

INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO NA QUALIDADE DE VIDA E NOS NÍVEIS DE FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Influence of physical group activity on the quality of life and on the levels of fatigue in cancer patients

BARRO, C.S.
MENEGOTTO, D.
ROSSATO, D.
PETRY, A.L.N.C.

Data do recebimento: 20/02/2014 - Data do aceite: 02/05/2014

RESUMO: O câncer é uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, podendo ocasionar danos significativos em todos os aspectos. O estudo objetivou verificar se a realização da atividade física em grupo melhora a qualidade de vida e os níveis de fadiga em pacientes oncológicos, antes e após intervenção fisioterapêutica. Participaram do estudo quatro pacientes hospedados no Centro de Apoio Oncológico Luciano (CAOL) de Erechim - RS, com idade entre 50 e 60 anos. Foram aplicados questionários sobre qualidade de vida (EORTC QLQ-C30) e sobre níveis de fadiga (Escala de Fadiga de Piper). Os pacientes foram submetidos a um programa de atividade física em grupo, composto por exercícios de aquecimento, alongamento, fortalecimento, atividades lúdicas e relaxamento. Os sinais vitais foram monitorados pré e pós cada intervenção. Verificou-se melhora nos escores da escala de estado geral de saúde, funcional e de sintomas na análise de qualidade de vida e diminuição nos escores de fadiga dos pacientes pré em comparação com pós-intervenção. Não ocorreram alterações nos sinais vitais pré e pós cada atendimento. Conclui-se que o programa de atividades físicas para pacientes oncológicos apresentou bons resultados, melhorando a qualidade de vida e os níveis de fadiga.

Palavras-chave: Atividade física. Fisioterapia. Oncologia. Qualidade de vida.

ABSTRACT: Cancer is a disease with a prolonged and progressive evolution, and it can cause significant damage in all aspects. The aim of this study was to verify whether the implementation of physical group activity improves the quality of life and fatigue levels in cancer patients before and after physical therapy intervention. Four patients, who were staying at Centro de Apoio Oncológico Luciano (CAOL) in Erechim – RS took part in the study, between 50 and 60 years old. Questionnaires on quality of life (EORTC QLQ - C30) and on levels of fatigue (Piper Fatigue Scale) were applied. The patients underwent a physical group activity program, consisting of warm-up exercises, stretching, strengthening, relaxation and recreational program. The vital signs were checked before and after each intervention. An improvement in the scale scores of general and functional health status, and symptoms in the quality of life analysis and a decrease in fatigue scores of patients before intervention compared to the patients after intervention. The vital signs did not change before nor after each service. It is concluded that the physical activity program for cancer patients showed good results by improving the quality of life and fatigue levels.

Keywords: Physical activity. Physical therapy. Oncology. Quality of life.

Introdução

Na atualidade, o câncer é um dos mais importantes problemas de saúde, sendo considerado uma doença crônica degenerativa, que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, podendo ocasionar danos significativos tanto nos aspectos físicos, psicológicos e estéticos (MARINI et al., 2009; MATSUDO; MATSUDO, 1992).

O foco do tratamento oncológico passou a ser a qualidade de vida que o paciente terá antes, durante e após o seu tratamento, seja ele cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico (ISHIKAWA; DERCHAIN; THULER, 2005). De acordo com Lopes et al. (2005), a cirurgia oncológica é a modalidade terapêutica efetiva em casos de doença localizada, porém pode provocar risco de morbidade e perdas de função ou incapacidades. A radioterapia consiste na utilização da radiação

ionizante, produzida em aparelhos ou proveniente de radioisótopos naturais ou artificiais. O principal objetivo dessa modalidade de tratamento é a destruição do tecido patológico e a preservação do tecido normal. Como principais efeitos colaterais da radioterapia são observados no decorrer do tratamento: náuseas, vômito, diarreia, reação em pele e alterações hematológicas (leucopenia e plaquetopenia) (FORONES et al., 2005). O tratamento quimioterápico, que representa o tratamento sistêmico dos tumores malignos, objetiva que agentes citotóxicos possam agir sobre as células neoplásicas, infelizmente, também sobre células normais, seus efeitos agem principalmente nas células com maior capacidade proliferativa. Dentre os principais efeitos da quimioterapia, destacam-se: mucosite, cistite, toxicidade pulmonar, cardiotoxicidade, neutropenia e anemia (LOPES et al., 2005).

