

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

LIA CARLA GORDON LEME

**Atividades físicas, estresse e estratégias de enfrentamento de pacientes
com tumores malignos de pele do tipo não melanoma**

Piracicaba

2018

LIA CARLA GORDON LEME

**Atividades físicas, estresse e estratégias de enfrentamento de pacientes
com tumores malignos de pele do tipo não melanoma**

Tese apresentada à Comissão Julgadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, da Universidade Metodista de Piracicaba, para obtenção do título de Doutora em Ciências do Movimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Rute Estanislava Tolocka.

Co orientadora: Profa. Dra. Renata Ferreira Magalhães

Piracicaba

2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UNIMEP
Bibliotecária: Marjory Harumi Barbosa Hito - CRB-8/9128.

| | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| L551a | <p>Leme, Lia Carla Gordon</p> <p>Atividades físicas, estresse e estratégias de enfrentamento de pacientes com tumores maligno de pele do tipo não-melanoma / Lia Carla Gordon Leme. – 2018. 61 f. : il. ; 30 cm</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Rute Estanislava Tolocka. Coorientadora: Profa. Dra. Renata Ferreira Magalhães. Tese (Doutorado) – Universidade Metodista de Piracicaba, Ciências do Movimento Humano, Piracicaba, 2018.</p> <p>1. Atividade Física. 2. Neoplasias Cutâneas. I. Tolocka, Rute Estanislava. II. Magalhães, Renata Ferreira. III. Título.</p> <p>CDU – 796</p> |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Dedico esse trabalho a Deus, “Porque d`Ele e por Ele e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente”. Romanos 11:36

Também dedico este trabalho aos meus pais, Sérgio e Helena.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, quero agradecer a Deus, por sempre me abençoar e capacitar para seguir em frente para a conclusão dessa pesquisa.

Aos meus pais, Sérgio e Helena, por acreditarem na minha capacidade para a consolidação de mais uma etapa em minha vida.

Ao Marcos, que sempre esteve ao meu lado e me ajudou em tudo que precisei.

À toda minha família, às minhas irmãs, Ivy, Ana, Maik, e também ao Roberto, por sempre me incentivarem e por estarem comigo.

À orientadora Prof^a Dra. Rute Estanislava Tolocka, pela orientação e ensinamentos. Muito obrigada.

À Profa. Dra. Renata Ferreira Magalhães, coordenadora do Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Unicamp, que possibilitou a parceria para a realização desse trabalho.

A todos os pacientes que participaram desse trabalho e fizeram com que ele fosse possível. Agradeço por compartilharem comigo suas histórias.

À banca examinadora desta pesquisa, que trouxe preciosas contribuições para o aprofundamento do trabalho.

À professora Maria Imaculada de Lima Montebelo, pelos ensinamentos nas análises estatísticas dos dados dessa pesquisa.

Aos amigos do laboratório de pesquisa - NUPEM.

Aos meus amigos queridos, de profissão e de vida, por todo companheirismo nesses anos de estudo.

*“Não seja empurrado pelos seus problemas.
Seja guiado pelos seus sonhos”.*
Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Embora já exista consenso de que a prática de atividade física é um importante coadjuvante em tratamentos de cânceres e na prevenção de reincidências, pouco se sabe sobre o nível de atividades físicas de pacientes com neoplasias malignas de pele, e é desejável que exista uma melhora no processo de humanização da assistência a estes pacientes. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o nível de atividades físicas e de estresse e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma, com a introdução de jogos na sala de espera por procedimentos no ambulatório e a posterior verificação da aceitação dessa atividade pelos pacientes. Trata-se de um estudo analítico observacional transversal. Participaram do estudo 90 pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma, escolhidos aleatoriamente, no ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Unicamp. O perfil dos pacientes foi realizado através de um formulário com questões sobre idade, sexo, tipo, e quantidade de vezes que teve o diagnóstico de câncer. O nível de atividades físicas foi avaliado por meio de um Questionário Internacional de Atividades Físicas - IPAQ, versão curta; o nível de estresse com a Escala de estresse percebido, versão curta; e as estratégias de enfrentamento com o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Os jogos oferecidos foram dominó, jogo da memória, jogo de dama e jogo Uno; cada paciente escolheu qual era o jogo de sua preferência. Para a análise dos dados, foi realizada análise descritiva e os seguintes testes: Alpha de Cronbach; Regressão Múltipla Linear; Qui-quadrado de Pearson (χ^2); e Mann-Whitney. Metade (50%) dos participantes foi classificada com um nível baixo de atividade física; a maioria (60%) dos participantes obteve alta pontuação no nível de estresse. Foram observados 44 homens e 55 mulheres, com média de idade de 68 anos. Os domínios mais utilizados como estratégias de enfrentamento foram: afastamento, reavaliação positiva e suporte social, e o menos utilizado foi a aceitação de responsabilidade. A estratégia de enfrentamento no domínio reavaliação positiva contribuiu positivamente para a prática de atividade física, enquanto que a falta de aceitação de responsabilidade e o alto nível de estresse contribuíram negativamente. Sobre a inclusão dos jogos de salão no período de espera, 70% dos pacientes convidados não aceitaram jogar. O perfil do grupo de pacientes que aceitou jogar e o do grupo que declinou do convite foi similar; apenas o nível de estresse mostrou uma diferença significativa entre eles, sendo que o grupo não aderente ao jogo apresentou um maior nível de estresse. A aceitação dos jogos ocorreu em diferentes faixas etárias e diagnósticos, mostrando-se como uma estratégia que pode ser implementada em enfermarias para acolher os pacientes enquanto esperam por procedimentos, no entanto, são necessários novos estudos para verificar motivos da aceitação ou não dessa atividade.

Palavras-chave: Atividade física. Neoplasias cutâneas. Estresse

ABSTRACT

Although there is consensus that physical activity is an important adjunct to cancer treatment and prevention of relapse, the knowledge about the level of physical activity of patients with malignant skin neoplasms is not enough and it is desirable to improve the process of humanization of assistance to those patients. The aim of this study was to evaluate the level of physical activity and stress, and coping strategies of patients with malignant skin tumors of the non-melanoma type. The purpose was also to introduce games in the waiting room of the ambulatory and verify the acceptance of this activity by the patients. It is an observational, cross-sectional analytical study. A total of 90 patients, randomly selected, with non-melanoma skin malignancies from the Dermatology outpatient clinic of Hospital das Clínicas of UNICAMP participated in the study. The patient's profile was taken from a form with questions about age, sex, type and number of cancers. The physical activity level was evaluated through the International Physical Activity Questionnaire - IPAQ, short version, the stress level with the perceived stress scale, and the coping strategies with the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory. The indoor games offered were dominoes, memory game, checkers and Uno. Each patient chose which game he preferred to take part. A descriptive analysis and the following tests were performed: Cronbach's alpha, linear multiple regression, Pearson's Chi-square and Mann-Whitney test. It was observed 44 men and 55 women, with average age of 68 years. Half (50%) of the participants were classified with a low level of physical activity. The most used domains of coping strategies were distancing, positive reappraisal and social support and the less used was the acceptance of responsibility. In the stress level, the majority (60%) of the participants got a high score. The coping strategy in the positive reappraisal area contributed positively to the practice of physical activity, while the lack of acceptance of responsibility and the high level of stress contributed negatively. Regarding the inclusion of the indoor games in the waiting period 70% of the patients did not accept to play. The profiles of patients that did not play were similar to those who played; only the stress level showed a significant difference and when compared, the group not adhering to the game had a higher level of stress. Even though the introduction of games had a low adherence, the acceptance occurred in different age groups and diagnoses, so playing games may be a strategy to be used while waiting for treatment. New studies are needed to check the acceptance of such activity.

Keywords: Physical Activity. Skin Cancer. Stress.

LISTA DE TABELAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1 - Características e objetivos dos estudos sobre nível de atividade física e pacientes oncológicos | 17 |
| Tabela 2 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre nível de atividade física e pacientes oncológicos | 18 |
| Tabela 3 - Características e objetivos dos estudos sobre estratégias de enfrentamento e pacientes oncológicos | 20 |
| Tabela 4 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre estratégias de enfrentamento e pacientes oncológicos | 21 |
| Tabela 5 - Características e objetivos dos estudos sobre estresse percebido e pacientes oncológicos | 25 |
| Tabela 6 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre estresse percebido e pacientes oncológicos | 25 |
| Tabela 7 - Coeficiente de Alpha de Cronbach do questionário de estratégias de enfrentamento | 34 |
| Tabela 8 - Distribuição da pontuação dos diferentes domínios da estratégia de enfrentamento | 34 |
| Tabela 9 - Coeficiente Alpha de Cronbach de cada questão da escala de estresse percebido | 35 |
| Tabela 10 - Resultados estatisticamente significativos entre o nível de atividade física e os domínios das estratégias de enfrentamento e estresse | 36 |
| Tabela 11 - Distribuição das categorias e teste do Qui-quadrado dos diferentes grupos | 37 |
| Tabela 12 - Distribuição das médias dos diferentes domínios de enfrentamento nos dois grupos e teste de Mann-Whitney U entre os dois grupos | 38 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| Figura 1- Carcinoma Basocelular (CBC) | 12 |
| Figura 2- Carcinoma Espinocelular (CEC) | 12 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 - Classificação dos participantes nos diferentes níveis de atividade física (IPAQ) | 33 |
| Gráfico 2 - Intervalos de pontuação da escala de estresse percebido | 36 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| Objetivos | 14 |
| 1 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 1.1 Atividade física e câncer..... | 15 |
| 1.2 Atividade física, câncer e estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) | 18 |
| 1.3 Atividade física, câncer e estresse | 23 |
| 1.4 Atividades lúdicas e a humanização de serviços de saúde..... | 25 |
| 2 PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS | 29 |
| 2.1 Classificação e local do estudo | 29 |
| 2.2 Participantes do estudo | 29 |
| 2.3 Considerações éticas | 30 |
| 2.4 Materiais e métodos | 30 |
| 2.5 Tratamento estatístico | 31 |
| 3 RESULTADOS | 33 |
| 3.1 Atividade física, estresse psicológico e estratégias de enfrentamento..... | 33 |
| 3.2 Aceitação da inclusão de jogos de salão no período de espera por procedimentos no ambulatório de dermatologia | 36 |
| 4 DISCUSSÃO | 39 |
| 4.1 Atividade física, estresse psicológico e estratégias de enfrentamento..... | 39 |
| 4.2 Aceitação da inclusão de jogos de salão no período de espera por procedimentos no ambulatório de dermatologia | 42 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 44 |
| REFERÊNCIAS..... | 45 |
| ANEXO A - Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - versão curta...51 | |
| ANEXO B – Inventário de estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus..... | 52 |
| ANEXO C - Escala de estresse percebido | 55 |
| APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 56 |
| APÊNDICE B - Aprovação do Comitê de Ética (UNIMEP) | 58 |
| APÊNDICE C - Aprovação do Comitê de Ética (Unicamp) | 59 |
| APÊNDICE D - Autorização do Hospital das Clínicas Unicamp..... | 60 |
| APÊNDICE E - Ficha de perfil dos pacientes | 61 |

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2025, estima-se que haverá cerca de 19,3 milhões de novos casos de câncer e 11,4 milhões de mortes por câncer (FERLAY et al., 2012). Nos Estados Unidos, em 2015, o câncer levou a óbito 595.930 pessoas, sendo, assim, a segunda causa de morte mais frequente naquele país (NCH, 2016). No Brasil, o número de novos casos de câncer tem aumentado e a estimativa para o biênio 2018-2019 é de ocorrência de 600 mil casos novos, para cada ano (INCA, 2018). Dentre os tipos de câncer que mais atingem a população mundial estão os tumores de pele, sendo dois a três milhões de casos de câncer de pele não melanoma e 132.000 de cânceres de pele de melanoma a cada ano. Um em cada três indivíduos diagnosticados com câncer tem algum tipo de câncer de pele (WHO, 2016).

