

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE ATIVIDADE
FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis
2016.

MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE ATIVIDADE
FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS**

Monografia submetida ao Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do título de Graduada em Educação Física – Bacharelado.

Orientador: Prof. Dr. Giovâni Firpo Del Duca.
Co-orientadora: Prof. Esp. Marina Christofolletti dos Santos.

Florianópolis

2016.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Monique Vanderlinde de

Associação entre qualidade de vida e indicadores de atividade física e capacidade funcional em pacientes onco hematológicos do Hospital Universitário de Florianópolis / Monique Vanderlinde de Souza ; orientador, Giovâni Firpo Del Duca ; coorientador, Marina Christofolletti dos Santos. - Florianópolis, SC, 2016.
66 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos. Graduação em Educação Física.

Inclui referências

1. Educação Física. 2. Neoplasias Hematológicas. 3. Qualidade de Vida. 4. Atividade Física. I. Del Duca, Giovâni Firpo. II. Santos, Marina Christofolletti dos. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Educação Física. IV. Título.

Monique Vanderlinde de Souza

**ASSOCIAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE ATIVIDADE
FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FLORIANÓPOLIS**

Esta Monografia foi avaliada e aprovada para obtenção do título de Graduada em Educação Física - Bacharelado.

Florianópolis, 01 de dezembro de 2016

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Giovâni Firpo Del Duca - Orientador

CDS/UFSC

Prof. Esp. Marina Christofolletti dos Santos – Co-orientadora

NuPAF - CDS/UFSC

Prof. Dra. Cíntia de La Rocha Freitas

CDS/UFSC

Prof. Dr. Jucemar Benedet

CDS/UFSC

Prof. Soraya Anita Mendes de Sá

NuPAF - CDS/UFSC

Dedico este trabalho aos meus dois anjos da guarda, em lembrança. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, por tudo que me ensinaram e por toda a dedicação. Sem vocês eu não teria chegado até aqui. Vocês são meus exemplos!

À minha irmã, por partilhar a vida comigo. Por todas as vezes que cuidou de mim e me apoiou.

Às amigas que construí durante a graduação, aos colegas da 13.1 que estão comigo até hoje e à família AEF. Guardarei boas lembranças ao lado de vocês.

Ao professor Giovâni Firpo Del Duca, por contribuir em minha formação acadêmica e pela orientação. Você é um profissional exemplar! Obrigada por me acompanhar durante essa trajetória.

À professora Marina Christofolletti dos Santos, por todo apoio, incentivo e sugestões. Você foi essencial! Obrigada por toda a atenção que você dedicou ao meu trabalho.

Aos professores e funcionários que contribuíram direta ou indiretamente nesta jornada. Em especial: Adenis (você é o cara!), professora Cíntia e Rafael Castro, por sempre estarem dispostos à ajudar. Vocês são ótimos profissionais!

À equipe multiprofissional do Serviço de Hematologia do HU/UFSC, pelo lindo trabalho que fazem e pelo suporte que me deram. Em especial, enfermeira Michele e doutora Joanita.

Por fim, aos pacientes que aceitaram participar da pesquisa e compartilharam suas histórias. Exemplos de força e superação. Que Deus os proteja, sempre.

RESUMO

O câncer é uma doença maligna com caráter altamente agressivo, caracterizada pela divisão desordenada de células anormais. Por consequência, pacientes em tratamento podem ter prejuízos à sua capacidade funcional e nível de atividade física. O presente estudo objetivou analisar a associação entre qualidade de vida e indicadores de atividade física e capacidade funcional em pacientes onco-hematológicos do Hospital Universitário de Florianópolis. Para isso, realizou-se uma pesquisa transversal com adultos e idosos que possuíam diagnósticos de leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo, submetidos a tratamento oncológico (n=52). A coleta de dados ocorreu em outubro de 2016, a partir de entrevista. Os instrumentos utilizados foram o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*, versão 3.0 (2008), o Índice de Katz (1963) e a escala de Lawton e Brody (1969). Variáveis sociodemográficas e indicadores de atividade física no lazer também foram investigados. A estatística descritiva do estudo incluiu frequências absoluta e relativa (%), média e desvio padrão. Na estatística inferencial, realizou-se o teste t de *student* e as correlações de Pearson e Spearman. A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (55,8%) e a média de idade foi de $53,6 \pm 17,8$. O principal diagnóstico relatado foi o linfoma (42,3%) e a terapia mais realizada foi a quimioterapia endovenosa (55,8%). Um total de 88,5% dos pacientes relataram ter cuidador, sendo predominantemente o(a) companheiro(a) (38,5%). O escore de qualidade de vida foi de $60,58 \pm 2,78$ e, dentre as escalas funcionais, o pior resultado foi o desempenho de papel ($46,79 \pm 5,39$), seguida da função emocional ($52,24 \pm 3,93$). Dentre os sintomas, os piores resultados foram para a fadiga, insônia e constipação, respectivamente. Observou-se correlação negativa moderada entre o desempenho de papel e a fadiga ($r=-0,60$), assim como entre a função social e a presença de dificuldades financeiras ($r=-0,45$). Não se constatou associação significativa da qualidade de vida com indicadores de atividade física e capacidade funcional. Apesar de ser uma doença que acarreta em diversos prejuízos para a saúde, a qualidade de vida dos pacientes avaliados mostrou-se satisfatória e não associada à atividade física e à capacidade funcional na amostra investigada.

Palavras-chave: Neoplasias Hematológicas. Qualidade de Vida. Atividade Física.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVO GERAL.....	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 CÂNCER: PANORAMA CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO.....	11
2.2 NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS: TIPOS E TRATAMENTOS	14
2.3 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER	19
2.4 ATIVIDADE FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES COM CÂNCER	21
3 MÉTODOS	23
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
3.2 LOCAL DO ESTUDO	23
3.3 POPULAÇÃO ALVO.....	24
3.4 AMOSTRA.....	24
3.4.1 Critérios de inclusão	24
3.4.2 Critérios de exclusão	24
3.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	24
3.6 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS.....	25
3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO	26
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4 RESULTADOS	28
5 DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Por se tratar de um conjunto heterogêneo de doenças altamente complexo e de alta incidência, o câncer é considerado um grave problema de saúde pública (INCA, 2006; LÔBO et al., 2014). Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (2015) apontam mais de 20 milhões de novos casos para o ano de 2025. Sua origem se dá pela multiplicação e crescimento descontrolado de células que sofreram mutações em seu material genético e, por consequência, deixaram de responder aos mecanismos de controle do organismo (WEBER, 2011). Além disso, algumas células cancerígenas caracterizam-se pela capacidade de invadir tecidos adjacentes, que podem inclusive, situar-se distantes de sua origem (HERZBERG; FERRARI, 2011). Tal fato enquadra o câncer como uma neoplasia maligna, a qual é dividida em dois grandes grupos: tumores sólidos e neoplasias hematológicas (MELLO et al., 2007).

Diferentemente dos tumores sólidos, as neoplasias hematológicas são doenças que se expressam a partir de alterações e disfunções nas células sanguíneas (CALEFI et al., 2014). Ocorrem comumente no sangue e em órgãos hemoformadores, como medula óssea, gânglios linfáticos, baço e fígado (INCA, 2001; MELLO et al., 2007). Segundo Búrigo et al. (2007), compreendem principalmente as leucemias, os linfomas e o mieloma. Assim como os demais cânceres hematológicos, geralmente não se restringem à uma única região do corpo, disseminando-se e manifestando-se sem respeitar as barreiras anatômicas (SILVA; ARAÚJO; FRIZZO, 2015).

Ainda que a suscetibilidade genética seja uma variável de grande influência, agentes externos que contemplam o estilo de vida, segundo Pedroso, Araújo e Stevanato (2005), envolvem-se no desencadeamento dessa enfermidade. Componentes como alimentação inadequada, tabagismo, etilismo, contato com substâncias tóxicas, exposição solar excessiva, poluição ambiental, estresse, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e inatividade física, são exemplos de atuantes de risco que, por sinal, estão cada vez mais presentes na sociedade (WHO, 2002).

Devido a avanços tecnológicos e ao aumento do número de pesquisas na área da saúde, tem se observado a detecção precoce dos casos, interferindo diretamente sobre a taxa de mortalidade dos pacientes oncológicos (SCHNEIDER et al., 2007). Contudo, conforme destacado por Pedroso, Araújo e Stevanato (2005) e Calefi et al. (2014), a atenção não deve ser limitada somente à taxa de sobrevivência, mas, também, à qualidade de vida dos sobreviventes, uma vez que os procedimentos terapêuticos

ocasionam diversas alterações metabólicas drásticas em decorrência de seus efeitos colaterais, combinados ao estresse gerado pela própria doença (BATTAGLINI, 2004; MACEDO et al., 2008). Dimeo, Rumberger e Keul (1998) afirmam que a maioria dos pacientes com câncer experimentam perda de energia e diminuição da capacidade física, fatores altamente contribuintes para o declínio da qualidade de vida do paciente.

Em vista a esses efeitos deletérios, em especial ao quadro de catabolismo intenso que pode resultar em caquexia e fadiga intensa (SPINOLA; MANZZO; ROCHA, 2007), frequentemente pacientes recebem recomendações de repouso e redução das atividades diárias. Fato contraditório, pois ao invés de melhorar o quadro clínico, a inatividade física pode perpetuar ainda mais a perda de desempenho motor e fisiológico e, como consequência, gera-se o aumento da incapacidade funcional (DIMEO; RUMBERGER; KEUL, 1998). Essa interferência reflete diretamente na autonomia dos pacientes, tornando-os dependentes e privando-os de realizar suas atividades básicas e instrumentais cotidianas. Percebe-se, dessa forma, a importância de preservar a capacidade funcional no combate à doença.

Alguns autores apontam a atividade física como importante opção complementar ao tratamento, com intuito principal de manter e/ou melhorar o desempenho funcional e propiciar uma melhor expectativa ao paciente no combate à neoplasia maligna (BATTAGLINI et al., 2004; SPINOLA; MANZZO; ROCHA, 2007). A possível intervenção da influência positiva gerada pela atividade física pode ser sustentada pelas alterações metabólicas e morfológicas crônicas geradas por sua prática (DIMEO et al., 1997 apud BATTAGLINI et al., 2004). Além disso, uma boa condição física parece ser favorável ao diagnóstico da doença, pois o corpo estaria mais sensível às alterações, e possibilitaria a verificação antecipada da manifestação do problema, com melhora na preparação e aceitação das condições de tratamento (PEDROSO; ARAÚJO; STEVANATO, 2005).

Considerando a complexidade acerca das questões apresentadas, o presente estudo levantou o seguinte problema: qual a associação entre qualidade de vida e indicadores de atividade física e capacidade funcional em pacientes onco-hematológicos em período de tratamento?

1.1 JUSTIFICATIVA

O câncer, ainda que considerado uma das doenças crônicas de maior incidência e prevalência no Brasil e no mundo, possui muitas lacunas em relação aos seus métodos de tratamento. A diversidade da patologia, o aumento no número de casos e, muitas vezes, a falta de efetividade associada aos tratamentos, são fatores citados por Macedo et al. (2008) que podem explicar o porquê dessas lacunas. Além disso, os efeitos colaterais são diversos e indesejáveis, exigindo muita cautela dos profissionais e dos procedimentos realizados. Um dos principais desafios encontrados pela equipe multiprofissional, consiste em identificar a melhor e mais efetiva forma de lidar com a doença, com o mínimo de agressões ao paciente (HERZBERG; FERRARI, 2011).

Com isso, a justificativa de caráter social está na necessidade de demonstrar a importância da mensuração e da avaliação da qualidade de vida, visando assistir médicos e pacientes a definirem quais ações serão mais adequadas para lidar com o diagnóstico específico. Além disso, é um recurso importante que serve para indicar respostas do paciente em relação ao contexto da doença e do tratamento, possibilitando o monitoramento dos sintomas relatados, a fim de indicar intervenções para minimizar dificuldades e otimizar os procedimentos terapêuticos (NICOLUSSI, 2012; PAULA; SAWADA, 2015).

Embora seja crescente o número de pesquisas que adotem a avaliação da qualidade de vida como opção adicional ao tratamento convencional, ainda há escassez de publicações na área da Educação Física, principalmente de estudos nacionais, com diagnóstico específico de neoplasias hematológicas. Os dados do presente estudo poderão contribuir para despertar o interesse dos profissionais de Educação Física a buscarem capacitação para atuar na assistência promovida pela equipe multidisciplinar com cuidados paliativos, com uma opção terapêutica não farmacológica que pode auxiliar o paciente em seu amplo contexto biopsicossocial: a atividade física.

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre qualidade de vida e indicadores de atividade física e capacidade funcional em pacientes onco-hematológicos do Hospital Universitário de Florianópolis.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e a presença de cuidador em pacientes onco-hematológicos;
- Identificar a qualidade de vida global, funcional e relacionada aos sintomas de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial;
- Descrever a incapacidade funcional em atividades básicas e instrumentais da vida diária em pacientes onco-hematológicos;
- Verificar a prática de atividade física no lazer em pacientes onco-hematológicos;
- Identificar a relação entre qualidade de vida e incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em pacientes onco-hematológicos;
- Identificar a relação entre qualidade de vida e a prática de atividades físicas de lazer em pacientes onco-hematológicos;
- Correlacionar indicadores de qualidade de vida geral e capacidade funcional com indicadores de sintomas e indicador financeiro em pacientes onco-hematológicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguinte revisão de literatura abordará questões sobre o panorama clínico de epidemiológico do câncer, especificidades sobre as neoplasias hematológicas, bem como sobre a qualidade de vida e a capacidade funcional de pacientes oncológicos.