Visto que as opções de tratamentos oncológicos podem ser fisicamente incapacitantes determinando uma qualidade de vida com-

prometida, é importante o trabalho multiprofissional com esses pacientes. O trabalho de uma equipe multidisciplinar aliado ao avanço das novas tecnologias tem contribuído para amenizar os danos causados nos pacientes oncológicos (PEDROSO; ARAÚJO; STEVANATO, 2005). Cabe salientar que esta equipe deve trabalhar de maneira integrada, com objetivo de dar assistência aos pacientes e seus familiares. Dentre os membros da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta tem um papel de extrema importância, permitindo que o paciente retorne às suas atividades diárias e tenha um significativo alívio da dor, dos níveis de fadiga e melhora da funcionalidade, conseqüentemente, contribuindo com a melhora da sua autoestima e qualidade de vida.

Sendo assim, este estudo objetivou verificar se a aplicação de técnicas fisioterapêuticas por meio de atividade física em grupo melhora o nível de fadiga e a qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Material e métodos

Este estudo está registrado e aprovado sob o número 123/TCH/11 no Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim em conformidade com a resolução 196/1996 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde. O presente estudo apresenta caráter longitudinal e abordagem quantitativa e qualitativa. O grupo amostral foi constituído por quatro pacientes que estavam realizando tratamento oncológico, seja radioterapia, quimioterapia ou ambos.

Foram incluídos na pesquisa pacientes oncológicos hospedados no Centro de Apoio Oncológico Luciano - CAOL, localizado no Município de Erechim/RS, hemodinamicamente estáveis, que apresentavam liberação médica para a realização do tratamento fisioterapêutico e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa pacientes que apresentavam cardiopatias ou pneumopatias graves, com infecções agudas, com distúrbios neurológicos, musculoesqueléticos e osteoarticulares incapacitantes e que, em qualquer momento, decidiram não participar ou continuar a participar de todos os 10 atendimentos do tratamento proposto neste estudo.

Para a coleta dos dados, foi verificada a lista dos pacientes que se encontravam na instituição, os quais foram convidados a participar da pesquisa por meio de uma palestra explicativa. Foi detalhada didaticamente toda a dinâmica do trabalho, informando-os dos objetivos e todos os passos que foram realizados durante o estudo. Os pacientes que estiveram de acordo e aceitaram participar do estudo assinaram o TCLE.

Primeiramente, os pacientes preencheram individualmente um questionário constatando seus dados pessoais, tipo de câncer, tempo de diagnóstico e tratamento realizado. Esses dados foram utilizados para traçar o perfil dos participantes da pesquisa. No momento inicial, pré-intervenção fisioterapêutica, os participantes responderam a um questionário sobre qualidade de vida, denominado EORTC QLQ-C30 (FAYERS et al., 2001), sendo que este é específico para pacientes com câncer, composto por 30 questões. O questionário foi dividido em três escalas, sendo a primeira o estado geral de saúde, a escala funcional e a escala de sintomas, pontuadas de zero (pior escore) a 100 (melhor escore), com exceção da escala de sintomas, cuja pontuação é invertida, ou seja, quanto mais perto de zero, melhor são os resultados para os sintomas (FAYERS et al., 2001). E também responderam a outro questionário sobre fadiga denominado Escala de Fadiga de Piper - revisada (PIPER et al., 1998), sendo este específico para pacientes com câncer, composto por 27 questões, sendo 23 questões

objetivas (marcação da pontuação de zero a 10) e quatro questões discursivas. As questões objetivas da escala foram avaliadas, fornecendo uma pontuação para cada questão, sendo transformadas num escore total numa escala de zero a 10, em que zero foi considerado ausência de fadiga e 10 piores níveis de fadiga. Os questionários sobre qualidade de vida e fadiga foram reaplicados ao final do estudo, ou seja, após os 10 atendimentos fisioterapêuticos.

