

Associação entre Prática de Atividade Física, Dor e Fadiga nos Pacientes em Tratamento Quimioterápico

Antonio Filipe Pereira Caetano*
José Jean de Oliveira Toscano*

35

Resumo

Os pacientes quimioterápicos apresentavam sintomas de dor e fadiga normalmente utilizados como justificativa para não realização de atividade física durante o tratamento. Porém, a associação destas variáveis ainda não foi realizada de forma conclusiva nos estudos. O objetivo deste trabalho foi verificar a associação entre atividade física, níveis de dor e fadiga em pacientes quimioterápicos. Tratou-se de estudo quantitativo, não experimental e corte transversal. Para as condições oncológicas e níveis de atividade física utilizou-se um questionário semiestruturado; para fadiga o PFS-P; para a dor, o EORTC-QLQ-C30; as correlações foram feitas com o Teste R-Spearman ($p < 0.05$). A amostra foi composta de 64 pacientes, de ambos os sexos e sem metástase, com a variação de idade 31 ± 49 anos. Destes pacientes 26,57% praticavam atividade física antes da doença e 11,18% durante a quimioterapia. Na avaliação da variável dor, 30,7% dos homens e 74,51% das mulheres tiveram esse sintoma, com níveis médios de escore (33 pontos). No que tange a fadiga 50% apresentaram esse sintoma, com maior incidência na dimensão afetiva (7.99). As correlações dor (-0,267) e fadiga (-0,265) com atividade física obtiveram associações negativas. Assim, dor e fadiga não se relacionaram à prática de atividade física dos pacientes em tratamento quimioterápico.

Palavras-chave: Atividade Física. Dor. Fadiga. Quimioterapia.

INTRODUÇÃO

O câncer é resultado de um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que se espalham para outras regiões do corpo¹.

A neoplasia maligna é a segunda doença mais diagnosticada no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se a ocorrência de 46,1 milhões de casos em 2018, com 8,1 milhões mortes por ano². O Instituto Nacional do Câncer (INCA) fez um prognóstico para o biênio 2018-2019 apontando que seriam diagnosticados 634.880 casos, sendo os tipos mais incidentes o câncer de próstata (31,7%) e o câncer de mama (29,5%). Para o estado de Alagoas e a

cidade de Maceió, o mesmo instituto apontou uma estimativa, respectivamente, de 5.050 e 1.840 casos³.

Nos últimos anos, o câncer passou a ser tratado como um problema de saúde pública, tendo como causas, além das condições genéticas, o estilo de vida, que inclui os altos índices de massa corporal, o sedentarismo, a má alimentação e o estresse⁴.

O tratamento varia de acordo com o grau do desenvolvimento da doença e pode incluir procedimentos cirúrgicos, radioterapia, quimioterapia e recursos farmacológicos. A dor é relatada como um dos efeitos colaterais no tratamento dos pacientes, que ainda inclui fadiga, cansaço, náusea, vômito, depressão, astenia, dentre outros⁵. De acordo com o *International Association for*

DOI: 10.15343/0104-7809.202044035044

*Instituto de Educação Física e Esporte, Universidade Federal de Alagoas. Maceió/AL, Brasil.
E-mail: afpereira@caetano@hotmail.com

the Study of Pain (IASP), a dor é considerada uma “sensação ou experiência emocional desagradável, associada ao dano tecidual real ou potencial”⁶, podendo ser considerada como aguda, crônica, neuropática ou mista.

Nos pacientes com câncer, os sintomas de dor, de acordo com Mison (2012), podem estar associados à resposta ao tratamento farmacológico, ação invasiva da neoplasia, outras patologias associadas e questões psicossociais⁷. Por outro lado, a prática de atividade física (ATF) tem sido considerada um recurso não farmacológico importante para evitar a difusão da neoplasia, para melhorar as reações adversas ao tratamento oncológico e para aquisição de uma melhor qualidade de vida durante e após a sobrevivência à enfermidade^{8,9,10,11}. Levando em consideração que a dor pode ser usada como justificativa para a não prática de ATF por indivíduos em condições debilitantes, esta investigação justifica-se pela identificação da prática do movimento como um recurso adjuvante essencial para as condições de saúde e os níveis de fadiga dos pacientes em tratamento contra o câncer.