Não diferente da população mundial, no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, para cada ano do biênio 2018-2019, espera-se cerca de 85.170 casos novos de câncer de pele não melanoma entre homens e 80.410 nas mulheres. Quanto à estimativa para o câncer de melanoma, espera-se 2.920 casos novos em homens e 3.340 casos novos em mulheres (INCA, 2018).

Os cânceres de pele são divididos em dois grandes grupos, os melanomas e os não melanomas. Os tumores malignos melanomas começam em células chamadas de melanócitos e têm alto índice de letalidade e mortalidade (AZULAY et al., 2007).

Os tumores não melanomas, também chamados de tumores epiteliais cutâneos, geralmente originam-se dos ceratinócitos germinativos epidérmicos ou das estruturas anexiais. São subdivididos em quatro tipos: carcinomas basocelulares; carcinomas espinocelulares; carcinoma de células de Merkel; e tumores malignos dos anexos cutâneos (WOLF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2015).

Os carcinomas basocelulares (CBC) têm origem nas células basais da pele, que se encontram na camada mais profunda da epiderme. Têm baixa letalidade e ocorrem comumente em lugares do corpo que estiveram em exposição ao sol. Os CBCs são classificados em oito tipos, e o que tem índice maior de ocorrência é o CBC nódulo-ulcerativo (WOLF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2015).

Os carcinomas espinocelulares (CEC) começam nas células escamosas e são encontrados com maior incidência em locais que não são tão expostos ao sol

(NCI, 2016). O CEC invasivo pode ser classificado como diferenciado e indiferenciado, o CEC in situ, também chamado de doença de Bowen. Em geral, os dois tipos têm origem a partir de lesões pré-cancerosas epidérmicas (WOLF; JOHNSON; SAAVEDRA, 2015).

Figura 1 - Carcinoma Basocelular (CBC)



Figura 2 - Carcinoma espinocelular (CEC)



Fonte: Acervo Arquivo da Disciplina de Dermatologia da Unicamp.

Desta maneira, verifica-se que os cânceres de pele, e em particular os que são do grupo não melanoma, constituem-se em importantes acometimentos que precisam ser tratados, justificando, portanto, a necessidade de estudos sobre as diferentes possibilidades terapêuticas. Entre as possibilidades de tratamento para cânceres em geral, destaca-se a prática de atividades físicas, que vem sendo apontada na literatura como um coadjuvante que contribui para a melhoria de diferentes variáveis. De maneira geral, tal prática traz benefícios relacionados tanto a aspectos físicos como a aspectos psicológicos e sociais, como apontam os estudos de Courneya et al. (2007); Battaglini et al. (2009); Oldervoll et al. (2011); Klepin, et al. (2011); Peddle-mcntyre et al. (2012); Sharpely et al. (2012); Cantarero-villanueva et al. (2013) e Suh et al. (2013). No entanto, pouco se sabe sobre a prática de atividade física de pacientes com câncer de pele não melanoma.

Outro aspecto importante nos tratamentos antineoplásicos, em geral, são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente. Estudos mostraram que as principais estratégias utilizadas por essa população incluem aceitação (ELLIS et al., 2012; KHALILI et al., 2013; PASCOE; EDVARDSON, 2016), reavaliação positiva (ALEGRANCE et al., 2010; KHALILI et al., 2013; KAHANA et al., 2016) e suporte social (ALEGRANCE et al., 2010; ELISS et al., 2012; KAHANA et al., 2016), porém, sobre o paciente com câncer de pele não melanoma, os estudos também são raros.

Além disso, sabe-se que o nível de estresse desencadeado pelo diagnóstico de câncer e a incerteza dos resultados do tratamento podem agravar a saúde do paciente, impactando em seus comportamentos (KASPARIAN et al., 2009). Assim a literatura mostram estudos que pode estar relacionado tanto com as estratégias de enfrentamento (PAULA JUNIOR et al., 2011; ROBERTS et al., 2012) como também com a prática de atividade física (HO et al., 2016; VADIRAJA et al., 2017). De acordo com Stults-Kolehmainen e Sinha (2014), o alto nível de estresse pode ter uma influência negativa na prática de atividade física de pacientes com câncer, o que pode redundar em menor aptidão física para lidar com a doença.

As próprias rotinas dos tratamentos antineoplásicos no hospital são estressantes e têm um foco maior na doença e não no paciente oncológico (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006), o que está em desacordo com a Política de Humanização proposta pelo SUS (BRASIL, 2003), que inclui questões éticas de valorização ao ser humano e aprimoramento das relações entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde (DESLANDES, 2004).

Todos estes dados mostram que a incidência de novos casos de cânceres, bem como o número de pacientes que vão a óbito por este tipo de acometimento, é impactante na sociedade mundial, incluindo a brasileira. Apesar do consenso estabelecido na literatura de que a prática de atividade física é um importante coadjuvante em tratamentos de cânceres e na prevenção de reincidências, pouco se sabe sobre o nível de atividades físicas de pacientes com neoplasias malignas de pele. Até o momento, não foram achados estudos que apontem relações entre estratégias de enfrentamento, nível de estresse e prática de atividades físicas desse tipo de paciente. Pacientes com neoplasias malignas de pele do tipo não melanoma, com escores mais altos no nível de atividade física, podem ter escores mais altos em estratégias de enfrentamento em relação a uma situação estressante e/ou menores escores em níveis de estresse, fazendo-se necessário verificar estas relações.

Um dos maiores desafios dos serviços relacionados à área de saúde no Brasil é a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, o que abrange a necessidade de estudos sobre a sala de espera, incluindo implementação de atividades prazerosas e de acolhimento aos pacientes enquanto esperam por procedimentos (SÃO PAULO, 2012).

Isto porque, para receber os procedimentos necessários para o tratamento da doença, os pacientes ficam muitas horas em salas de espera, com o único objetivo de esperar sua vez para ser atendido. Uma das alternativas para minimizar esse tempo é a possibilidade de realizar atividades interessantes enquanto se espera, desviando-se do foco da doença. Entre estas alternativas está a participação em jogos, pois o jogo é capaz de absorver o jogador inteiramente a qualquer momento (HUIZINGA, 2007), trazendo momentos de descontração e prazer.

Sendo assim, informações sobre a prática de atividades físicas, estresse e estratégias de enfrentamento, bem como sobre introdução de atividades lúdicas em salas de espera para procedimentos em casos de cânceres de pele, são necessárias para se fomentar políticas públicas e contribuir com estudos sobre estratégias de enfrentamento e estresse de pacientes com câncer, especificamente, com neoplasias malignas de pele.

Objetivos

Avaliar o nível de atividades físicas e de estresse e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma.

Introduzir jogos na sala de espera por procedimentos no ambulatório e verificar a aceitação dessa atividade pelos pacientes.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Atividade física e câncer

Um programa de atividade física realizado regularmente previne as perdas associadas à inatividade, originadas pelos períodos de afastamento das atividades usuais em decorrência do tratamento de um câncer ou de seus efeitos colaterais. Para tanto, deve-se considerar, no programa de exercício físico, alguns fatores importantes, tais como a doença oncológica de base, fase do tratamento, a presença de comorbidades e as condições funcionais e psicossociais do paciente. Além disso, é importante analisar o grau de condicionamento físico pré-tratamento oncológico (PEREIRA et al., 2014).

Saço e Ferreira (2010) sugerem que para o sucesso de um programa de atividade física com pacientes oncológicos é necessário que essa prática seja inserida ao repertório cultural da vida, ou seja, no dia a dia dessas pessoas.

Na literatura, é possível encontrar estudos que investigaram a contribuição da atividade física para aspectos fisiológicos nesta parcela da população. Alguns exemplos desses benefícios reportados foram a redução dos níveis de fadiga relacionada ao tratamento (BATTAGLINI et al., 2009; REIS et al., 2012), melhora da força muscular (SEGAL et al., 2009; GALVÃO et al., 2010; PEDDLE-MCINTYRE et al., 2012; CANTARERO-VILLANUEVA et al., 2013; WINTERS-STONE et al., 2015), aumento da massa corporal magra (UTH et al., 2014), na aptidão cardiovascular (MONGA et al., 2007; COURNEYA et al., 2009), no desempenho físico (REIS et al., 2012) e a diminuição da perda óssea (WINTERS-STONE et al., 2015).

Há também estudos que investigaram os benefícios psicológicos da atividade física nos pacientes oncológicos. Esses são referenciados como aumento na autoestima (COURNEYA et al., 2007; SUH et al., 2013), melhoras do estado de humor (KEAYS, et al., 2008; CANTARERO-VILLANUEVA et al., 2013), da qualidade de vida (SPROD et al., 2012; QUIST et al., 2012), diminuição nos sintomas de depressão (BATTAGLINI et al., 2009; COURNEYA et al., 2009; KLEPIN, et al., 2011), redução da fadiga mental (SPROD et al., 2015) e auxílio no enfrentamento da doença (SHARPELY et al., 2012).

Dentre os instrumentos mais utilizados para avaliar o nível de atividade física está o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Este permite avaliar o

tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada à vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer) (MARSHALL; BAUMAN, 2001).

Esse questionário já foi validado para ser aplicado na população brasileira. No presente estudo, a versão curta do IPAQ (Anexo A) foi utilizada, por ter mais vantagem no momento de sua aplicação, pois é mais rápida e os resultados das duas formas (longa e curta) são similares (MATSUDO et al., 2001).

A Tabela 1 apresenta estudos que utilizaram o questionário IPAQ para verificar o nível de atividade física de pacientes oncológicos. Cinco deles (SABINO NETO et al., 2012; VARDAR-YAGLI et al., 2015; CÁNARIO et al., 2016; KANG et al., 2017; RIBOVSKI et al., 2017) investigaram mulheres com câncer de mama; um estudo (MIZRAHI et al., 2015) com mulheres com câncer de ovário; e outro com pacientes com diferentes tipos de câncer (SEIXAS, et al., 2010). Em relação à faixa etária dos participantes desses estudos, verificou-se que houve uma variação de 40 a 80 anos; e apenas no estudo de Sabino Neto et al. (2012) os pacientes participantes haviam terminado o tratamento antineoplásico.

Os objetivos propostos pelos estudos da Tabela 1, em sua maioria, tinham como foco verificar a relação do nível de atividade física e a qualidade de vida, enquanto que os de Sabino Neto et al. (2012) e Mizrahi et al. (2015) investigaram apenas o nível de atividade física dos participantes, como mostra a Tabela 2.

Dos resultados obtidos nos estudos citados, quatro (VARDAR-YAGLI et al., 2015; MIZRAHI et al., 2015; DOO KANG et al., 2017; RIBOVSKI et al., 2017) reportaram ter encontrado um nível baixo de atividade física ou insuficiente para serem considerados como benefício e contribuição para os pacientes oncológicos (Tabela 2).

