

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DE SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

EMANUELLE DE SOUZA BERNARDO

**PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE**

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2012.

EMANUELLE DE SOUZA BERNARDO

**PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado para a obtenção do grau de Bacharel
no curso de Fisioterapia da Universidade do
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora Técnica: Prof^ª. Dra. Évelin Vicente.

Orientadora Metodológica: Prof^ª MSc. Bárbara
Lucia Pinto Coelho

CRICIÚMA, NOVEMBRO DE 2012.

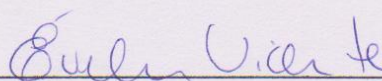
Emanuelle de Souza Bernardo

**ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE FUNCIONALIDADE E DE
QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
CLASSIFICADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS INTERNADOS NO
HOSPITAL SÃO JOSÉ EM CRICIÚMA-SC**

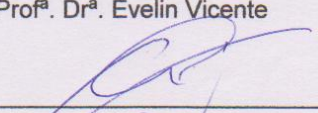
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Neurociências.

Criciúma, 28 de Novembro de 2012.

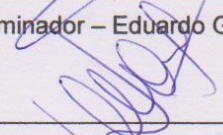
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Evelin Vicente



1º Examinador – Eduardo Ghisi Victor



2º Examinador – Lee Gi Fan

AGRADECIMENTOS

Compondo a base que necessito para lutar pelo meu sucesso, e proporcionando incondicionalmente todo o apoio necessário para superar os obstáculos, e conquistar o objetivo almejado, só tenho a agradecer, primeiramente, a Deus e à minha família.

Aos professores e à minha orientadora Evelin Vicente; ao Hospital São José, por ter proporcionado uma experiência única, possibilitando um contato próximo com a realidade dos pacientes portadores de câncer em estágio avançado; e aos pacientes, pelo carinho e compreensão ao me receberem, mesmo numa situação tão difícil e delicada. Momentos indescritíveis que me fizeram evoluir como pessoa e como profissional da saúde.

Por fim, a todos aqueles que de alguma forma estiveram ou estão próximos de mim, fazendo a vida valer cada vez mais a pena.

“Para tudo isso, é preciso capacitação, habilidade, treinamento e, acima de tudo, vocação.”

(Instituto Nacional do Câncer – INCA)

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PROJETO DE PESQUISA.....	7
CAPÍTULO II – ARTIGO CIENTÍFICO	43
CAPÍTULO III – NORMAS DA REVISTA	56

CAPÍTULO I – PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
2.1 Neoplasia Maligna.....	07
2.1.1 Epidemiologia.....	07
2.1.2 Diagnóstico.....	08
2.1.3. Tratamentos.....	08
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS.....	10
2.2.1 Fisioterapia nos Cuidados Paliativos.....	12
2.3 QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL.....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA.....	14
3.1 Tipo de Pesquisa.....	14
3.2 Local.....	14
3.3 Amostra.....	14
3.4 Instrumentos para Coleta de Dados.....	15
3.5 Procedimentos para Coleta de Dados.....	16
3.6 Procedimentos para Análise de Dados.....	16
4 CRONOGRAMA.....	17
5. ORÇAMENTO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
APÊNDICES.....	22
ANEXOS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Problematização

O aumento na incidência de doenças degenerativas como, por exemplo, o Câncer, faz com que profissionais da saúde unam-se na busca de alternativas que dêem melhores condições de vida aos pacientes que se encontram nesta realidade. Tendo como foco a redução dos sintomas e da dor, surgindo assim, a importância do cuidar com dignidade e, conseqüentemente, da inserção dos cuidados paliativos no tratamento destes pacientes (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Quando não há a possibilidade de cura, ou seja, em casos dados como “perdidos” pela medicina, profissionais procuram, através dos cuidados paliativos, um tratamento diferenciado, que abrange sintomas físicos, emocionais e espirituais. Fazendo com que seus pacientes sintam o mínimo das conseqüências decorrentes da doença, e que o tratamento seja o menos agressivo possível, aumentando a qualidade de vida, mesmo que estes se encontrem em uma fase terminal (SILVA e SUDIGURSKY, 2008).

O profissional de Fisioterapia tem um papel fundamental no tratamento destes pacientes, oferecendo dentro dos cuidados paliativos a prevenção dos sintomas e das alterações decorrentes do câncer. O confinamento ao leito, muitas vezes, leva os pacientes a serem reprimidos pelos próprios familiares de realizar suas atividades de vida diária (AVD's) de forma independente, resultando em situações de desuso e imobilidade (SALTZ e JUVER, 2009).