Além disso, a fadiga é apontada como o principal efeito colateral ao tratamento em 90% dos pacientes oncológicos. Esta sensação pode ser definida como uma condição de cansaço que envolve elementos comportamentais, emocionais e cognitivos, que promovem efeitos como sonolência, baixa atividade física, desgosto e falta de vontade para continuar a executar tarefas^{12,13}. Segundo Masano-Schlosser (2014), para os pacientes em tratamento oncológico a fadiga contribui para a difusão da depressão, sobretudo em virtude da dor, da desfiguração física e da perda de autonomia¹⁴. Neste sentido, a ATF também é compreendida como tratamento auxiliar nos pacientes oncológicos.

O presente estudo teve como objetivo

verificar a relação entre a incidência de dor, o nível de fadiga e a prática de atividade física em pacientes em tratamento quimioterápico de um hospital público da cidade de Maceió/AL.

MÉTODOS

A pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico, com método analítico e corte transversal.

A população alvo foram os pacientes em tratamento no Centro de Alta Complexidade Oncológica de um hospital público da cidade de Maceió/Alagoas, entre os meses de julho e agosto de 2018.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: não estar no estágio de metástase e serem maiores de idade. Não participarem do estudo os pacientes que não estavam em condições físicas ou psicológicas para responder aos questionários.

Foi utilizado o método amostral probabilístico para representação da população alvo. Neste caso, optou-se por uma amostragem aleatória simples, respeitando a representatividade de 20% da população. Ao final do período de dois meses, 258 pacientes foram atendidos no referido hospital no setor de quimioterapia. Um total de 64 pacientes foram contatados na sala de espera para quimioterapia e aceitaram participar do estudo.

Foi aplicado um questionário semiestruturado, não validado e construído pelos pesquisadores a fim de adquirir informações sobre o perfil oncológico, social e a prática regular de ATF pelos pacientes antes e durante o tratamento quimioterápico.

Para avaliar a dor foi utilizado os itens 9 e 19 do questionário de qualidade de vida para os pacientes em tratamento quimioterápico do *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30). Este é

dividido em três dimensões: sintomas funcionais, sintomas gerais e sintomas específicos. A dor é verificada na dimensão dos sintomas gerais¹⁵. Calculou-se os escores separadamente para cada uma das escalas, variando de 0 a 100. Na escala de saúde global e funcionalidade quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida, enquanto nas escalas de sintomas quanto maior a pontuação pior o escore¹⁵.

Utilizou-se para identificação dos níveis de fadiga dos pacientes o *Teste de Fadiga de Piper* (PFS-P), composto por 23 questões. A escala avalia o nível afetivo, sensorial, cognitivo e comportamental do indivíduo, sendo cada questão escalonada com escore de 0 a 10, cujo primeiro correspondeu a ausência de fadiga; de 1 a 3 o nível médio de fadiga; 4 a 6 nível moderado de fadiga; e acima de 7 como nível severo de fadiga^{16, 17, 18}.

Os questionários supracitados foram aplicados por um único pesquisador na sala de espera da quimioterapia do hospital em dias

aleatórios. Durante os dois meses da coleta o pesquisador esteve no referido ambiente obedecendo a uma frequência de três dias da semana no período da manhã.

Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a utilização das informações no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sob o número do parecer 3.45.770/2019 concernente ao projeto “Efeitos do Exercício Físico na Fadiga e Qualidade de Vida nos Pacientes em Tratamento Contra o Câncer” que se encontra em andamento.

Para análise dos dados da associação entre as variáveis foi utilizado o tratamento estatístico no programa SPSS for Windows, versão 2.1. Nas variáveis isoladas foi utilizada a tabela de distribuição de frequência. E, para análise da associação entre a prática de atividade física, dor e fadiga foi feito a correlação de R-Spearman, tendo como referência $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram no estudo 64 pacientes – 51 mulheres (79,7%) e 13 homens (20,7%) – em tratamento quimioterápico no hospital público. Não houve exclusão de nenhum tipo de participante no momento inicial da aplicação dos questionários. Na Tabela 1 podem ser vislumbrados os dados do perfil dos pacientes.