Tabela 1 - Características e objetivos de estudos sobre nível de atividade física e pacientes oncológicos

| Autores/ Ano | Quantidade de sujeitos | Idade (Média) | Tipo de Câncer | Fase da doença | Objetivo Principal |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Seixas <i>et al.</i> , 2010 | 38 | 60 | Diversos | Em tratamento | Avaliar a realização de atividade física e QV |
| Sabino Neto <i>et al.</i> , 2012 | 36 | 50 | Mama | Pós- tratamento | Avaliar o nível de atividade física de mulheres mastectomizadas sem e com reconstrução mamária |
| Vardar-Yagli <i>et al.</i> , 2015 | 40 | 49 | Mama | Em tratamento | Determinar os níveis de atividade física |
| Mizrahi <i>et al.</i> , 2015 | 95 | 61 | Ovário | Em tratamento | Quantificar os níveis de atividade física |
| Canário <i>et al.</i> , 2016 | 215 | 53 | Mama | Em tratamento | Avaliar a relação entre os níveis de atividade física, fadiga e qualidade de vida |
| Kang <i>et al.</i> , 2017 | 92 | 48 | Mama | Em tratamento | Investigar a correlação entre o nível de atividade física e o estado de saúde mental |
| Ribovski <i>et al.</i> , 2017 | 158 | 40 – 80 | Mama | Em tratamento | Investigar a relação entre qualidade de vida e nível de atividade física |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 2 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre nível de atividade física e pacientes oncológicos

| Autor/Ano | Variáveis (Principais) | Resultados (Principais) |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Seixas et al., 2010 | Nível de atividade física e qualidade de vida | Indivíduos que realizaram mais atividade física apresentaram melhores escores |
| Sabino Neto et al., 2012 | Nível de atividade física | O nível de atividade física entre as mulheres submetidas à reconstrução mamária foi melhor que entre as mulheres sem a reconstrução mamária |
| Vardar-Yagli <i>et al.</i> , 2015 | Capacidade funcional, nível de atividade física, nível de depressão e ansiedade | O nível de atividade física das participantes não foi suficientemente alto para melhorar a saúde |
| Mizrahi, <i>et al.</i> , 2015 | Nível de atividade física, tempo que passava sentada | Participantes com baixo nível de atividade física. Diminuição do nível de atividade física após o diagnóstico |
| Canário <i>et al.</i> , 2016 | Fadiga, nível de atividade física e qualidade de vida | Participantes com níveis mais altos de atividade física demonstraram ter menos sintomas de fadiga e escores mais altos de qualidade de vida |
| Kang <i>et al.</i> , 2017 | Nível de atividade física, qualidade de vida, nível de depressão e ansiedade | O nível de atividade física foi menor nos participantes com câncer do que nos saudáveis |
| Ribovski <i>et al.</i> , 2017 | Nível de atividade física e qualidade de vida | As participantes demonstraram ter um nível insuficiente de atividade física |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Entretanto, até o fechamento do presente estudo, não foram encontrados na literatura relatos de estudos de nenhuma natureza que relacionassem o nível de atividade física e pacientes com neoplasias malignas de pele.

1.2 Atividade física, câncer e estratégias de enfrentamento (*coping*)

O conceito de estratégias de enfrentamento (*coping*) foi estudado por três gerações de pesquisadores. Foram estudos que ocorreram ao longo do tempo e que apresentam diferenças marcantes em suas construções (SULS; DAVID; HARVEY, 1996). Para a primeira geração de pesquisadores, as estratégias de enfrentamento estavam correlacionadas ao mecanismo de defesa, com uma motivação intrínseca, e, inconscientemente, estavam associados a uma maneira de enfrentar conflitos sexuais e agressivos (VAILLAN, 1994).

Na década de 60, uma segunda geração de pesquisadores começou a apontar uma nova perspectiva sobre o *coping*. Essa geração destacou os

comportamentos de enfrentamento e seus determinantes cognitivos e situacionais (SULS; DAVID; HARVEY, 1996). Com isso, o conceito de estratégias de *coping* foi definido como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, enfatizando o processo e os traços de personalidade (LAZARUS; FOLKMAN, 1986).

A terceira geração de pesquisadores tem se concentrado em estudos sobre as convergências entre as estratégias de *coping* e os traços de personalidade. Há evidências de que fatores situacionais não conseguem por si só explicar toda a variação das estratégias utilizadas pelos indivíduos (SULS; DAVID; HARVEY, 1996).

Considerando o enfrentamento como uma atitude, é possível perceber que o indivíduo pode ser um “bom enfrentador” quando esse tem uma resposta eficiente diante de uma situação difícil. Por outro lado, um “mau enfrentador” é aquele indivíduo que tem respostas ineficientes perante a situação difícil. As estratégias de enfrentamento são influenciadas e dependem das características da personalidade de cada indivíduo (ANTONIAZZI et al., 1998).

Ainda são poucos os estudos que discorrem sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com tumores malignos do tipo não melanoma, como mostra a Tabela 3. Constatou-se que os estudos sobre estratégias de enfrentamento têm contribuído para identificar estratégias para a promoção da qualidade de vida e para adesão dos pacientes ao tratamento.

Tabela 3 - Características e objetivos dos estudos sobre estratégias de enfrentamento e pacientes oncológicos

| | Participantes | Idade (Média) | Tipo de Câncer | Fase da doença | Objetivo Principal |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alegrance <i>et al.</i> , 2010 | 82 | 58 | Mama | Pós-tratamento | Verificar o impacto do linfedema e as estratégias de enfrentamento |
| Paula Junior <i>et al.</i> , 2011 | 60 | 53 | Diversos | Em tratamento | Identificar as estratégias de enfrentamento, nível de estresse e bem-estar subjetivo |
| Roberts <i>et al.</i> , 2012 | 63 | 66 | Pele não melanoma | Diversas | Examinar quantitativamente o <i>distress</i> e as estratégias de enfrentamento |
| Khalili <i>et al.</i> , 2013 | 62 | 46 | Mama | Em tratamento | Explorar estratégias de enfrentamento, qualidade de vida, gravidade e interferência da dor |
| Sorato e Osório, 2014 | 85 | 51 | Diversos | Em tratamento | Avaliar desesperança, ansiedade, depressão de pacientes paliativos |
| Czerw, Religioni e Deptala, 2015 | 193 | Não consta | Mama | Em tratamento | Avaliar estratégias de enfrentamento, dor, aceitação do câncer de mama |
| Paek <i>et al.</i> , 2016 | 637 | 56 | Mama | Em tratamento | Examinar a relação entre qualidade de vida e estratégias de enfrentamento |
| Castro <i>et al.</i> , 2016 | 157 | 51 | Mama | Em tratamento | Investigar a relação entre percepção da doença, enfrentamento e variáveis sociodemográficas e clínicas |
| Pascone e Edvardsoon, 2016 | 209 | 78 | Próstata | Em tratamento | Identificar as estratégias de enfrentamento |
| Hidalgo-Troya <i>et al.</i> , 2016 | 120 | 51 | Diversos | Em tratamento | Determinar relação entre estratégias de sobrevivência e a qualidade de vida |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 4 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre estratégias de enfrentamento e pacientes oncológicos

| Autor/Ano | Variáveis (Principais) | Resultados (Principais) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alegrance <i>et al.</i> (2010) | QV e estratégias de enfrentamento | No grupo de mulheres que tinham linfedemas, as estratégias principais usadas foram resolução de problemas, reavaliação, suporte social, fuga e autocontrole. E no grupo das mulheres sem linfedemas foram a reavaliação positiva, fuga, resolução de problemas e suporte social |
| Paula Junior <i>et al.</i> (2011) | Resiliência, bem-estar, estresse e estratégias de enfrentamento | A estratégia de negação do problema foi a mais utilizada entre os pacientes |
| Roberts <i>et al.</i> (2012) | Estratégias de enfrentamento, <i>distress</i> | O comportamento de fuga e o distanciamento foram as estratégias mais utilizadas pelos participantes |
| Khalili <i>et al.</i> (2013) | Dor, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida | As principais estratégias empregadas foram a aceitação, a reavaliação positiva e o apego à religião |
| Sorato e Osório. (2014) | Desesperança, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida | As estratégias mais utilizadas pelos pacientes paliativos se encontravam focadas no problema, sendo essas: suporte social e reavaliação positiva nos dois momentos do estudo |
| Czerw, Religioni e Deptala. (2015) | Dor, aceitação da doença, estratégias de enfrentamento | Entre as estratégias, a de autoafirmação positiva teve a maior média para lidar com a dor |
| Paek <i>et al.</i> (2016) | Qualidade de vida, estratégias de enfrentamento | As estratégias de enfrentamento positivas (reavaliação positiva, apoio social e aceitação) foram mais utilizadas do que as negativas (negação, culpar-se e desengajamento comportamental). No entanto, a QV se correlacionou apenas com as estratégias negativas |
| Castro <i>et al.</i> (2016) | Percepção da doença, estratégias de enfrentamento | Houve uma relação significativa, porém pequena, entre percepção da doença e enfrentamento |
| Pascone e Edvardsoon. (2016) | Estratégias de enfrentamento | A aceitação e a reavaliação positiva proporcionaram maior contribuição individual para as participantes |
| Hidalgo-Troya <i>et al.</i> (2016) | Estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida | A estratégia mais adotada foi atitudes positivas; e a orientação sobre a desesperança foi uma das estratégias menos adotadas |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Como já mencionado anteriormente, um dos modelos teóricos para estudar o *coping*, criado na segunda geração, foi o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1986). O referido modelo indica que *coping* refere-se a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo para gerenciar (reduzir, minimizar, dominar

ou tolerar) as demandas internas e externas, ocasionadas por uma situação de estresse, a qual excede e sobrecarrega os recursos pessoais do indivíduo.

O modelo engloba quatro conceitos principais sobre o *coping*: (a) refere-se a processo ou uma interação que envolve o indivíduo e o ambiente; (b) administrar a situação estressora é sua função, ao invés de controlá-la ou dominá-la; (c) os processos de *coping* implicam como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente concebido na mente do indivíduo; (d) esse também compreende uma mobilização de esforço, por meio da qual os indivíduos irão explorar esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as questões internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

De acordo com Lazarus e Folkman (1986), as estratégias de enfrentamento são classificadas em dois tipos. Quando são focadas na emoção, o *coping* refere-se a um esforço para auxiliar na manutenção do estado emocional do indivíduo, a qual está relacionada ao estresse. Esse tipo de estratégia tem como função diminuir a sensação física desagradável de um estado de estresse psicológico.

No entanto, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema são compostas de esforços que operam para tentar mudar a situação em que o estresse foi inicializado. Têm como função modificar o problema existente na relação entre o indivíduo e o ambiente que ocasiona a tensão.

O questionário Inventário de Estratégias de *Coping*, de Folkman e Lazarus (1986), foi escolhido e utilizado no presente estudo, pois, no Brasil, é um dos poucos questionários de estratégias de enfrentamento validado, traduzido e utilizado como base teórica. Além disso, é um dos modelos mais utilizados na população brasileira.

Esse questionário (FOLKMAN; LAZARUS, 1986) engloba pensamentos e ações utilizados pelos sujeitos para lidar com demandas internas ou externas de um evento específico estressante. Contém 66 itens que compõem oito diferentes fatores:

- 1) Confronto: empenhos agressivos de alteração da situação; indicam um certo grau de hostilidade e de risco.
- 2) Afastamento: empenhos cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
- 3) Autocontrole: empenhos para a regulação dos próprios sentimentos e ações.
- 4) Suporte Social: empenhos de procura de suporte informativo e social.

- 5) Aceitação de responsabilidade: empenho de reconhecer o próprio papel no problema e simultaneamente tentar recompor a situação.
- 6) Fuga-esquiva: empenhos cognitivos e comportamentais desejados para fugir ou evitar o problema.
- 7) Resolução de problemas: empenhos deliberados, focados sobre o problema, para alterar a situação. Associam-se, assim, com uma abordagem analítica para a solução do problema.
- 8) Reavaliação positiva: empenhos de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, relacionando também a uma dimensão religiosa.

1.3 Atividade física, câncer e estresse

Fisiologicamente, quando o cérebro se depara com uma ameaça de situação perigosa e estressante (seja um predador, um assaltante, um acidente ou um desastre natural), há uma ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso autônomo. O organismo necessita dessa resposta normal do estresse para sobreviver a tais situações. Porém, quando essa resposta do cérebro ocorre excessiva e inadequadamente, torna-se prejudicial à saúde (MCEWEN, 2007).

Selye (1976) foi um dos primeiros estudiosos a escrever sobre a definição de estresse. De acordo com o autor, o estresse é uma resposta não específica do corpo a qualquer demanda produzida por um agente estressor. O autor diz, ainda, que o estresse se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que se constitui do desenvolvimento cronológico da resposta aos agentes estressores quando a ação é prolongada. A SGA é constituída de três fases: a reação de alarme; estágio de resistência; e o estágio de exaustão.

