Teste	18(81,8%)	4(18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Preciso ser tranquilizado sobre minha saúde						
	Pré-Teste *3	10(45,5%)	4(18,2%)	7(31,8%)	0 (0%)	1 (4,5%)
	Pós-Teste	11 (50%)	4(18,2%)	6(27,3%)	0 (0%)	1 (4,5%)
Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer						
	Pré-Teste	13(59,1%)	3(13,6%)	2 (9,1%)	4(18,2%)	0 (0%)
	Pós-Teste *1	14(63,6%)	3(13,6%)	2 (9,1%)	3(13,6%)	0 (0%)
Evito intimidade física						
	Pré-Teste *2	17(45,9%)	7(18,9%)	5(13,5%)	5(13,5%)	1 (2,7%)
	Pós-Teste *1	16(43,2%)	9(24,3%)	5(13,5%)	4(10,8%)	2 (5,4%)
Preocupo-me com pequenas dores						
	Pré-Teste	8 (36,4%)	6(27,3%)	5(22,7%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)
	Pós-Teste	8 (36,4%)	6(27,3%)	5(22,7%)	1 (4,5%)	2 (9,1%)

* Refere à quantidade de pessoas que não souberam responder.

Para realização das oficinas era importante saber se os pacientes sentiam-se confortáveis com seu corpo naquele dia. Para tal, foi aplicado um protocolo adaptado que procurou avaliar tal questão e o estado de suas dores (caso as tivessem tido). As atividades diárias podem causar fadiga e dores (musculares ou não) nos pacientes oncológicos em tratamento de Radioterapia. Esses aspectos podem ser acentuados, em geral, a partir da metade/final do tratamento. Essas variáveis estão demonstradas, a seguir, nas tabelas 9, 10 e 11.

Pontua-se que para fins didáticos a tabela referente ao estudo da fadiga, foi dividida em duas (tabela 9 e 10).

Pontua-se que o questionário aplicado trouxe informações relacionadas ao estado de fadiga dos sujeitos de pesquisa considerando-se o momento de aplicação do questionário.

Tabela 9 – Tabela demonstrativa do questionário referente ao estado de fadiga no momento da entrevista, avaliados de zero a dez agrupados segundo os intervalos dispostos na tabela.

Variáveis	Frequência	Percentual
6. Qual a intensidade de sua fadiga?		
0	22	37,3%
1 - 2	18	30,5%
3 - 4	07	11,9%
5 - 6	10	16,9%
7 - 8	01	1,7%
9 - 10	01	1,7%
1. A fadiga lhe causa stress?		
0 - 3	46	78%
4 - 7	12	20,3%
8 - 10	01	1,7%
2. A fadiga atrapalha sua vida?		
0 - 3	49	83,1%
4 - 7	07	11,9%
8 - 10	03	5%
3. A fadiga atrapalha você de estar com os amigos?		
0 - 3	50	84,7%
4 - 7	08	13,6%
8 - 10	01	1,7%
4. A fadiga interfere sua vida sexual? *1		
0 - 3	50	86,2%
4 - 7	05	8,7%
8 - 10	03	5,1%
5. A fadiga interfere você de realizar seus hobbies?		
0 - 3	50	84,7%
4 - 7	06	10,2%
8 - 10	03	5,1%

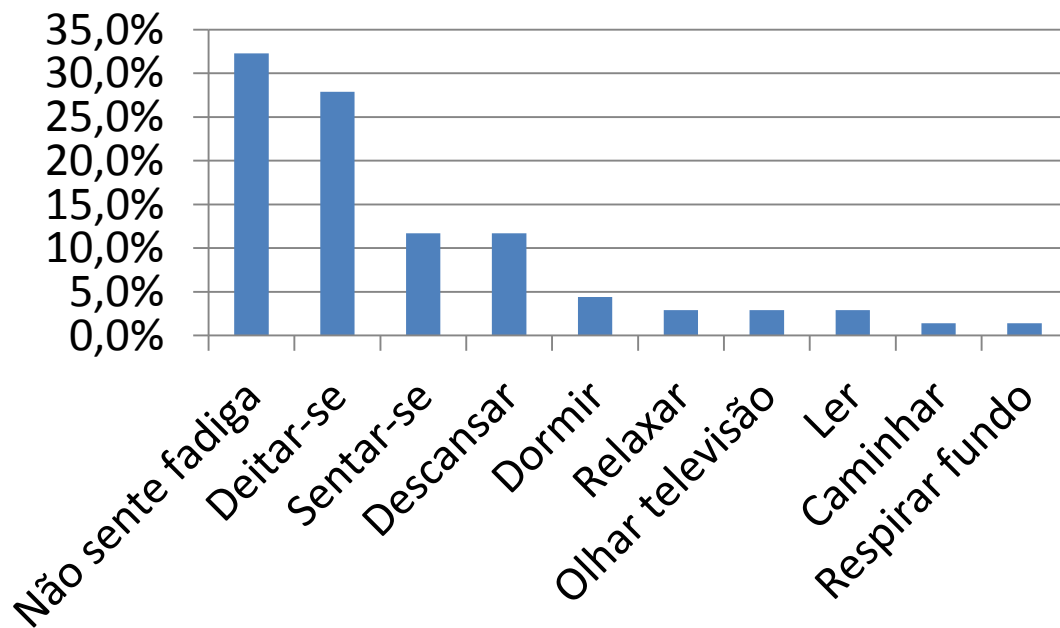
Tabela 10 – Tabela demonstrativa dos resultados obtidos pela aplicação do questionário referente ao estado de fadiga no momento da entrevista.

Variáveis	Frequência	Percentual
7. Você se sente forte?		
0 — 3	03	5,1%
4 — 7	19	32,2%
8 — 10	37	62,7%
8. Você se sente acordado?		
0 — 3	03	5,1%
4 — 7	18	30,5%
8 — 10	38	64,4%
9. Você se sente com vigor?		
0 — 3	03	5,1%
4 — 7	15	25,4%
8 — 10	41	69,5%
10. Você se sente com energia?		
0 — 3	04	6,8%
4 — 7	13	22%
8 — 10	42	71,2%
11. Você se sente relaxado?		
0 — 3	03	5,1%
4 — 7	20	33,9%
8 — 10	36	61%
12. Você se sente feliz?		
0 — 3	02	3,4%
4 — 7	16	27,1%
8 — 10	41	69,5%
13. Você é capaz de se concentrar?		
0 — 3	02	3,4%
4 — 7	19	32,2%
8 — 10	38	64,4%
14. Você é capaz de pensar com clareza?		
0 — 3	01	1,7%
4 — 7	19	32,2%
8 — 10	39	66,1%

No questionário, constavam algumas perguntas abertas, de livre resposta pelos participantes. Dentre as pessoas que responderam a pergunta aberta: “O que alivia sua fadiga?” obtivemos as seguintes respostas (poderiam responder mais de uma resposta, assim o “n” foi de 68): deitar (n=19, 27,9%), sentar (n=8, 11,7%), descansar (n=8, 11,7%), dormir (n=3, 4,4%), relaxar (n=2, 2,9%), olhar televisão (n=2, 2,9%), ler (n=2, 2,9%),

caminhar (n=1, 1,4%) e respirar fundo (n=1, 1,4%). Houve pacientes que alegaram não sentir-se fadigados (n=22, 32,3%). Tal achado está demonstrado no gráfico a seguir

Gráfico 3 – Gráfico demonstrativo das respostas ao questionamento sobre “o que alivia sua fadiga”?



Algo que interessou aos pesquisadores foi saber se os pacientes sentiam alguma dor nas últimas 24 horas, inclusive pela necessidade de avaliar a possibilidade de realizar as oficinas no dia proposto. A dor no contexto da doença é uma variável importante, pois ela pode, inclusive, impossibilitar ou limitar a realização das atividades diárias pelas pessoas e trazer um desconforto que pode ser leve ou muito grave.

Tabela 11 – Tabela demonstrativa do questionário referente ao nível de dor apresentado pelo paciente nas últimas 24 horas.

Variáveis	Frequência	Percentual
Você sentiu dor nas últimas 24h?		
Sim	14	23,7%
Não	45	76,3%
Em 24h a dor o influenciou em Atividades Gerais?		
0 3	48	81,4%
4 7	11	18,6%
8 10	00	-
Em 24h a dor a(o) influenciou seu Humor?		
0 3	51	86,4%
4 7	07	11,9%
8 10	01	1,7%
Em 24h a dor o influenciou durante a Caminhada?		
0 3	52	88,1%
4 7	05	8,5%
8 10	02	3,4%
Em 24h a dor a(o) influenciou no Trabalho?		
0 3	50	84,7%
4 7	07	11,9%
8 10	02	3,4%
Em 24h a dor a(o) influenciou no Relacionamento?		
0 3	50	84,7%
4 7	07	11,9%
8 10	02	3,4%
Em 24h a dor a(o) influenciou no seu Sono?		
0 3	50	84,7%
4 7	07	11,9%
8 10	02	3,4%
Em 24h a dor a(o) influenciou em Apreciar a Vida?		
0 3	50	84,7%
4 7	07	11,9%
8 10	02	3,4%

* Dado avaliado nas últimas 24 horas antes de responder ao questionário e fazer a oficina

O questionário ofertou informações complementares, como o tipo de medicamentos que os pacientes usaram para alguma dor, caso tivessem sentido necessidade, nas últimas 24h. Alguns pacientes afirmaram que, mesmo sentindo dor optaram por não usar tratamento medicamentoso (n=45, 76,2%). Dentre os que fizeram uso de tratamento medicamentoso (n=14, 23,7%) optaram por, Buscopan®, Capistamina®, Paracetamol e Codeína®, Paracetamol® e Tramadol e Codeína®.

Para finalizar este estudo e responder ao seu objetivo mais relevante, foi de suma importância verificar a impressão e a opinião que tiveram os pacientes sobre as oficinas de exercícios leves e/ou recreação que foram realizadas pela pesquisadora durante o seu tempo em sala de espera.

Assim, criou-se um questionário para avaliar tal questão. Este está demonstrado na tabela 12, a seguir.

Tabela 12 – Tabela demonstrativa das respostas do questionário referente a avaliação das oficinas de exercícios físicos leves, na sala de espera do serviço de Radioterapia do HUSM, realizadas pelos pacientes como atividade integrativa ao tratamento, nos meses de Abril e Maio de 2017.