2.1 CÂNCER: PANORAMA CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO

A substituição progressiva de células normais por células alteradas é o fator característico do câncer. O organismo, como explicam Herzberg e Ferrari (2001), é formado por células que possuem o mesmo material genético – ainda que haja variação quanto à localização e à multiplicidade das mesmas. Estas, por sua vez, possuem três divisões: a membrana celular, que seria a camada mais externa; o citoplasma, que compõe o corpo da célula; e o núcleo, onde encontram-se os cromossomos, os quais são formados por um conjunto de genes. Nos genes, estão arquivadas as sequências de ácido desoxirribonucleico (DNA), que contêm informações genéticas responsáveis por estruturar e coordenar o desenvolvimento e as funções celulares (INCA, 2016a).

No entanto, as moléculas de DNA estão suscetíveis a mutações. Nesse contexto, existem genes especiais, chamados protooncogenes, que ficam inativos nas células normais. Porém, caso sejam acometidos e ativados, transformam-se em oncogenes, que difundem a malignização celular, originando células cancerosas (HERZBERG; FERRARI, 2011; INCA, 2016a). Esse processo, somado à divisão e ao crescimento desordenado, formam um aglomerado de células anormais, conhecido como tumor. Em alguns casos, propagam-se pelo corpo e são capazes de se disseminar e invadir outros órgãos, interferindo negativamente em suas funções, originando novas colônias de células cancerosas e caracterizando o processo chamado metástase (BACURAU; ROSA, 1997; WEBER, 2011).

A falta deste controle intrínseco exige a tentativa do sistema imunológico em identificar e eliminar as células modificadas, visto que possui a capacidade de reconhecer disfunções e estruturas estranhas ao organismo, tornando-se essencial para o combate à doença (HERZBERG; FERRARI, 2011). No entanto, Bacurau e Rosa (1997) apontam a capacidade de imunossupressão que o câncer possui, que promove redução na eficiência das funções e atividades do sistema imune. Uma vez

que este sistema apresenta disfunções e mostra-se ineficaz, a doença cria maiores condições para evoluir (HERZBERG; FERRARI, 2011). Nesses casos, de acordo com Weber (2011), alguns fatores serão responsáveis por determinar o nível de malignidade da neoplasia: a localização do tumor; a presença de tumores secundários, por metástase; a velocidade de desenvolvimento; e o quanto os papéis importantes ou vitais do organismo estão afetados.

Esse processo de formação do câncer, denominado carcinogênese, caracteriza-se pelo reflexo cumulativo de ações provocadas por três tipos de agentes: os oncoiniciadores responsáveis pelo dano genético; os oncopromotores, que transformam as células iniciadas em malignas; e os oncoaceleradores, que desencadeiam a multiplicação irregular e acelerada das células, originando o tumor (INCA, 2016b). Além das questões hereditárias, fatores ambientais estão altamente ligados às ações dos oncoiniciadores, pois ditam a pré disposição à instalação da doença. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2016c), cerca de 80% a 90% dos casos de cânceres possuem relação com o ambiente em seu amplo contexto: geral (água, terra e ar), ocupacional (indústrias químicas e afins), de consumo (alimentos e medicamentos) e sociocultural (estilo e hábitos de vida).

Portanto, as principais causas de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas, assim como para as demais doenças crônicas não transmissíveis, dão-se por fatores de risco modificáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Além disso, a prevalência desses fatores é diretamente influenciada por questões como o processo de envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização, pois são vertentes que vêm impactando cada vez mais no modo de viver dos brasileiros (DUARTE; BARRETO, 2012). As transições apresentadas no cenário demográfico nos últimos anos, por exemplo, resultam no aumento da expectativa de vida e na redução das taxas de fecundidade e natalidade (OMS, 2005). Assim, tem-se o aumento da população idosa que, em decorrência das alterações naturais do organismo e por estarem a mais tempo expostas aos fatores de risco ambientais, tornam-se mais suscetíveis à desenvolver doenças crônicas, como as neoplasias (SILVA; ARAÚJO; FRIZZO, 2015).

Questões como a industrialização e a urbanização também interferem de modo incontestável na manifestação das neoplasias (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Em função do ritmo de vida moderno e acelerado, os costumes alimentares sofreram drásticas mudanças. Hoje, ingere-se mais do que se gasta. Ou seja, além do aumento

do consumo de alimentos hipercalóricos, industrializados e de baixo valor nutricional, há diminuição da prática de atividade física (FRANÇA et al., 2012). A atividade física, instrumento de sobrevivência para nossos ancestrais, tornou-se dispensável nos dias atuais e, de ativos e nômades, os homens tornaram-se sedentários. Isso pela constante revolução industrial e tecnológica, que dispõe da praticidade de recursos pobres em movimento para o cotidiano da humanidade (GUALANO; TINUCCI, 2011). Não obstante, tem-se o aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, que apresentam-se como fatores de grande risco para provocar e/ou acelerar a carcinogênese. O Instituto Nacional de Câncer (2016d), cita mais de dez tipos de cânceres corriqueiros diante do contexto supracitado, sendo eles: esôfago, estômago, pâncreas, vesícula biliar, fígado, intestino (cólon e reto), rim, mama, ovário, endométrio, meninge, tireoide e mieloma múltiplo. Além disso, aponta que aproximadamente um em três casos poderiam ser evitados caso a população adotasse hábitos saudáveis, de modo a conservar o peso corporal adequado. Ou seja, a cada 100 pessoas com câncer, 33 casos poderiam ser prevenidos (INCA, 2016d).

Outros comportamentos inadequados também associam-se às neoplasias. O tabagismo, apesar de ser o maior fator de risco evitável, é responsável por 30% das mortes por câncer, sendo os principais: pulmão, cavidade oral, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo do útero e leucemias (INCA, 2016d). Assim como o tabaco, o etanol também possui efeito cancerígeno. O álcool funciona como solvente e, ao chegar no intestino, facilita a entrada de substâncias tóxicas nas células, aumentando o risco de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama (INCA, 2016d).

Em relação aos fatores ocupacionais, e exposição à agentes carcinogênicos no ambiente de trabalho, como produtos químicos e radiações, podem causar danificações no DNA e desenvolver neoplasias (HERZBERG; FERRARI, 2011). Os tipos mais frequentes de câncer relacionados ao trabalho, são: pulmão, pele, bexiga e leucemias (INCA, 2006). Microrganismos como o papilomavírus (HPV), o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus linfotrópico da célula humana (HTLV), também classificam-se como agentes carcinogênicos. Podem ser propagados a partir de alguns comportamentos sexuais como a precocidade do início da vida sexual e a diversidade de parceiros. Os tipos de câncer mais recorrentes nesse caso, são: colo do útero, língua, reto, leucemias e linfoma de linfócitos T (INCA, 2016d).

Nota-se, portanto, que a ocorrência das neoplasias malignas possui caráter multifatorial (INCA, 2006), sendo que as alterações celulares que caracterizam o quadro clínico têm início a partir de diferentes graus de combinação entre fatores endógenos e exógenos, como os citados anteriormente (WHO, 2002). Dessa maneira, torna-se necessária a implementação rotineira de monitoramento da morbimortalidade por parte da gestão de saúde, de modo a obter diagnósticos e promover ações de prevenção e controle da doença e de seus fatores de risco (INCA, 2015).

2.2 NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS: TIPOS E TRATAMENTOS

O âmbito da onco-hematologia possui grande complexidade e vem sendo cada vez mais adotado como objeto de estudo por diferentes áreas da saúde (MELLO et al., 2007). Como abordado anteriormente, as neoplasias hematológicas são doenças malignas que se desenvolvem a partir de alterações localizadas nas células sanguíneas (CALEFI et al., 2014). Caracterizam-se pela rápida evolução e propagação quando não tratadas, além de possuírem considerável sensibilidade aos métodos de tratamento (HERZBERG; FERRARI, 2011). Os principais tipos de cânceres hematológicos são as leucemias, os linfomas e o mieloma múltiplo que, por muitas vezes, desencadeiam-se por fatores de risco como vírus, substâncias tóxicas e/ou alterações genéticas (HCP, 2016).

Considerada como uma doença maligna que atinge os glóbulos brancos, células de defesa do organismo, a leucemia ocorre quando há o acúmulo de células modificadas na medula óssea, as quais substituem as células normais, atrapalhando e/ou anulando sua produção (INCA, 2016e). Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia (2016a), as leucemias podem ser divididas em crônicas ou agudas, dependendo da velocidade de multiplicação celular. Enquanto as crônicas progridem lentamente, as agudas apresentam rápida evolução, o que torna o diagnóstico precoce extremamente importante. Nos dois casos, também há a categorização de acordo com as células de origem: linfóides ou mielóides (SBCANCER, 2016a; INCA, 2016e).

Existem, portanto, quatro tipos principais de leucemias: leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfóide aguda (LLA) e leucemia linfóide crônica (LLC), cada qual com suas particularidades. A LMA pode afetar crianças e adultos, e a LLA, ocorre prioritariamente em crianças. No caso das

crônicas, a LMC acomete mais os adultos, e a LLC, adultos e idosos (INCA, 2016f). No geral, estimativas para o ano de 2016 apontam cerca de 10.070 novos casos da doença, atingindo 5.540 homens e 4.530 mulheres (INCA, 2015).

Já os linfomas, classificam-se como neoplasias malignas que atingem órgãos e estruturas do sistema linfático a partir da proliferação anormal das células do tecido linfoide (SILVA; ARAÚJO; FRIZZO, 2015). Dividem-se em dois grandes grupos: linfomas de Hodgkin e linfoma não Hodgkin, sendo que ambos comumente originam-se nos linfonodos (gânglios linfáticos), estruturas responsáveis pela produção de anticorpos e defesa do corpo (IBCC, 2016). Estima-se, para 2016, cerca de 2.470 novos casos de linfoma Hodgkin e 10.240 novos casos de linfoma não Hodgkin, sendo maior a prevalência em pessoas de raça branca e do sexo masculino (INCA, 2015).

Rizzatti (2011) explica que o linfoma de Hodgkin trata-se de uma doença com características específicas, sendo uma delas a presença de células de Reed-Sternberg (grandes e de fácil identificação) no linfonodo acometido. Essas, por sua vez, são as únicas células tumorais desse linfoma que encontram-se em meio à outras células inflamatórias. Já os linfomas não Hodgkin, provêm de linfócitos B (em 90% dos casos), T ou NK (*natural killer*). O autor afirma que, diferenciando-se do linfoma Hodgkin, o linfoma não Hodgkin “não têm um tipo celular característico, apresentando expressiva heterogeneidade morfológica, imunofenotípica e genética”, o que explica diversas outras subdivisões dessa doença, que possuem evoluções clínicas distintas e devem ser tratadas de forma particular (INCA, 2016g; RIZZATTI, 2011).

Por fim, Silva, Araújo e Frizzo (2015) definem o mieloma múltiplo como a propagação neoplásica de plasmócitos (tipo de células B) que, quando estão com suas estruturas e funções preservadas, são responsáveis pela produção de anticorpos. No entanto, se acometidos e danificados, multiplicando-se de forma desregulada, prejudicando o sistema imunológico e ocasionando sérias consequências fisiopatológicas, como: degradação do tecido ósseo, falência renal e supressão da formação e desenvolvimento de células sanguíneas (SILVA et al., 2009). Além disso, a Fundação Internacional de Mieloma (2016) acrescenta que a doença possui caráter muito individual. Geralmente, progride lentamente. No entanto, dependendo do caso, pode ser muito mais agressiva. De acordo com Garicochea (2016), a neoplasia ocorre na maior parte dos casos em pessoas com mais de 70 anos. Silva, Araújo e Frizzo (2015) afirmam que 70% dos casos são diagnosticados após os 60 anos, raramente acometendo indivíduos antes dos 40 anos.

Dentre os sintomas iniciais gerados pelas doenças supracitadas, destacam-se: febre, palidez, perda considerável da massa magra, manchas roxas pelo corpo, fraqueza, presença e aumento do tamanho das ínguas e/ou sangramentos espontâneos (HCP, 2016). Além disso, dores, náuseas, vômitos, queda de cabelo, infecções, mucosite, diarreia, leucopenia, anemia, trombocitopenia, neutropenia febril, ansiedade e estresse são exemplos outros exemplos relatados pelos pacientes onco-hematológicos (COURNEYA, 2003; BONASSA, 2005 apud ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; HERZBERG; FERRARI, 2011).

Como forma de curar, controlar ou apenas diminuir o sofrimento do paciente em decorrência do câncer, no caso da onco-hematologia, os métodos de tratamento mais utilizados são a quimioterapia, a radioterapia e o transplante de medula óssea, aplicados de acordo com as particularidades das neoplasias e a realidade clínica dos indivíduos (MELLO et al., 2007). Soares et al. (2005) reforçam a necessidade de cuidados intensivos com os pacientes quando submetidos aos diferentes tipos de tratamento, pois os mesmos tornam-se vulneráveis e estão sujeitos à complicações graves devido ao potencial elevado de estresse, tanto da doença, quanto dos recursos terapêuticos.

A quimioterapia consiste na utilização de substâncias químicas que interferem na capacidade de multiplicação das células malignas (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013). Geralmente sua aplicação se dá pela associação de medicamentos, que caracterizam a poliquimioterapia. O procedimento pode ser administrado a partir de injeções na veia, no músculo, no tecido subcutâneo, no liquor ou por via oral (comprimidos), e possui quatro finalidades: destruição completa do tumor (curativa); prevenção de metástases (adjuvante); redução do tumor para introdução de outro tratamento (neoadjuvante); ou paliativa, visando a melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como o aumento de sua sobrevida (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2009; HERZBERG; FERRARI, 2011). No entanto, ainda que seja o tratamento mais empregado no âmbito oncológico, apresenta algumas lacunas. Seu uso frequentemente ocasiona efeitos colaterais indesejados, os quais podem variar largamente entre os pacientes e suas particularidades. Os mais frequentes são: mielodepressão (diminuição da produção de células sanguíneas) e consequente indisposição física, fadiga, suscetibilidade a infecções, anemia, náuseas, vômitos, alterações renais e digestivas, ansiedade e queda de cabelo (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2009; MELLO et al., 2007).