Para Mcewen (2007), o estresse descreve experiências que são desafiadoras emocionalmente e fisiologicamente. O “estresse saudável”, aquele que se refere às experiências que têm duração limitada, sobre as quais o indivíduo tem domínio e que ao final deixam um sentimento de realização e alegria, é chamado de *eustress*. Porém, quando essa experiência fica fora do controle, é recorrente, irritante e exaustiva física e emocionalmente, torna-se um “estresse não saudável”, o qual é denominado *distress*.

Na literatura, foram encontrados estudos que apontam que o aumento do *distress* de pacientes com câncer de pele está relacionado com aceitar a

responsabilidade da situação (TRASK et al., 2001), ou afastar-se dela (ROBERTS et al., 2012), desengajamento comportamental (TESIO et al., 2017) e preocupações com a reincidência do câncer (RADIOTIS, 2014). No entanto, o nível de *distress* (estresse não saudável) (MCEWEN, 2007) não corresponde ao nível de estresse percebido, o qual foi foco desse estudo.

A Escala de estresse percebido foi desenvolvida por Cohen, Karmack e Mermelstein, em 1983. Esta afere o grau em que um indivíduo avalia as suas situações de vida como estressantes. Originalmente, a escala possuía 14 questões (versão longa) sobre como a pessoa sentiu ou pensou do mês anterior ao momento em que responde a elas (COHEN; KARMACK; MERMELSTEIN, 1983). Posteriormente, os autores desenvolveram duas versões mais curtas: uma contendo 10 itens (PSS-10), a qual mostrou fortes características psicométricas em comparação com a versão PSS-14, e uma versão de apenas quatro itens (PSS-4), a qual é utilizada somente como instrumento de amostragem para grandes levantamentos (COHEN; WILLIAMSON, 1988).

As respostas são dadas em uma escala qualitativa com quatro alternativas, variando entre *nunca* e *muitas vezes*, em relação à frequência que os eventos ocorreram, com pontuação entre zero e quatro, sendo que metade dos itens são negativos e metade são positivos, de tal forma que a pontuação final deva somar os valores dos itens revertendo os itens positivos, de modo que a pontuação mais elevada corresponda ao maior estresse (RIBEIRO; MARQUES, 2009)

Os autores da escala utilizada admitem que alguns itens de tal escala se sobrepõem com sintomatologia depressiva (COHEN; KARMACK; MERMELSTEIN, 1983). As Tabelas 5 e 6 mostram alguns estudos sobre pacientes oncológicos e estresse percebido, os quais utilizaram essa mesma escala.

Tabela 5 - Características e objetivos dos estudos sobre estresse percebido e pacientes oncológicos

| Autor/Ano | Participantes | Idade (anos) | Tipo de Câncer | Fase da doença | Objetivo Principal |
|-------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyacinth <i>et al.</i> (2006) | 136 | 39 – 92 | Próstata | Pós-Tratamento | Verificar QV e o estresse percebido |
| Ho <i>et al.</i> (2016) | 139 | 49 (média) | Mama | Em tratamento | Verificar a eficácia da dançaterapia na melhora dos sintomas relacionados ao tratamento |
| Russel <i>et al.</i> (2017) | 291 | 25 – 96 | Melanoma | Em tratamento | Investigar a relação entre percepção de estresse e meditação autorreflexiva |
| Vadiraja <i>et al.</i> (2017) | 91 | 51 (média) | Mama | Em tratamento | Investigar a influência do Yoga na fadiga relacionada ao tratamento |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Tabela 6 - Descrição das variáveis e resultados dos estudos sobre estratégias de enfrentamento e pacientes oncológicos

| Autor/Ano | Variáveis (Principais) | Resultados (Principais) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hyacinth <i>et al.</i> (2006) | QV e estresse percebido | Pacientes que não recebiam informações suficientes tinham um nível de estresse elevado |
| Ho <i>et al.</i> (2016) | Fadiga, dor, estresse percebido, qualidade de vida, ansiedade e depressão | Diminuição do estresse percebido e da gravidade e interferência da dor |
| Russel <i>et al.</i> (2017) | Consciência afetiva, estresse percebido | A meditação autorreflexiva pode beneficiar pacientes com melanoma que tenham alto nível de estresse |
| Vadiraja <i>et al.</i> (2017) | Fadiga, estresse percebido | Programa de yoga diminuiu o estresse percebido e a fadiga de pacientes com câncer de mama |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

1.4 Atividades lúdicas e a humanização de serviços de saúde

Em 2004, no Brasil, a humanização na área da saúde começou a ter mais atenção e a ser mais estudada. Com isso, surgiram novas leis e regulamentos no âmbito governamental.

A Política Nacional de Humanização (PNH) nasceu com propostas de mudanças nos serviços de saúde em todos os níveis e com o objetivo de traduzir princípios e modos de atuar no conjunto das relações entre profissionais da saúde e usuários (BRASIL, 2004).

De acordo com Rios (2009), a humanização tem como base o respeito e a valorização da pessoa humana. Compõe um processo que tem como alvo a transformação de uma cultura institucional através de compromissos éticos e de métodos de uma produção coletiva para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

Os cinco princípios norteadores da PNH (BRASIL, 2004, p. 9) englobam:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Um dos ambientes hospitalares em que é importante que a humanização ocorra é a sala de espera. Segundo Teixeira e Veloso (2006), essa é um espaço público, no qual ocorre um processo interativo entre pacientes e acompanhantes enquanto eles aguardam para serem atendidos e terem respostas para seu mal-estar. Entretanto, é necessário e importante que as pessoas se sintam compreendidas e acolhidas nesse processo.

A sala de espera pode oferecer mais do que somente um espaço para as pessoas esperarem por atendimento de saúde. Pode ser um espaço de divulgação de informações e atividades que auxiliem a população em prol de sua saúde (REIS et al., 2014).

Alguns estudos (COOPER; FOSTER, 2007; PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011) sobre atividades com a finalidade de humanização já foram realizados com adultos. Uma das opções de humanização para auxiliar no enfrentamento da doença e da convivência em setores hospitalares é a inserção de atividades lúdicas. Embora ainda sejam escassos os estudos sobre a sala de espera, o estudo de Costa Junior et al. (2006) aponta que o ambiente da sala de espera enfrenta o desafio de se tornar um espaço mais natural, que ofereça oportunidades para expressão de sentimentos, dúvidas, receios e desejos para os pacientes que aguardam para serem atendidos, além de ser também um espaço

para recebimento de informações sobre tratamentos de intervenção e prevenção da patologia.

Uma possibilidade de atividade na sala de espera tem sido apontada na literatura sobre câncer infantil: é a oferta de diferentes atividades de lazer, tanto na sala de espera quanto para crianças hospitalizadas. Isso tem mostrado que a prática lúdica pode contribuir para diminuição significativa nos comportamentos não facilitadores apresentados ao tratamento (MOTTA; EMUNO, 2010), auxiliando no conhecimento e compreensão do tratamento recebido (NASCIMENTO; CASTANHEIRA, 2012) e amenizando o processo de internação (DIAS et al., 2013).

No entanto, estudos com pacientes oncológicos adultos e a utilização de atividades lúdicas como um recurso terapêutico ainda são escassos. Foi encontrado, até o momento, apenas o estudo de Giuliano et al. (2009), o qual reporta uma experiência clínica realizada com atividades lúdicas e mulheres com câncer de mama e ginecológico. Eles argumentaram que a descontextualização momentânea de estado de doença, ocorrida através de atividades de contação/criação de histórias, seguidas de discussão, possibilitou resgate da individualidade de cada paciente, além de contribuir para que o paciente compreendesse e expressasse suas angústias, seus receios, falando diretamente sobre a história de sua doença.

Legalmente, no Brasil, a necessidade de lúdico da criança foi reconhecida em diferentes setores. A Lei nº 11.104 dispôs sobre a instalação de brinquedotecas em unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico (BRASIL, 2005). Por outro lado, ainda não há leis ou regimentos no Brasil que discutem sobre a inserção de atividades lúdicas em tratamentos de câncer especificamente para adultos.

Porém, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma-se que o lúdico é um direito de todo ser humano (UM GENERAL ASSEMBLY, 1948). O lúdico é importante também para o adulto, pois esse faz parte da vida de todo ser humano. Essa é uma atividade livre que pode absorver o ser humano intensa e totalmente, em que o interesse material e a obtenção de lucro não se apresentam praticados nos limites espaciais e temporais (HUIZINGA, 2007).

Uma atividade lúdica que pode ser utilizada para adultos como ferramenta de humanização na área da saúde é o jogo. Segundo Dohme (2003), o jogo permite que os jogadores entrem em um mundo lúdico e possam criar ações de sua própria vontade, no entanto, eles têm consciência que ao final do jogo estarão de volta ao mundo real.

O jogo para o adulto é algo supérfluo, o qual pode ser dispensado de sua vida. Porém, na medida que esse produz prazer para o indivíduo, o jogo começa a ter uma importância e se torna uma necessidade (HUIZINGA, 2007).

2 PROCEDIMENTOS INVESTIGATIVOS

2.1 Classificação e local do estudo

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal, que parte da observação da realidade, para identificar pessoas e características passíveis de futura intervenção, a partir de medidas de associação entre diferentes fatores (ARAGÃO, 2011). Esse tipo de estudo permite identificar fatores de risco ou efeito de exposição, que podem estar associados a uma determinada doença (FRONTEIRA, 2013). No presente estudo são considerados como fatores de risco as seguintes variáveis: prática de atividade física, *coping* (estratégias de enfrentamento) e estresse, relacionadas a neoplasias malignas do tipo não melanoma.

2.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo 90 pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma, escolhidos aleatoriamente, no ambulatório de dermatologia do Hospital das Clínicas da Unicamp. O tamanho mínimo da amostra foi determinado considerando-se o fluxo de pacientes nessa enfermaria, na ocasião do estudo, bem como o tempo gasto para coleta de dados e o número de pacientes analisados nos estudos de Ahadi et al. (2014) e Sorato e Osório (2014) sobre estratégias de enfrentamento (*coping*) em pacientes com diferentes tipos de câncer, 80 e 85 pacientes, respectivamente. Não foram encontrados, até o momento, estudos com esta variável em pacientes com neoplasias malignas de pele do tipo não melanoma.

Critérios de inclusão: adultos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 40 anos, com neoplasia maligna de pele do tipo não melanoma, que estavam na fase de tratamento ou pós-tratamento, esperavam para consulta e ou intervenção em salas destinadas para estes fins, no ambulatório, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, constante do Apêndice A.

Critérios de exclusão: foram excluídos os pacientes que por qualquer motivo interromperam a coleta de dados antes do término.

2.3 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética das duas instituições responsáveis pela pesquisa (UNIMEP e UNICAMP), conforme consta do Apêndice B e C, respectivamente. Também se obteve a autorização do ambulatório de Dermatologia e do Hospital das Clínicas da UNICAMP, para a realização da pesquisa, conforme o Apêndice D.

Os participantes foram informados dos procedimentos a serem seguidos; o TCLE foi lido em voz audível e o paciente deu seu consentimento livre esclarecido por escrito, conforme modelo no Apêndice A, após ter sanado todas as dúvidas relativas a ele. O TCLE foi coletado em uma sala do ambulatório, onde foram preenchidos os questionários e realizadas as atividades lúdicas.

2.4 Materiais e métodos

A ordem do atendimento da consulta era pré-estabelecida pelos médicos, sem conhecimento do pesquisador, e, após a consulta médica, o paciente era convidado para participar deste estudo, recebendo as devidas explicações sobre a pesquisa.

Aqueles que concordavam em participar eram convidados para se dirigirem a uma das salas do ambulatório, enquanto aguardavam serem chamados para outros procedimentos pela equipe médica e/ou de enfermagem, sendo garantido que todos os procedimentos previstos na rotina do paciente, para aquele dia, fossem mantidos como planejados pela equipe médica.