Variáveis	Frequência	Percentual
As oficinas ajudaram no tratamento como um todo?		
Sim	51	86,4%
Mais ou menos	08	13,6%
Você se sentiu motivado durante as oficinas?		
Sim	55	93,2%
Mais ou menos	04	6,8%
As oficinas ajudaram a passar melhor o tempo?		
Sim	58	98,3%
Mais ou menos	01	1,7%
As oficinas diminuíram a sua ansiedade?		
Sim	57	96,6%
Não	02	3,4%
Como foi o aspecto relacional com o grupo?		
Bom	31	52,5%
Muito bom	28	47,5%
Você acha que poderia melhorar?		
Sim	12	20,3%
Não	45	76,3%
Não responderam	02	3,4%
Como você avalia os professores da oficina?		
Bom	34	57,6%
Muito bom	25	42,4%
Você fez os exercícios em outros momentos?		
Sim	13	22%
Não	46	78%
Você já praticava alguma atividade física?		
Sim	09	15,3%
Não	50	84,7%

Além dessas perguntas, houve também um questionamento que solicitava ao paciente para descrever o que mais havia gostado durante a atividade. As respostas obtidas foram, “tudo” (n=16, 26,2%), “exercitar-se ou movimentar-se” (n=15, 24,5%), “bom fazer alguma coisa enquanto esperamos” (n=8, 13,1%), “alongar-se” (n=7, 11,4%), “exercícios para membros superiores” (ombros, cotovelos, punhos) (n=5, 8,1%), “exercícios que movimenta-se o pescoço/cervical” (n=4, 6,55%) e as respostas “relaxar”, “animação das aulas”, “dar risadas”, “membros inferiores”, “das professoras” e “observar”, obtiveram (n=1, 1,6%) uma resposta cada.

Quando questionados sobre o que poderia melhorar nas atividades propostas, responderam: “Realizar mais vezes” (n=4, 6,55%), “utilizar o recurso musical” (n=4, 6,55%), “aumentar a duração da atividade” (n=2, 3,27%), “realizar mais exercícios” (n=1, 1,6%) e “todos realizarem a atividade” (n=1, 1,6%).

Quando questionados sobre quais exercícios fizeram em outros momentos, que não a sala de espera, os que responderam SIM (n=16, 22%), disseram que realizaram todos os exercícios propostos nas oficinas (n=6, 37,5%), fizeram exercícios para ombros (n=3, 18,7%), exercícios respiratórios (n=2, 12,5%) e as respostas ginástica, exercícios para pescoço/cervical, exercícios para tornozelos, agachamentos e caminhadas longas, obtiveram uma (n=1, 6,2%) resposta, respectivamente.

7. DISCUSSÃO

7.1 NARRATIVA SOBRE A AMOSTRA

Com base no World Cancer Report 2014 da *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), é inquestionável que o câncer é um problema de saúde pública. Espera-se que, para as próximas décadas, o impacto dessa doença na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos de câncer, estimados para 2025.

Nessa pesquisa trabalhou-se com uma amostra de 59 pessoas, sendo destas, n=37 (62,7%) do sexo feminino e n=22 (37,2%) do sexo masculino. Houve, como se pode verificar uma predominância do atendimento buscado por mulheres. Como a pesquisa foi realizada dentro de certo espaço de tempo, com uma amostra de conveniência, é difícil afirmar-se o porquê desta predominância, já que o serviço atende os dois sexos; muito provavelmente por tratar-se de tratamento radioterápico, adjuvante muito frequente no câncer de mama. Entretanto, o estudo de Mystakidou (2007) corrobora esse dado, onde segundo este estudo 54,9% dos pacientes atendidos eram mulheres. Ainda, dados do Instituto Nacional do Câncer (2017) revelaram a incidência do câncer em 2010 a qual foi estimada em 253.030 (51,7%) casos novos nas mulheres e 236.240 (48,3%) nos homens.

A estimativa mundial, pelo projeto Globocan/IARC aponta que, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram: de pulmão (1 milhão e 800 mil), de mama (1 milhão e 700 mil), do intestino (1 milhão e 400 mil) e da próstata (1 milhão e 100 mil). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram de mama (25,2%), de intestino (9,2%), do pulmão (8,7%), de colo do útero (7,9%) e do estômago (4,8%) (FERLAY, 2010).

Seguindo baseado nas informações do projeto Globocan/iARC na região da América Latina e do Caribe, estimou-se, a ocorrência de um milhão e 100 mil de casos novos de câncer, sendo os tipos de câncer mais incidentes foram os de próstata (152 mil) em homens e os de mama (152 mil) em

mulheres. Dos cerca de 530 mil casos novos de câncer estimados para os homens, o câncer de próstata foi o mais frequente (28,6%), seguido pelos cânceres de pulmão (9,8%), intestino (8,0%), estômago (6,8%) e bexiga (3,3%). Para as mulheres, os 560 mil casos novos, aproximadamente, foram assim distribuídos: mama (27%), colo do útero (12,2%), intestino (7,9%), pulmão (5,7%) e estômago (4,3%) (FERLAY, 2010).

A estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico brasileiro assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres são os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figuram entre os principais (INCA, 2015).

Dentre as 37 mulheres estudadas, 17 apresentaram câncer de mama, o que representou 45,9% do total de câncer em mulheres no grupo estudado. Os demais foram: ginecológicos, de reto, cabeça e pescoço, mieloma, pulmão e pele. Para as informações acerca do câncer de mama, mesmo com a pequena amostra, mas no intuito de caracterizá-la, os achados foram concordantes com a literatura, onde segundo as estimativas do biênio do INCA (2015) o câncer de mama é o tipo que possui a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina em todo o mundo.

No contexto mundial, o câncer da mama é a segunda neoplasia maligna mais comum na população (FERLA, 2010), sendo, entre as mulheres, o mais frequente câncer diagnosticado e a principal causa de morte por câncer, com 23% (1,38 milhões) do total de casos novos por ano (JEMA, 2011). O aumento do número de casos de câncer de mama no país registrados nos últimos 20 anos tornou a doença um problema de saúde pública, levando o SUS a situá-la entre as seis prioridades de sua gestão (INCA, 2017). Apesar de ser considerada, na atualidade, uma doença de prognóstico relativamente bom, o câncer de mama ainda é o tipo de neoplasia

que mais causa mortes entre as mulheres no Brasil, muito provavelmente em função de sua detecção tardia (INCA, 2017).

Já, entre os 22 homens estudados, o tipo de câncer mais prevalente foi o de cabeça e pescoço (40,9%), seguido de próstata, reto, mieloma e pulmão.

Segundo a literatura de Wang (2013), câncer de cabeça e pescoço (CCP) é um termo coletivo que inclui todas as neoplasias malignas que se manifestam na cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais e/ou glândulas salivares.

No Brasil, dados recentes mostram uma estimativa de 6.110 novos casos por ano de câncer de laringe e 14.160 de câncer na cavidade oral, que somados representam a sexta maior incidência de câncer no país (INCA, 2015). O CCP é mais frequente em homens (HORNER, 2009). Os principais fatores de risco estabelecidos são o uso de tabaco, o consumo de álcool (MARRON, 2010) e a infecção pelo vírus do papiloma humano HPV (CURADO, 2013).

Com relação a variável “idade”, pode-se dizer que, a faixa etária mais prevalente foi dos 51 aos 70 anos. A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco para o câncer, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Shoma (2009) encontrou em sua pesquisa uma faixa de idade prevalente para câncer que foi de 50 a 57 anos e, segundo os dados do INCA, cerca de 75% das neoplasias são encontradas em indivíduos com mais de 60 anos (INCA, 2015).

Outro dado buscado por esse estudo se referiu ao tipo de tratamento ofertado aos pacientes. Observou-se que a totalidade deles realizou radioterapia (requisito para a inclusão), quimioterapia 62,7% e cirurgia em 69,4%. Muitas vezes os tratamentos foram combinados. Segundo um estudo de Barbieri e Novaes (2008) a radioterapia junto com cirurgia e quimioterapia fazem parte da base do tratamento do câncer. A cirurgia e a radioterapia são tratamentos para a enfermidade localizada e a quimioterapia trata da enfermidade sistemicamente.

Além do mais, estudos apontaram que cerca de 60% dos pacientes portadores de neoplasias têm seus tratamentos direcionados à radioterapia. Tal situação ocorre, pois no Brasil, grande número de pacientes oncológicos dão entrada nos serviços de saúde já portando tumores em estado avançado,

o que piora o prognóstico e conduz os pacientes a diferentes modalidades terapêuticas na tentativa de combater a progressão de células cancerígena (PARENTE; PARENTE, 2010).

A seguir, analisa-se as respostas dos participantes da pesquisa com relação aos aspectos relacionados com sua percepção de imagem corporal, retratado por meio de questionário específico e adaptado para buscar resposta a essas perguntas.

7.2 IMAGEM CORPORAL

Verifica-se na atualidade, uma constante preocupação das pessoas com a própria imagem, o que pode gerar frustração, caso essa não corresponda aos padrões idealizados pela sociedade. Todavia, os estudos relacionados à imagem que o indivíduo tem do seu corpo teve início no século XVI, quando o médico e cirurgião Ambroise Paré, identificou o membro fantasma, isto é, a sensação de presença de um membro já ausente, caracterizando-o como uma alucinação (BARROS, 2005). Esse foi o primeiro estudo que procurou entender a imagem que as pessoas tinham do próprio corpo e de como esse fato se descortinava em sua mente. A partir desse estudo, outros pesquisadores começaram a se preocupar com a temática.

Nesse sentido, a noção de imagem corporal propriamente dita surgiu com o neurologista e psiquiatra Paul Schilder, que a definiu como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1999 pg 11).

Quando os dados (positivos) relativos à imagem corporal entre as mulheres foram analisados, demonstrou-se – por meio das respostas ao questionário -, que muitas delas estavam satisfeitas com sua aparência, gostavam do seu corpo e estavam satisfeitas com o mesmo. Contudo, não se sentiam confortáveis em trocar de roupa em vestiários públicos. Comparando-se, apenas descritivamente, esses dados aos relatos do grupo masculino estudado, observou-se que houve concordância no que se referiu ao gostar do corpo, entretanto, existiu discordância no que declararam a respeito de trocar a roupa em vestiário público. As informações geradas pelo estudo mostrou que a maioria dos homens se sentiu confortável com essa prática.