Após o preenchimento dos questionários, os pacientes foram submetidos a um tratamento fisioterapêutico em grupo, no próprio local, num período de quatro semanas, sendo realizados três atendimentos semanais e, na última semana, uma vez, totalizando 10 atendimentos com duração de 45 minutos cada. O período de tratamento foi estabelecido devido os pacientes ficarem este tempo médio hospedados para a realização do tratamento radioterápico e/ou quimioterápico. O tratamento fisioterapêutico abordou exercícios físicos leves que incluíram atividades de flexibilidade, força, coordenação e consciência corporal, sendo sempre orientados pela pesquisadora. Cada paciente realizou os exercícios dentro de seus limites funcionais, ou seja, sem dor. Os sinais vitais dos pacientes como frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e saturação periférica de oxigênio (SpO_2) foram coletados antes e ao final de cada atividade fisioterapêutica e registrados em uma ficha controle. Observações que tiveram que ser feitas também foram descritas nesta ficha.

A análise dos dados foi realizada por meio da utilização do programa Microsoft Excel® (Microsoft, Chicago, ILL, USA). Os dados foram apresentados de forma descritiva simples e as variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de frequências relativas (percentuais) ou absolutas.

Resultados e discussão

Participaram deste estudo quatro pacientes que se encontravam hospedados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2012 no CAOL. A amostra foi composta por pacientes com idade entre 50 e 60 anos, com média de $59,50 \pm 10,26$ anos; a maioria era do sexo masculino (75%). As profissões bastante variadas, porém pode-se observar que são profissões com baixa escolaridade e todos os pacientes eram casados. Em relação aos tipos de câncer, foram encontrados cinco tipos de câncer; de intestino, mama, ósseo, próstata e cordas vocais; o tempo de diagnóstico dos pacientes foi menor que seis meses. Todos os pacientes encontravam-se em algum tipo de tratamento, quimioterapia e/ou radioterapia. Na tabela I, pode-se observar a caracterização da amostra do estudo.

Para o INCA (2014), estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para o sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes são os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide. Ainda, observa-se que as mulheres realizam exames de controle rotineiramente em comparação com os homens, o que, provavelmente, facilita o diagnóstico precoce. No presente trabalho, identificou-se uma população masculina maior que a do sexo feminino, com tipos de câncer associados ao sexo masculino.

Já Gonçalves, Padovani e Popim (2008) identificaram características demográficas e epidemiológicas em homens com câncer de próstata. Os dados foram colhidos em 78 de 94 prontuários, nos quais se observou escolaridade, uso de tabaco, estado civil, idade, diagnóstico e sintomatologia. Foram encontrados 50% dos homens com 1º grau

incompleto, 27,39% não tabagistas, 87% casados, 43% entre 64 e 73 anos, sendo 63,20% aposentados. Ao serem analisados os procedimentos cirúrgicos já realizados, observou-se que uma participante da amostra foi submetida à cirurgia oncológica de mastectomia. As mastectomias são realizadas com maior frequência no gênero feminino

com média de idade de 55,8 anos e grau de escolaridade baixo (AIKIN, 2010).

Observam-se dados relevantes aos encontrados nesta amostra, uma vez que demonstra que a maioria dos participantes são do sexo masculino, idade variada e também profissões que exigem pouca ou nenhuma escolaridade.

Tabela I – Caracterização da amostra.