A radioterapia, diferentemente da quimioterapia, tem sua ação restrita à área tratada. Ou seja, os raios ionizantes atuam diretamente sobre as células tumorais em processo de multiplicação, visando combatê-las (HERZBERG; FERRARI, 2011). Dessa forma, seus efeitos tóxicos também limitam-se ao local da aplicação, impossibilitando lesões aos órgãos que não estão inseridos na área em irradiação (CCCANCER, 2009). Dentre os mais frequentes, destacam-se: irritações ou queimaduras na pele, inflamações das mucosas, queda de cabelo nas áreas irradiadas e mielodepressão (HERZBERG; FERRARI, 2011). Outro procedimento terapêutico muito utilizado é o transplante de medula óssea que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (2016), consiste na substituição de uma medula óssea deficiente por células progenitoras saudáveis, retiradas do próprio paciente ou de um doador compatível. O método visa restabelecer a normalidade funcional da medula óssea, para que volte a produzir células sanguíneas saudáveis (INCA, 2008).

O procedimento principal realizado para destruir células leucêmicas e recuperar as funções normais da medula óssea é a quimioterapia, a partir da associação de medicamentos. Em alguns casos, há possibilidade de recorrer ao transplante de medula óssea (IBCC, 2016; INCA, 2016i). O procedimento ocorre em etapas. Na primeira, visa combater a neoplasia e atingir um estado de normalidade, sendo imprescindível que o tratamento seja continuado posteriormente, pois podem restar resíduos de células cancerosas no organismo. Nas próximas fases, o tratamento variará de acordo com o tipo de célula acometida. No caso das linfoides, pode durar mais de dois anos, e as mieloides, menos de um ano (INCA, 2016i). No entanto, não segue-se uma regra. Assim como outros tratamentos, a quimioterapia deve ser empregada considerando todas as circunstâncias em que o paciente se encontra. No caso da leucemia linfóide crônica, por exemplo, em grande parte dos casos não é adotada a utilização dos quimioterápicos, principalmente pelo fato dos pacientes com esse diagnóstico serem, em sua maioria, idosos (SBCANCER, 2016a).

Os linfomas geralmente são tratados com quimioterapia, com ou sem radioterapia associada, sendo que em alguns casos também efetua-se o transplante de medula óssea. Essa doença classifica-se como a neoplasia maligna que melhor responde aos procedimentos, sendo que haverá diferença de aplicação entre o linfoma Hodgkin e o linfoma não Hodgkin quanto à medicação dos quimioterápicos e às indicações de radioterapia (SBCANCER, 2016b; IBCC, 2016). Os índices de cura,

de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cancerologia (2016b), são de 75% para o linfoma Hodgkin e 25% para o linfoma não Hodgkin.

No caso do mieloma múltiplo, ainda não há tratamento com potencial curativo. De acordo com Moura (2016), “as terapias atualmente disponíveis buscam aumentar o período assintomático para o paciente, melhorando sua qualidade de vida”. Von Sucro et al. (2009) classificam o transplante de medula óssea autogênico – quando as células do próprio paciente são utilizadas – como o método mais eficaz, sendo indicado para pacientes com idade inferior à 65 anos. Além disso, os autores apontam a quimioterapia isolada para pacientes não candidatos à transplante, geralmente como tratamento paliativo.

Ainda que esses procedimentos possibilitem o aumento da sobrevida ou a cura dos pacientes oncológicos, também são responsáveis por desencadear diversas modificações metabólicas drásticas em decorrência de seus efeitos colaterais combinados ao estresse da própria doença, como fora citado anteriormente (BATTAGLINI, 2004; MACEDO et al., 2008), sendo que a intensidade de cada efeito variará de acordo com as doses empregadas e as regiões tratadas. Além das debilitações biológicas, o diagnóstico e os tratamentos da doença frequentemente acompanham problemas psicológicos e sociais, que por muitas vezes não recebem a devida atenção, criando novos obstáculos, como: incertezas sobre o futuro, busca por significados, perda do autocontrole, isolamento e falta de apoio familiar e/ou médico.

A principal ocorrência, nesse caso, é o diagnóstico de depressão, com quadros de tristeza, ansiedade, estresse, conflitos emocionais e tensão nas relações familiares, que exigem uma dose extra de energia do paciente, sobrecarregando-o ainda mais (HERZBERG; FERRARI, 2011; CHAVES, 2010). Dessa forma, Chaves (2010) define como fundamental o convívio do paciente com familiares e amigos que estimulem sua vivência nas atividades cotidianas, considerando que restrições e intervenções em suas tarefas de trabalho e lazer podem contribuir não somente com o isolamento social, como também com o sentimento de incapacidade e inutilidade, afetando diretamente sua percepção sobre seu estado geral de saúde. Esse fato é ressaltado por Gotay e Moore (1992 apud SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010) que apontam a habilidade de realizar atividades cotidianas, a satisfação com seus níveis de funcionalidade e o controle dos sintomas relacionados à doença e ao tratamento como aspectos que determinam uma boa percepção de qualidade de vida por parte dos pacientes. Percebe-se, assim, a integralidade entre as esferas física, psicológica

e social, além da necessidade de manutenção e equilíbrio das mesmas para o bem-estar do paciente.

2.3 QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), as neoplasias, assim como as demais doenças crônicas não transmissíveis, apresentam-se como as principais causas de morte no mundo. Não obstante, responsabilizam-se amplamente pelo nítido e gradual comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos, pois desencadeiam uma série de efeitos deletérios e morbidades, iniciados pela doença e/ou pelo tratamento (MELLO et al., 2007; PAULA; SAWADA, 2015). A diminuição do tumor ou o intervalo de tempo livre de doença e de toxicidade geralmente classificam o tratamento utilizado como eficaz. Em contrapartida, Kligerman (1999) aponta que os resultados do procedimento também devem ser avaliados em relação às limitações físicas e psicológicas que gera aos pacientes. Sendo assim, sobrevida e qualidade de vida passam a ser considerados como objetivos finais do tratamento (MICHELONE; SANTOS, 2004; CALEFI et al., 2014).

Para melhor compreender, é necessário esclarecer a definição de qualidade de vida. De acordo com a World Health Organization, o termo consiste na "percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (THE WHOQOL, 1995). Já no âmbito da oncologia, especificamente, a qualidade de vida é definida como a forma que o paciente se classifica, autoanalisando seu nível de satisfação quanto à sua funcionalidade, com intuito de concluir se está bem ou não, tomando como base referencial o que considera como ideal, avaliando aspectos biológicos, físicos, psicológicos e sociais (CELLA; TULSKY, 1990 apud MICHELONE; SANTOS, 2004). Além disso, o termo abrange elementos como família, amigos, trabalho, entre outras circunstâncias da vida (CHAVES, 2010; SULTAN et al., 2004).

O diagnóstico de câncer, por si só, pode afetar a percepção do indivíduo sobre seu estado geral de saúde, pois trata-se de uma experiência altamente estressante que evoca sentimentos de ansiedade, medo, incerteza e angústia, podendo gerar grandes impactos psicológicos, como depressão (NICOLUSSI, 2012; CALEFI et al., 2014). Além disso, traz mudanças no modo de viver do paciente, em função de

alterações físicas que decorrem de dores, desconfortos e, como consequência, geram dependência (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012). Essas questões, somadas à agressividade da doença e do tratamento, potencializam ainda mais o grau de insatisfação do paciente perante sua qualidade de vida.

Por conta do caráter subjetivo e multidimensional, a avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos durante os procedimentos terapêuticos vem sendo adotada, pois permite o monitoramento dos sintomas da doença e do tratamento, bem como os impactos físicos e psicossociais, com o objetivo de indicar possíveis intervenções para minimizar e/ou cessar as dificuldades que venham a interferir na qualidade de vida dos indivíduos (NICOLUSSI; SAWADA, 2010; NICOLUSSI, 2012; PAULA; SAWADA, 2015). A utilização desse recurso vem sendo aceita por clínicos e gestores de saúde, fato que pode ser explicado pela necessidade de: tomar conhecimento do impacto da doença sobre o paciente; avaliar critérios mais subjetivos, considerando que pacientes nas “mesmas condições” podem responder de formas completamente distintas; e esclarecer os possíveis efeitos que as intervenções médicas geram sobre a qualidade de vida dos indivíduos (SANTOS, 2010).

Em função das assistências e benefícios supracitados, cada vez mais estudos na área da oncologia utilizam a avaliação da qualidade de vida como um recurso para buscar auxílio ao tratamento e às pesquisas clínicas de variados tipos de cânceres, como, por exemplo: câncer de mama (MACHADO; SAWADA, 2008; SAWADA et al., 2009; LÔBO et al., 2014), de cabeça e pescoço (PAULA; SAWADA, 2015), de intestino (MACHADO; SAWADA, 2008), de cólon e reto (NICOLUSSI; SAWADA, 2010; CHAVES, 2010; POLAT et al., 2014; SANTOS et al., 2014), neoplasias hematológicas (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; CALEFI et al., 2014), variadas neoplasias malignas (SAWADA et al., 2009; SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010; NICOLUSSI, 2012), entre outros.

Além disso, o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos ordenou a inclusão desse recurso na maioria dos seus ensaios clínicos, para aferir resultados relacionados aos conceitos de morbidade e de mortalidade de forma complementar (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). Autores classificam-no como uma das melhores formas de analisar a tolerância dos pacientes aos efeitos colaterais da toxicidade advinda do tratamento, além de suas interferências positivas e negativas (SAWADA et al., 2009). Todavia, de nada auxiliaria o paciente a análise de sua qualidade de vida, se não

houvessem intervenções buscando melhorar seu quadro clínico. Com isso, Seixas, Kessler e Frison (2010) enfatizam a necessidade de encontrar alternativas capazes de controlar os impactos que as neoplasias malignas e o tratamento exercem sobre a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, além das intervenções médicas.

2.4 ATIVIDADE FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES COM CÂNCER

Por consequência de todas as alterações metabólicas drásticas causadas pela doença, muitos pacientes oncológicos sofrem com o declínio da capacidade de realizar atividades físicas (BATTAGLINI et al., 2004; SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010). Nesse caso, o termo atividade física deve ser compreendido como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia acima dos níveis de repouso (WHO, 2016). Esse comportamento inclui, portanto, todas as atividades cotidianas que promovam movimento: ocupacionais, deslocamento, atividades básicas e instrumentais da vida diária e atividades de lazer, incluindo as planejadas, estruturadas e repetitivas, classificadas como exercício físico (NAHAS, 2003).

Ao serem privados de suas responsabilidades, os pacientes oncológicos tornam-se vulneráveis ao estilo de vida inativo, criando maior dependência. Nahas (2003) aponta a inatividade física como uma importante causa de debilidade, responsável por elevar significativamente o número de mortes por diversas doenças associadas. Além disso, quando somada às complicações proporcionadas pela neoplasia, a inatividade física afeta o indivíduo de forma muito mais agressiva.

Com as circunstâncias e o desuso da musculatura, é comum que os pacientes desenvolvam um quadro de catabolismo intenso (SPINOLA; MANZZO; ROCHA, 2007), que combinado ao crescimento tumoral, é responsável pela maior parte das mortes por câncer (BACURAU; COSTA ROSA, 1997). Além disso, os autores apontam o desenvolvimento de “anorexia, astenia, perda de peso, saciedade prematura, anemia e alteração no metabolismo dos substratos energéticos (carboidratos, lipídios e proteínas)” como consequência da caquexia. Dimeo, Rumberger e Keul (1998) afirmam que a fadiga também é precursora de outras complicações, como depressão, esclerose múltipla e artrite, por exemplo, sendo

suficientemente grave para impedir que os pacientes realizem suas atividades normais, trazendo impactos econômicos e sociais (DIMEO, 2001).

Pensando em contrapor essas debilidades, autores vêm apresentando a atividade física como um importante mecanismo não-farmacológico de controle, pois beneficia questões funcionais, torna os pacientes mais independentes e, conseqüentemente, melhora o bem estar e a qualidade de vida dos mesmos (MOTA; PIMENTA, 2002). Ao correlacionarem indicadores de atividade física com a qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, Seixas, Kessler e Frison (2010) observaram que indivíduos mais ativos apresentaram melhores escores relacionados à funcionalidade e sintomatologia, apontando a atividade física como um possível opositor aos efeitos deletérios do câncer. Dimeo, Rumberger e Keul (1998) também obtiveram bons resultados ao investigar os efeitos que os exercícios aeróbicos produziam sobre pacientes com câncer que apresentavam sintomas de fadiga. Incrementos no desempenho físico máximo e na distância máxima percorrida, além da redução significativa da frequência cardíaca de repouso, foram os principais achados que apontaram os exercícios aeróbicos como terapia alternativa para diminuir a fadiga e minimizar o quadro de fraqueza generalizada.

A conservação da força muscular ou sua mínima redução, a melhoria da eficiência do sistema imunológico, a manutenção ou aumento dos níveis de energia, a contribuição no cotidiano pela otimização dos períodos de sono e descanso e o aumento dos momentos de lazer, são outros benefícios decorrentes da prática de atividade física durante o tratamento que contribuem para uma melhor condição física, a qual atribui ao paciente maiores capacidades para exercer suas atividades com independência, influenciando positivamente no seu bem estar e na sua qualidade de vida (INCA, 2001; PRADO, 2001 apud PEDROSO; ARAÚJO; STEVANATO, 2005; MOTA; PIMENTA, 2002; PITANGA, 2002).

3 MÉTODOS

A seguir serão abordados os meios que constituíram os métodos do presente estudo.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, com abordagem quantitativa. Quanto ao seu objetivo, classifica-se como descritiva, uma vez que estabelece relações entre variáveis a partir da utilização de questionários para a coleta de dados. Assume, também, a forma de levantamento para procedimentos técnicos (GIL, 1991).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, hospital geral da Universidade Federal de Santa Catarina, credenciado para o tratamento de doenças onco-hematológicas. A unidade dispõe atendimento ambulatorial e internação nos períodos matutino (segunda à sexta) e vespertino (terças, quartas e quintas), com nove leitos disponíveis.