Para a faixa etária identificou a variação de 31 ± 49 anos. Percebeu-se a incidência de tratamento em pessoas consideradas adultas/adultos jovens que representam 70,32% dos pacientes, em oposição aos idosos, 29,68%. O maior número de pacientes destaca-se aos indivíduos entre 41-50 anos.

No que se refere ao perfil oncológico para as mulheres, o câncer de mama foi a razão de tratamento quimioterápico para 48,43% dos pacientes; seguido pelo câncer de colón de útero, 7,9%.

A maioria dos pacientes em tratamento quimioterápico tiveram seus diagnósticos de neoplasias há menos de um ano (42,18%), que se forem somados aqueles que ultrapassaram mais 12 meses dessa identificação obteve-se um percentual de 71,86% pacientes com menos de 2 anos de diagnóstico.

Sobre outras doenças associadas, o sexo feminino apresentou maior incidência, ainda que grande parte desta amostra tenha informado não ter nenhuma doença além da neoplasia (64,08%). Percebeu-se que as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes tipo II, foram as mais recorrentes. Ao somarmos, em ambos os sexos, estes tipos de patologias chegou-se a uma porcentagem de 18,74%.

A prática de ATF dos pacientes pode ser observada na Tabela 2. Antes do diagnóstico da neoplasia 17 pacientes (26,56%) praticavam

algum tipo de ATF, em oposição a 47 (73,44%). Neste cenário, as mulheres representam a maior parcela (13). Após início do tratamento quimioterápico houve uma moderada queda dos pacientes que continuaram a realizar algum tipo de atividade, perfazendo 11 pacientes (17,18%), em contraposição aos demais (82,82%) que abandonaram a prática de ATF.

A correlação entre fadiga e prática de ATF pode ser observada na Tabela 4 e Figura 1. Registrou-se a existência de uma diferença significativa nos níveis de escore geral na PFS-P entre aqueles que continuaram a praticar ATF (eixo x) durante o tratamento e aqueles que informaram que não o fizeram (figura 1). Apenas três dos 11 pacientes (27,27%) que estavam praticando atividade relataram ainda apresentar sintomas de fadiga (9,37).

Uma importante variação entre os escores de escala de fadiga é percebida entre os grupos: 0 a 7 (níveis severos) para os não praticantes de ATF; e de 0 a 4 (nível moderado) para os

praticantes de ATF em se tratando do PET. A maior diferença pôde ser observada na PDS onde o grupo praticante de ATF apresenta nível mínimo de fadiga e o grupo não praticante encontrou-se no nível moderado de fadiga. A dimensão que mais pareceu afetar os pacientes que mantiveram sua rotina de treinamento foi a PDA, variando 0 a 4 (nível mínimo a moderado). Enquanto isso, a Tabela 4, na correlação entre Fadiga e ATF percebeu-se uma diminuição dos níveis mais severos da fadiga conforme o avanço do número total amostral para a prática de ATF. Isso implica em dizer que a correlação, pacientes associados (que manifestaram fadiga e os que não relataram) foi negativa, ou seja, a prática de ATF não está relacionada ao grupo com a diminuição nas sensações deste efeito colateral do tratamento quimioterápico. Logo, independente da prática de atividade ou não, os pacientes apontaram para níveis satisfatórios de fadiga ainda que estejam sob tratamento quimioterápico.

Tabela 1- Perfil dos pacientes em tratamento quimioterápico, Maceió – AL, 2019.

	Variáveis	n	%
Sexo	Feminino	51	79,68
	Masculino	13	20,32
Faixa Etária	30 a 40 anos	11	17,18
	41 a 50 anos	19	29,71
	51 a 60 anos	15	23,43
	61 a 70 anos	12	18,75
	71 a 80 anos	7	10,93
Tipo de Neoplasia	Mama	31	48,43
	Leucemia	7	10,93
	Cólon de útero	5	7,81
	Pulmão	2	3,12
	Próstata	2	3,12
Tempo de Diagnóstico	Outros	17	26,59
	Até 1 ano	27	42,18
	Mais de 1 ano	19	29,68

continua...