Pode-se dizer que é fato o aumento de patologias como o câncer, com as suas mais diversas características. Alguns casos atingem a recuperação total, porém em outros, resta somente aos profissionais responsáveis pelo paciente, a aplicação de tratamentos humanizados, dentro do conceito paliativo. Em meio a estes tratamentos, diversas complicações são freqüentes, e, neste quesito, a Fisioterapia possui o intuito de identificar quais são estas sintomatologias, e sua relação sobre a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes, construindo assim bases de conhecimento para a elaboração de um tratamento fisioterapêutico adequado. Portanto, investigar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes oncológicos terminais, torna-se algo imprescindível.

Assim, apresenta-se a **questão problema** do estudo: Quais as características relativas à qualidade de vida e à funcionalidade, apresentadas por pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos internados no Hospital São José (HSJ) de Criciúma/SC?

E, como **questões norteadoras**:

1. Qual o índice de funcionalidade dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos investigados no HSJ?
2. Qual o escore de qualidade de vida dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos investigados no HSJ?

Mediante as questões acima, apresentam-se as seguintes **hipóteses**:

1. O índice de funcionalidade dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos no HSJ, será mensurado por meio da escala de capacidade funcional Karnofsky Performance Status (KPS).
2. A aplicação do questionário EORTC QLQ-C15 PAL irá determinar o nível de qualidade de vida dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos no HSJ. Acredita-se que a qualidade de vida destes pacientes seja alterada, devido aos aspectos físicos (dor, fadiga, dispnéia, náuseas, imobilidade no leito), e biopsicosociais (depressão, ansiedade, medo, isolamento) que a doença atinge.

Assim, o **objetivo geral** do presente estudo é: Identificar o índice de qualidade de vida e de funcionalidade dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos, internados no HSJ de Criciúma-SC.

Bem como, são **objetivos específicos**:

1. Avaliar a funcionalidade dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos investigados no HSJ.

2. Avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos investigados no HSJ.

Atualmente, há uma escassez de referenciais qualitativos sobre o convívio entre fisioterapeutas e pacientes que se encontram em estado avançado da doença ou com impossibilidade de cura, sugerindo que novos estudos sejam elaborados, objetivando a ampliação do conhecimento sobre este assunto (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

Marcucci (2004) corrobora afirmando que há uma urgência necessária de divulgar entre fisioterapeutas os Cuidados Paliativos, através de estudos de qualidade sobre o mesmo, a fim de determinar quais recursos fisioterapêuticos são úteis aos pacientes terminais.

O fisioterapeuta, após a realização de uma avaliação, irá adequar ao tratamento recursos, exercícios e técnicas, de acordo com a necessidade de cada paciente. Reduzindo, assim, a dor, o sofrimento e os demais sintomas, tornando os pacientes mais ativos e proporcionando uma qualidade de vida digna e confortável (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2009).

A demanda crescente, e, a falta de atenção específica sobre os pacientes oncológicos fora das possibilidades terapêuticas de cura, torna necessária a investigação de variáveis, como, a qualidade de vida e a funcionalidade destes pacientes, dentro dos cuidados paliativos. Paralelamente pretende-se agregar literatura para profissionais da Saúde, ou outros interessados sobre o assunto. Portanto, considera-se fundamental a execução dessa pesquisa nesta área.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 NEOPLASIA MALIGNA

Guembarovsk e Cólus (2008) definem a palavra “câncer” como um conjunto de diversas patologias heterogêneas, que ocorrem a partir de modificações fundamentais na fisiologia celular, ocasionando o desenvolvimento dos tumores malignos.

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer – INCA esta nomenclatura é atribuída a um conjunto de mais de 100 patologias que tem como características semelhantes o crescimento desordenado de células que se disseminam pelo organismo invadindo tecidos e órgãos. São células que devido a alterações no seu código genético, isto é, seu DNA, passam a se reproduzir de forma irregular e desenfreada repassando as células originárias a partir destas a mesma anomalia (QUADROS, 2005).