Nesta sala, coletava-se a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, em seguida, o paciente era convidado para participar de uma atividade lúdica. Quando esse concordava em realizá-la, prosseguia-se com um jogo de salão seguido do preenchimento dos formulários. No caso de o paciente não concordar em participar da atividade lúdica, prosseguia-se diretamente para os formulários.

O perfil dos pacientes foi realizado através de um formulário que continha questões sobre idade, sexo, tipo e quantidade de vezes que teve o diagnóstico de câncer, como mostra o Apêndice E.

A decisão de utilizar questionários em forma de formulários (o pesquisador lê em voz alta uma questão de cada vez e suas respectivas alternativas de resposta e

anota a resposta obtida, sem realizar nenhum comentário ou explicação adicional) se deu em função da dificuldade dos pacientes em preencher os questionários, devido à idade ou nível de escolarização, conforme observado em estudos-pilotos.

Os dados foram coletados por um único pesquisador. Cabe ressaltar que a logística do ambulatório para abordar o paciente deixou o pesquisador também com tempo de espera, permitindo-lhe abordar apenas dois ou três pacientes por dia, pois cada coleta levava, em média, 40 minutos.

Para verificação do nível de aderência à atividade física, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), versão curta, conforme o Anexo A. O instrumento já foi validado para aplicação na população brasileira (MATSUDO et al., 2001).

O Inventário de Estratégias de *Coping*, de Folkman e Lazarus (1984), foi usado para avaliar as estratégias de enfrentamento em relação a uma situação estressante. Os resultados obtidos com este instrumento indicam que é a situação que determina o padrão para estratégias de enfrentamento (*coping*) e não variáveis pessoais. Este instrumento, constante do Anexo B, foi devidamente validado para população brasileira por Savóia et al. (1996).

A Escala de estresse percebido (COHEN, et al., 1983) foi utilizada para verificar o nível de estresse dos participantes. A escala utilizada nesse estudo foi a versão curta, com dez questões (PSS-10). Este instrumento já foi devidamente validado para a população Brasileira por Reis et al. (2010); a escala encontra-se no Anexo C.

As atividades lúdicas oferecidas foram jogos de salão, como dominó, jogo da memória, jogo da dama e jogo Uno. Eles foram selecionados pelo potencial lúdico e por suas características de desafio (CALLOIS, 1990). Cada paciente escolheu qual jogo preferia jogar. Ao final de cada jogo, os materiais foram higienizados com álcool.

2.5 Tratamento estatístico

Uma análise descritiva foi realizada, com cálculo da distribuição dos dados mínimo, máximo, média, intervalo interquartil e desvio-padrão. A consistência interna das respostas obtidas nos questionários foi verificada com o Teste de confiabilidade

Alfa de Cronbach, com variação que compreende valores de 0,00 = ausência de confiabilidade a 1,00 = perfeita confiabilidade (CRONBACH; SHAVELSON, 2004).

O teste de regressão linear múltipla seguiu o método de passos sucessivos (stepwise) para avaliar o poder preditivo das variáveis (idade, estratégia de enfrentamento e estresse) sobre o nível de atividade física. O modelo linear de regressão foi ajustado considerando-se quatro parâmetros (constante, reavaliação positiva, não aceitação de responsabilidade e estresse).

Para avaliar a influência das variáveis (idade, sexo, diagnóstico e estresse) na aceitação de jogos de salão, no período de espera por procedimentos, foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e teste de Mann-Whitney U. Os cálculos foram feitos a partir do *software* SPSS (versão 20).

3 RESULTADOS

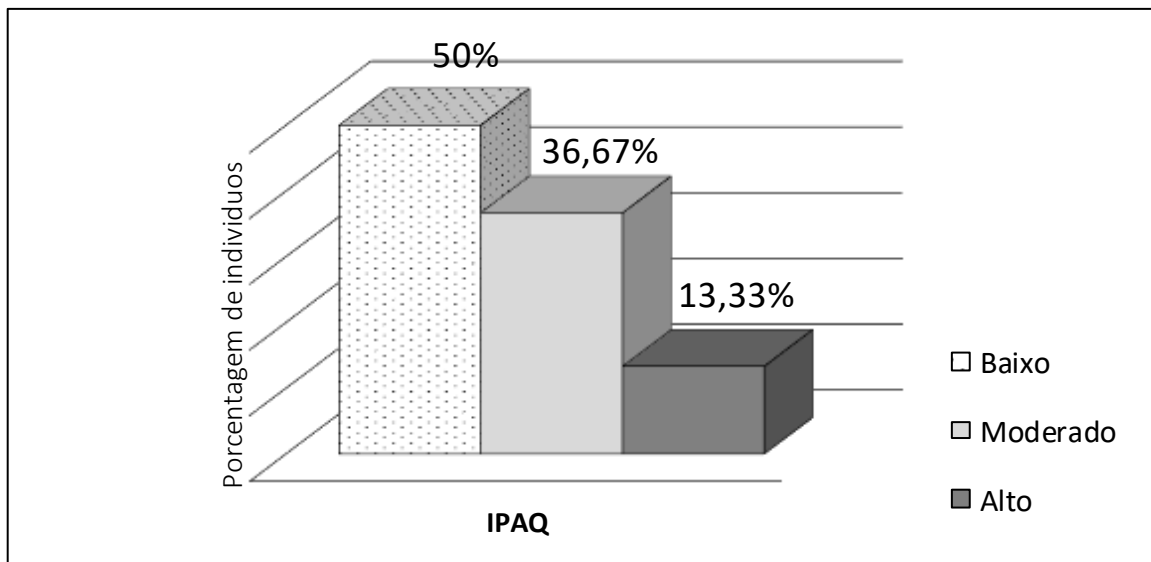
Participaram do estudo 90 pacientes, de ambos os sexos, 55 mulheres e 44 homens. A média etária foi de 68 anos, sendo a menor idade de 40 anos e 90 a maior. A maioria dos participantes (70%) já teve ou tem múltiplos tipos de tumores de pele não melanoma; 26,67% tiveram apenas carcinomas basocelulares e 3,33% carcinomas espinocelulares.

3.1 Atividade física, estresse psicológico e estratégias de enfrentamento

Em relação ao nível de atividade física dos participantes, a pontuação mínima atingida foi de 0 METs-min./semana e a pontuação máxima foi de 48.048 METs-min./semana.

Metade (50%) dos participantes foi classificada com um nível de atividade física baixo. Como mostra o Gráfico 1, 36,67% dos participantes estavam com um nível moderado e somente 13,33% foram classificados com nível de atividade física alto.

Gráfico 1 – Classificação dos participantes nos diferentes níveis de atividade física (IPAQ)



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A respeito das respostas obtidas no questionário de estratégias de enfrentamento, essas foram consideradas válidas, dado que o coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,87. Esses valores atestam confiabilidade satisfatória ao

instrumento. A Tabela 7 mostra o Alpha de Cronbach separadamente em cada domínio.

Tabela 7- Coeficiente de Alpha de Cronbach do questionário de estratégias de enfrentamento

| Domínio | Número de questões | Alpha de Cronbach |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Confronto | 6 | 0,38 |
| Afastamento | 6 | 0,46 |
| Autocontrole | 7 | 0,34 |
| Suporte Social | 6 | 0,53 |
| Aceitação de Responsabilidade | 4 | 0,41 |
| Fuga e Esquiva | 8 | 0,53 |
| Resolução de problemas | 6 | 0,57 |
| Reavaliação Positiva | 7 | 0,64 |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

A Tabela 8 faz uma análise descritiva dos dados referentes aos domínios de estratégia de enfrentamento da amostra do estudo. Observou-se que as estratégias (domínios) que obtiveram médias altas foram: afastamento (9,47); reavaliação positiva (8,37); e o suporte social (8,09).

Por outro lado, os domínios que apresentaram baixas médias foram: aceitação de responsabilidade (2,62) e confronto (5,41), como ilustra a Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição da pontuação dos diferentes domínios da estratégia de enfrentamento

| Domínios | Mínimo | Máximo | Média (Desvio-Padrão) |
|-------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|
| Afastamento | 3 | 18 | 9,47 ($\pm 2,95$) |
| Reavaliação positiva | 0 | 18 | 8,37 ($\pm 3,47$) |
| Suporte social | 2 | 17 | 8,09 ($\pm 3,00$) |
| Autocontrole | 1 | 15 | 7,20 ($\pm 3,04$) |
| Resolução de problemas | 0 | 16 | 5,83 ($\pm 3,26$) |
| Fuga-esquiva | 0 | 19 | 5,66 ($\pm 3,44$) |
| Confronto | 0 | 19 | 5,41 ($\pm 2,80$) |
| Aceitação de responsabilidade | 0 | 9 | 2,62 ($\pm 2,00$) |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

O valor do coeficiente de Alpha de Cronbach apresentou um baixo valor (0,29). A Tabela 9 mostra que as questões sete e oito podem ser excluídas pois não

houve bom entendimento dos participantes em relação a elas. Com isso, ao serem excluídas, o valor do Alpha de Cronbach passa a ser de 0,58.

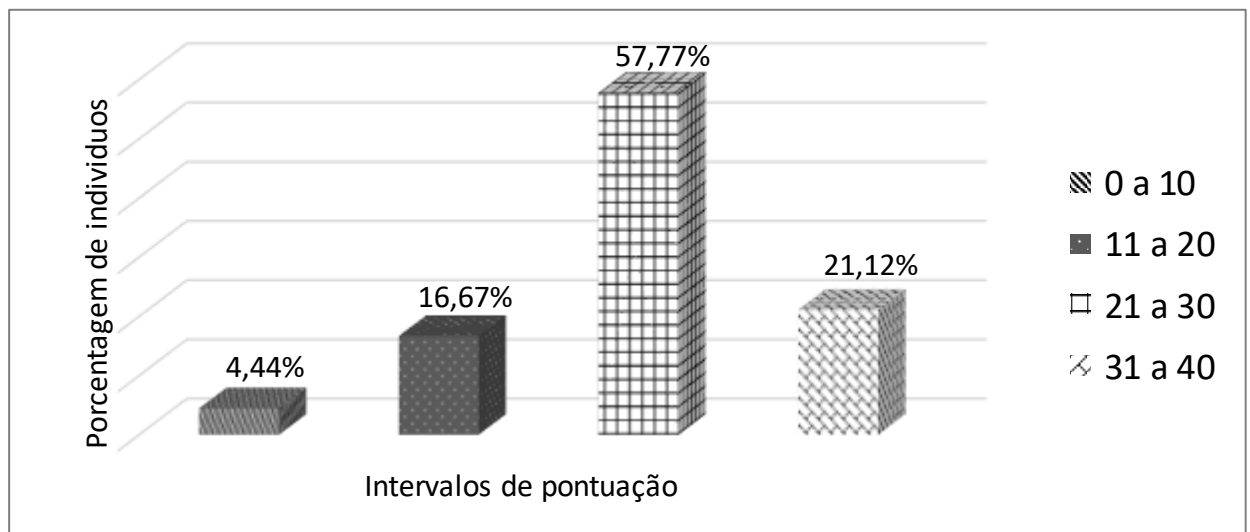
Tabela 9– Coeficiente Alpha de Cronbach de cada questão da escala de estresse percebido

| Questões | Alpha de Cronbach se item da escala for deletado |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1) Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? | 0,14 |
| 2) Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? | 0,10 |
| 3) Você tem se sentido nervoso e “estressado”? | 0,09 |
| 4) Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? | 0,32 |
| 5) Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? | 0,36 |
| 6) Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? | 0,15 |
| 7) Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? | 0,44 |
| 8) Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? | 0,43 |
| 9) Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? | 0,19 |
| 10) Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? | 0,18 |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

Na escala de estresse percebido, o valor mínimo da pontuação atingida foi de dois pontos e o máximo foi de 35 pontos. Verifica-se que a maioria (60%) dos participantes obteve uma pontuação de 21 a 30 pontos. 18,91% dos participantes alcançaram uma pontuação de 31 – 40 pontos; 16,65% de 11 a 20 pontos; e 4,44% dos participantes no intervalo de 0 – 10 pontos. Com isso, atesta-se que a maioria dos participantes estava com um nível de estresse elevado, como ilustrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Intervalos de pontuação da escala de estresse percebido



Fonte: Elaborado pela autora (2018).