Segundo a literatura, a imagem corporal vai além do aspecto neurofisiológico e assume também componentes pessoais e sociais, na medida em que a personalidade, as emoções e a relação com os outros corpos vão fazendo parte dessa construção (SCHILDER, 1999). A imagem corporal pode ser considerada, como a maneira que pensamos nosso corpo e como o nosso corpo é representado em nossa mente. Essa representação mental não é apenas do corpo físico, mas um corpo repleto de significados construídos com as sensações e experiências do dia-a-dia (SCHILDER, 1999).

Essa imagem corporal participa do processo de formação da identidade pessoal, já que esta representa uma tomada de consciência da própria existência. Essa principia com a percepção do Eu corporal, constituindo-se, ao mesmo tempo, uma experiência subjetiva (DALGALARRONDO, 2008).

Sob essa perspectiva, compreende-se a noção de corporeidade dentro do processo saúde-doença, uma vez que o corpo representa o palco onde se dá esse processo. A doença não consiste em algo independente, ela se faz presente por meio de uma inscrição corporal, pondo em risco a integridade física e assim a existência, ocasionando, a busca pela saúde, que se traduz no cuidado com o corpo (PINHEIRO, 2006).

Considerada uma doença com grande potencial de ameaça à vida, integridade e funcionalidade corporal, o câncer configura-se como uma das doenças mais temidas, já que, se vincula imediatamente à ideia de uma terapêutica radical e mutiladora, às mudanças na rotina de vida e à perspectiva de morte (SHERMAN, 1994). O câncer e seu tratamento envolvem um fator importante, o da alteração da imagem corporal, vivenciado de forma intensa pela população (OLIVEIRA, 2010).

A investigação da imagem corporal em pessoas com câncer é fundamental para o entendimento do estresse gerado pelas mudanças decorrentes da doença e do seu tratamento (FRIERSON; THIEL; ANDERSEN, 2006), ou seja, para compreender como os pacientes reagem às mudanças na aparência e as mudanças sensoriais, e de como enfrentam a doença, seus tratamentos e a condição de vida, na continuidade de seu existir (WHITE, 2002). Em pessoas com câncer as mudanças corpóreas estão relacionadas, principalmente, a aparência e a problemas psicossociais como:

ansiedade, sintomas depressivos, diminuição de libido, problemas físicos, problemas sociais e problemas financeiros (BOGAARTS, 2011).

As mulheres com câncer podem sofrer grande impacto emocional e psicossocial. É uma doença que carrega um significado muito forte, o da morte, transformando-se em um estigma para quem é acometido por ela (MALUF, 2009). O portador de neoplasia passa por um processo de várias perdas, que começa desde o diagnóstico, o tratamento e o futuro a seguir. No caso da mulher, principalmente nas questões relacionadas ao câncer de mama, as alterações da imagem corporal também representam uma perda ligada ao grande sofrimento psíquico (OLIVEIRA, 2010).

Ressalta-se que a maioria das pesquisas na área da imagem corporal, são feitas, em geral, com mulheres. Nesse sentido essa pesquisa constituiu, na visão da pesquisadora, um item inovador no estudo da problemática. Na atualidade, com as lutas relacionadas à igualdade de gêneros, com a menor diferenciação dos papéis ditos femininos e masculinos a temática da beleza e do cuidar do corpo incorpora-se ao viver masculino. Assim sendo, infere-se que eles podem ser tão atingidos quanto às mulheres, ao nível psíquico, quando seu corpo se transforma pelas doenças.

As reações aos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos envolvem alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que acentuam distúrbios de autoimagem. Podem repercutir na vida funcional e produtiva da mulher e do homem, como quando ocorrem, as náuseas e os vômitos, a alopecia, a fadiga, o ganho de peso, os efeitos na pele, as disfunções sexuais, entre outros, e complicar o dia a dia em vários sentidos (DOW, 2002).

Em decorrência dessas mudanças, pesquisas sobre a imagem corporal vêm crescendo, não apenas no sentido de entender como a doença afeta o paciente, mas também com a finalidade de auxiliar no bem estar físico e mental, durante o tratamento e na sobrevivência posterior. Nesse sentido, surgem estudos sobre o efeito da atividade física na melhoria da imagem corporal de pacientes com câncer, por meio de terapias com exercícios físicos (PINTO, 2003; ADAMSEN, 2009).

Confrontando essa literatura com os dados desse estudo, cujo o objetivo da atividade proposta não foi elaborar um tipo de atividade física que realmente modificasse alguns aspectos do corpo - peso corporal, por exemplo

-, (pois para esse tipo de mudança a intensidade da atividade deveria ser intensificada e não há indicação, *a priore*, nesses casos), foi observado um discreto aumento em alguns itens, depois da prática das oito sessões de atividade física leve. Tal ocorreu, principalmente, nos itens relacionados a satisfação corpora, como, gosto do meu corpo e gosto da minha aparência.

Entende-se que além de enfrentar a doença, o tratamento, as modificações quase plenas do modo de viver anterior – como as reestruturações familiares e do trabalho -, as pessoas deparam-se com perdas de determinadas características físicas valorizadas por si e pelo social. Tal fato exige a busca e manutenção de energia física e psíquicas para a manutenção de um estado de viver, o mais próximo possível do anterior, experienciado pelo paciente.

É nesse ponto fundamental que os autores dessa pesquisa procuraram focar a proposta: tudo o que for feito/proposto para as pessoas para melhorar o seu bem estar e o enfrentamento dos processos de doença precisam ser estimulados, dentro dos limites éticos e legais. Enfatiza-se tal recomendação, principalmente nos locais onde a espera pelo tratamento pode ser longa – caso dos pacientes do SUS, que vem de outras cidades com transporte -, pois, os profissionais de saúde podem utilizar esse momento e potencializar as ações do tratamento convencional. Promove-se, assim, um atendimento integral e de atenção ao ser humano como um todo, desfocando-se do modelo de tratamento apenas da doença sem valorização e modificação do contexto no qual o doente e sua família se inserem.

Nessa pesquisa também se analisou, em algumas questões do questionário, intimidade entre mulheres e homens durante o período de realização das oficinas. Os informes dos pacientes demonstraram, que nem homens ou mulheres evitavam a intimidade física nesse período e não tentavam esconder o seu corpo do parceiro.

O adoecimento por câncer acaba por “enfermar” a imagem corporal. Esse impacto pode variar conforme o tipo de procedimento cirúrgico, os tratamentos adotados, a rede de apoio que cerca a/o paciente e as características individuais. A influência em sua autoestima e no seu sentimento de feminilidade/masculinidade pode produzir efeitos nocivos em

sua qualidade de vida e em seu estado emocional, podendo levar a sintomas de ansiedade e depressão.

Como essa pesquisa envolvia a prática de alguns exercícios físicos, mesmo que leves, considerou-se importante estudar o assunto da fadiga e sua repercussão para os pacientes.

7.3 FADIGA

A relação entre câncer e fadiga é um assunto bastante pesquisado. Uma revisão apresentada por Ramos (2016) mostrou que em uma pesquisa sobre atividade física e câncer durante o tratamento, dos artigos encontrados a metade trouxe informações sobre a “variável” fadiga. Assim, procurou-se verificar como as pessoas que participaram das oficinas estavam ou sentiam-se com relação a este quesito.

A maioria (37,3%) dos participantes deste estudo relatou ter fadiga em baixa intensidade, entretanto, mesmo sendo com baixos escores a fadiga se mostrou como um aspecto estressante para os pacientes do grupo estudado: o escore predominante foi o primeiro, ou seja, em uma escala de zero a dez, o escore de zero a três (baixa intensidade) mostrou-se predominante em todas as perguntas. Para exemplificar os questionamentos, cita-se: atrapalhar a vida, estar com amigos, realizar *hoobies*, entre outros. No entanto, ao responder outros questionamentos do protocolo preponderou o nível de maior intensidade (escore de oito a dez) para: pensar com clareza, concentrar-se, sentir-se forte, relaxado, acordado, vigoroso, entre outros.

A fadiga pode ser definida como “uma sensação física desagradável com sintomas cognitivos e emocionais, descritos como cansaço, que não é aliviado com o emprego de estratégias usuais de restauração da energia. A fadiga varia em duração e intensidade e reduz em diferentes graus a habilidade para desenvolver as atividades da vida diária” (MOTA, 2005).

A fadiga relacionada ao câncer é um sintoma comum e muitas vezes tratável. Pode interferir em diversos aspectos da qualidade de vida de pacientes com câncer (GUPTA, 2007). Muitos pacientes reportam a fadiga como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados ao câncer e seu tratamento (STONE, 2000). Este sintoma apresenta-se como um

forte preditor na diminuição da satisfação pessoal e qualidade de vida dos pacientes (LIS, 2009). Segundo o que se pode observar dos achados relacionados à fadiga, nesse estudo, pode-se dizer que a maioria dos participantes referiu ter fadiga, conforme tabela 8, alguns em intensidade menor que outros.

Um estudo realizado por Dimeo em 2001 revelou que devido aos altos níveis de fadiga, 71% dos participantes em tratamento faltavam um ou mais dias de trabalho ao mês, 31% faltavam pelo menos uma vez na semana e 28% pediram demissão do emprego ao saber do diagnóstico. Também foi constatada nessa pesquisa que muitos dos pacientes estavam tendo dificuldade em realizar simples tarefas diárias, como fazer compras (56%), fazer limpezas dentro de casa (31%), subir escadas (56%) e fazer caminhadas longas (69%)

De acordo com as recomendações do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), a fadiga relacionada ao câncer é definida como um sintoma persistente, um senso subjetivo de cansaço físico, emocional e cognitivo (MOCK, 2007). Pode revelar-se como exaustão, relacionada à doença em si ou ao seu tratamento relato bastante comum no tratamento com Radioterapia.