...continuação - Tabela 1

	Variáveis	n	%
Tempo de Diagnóstico	Mais de 2 anos	8	12,52
	Mais de 3 anos	10	15,62
Doenças Associadas	Hipertensão	4	6,25
	Diabetes Tipo II	4	6,25
	Hipertensão + Diabetes Tipo II	3	4,68
	Doenças Ósseas e articulares	2	3,12
	Hipertensão + Depressão	1	1,56
	Outras	9	14,06
	Não Possui	41	64,08

Tabela 2- Prática de atividade física dos pacientes em tratamento quimioterápico, Maceió – AL, 2019.

Variáveis	n	%
Prática de Atividade Física Antes	Não	47 73,44
	Sim	17 25,56
Prática de Atividade Física no Tratamento	Não	53 82,83
	Sim	11 17,17
Tipo de Atividade Física (antes)	Caminhada	10 58,84
	Musculação	1 5,88
	Dança	1 5,88
	Caminhada/Corrida	1 5,88
	Futebol	1 5,88
	Caminhada + Musculação	1 5,88
	Musculação + Corrida	1 5,88
	Musculação + Dança	1 5,88
Tipo de Atividade Física (tratamento)	Caminhada	10 90,90
	Bicicleta	1 9,10
Frequência (no tratamento)	1-2 dias	3 27,27
	3 dias	5 45,46
	4 dias	2 18,18
	Todos os dias	1 9,09

continua...

...continuação - Tabela 2

Variáveis	n	%	
Tempo de duração (tratamento)	10-19 min	1	9,1
	20-29 min	4	36,36
	30-39 min	2	18,18
	Mais de 60 min	4	36,36

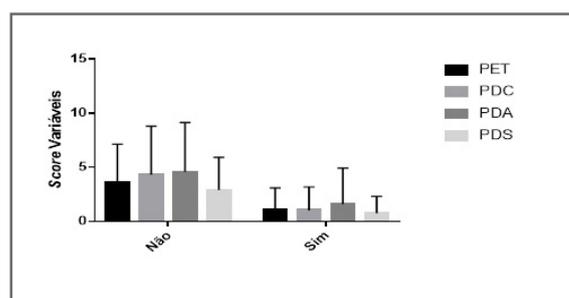
Tabela 3- Nível de dor dos pacientes em tratamento quimioterápico (EORTC-QLQ-C30), Maceió – Alagoas, 2019.

Variáveis	n	%
Mulheres		
Não	13	25,49
Pouco	8	15,69
Moderada	13	25,49
Muito	17	33,33
Homens		
Não	9	69,23
Pouco	3	23,07
Moderada	1	7,7
Muito	0	0

Tabela 4- Correlação entre atividade física, dor e nível de fadiga em pacientes em tratamento quimioterápico (R-Spearman), Maceió – AL, 2019.

Associação	R-Spearman	P-valor
Atividade Física/ Dor	-0,267	0,037
Atividade Física/ Fadiga	-0,265	0,034

Figura 1- Associação entre Atividade Física e o Nível de Fadiga dos pacientes em Tratamento Quimioterápico (PFS-Piper), Maceió – AL, 2019.



Desvio Padrão: 1,5 (PET-Não); 1,8 (PDC-Não); 1,24 (PDA-Não); 1,35 (PDS-Não); 0,9 (PET-Sim); 0,28 (PDC-Sim); 0,53 (PDA-Sim) e 1,13 (PDS-Sim). Piper Escore Total (PET); Piper Dimensão Comportamental (PDC); Piper Dimensão Afetiva (PDA) e Piper Dimensão Psico-sensorial (PDS)

DISCUSSÃO

Mansano-Schlosser & Ceolim¹⁴ em sua investigação nos ambulatórios de quimioterapia em Campinas/SP, com 140 indivíduos, identificou 46,4% pacientes com algum tipo de doença crônica relatada. Ainda que os números amostrais sejam diferenciados, tal estudo dialogou com o cenário de aparecimento de outras patologias ao longo do tratamento quimioterápico aqui encontrados.