Variável	Resultado
Idade	59,50±10,26 ^a
Sexo	
Masculino	3 (75%)
Feminino	1 (25%)
Profissão: Operador de Máquina	1 (25%)
Agricultor	2 (50%)
Auxiliar de Serviços Gerais	1 (25%)
Estado civil: Casado(a)	4 (100%)
Solteiro(a)	0 (0%)
Diagnóstico: CA de intestino	1 (25%)
CA de mama e CA ósseo	1 (25%)
CA de próstata	1 (25%)
CA de cordas vocais	1 (25%)
Tempo de diagnóstico: 2 meses	1 (25%)
3 meses	1 (25%)
4 meses	1 (25%)
6 meses	1 (25%)
Tratamento atual: Radioterapia	2 (50%)
Radioterapia + quimioterapia	1 (25%)
Câmara hiperbárica	1 (25%)
Tipo de cirurgia: Mastectomia radical	1 (25%)
Nenhuma	3 (75%)
Tempo de início do tratamento quimioterápico radioterápico: um dia	1 (25%)
Duas semanas	1 (25%)
Dois meses	1 (25%)
Nenhum	1 (25%)
Realiza alguma atividade física ^b :	
Sim	2 (50%)
Não	2 (50%)
Realiza fisioterapia: Sim	2 (50%)
Não	2 (50%)

^aValores expressos em média± desvio padrão, os demais valores foram expressões em números de indivíduos (porcentagem de representação da amostra). ^bA atividade física foi considerada mediante realização pelo menos duas vezes por semana por 40-50 minutos.

No presente estudo foram encontrados indivíduos em diferentes momentos do tratamento quimioterápico. Aqueles que se encontravam no final do tratamento, apresentaram mais comprometimento geral comparado àqueles que se encontravam no início do tratamento e, conseqüentemente, realizam menos atividade física. Na amostra, 50% não realizava atividade física, sugerindo que este fato possa ocorrer devido a qualidade de vida destes pacientes encontrar-se afetada nessa fase em busca da cura para a doença.

Em relação aos sinais vitais, pode-se observar que houve um aumento na FC no pós-intervenção de cada sessão. Considerando a FR, houve uma discreta redução nos valores pós-intervenção. Em relação às pressões arteriais, na PAS, observou-se diminuição dos valores no momento pré comparado com o pós sessão; já em relação a PAD e SpO₂ houve uma discreta redução no pós - intervenção. Na tabela II, encontram-se os dados dos sinais vitais de pré e pós- atendimentos de fisioterapia.

Tabela II - Dados referentes aos sinais vitais nos momentos pré e pós atividade física

Variável	Pré-atendimentos (média±desvio padrão)	Pós-atendimentos (média±desvio padrão)
FC (bpm)	84,80±7,21	87,12±7,70
FR (rpm)	23,12±0,68	23,30±0,48
PAS (mmHg)	136,00±20,53	131,00±19,40
PAD (mmHg)	90,25±16,72	88,00±18,31
SpO ₂ (%)	97,00±0,46	96,90±0,78

BPM= Batimentos por Minuto, FC = frequência cardíaca, FR= frequência respiratória, mmHg= Milímetros de Mercúrio, PAD= pressão arterial diastólica, PAS= pressão arterial sistólica, RPM= Incursões Respiratórias por Minuto, SpO₂ = saturação periférica de oxigênio.

É importante salientar que todos os valores estavam dentro da faixa de normalidade esperada para as idades. Uma discussão mais ampla sobre as alterações dos sinais vitais pré e pós a intervenção fisioterapêutica proposta neste estudo não é possível. Visto o número

pequeno de participantes no estudo, a análise dos sinais vitais foi utilizada como modo de monitorização dos pacientes nos momentos pré e pós-atividade física.