A equipe do setor hematológico é composta, atualmente, por seis médicos hematologistas, além de uma equipe multidisciplinar com trabalho integrado em enfermagem, nutrição, farmácia, bioquímica, psicologia, odontologia hospitalar, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, e terapias adjuvantes com o “Projeto Amanhecer”, que compartilha sistemas e recursos terapêuticos que envolvem abordagens da medicina tradicional e alternativa (complementar), como: Apometria, Bioenergética, Constelação Familiar, Hatha Yoga, Massoterapia, Naturologia, OM Healing, Psicoterapia, Reiki, Tao Yoga, Terapia Floral, entre outros.

A média de internação dos pacientes em tratamento é de 30 dias, e a média de pacientes novos atendidos na internação é de 22 ao ano. A rotatividade apresenta-se maior no ambulatório, com uma média de 154 pacientes novos ao ano (considerando todas as doenças onco-hematológicas).

3.3 POPULAÇÃO ALVO

Participaram do estudo indivíduos diagnosticados com câncer hematológico submetidos ao tratamento oncológico.

3.4 AMOSTRA

Os indivíduos foram selecionados a partir de uma amostra por conveniência, de acordo com a acessibilidade e vínculo com o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

3.4.1 Critérios de inclusão

Homens e mulheres com idade igual ou superior à 18 anos, internados ou em ambulatório, submetidos ao tratamento oncológico, que possuam disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, concordando com a mesma por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4.2 Critérios de exclusão

Pacientes que estejam em fase terminal ou que não estejam lúcidos para responder a entrevista.

3.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada em outubro de 2016, a partir de entrevista. Teve duração média de 10 minutos e ocorreu por meio do contato direto com os pacientes, durante a sessão de tratamento oncológico no ambulatório ou na internação, ou no momento que antecedia a consulta de retorno médico dos mesmos.

Após verificação dos critérios de inclusão e exclusão, o paciente era convidado a participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Posteriormente, a obtenção dos dados referentes às variáveis do estudo deu-se através do instrumento "Questionário de qualidade de vida relacionada à

saúde, prática de atividade física no lazer e capacidade funcional” (ANEXO C), composto por:

- Características sociodemográficas: sexo, idade, cor da pele, estado civil, religião e nível de escolaridade;
- Características clínicas: diagnóstico, tipo de tratamento e data inicial do mesmo;
- Questões sobre a qualidade de vida, por meio da terceira versão do questionário “*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*” (EORTC-QLQ-C30), validado para a língua portuguesa e específico para pacientes oncológicos (PAIS-RIBEIRO; PINTO; SANTOS, 2008). Composto por 30 questões, que deveriam ser respondidas de acordo com a última semana, distribuídas em: cinco escalas funcionais (física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel); três escalas de sintomas (fadiga, náusea e vômito, e dor); seis itens individuais que avaliam sintomas frequentemente relatados pelos pacientes (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e problemas financeiros); e duas questões sobre saúde geral e qualidade de vida (MACHADO; SAWADA, 2008). O presente estudo não utilizou a escala funcional física, pois optou pela utilização de outros instrumentos específicos para analisar a variável.
- Questões sobre indicadores de atividade física no lazer: realização de atividade física nos últimos três meses, bem como seu tipo, frequência semanal e duração;
- E questões sobre capacidade funcional para realização de atividades da vida diária, por meio dos instrumentos “índice de Katz” (1963) e “Escala de Lawton e Brody” (1969). O primeiro, composto por atividades básicas da vida diária relacionadas à autocuidado, como banhar-se, vestir-se e alimentar-se, e o segundo, composto por atividades instrumentais da vida diária, mais relacionadas à capacidade do indivíduo em exercer suas funções no meio em que vive, como deslocar-se, realizar compras e administrar as finanças (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; SANTOS; JUNIOR, 2008).

3.6 ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS

- EORTC-QLQ-C30: os resultados obtidos foram agrupados em suas respectivas escalas e analisados com base no manual de escores da EORTC-QLQ-C30 (ANEXO D). As médias encontradas foram transformadas em uma escala linear de 0 a 100 pontos, sendo que a interpretação dos dados ocorreu da seguinte forma: nas questões

de saúde geral e qualidade de vida, e nas escalas funcionais, um escore maior representa um melhor estado geral de saúde e qualidade de vida e um maior nível de funcionalidade, respectivamente. Nas escalas de sintomas e nos itens individuais, um escore maior representa um maior nível de sintomatologia e efeitos colaterais (LÔBO et al., 2014).

- Índice de Katz: as atividades básicas da vida diária foram pontuadas de acordo com a capacidade funcional dos indivíduos para a realização das mesmas. As respostas variaram de “não recebe ajuda”, “recebe ajuda parcial” ou “recebe grande ajuda ou não consegue realizar”, as quais classificavam os indivíduos como independentes, parcialmente dependentes ou totalmente dependentes, respectivamente.

- Escala de Lawton e Brody: as atividades instrumentais da vida diária foram pontuadas de acordo com a capacidade funcional dos indivíduos para realiza-las de forma independente, ou seja, questionou-se se os mesmos conseguiam ou não efetuar as ações sozinhos. As respostas variaram de “sim”, “recebe ajuda” ou “não consegue”, as quais classificavam os indivíduos como independentes, parcialmente dependentes ou totalmente dependentes, respectivamente.

3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a aplicação das entrevistas, o primeiro procedimento realizado foi a tabulação dos dados, por meio do software Microsoft Office Excel 2010, para posteriormente ter a análise dos dados utilizando o software Stata, versão 13.0. Na análise descritiva, foram calculadas a frequência absoluta e relativa (%), média, desvio padrão, acompanhados dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a análise inferencial, o primeiro passo adotado foi analisar a normalidade dos dados utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Quando não encontrada a normalidade das variáveis contínuas, efetuou-se uma transformação logarítmica. O teste de Spearman foi utilizado devido a existência de dados não-paramétricos, para identificar a correlação entre a escala global de qualidade de vida e saúde e escalas funcionais com escalas e itens de sintomas e item financeiro. Os dados que permaneceram sem normalidade, mesmo após a transformação, tiveram suas médias comparadas pelo teste de Wilcoxon. Nas médias com valores normais, aplicou-se o teste t de *student* para tal comparação. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dos Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer consubstanciado 1.769.275/2016. Para isso, respeitou-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12, ANEXO E), incluindo a aplicação do TCLE.

4 RESULTADOS

Dos 52 sujeitos inicialmente elegíveis, todos aceitaram participar da coleta de dados. A Tabela 1 mostra que a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino (55,8%), com idade igual ou superior a 60 anos (40,3%), com cor da pele branca (88,5%) e católicos (61,6%). Predominaram pacientes com escolaridade superior a 12 anos (53,9%) e que viviam com companheiro (51,9%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de pacientes com neoplasia hematológica em tratamento oncológico. Florianópolis, 2016 (n=52).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	23	44,2
Feminino	29	55,8
Idade (anos completos)		
18 a 39	11	21,2
40 a 59	20	38,5
≥ 60	21	40,3
Cor da pele		
Branca	46	88,5
Parda	1	1,9
Preta	5	9,6
Estado civil		
Sem companheiro	25	48,1
Com companheiro	27	51,9
Religião		
Sem religião	6	11,5
Católica	32	61,6
Evangélica	8	15,4
Outra	6	11,5
Escolaridade (anos)		
≤ 8	6	11,5
8 a 11	18	34,6
≥ 12	28	53,9

Fonte: elaboração própria

Quanto às características clínicas, houve predomínio do diagnóstico de linfoma (42,3%), sendo a quimioterapia endovenosa o recurso terapêutico mais utilizado (55,7%). A maioria dos pacientes iniciou o tratamento há mais de um ano (51,0%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização clínica de pacientes com neoplasia hematológica em tratamento oncológico. Florianópolis, 2016 (n=52).

Variável	n	%
Diagnóstico		
Leucemias	19	36,5
Linfomas	22	42,3
Mieloma	11	21,2
Tratamento		
Quimioterapia oral	12	23,1
Quimioterapia endovenosa	29	55,7
Transplante de medula óssea	3	5,8
Outro	8	15,4
Início do tratamento (meses)		
< 6	17	34,7
6 a 12	7	14,3
> 12	25	51,0
Cuidador		
Possui	46	88,5
Não possui	6	11,5
Grau de parentesco do cuidador		
Companheiro(a)	20	38,5
Filho(a)	9	17,3
Irmão(a)	3	5,8
Outro	14	26,9
Não possui	6	11,5

Fonte: elaboração própria

A Tabela 3 expõe as médias e desvio padrão das escalas e itens do EORTC-QLQ-C30. O estado geral de saúde e qualidade de vida obtiveram média de 60,58 ($\pm 2,78$). As médias das escalas funcionais foram: 67,63 ($\pm 4,42$) para função cognitiva, 62,5 ($\pm 4,68$) para função social, 52,24 ($\pm 3,93$) para função emocional e 46,79 ($\pm 5,39$) para desempenho de papel. Já para as escalas e itens de sintomas, predominou-se a fadiga (48,08 $\pm 4,48$), seguida de insônia (36,54 $\pm 5,73$), constipação (33,97 $\pm 5,75$), dor (31,41 $\pm 4,90$), perda de apetite (21,79 $\pm 4,74$), náuseas e vômitos (16,35 $\pm 2,87$), dispneia (16,03 $\pm 4,24$) e diarreia (10,90 $\pm 3,62$). Por fim, a média das dificuldades financeiras foi de 39,10 ($\pm 5,62$).

Tabela 3. Média e desvio padrão da medida global de saúde e qualidade de vida (QV), das escalas funcionais e de sintomas, e dos itens do questionário EORTC QLQ-C30 (n=52).

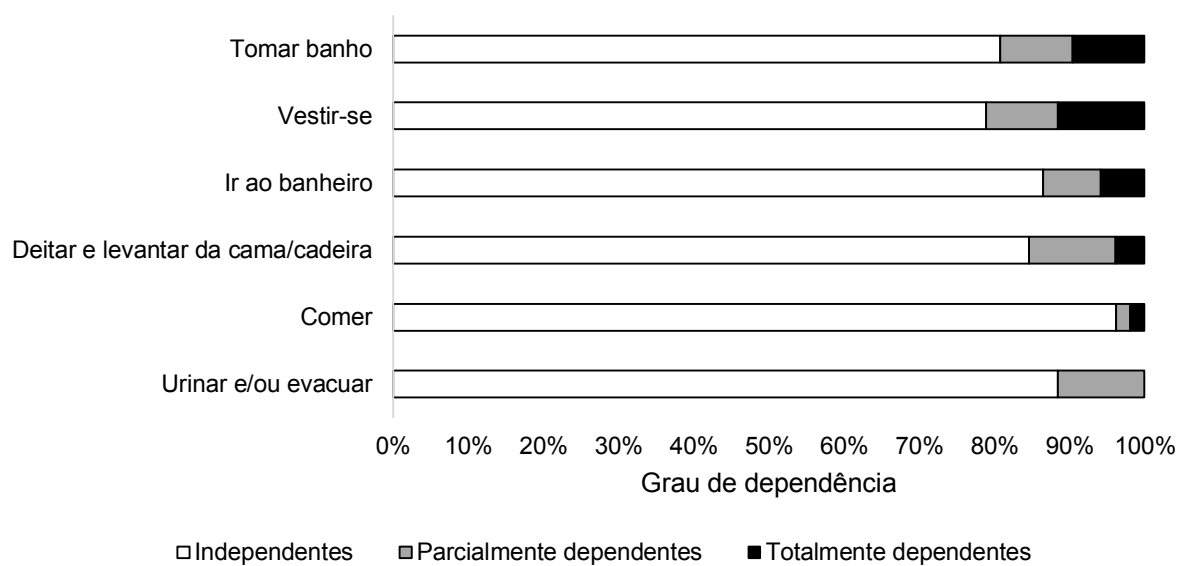
Variável	Média \pm DP
Medida global de saúde/QV*	
Estado geral de saúde/QV	60,58 \pm 2,78
Escalas funcionais*	
Desempenho de papel	46,79 \pm 5,39
Função emocional	52,24 \pm 3,93
Função cognitiva	67,63 \pm 4,42
Função social	62,5 \pm 4,68
Escalas de sintomas**	
Fadiga	48,08 \pm 4,48
Náuseas e vômitos	16,35 \pm 2,87
Dor	31,41 \pm 4,90
Itens de sintomas**	
Dispneia	16,03 \pm 4,24
Insônia	36,54 \pm 5,73
Perda de apetite	21,79 \pm 4,74
Constipação	33,97 \pm 5,75
Diarreia	10,90 \pm 3,62
Item financeiro**	
Dificuldades financeiras	39,10 \pm 5,62

Fonte: elaboração própria

Nota: *Quanto mais próximo de cem, melhor a qualidade de vida global; **Quanto mais próximo de cem, pior a qualidade de vida global; DP - desvio padrão; QV - qualidade de vida.

A Figura 1 exibe o grau de dependência (%) dos pacientes para as atividades básicas da vida diária. Todas as atividades apresentaram um maior grau de independência: comer (96,2%), urinar e/ou evacuar (88,5%), ir ao banheiro (86,5%), deitar e levantar da cama/cadeira (84,6%), tomar banho (80,8%) e vestir-se (78,9%).