Com relação ao tipo de ATF dos pacientes

do hospital da cidade de Maceió/Alagoas verificou-se uma maior incidência de atividades cardiorrespiratórias, apontando para uma tendência dos pacientes em diminuir o ritmo dos movimentos corporais em virtude do impacto do tratamento. De acordo com a literatura, não há impedimento da prática de exercícios de força para pacientes em quimioterapia, desde que sejam submetidos à protocolos de treinamento com controle da FCmax, VO2max e duração¹⁹.

Conjuntamente com as atividades cardiorrespiratórias, percebeu-se que o pacientes, em sua grande maioria, realizavam o número mínimo de dias recomendado pela OMS²⁰ para os componentes de saúde (45,46%). Por outro lado, no que se refere ao tempo de duração da ATF, vislumbrou-se que os pacientes têm se dedicado a tempos acima do orientados pela OMS (90,9% dos pacientes).

Os níveis e tipos de ATF dos pacientes do hospital público em Maceió/Alagoas, em comparação com as recomendações propostas por Courtneya KS, Mackey JR & Jones LW (2000), encontram-se bem abaixo dos níveis desejados. Segundo esses autores, as modalidades preferenciais seriam aquelas que trabalhassem com grupos musculares grandes; com uma frequência de três a cinco vezes por semana (excetuando os dias de intervenção quimioterápica); com uma intensidade moderada em torno de 50 a 75% do VO2 Max ou FCreserva, ou 60 a 80% FCmax; com uma duração de 20 a 30 minutos, que podem ser progressivos de acordo com a resposta orgânica do paciente, mas sendo necessárias grandes pausas para repouso recuperativo²¹.

De acordo com os resultados encontrados por Seixas²², com 38 pacientes, identificou-se 63,2% dos pacientes possuírem níveis de estimativa de equivalente metabólico (MET) inferiores a 297, qualificando-os como insuficientemente ativos. Situação também averiguado por Mohammandi²³ que apontou, no Irã, 65% de mulheres praticando ATF

de baixa intensidade. Porém, tais resultados diferem do encontrado por Templeton²⁴ com 342 mulheres na Suíça, que identificou que 69% eram ativas. Nossos resultados apresentaram apenas 29,68% dos sujeitos com ATF que pudessem ser qualificados como ativos.

Por fim, Kwan²⁵, nos Estados Unidos, com mais de mil sujeitos, destacou uma diminuição de realização de ATF nos pacientes após seis meses de tratamento. Tal situação, reafirmou a ideia de que os pacientes ainda que realizassem algum tipo de ATF antes do tratamento, abandonaram a regularidade destas práticas logo em seguida da ação farmacológica. Tal cenário é um preditor indicativo para a incidência dos efeitos colaterais mais severos.

No que se refere a dor, Coucineiro, em sua investigação transversal com 267 pacientes oncológicos, detectou que 53% deles apresentavam dor neuropática, especialmente quando havia uma associação de tratamento²⁶. Em trabalho transversal e coorte, sobre os cuidados de manejo de 137 pacientes oncológicos em São Paulo, Mison através de manipulação de opioide conseguiu reduzir a intensidade da dor de 7.1 para 1.3 após o procedimento^{7,11}.

O estudo de Ramos e colaboradores corroborou com a ideia do uso de medicação para controle da dor a partir das recomendações de uma “escada analgésica” que vão da identificação sistêmica do estado clínico até o uso de opioides²⁷. Logo, parte dos estudos sobre dor e pacientes oncológicos debruçam-se na análise dos cuidados paliativos e alívio do efeito durante o tratamento, desconsiderando as possibilidades de terapias alternativas e não farmacológicas como auxiliares nesse processo.

Vigário²⁸ em um estudo com pacientes em tratamento oncológico de tireóide utilizou o SF-36 para avaliar a qualidade de vida após a intervenção de um programa de exercícios aeróbicos e de força ao longo de 12 semanas.