O resultado do teste de regressão linear múltipla (Tabela 10) mostrou que cada unidade do domínio reavaliação positiva contribui significativamente para aumentar o nível de atividade física, com intervalo de contribuição de 414 a 1.075, considerando o intervalo de confiança de 95%.

Tabela 10- Resultados estatisticamente significativos entre o nível de atividade física e os domínios das estratégias de enfrentamento e estresse.

| Variáveis | Coefficiente | IC 0,95 | P- Valor |
|-------------------------------|--------------|------------------|----------|
| Constante | 1.365 | [-3.061, 5792] | 0,54 |
| Reavaliação Positiva | 745 | [414, 1.075] | < 0,001 |
| Aceitação de responsabilidade | - 696 | [- 1.268, - 125] | 0,017 |
| Estresse | - 148 | [- 295, - 1,67] | 0,047 |

Ajuste: $R^2 = 0,21$

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

3.2 Aceitação da inclusão de jogos de salão no período de espera por procedimentos no ambulatório de dermatologia

Com relação à aceitação da inclusão de jogos de salão no período de espera, os participantes foram divididos em dois grupos: o G1, composto por pacientes que não aceitaram (70%) o convite, e o G2, pacientes que aceitaram (30%) participar dos jogos de salão.

Ao analisar o perfil dos pacientes do grupo G1, observar-se que a maioria dos pacientes estava na faixa etária entre 60 a 79 anos, sendo que 33,34% dos

pacientes tinham 60 a 69 anos e 28,57% tinham 70 a 79 anos. A Tabela 11 ainda mostra que mais da metade (57,15%) desses pacientes eram do sexo feminino e já teve mais de um (71,43%) diagnóstico de tumor de pele não melanoma. Em relação ao estresse, nota-se que 71,42% dos casos obtiveram uma pontuação no intervalo de 21 a 30 pontos.

Considerando-se os pacientes do grupo G2, verifica-se que 37,03% estavam na faixa de 70 a 79 anos e 51,86% eram do sexo feminino. Quanto à quantidade de diagnósticos de tumores de pele não melanoma, 66,67% dos pacientes já haviam tido mais de um tumor. Sobre o estresse desses pacientes que aceitaram os jogos, notou-se que 51,85% atingiram uma pontuação de 11 a 20 pontos, como mostra a Tabela 11:

Tabela 11 - Distribuição das categorias e teste do Qui-quadrado dos diferentes grupos

| Variáveis (Qui-quadrado) | Categorias | G1 n = 63 | | G2 n = 27 | |
|-----------------------------|----------------|--------------|-------|--------------|-------|
| | | N | % | N | % |
| Idade (p= 0,84) | 40 a 59 anos | 14 | 22,22 | 6 | 22,22 |
| | 60 a 69 anos | 21 | 33,34 | 8 | 29,62 |
| | 70 a 79 anos | 18 | 28,57 | 10 | 37,03 |
| | 80 a 90 anos | 10 | 15,87 | 3 | 11,13 |
| Sexo (p= 0,64) | Feminino | 36 | 57,15 | 14 | 51,86 |
| | Masculino | 27 | 42,85 | 13 | 48,14 |
| Diagnóstico (p= 0,65) | Único | 18 | 28,57 | 9 | 33,33 |
| | Mais de um | 45 | 71,43 | 18 | 66,67 |
| Estresse (p < 0,001) | 0 a 10 pontos | 0 | 0 | 4 | 14,81 |
| | 11 a 20 pontos | 1 | 1,60 | 14 | 51,85 |
| | 21 a 30 pontos | 45 | 71,42 | 7 | 25,93 |
| | 31 a 40 pontos | 17 | 26,98 | 2 | 7,41 |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

A distribuição das estratégias de enfrentamento nos grupos mostrou um perfil similar na utilização dos diferentes domínios das estratégias de enfrentamento, como ilustrado na Tabela 12.

Tabela 12- Distribuição das médias dos diferentes domínios de enfrentamento nos dois grupos e teste de Mann-Whitney U entre os dois grupos

| Variável | Domínio | Aceitaram jogar Média (Desvio-Padrão) | Não aceitaram jogar Média (Desvio-Padrão) | Mann-Whitney U |
|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Estratégia de enfrentamento | Confronto | 5,46 (±2,93) | 5,29(±2,49) | z= 0,92 |
| | Afastamento | 9,31 (±3,07) | 9,81(±2,63) | z= 0,41 |
| | Autocontrole | 7,19 (±3,13) | 7,22(±2,83) | z= 0,91 |
| | Suporte Social | 8,34 (±2,83) | 7,48(±3,29) | z= 0,19 |
| | Aceitação e responsabilidade | 2,53 (±1,88) | 2,81(±2,27) | z= 0,86 |
| | Fuga e esquiva | 5,50 (±3,44) | 6,03(±3,42) | z= 0,44 |
| | Resolução de problemas | 5,80 (±2,93) | 5,88(±3,96) | z= 0,91 |
| | Reavaliação Positiva | 8,38 (±3,26) | 8,33(±3,94) | z= 0,51 |

Fonte: Elaborada pela autora (2018).

4 DISCUSSÃO

4.1 Atividade física, estresse psicológico e estratégias de enfrentamento

O presente estudo avaliou o nível de atividades físicas e de estresse e as estratégias de enfrentamento (*coping*) de pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma. Os dados mostraram que a maioria dos pacientes tem baixo nível de atividade física. Isso é preocupante porque a falta de atividade física pode trazer efeitos negativos a pessoas saudáveis, e este risco aumenta quando se trata de pacientes com doenças crônicas, pois, pode trazer outros comprometimentos ou agravos da doença.

Embora não foram encontrados até o momento outros estudos sobre o nível de atividade física de pacientes com câncer de pele do tipo não melanoma, os resultados desse estudo corroboram o nível de atividade física encontrado em casos de câncer de mama nas pesquisas de Vardar-Yagli et al. (2015) e Doo Kang et al. (2017), os quais utilizaram-se do questionário IPAQ- versão curta, e também nos estudos de Ribovski et al., 2017, com o IPAQ- versão longa, que mostram um baixo nível de atividade física nos pacientes com câncer.

Em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas, verifica-se que os domínios que tiveram maiores médias foram de afastamento, reavaliação positiva e suporte social. Um estudo sobre câncer de pele não melanoma realizado por Roberts et al. (2012), porém com outro tipo de questionário, mostrou que o comportamento de fuga e o distanciamento eram as estratégias mais utilizadas no grupo estudado. Com o mesmo instrumento utilizado no presente estudo (inventário de estratégia de enfrentamento), porém com câncer de mama, o estudo de Alegrance et al. (2010), com mulheres com e sem linfedemas, mostrou resultados similares, bem como o estudo de Sorato e Osório (2014), realizado com diversos tipos de câncer.

Outros questionários também demonstraram que os domínios relativos à reavaliação positiva e suporte social estavam entre os de maior média; o estudo de Czerw, Religioni e Deptala (2015), que teve como estratégia de maior média a de autoafirmação positiva; o de Paek et al. (2016), as de apoio social e aceitação; e no de Pascone e Edvardsoon (2016), as estratégias foram a de aceitação e a reavaliação positiva.

Os domínios menos citados foram aceitação de responsabilidade e confronto, o que está de acordo com Alegrance et al. (2010), enquanto que no de Sorato e Osório (2014) encontrou-se confronto e fuga.

Verifica-se, assim, que as estratégias com maiores médias são positivas para o tratamento, pois o domínio de reavaliação positiva; tendo em vista que isto refere-se a empenhos de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. O uso de estratégia de suporte social auxilia na aderência ao tratamento e na busca de novos recursos. Considera-se, assim, que ambas as estratégias de enfrentamento contribuem para o tratamento de maneira positiva, devendo ser incentivadas. A estratégia de afastamento, indicada por referir-se a empenhos cognitivos de desprendimento e minimização da situação, também pode contribuir com o tratamento, pois auxilia a pessoa a não focar apenas na condição de saúde que se encontra, liberando-a para pensar em outras áreas de sua vida.

Uma das estratégias que obteve menor média foi de aceitação de responsabilidade, a qual refere-se ao empenho de reconhecer o próprio papel no problema e simultaneamente tentar recompor a situação. Essa estratégia, quando não muito utilizada, pode implicar em que o paciente não enxergue qual o seu papel perante ao tratamento e os cuidados que deve tomar para que não ocorra uma reincidência do câncer. Nesses casos, seria recomendado que os pacientes fossem estimulados para aceitar o seu papel de responsabilidades sobre suas condições, para que possa colaborar mais efetivamente com o tratamento e a prevenção.

Entre as estratégias de enfrentamento existem algumas que não são desejáveis, tais como o domínio de confronto, que se refere a empenhos agressivos de alteração da situação, que indicam um certo grau de hostilidade e de risco. No grupo estudado, essa estratégia apresentou um baixo valor, o que pode ser considerado positivo para o tratamento. Isto também ocorreu nos estudos de Alegrance et al. (2010) e Sorato e Osório (2014).

A maioria dos pacientes (78,91%) relatou estresse elevado dado que atingiram mais do que 50% da pontuação total de estresse, confirmando a ideia de que a condição de estar fazendo esse tratamento é estressante. Entre os poucos estudos sobre estresse em paciente com câncer de pele não melanoma encontram-se os de Roberts et al. (2012), que verificaram alto grau de estresse entre os pacientes, considerando-os como ansiedade e depressão; da mesma maneira

Czajkowska et al. (2013) obtiveram que um em cada cinco pacientes analisados tinha alto nível de estresse, e Korner et al. (2016) encontraram taxas de 49% a 54%.

Assim sendo, é importante que em tratamentos antineoplásicos seja considerado o nível de estresse dos pacientes, pois este pode ter influência negativa nesses tratamentos.

Verificou-se que a regressão linear múltipla indicou que o domínio de reavaliação positiva favoreceu a prática de atividade física, e que o nível de estresse, bem como a falta de aceitação de responsabilidade, não a favorece. Em outras palavras, pode-se dizer que a prática de atividade física colabora para a diminuição do estresse e da falta de aceitação de responsabilidade, enquanto que aumenta a reavaliação positiva.

A falta de aceitação de responsabilidade, dada por sua baixa média de indicação, e o baixo nível de atividade física dos pacientes indicam que a atividade física, além de colaborar na recuperação fisiológica (PEDDLE-MCINTYRE et al., 2012; REIS et al., 2012), é importante no enfrentamento da doença, considerando-se também que o exercício físico está relacionado com os domínios de reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade. Tendo em vista também que a prática de atividade física foi inversamente proporcional ao estresse, tem-se que é necessário estimular a prática de atividade física desses pacientes.

No entanto, apesar de serem muitos os estudos que demonstram os benefícios da prática de atividade física de pacientes com câncer, entre os quais redução dos níveis de fadiga (REIS et al., 2012; CANTARERO-VILLANUEVA et al., 2013), melhora na força muscular (QUIST et al., 2012; PEDDLE-MCINTYRE et al., 2012; CANTARERO-VILLANUEVA et al., 2013), na aptidão cardiovascular (MONGA et al., 2007; COURNEYA et al., 2009), melhora no estado de humor (KEAYS, et al., 2008; CANTARERO-VILLANUEVA et al., 2013), redução da fadiga mental (SPROD et al., 2015) e no aumento na autoestima (COURNEYA et al., 2007; SUH et al., 2013), ainda são poucos os locais no Brasil que oferecem/divulgam a prática de atividade física como coadjuvante no tratamento. É necessário, portanto, a introdução de políticas públicas que revertam esse quadro, bem como ações de diferentes setores para disseminar essas informações para os pacientes e para a equipe de saúde que com eles atua.