A patogênese da fadiga relacionada ao câncer não está muito bem descrita, existem muitos mecanismos que podem contribuir para o seu desenvolvimento (GUSTEIN, 2001). Entre os mecanismos descritos podem-se citar os efeitos do câncer e seu tratamento sobre o sistema nervoso central, metabolismo energético muscular, sono, ritmo circadiano (PARKER, 2008), mediadores inflamatórios e de estresse (CLEELAND, 2003), ativação do sistema imune (COLLADO-HIDALGO, 2006), alterações hormonais relacionadas aos efeitos sobre o eixo hipotálamo-pituitário, menopausa precoce (FAN, 2005) ou privação androgênica em homens (GUSTEIN, 2001).

A fadiga relacionada ao câncer é muito comum em pacientes submetidos à radioterapia – caso dos sujeitos dessa pesquisa- (JERECZEK-FOSSA, 2002) e em uma grande parte dos pacientes recebendo modificadores biológicos como interferon e interleucina (MALIK, 2001).

A literatura consultada revelou que a maioria dos pacientes com fadiga se beneficia de um tratamento não farmacológico. Uma revisão de 77 trabalhos randomizados envolvendo tratamentos não farmacológicos para

fadiga relacionada ao câncer mostrou benefícios obtidos com terapias cognitivo-comportamentais, exercícios, hipnose, relaxamento e psicoeducação para fadiga (LOTFI-JAM, 2008).

De acordo com Vallance (2007), a medida mais eficaz não farmacológica contra a fadiga relacionada ao câncer está na realização de exercícios físicos regularmente. Apesar dessa literatura, a minoria dos pacientes neste estudo se mostrou fisicamente ativo (15,3%).

A literatura encontrada revela que praticar exercícios físicos é benéfica no combate á fadiga, por conseguinte, melhora da qualidade de vida, melhora da capacidade funcional, redução de estresse além de melhora em diversos outros aspectos.

Exercícios físicos regulares aumentam a capacidade funcional e, dessa forma, reduzem o esforço necessário para realizar as atividades diárias (LUCÍA, 2003). O tipo de exercício realizado não é tão importante quanto o simples fato de somente estar realizando uma atividade física (SCHWARTZ, 2001). Permitir ao paciente escolher o melhor exercício que se adapte à sua rotina ao mesmo tempo em que seja oferecida informações e o incentivo a estas atividades se torna essencial para o alcance dos resultados (VALLANCE, 2007). Um estudo de metanálise que analisou intervenções comportamentais e exercícios físicos para fadiga relacionada ao câncer avaliou 56 estudos e encontrou benefícios estatisticamente significantes com essa intervenção (DUIJTS, 2011).

Alguns centros especializados em reabilitação, têm utilizado diferentes programas de exercícios físicos na recuperação de pacientes oncológicos (ROCKY, 2017). Programas dessa natureza têm como objetivo a melhora da capacidade cardiovascular, a diminuição da gordura corporal, o aumento da resistência muscular, força e flexibilidade. Todos esses fatores associados diminuem as alterações deletérias causadas no metabolismo pelo tratamento, melhorando assim a saúde na qualidade de vida dos pacientes e criando uma melhor expectativa no combate da doença.

7.4 A DOR

Ademais de examinar as demandas sobre imagem corporal e fadiga o estudo buscou identificar se a dor era um fator relatado pelos participantes, inclusive pela relevância que teria para realização das oficinas, que demandavam um estado físico que permitisse as atividades. Diante disso, as respostas ao questionário com o intuito de avaliar essa demanda demonstraram que a dor não foi impeditiva para as práticas corporais propostas nesse grupo estudado.

Nesse estudo cerca 76,3% dos pacientes relataram não sentir dor nas últimas 24 horas antes da entrevista. Além disso, disseram que a dor durante várias atividades se estabeleceu num escore baixo (de zero a três) em uma escala de zero a dez: na caminhada, no humor, no trabalho, nos relacionamentos e no sono. Poucas pessoas relataram que a dor teve influência significativa no seu cotidiano. Depreende-se do exposto que, o tratamento radioterápico, para esse grupo de pessoas com suas doenças específicas, nos estágios em que se encontravam, expressaram que a dor não foi um fator muito limitante para sua vida, nessas circunstâncias.

A bibliografia mostra que, cerca de 50% das pessoas com câncer apresentam dor durante o tratamento, sendo 10% a 15% com intensidade significativa no estágio inicial do tratamento. Com o aparecimento de metástases, isto é, a capacidade que um tumor maligno tem de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes formando tumores secundários, a prevalência de dor aumenta de 25% a 30% e, nas fases avançadas da doença, de 60% a 90% (ARANTES, 2008).

Pesquisas realizadas pela OMS, na década de 1980, elegeram a dor, associada às neoplasias, como uma emergência médica mundial (ARANTES, 2008). Straub (2005) aponta que a dor é um dos fenômenos mais temidos e uma das queixas mais frequentes entre pacientes com câncer. Levando-se essa variável em conta, pode-se dizer que a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos que sugerem tal dano. O tratamento da dor exige uma abordagem multimodal. Recursos farmacológicos, terapias

físicas, abordagens psicológicas e terapias complementares fazem parte do arsenal terapêutico da dor.

A natureza multidimensional da dor, em oncologia, é também referida através do conceito de dor total, proposto por Saunders, em 1967 (GUIMARÃES, 1999). Nesta proposição, admite-se que uma pessoa sofre pelas consequências emocionais, sociais e espirituais da exposição à experiência de dor.

O conceito de dor total inclui a consideração de: aspectos físicos – danos teciduais, progressão da doença e/ou reação à radioterapia; aspectos psicológicos – mudança de humor, afeto, disposição geral, apatia, entre outros; aspectos sociais – convivência prejudicada com a família e outras pessoas relevantes, isolamento social e desmotivação geral e aspectos espirituais – variações na relação dos indivíduos com suas crenças, princípios e valores, questionamentos quanto à fé e ao sentido da vida, sentimentos de desamparo e desesperança (GUIMARÃES, 1999).

A dor, em geral, pode ser identificada quanto à: origem, intensidade e localização (ARANTES, 2008). Quanto à origem, a dor pode ser induzida pela doença (quando há infiltração local ou metástase), induzida pelo tratamento (em função de procedimentos ou efeitos de quimioterapia, radioterapia e outros métodos) ou não relacionada com o câncer (quando o paciente também apresenta osteoartrite, neuropatia diabética, entre outras doenças).

No que se refere à intensidade, pode ser classificada como: aguda, quando sua duração vai de minutos a algumas semanas e decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias (injeções, arranhões, períodos pós-operatórios, procedimentos médicos em geral, entre outros) e crônica, que se caracteriza por uma duração de alguns meses a vários anos, geralmente acompanha o processo da doença ou está associada a alguma lesão tratada (artrite reumatóide, dor fantasma, tumores em estágio avançado, entre outros) (ARANTES, 2008; GUIMARÃES, 1999).

No que se refere à localização, a dor pode ser, somática, caracterizada como contínua e/ou latejante; localizada em partes específicas do corpo e controlável quando identificada a sua causa; episódica ou com cólicas, apresenta-se mal localizada e é provocada por extensão ou distensão de musculatura lisa visceral, isquemia ou irritação de mucosa ou serosa de

vísceras e neuropática, com queimação, pontadas e choque, podendo ser constante ou esporádica; geralmente associada a sensações como alodinia, hiperpatia, parestesia e hipoestesia, causadas por injúria neural, invasão tumoral de nervos, plexos, ou devido a eventos do tratamento. As classificações mencionadas se aplicam também à dor em oncologia, embora sejam válidas para outras experiências de dor (ARANTES, 2008; GUIMARÃES, 1999).

Considerando a multidimensionalidade da dor, a necessidade de realizar um manejo adequado para controle do sintoma e a aparente insuficiência da terapêutica medicamentosa, observa-se o aumento e a relevância da busca por terapias alternativas e complementares (BARNES, 2008).

A terapia complementar não substitui os tratamentos convencionais prescritos para a dor: por exemplo, a prática de exercícios de relaxamento para auxiliar a redução da dor e/ou desconforto do paciente em etapas pós-cirúrgicas, juntamente ao uso de analgésicos (BARNES, 2008).

A OMS através de publicações do INCA, 2001 incluiu como método mecânico para o controle da dor, as atividades físicas. As atividades físicas combatem a distrofia, a hipotonia muscular e a diminuição da amplitude articular decorrentes do repouso prolongado e da limitação de movimento. A atividade física melhora o humor e a qualidade de vida, estimula a função intelectual e o autocuidado, regula o padrão de sono-vigília e alivia a ansiedade. Ainda, segundo o INCA os pacientes oncológicos devem ser estimulados a realizar atividade suave de contração e alongamento, com orientação de fisioterapeuta, fisiatra ou educador físico.

Apesar da dor não se constituir em elemento muito importante dentre o revelado pelos participantes dessa pesquisa pode-se inferir que os momentos passados nas atividades físicas efetivadas nas oficinas exerceu um dispositivo benéfico para aliviar ansiedades, esquecimento temporário das adversidades e, inclusive, de algumas dores existentes. Esse argumento será bem demonstrado a seguir quando da análise da resposta dos sujeitos à efetividade da proposta integrativa. Comprovou-se que 86,4% dos participantes dessa pesquisa relataram que a atividade física auxiliou a

passar melhor o tempo enquanto aguardavam a sua hora para o tratamento radioterápico.

7.5 ATIVIDADE FÍSICA

Tendo em vista que, o tempo de sobrevida em pacientes com câncer é cada vez maior, medidas são necessárias para garantir que os pacientes tenham uma melhor qualidade de vida, durante e após o tratamento. Foi esse argumento, como já comentado, um dos núcleos principais dessa pesquisa.

Os estudos apresentam um aumento global na sobrevida em pacientes com câncer, principalmente quando a doença se encontra em estágios iniciais (PARKIN, 2001). Desse modo, a sobrevida dessas pessoas acometidas pelo câncer, deve ocorrer com melhor qualidade, entretanto os tratamentos utilizados para combater a doença são muitas vezes acompanhados de efeitos colaterais que comprometem essa qualidade de vida dos pacientes.