Nele, identificou-se alterações nos escores nos componentes emocionais, vitalidade e dores físicas, bem como melhores resultados no WHOQOL-Bref nas medidas das dimensões físicas e psicológicas para aqueles que estavam no grupo experimental em comparação ao grupo controle.

Enquanto isso, Moros²⁹, com 22 mulheres randomizadas, a partir de um protocolo de exercícios dinâmicos aeróbios, identificou melhorias nas dimensões de insônia, dor e fadiga dos componentes do questionário EOTC-QLQ-C³⁰. Ainda que houvesse uma melhora no escore total, tanto para o grupo controle, quanto para o grupo experimental, neste último houve respostas mais elevadas. Assim, demonstrou que apesar da doença levar à efeitos negativos fisiológicos, as intervenções podem melhorar as capacidades funcionais.

Boing e colaboradores, com 122 mulheres com câncer de mama em Florianópolis/SC, detectou escores para a dor no uso do EORTC-QLQ-C30 em diferentes tipos de tratamento – quimioterapia (51.1), radioterapia (30.9) e hormônio terapia (34.5) – demonstrando que os grupos quimioterápicos apresentaram maiores respostas para essa variável³⁰. Os resultados encontrados no hospital público de Maceió/AL estavam mais próximos dos encontrados no grupo em radioterapia de SC. Usando o mesmo instrumento, Seixas, em investigação com 38 sujeitos de ambos os sexos, no RS, detectou não haver diferença estatística ($p=0,77$) na variável dor, entre os pacientes que tinham níveis de MET's acima ou abaixo de 29722. Diferentemente do que apresentado neste estudo, no qual os pacientes que mantiveram a prática de ATF apontaram para menores escores na dimensão dor do EORTC-QLQ-C³⁰.

Sobre a fadiga, muitos pacientes em tratamento oncológico apontaram seus sintomas, mas não conseguem conceituar esse conjunto de respostas fisiológicas ao organismo submetido à uma imersão farmacológica. Segundo Mota¹⁸, o índice de pacientes com

fadiga durante o tratamento é extremamente alto. Porém, este efeito colateral nos pacientes é identificado como de difícil compreensão por relacionar várias dimensões, agir de forma complexa e ter variâncias de sensações para cada indivíduo.

Mota, em estudo com 157 pacientes com câncer de cólon de útero, identificou que em 26% dos indivíduos apresentavam índices de fadiga, com escores mais elevados para os âmbitos da dor, prejuízo ao sono, depressão, capacidade funcional prejudicada e serviço de saúde pública. A partir da correlação de outros instrumentos (Inventário de Depressão de Beck, Escala de Dor e Escala de Prejuízo de Sono) apontou que a depressão corroborou para o aumento da fadiga, da capacidade funcional e na qualidade do sono dos pacientes.

Reis³¹ ao estudar a ação de diferentes programas de exercício físico em 44 pacientes detectou que os exercícios aeróbios mostraram melhores resultados nos escores da PFS-P dos pacientes, ainda que em diferentes protocolos houve alterações benéficas dos resultados depois da intervenção. Assim, após quatro meses houve diminuições do nível de fadiga tornando-se um adjuvante importante ao tratamento.

Enquanto isso, Schiappacase³², a partir de uma terapia multimodal com 80 pacientes no Chile, percebeu que, após a intervenção com exercícios aeróbios moderados, houve uma melhora nos níveis de fadiga em 35 casos com apenas 2 semanas naqueles que faziam uso de medicação para controle da fadiga e exercícios simultaneamente em comparação. Battaglini¹⁹ em estudo com 27 pacientes na relação entre adaptações fisiológicas, ATF e fadiga, identificou que não houve melhora na aptidão física com a redução da fadiga, percebeu-se que houve uma melhoria nos outros aspectos do condicionamento físico.

Logo, os pacientes em tratamento quimioterápico de um hospital público na cidade de Maceió-AL apresentaram

comportamento padrão sobre os efeitos colaterais ligados à fadiga. No entanto, no grupo amostral com a manutenção de ATF pareceu ter produzido uma diminuição nos escores do PFS-P, ainda que a associação no grupo total não tenha alcançado uma correlação positiva.