Diante dos poucos estudos sobre o nível de atividade física de pacientes com câncer de pele não melanoma, os resultados aqui encontrados são relevantes para o

avanço do estudo na área. E, como no local onde ocorreu o presente estudo não há ainda oferta de atividades física, sugere-se que: a) seja disseminado entre os pacientes informação sobre a relação entre a prática de atividade física e os benefícios desta nos tratamentos de câncer; b) encaminhamento dos pacientes para locais que ofereçam programas de atividades físicas supervisionados e sistematizados; c) sejam feitos esforços para viabilizar a oferta de tais programas dentro do tratamento oferecido.

4.2 Aceitação da inclusão de jogos de salão no período de espera por procedimentos no ambulatório de dermatologia

Em relação à introdução de jogos de salão feita na sala de espera por procedimentos no ambulatório, verificou-se a aderência de 30% dos pacientes a tais atividades em apenas uma abordagem. Considerando-se dois grupos, os que aceitaram jogar e os que não aceitaram jogar, averiguou-se que os perfis dos dois grupos eram similares. O teste de Qui-quadrado demonstrou haver diferença significativa apenas no nível de estresse, sendo que o grupo não aderente ao jogo relatou maior nível de estresse. Verifica-se, assim, que as atividades de jogos podem ser aceitas em tratamentos em diferentes idades, para diferentes sexos e diagnósticos de câncer de pele não melanoma.

Além da influência negativa encontrada entre o nível de estresse e a prontidão para participar de jogos de salão associados durante a espera por tratamento, verificou-se também alta prevalência (98,4%) de pacientes que não quiseram jogar e tinham alto nível de estresse. Isso mostra que pode estar ocorrendo, nesse ambulatório, o que tem sido relatado em outros estudos: o ambiente ambulatorial produz estresse.

Cria-se, assim, um ciclo vicioso, no qual o ambiente produz estresse e o estresse dificulta a participação em atividades que poderiam contribuir para o bem-estar. O estudo de Giuliano et al. (2009) mostrou que a descontextualização momentânea de estado de doença, ocorrida através de atividades lúdicas, possibilitou resgate da individualidade de cada paciente.

A introdução de jogos de salão propõe respeito e valorização da pessoa humana, princípios básicos da humanização proposta por Rios (2009), bem como a valorização da dimensão subjetiva e social, que fortalece processos integradores

(BRASIL, 2000), além de permitir que seja modificado o ambiente, trazendo-o da esfera da dor para a esfera do lúdico.

Ao praticar jogos de salão o paciente se predispõe a seguir regras que orientam o jogo, bem como se beneficia dos elementos lúdicos que compõem o jogo, dentre os quais o desafio e a competição (CAILLOIS, 1990).

Além disso, com diria Huizinga (2007), o ser humano é um ser lúdico porque está inserido em sua cultura, acompanhando-a e marcando-a desde as origens da civilização até os dias atuais. Com isso, faz-se necessário que seja incentivada a prática desses jogos em tais ambientes.

Reconhece-se como a limitação desse estudo que o paciente foi abordado apenas uma vez e que isso pode ter causado estranhamento e contribuído para a não adesão. Também não foi investigado qual foi o real motivo pelo qual os pacientes não quiseram realizar os jogos. Variáveis que não foram investigadas nesse estudo podem ter contribuído para a não aderência, entre as quais nível de escolaridade, afinidade com jogos de salão e experiência prévia com jogos, sendo necessário novos estudos com essas variáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma possuíam um baixo nível de atividade física, altas médias de enfrentamento da doença nos domínios afastamento e reavaliação positiva, e baixas médias de aceitação de responsabilidade da doença e confronto, além de um alto nível de estresse.

A estratégia de enfrentamento no domínio reavaliação positiva contribuiu positivamente para a prática de atividade física, enquanto que a falta de aceitação de responsabilidade e o alto nível de estresse contribuem negativamente.

A introdução dos jogos de salão teve baixa aderência, mas ocorreu aceitação em diferentes faixas etárias e diagnósticos. O nível de estresse diferenciou o grupo de pacientes que aderiram ou não à prática de jogos de salão; e entre os que não o fizeram o nível de estresse foi alto.

Novos estudos são necessários para verificar outras variáveis que podem influenciar na aderência aos jogos de salão em salas de espera para procedimentos em pacientes com tumores malignos de pele do tipo não melanoma, bem como a relação desta prática com melhoria de bem-estar entre os pacientes enquanto aguardam por procedimentos.

REFERÊNCIAS

ALEGRANCE, F.C; SOUZA, C. B; MAZZEI, R. L. Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 3, p. 341-351, 2010.

AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016. **About melanoma skin cancer**. Disponível em <<https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/about/what-is-melanoma.html>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

ANTONIAZZI, A. S. et al. A evolução do conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 1, n. 6, p. 1- 4, 2011.

AZULAY RD et al. **Atlas de Dermatologia da Semiologia ao Diagnóstico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BATTAGLINI, C. L. et al. The Effects of an Exercise Program in Leukemia Patients **Integrative Cancer Therapies**, v. 8, n. 2, p. 130-138, 2009.

BRASIL. **HumanizaSUS Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. **Lei n. 11.104**, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm>. Acesso em: 12 out. 2017.

CAILLOIS, R. **Os jogos e os homens**. Lisboa: Portugal, 1990.

CANÁRIO, A.C.G. et al. Physical activity, fatigue and quality of life in breast cancer patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n.1, p. 38-44, 2016.

CANTARERO-VILLANUEVA, I. et al. The Effectiveness of a Deep Water Aquatic Exercise Program in Cancer-Related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, n.1, p. 221-30, 2013.

CASTRO, E.K.K. et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, n. 3, p. 1-6, 2016.

COHEN S, KARMACK T, MERMELSTEIN R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

COOPER, L; FOSTER, I. The use of music to aid patients' relaxation in a radiotherapy waiting room. **Radiography**, v. 14, n. 1, p. 184 -188, 2008.

CORMIE, P. et al. Can supervised exercise prevent treatment toxicity in patients with prostate cancer initiating androgen-deprivation therapy: a randomized controlled trial. **British Journal Urology International**, v. 115, n.1, p. 256- 266, 2015.

COURNEYA, K. S. et al. Randomized controlled trial of the effects of aerobic exercise on physical functioning and quality of life in lymphoma patients. **Journal of clinical oncology**, v. 27, n. 27, p. 4605- 4612, 2009.

CRONBACH, L. J; SHAVELSON, R. J. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. **Educational and Psychological Measurement**. v. 64, n. 3, p. 391-418, 2004.

CZERW, A; RELIGIONI, U; DEPTALA, A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. **Breast Cancer**, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2015.

DIAS, J. J. et al. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 608-613, 2013.

DOHME, Vânia. **Atividades lúdicas na educação: o caminho de tijolos amarelos do aprendizado**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ELLIS, J. et al. Coping with and factors impacting upon the experience of lung cancer in patients and primary carers. **European Journal of Cancer Care**, v.1, n.1, p. 1-10, 2012.

FERLAY, J. et al. GLOBOCAN Cancer Incidence and Mortality Worldwide: **IARC Cancer Base**. v.1, n. 11, 2012.

FRONTEIRA, I. Estudos observacionais na era da medicina baseada na evidência: breve revisão sobre a sua relevância, taxonomia e desenhos. **Acta Medica Portuguesa**, v. 26, n. 2, p. 161-170, 2013.

GIULIANO, R. C.; SILVA, L. M. S.; OROZIMBO, N. M. Reflexões Sobre o "Brincar" no Trabalho Terapêutico com Pacientes Oncológicos Adultos. **Psicologia ciência e profissão**. v. 29, n. 4, p. 868-879.

HAMAMA-RAZ, Y. Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders?. **Psycho-Oncology**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2010.

HIDALGO, A. et al. Coping and quality of life in oncologic patients of the province of Nariño, Columbia. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 64, n. 2, p. 181-188, 2016.

HOJAN, K. et al. Physical exercise for functional capacity, blood immune function, fatigue, and quality of life in high-risk prostate cancer patients during radiotherapy: a prospective, randomized clinical study. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 52, n. 4, p. 489-501, 2016.

HUIZINGA, J. **Homo ludens**: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Ed Perspectiva, 1980.

KAHANA, E. et al. Elderly cancer survivors reflect on coping strategies during the cancer journey. **Journal of Gerontology & Geriatric Research**, v. 5, n. 5, p. 1-6, 2016.

KANG, K.D. et al. The Relationship between Physical Activity Intensity and Mental Health Status in Patients with Breast Cancer. **Journal of Korean Medical Science**, v. 32, n. 8, p. 1345- 1350, 2017.

KHALILI, N. et al. Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 18, n. 2, p. 105-111, 2013.

KLEPIN, H. D. et al. Exercise for older adult inpatients with acute myelogenous leukemia: A pilot study. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 2, n. 1, p. 11- 17, 2011.

MARSHALL, A.; BAUMAN, A. The international physical activity questionnaire: summary report of reliability e validity studies. **DRAFT IPAQ summary**, p. 1-25, 2001.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6 n. 2, p. 5-12, 2001.

MIZRAHI, D. et al. Quantifying physical activity and the associated barriers for women with ovarian cancer. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 25, n. 4, p. 577-583, 2015.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. **Estudos da Psicologia**, v. 21, n. 3, p.193-202, 2004.

NOBREGA, A.C.L. The subacute effects of exercise: concept, characteristics, and clinical implications. **Exercise Sport Science Reviews**, v. 33, n. 2, p. 84-7, 2005.

PAEK, M. et al. Longitudinal reciprocal relationships between quality of life and coping strategies among women with breast cancer. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2016.

PASCOE, E.C; EDVARDSSON, D. Which coping strategies can predict beneficial feelings associate with prostate cancer. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, n. 1, p. 2569-2578, 2016.

PEDDLE-MCINTYRE, C. J. et al. Feasibility and preliminary efficacy of progressive resistance exercise training in lung cancer survivors. **Lung Cancer**, v. 75, n. 1, p. 126–132, 2012.

PEDROSA, A. M. et al. Diversão em movimento: Um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 1, p. 99-106, 2007.

PIMENTEL, A. F.; BARBOSA, R. M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 741-54, 2011.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

QUIST, M. et al. Safety and feasibility of a combined exercise intervention for inoperable lung cancer patients undergoing chemotherapy: A pilot study. **Lung Cancer**, v. 75, n. 1, p. 203–208, 2012.

RADIOTIS, G et al. Nonmelanoma Skin Cancer: Disease-Specific Quality-of-Life Concerns and Distress. **Oncology Nursing Forum**, v. 14, n. 1, p. 57– 65, 2014.

REIS, F. et al. O impacto de dois diferentes programas de exercício físico na performance física e na fadiga relacionada ao câncer. **Acta Fisiátrica**, v. 19, n. 4, p. 198-202, 2012.

RIBEIRO, J. P.; MARQUES, T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da Escala de percepção de stresse. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 237-248, 2009.

RIBOVSKI, M et al. Breast cancer: relation between quality of life and physical activity level. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 3, p. 300-308, 2017.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

ROBERTS, N. et al. Distress and coping strategies among patients with skin cancer. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 1, n.1, p. 1-7, 2012.

SABINO NETO, M. et al. Physical activity in women undergoing mastectomy and breast reconstruction. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 4, p. 556-561, 2012.

SANDEL S. L, et al. Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. **Cancer Nursing**, v. 28, n. 4, p. 301-309, 2005.

SAVÓIA, M. G. et al. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1, p. 183-201, 1996.