Conforme Battaglini, Battaglini e Botaro (2004) algumas complicações podem ocorrer quando os pacientes não são ativos durante e após o tratamento. A redução ou a ausência da atividade física acarreta mudanças nas propriedades dos músculos, causando atrofia muscular e redução da densidade óssea. A soma desses dois fatores diminui a força muscular esquelética e a performance, contribuindo para o risco de fraturas ósseas e prejuízos músculo-esqueléticas. A atrofia músculo esquelética e mudanças na sua propriedade contribuem para o declínio da eficiência cardiovascular. A combinação da redução da eficiência cardiovascular com o aumento de nível de colesterol e declínio dos níveis de HDL decorrentes da inatividade contribui para o aumento de riscos cardiovasculares. A inatividade física diminui também a função respiratória, diminuindo a capacidade pulmonar. Todos esses fatores em conjunto e, atuando sinergicamente, podem alterar o espectro da doença de base em si, dificultando o fortalecimento do corpo para o seu enfrentamento. Logo, na medida do possível, a manutenção de uma condição física razoável, nessas condições, é altamente desejável.

A revisão de literatura efetuada por Battaglini (2004) demonstra ainda que os declínios da capacidade funcional são experimentados por um terço

dos pacientes com câncer e podem ser atribuídos a condições hipocinéticas desenvolvidas por prolongada inatividade física. A condição hipocinética pode causar a redução da eficiência dos sistemas de energia, bem como pode ter alguns efeitos sobre os níveis hormonais (COURNEYA, 2002)

Quanto à prevalência de atividade física, os dados obtidos nessa pesquisa, observou-se que, a população estudada era, em sua maioria (84,7%), inativa fisicamente. Esse dado não difere do que foi encontrado na bibliografia, onde Pitanga e Lessa (2005) analisaram o nível de atividade física em 1021 indivíduos do sexo masculino e 1271 do sexo feminino, ainda nesse estudo de Pitanga os índices de sedentarismo encontrados atingiram 72,5% da amostra.

Pedroso et al. (2005) destacam que o exercício físico no período do tratamento pode colaborar na ativação de mecanismos biológicos, aumentar enzimas atuantes nos radicais livres e nas células Natural Killer, as quais podem dificultar a formação de tumor. A ativação do sistema imunológico conseqüentemente fará com que organismo torne-se menos vulnerável a outras doenças, o que fatalmente complicaria seu quadro clínico. No entanto, a atividade física em excesso pode resultar em imunossupressão (BRINES *et al.*, 1996).

Em relação aos tumores que não são muito sensíveis ao controle pela imunidade natural, o exercício exerce poucos efeitos, ou até efeitos negativos, estimulando a metástase tumoral. Isso irá depender das características do tumor (sensível ou não às células NK, por exemplo) e do exercício (tempo, duração, tipo e momento no qual é realizado) (ORTEGA *et al.*, 1998).

Ainda, se tratando do sistema imunológico, estudos como o de Macneil e Hoffman-Goetz (1993) sugerem que o exercício poderia aumentar a função imune citotóxica por até três semanas após cessação da atividade física.

Outra explicação de como a atividade física regular pode auxiliar na prevenção e/ou tratamento do câncer está relacionada à regulação dos radicais livres. A geração de moléculas reativas de oxigênio (radicais livres) pode causar danos genéticos nas células, contribuindo para o desenvolvimento do câncer (HENNEKENS, 1994; SANDLER, 1996). Apesar do exercício intenso estar associado à produção de radicais livres, a atividade física regular pode melhorar as defesas do organismo contra estes elementos

através da regulação e adaptação da atividade de enzimas-chave varredoras de radicais livres (superóxido dismutase e glutathione peroxidase), como também dos níveis de antioxidantes no organismo (glutathione e tocoferóis) (JI, 1995).

Dentre os participantes do estudo que referiram ser ativos fisicamente (15,3%) disseram fazer caminhadas, prioritariamente. Esse dado corrobora com a literatura encontrada. No estudo de Evangelista (2002) a modalidade mais comum entre os ativos foi a caminhada (14,4% das pacientes). Esses dados estão em acordo com outros estudos que analisaram a preferência (KRUGER, 2002; DALEY, 2007)

A escolha por essa atividade talvez seja pelo fato de que a caminhada seja uma das formas "naturais" de exercícios, especialmente por serem realizadas em ambientes abertos. Além disso, a caminhada permanece como atividade de destaque nas campanhas realizadas para o incentivo à prática de atividades físicas na população (SALLES-COSTA, 2003)

A atividade física além, desses aspectos fisiológicos apresenta outros benefícios, como descritos nas pesquisas atuais relacionadas às práticas integrativas.

A Oncologia Integrativa (OI), termo cunhado por Dr. Robert Wittes (2000), diretor da unidade de tratamento e diagnóstico do câncer do *National Cancer Institute* (NCI), em 2000, é um ramo da Medicina Integrativa que usa práticas alternativas e complementares baseadas em evidências de forma integrada com a medicina convencional (ABRAMS, 2009).

A OI se propõe a aplicar Medicina Alternativa e Complementar (MAC) no acompanhamento das terapias convencionais como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia molecular, a saber: 1) Práticas baseadas na biologia: remédios à base de ervas, vitaminas, outros suplementos dietéticos; 2) Técnicas mente-corpo: yoga, meditação, visualização; artes expressivas (musicoterapia, arteterapia, dança); 3) Práticas de manipulação corporal: massagem, reflexologia, exercício; 4) Terapias energéticas: terapia do campo magnético, reiki, toque terapêutico, qigong; 5) Sistemas médicos tradicionais: medicina tradicional chinesa (MTC) e medicina ayurvedica.

No Brasil, há pouco tempo, viu-se incluir as chamadas Práticas Integrativas Complementares (PICS). Segundo Ministério da Saúde, essa

prática visa à integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêutico, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no SUS (BRASIL, 2012)

Portanto, a presente pesquisa encontrou-se em consonância com tais recomendações e buscou analisar a efetividade de uma proposta em um determinado contexto de tratamentos. Os resultados, na visão dos pacientes, mesmo considerando-se o pouco tempo de atividades, demonstraram-se altamente satisfatórios. Por exemplo, houve o relato da maioria em relação à diminuição da ansiedade (96,6%), auxílio no tratamento como um todo (86,4%), ajuda para passar melhor o tempo de espera (98,3%) e motivação para a realização das atividades propostas (93,2%). Os resultados indicaram que, aos poucos, os pacientes demonstraram prazer em realizar as atividades, conseguiram relaxar, aumentaram a capacidade de percepção corporal e desenvolveram uma imagem corporal positiva.

Existem evidências que, a OI quando combinada com o cuidado convencional, a partir de diferentes modalidades de práticas complementares (como o exercício físico), pode estimular a efetividade e reduzir os sintomas adversos do tratamento (DENG, 2009), bem como ajudar a preveni-lo. A atividade física proposta, de um modo singular, adaptado para cada necessidade do paciente, tem demonstrado ser um excelente coadjuvante. Pelas respostas obtidas, por meio do questionário final de avaliação pelos pacientes que realizaram as oficinas, expressaram, fortemente, a importância da atividade proposta e, inclusive, fizeram sugestões para, seu ver, incrementar o que foi efetivado (como músicas, mais exercícios). Para a maioria das perguntas realizadas com a finalidade de avaliação das práticas, em média 98% das respostas foi muito positiva com o trabalho oferecido pela pesquisadora, ainda, relatos de que a atividade física deveria prosseguir por todo tempo de espera.

Um estudo norte-americano avaliou um programa de dança com mulheres com câncer de mama a partir da comparação de dois grupos randomizados. Inicialmente, um grupo intervenção participou do programa e um grupo controle foi direcionado a uma lista de espera, cuja participação no

programa ocorreu posteriormente à intervenção do primeiro grupo. Foram realizadas avaliações em ambos os grupos em três períodos distintos, sendo a primeira antes das intervenções; a segunda ocorreu ao término da participação do primeiro grupo; e a terceira avaliação ocorreu após a intervenção com o grupo controle. Os autores observaram bons resultados de imagem corporal e de qualidade de vida em ambos os grupos após a intervenção, ou seja, o grupo intervenção apresentou resultados melhores na segunda avaliação, e ambos os grupos tiveram bons resultados na terceira avaliação, sendo que o primeiro grupo manteve resultados positivos de imagem corporal mesmo após um breve período de tempo (SANDEL, 2005).

O aumento no uso das MAC é (quase) sempre justificado pela insatisfação de pacientes e médicos com a abordagem biomédica centrada apenas no tratamento convencional (OTANI, 2011). A busca do bem-estar pelo paciente oncológico e sintetizada por Mumber (2006) a partir de três principais perguntas que os pacientes de câncer lhe faziam durante a sua prática clínica, quais sejam: a) *o que mais posso fazer além do tratamento convencional?* b) *onde posso ir para encontrar um profissional que me ajude a aplicar isso?* c) *por que o meu oncologista não sabe mais sobre isso?* (MUMBER, 2006)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já foi citado há uma crescente insatisfação com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e impessoal. Afirma-se que é uma relação resfriada e enfraquecida pela interposição da aparelhagem tecnológica, sobre tudo diagnóstica, entre equipe de saúde e pacientes e paciente. Esses problemas fazem com que a biomedicina tenha uma abordagem comumente pouco integral dos adoecimentos.

Esse processo mercantilizado se reflete na saúde, no qual profissionais são pressionados a produzir e usuários a consumir procedimentos. Nessa situação, há uma tendência de se dar mais importância a consumir procedimentos do que desenvolver relações de cuidado.

Esta crise reflete ao fato de que a civilização contemporânea gasta mais tempo e recursos focados na doença e não no doente, e, assim, o indivíduo e suas aflições ficam em segundo plano. Estes aspectos, relacionados à crise de atenção à saúde, formam um cenário propício à busca por novas formas de cuidado com abordagens da biomedicina, tornando-se compreensível a procura de práticas terapêuticas mais humanizadas e com uma compreensão mais integrada de saúde e doença.

Atualmente, pode-se dizer que a biomedicina se relaciona com outras formas de cuidado, caminhando no sentido da humanização das práticas clínicas e da inclusão de novas abordagens diagnóstico-terapêuticas considerando os diferentes sistemas e modalidades, considerando o pluralismo em cuidados de saúde, na perspectiva de integrar nos serviços de saúde abordagens que ampliem as possibilidades diagnóstico-terapêuticas, como uma possível resposta aos limites e lacunas biomédicas.