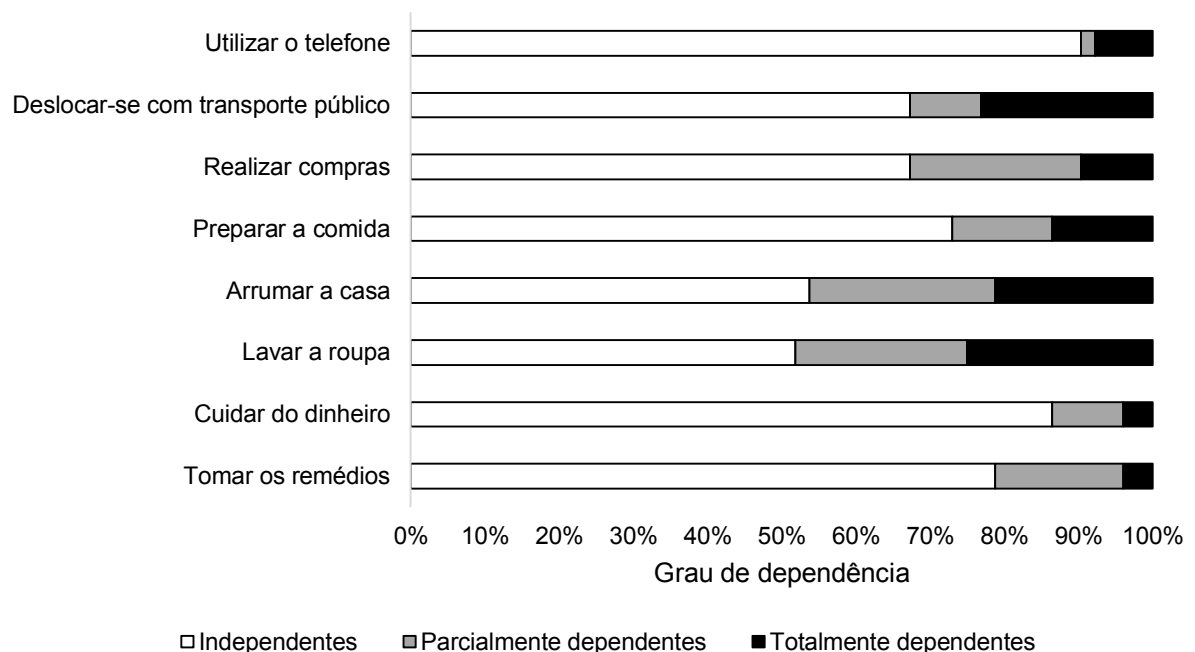
Figura 1. Grau de dependência (%) para as atividades básicas da vida diária em pacientes com neoplasia hematológica em tratamento oncológico. Florianópolis, 2016 (n=52).



Fonte: elaboração própria

A Figura 2 exibe o grau de dependência (%) dos pacientes para as atividades instrumentais da vida diária. Assim como as básicas, todas as atividades instrumentais apresentaram um maior grau de independência: utilizar o telefone (90,4%), cuidar do dinheiro (86,5%), tomar os remédios (78,8%), preparar a comida (73%), realizar compras (67,3%), deslocar-se (67,3%), arrumar a casa (53,8%) e lavar a roupa (51,9%).

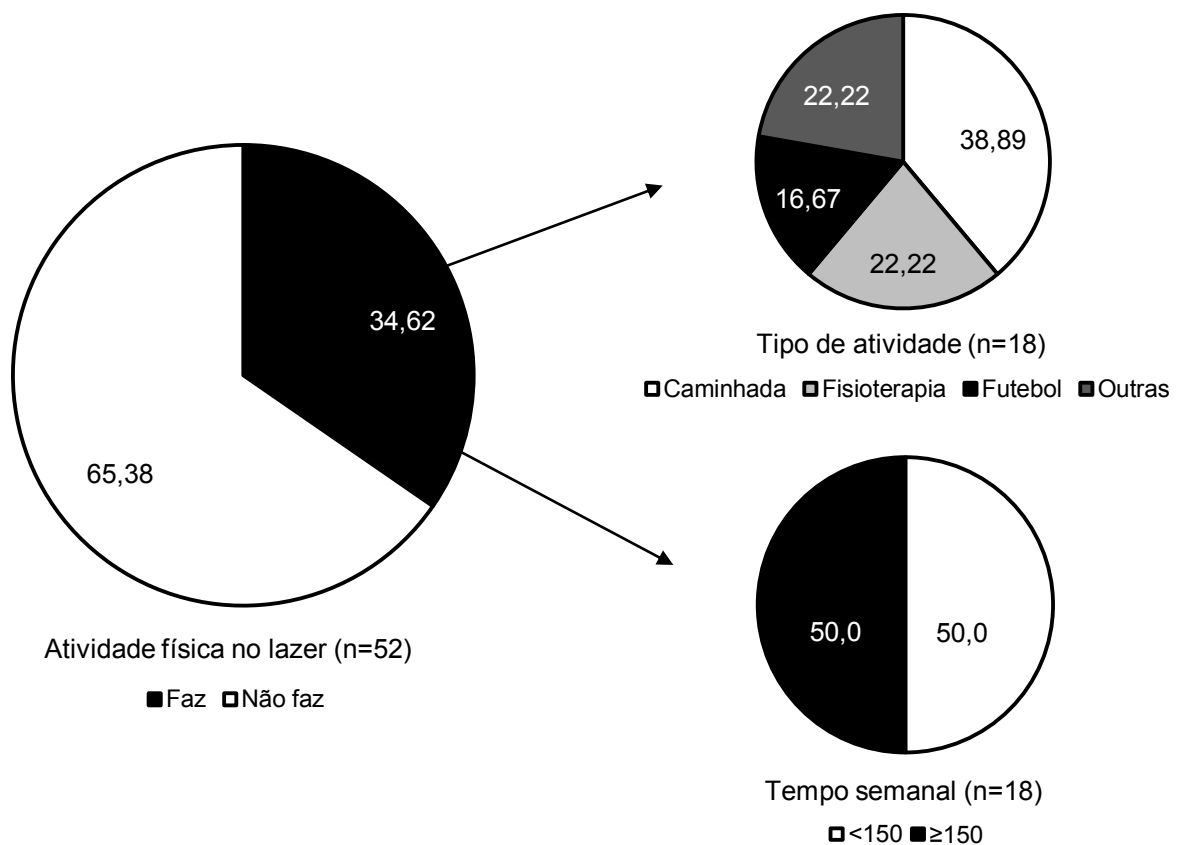
Figura 2. Grau de dependência (%) para as atividades instrumentais da vida diária em pacientes com neoplasia hematológica em tratamento oncológico. Florianópolis, 2016 (n=52).



Fonte: elaboração própria

A Figura 3 mostra que, dentre todos os pacientes, 34 relataram não realizar nenhum tipo de atividade física no lazer (65,38%). No entanto, em relação a minoria (n=18), o tipo prevalente de atividade física realizada foi a caminhada (38,89%) e nove indivíduos (50%) cumprem com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabelece no mínimo 150 minutos/semana de atividade física moderada como parâmetro ideal para adultos. Considerando o total da amostra (n=52), aqueles que cumprem as recomendações representam 17,31%, totalizando apenas nove indivíduos.

Figura 3. Descrição de indicadores de atividade física no lazer (%) de pacientes com neoplasia hematológica. Florianópolis, 2016.



Fonte: elaboração própria

A Tabela 4 apresenta a análise de correlação entre a medida global de saúde e qualidade de vida e as escalas funcionais, com itens e escalas de sintomas e item financeiro. O estado geral de saúde e qualidade de vida apresentou correlação significativa com os sintomas de dispneia, insônia e fadiga. A escala de desempenho de papel obteve correlação significativa com fadiga, dispneia, perda de apetite, náuseas e vômitos e insônia. Em relação à função emocional, os sintomas com significância foram insônia, fadiga, dor e dispneia. Já a função cognitiva, correlacionou-se significativamente com a fadiga. E, por fim, a função social apresentou correlação significativa com o item de dificuldades financeiras.

Tabela 4. Correlação entre escores das funções/sintomas do EORTC-QLQ-C30. Florianópolis, 2016 (n=52).

	Fadiga	Náuseas e vômitos	Dor	Dispneia	Insônia	Perda de apetite	Constipação	Diarreia	Dificuldades financeiras
Estado geral de saúde/QV	-0,3882*	-0,1147	-0,1692	-0,4141*	-0,4023*	-0,1140	0,0199	-0,2552	-0,0706
Desempenho de papel	-0,6015*	-0,2940*	-0,2212	-0,4098*	-0,2800*	-0,4021*	0,1688	-0,2529	-0,1042
Função emocional	-0,4793*	-0,1272	-0,4038*	-0,3773*	-0,5082*	-0,0831	-0,2550	-0,2711	-0,2569
Função cognitiva	-0,3535*	0,0066	-0,0924	-0,1898	-0,2064	0,0520	0,0219	0,0473	0,0524
Função social	-0,1835	-0,2120	-0,0742	-0,0227	-0,0951	-0,1136	-0,0240	-0,1648	-0,4510*

Fonte: elaboração própria

Nota: *p-valor $\leq 0,05$, extraído do teste de Spearman

As Tabelas 5, 6 e 7 mostram que as respectivas atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e atividades físicas no lazer, quando relacionadas às escalas ou itens do EORTC QLQ-C30, não apresentam significância estatística (p -valor $\leq 0,05$).

Tabela 5. Comparação da relação entre a qualidade de vida global, funcional e de sintomas conforme a incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária em pacientes onco-hematológicos. Florianópolis, 2016 (n=52).

Variável	Incapacidade em ABVD		
	Não	Sim	<i>p</i> -valor
	Média \pm DP	Média \pm DP	
Medida global de saúde/QV			
Estado geral de saúde/QV	4,11 \pm 0,31	3,89 \pm 0,53	0,06
Escalas funcionais			
Desempenho de papel	4,03 \pm 0,65	3,96 \pm 0,43	0,74
Função emocional	3,86 \pm 0,66	3,63 \pm 0,80	0,27
Função cognitiva	72,06 \pm 31,71	59,26 \pm 31,43	0,17
Função social	4,22 \pm 0,46	4,17 \pm 0,40	0,71
Escalas de sintomas			
Fadiga	3,64 \pm 0,69	4,03 \pm 0,63	0,06
Náuseas e vômitos	15,69 \pm 20,49	17,59 \pm 21,75	0,76
Dor	25,98 \pm 29,64	41,67 \pm 43,25	0,13
Itens de sintomas			
Dispneia	13,73 \pm 26,10	20,37 \pm 38,16	0,46
Insônia	37,25 \pm 6,86	35,19 \pm 10,60	0,73
Perda de apetite	20,59 \pm 31,80	24,07 \pm 39,28	0,73
Constipação	3,94 \pm 4,40	3,77 \pm 4,50	0,90
Diarreia	5,88 \pm 15,29	20,37 \pm 38,16	0,06
Item financeiro			
Dificuldades financeiras	31,37 \pm 6,44	53,70 \pm 10,13	0,15

Fonte: elaboração própria

Nota: p -valor extraído da regressão linear, com nível de significância adotado de 5%.
ABVD: atividades básicas da vida diária. DP: desvio padrão. QV: qualidade de vida.

As variáveis do EORTC QLQ-C30 que apresentaram maior correlação com a incapacidade em atividades básicas da vida diária, mesmo não significativa, foram: estado geral de saúde e qualidade de vida (p -valor = 0,06), na escala de sintomas, a fadiga (p -valor = 0,06) e nos itens de sintomas, a diarreia (p -valor = 0,06) (Tabela 5).

Tabela 6. Comparação da relação entre a qualidade de vida global, funcional e de sintomas conforme a incapacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária em pacientes onco-hematológicos. Florianópolis, 2016 (n=52).

Variável	Incapacidade em AIVD		
	Não	Sim	<i>p</i> -valor
	Média ± DP	Média ± DP	
Medida global de saúde/QV			
Estado geral de saúde/QV	4,17 ± 0,23	3,98 ± 0,45	0,14
Escalas funcionais			
Desempenho de papel	4,06 ± 0,56	3,99 ± 0,62	0,73
Função emocional	4,07 ± 0,53	3,66 ± 0,74	0,06
Função cognitiva	80 ± 30,34	62,61 ± 31,53	0,07
Função social	4,35 ± 0,28	4,15 ± 0,47	0,16
Escalas de sintomas			
Fadiga	3,57 ± 0,82	3,85 ± 0,63	0,23
Náuseas e vômitos	15,56 ± 18,33	16,67 ± 21,87	0,86
Dor	18,89 ± 27,36	36,49 ± 37,23	0,10
Itens de sintomas			
Dispneia	6,67 ± 18,69	19,82 ± 33,76	0,16
Insônia	22,22 ± 8,40	42,34 ± 7,15	0,14
Perda de apetite	22,22 ± 34,88	21,62 ± 34,44	0,96
Constipação	5,33 ± 4,14	3,29 ± 4,41	0,13
Diarreia	15,56 ± 30,52	9,01 ± 24,40	0,42
Item financeiro			
Dificuldades financeiras	37,78 ± 10,72	39,64 ± 6,70	0,82

Fonte: elaboração própria

Nota: *p*-valor extraído da regressão linear, com nível de significância adotado de 5%.
 ABVD: atividades básicas da vida diária. DP: desvio padrão. QV: qualidade de vida.

As variáveis do EORTC QLQ-C30 que mais se aproximaram da significância estatística quando relacionadas às atividades instrumentais da vida diária, foram: função emocional (*p*-valor = 0,06) e função cognitiva (*p*-valor = 0,07), ambas componentes das escalas funcionais (Tabela 6).

Tabela 7. Comparação da relação entre a qualidade de vida global, funcional e de sintomas conforme o tempo semanal de prática de atividade física no lazer em pacientes onco-hematológicos. Florianópolis, 2016 (n=52).