Ao serem analisados os dados referentes à escala de fadiga de Piper, observou-se uma diminuição do escore de fadiga em todas as dimensões. Nas dimensões comportamental e afetiva, no início do tratamento, apresentava fadiga leve (escore de zero a 4) e no pós-tratamento passou para ausência de fadiga (escore zero). Na dimensão sensorial psicológica, houve classificação inicial de fadiga moderada (escore de 4 a 6), passou para fadiga leve (escore de zero a 4). Na tabela II, observam-se os valores de escores das dimensões da escala de fadiga de Piper pré e pós-intervenção fisioterapêutica.

Neste estudo, em dez dias de atividade física, já se observou diminuição dos níveis de fadiga, principalmente na dimensão comportamental e afetivo. Acredita-se que esta alteração ocorra, provavelmente, pela intervenção fisioterapêutica ter sido realizada em grupo, o que melhora o desempenho social, comportamental e afetivo, além de melhorar a autoestima desses pacientes.

Tabela III – Escores da Escala de Fadiga de Piper no início e após o tratamento fisioterapêutico^a.

Escore médio	Início do tratamento (média±desvio padrão)	Pós - tratamento (média±desvio padrão)
Dimensão Comportamental	1,49±1,51	0,00±0,00
Dimensão Afetivo	2,10±2,21	0,00±0,00
Dimensão Sensorial psicológica	4,22±0,75	3,81±0,85
Total	2,99±0,96	1,76±0,51

^a Pontuação Escala de Fadiga de Piper: valores transformados em um escore total numa escala de zero a 10, em que zero foi considerado melhores resultados (ausência de fadiga) e 10 piores níveis de fadiga (PIPER et al., 1998)

Ao se analisar a dimensão sensorial e psicológica, observam-se os níveis mais

elevados de fadiga entre os pacientes. Acredita-se que o início e a descoberta do tumor pode afetar psicologicamente os pacientes de forma variada. A atividade física melhorou os níveis de fadiga também nesta dimensão.

Em relação à questão um da Escala de Fadiga de Piper, na qual está relacionada o tempo em que o paciente está sentindo fadiga, os resultados pré-intervenção foram que dois pacientes relataram não sentir fadiga, um relatou sentir há duas semanas e um paciente relatou sentir há alguns meses. Os resultados pós-intervenção demonstraram que os quatro pacientes relataram não sentir mais fadiga. O programa de atividade física proposto, pode ter tido papel fundamental nos resultados satisfatórios em relação à sensação subjetiva de fadiga relatada pelos participantes.

Considerado os dados objetivos sobre alívio, causa e descrição da melhora de sintomas da fadiga, as respostas encontram-se na tabela IV.

Tabela IV – Perguntas abertas referentes à Escala de Fadiga de Piper.

Questões	Resultados pré-tratamento (n)	Resultados pós-tratamento (n)
Causas da fadiga: Não sabiam informar; Tratamento.	2 2	4
Alívio da fadiga: Não sabiam informar; Repousar no leito.	2 2	4
Descrição da fadiga: Não sabiam informar.	4	4
Outro sintoma: Não; Sim. Qual?	1	1
Dor na coluna ;	1	0
Dor articular;	1	1
Dor na perna;	1	1

Battaglini et al. (2004) fizeram um estudo com vinte e sete pacientes (56,7± 14,8 anos) diagnosticados com câncer e que partici-

pavam de tratamento de quimioterapia, de radiação ou de uma combinação desses dois tipos de tratamentos. As avaliações físicas foram realizadas, uma antes do início do programa de exercícios físicos e outra seis meses após. O programa de exercícios físicos durou 24 semanas, composto por cinco a 10 minutos de alongamentos; 10 a 20 minutos de esteira ou bicicleta ergométrica (50% a 55% da FC_{máx}); exercícios resistidos e ao final de cada sessão, cinco a 10 minutos de alongamento. Os resultados não demonstraram relação significativa na variação da redução de fadiga.