Em termos de limitação do estudo, pode ser destacado o reduzido número amostral que pode não representar o grupo total dos pacientes em tratamento na instituição. Além disso, a diferença entre o número de participantes não permitiu uma análise

profunda entre os sexos. Outro elemento importante de se destacar são as características que envolvem a aplicação de questionários. Tais dados podem sofrer variações mediante a forma de abordagem do pesquisador, o nível de satisfação para contribuição para a coleta dos dados, o humor dos pacientes no dia do preenchimento do questionário e o estado de espírito em relação à patologia. Desta feita, as informações apresentadas tornam-se muito mais tendências de um grupo em um momento específico durante o tratamento quimioterápico.

CONCLUSÃO

Conclui-se que parte dos pacientes não praticavam ATF antes do diagnóstico do câncer e aqueles que realizaram, interromperam a ATF com o início das sessões de quimioterapia. A dor não pode ser considerada como a justificativa para a não realização e/ou interrupção da prática de ATF, tendo em vista os escores dos instrumentos de fadiga e qualidade de vida (componente dor) apontaram para condições favoráveis de realização das tarefas cotidianas, independentes da dor. Assim, outros elementos poderiam ser os responsáveis

pelo abandono da prática regular de ATF pelos pacientes em quimioterapia, como cansaço, falta de disposição, depressão e, até mesmo, desconhecimento do papel da ATF para melhora das condições de saúde antes, durante e depois do tratamento. Deve-se realizar campanhas, rodas de conversas e outras políticas para superar as barreiras psicológicas que impedem a adoção de um comportamento ativo destes pacientes, sobretudo daqueles que ainda se encontram em condições habilitantes de alteração de estilo de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA)/Ministério da Saúde. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS) [homepage da internet]. [cited 2019 jan 11] Available from: Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). [cited 2019 jan 06]. Available from: Disponível: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
4. Castro Filha JL, Miranda AKP, Martins Junior FF, Costa HA, Figueiredo KRFV, Oliveira Júnior MNS, Garcia JBS.. Influências do Exercício Físico na Qualidade de Vida em Dois Grupos de Pacientes com Câncer de Mama. Rev. Bras. de Cie. do Esp.. 2016; 38(2):107-114.
5. Vieira, AAU. Exercícios Físicos e seus Benefícios no Tratamento das Doenças. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2015.
6. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS Nº1083/2012, p.1.