Variável	Atividade física no lazer		
	<150 min/sem	≥150 min/sem	p-valor
	Média ± DP	Média ± DP	
Medida global de saúde/QV			
Estado geral de saúde/QV	4,03 ± 0,42	4,04 ± 0,36	0,95
Escalas funcionais			
Desempenho de papel	4,02 ± 0,58	3,95 ± 0,78	0,80
Função emocional	3,80 ± 0,71	3,68 ± 0,70	0,64
Função cognitiva	67,44 ± 31,06	68,52 ± 37,68	0,93
Função social	4,22 ± 0,46	4,13 ± 0,25	0,65
Escalas de sintomas			
Fadiga	3,76 ± 0,66	3,86 ± 0,85	0,71
Náuseas e vômitos	14,34 ± 18,03	25,93 ± 30,17	0,13
Dor	31,78 ± 34,85	29,63 ± 39,77	0,87
Itens de sintomas			
Dispneia	14,73 ± 29,37	22,22 ± 37,27	0,51
Insônia	34,88 ± 6,37	44,44 ± 13,61	0,46
Perda de apetite	18,60 ± 32,77	37,04 ± 38,89	0,14
Constipação	3,85 ± 4,36	4,04 ± 4,83	0,91
Diarreia	10,08 ± 24,70	14,81 ± 33,79	0,63
Item financeiro			
Dificuldades financeiras	34,88 ± 5,86	59,26 ± 15,49	0,15

Fonte: elaboração própria

Nota: p-valor extraído da regressão linear, com nível de significância adotado de 5%.
ABVD: atividades básicas da vida diária. DP: desvio padrão. QV: qualidade de vida.

No caso das atividades físicas no lazer, nenhuma variável do EORTC QLQ-C30 se aproximou dos níveis de significância (Tabela 7).

5 DISCUSSÃO

Do ponto de vista sociodemográfico, a prevalência do sexo feminino no presente estudo contrapõe os achados na literatura que afirmam maior incidência de neoplasias hematológicas em homens (INCA, 2015). Esse dado pode ser explicado pela superioridade de mulheres na distribuição populacional da macrorregião da Grande Florianópolis (51,1%), como aponta o censo populacional do IBGE (2010). Em contrapartida, o predomínio da cor branca e idades superiores a 40 anos, em especial a faixa etária de 60 anos ou mais, corroboram com as particularidades de incidência das neoplasias hematológicas (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; CALEFI et al., 2014). Um dado curioso a ser destacado é o alto nível de escolaridade dos pacientes que, mesmo sendo em sua maioria idosos, estudaram por 12 anos ou mais. De acordo com Kligerman (1999), os indicadores socioeconômicos guardam importante relação com o desenvolvimento de câncer, entretanto essa relação se dá de forma diferenciada, a depender das localizações tumorais. Por exemplo, câncer de boca e colo uterino são mais frequentes em adultos jovens, com baixo nível socioeconômico. Em contrapartida, câncer de pulmão e de próstata acometem mais idosos de condições socioeconômicas melhores (KLIGERMAN, 1999).

No presente estudo, os linfomas contemplaram o maior número de diagnósticos. Estimativas para o presente ano apontam uma previsão de que haja 4.070 linfomas Hodgkin e não-Hodgkin em populações das capitais brasileiras, contra 2.550 para leucemias (INCA, 2015). Quanto ao tratamento mais utilizado, a quimioterapia endovenosa apresentou a maior prevalência, sendo esse o recurso terapêutico mais comum para combater as neoplasias, o que esclarece o crescente número de estudos que analisam a qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico, especificamente (SAWADA et al., 2009; LÔBO et al., 2014; ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; CALEFI et al., 2014).

Quando a data inicial do tratamento, a grande variabilidade encontrada torna os escores de saúde e qualidade de vida ainda mais subjetivos, uma vez que a diferença dos períodos do tratamento acometem o indivíduo em dimensões psicológicas e funcionais de forma distintas. Como exemplo, Machado e Sawada (2008), em um estudo que buscou avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de mama e intestino no início e três meses após o tratamento quimioterápico, relataram melhora do estado geral de saúde e qualidade de vida dos pacientes após

três meses de intervenção. Em contrapartida, itens de sintomas, bem como as funções física, cognitiva e social pioraram. Ou seja, apesar do aumento dos sintomas, houve melhora da percepção dos indivíduos quanto à sua qualidade de vida após três meses, talvez pela maior aceitação do paciente em relação à doença, bem como a esperança proporcionada pelos recursos terapêuticos. A variação do tempo de tratamento do pacientes, além do caráter transversal do presente estudo, caracterizam-se, portanto, como importantes limitações.

Quanto à média dos escores das escalas e itens do EORTC QLQ-C30, o estado geral de saúde e qualidade de vida dos pacientes apresentou-se acima da mediana em uma escala linear de 0-100. Sua interpretação indica a percepção geral do indivíduo sobre a sua saúde e qualidade de vida (SILVA, 2013) que, nesse estudo, apresenta-se como satisfatória ($60,58 \pm 2,78$), pois não se aproxima de níveis ruins (zero), nem de níveis excelentes (100). As escalas funcionais apresentaram comportamento semelhante, sendo que os piores escores foram para o desempenho de papel ($46,79 \pm 5,39$), que diz respeito à presença de limitações para realizar atividades físicas no lazer e trabalhar, seguido da função emocional ($52,24 \pm 3,93$), que retrata as sensações de irritação, tensão, depressão e preocupação por parte dos pacientes.

Mello et al. (2007) afirmam que o contexto da doença interfere em diversas áreas da vida do paciente, pois torna-o vulnerável às necessidades do tratamento e da rotina hospitalar. A inserção nesse meio, somada ao comprometimento da capacidade e habilidade para executar atividades cotidianas, acarretam em um gradual isolamento social e, conseqüentemente, em déficits nas funções sociais e de desempenho de papel. Em concordância, Chaves (2010) diz que elementos como família, amigos e emprego também interferem na qualidade de vida e ressalta que as mudanças no estilo de vida dos pacientes oncológicos pode desencadear uma série de sentimentos que afetam suas funções emocionais, como tristeza, impotência e sofrimento. Quando questionados sobre a interferência que a condição física ou o tratamento médico possivelmente ocasionam nas atividades sociais, muitos pacientes relataram com angústia e temor o isolamento social. No entanto, tratando-se das relações familiares, a maioria relatou a presença e apoio do companheiro e/ou outros integrantes da família, como aponta as informações sobre cuidador na Tabela 2. Supõe-se, portanto, que as médias das escalas funcionais, com exceção das funções

cognitiva e social, não atingiram escores melhores por consequência dos fatos supracitados.

Ao considerar as escalas e itens de sintomas, ainda que tenha apresentado um escore relativamente baixo ($48,08 \pm 4,48$), a fadiga foi o sintoma que predominou. De acordo com a literatura, esse sintoma é o mais frequente em pacientes oncológicos e afeta diretamente os planos físico, psicológico, social, profissional, espiritual e financeiro, caracterizando muitas vezes uma barreira para a recuperação funcional (INCA, 2008). Os baixos escores nas demais escalas e itens de sintomas podem ser explicados pela utilização de um questionário que não representa o melhor instrumento de avaliação para as neoplasias hematológicas, mais especificamente linfomas e leucemias, predominantes no presente estudo.

Ainda que o EORTC-QLQ-C30 seja amplamente empregado na área oncológica e com elevada confiabilidade, não apresenta módulos adicionais específicos para o tipo de câncer estudado, ao contrário de outros cânceres como: colorretal (WHISTANCE, 2009), pulmão (FRANCESCHINI et al., 2010), ovário (SCHROETER, 2011) e mama (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013), por exemplo, caracterizando assim outra limitação. No entanto, ressalta-se que não existe um padrão-ouro, sendo o EORTC-QLQ-C30 escolhido como instrumento deste estudo por sua validade, reprodutibilidade e confiabilidade. Alguns dos sintomas comumente relatados por pacientes com linfomas e que não foram abordados no questionário são: febre, sudorese noturna, perda de peso e prurido (coceira na pele) (SILVA, 2013; INCA, 2016j; INCA, 2016k) que, conseqüentemente, poderiam intervir nos escores.

Por fim, quanto ao item de dificuldades financeiras, o baixo escore encontrado pode ser esclarecido pela prevalência de idosos no estudo, uma vez que muitos já se aposentaram e não sofreram as conseqüências do afastamento das atividades ocupacionais, muitas vezes relatada por outros participantes mais novos. Além disso, o tratamento custeado pelo Sistema Único de Saúde diminui o impacto com os gastos significativamente. Calefi et al. (2014), traz a suspensão das atividades remuneradas durante o tratamento como um fator de grande relevância para predispor uma má qualidade de vida, pois, muitas vezes, limita o sustento básico do indivíduo. No entanto, como a maioria dos pacientes apresentou estabilidade financeira, as dificuldades mantiveram-se baixas.

Ao observar a predominante independência dos pacientes para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, nota-se um quadro contraditório quando comparado aos achados na literatura. Dimeo et al. (1999) afirmam que a piora do desempenho físico e a fadiga são problemas frequentes de pacientes com câncer, ainda mais se submetidos à quimioterapia, dificultando a realização de atividades cotidianas. Pedroso, Araújo e Stevanato (2005) citam que esse desgaste físico acomete os indivíduos principalmente após o primeiro ciclo de quimioterapia, nos períodos de cuidados paliativos ou em estágios mais avançados. No entanto, a maioria dos pacientes iniciou o tratamento há um ano ou mais, fator que pode ter influenciado positivamente na recuperação funcional dos indivíduos. Além disso, muitos responderam o questionário durante o retorno médico, no intervalo entre as sessões de tratamento, sendo que os déficits na capacidade funcional são maiores durante o período em que recebem a medicação, como relatado por alguns participantes. Na sequência, se comparados os resultados entre as atividades básicas e instrumentais da vida diária, nota-se maior prevalência de dependência nas instrumentais, dado que corrobora com a literatura. Em estudo que caracteriza a capacidade funcional de idosos com câncer de próstata, as informações também foram semelhantes (FERRAZ, 2015). Segundo Barbosa et al. (2014), isso ocorre porque as atividades instrumentais são mais complexas e exigem maior integridade física e cognitiva quando comparadas às atividades básicas, sendo assim, as perdas ocorrem de forma hierárquica.

Com relação à realização de atividades físicas no lazer, a maior parcela de pacientes mencionou não ter praticado nenhum tipo de atividade nos últimos três meses. Battaglini et al. (2004) explicam que a combinação das alterações metabólicas e as disfunções psicológicas geradas pela doença e seu contexto são fatores que influenciam na diminuição dos níveis de atividade física. Sobre a minoria, a prevalência da prática da caminhada reforça os achados na literatura que apontam-na como a principal atividade física no lazer realizada por adultos de Florianópolis (DEL DUCA et al., 2013), bem como por adultos em todo o Brasil (MALTA et al., 2009). Outra informação bastante relevante apresentada foi em relação ao cumprimento das recomendações de atividade física semanal, das quais apenas nove pessoas atenderam. De acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (2008), adultos mais velhos com condições crônicas devem entender

como suas debilidades afetam sua capacidade de realizar atividades físicas com segurança, além de respeitar suas limitações; quando não for possível cumprir com as recomendações de 150 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada por semana, em consequência de suas condições crônicas, devem se manter ativos dentro das possibilidades que suas funções e habilidades permitem.

Quando correlacionadas as funções e os sintomas do EORTC-QLQ-C30, a fadiga apresentou significância estatística com a maioria das escalas funcionais, exceto a função social. Além disso, obteve correlação negativa moderada com as escalas de desempenho de papel e função emocional. Como já abordado, esse fato pode ser explicado por sua multidimensionalidade. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2008), além do cansaço que interfere nas atividades da vida diária e na qualidade de vida dos pacientes, a fadiga associa-se a outros fatores, por exemplo: desinteresse por atividades rotineiras e prazerosas (desempenho de papel); perda ou dificuldade de concentração (função cognitiva); tendência à irritabilidade (função emocional); entre outros.

Consideravelmente conexos à fadiga, encontram-se os sintomas de dispneia e insônia, que acometem a capacidade funcional dos pacientes, além de provocarem desconforto intenso, sentimentos de angústia, ansiedade, medo e preocupação (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2009; INCA, 2008; VENDRUSCULO, 2011). Tais fatores explicam a correlação significativa de ambos os sintomas com a medida global de saúde e qualidade de vida, com o desempenho de papel e com a função emocional no presente estudo. A insônia e as escalas de estado geral de saúde e qualidade de vida e função emocional apresentaram correlação negativa moderada, bem como a dispneia e as escalas de estado geral de saúde e qualidade de vida e desempenho de papel.

Sintomas como náuseas e vômitos e perda de apetite também apresentaram significância estatística com o desempenho de papel, sendo que a perda de apetite mostrou correlação negativa moderada. Esse fato pode ser explicado em função do desconforto gerado pelas possíveis mudanças no paladar durante o tratamento. Os pacientes passam a ingerir menos alimentos do que o necessário, ocasionando perda de peso. Além disso, quando frequentes e intensos, causam desidratação e desequilíbrio de eletrólitos, interferindo na disposição para atividades rotineiras

(CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2009; HERZBERG; FERRARI, 2011; VENDRUSCULO, 2011).

A correlação negativa moderada encontrada entre o sintoma de dor e a função emocional é esclarecida por Herzberg e Ferrari (2011). Os autores explicam que todas as dificuldades proporcionadas pela doença desencadeiam variados sentimentos, como raiva, ansiedade e desânimo, os quais aumentam o nível de sensibilidade à dor. Como consequência, a dor causa tensão, piora o quadro de ansiedade, afeta o sono, gera cansaço e assim cria-se um ciclo vicioso que acomete a qualidade de vida do paciente. Por fim, o item de dificuldades financeiras mostrou correlação negativa moderada com a função social. Como abordado anteriormente, a qualidade de vida é afetada nesses casos em função da preocupação relacionada ao afastamento das atividades ocupacionais remuneradas (CALEFI et al., 2014).