Outro estudo no qual o objetivo foi o de examinar os efeitos de um programa de prescrição de exercício físico individualizado, com ênfase no treinamento resistido, na força muscular e nos níveis de fadiga em pacientes portadoras de câncer de mama em tratamento, a força muscular total foi avaliada antes e após o tratamento e os níveis de fadiga foram avaliados em três momentos durante o treinamento. Os níveis de fadiga diminuíram significativamente entre os grupos após a primeira e a segunda intervenção e ao final do tratamento, o que sugere a importância da prescrição de exercícios no combate da fadiga em mulheres com câncer de mama, submetidas a tratamento (BATTAGLINI et al., 2006).

A partir dos estudos citados acima, a fadiga está presente em pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia. A realização de atividade física por períodos variados (semanas, meses) apresenta apenas benefícios na diminuição dos níveis de fadiga, o que se evidencia a importância do exercício físico para esse tipo de paciente.

Quando analisados os resultados em relação à qualidade de vida avaliada por meio do questionário EORTC QLQ-C30 nos participantes da amostra, o questionário foi dividido em três escalas, sendo a primeira o

estado geral de saúde, a escala funcional e a escala de sintomas, pontuadas de zero a 100, ou seja, com exceção da escala de sintomas, quanto mais perto de zero melhores são os resultados.

Em relação aos dados de estado geral de saúde, houve um aumento do escore comparado ao momento pré-intervenção, o que relaciona-se com um resultado regular, com uma média de $77,08 \pm 10,82$. Na escala

funcional, alterações discretas foram observadas nos diferentes itens. Os itens função física, desempenho de papel e função emocional apresentaram uma discreta elevação. Nos itens função cognitiva e função social, obteve-se uma discreta redução dos resultados pós-intervenção. Na escala de sintomas para os itens “fadiga”, “náuseas e vômitos”, “dor”, “insônia”, “perda do apetite” e “diarreia” houve uma grande diminuição nos escores, constatando bons resultados no

Tabela V – Escores da escala de estado geral de saúde, funcional e de sintomas por meio do questionário EORTC QLQ-C30^a.

Itens da escala	Pré-intervenção (média ± desvio padrão)	Pós-intervenção (média ± desvio padrão)
1- Estado geral de saúde/QV	66,66±8,33	77,08±10,82
2- Escala Funcional		
Função Física	83,35±19,12	85,05±8,66
Desempenho de papel	75,00±25	79,20±18,16
Função Emocional	64,62±18,03	68,80±22,33
Função Cognitiva	83,35±20,41	75,05±24,98
Função Social	100±0,00	95,85±7,18
3. Escala de sintomas		
Fadiga	27,74±16,63	13,83±14,40
Náuseas e Vômitos	20,83±36,08	8,33±8,33
Dor	45,83±18,16	29,16±32,00
Dispneia	16,66±16,66	16,66±16,66
Insônia	41,66±36,32	16,66±28,86
Perda de Apetite	8,33±14,43	0,00±0,00
Constipação	16,66±28,86	16,66± 28,86
Diarreia	16,66±16,66	0,00±0,00
Dificuldade Financeira	8,33±14,43	33,33±23,56

^aPontuação do questionário EORTC QLQ-C30: O questionário foi dividido em três escalas, sendo a primeira o estado geral de saúde, a escala funcional e a escala de sintomas, pontuadas de zero (pior escore) a 100 (melhor escore), com exceção da escala de sintomas, cuja pontuação é invertida, ou seja, quanto mais perto de zero melhor são os resultados para os sintomas (FAYERS et al., 2001).

pós-intervenção, uma vez que os resultados aproximaram-se de zero. Os itens “dispneia” e “constipação” mantiveram os mesmos escores do pré e pós-intervenção. No item “dificuldade financeira” houve uma elevação do escore. A tabela V, apresenta os valores de escores na escala de qualidade de vida.

Vários estudos têm mostrado que a atividade física melhora a capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com câncer. Porém, poucos destes estudos incluem o exercício físico realizado em grupo. A experiência do paciente com os processos do seu grupo permanece inexplorada.