7. Mison FP, Assis FD, Vanetti TK, Junior JS, Mateus WP, Giglio A. Procedimentos Intervencionistas para o Manejo da Dor no Câncer. *Eistein*. 2012; 10(3): 292-295.
8. Vigário PS. Exercise is Associated With Better Quality of Life in Patients on TSH-Suppressive Therapy with Levothyroxine for differentiated Thyroid Carcinoma. *Arq. Bras. Endo*. 2015; 58(3): 274-281
9. Menezes-Échavez JF. Efectividad del Ejercicio Físico en La Fadiga de Pacientes con Câncer Durante el Tratamiento Activo: Revisión Sistemática y Metaanálisis. *Cad. Sau. Pub*. 2015; 31(4): 667-681.
10. Castro Filha JL. Influências do Exercício Físico na Qualidade de Vida em Dois Grupos de Pacientes com Câncer de Mama. *Rev. Bras. de Cie. do Esp*. 2016; 38(2): 107-114.
11. Kostner FL. El Desporte Y La Actividad Física en la Prevención del Câncer. *Ver. Médica Cl*. 2012; 23(3): 262-265.
12. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, Hosaka T, Uchitomi Y. Development and validation of the Cancer Fatigue Scale: A brief, three-dimensional, self-rating Scale for Assessment of Fatigue in cancer patients. *J. of P. and Sym. Man*. 2000; 19(1): 5-14.
13. Schwartz JE, Janford L, Krupp, LB. The assessment of fatigue: A new measurement. *J. of Psy. Res*. 1993; 37(7): 753-762.
14. Mansano-Schlusser TC, Ceolim MF Fadiga em Idosos em Tratamento Quimioterápico. *Ver. Bras.a de Enf*. 2014; 7(4): 623-639.
15. Ferreira DB. Qualidade de Vida em Pacientes em Tratamento de Câncer de Mama: Associação com Rede Social, Apoio Social e Atividade Física". Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Meio Ambiente), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011.
16. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jammik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da Versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para Câncer de pulmão. *J. Bras. de Pneu*. 2010; 36 (5).
16. Gouveia VV, Oliveira GF, Mendes LAC, Cavalcanti TM, Melo RLP. Escala de Avaliação da Fadiga: Adaptação para Profissionais da Saúde. *Rev. Psi.: Org. e Trab*. 2015; 15(3): 246-256.
18. Mota DDC. Fadiga no Doente com Câncer Colo-Retal: Fatores de Risco e Preditivos. Tese (Doutorado em Enfermagem), USP, 2008.
19. Battaglini CL, Bottaro M, Campbell JS, Novaes J, Simão R. Atividade Física e Níveis de Fadiga em Pacientes Portadores de Câncer. *Rev. Bras. de Med. no Esp*. 2004;10 (12): 98-104.
20. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. [cited 2019 jan 20]. Available from: Disponível: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>.
21. Courtney KS, Mackey JR, Jones LW. Coping with Cancer: can exercise help? *Phys. Sport*. 2000; 28(5): 49-73.
22. Seixas RJ, Kessler A, Frison VB. Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. *Rev. Bras. de Canc*. 2010, 56(3):321-330; Seixas RJ. Exercício Físico Aeróbico e Câncer de Pulmão: Um Estudo de Revisão. *Rev. Bras. de Canc*. 2012; 58(2): 267-275.
23. Mohammadi S, Sulaiman S, Koon PB, Amani R, Hosseini SM. Impact of healthy eating practices and physical activity on quality of life among breast cancer survivors. *As. Pac. J. of Canc. Prev.:* 2013; 14(1): 481-487.
24. Templeton AJ, Thurlimann B, Baumann M, Mark M, Stoll S, Schwizer M, Ruhstaler T. Cross-sectional study of self-reported physical activity, eating habits and use of complementary medicine in breast cancer survivors. *BMC Canc.*, 2013; 13 (153).
25. Kwan ML, Sternfeld B, Ergas IJ, Timperi AW, Roh JM, Hong CC, Kushi LH. Change in physical activity during active treatment in a prospective study of breast cancer survivors. *Breast. Canc. Res. and Treat*. 2012; 131(2): 679-690.
26. Couceiro TCM et al. Prevalência da Dor Neuropática em Pacientes com Câncer. *BrJP*. 2018; 1 (3): 231-235.
27. Ramos AFN, Tavares APM, Mendonça SMS. Controle da Dor e Dispneia de Pacientes com Câncer no Serviço de Urgência: Resultados da Intervenção de Enfermagem. *Rev. Dor*. 2017; 18 (2): 166-172.
28. Vigário PS. Exercise is Associated With Better Quality of Life in Patients on TSH-Suppressive Therapy with Levothyroxine for differentiated Thyroid Carcinoma. *Arq. Bras. End.* 2014; 58 (3): 274-281.
29. Moros MT et ali. Ejercicio Físico en Mujeres con Câncer de Mama. *Rev. Med. do Ch*. 2010;138: 715-722.
30. Boing L. et ali. Physical activity, Fatigue and Quality of Life During a Clinical Adjuvant Treatment of Breast Cancer: a Comparative Study. *Motricidade*. 2018; 14 (2-3): 59-70.
31. Reis F. O Impacto de Dois Diferentes Programas de Exercício Físico na Performance Física e na Fadiga Relacionada ao Câncer. *Acta Fisiatr*. 2012; 19(4):198-202.
32. Schiappacasse G, González P. Hacia una Terapia Multimodal en el Cansancio Oncológico: Estudio Piloto Fase 2, Prospectivo, Randomizado y Doble Ciego. *Rev. El Dolor*, 2013; 60:26-32.

Recebido em junho de 2019.
Aceito em janeiro de 2020.