Quanto às correlações realizadas entre as escalas e itens do EORTC QLQ-C30 e as atividades da vida diária, ainda que sem significância estatística, melhores médias foram observadas para aqueles que realizam as atividades básicas e instrumentais da vida diária de forma independente. Todas as escalas funcionais e a maioria das escalas e itens de sintomas confirmaram esse comportamento, retratando diminuição dos efeitos deletérios da doença e melhora da capacidade funcional dos pacientes, questões altamente ligadas à melhora da qualidade de vida. Em vista à importância da manutenção da capacidade funcional, Calefi et al. (2014) consideram fundamental o convívio com familiares e amigos que estimulem a realização das atividades cotidianas por parte dos pacientes oncológicos. Assim, sentimentos de controle, independência e autoestima são potencializados, beneficiando a qualidade de vida. Caso contrário, os cuidados restritivos e exagerados podem acarretar no isolamento social do indivíduo, além de gerar sentimento de inutilidade, afetando-o em aspectos físicos, psicológicos, sociais e emocionais.

Por fim, um resultado inesperado foi a não significância na correlação entre as escalas e itens do EORTC QLQ-C30 e as atividades físicas no lazer. Autores relatam que a realização de atividades físicas durante o tratamento geram benefícios como: diminuição dos sintomas, aumento da tolerância do esforço físico, melhora da qualidade de vida, diminuição do tempo de internação e das complicações pós-operatórias (BADE et al., 2015). Em concordância, Seixas, Kessler e Frison (2010) concluíram em estudo que os pacientes ativos, os quais realizavam >297 METs,

quando comparados àqueles que não cumpriam a recomendação, apresentaram escores melhores em diversas escalas do EORTC QLQ-C30, representando menores níveis de sintomas e maiores níveis de funcionalidade. Além disso, por estarem relacionados à diversos aspectos da qualidade de vida, os programas regulares de atividade e exercício físico foram considerados pelos pesquisadores como uma excelente estratégia não farmacológica para otimizar o tratamento (SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010).

Considerando a não concordância do estudo com os achados, supõe-se que a subjetividade das questões em relação as atividades físicas no lazer possam ter interferido nos resultados, sendo essa uma limitação da pesquisa. Além de não considerar a intensidade das atividades, uma das principais variáveis que deve ser considerada para obter sucesso na prescrição específica para pacientes oncológicos (BATTAGLINI et al., 2004), maiores questionamentos quanto à prescrição seriam inviáveis. Dessa forma, possivelmente as atividades realizadas não condizem com as especificidades da doença e da população. Além disso, a ausência de orientações e acompanhamento adequado do profissional de Educação Física, ou até mesmo de uma equipe multidisciplinar, também podem ter interferido nos resultados, uma vez que os pacientes demonstravam praticar as atividades físicas por conta própria.

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados do estudo, pode-se concluir que a qualidade de vida dos pacientes mostrou-se satisfatória e sem associação significativa com indicadores de atividade física e capacidade funcional. Ainda assim, os pacientes apresentaram maior grau de independência para as atividades da vida diária, bem como melhores escores funcionais e de sintomas. Quanto a prática de atividade física no lazer, grande parte dos indivíduos mencionou não realizar, condição muito comum para pacientes oncológicos, devido ao quadro de fraqueza generalizada e indisposição. Além disso, a fadiga foi o principal sintoma relatado e apresentou correlação negativa moderada com as escalas funcionais de desempenho de papel, função emocional e função cognitiva, além do estado geral de saúde e qualidade de vida.

Nota-se, portanto, a importância da manutenção da capacidade funcional de pacientes oncológicos. Nesse contexto, a atividade física vem sendo empregada como mecanismo não farmacológico devido aos diversos benefícios que sua prática proporciona às funções física, psicológica, emocional e social. Além disso, atribui melhorias ao quadro de caquexia dos pacientes, fator que interfere diretamente em melhores condições de combate à doença, além de uma percepção mais positiva quanto ao desempenho de tarefas e à qualidade de vida.

As limitações referentes ao delineamento transversal e ao tamanho da amostra impossibilitam estabelecer relação temporal e mais precisa entre as variáveis. Além disso, a variabilidade da data inicial do tratamento, bem como os diferentes estágios da doença e a particularidade com que agem em cada organismo, são fatores que atuam na qualidade de vida dos pacientes e que, provavelmente, influenciaram nos resultados encontrados. Dessa forma, é de extrema importância que mais estudos sejam realizados, a fim de esclarecer com maior exatidão a correlação dessas variáveis, para que, possivelmente, sejam encontradas alternativas capazes de controlar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Viviane; SAWADA, Namie Okino; BARICHELO, Elizabeth. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.355-361, ago. 2013.

ARAÚJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p.194-203, out. 2000.

BACURAU, Reury Frank P.; COSTA ROSA, Luís Fernando B. Pereira Costa. Efeitos do exercício sobre a incidência e desenvolvimento de câncer. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.142-147, dez. 1997.

BADE, Brett C. et al. Increasing Physical Activity and Exercise in Lung Cancer: Reviewing Safety, Benefits, and Application. **Journal of Thoracic Oncology**, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 861-871, jun. 2015.

BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, ago. 2014.

BATTAGLINI, Claudio L. et al. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 98-104, abr. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BÚRIGO, Telma et al. Ação do prebiótico sobre as proteínas de fase aguda de pacientes com neoplasia hematológica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Florianópolis, v. 29, n. 2, p.130-135, dez. 2007.

CALEFI, Karina Aparecida Carvalho et al. Qualidade de vida do paciente com neoplasia hematológica submetido à quimioterapia. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 41-47, jan. 2014.

CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER. **Guia prático para pacientes oncológicos**. São Paulo: CCCANCER, 2009, 28 p.

CHAVES, Patrícia Lemos. **Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**. 2010. 70 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DIMEO, Fernando Carlos. Effects of exercise on cancer-related fatigue. **Cancer**, [S.l.] v. 92, n. 6, p.1689-1693, set. 2001.

DIMEO, Fernando Carlos et al. Effects of Physical Activity on the Fatigue and Psychologic Status of Cancer Patients during Chemotherapy. **Cancer**, [S.l.], v. 85, n. 10, p. 2273-2277, maio 1999.

DIMEO, Fernando Carlos; RUMBERGER, Brigitta; KEUL, Joseph. Aerobic exercise as therapy for cancer fatigue. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Freiburg, v. 30, n. 4, p.475-478, abr. 1998.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, jun. 2007.

DUCA, Giovâni Firpo del et al. Atividades físicas no lazer entre adultos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo populacional sobre as características das práticas e de seus praticantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 19, n. 11, p. 4595-4604, 2014.

FERRAZ, Carlos César Bontempo. **Caracterização da capacidade funcional de idosos com câncer de próstata em Mato Grosso do Sul**. 2015. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-oeste, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

FRANCESCHINI, Juliana et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 595-602, out. 2010.

GARICOCHEA, Bernardo. **Mieloma Múltiplo: O que é Mieloma Múltiplo?** 2016. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Disponível em: <<http://www.abrale.org.br/doencas/mieloma-multiplo>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, p. 37-43, dez. 2011.

HERZBERG, Vitoria; FERRARI, Claudio Luiz S. **Tenho Câncer: e agora?** Nova Razão Cultural: Rio de Janeiro, 2011.

HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO. **Câncer hematológico**. 2016. Disponível em: <<http://www.hcp.org.br/index.php/blog/95-destaque-inferior/326-conheca-os-principais-tipos-de-cancer-hematologico>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DE CÂNCER (IBCC) (São Paulo). **Hematologia**. Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/especialidades/especialidades-medicas/hematologia.asp>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Bases do tratamento. In: Instituto Nacional de Cancer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: INCA, 2008b. Cap. 7. p. 371-556.

_____. **ABC do Câncer: abordagens básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Agentes Cancerígenos**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=320>. Acesso em: 15 jun. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Como surge o Câncer?** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=317>. Acesso em: 15 jun. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Leucemia**. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia>>.
Acesso em: 1 jun. 2016e.

_____. Ministério da Saúde. **Leucemia: subtipos**. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/subtipos>>.
Acesso em: 1 jun. 2016f.

_____. Ministério da Saúde. **Leucemia: tratamento**. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/tratamento>>.
Acesso em: 6 jun. 2016i.

_____. Ministério da Saúde. **Linfoma de Hodgkin**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin>.
Acesso em: 2 jun. 2016h.

_____. Ministério da Saúde. **Linfoma não-Hodgkin**. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_ao_hodgkin>.
Acesso em: 2 jun. 2016g.

_____. Ministério da Saúde. **O que causa o Câncer?** Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81>.
Acesso em: 15 jun. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e fatores de risco**. Disponível em:
<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>>.
Acesso em: 15 jun. 2016d.

FRANÇA, Fabiana Chagas Oliveira et al. **Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro**. In: I Seminário Alimentação e Cultura da Bahia, 2012, Feira de Santana. Anais do I Seminário Alimentação e Cultura da Bahia, 2012, p. 1-7.

KATZ, Sidney. Studies of Illness in the Aged. **Jama**, [S.l.], v. 185, n. 12, p. 914-919, sep. 1963.

KLIGERMAN, Jacob. O Câncer como um Indicador de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 45, n. 3, set. 1999.

LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LÔBO, Sâmya Aguiar et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 27, n. 6, p.554-559, dez. 2014.

MACEDO, Ana et al. Perfil da doença oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. **Acta Médica Portuguesa: Revista Científica da Ordem dos Médicos**, [S.l.], v. 21, n. 4, p.329-334, 2008.

MACHADO, Sheila Mara; SAWADA, Namie Okino. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.750-757, dez. 2008.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 7-16, mar. 2009.

MANSANO-SCHLOSSER, Thalyta Cristina; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p.600-607, set. 2012.

MELLO, Cláudia Nassralla Homem de et al. Intervenções psicológicas realizadas na clínica onco-hematológica: discussão acerca das possibilidades clínicas apresentadas na literatura. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 73-99, 2007.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 875-883, dez. 2004.

MICHELS, Fernanda Alessandra Silva; LATORRE, Maria do Rosario Dias de Oliveira; MACIEL, Maria do Socorro. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 352-363, 2013.

MICROSOFT CORPORATION. Microsoft office Excel. Redmond. Microsoft, 2010.

MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p.577-583, 2002.

MOURA, Fernanda Lemos. **Reforçando o sistema imunológico: tratamento do mieloma pode ganhar novo medicamento.** 2016. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/saude-prevencao/palavra-do-especialista/reforcando-o-sistema-imunologico-tratamento-do-mieloma-pode-ganhar-novo-medicamento/186/>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3. ed. Londrina: Midiograf, jun. 2003.

NICOLUSSI, Adriana Cristina. **Relaxamento com imagem guiada: influência sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer durante o tratamento quimioterápico.** 158 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 125-130, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OMS, 2005.

PAIS-RIBEIRO, J.; PINTO, C.; SANTOS, C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 89-102, dez. 2008.

PAULA, Juliana Maria de; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Revista Rene**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.106-113, fev. 2015.

PEDROSO, Wellington; ARAÚJO, Michel Barbosa; STEVANATO, Eliane. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz**, Rio Claro, v. 11, n. 3, p.155-160, dez. 2005.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 3, p.49-54, jul. 2002.

POLAT, Ulku et al. Evaluation of quality of life and anxiety and depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: impact of patient education before treatment initiation. **Journal of Gastrointestinal Oncology**, v. 5, n. 4, p. 270-275, ago. 2014.

RIZZATTI, Edgar Gil. Linfoma de Hodgkin versus linfoma não Hodgkin: qual é a diferença? **Fleury: Medicina e Saúde**, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.fleury.com.br/medicos/educacao-medica/artigos/Pages/linfoma-de-hodgkin-versus-linfoma-nao-hodgkin-qual-e-a-diferenca.aspx>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

SANTOS, Carla Libralli Tostes dos. **Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoéticas**. 125 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SANTOS, Letácio José Freire et al. Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 96-100, jun. 2014.

SANTOS, Roberto Lopes dos; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S.l.], v. 21, n. 4, p. 290-296, nov. 2008.

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

SCHROETER, Débora. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário**. 2011. 155 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SCHNEIDER, Carole M. et al. Exercise training manages cardiopulmonary function and fatigue during and following cancer treatment in male cancer survivors. **Integrative Cancer Therapies**, [S.l.], v. 6, n. 3, p.235-241, sep. 2007.

SEIXAS, Raquel Jeanty de; KESSLER, Adriana; FRISON, Verônica Baptista. Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p.321-330, maio 2010.

SILVA, Francielen Colet da; ARAÚJO, Lucinea da Silva; FRIZZO, Matias Nunes. Neoplasias hematológicas no idoso: uma revisão. **Revista Saúde Integrada**, Santo Ângelo, v. 8, n. 15, p.1-2, fev. 2015.

SILVA, Regina Célia da. **Qualidade de vida em pacientes com linfoma não Hodgkin durante a quimioterapia em regime ambulatorial: avaliação com o questionário EORTCQLQ-C30**. 2013. 92 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Fundação Pio XII - Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, 2013.

SILVA, Roberta O. Paula e et al. Mieloma múltiplo: características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico e estudo prognóstico. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 63-68, dez. 2009.

SOARES, Márcio et al. Fatores Prognósticos em Pacientes com Neoplasias Hematológicas Gravemente Enfermos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.170-175, set. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Leucemias**. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=119:leucemias&catid=29&Itemid=123>. Acesso em: 1 jun. 2016a.

_____. **Linfomas**. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=120:linfomas&catid=29&Itemid=123>. Acesso em: 6 jun. 2016b.

SPINOLA, Acauã Vida; MANZZO, Ivani de Souza; ROCHA, Cláudio Miranda da. As relações entre exercício físico e atividade física e o câncer. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.39-48, jul. 2007.

SULTAN, Shahnaz et al. Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer. **Cancer**, [S.l.], v. 101, n. 12, p. 2737-2743, nov. 2004.

TARDIDO, Ana Paula; FALCÃO, Mário Cícero. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.117-124, abr. 2006.

THE WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 41, n. 10, p.1403-1409, nov.1995.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy, and Happy!** Washington: Disease Prevention and Health Promotion, 2008. 76 p.

VENDRUSCULO, Leticia Meda. **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. 103 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

VON SUCRO, Livia et al. Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 58-62, 2009.

WEBER, Walter. **Esperança contra o câncer: a mente ajuda o corpo**. São Paulo: Europa, 2011.