No estudo de Midtgaard et al. (2006), foram investigadas a coesão do grupo e mudanças na qualidade de vida em 55 pacientes com câncer submetidos à quimioterapia, os quais participaram de um grupo semanal por 6 semanas. Os pacientes foram entrevistados pré e pós-intervenção com os seguintes questionários de qualidade de vida: SF-36 e EORTC QLQ-C30. Os dados dos questionários mostraram melhorias significativas na saúde mental, funcionamento social e emocional. Essa pesquisa também vem ao encontro do presente estudo, quando compara-se a função emocional, já que, da mesma forma, houve melhorias em relação a esta variável após a intervenção fisioterapêutica.

Adamsen et al. (2003) concluíram em seu estudo que um programa de exercícios pode ser utilizado para prevenir e/ou minimizar a inatividade física, fadiga muscular e perda de energia em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Foi avaliado bem-estar psicossocial (EORTC QLQ-C30, SF-36, HAD) em 23 pacientes com câncer, com idade entre 18 e 65 anos, submetidos a um programa de exercício físico durante 9 horas semanais por 6 semanas.

Em relação ao fator “dificuldade financeira” na escala, observa-se que houve um aumento importante que, provavelmente,

esteja relacionada ao tempo de tratamento, o que acarreta aos pacientes a possibilidade de não conseguirem mais exercer seu trabalho. Observa-se que a amostra foi composta por pacientes de baixa escolaridade e a maioria do sexo masculino, os quais são responsáveis pela maior parte da renda familiar.

Os autores citados acima concordam em suas pesquisas que a atividade física realizada em pacientes oncológicos melhora a qualidade de vida geral, diminuindo fadiga e melhorando o desempenho físico e mental destes pacientes. Da mesma forma, esses resultados foram também encontrados neste estudo, no qual se concorda que os exercícios físicos são de suma importância para uma melhor qualidade de vida em pacientes com câncer.

Resultados relevantes foram verificados no questionário em relação à melhora de náuseas e vômitos, dor, insônia, perda do apetite e diarreia. Isso se deve, provavelmente, pela sensação de bem-estar, conforto e aumento da capacidade aeróbica que o exercício físico proporciona após sua realização.

Ao serem correlacionados os níveis de fadiga com o tipo de câncer, tratamento oncológico e níveis de qualidade de vida encontrados nesta amostra, mesmo com uma amostra pequena observaram-se resultados interessantes. Verificamos neste estudo que a paciente com câncer de mama e ósseo submetida ao tratamento cirúrgico e também à quimioterapia esteve associada com o maior escore de fadiga individual e pior nível de qualidade de vida geral. Também observou-se o escore de qualidade de vida geral não apresentou melhora pós-atividades físicas em comparação aos demais pacientes. Em contrapartida, o paciente que apresentou câncer de cordas vocais apresentou nível e fadiga considerados leves e uma qualidade de vida com escore baixo inicial e melhora evidente após o programa de atividade física. Os demais pacientes com câncer de intestino e próstata apresentaram escore de fadiga

leve e boa qualidade de vida no momento inicial, sendo que obtiveram melhora pós-tratamento fisioterapêutico. A partir desta análise, é possível concluir que os maiores escores de fadiga e baixa qualidade de vida estão associados ao câncer de mama e ósseo e de cordas vocais e que pacientes oncológicos se beneficiam, em geral, de programas de atividades físicas em grupo.

Conclusão

Conclui-se, a partir do exposto, que pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, praticantes de atividade física em grupo supervisionada por profissionais capacitados, apresentaram melhores escores de qualidade de vida relacionados, principalmente, à funcionalidade e à sintomatologia. Além disso, a prática

dessa atividade física foi capaz de melhorar os níveis de fadiga possivelmente associados ao tratamento e também à doença. Portanto, é possível concluir que o programa de atividade física de dez atendimentos para os pacientes oncológicos apresentou bons resultados, melhorando a qualidade de vida e os níveis de fadiga.