No modelo de atendimento vivenciado nesse estudo, muitos pacientes ficavam ociosos por um longo tempo, aguardando que o tratamento fosse realizado. Nesse momento de anseios e angústias, os pacientes permaneciam inativos, muitas vezes, olhando televisão, conversando (em geral, sobre a doença) ou folheando as revistas disponíveis no serviço de Radioterapia.

Devido a sua praticidade de aplicação, segurança e baixo custo o recurso terapêutico aqui apresentado como práticas corporais leves, usado de forma complementar a outros tratamentos, pode ser útil no manejo clínico e potencializar o bem estar do doente. Esse, se sentirá visto, ouvido, respeitado e, principalmente valorizado como ser humano. Perceberá a preocupação do estabelecimento de saúde e sua equipe, com o seu bem estar e na promoção de manutenção de focos de saúde física e mental, de auxílio na resistência e busca de forças internas e externas, para tolerar o adoecimento. Comprovou-se que a sala de espera, na radioterapia, favoreceu esse processo.

Visando o bem-estar do paciente e a melhora na qualidade de vida, existe a possibilidade de ofertar ao serviço de Hematologia e Oncologia do HUSM que utilize este espaço da sala de espera ofertando atividades físicas, e não só, bem como atividades diversas relacionadas á saúde dessa população. Podendo ofertar um cuidado humanizado, contínuo e integral.

Como um ponto forte da dissertação, acredita-se ter preenchido o requisito de um Mestrado Profissional, respondido aos objetivos propostos e ofertado à comunidade e às equipes de saúde, com análise da pesquisa, uma solução para possíveis lacunas existentes nos serviços. Acredita-se, fortemente, que novas práticas venham a revigorar e melhorar o atendimento aos pacientes com câncer, em determinados tratamentos.

Encontraram-se algumas limitações nesse estudo, quais sejam: o tamanho da amostra, o período um pouco restrito para coleta dos dados e o número de oficinas que deveriam ser aplicadas. Tal fato pode ser explicado pela demora na tramitação da aceitação, pela radioterapia, para realização da pesquisa. Outra limitação encontrada foi formar um grupo homogêneo, com mesmo estadiamento e tipo de câncer para ser avaliado.

No entanto, espera-se que com esse estudo, mesmo com as limitações já expostas, venha a somar conhecimento científico e sirva de base para futuras investigações na área e proposta para implementação de práticas integrativas em complemento às terapias formais necessárias.

9. CONCLUSÃO

Sabe-se que o ambiente de sala de espera para tratamentos, principalmente para o câncer frequentemente gera ansiedade, medo frente ao desconhecido e angústias. Tendo isso em vista, a proposta de realizar atividades físicas leves e lúdicas nesse momento e situação, pode ser muito importante no sentido de reduzir essas sensações. Tal fato ficou demonstrado nesse trabalho.

Levando-se em consideração as avaliações descritas pelos participantes nas oficinas realizadas, concluiu-se que, pelo seu grau de satisfação expressa em relação às mesmas, aos professores, às sugestões dadas, que a proposta de “tecnologias leves” deve agregar-se aos tratamentos usuais preconizados.

A literatura refere que as atividades realizadas em sala de espera na área da educação física são realizadas principalmente com mulheres que apresentam câncer de mama. Nesse estudo foram contemplados pacientes com vários tipos de cânceres (tanto em homens como em mulheres). Pesquisas realizadas com pacientes homens nessa situação são raras.

Em relação à imagem corporal, não se observou diferença entre as respostas de homens e mulheres, ambos demonstraram preocupação com a sua imagem. Se tratando da dor e a fadiga, observou-se que os pacientes estudados as referem, mas com pouca intensidade. A atividade física leve se mostrou positiva nos aspectos estudados. Sendo que, 98% dos participantes revelaram que a atividade reduziu a ansiedade da espera, 96% dos pacientes relataram que a atividade ajudou no tratamento como um todo. Dessa forma, essa pesquisa pode servir como base para realização de outras atividades no ambiente de sala de espera pelos profissionais da saúde dentre eles, os profissionais de educação física.

REFERÊNCIAS

ABRAMS D, WEIL A. **Integrative oncology**. New York: Oxford University Press; 2009. 601 p.

ADAMSEN, L. et al. Struggling with cancer and treatment: young athletes recapture body control and identity through exercise qualitative findings from a supervised group exercise program in cancer patients of mixed gender undergoing chemotherapy. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v. 19, n. 1, p. 55–66, 2009.

AMBRÓSIO, D.C.M., DOS SANTOS. M. A. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27 n. 4, p. 475-484. Brasília, 2011.

ARANTES, A.C.L.Q. (2008). **Dor e câncer**. In V. A. Carvalho (Org.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 287-293). São Paulo: Summus.

ARAUJO, D. S. M. S. de; ARAUJO, C. G. S. de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** - vol.6 no.5 Niterói Oct. 2000 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922000000500005&script=sci_arttext&tIng=es

AVELAR, A, M, A. et al, Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista de Ciência Médica**, Campinas 15(1):11-20, jan/fev, 2006.

BARBIERI, P.; NOVAES, P. E. R. S. **Princípios da radioterapia**. In: LOPES, A.; IYAYASU, H.; CASTRO, R. M. R. P. S. *Oncologia para a graduação*. 2. ed. São Paulo: Tecmedd , 2008. p.187-20

BATTAGLINI, C.L, BOTTARO, M., CAMPBELL, J.S, NOVAES, J, SIMAO, R. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de cancer. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** . 2004. 10 (2), 98-104.

BARROS, D.D. **Imagem corporal: a descoberta de si mesmo**. *Historia Ciências e Saúde-Manguinhos*. 2005; 12(2):547-54.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno Temático: Práticas corporais, atividade física e lazer**. Versão Preliminar. Brasília. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRINES, R.; HOFFMAN-GOETZ, L.; PEDERSEN, B.K. Can you exercise to make your immune system fitter? **Immunol Today**, Barking, v.17, n.6, p.252-254, 1996.

CAMPOS, A. C. V., FERREIRA, E.F., VARGAS, A.M.D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(7):2221-2237, 2015.

CARVALHO, T. de; et. al; Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** _ Vol. 2, Nº 4 – Out/Dez, 1996. Disponível em: http://saudeemovimento.net.br/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/265_2014-07-07

CARVALHO, C. D, U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.54 n.1, p.87-96. Rio de Janeiro, 2008.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Volume 39, no 106. Rio de Janeiro, Jul-set 2015

CECÍLIO, L. C. de O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, maio, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>

CHERRY, T. **A theory of cancer**. Med. J. Aust, v.1, p.425–438, 1922

CLEELAND, C.S. et al. Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. **Cancer** 2003;97(11):2919-25.

COLLADO-HIDALGO, A, BOWER, J.E, GANZ, P.A, COLE, S.W, IRWIN, M.R. Inflammatory biomarkers for persistent fatigue in breast cancer survivors. **Cancer**. 2006;12(9):2759-66.

COURNEYA K. S, FRIEDENREICH C. M. Physical activity and cancer control. **Semin Oncol Nurs** 2007;23:242-52.

COURNEYA K.S, MOCKEY, J.R, MCKENZIE, D.C. Exercise for Breast Cancer Suvivors. Research evidence and clinical guidelines. **The Physican Spots Medicine** . 2002; 30:8, 33-42.

CURADO, M.P., BOYLE P. Epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma not related to tobacco or alcohol. **Curr Opin Oncol** 2013 May; 25(3):229-34.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DALEY, A.J. CRANK, H, SAXTON, J.M, MUTRIE, N, COLEMAN, R, ROALFE, A. Randomized trial of exercise therapy in women treated for breast cancer. **J Clin Oncol** 2007; 25:1713-21.

DAUT, T. L.; CLEELAND, C. S.; FLANERY, R. C. Development of the wisconsin brief pain questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. **Pain**, v.17, p.197 - 210, 1983.

DENG, G.E, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. **Soc Integr Oncol**. 2009 Summer; 7(3):85-120.

DIMEO F.C; et al. Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. **Cancer** 1999;85:2273-7.

DIMEO, F.C. Effects of exercise on cancer-related fatigue. **Cancer** 2001; 92:1689-93.

DIMEO F; et al. Effects of endurance training on the physical performance of patients with hematological malignancies during chemotherapy. **Support Care Cancer** 2003;11:623-8.

DOW, K.H, KALINOWSKI, B.H. **Sobrevida ao câncer de mama. serviços de enfermagem no controle das pacientes e qualidade de vida**. In: Harris JR, Lippman EM, Marrow M, Osborne CK. Doenças da mama. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora Médica e Científica; 2002, p. 1181-95.

DUIJTS, S.F., FABER, M.M, OLDENBURG, H.S, VAN BEURDEN, M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors-a meta-analysis. **Psychooncology** 2011;20(2):115-26.

EVANGELISTA, A.L. SANTOS, E.M.M.,LOPES, C.R. Associação entre o nível de atividade física e os estados de humor entre pacientes com câncer de mama tratadas com intuito de cura. **RBM** Mar 15 V 72 N 3. págs.: 70-76

FAN, H.G et al. Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. **J Clin Oncol**. 2005;23(31):8025-32

FERLAY, J. et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. **International Journal of Cancer**, New York, v. 127, n. 12, p. 2893-917, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRIERSON, G.; THIEL, D. L.; ANDERSEN, B. L. Body change stress for women with breast cancer: the breast-impact of treatment scale. **Anal.** In Behavioral Medicine, v. 32, n. 1, p. 77-81, 2006.

GUIMARÃES, S. S. (1999). **Introdução ao Estudo da Dor**. In M. M. M. J. de Carvalho (Org.), Dor: um estudo multidisciplinar (pp. 13-30). São Paulo: Summus.

GUPTA, D., LIS, C.G, GRUTSCH, J.F. The relationship between cancer-related fatigue and patient satisfaction with quality of life in cancer. **J Pain Symptom Manage** 2007;34(1):40-7.

GUSTEIN, H.B. The biologic basis of fatigue. **Cancer** 2001;92(6 Suppl):1678-83.

HENNEKENS, C.H. Antioxidant vitamins and cancer. **Am J Med**, Newton, v.97, n.3A(S), p.2S-4S, 1994.

HOPWOOD, P. et al. A body image scale for use with cancer patients. **European Journal of Cancer**, v. 37, n. 2, p. 189-197, 2001.