SCHINZARI, N. R. et al. Caixas de histórias como estratégia auxiliar do enfrentamento da hospitalização de crianças e adolescentes com câncer. **Caderno Terapia Ocupacional UFSCar**, v. 22, n. 3, p. 569-577, 2014.

SCHNEIDER, C. M et al. Exercise Training Manages Cardiopulmonary Function, Fatigue During, and Following Cancer Treatment in Male Cancer Survivors. **Integrative Cancer Therapies**, v. 6, n. 3, p. 235-241, 2007.

SEGAL, R. J. et al. Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, n. 3, p. 344-351, 2009.

SEIXAS, R. J. et al. Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 3, p. 321-330, 2010.

SHARPLEY, C. F; BITSKIA, V.; CHRISTIE, D. R. H. How prostate cancer patients cope: evaluation and refinement of the prostate cancer patients coping strategies questionnaire. **Amerian journal of men's health**, v. 9, n. 2, p. 70-78, 2012.

SORATO, D. B; OSÓRIO, F. L. Coping, psychopathology, and quality of life in cancer patients under palliative care. **Palliative and supportive care**, v.1, n.1, p. 1-9, 2014.

SPECTOR, D. et al. A Pilot Study of a Home-Based Motivational Exercise Program for African American Breast Cancer Survivors: Clinical and Quality-of-Life Outcomes. **Integrative Cancer Therapies**, v. 13, n. 2, p. 121–132, 2014.

SPROD, L. et al. Health-related quality of life and biomarkers in breast cancer survivors participating in tai chi chuan. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 6, n. 2, p. 146-154, 2012.

_____ et al. Effects of yoga on cancer-related fatigue and global side-effect burden in older cancer survivors. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 6, n. 1, p. 8-14, 2015.

STURM I, et al. Effect of dance on cancer-related fatigue and quality of life. **Support Care Cancer**, v. 22, n. 1, p. 2241–2249, 2014.

SULS, J.; DAVID, J..P; HARVEY, J..H. Personality and Coping: Three Generations of Research. **Journal of Personality**, v. 64, n. 1, p. 711-735, 1996.

TESIO, V. et al. Psychological characteristics of early-stage melanoma patients: a cross-sectional study on 204 patients. **Melanoma Research**, v. 27, n. 3, p. 277-280, 2017.

TRASK, P.C. et al. Psychosocial characteristics of individuals with non–stage IV melanoma. **Journal of Clinical Oncology**, v. 19, n.11, p. 2844-2850, 2001.

UN General Assembly. **The universal declaration of human rights**. Paris: United Nations, 1948. Disponível em <<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>>. Acesso em: 12 out. 2017.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 103, n. 1, p. 44-50, 1994.

VARDAR-YAGLI, N. et al. Associations among Physical Activity, Comorbidity, Functional Capacity, Peripheral Muscle Strength and Depression in Breast Cancer Survivors. **Asian Pacific journal of cancer prevention**. v.16, n. 2, p. 585-589, 2015.

VERCHER, P.; HUNG, Y.; KO, M. The effectiveness of incorporating a play-based intervention to improve functional mobility for a child with relapsed acute lymphoblastic leukaemia: A case report. **Physiotherapy Research International**, v. 21, n. 4, p. 264-270, 2016.

WALSHE, C et al. Coping well with advanced cancer: a serial qualitative interview study with patients and family carers. **Plos One**, v. 1, n. 1, p. 1-25, 2017.

WHO, 2016 **Skin cancers**. Disponível em: <<http://www.who.int/uv/faq/skincancer/en/index1.html>> . Acesso em: 02 nov. 2017.

WINTERS-STONE, K. M. et al. Resistance training reduces disability in Prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy: evidence from a randomized controlled trial. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 96, n.1, p. 7-14, 2015.

ANEXO A - Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - versão curta

ID: _____

Data: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação! Para responder as questões lembre que:

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA**).

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO B – Inventário de estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

Data:

ID:

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação de saber que você era paciente de uma neoplasia maligna (epiteliais ou melanoma), de acordo com a seguinte classificação:

- 0. não usei esta estratégia
- 1. usei um pouco
- 2. usei bastante
- 3. usei em grande quantidade

| | | | | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 | Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Tentei analisar o problema e entendê-lo melhor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Procurei tirar vantagem da situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Me critiquei, me repreendi | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Esperei que um milagre acontecesse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Concordei com o fato, aceitei o meu destino | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Fiz como se nada tivesse acontecido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Procurei encontrar o lado bom da situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Dormi mais do que o normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Disse coisas para mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Me inspirou a fazer algo criativo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Procurei esquecer a situação desagradável | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Procurei ajuda profissional | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23 | Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24 | Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25 | Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO B – Continuação

| | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 26 | Fiz um plano de ação e o segui | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27 | Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28 | De alguma forma extravasei meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29 | Compreendi que o problema foi provocado por mim | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30 | Sai da experiência melhor do que eu esperava | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31 | Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa correta sobre o problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32 | Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33 | Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34 | Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35 | Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36 | Encontrei novas crenças | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37 | Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38 | Redescobri o que é importante na vida | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Procurei fugir das pessoas em geral | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41 | Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42 | Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43 | Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44 | Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45 | Falei com alguém sobre como estava me sentindo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46 | Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47 | Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48 | Busquei nas experiências passadas uma situação similar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49 | Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50 | Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51 | Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes da próxima vez | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52 | Encontrei algumas soluções diferentes para o problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53 | Aceitei, nada poderia ser feito | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54 | Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55 | Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56 | Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57 | Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58 | Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO B – Continuação

| | | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 59 | Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60 | Rezei | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61 | Me preparei para o pior | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62 | Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63 | Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64 | Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65 | Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66 | Corri ou fiz exercícios | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO C – Escala de estresse percebido

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= quase sempre 4= sempre

| Nesse último mês, com que frequência | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Você tem se sentido nervoso e “estressado”? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sala de espera, nível de estresse, estratégias de enfrentamento (*coping*) e nível de atividade física dos pacientes com neoplasias malignas de pele.

Responsáveis: Lia Carla Gordon Leme (Aluna de doutorado em Ciências do Movimento Humano, Unimep), Renata Ferreira Magalhães (Docente da Disciplina de Dermatologia, FCM, Unicamp), Rute Estanislava Tolocka (Docente do programa de pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Unimep)

Número do CAAE: 61853416.5.3001.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assina-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar a autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e Objetivos

Os objetivos do presente estudo são:

1. Otimizar o tempo no ambiente da sala de espera hospitalar, possibilitando atividades lúdica (jogo da memória, dominó, ludo, jogo de dama, jogo de dados uno) antes de consulta e/ou procedimentos.
2. Avaliar o nível de estresse, estratégias de enfrentamento e o nível de atividades físicas dos pacientes com neoplasias malignas de pele.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado a participar de atividades lúdicas e preencher um questionário sobre o nível de estresse, um questionário sobre estratégias de enfrentamento e um questionário sobre atividade física. Caso você não queira participar das atividades lúdicas (jogo da memória, dominó, ludo, jogo de dama, jogo de dados uno) você será convidado apenas para preencher os questionários. Estes procedimentos devem ocorrer durante o período de espera para sua consulta e/ou procedimento no Ambulatório de Dermatologia, não sendo necessário comparecer ao Hospital das Clínicas da Unicamp em outras datas que não forem as agendadas para sua consulta. Os questionários serão aplicados em apenas um momento. Garante-se que todos os procedimentos previstos na rotina do paciente para aquele dia, serão mantidos como foram planejados pela equipe médica.

Desconfortos e riscos

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis. Você dispenderá tempo para participar das atividades lúdicas e/ou responder os questionários, em torno de 15 a 30 minutos, durante o período de espera para a sua consulta ou checagem no ambulatório de Dermatologia. Você não deverá participar dessa pesquisa se tiver menos de 40 anos, se tiver dificuldade de compreensão ou leitura dos questionários oferecidos.

Benefícios

Este estudo é importante para otimizar o tempo na sala de espera, bem como as respostas obtidas pelos questionários irão avaliar seu nível de estresse, enfrentamento ao tratamento e o nível da prática de atividades físicas, para futuras indicações de possibilidades terapêuticas.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE A – Continuação

Acompanhamento e assistência

Seu acompanhamento no Ambulatório de Tumores da Dermatologia continuará da mesma maneira, participando ou não da pesquisa. Você não precisará vir ao Hospital mais vezes devido a pesquisa. Se forem detectados pelos questionários alterações psicológicas ou psiquiátricas que necessitem de avaliação e acompanhamento, será providenciado encaminhamento para setor de psiquiatria de nosso Hospital ou para o serviço de saúde mental da rede básica, dependendo do caso.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Os resultados do estudo não farão parte do prontuário médico.

Ressarcimento

Não haverá ressarcimento de despesas, pois a pesquisa ocorrerá durante o período de consulta de rotina do participante.

Contato

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Renata Ferreira Magalhães e Lia Carla Gordon Leme, Ambulatório de Dermatologia, HC Unicamp, Rua Vital Brasil, 256, Cidade Universitaria Zeferino Vaz, Campinas, SP. Tel (19) 3521-7602

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp das 08:30hs às 13:00hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas-SP; Telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7181; email: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incomodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Nome do(a) Participante: _____

Data: ___/___/___

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ___/___/___

(Assinatura do Pesquisador)

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE B - Aprovação do Comitê de Ética (UNIMEP)

UNIVERSIDADE METODISTA
DE PIRACICABA - UNIMEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Sala de espera, nível de estresse, estratégias de enfrentamento (coping) e nível e de atividades físicas dos pacientes com neoplasias malignas de pele

Pesquisador: LIA CARLA GORDON LEME

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61853416.5.0000.5507

Instituição Proponente: Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

Patrocinador Principal: Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.936.430

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 21 de fevereiro de 2017

Assinado por:
Daniela Faleiros Bertelli Merino
(Coordenador)

APÊNDICE C - Aprovação do Comitê de Ética (Unicamp)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sala de espera, nível de estresse, estratégias de enfrentamento (coping) e nível e de atividades físicas dos pacientes com neoplasias malignas de pele

Pesquisador: LIA CARLA GORDON LEME

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61853416.5.3001.5404

Instituição Proponente: Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

Patrocinador Principal: Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.018.677

Situação do Parecer:

Aprovado

APÊNDICE D – Autorização do Hospital das Clínicas Unicamp

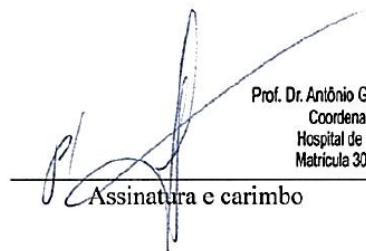



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - FCM
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
DISCIPLINA DE DERMATOLOGIA
 Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
 13081-970 - Campinas - São Paulo – Brasil
 Tel. (19) 3521.7602 – FAX. (19) 3289.4107

Campinas, 1 de novembro de 2016

Autorização para Coleta de Dados

Eu, Prof. Dr. João Batista de Miranda responsável pela instituição Hospital de Clínicas Unicamp, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autorizo a coleta de dados, no ambulatório de dermatologia, o projeto de pesquisa intitulado “Sala de espera, nível de estresse, estratégias de enfrentamento (coping) e nível e de atividades físicas dos pacientes com neoplasias malignas de pele”, sob-responsabilidade do(a) pesquisador(a) Ms. Lia Carla Gordon Leme após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa-Unicamp.


 Prof. Dr. Antônio Gonçalves de Oliveira Filho
 Coordenador de Assistência
 Hospital de Clínicas - UNICAMP
 Matrícula 30044-4 - CRM 57.952
 Assinatura e carimbo


 Renata Ferreira Magalhães
 CRM/SP 88.163
 Coordenadora da Disciplina
 Dermatologia / FCM / Unicamp
 Ciente

APÊNDICE E – Ficha de Perfil dos Pacientes

| | |
|--------------------|---------------|
| Grupo: | |
| Nome: | Data de Nasc: |
| Condições Clínicas | |