Tendo em vista o impacto que as neoplasias e o tratamento quimioterápico e radioterápico exercem na qualidade de vida e nos níveis de fadiga dos pacientes oncológicos, faz-se necessário encontrar alternativas capazes de controlar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento. Sugerem-se outros estudos a fim de esclarecer a respeito dos vários efeitos e sobre os benefícios da realização da atividade física em grupo para pacientes que realizam quimioterapia e/ou radioterapia.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Sra. Marilene Rigo, à toda equipe do Centro de Apoio Oncológico Luciano (CAOL) e, principalmente, aos pacientes oncológicos pela participação e apoio no desenvolvimento deste trabalho.

AUTORES

Carla Spazzini Barro - Fisioterapeuta Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim, RS, Brasil. E-mail: carla_barro@hotmail.com.

Diana Menegotto - Fisioterapeuta Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim, RS, Brasil. E-mail: dianamenegotto@hotmail.com.

Daniele Rossato - Fisioterapeuta do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil, Mestre em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: danirossato@hotmail.com.

Ana Laura Nicoletti Carvalho Petry - Fisioterapeuta, Docente do Curso de Fisioterapia – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim, RS, Brasil, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- ADAMSEN, L., et al. Feasibility, physical capacity, and health benefits of a multidimensional exercise program for cancer patients under going chemo therapy. *Support Care Cancer*, v. 11, p. 707–716. 2003.
- AIKIN, C. O. **Capacidade funcional em mulheres submetidas à cirurgia na mama**. 2010, 52 f. Trabalho de conclusão do curso de Bacharel em Fisioterapia - Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, 2010.
- BATTAGLINI, C. L. et al. Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 2, mar./abr. 2004.
- BATTAGLINI, C., et al. Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 3, mai./jun. 2006.
- FAYERS P.M., AARONSON N.K., BJORDAL K., GROENVOLD M., CURRAN D., BOTTOMLEY A., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3. ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2001.
- FORONES, Nora Manoukian; FILHO, Reynaldo Jesus-Garcia; TADOKORO, Hakaru; FREIRE, Carlos Alberto Reis. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar de Oncologia**. Barueri, SP: Manole, 2005.
- GONÇALVES, R. G.; PADOVANI, C.; POPIM, R. C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. **Ciência & Saúde Coletiva**. Botucatu, SP, v. 13, n.4, p. 1337-1342, 2008.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 13 maio 2014.
- ISHIKAWA, N. M.; DERCHAIN, S. F. M.; THULER, L. C. S. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 313-318, ag./out. 2005.
- LOPES, A.; MELLO, C. A. L. Tratamento multidisciplinar do câncer. In: LOPES, A.; IYEYASU, H.; LOPES, L. F.; ALMEIDA, E. de S.; CASTRO, R. M. R.P.S.; **Oncologia para a Graduação**. Ribeirão Preto, SP: Tecmed, p. 137-142. 2005.
- MARINI, G.; BARBOSA, A. M. P.; ASSIS, L. C.; RUDGE, M. V. C. Interferência da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia ou cirurgia conservadora. **Fisioterapia Brasil**, v. 10, n.3, p. 165-170, maio/jun. 2009.
- MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Câncer e exercício: uma revisão. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.6, n. 2, p. 41-46, 1992.
- MIDTGAARD, M. J., et al. The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. **European Journal of Cancer Care**, v. 15, p. 25–33. 2006.
- PIPER, B. F.; DIBBLE, S. L.; DODD, M. J.; WEISS, M. C.; SLAUGHTER, R. E.; PAUL, S. M. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, v. 25, p. 677-684. 1998.
- PEDROSO, W.; ARAÚJO, M. B.; STEVANATO, E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz**. Rio Claro, v. 11, n. 3, p. 155-160, set./dez. 2005.