HORNER, M.J., Ries LAG, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2009.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Personal habits and indoor combustions: a review of human carcinogens**. Lyon, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Ministério da saúde. Estimativa 2016/2017 **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/sobre-as-estimativas.asp>

INSTITUTO DE CÂNCER DE BRASÍLIA. **Atividade Física e Câncer**. 2015 Disponível em: <http://institutodecancer.com.br/portal/9610-2/>

INGRAM C, VISOVSKY, C. Intervention to modify physiologic risk factors in cancer survivors. **Semin Oncol Nurs** 2007;23:275-84.

JEMAL , A. et al. Global Cancer Statistics. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 61, n. 2, p. 69-90, 2011.

JERECZEK-FOSSA, B.A, MARSIGLIA, H.R, ORECCHIA R. Radiotherapy-related fatigue. **Revista Oncologia Hematologia**. 2002;41(3):317-25.

JI, L.L. Exercise and oxidative stress: role of the cellular antioxidant systems. **Exercise Sport Science**, Lexington, v.23, p.135-166, 1995.

KNOBF M. T, MUSANTI, R, DORWARD, J. Exercise and quality of life outcomes in patients with cancer. **Semin Oncol Nurs** 2007;23:285-96.

KNOLS R, AARONSON, N. K, DUEBELHART, D, FRANSEN, J, AUFDEMAMPE. Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: a systematic review of randomized and controlled trials. **Journal Clin Oncology** 2005;23:3830-42

KRUGER, J. YORE, M.M. KOHL, H.W. 3rd Leisure-time physical activity patterns by weight control status: 1999-2002 NHANES. **Medicine Science Sports Exercise** 2007; 39:788-95.

LIS, C.G., RODEGHIER, M, GRUTSCH, J.F, GUPTA, D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. **BMC Health Serv Res**. 2009;9:190

MACNEIL, B. HOFFMAN-GOETZ, L. Effect of exercise on natural cytotoxicity and pulmonary tumor metastases in mice. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v 25, n.8, p. 922-928, 1993.

MALIK, U.R., MAKOWER, D.F, WADLER, S. Interferon-mediated fatigue. **Cancer** 2001 Sep 15;92(6 Suppl):1664-8.

MALUF, M.F.M., MORI, L.J, BARROS, A.C.S.D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira Cancerologia**. 2005; 51(2):149-54.

MARRON, M et al. Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. **Int J Epidemiology** 2010; 39:182-96.

MCCAUGHAN S. Y, ARZOLA S. M. Exercise intervention research for patients with cancer on treatment. **Semin Oncol Nurs** 2007;23:264-74.

MCNEELY M. L, PEDDLE, C, PARLIAMENT, M, COURNEYA, K.S. Cancer rehabilitation: recommendations for integrating exercise programming in the clinical practice setting. **Current Cancer Therapy Reviews** 2006.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo:Hucitec-Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MUMBER, P.M. **Integrative oncology, principles and practice**. 1nd ed. London: Taylor & Francis; 2006. 517 p.

- MYSTAKIDOU, K. et al. Sleep quality in advanced cancer patients. **J Psychosom Res [Internet]**. 2007 ;62(2):527- 33.
- MOTA, D.D.C.F, CRUZ D.A.L.M, PIMENTA, C.A.M. Fadiga: uma análise de conceito. **Acta Paul Enferm [Internet]** 2005 18(3):285-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a09v18n3.pdf>
- MOCK, V, et al. Cancer-related fatigue. **Clinical Practice Guidelines in Oncology**. J Natl Compr Canc Netw. 2007;5(10):1054-78.
- MORROW, G.R et al: Fatigue associated with cancer and its treatment. **Support Care Cancer** 2002;10:389-98
- OLIVEIRA, R. A.. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p.
- OLIVEIRA, C.L de. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 53-60
- ORTEGA, E.; PETERS, C.; BARRIGA, C.; LÖTZERICH, H. A atividade física reduz o risco de câncer? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.4, n.3, p.81-86, 1998.
- OTANI, M.A.P, BARROS, N.F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciências e saúde coletiva** 2011; 16(3):1801-11.
- PARENTE, J.M.L.; PARENTE, M.P.P.D. Contexto epidemiológico atual da infecção por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterologia Endoscopia Digestiva*, [S/L], V.3, p. 86-89, 2010. Disponível em: http://www.sbmd.org.br/artigos_ged_2010/edicao_3/edicao_03_julho_set_2010_2.pdf.
- PARKIN, D.M, BRAY, F.I, DEVESA, S.S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. **European Journal of Cancer** 2001; 37:4-66.
- PARKER, K.P. et al. Sleep/Wake patterns of individuals with advanced cancer measured by ambulatory polysomnography. **J Clin Oncol**. 2008;26(15):2464-72.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. 2007 Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/10973/1488992_134647.pdf
- PEDROSO, W., ARAUJO, M.B, STEVANATO, E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz** 2005;11(3):155---60.
- PESSINI, L. **O cuidado em saúde**. O Mundo da saúde, v. 24, n. 4, p.235-6, 2000.

PINHEIRO C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Physis**. 2006; 16(1):45-58.

PINTO, B. M. et al. Psychological and fitness changes associated with exercise participation among women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 12, n. 2, p. 118–126, 2003

PIPER B et al. **The development of an instrument to measure the subjective dimension of fatigue**. New York: Springer, 1989.

PITANGA, F.J.G, LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Caderno Saúde Pública** 2005; 21:870-7.

RAMOS, Darcieli.Lima. VELHO, Maria Teresa Aquino Campos. Câncer e Atividade Física. In: JORNADA ACADEMICA INTEGRADA UFSM, 2016, Santa Maria/RS. **Anais**. Universidade Federal de Santa Maria, RS

RAO A. V, COHEN, H.J. Fatigue in older cancer patients: etiology, assessment, and treatment. **Semin Oncol** 2008;35:633-42.

RESOLUÇÃO N.º 218, de 6 de março de 1997, Conselho Nacional de Saúde.

RESOLUÇÃO nº 046, Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2002. Conselho Federal de Educação Física

ROCKY Mountain Cancer Rehabilitation Institute. University of Northern Colorado 1740 Gunter Hall, 10th Avenue at Cranford, Greeley, CO 80639. (<http://www.unco.edu/rmcri/>).

SALLES-COSTA, R. HEILBORN, M.L, WERNECK, G.L, FAERSTEIN, E, LOPES, C.S. Gênero e prática de atividade física de lazer. **Caderno Saúde Pública** 2003; 19(Supl 2):S325-S33.

SANDEL, S.L, et al. Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing** 2005; 28(4):301-309.

SANDLER, R.S. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. **Gastroenterol Clin North Am**, Philadelphia, v.25, n.4, p.717- 735, 1996.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. Sao Paulo: Martins Fontes, 1999.

SHERMAN, J.R. **Aspectos psicossociais do câncer**. In: Love RR, organizador. Manual de oncologia clínica da União Internacional contra o Câncer. 6ª ed. Nova Iorque: Springer-Verlag; 1994. p. 598-605.

SCHWARTZ, A.L., MORI, M, GAO, R, NAIL, L.M, KING, M.E. Exercise reduces daily fatigue in women with breast cancer receiving chemotherapy. **Medicine Science Sports Exercise**. 2001;33(5):718-23.

SHOMA, A.M. et al. Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. **World Journal of Surgical Oncology**, London, v. 7, p. 66-76, 2009

SPINOLA, A. V.; MANZZO, I.S de; ROCHA, C. M da. As relações entre exercício físico e atividade física e o câncer. **ConScientiae Saúde [Internet]**, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2007.

STRAUB, R. O. (2005). **Medicina Complementar e Alternativa**. In R. O. Straub (Org.), *Psicologia da Saúde* (pp. 497-530). Porto Alegre: Artmed.

SOARES, W. T. E. Parâmetros, considerações e modulação de programas de exercício físico para pacientes oncológicos: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 17, n. 4, p. 284-289, 2011.

SONTAG, S. **Doença como Metáfora**. 1978. Editora Graal

STONE, P. et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Cancer Fatigue Forum*. *Ann Oncol*. 2000;11(8):971-5.

VALLANCE, J.K., COURNEYA, K.S, PLOTNIKOFF, R.C, YASUI, Y, MACKAY, J.R. Randomized controlled trial of the effects of print materials and step pedometers on physical activity and quality of life in breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2007;25(17):2352-9.

WANG, X.S. et al. Clinical factors associated with cancer-related fatigue in patients being treated for leukemia and non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol*. 2002;20(5):1319-28.

WANG, M. CHU H. ZHANG, Z. WEI, Q. Molecular epidemiology of DNA repair gene polymorphisms and head and neck cancer. **J Biomed Res** 2013 May; 27(3):179-92

WHITE, C. A. Body Images in Oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002. p. 379-386.

WITTES R. Integrative oncology: cancer care for the next millenium . Washington (DC); 2000 . Disponível em <http://legislative.cancer.gov/Files/testimony-2000-06-07.pdf>

ZHANG, S, et al. "Better breast cancer survival for postmenopausal women who are less overweight and eat less fat. The Iowa Women's Health Study." **Cancer** 76.2 (1995): 275-283.

ANEXO A – PROTOCOLO BIBCQ:

Marque						
1 se você discorda totalmente da frase; 2 se você discorda da frase;						
3 se você não concorda nem discorda da frase; 4 se vc concorda com a frase						
5 se você concorda totalmente com a frase.						
Q.		1	2	3	4	5
1	Tento esconder meu corpo.					
2	Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama					
3	Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim					
4	Estou feliz com minha disposição					
5	Estou satisfeita com a forma do meu corpo					
6	Sinto-me menos feminina desde o câncer					
7	Gosto do meu corpo					
8	Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física					
9	Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público					
10	Sinto que meu corpo foi invadido					
11	Estou satisfeita com a aparência do meu braço					
12	Sinto que meu corpo me desapontou me deixou na mão					
13	Gosto de minha aparência exatamente como ela é					
14	Sinto que aquela parte minha deve permanecer escondida					
15	Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama					
16	Estou satisfeita com a aparência do meu quadril					
17	Sinto que alguma coisa está tomando conta do meu corpo.					
18	Estou satisfeita com a forma do meu bumbum.					
19	Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia.					
20	Estou feliz com a posição do meu mamilo.					
21	Estou satisfeita com o tamanho das minhas mamas.					
22	Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s).					