WHISTANCE, Robert et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. **European Journal of Cancer**, [S.l.], v. 45, n. 17, p. 3017-3026, nov. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Physical activity**. Disponível em:
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

Anexo A – Carta de apresentação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Florianópolis, 26 de agosto de 2016

Prezada Joanita Del Moral,

Por meio desta apresentamos a acadêmica **Monique Vanderlinde de Souza**, do oitavo semestre do Curso de Bacharelado em Educação Física, devidamente matriculado na Universidade Federal de Santa Catarina, que está realizando a pesquisa intitulada "Associação da qualidade de vida relacionada à saúde com indicadores de atividade física no lazer e capacidade funcional de pacientes onco-hematológicos em Florianópolis". O objetivo do estudo consiste em associar os indicadores de atividade física no lazer e de capacidade funcional com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes onco-hematológicos durante tratamento.

Na oportunidade, solicitamos autorização para efetuar a pesquisa através da coleta de dados (entrevista e questionário) com os pacientes da unidade de atendimento Hematológico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Além disso, a permissão para a divulgação dos resultados e conclusões encontradas, assegurando a preservação da identidade dos envolvidos, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deverá ser assinado pelos mesmos.

Uma das metas para a realização deste estudo consiste em possibilitar aos participantes o retorno dos resultados da pesquisa, como também disponibilizar materiais informativos quanto a realização de atividade física. Agradecemos a sua compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento acadêmico e profissional da estudante. Em caso de dúvida, você pode entrar em contato pelo e-mail moniquevandl@hotmail.com ou pelo telefone (48) 9612-6508 (Monique Vanderlinde de Souza).

Atenciosamente,

Giovani Firpo Del Duca.

Prof. Dr. Giovani Firpo Del Duca – UFSC/CDS

*ciente e de acordo,
Florianópolis, 26/08/16*

[Handwritten signature]

Joanita A. G. Del Moral
Hematologia/Hemoterapia -
CRM-SC 5447

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Florianópolis, agosto de 2016

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “Associação da qualidade de vida relacionada à saúde com indicadores de atividade física no lazer e capacidade funcional de pacientes onco-hematológicos em Florianópolis”. Esta, consiste no trabalho de conclusão de curso em Educação Física da acadêmica **Monique Vanderlinde de Souza**, orientado pelo professor Dr. Giovâni Firpo Del Duca e co-orientado pela professora especialista Marina Christofolletti dos Santos. A pesquisa seguirá os princípios descritos na Resolução CNS 466/12.

O motivo do estudo visa averiguar se há associação de sua percepção de qualidade de vida com indicadores de atividade física no lazer e da vida diária. O procedimento de coleta de dados acontecerá da seguinte forma: iremos aplicar um questionário que abrangerá informações pessoais, questões sobre seu estado geral de saúde, sua percepção quanto à sua qualidade de vida, de seu diagnóstico e de atividades físicas e da vida diária. Acontecerá nos dias de sessão de tratamento e terá duração média de 10 a 15 minutos. Um pesquisador estará conduzindo o procedimento e você deverá responder as perguntas de acordo com as instruções do mesmo. Dentre os possíveis desconfortos e/ou riscos decorrentes de sua participação, estão: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; constrangimento ao se expor; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante a coleta de dados; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços; e quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional. Os principais benefícios são: possibilidade de identificação e análise de pontos que podem ser melhor trabalhados durante o seu tratamento, visando potencializa-lo e/ou minimizar possíveis dificuldades, como também a contribuição com a produção de pesquisas científicas na área da saúde, o que torna sua participação extremamente importante. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de

benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação, porém você será ressarcido caso haja necessidade devido à possíveis despesas. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência do estudo, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente. Você receberá uma via deste termo; guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante seus direitos como participante.

Você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (48) 9612-6508, pelo e-mail moniquevandl@hotmail.com, ou no endereço Rodovia João Paulo, n° 1372, bairro João Paulo, Florianópolis/SC. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou no endereço Prédio Reitoria II, Rua Desembargador Vitor Lima, n° 222, sala 401, bairro Trindade, Florianópolis/SC

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE

Eu, _____, RG _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A estudante Monique Vanderlinde de Souza certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Sendo assim, declaro que **concordo** em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

Anexo C – Questionário de qualidade de vida relacionada à saúde, prática de atividade física no lazer e capacidade funcional

(continua)

Contato: _____

N° de identificação

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER E CAPACIDADE FUNCIONAL

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Vamos iniciar conversando sobre algumas de suas características pessoais. Por gentileza, responda:

1. Qual o seu nome? _____
2. Qual a sua idade? ____ anos completos.
3. Qual o seu sexo?

(1) Masculino	(2) Feminino
---------------	--------------
4. Qual a cor da sua pele?

(1) Branca	(2) Parda	(3) Preta
(4) Amarela	(5) Indígena	(6) Outra: _____
5. Qual o seu estado civil?

(1) Solteiro	(2) Casado	(3) Divorciado
(4) Viúvo	(5) Outro: _____	
6. Qual a sua religião?

(1) Sem religião	(2) Católica	(3) Evangélica
(4) Espírita	(5) Umbanda ou Candomblé	(6) Outra: _____
7. Qual o seu nível de escolaridade?

(1) Nunca estudou	(2) Ensino fundamental ou supletivo incompleto	(3) Ensino fundamental ou supletivo completo
(4) Ensino médio normal, técnico ou supletivo incompleto	(5) Ensino médio normal, técnico ou supletivo completo	(6) Ensino superior ou técnico incompleto
(7) Ensino superior ou técnico completo	(8) Pós-graduação	(9) Não sabe informar

INFORMAÇÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO

Agora as próximas perguntas serão sobre o seu diagnóstico.

8. Qual o seu diagnóstico inicial?

(1) Leucemias	(2) Linfomas	(3) Mieloma
(4) Outro: _____	(5) Não sabe	
9. Você está sendo submetido a qual(ais) tipo(s) de tratamento?

(1) Quimioterapia oral	(2) Quimioterapia endovenosa	(3) Radioterapia
(4) Transplante de medula óssea	(5) Outro: _____	
10. Qual a data de início do seu tratamento? __/__/__

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (Adaptado de EORTC-QLQ30)

Agora vamos conversar sobre sua qualidade de vida. Por favor, responda de acordo com a sua **ÚLTIMA SEMANA**.

11. Tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?

(1) Não	(2) Pouco	(3) Moderadamente	(4) Muito
---------	-----------	-------------------	-----------
12. Tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?

(1) Não	(2) Pouco	(3) Moderadamente	(4) Muito
---------	-----------	-------------------	-----------
13. Você teve falta de ar?

(1) Não	(2) Pouco	(3) Moderadamente	(4) Muito
---------	-----------	-------------------	-----------

(continuação)

14. **Você tem tido dor?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
15. **Você precisou repousar?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
16. **Você tem tido problemas para dormir?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
17. **Você tem se sentido fraco(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
18. **Você tem tido falta de apetite?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
19. **Você tem se sentido enjoado(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
20. **Você tem vomitado?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
21. **Você tem tido prisão de ventre?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
22. **Você tem tido diarreia?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
23. **Você esteve cansado(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
24. **A dor interferiu em suas atividades diárias?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
25. **Você tem tido dificuldades para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
26. **Você se sentiu nervoso(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
27. **Você esteve preocupado(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
28. **Você se sentiu irritado(a) facilmente?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
29. **Você se sentiu deprimido(a)?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
30. **Você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
31. **A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
32. **A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito
33. **A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?**
 (1) Não (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito

Agora, responda considerando a escala abaixo, sendo a classificação do número 1 "péssima" e a do número 7 "ótima":

34. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 (péssima)	2	3	4	5	6	7 (ótima)
----------------	---	---	---	---	---	--------------

35. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 (péssima)	2	3	4	5	6	7 (ótima)
----------------	---	---	---	---	---	--------------

(continuação)

ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER

Agora vamos conversar sobre as atividades físicas que você praticou ou pratica durante o seu tempo de lazer.

- 36. Nos últimos TRÊS MESES, você praticou algum tipo de atividade física?**
 (1) Sim (2) Não (pular para 40)
- 37. Qual a principal atividade física que você praticou ou pratica?** _____
- 38. Com que frequência semanal você praticou ou pratica essa atividade?**
 (1) 1-2 dias por semana (2) 3-4 dias por semana (3) 5-6 dias por semana
 (4) Todos os dias
- 39. Qual a duração dessa atividade?**
 (1) Menos de 10 minutos (2) Entre 10-19 minutos (3) Entre 20-29 minutos
 (4) Entre 30-39 minutos (5) Entre 40-49 minutos (6) Entre 50-59 minutos
 (7) 60 minutos ou mais

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (Adaptado de "Índice de Katz" e "Escala de Lawton e Brody")
--

Agora vamos conversar sobre as atividades que você realiza durante o seu dia-a-dia.

- 40. Você recebe ajuda para tomar banho?**
 (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não consegue tomar banho
- 41. Você recebe ajuda para se vestir?**
 (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não consegue se vestir
- 42. Você recebe ajuda para ir ao banheiro?**
 (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não vai ao banheiro
- 43. Você recebe ajuda para sentar e levantar da cadeira e da cama?**
 (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou não sai da cama
- 44. Você recebe ajuda para comer?**
 (1) Não recebe ajuda (2) Recebe ajuda parcial (3) Recebe grande ajuda ou é alimentado por sonda
- 45. Você tem controle das funções de fazer xixi e cocô?**
 (1) Sim, tem controle (2) Algumas vezes (3) Não tem controle sobre as funções de fazer xixi e/ou cocô
- 46. Você consegue utilizar o telefone sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 47. Você consegue ir a locais distantes usando ônibus ou táxi sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 48. Você consegue fazer compras sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 49. Você consegue preparar sua própria comida sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 50. Você consegue arrumar a casa sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 51. Você consegue lavar a roupa sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 52. Você consegue cuidar do seu dinheiro sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue
- 53. Você consegue tomar seus remédios na dose e horários certos sozinho(a)?**
 (1) Sim (2) Recebe ajuda (3) Não consegue

(continuação)

54. Tem alguém na sua casa para cuidar de você?

- (1) Não (2) Sim

55. Se sim, quem é essa pessoa?

- (1) Esposo(a) ou companheiro(a) (2) Filho(a) (3) Irmão(a)
(4) Vizinho (5) Uma pessoa contratada (6) Outros(as): _____

Para finalizar, quero lhe agradecer pela participação na pesquisa. As suas respostas têm suma importância para a realização da mesma.

Obrigada,

Monique Vanderlinde de Souza.

Anexo D – Adaptação do Manual de Escores do EORTC QLQ-C30 (3.0)

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers
Global health status / QoL				
Global health status/QoL (revised) [†]	QL2	2	6	34, 35
Functional scales				
Role functioning (revised) [†]	RF2	2	3	11, 12
Emotional functioning	EF	4	3	26, 27, 28, 29
Cognitive functioning	CF	2	3	25, 30
Social functioning	SF	2	3	31, 32
Symptom scales / items				
Fatigue	FA	3	3	15, 17, 23
Nausea and vomiting	NV	2	3	19, 20
Pain	PA	2	3	14, 24
Dyspnoea	DY	1	3	13
Insomnia	SL	1	3	16
Appetite loss	AP	1	3	18
Constipation	CO	1	3	21
Diarrhoea	DI	1	3	22
Financial difficulties	FI	1	3	33

* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

† (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix "2" - for example, PF2.

For all scales, the *RawScore*, *RS*, is the mean of the component items:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Then for **Functional scales**:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

and for **Symptom scales / items** and **Global health status / QoL**:

$$Score = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

Anexo E – Documento de aprovação do Comitê de Ética de Seres Humanos – UFSC

(continua)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação da qualidade de vida relacionada à saúde com indicadores de atividade física no lazer e capacidade funcional de pacientes onco-hematológicos em Florianópolis

Pesquisador: GIOVANI FIRPO DEL DUCA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59942416.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.769.275

Apresentação do Projeto:

Projeto de Monografia de Monique Vanderlinde de Souza, sob orientação do prof. Dr. Giovani Firpo Del Duca, que pretende correlacionar os níveis de atividade física e a qualidade de vida relacionada à saúde de paciente onco-hematológicos internados ou em tratamento ambulatorial no Hospital Universitário da UFSC. A metodologia prevê preenchimento de dois questionários (sobre nível de atividades física e qualidade de vida relacionada à saúde). O tamanho amostral é de 60 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Associar os indicadores de atividade física no lazer e de capacidade funcional com a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes oncohematológicos durante tratamento.

Objetivo Secundário:

- Classificar a QVRS de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial; Identificar a associação da prática de atividade física, da frequência e duração das atividades de lazer com a QVRS de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial;
- Verificar a associação da realização de atividades básicas da vida diária com a QVRS de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial;

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Balneario: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

(continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.769.275

- Verificar a associação da realização de atividades instrumentais da vida diária com a QVRS de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial;
- Identificar a existência do cuidador associada com a QVRS de pacientes onco-hematológicos internados e em tratamento ambulatorial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram previstos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- TCLE de acordo com a resolução CNS466/2012;
- autorização do HU/UFSC, assinada pela sua Diretora Geral Prof. Maria de Lourdes Rovaris;
- folha de rosto assinada pelo pesquisadora responsável e pela coordenadora dos Cursos de Graduação em Educação Física da UFSC, profa. Cintia de La Rocha Freitas;
- questionários.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783218.pdf	14/09/2016 00:45:58		Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIA.jpg	14/09/2016 00:45:40	MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DA_INSTITUICAO.pdf	14/09/2016 00:44:00	MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MONOGRAFIA.docx	30/08/2016 00:03:04	MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

(continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.769.275

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_TCLE.docx	30/08/2016 00:02:26	MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FR.docx	29/08/2016 23:58:38	MONIQUE VANDERLINDE DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 10 de Outubro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)