23	A aparência das minhas mamas poderia incomodar outras pessoas.					
24	Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito					
25	Evito intimidade física, como contato muito próximo com alguém					
26	Sinto que as pessoas ficam me olhando					
27	Evito expor meu corpo ao trocar de roupa					
28	Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas					
29	Estar cansada interfere na minha vida					
30	O inchaço do meu braço é um problema para mim					
31	Meu corpo me preocupa					
32	Manteria meu peito coberto durante a intimidade sexual					
33	Sinto raiva do meu corpo					
34	Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde					
35	Posso participar de atividades normais					
36	Tenho problemas de me concentrar					
37	Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer					
38	Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.					
39	As dores no braço são um problema para mim					
40	Preocupo-me com pequenas dores					
41	Sinto-me normal					
42	Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais					
43	Preocupo-me que minha prótese ou enchimento escorregue, saia do lugar.*					
44	Penso a respeito da(s) minha(s) mama(s)*.					

ANEXO B - QUESTIONÁRIO BIBCQ ADAPTADO

	Marque	1	2	3	4	5	6
	1 se vc discorda totalmente da frase; 4 se vc concorda com a frase, 2 se vc discorda da frase 5 se vc concorda totalmente com a frase. 3 se vc não concorda nem discorda da frase 6 se você não sabe						
7	Gosto do meu corpo						
4	Estou feliz com minha disposição						
5	Estou satisfeita com a forma do meu corpo						
6	Sinto-me menos feminina desde o câncer						
8	Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da AF						
9	Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público						
11	Estou satisfeita com a aparência do meu braço						
2	Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama						
13	Gosto de minha aparência exatamente como ela é						
15	Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama						
19	Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia.						
22	Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s).						
25	Evito intimidade física, como contato muito próximo com meu parceiro						
1	Tento esconder meu corpo.						
30	O inchaço do meu braço é um problema para mim						
33	Sinto raiva do meu corpo						
34	Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde						
35	Posso participar de atividades normais						
37	Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer						
39	As dores no braço são um problema para mim						
40	Preocupo-me com pequenas dores						
43	Preocupo-me que minha prótese ou enchimento escorregue, saia do lugar.						

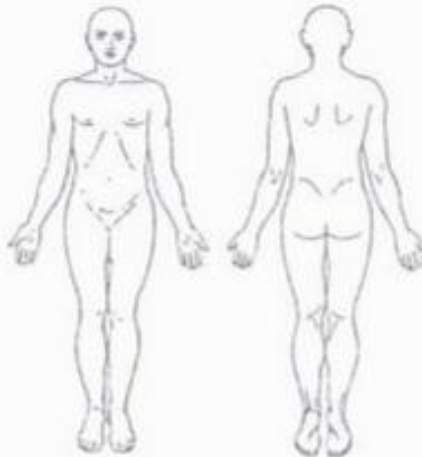
ANEXO C - Inventário Breve de Dor

Responda as questões abaixo de acordo com as instruções:

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (cefaléia, dor de dente). Você teve, hoje, dor diferente destas?

Sim..... Não.....

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor e onde a dor é mais intensa.



3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor imaginável

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor imaginável

5) Circule o número que melhor descreve a média de sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor imaginável

6) Circule o número que corresponde à dor que ocorre agora.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor imaginável

7) Que tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?

.....

8) Nas últimas 24 horas, qual foi o grau de melhora proporcionado pelos tratamentos ou medicações. Circule a porcentagem que melhor mostra o alívio que você obteve.

Sem nenhum alívio | 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% | Alívio completo

9) Circule o número que descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

- Atividade geral

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Humor

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Habilidade de caminhar

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Trabalho

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Sono

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

- Apreciar a vida

Não interferiu | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Interferiu totalmente

ANEXO E – Escala de fadiga de piper

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 a 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 a 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 Intensa
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

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

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

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

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

13. Quanto você está se sentindo...

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

14. Quanto você está se sentindo...

Acordado											Sonolento
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. Quanto você está se sentindo...

Com vida											Apático
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. Quanto você está se sentindo...

Com vigor											Cansado
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Quanto você está se sentindo...

Com energia											Sem energia
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Quanto você está se sentindo...

Paciente											Impaciente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Quanto você está se sentindo...

Relaxado											Tenso
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Quanto você está se sentindo...

Extremamente feliz											Deprimido
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se concentrar											Incapaz de se concentrar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22. Quanto você está se sentindo...

Capaz de se lembrar											Incapaz de se lembrar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Quanto você está se sentindo...

Capaz de pensar com clareza											Incapaz de pensar com clareza
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24. De modo geral, o que você acha que contribui ou causa a sua fadiga? _____

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

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

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora?

() Não () Sim. Por favor descreva _____

ANEXO G - Dados identitários

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TIPO DE CA: _____ Estadiamento: _____

Nome: _____ Sexo _____ idade _____
SAME: _____ Cidade onde mora: _____

Tratamento: QUIMIO () RADIO () HORMONIO ()

Você fez cirurgia? NÃO () SIM, qual região do corpo?
_____ Há quanto tempo? _____

Complicações da cirurgia: ()sim () não
Quais: _____

Medicamentos atuais _____

Utilizou outro serviço recentemente (pisco, nutri, fisio, TO)? Qual e há quanto tempo?

Efeitos adversos da rádio: ()sim () não
Quais: _____

ANEXO H – Questionário de avaliação das oficinas

1. As oficinas ajudaram no tratamento como um todo?
SIM () NÃO () MAIS OU MENOS ()
2. Vc se sentiu motivada/animada durante as oficinas
SIM () NÃO () MAIS OU MENOS ()
3. As oficinas ajudaram a passar melhor o tempo?
SIM () NÃO () MAIS OU MENOS ()
4. As oficinas diminuiram a ansiedade na espera
SIM () NÃO () MAIS OU MENOS ()
5. Como foi o aspecto relacional/social com o grupo na sala de espera?
MUITO BOM () BOM() RUIM () MUITO RUIM ()
6. O que mais gostou durante a atividade? _____
7. O que vc acha que poderia melhorar?_____
8. Como vc avalia os professores/monitores?
MUITO BOM () BOM() RUIM () MUITO RUIM ()
9. Vc fez os exercícios em outros momentos(em casa,por ex)?
SIM () NÃO () N°de DIAS _____
Quais? (alongamentos? Respiração?) _____
10. Já Praticava atividade física? SIM () NÃO () há quanto tempo?

11. Qual a Frequência semanal?_____ Qual atividade?_____

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER

Pesquisadores responsáveis: Maria Teresa Campos velho¹, orientadora – Maria Amélia Roth², coorientadora e Darcieli Lima Ramos³, pesquisadora.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde

Telefone para contato: (55) 91434951 ou (55)3220-7186

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil.

Prezados (as)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa acima indicada, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar; em caso de seu aceite, você terá o direito de desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios possibilitados pela presente pesquisa. Você responderá um questionário e fará atividades físicas durante o seu TRATAMENTO. Ambos serão no momento em que fores no ambulatório de Radioterapia do HUSM-RS para consulta ou tratamento. Não necessitando destinar outro horário do seu dia.

O objetivo deste estudo é analisar as influências das práticas corporais durante o período da quimioterapia em pacientes com neoplasias atendidos na cidade de Santa Maria – RS de diferentes faixas etárias.

Esta pesquisa tem riscos mínimos, por exemplo: desconforto ou cansaço. Caso isso ocorra será realizada conversa com a pesquisadora, visando compreender os motivos dessas manifestações e, se necessário, devendo, parar e descansar. Esta pesquisa não trará benefícios financeiros, mas trará uma melhora em sua qualidade de vida e um maior empoderamento sobre o tema.

Os dados desta pesquisa são confidenciais, ou seja, ninguém, exceto os pesquisadores, terão acesso aos seus resultados. Depois que a pesquisa for concluída, os resultados serão informados, assim como poderão ser publicados em uma revista, livro, conferência, etc, sendo os sujeitos referidos como S1 (SUJEITO 1), S2, S3 e assim por diante.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando da posse de uma delas.

Santa Maria,.....de..... de 201....

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador

Para maiores informações:

1 Prof^a. Dr^a Maria Teresa Campos Velho - E-mail: mtcamposvelho@gmail.com (55) 32207186

2 Prof^a. Dr^a. Maria Amélia Roth - E-mail: necaroth@gmail.com Tel: (55) 99159205

3 Darcieli Lima Ramos E-mail: darcielimaramos@gmail.com Tel: (55) 91434951

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar - Campus Universitário - 97105-900, Santa Maria/RS - Tel: (55) 32209362.

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade (TC)



Título do estudo: AS PRÁTICAS CORPORAIS COMO TECNOLOGIA LEVE NO CUIDADO INTEGRAL AO PACIENTE COM CÂNCER

Pesquisadores responsáveis: Maria Teresa Campos velho¹, orientadora – Maria Amélia Roth², coorientadora e Darcieli Lima Ramos³, pesquisadora.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde

Telefone para contato: (55) 91434951 ou (55)3220-7186

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil.

A orientadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de protocolos validados na comunidade científica e entrevistas durante a realização de grupos realizados junto a pacientes com câncer atendidos pelo Hospital Universitário de Santa Maria – RS.

Informa, ainda, que as informações coletadas serão mantidas na secretaria do curso de mestrado profissionalizante em ciências da saúde UFSM - Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, 3º andar, sala 1356 - CEP 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob responsabilidade da Secretaria do Programa de Mestrado Profissionalizante em Ciências da Saúde. Após este período os dados serão destruídos.

As informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto e somente serão divulgadas de forma anônima.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae

Santa Maria,.....dede 201...

Assinatura do pesquisador responsável

Para maiores informações:

1Prof^a. Dr^a Maria Teresa Campos Velho - E-mail: mtcamposvelho@gmail.com (55) 32207186

2Prof^a. Dr^a. Maria Amélia Roth - E-mail: necaroth@gmail.com Tel: (55) 99159205

3 Darcieli Lima Ramos E-mail: darcielilimaramos@gmail.com Tel: (55) 91434951

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria, 7º andar -
Campus Universitário - 97105-900, Santa Maria/RS - Tel: (55) 32209362.