Os tumores malignos constituem 12% das causas de morte mundiais, sendo responsáveis por seis milhões de óbitos por ano. Os autores ainda destacam que apesar de a maior incidência de câncer ser em países desenvolvidos, nos últimos anos dos 10 milhões de novos casos da doença, 55% são originários de países em desenvolvimento (GUERRA, GALLO e MENDONÇA, 2005).

Lopes (2005) corrobora afirmando que devido à sua incidência e mortalidade, o câncer constitui um problema de saúde pública não só no Brasil, como também, no mundo. Fato que exige a realização de intervenções, objetivando a qualidade de vida destes pacientes, atuando na prevenção, no diagnóstico precoce e no tratamento oncológico dos mesmos.

2.1.1 Epidemiologia

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama, próstata, estômago, pele não-melanoma, pulmão, colorretal e colo do útero, são os mais incidentes e que representam um maior índice de mortalidade no Brasil, com mínimas mudanças de uma região para outra (GOMES et al, 2008).

Guerra, Gallo e Mendonça (2005) complementam, afirmando que, conforme os dados da base populacional do Brasil, dos dez registros de câncer, os tipos que mais predominam nos homens são: câncer de próstata, pulmão, estômago, colorretal e esôfago. Entre os tumores de maior prevalência nas mulheres, encontra-se o câncer de mama, seguido dos cânceres de pulmão, estômago, colo uterino e colorretal.

2.1.2 Diagnóstico

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o diagnóstico inicial do câncer, assim como o de qualquer outra patologia, tem como ponto de partida a anamnese e o exame físico do paciente constituindo-se este, passo importante para a indicação de exames complementares. Estes exames têm, além de avaliar a natureza do tumor a ser tratado, outras finalidades como analisar as funções orgânicas, a ocorrência de doenças paralelas, e as proporções tomadas até então pela própria doença neoplásica. Os exames complementares, utilizados para o diagnóstico e posterior tratamento do câncer, são aqueles mesmos utilizados para a identificação de outras patologias. Dentre os mais comuns, pode-se citar os exames laboratoriais, métodos gráficos, endoscópicos, radiológicos, ultra-sonográficos, ressonância magnética e marcadores tumorais.

A cirurgia oncológica, também é utilizada para diagnosticar o câncer, a biópsia incisional, biópsia excisional, biópsia por agulha ou endoscopia, são as técnicas cirúrgicas, aplicadas conforme o local da neoplasia, sua extensão e características de crescimento (OTTO, 2002).

O câncer, ao ser diagnosticado, envolve, além da descoberta das alterações teciduais, fatores comportamentais e psicológicos do paciente. No tratamento oncológico, a quimioterapia e as complicações decorrentes da doença, tornam os pacientes temerosos frente a esta nova realidade em suas vidas, levando-os, mesmo que de maneira inconsciente, ao isolamento (BORGES, et al, 2008).

2.1.3 Tratamentos

O tratamento oncológico pode assumir três estágios, dependendo estes, da natureza do câncer desenvolvido pelo paciente. Classificam-se em Curativo, o qual

tem como objetivo principal a extinção do tumor; Intermediário, isto é, apesar de também almejar a eliminação do câncer, tem enfoque na isenção temporária da doença; e Paliativo. Este último busca o tratamento de pacientes visando sua qualidade de sobrevivência, e que na maioria das vezes não possui mais a possibilidade de cura (FRISTACHI, FRISTACHI e SILVA, 2008).

Dentre estes estágios, as técnicas de tratamento do câncer possuem quatro modalidades primárias básicas, são elas, a radioterapia, quimioterapia, cirurgia e bioterapia (OTTO, 2002).

O Ministério da Saúde (2010) conceitua Radioterapia, como um método de combate local ou locorregional, do câncer, o qual se serve de equipamentos e técnicas variadas para aplicação de radiação ionizante em regiões do organismo, prévias e cuidadosamente demarcadas. É o tratamento que ocupa posição de destaque, sendo que, calcula-se que pelo menos 60% dos pacientes portadores de algum tipo de neoplasia o utilizarão em algum momento da sua doença. Define-se como uma modalidade de tratamento clínico, o qual busca a eliminação das células cancerosas por meio de radiações ionizantes. Vale destacar que esta, tem também como meta atingir ao mínimo o tecido normal que cerca o tumor (PINTO e LEITE, 1999 apud SALVAJOLI e SILVA, 2008).

Outra forma de tratamento, eficaz em considerável parte dos tumores, é a Quimioterapia. É definida como a utilização de substâncias citotóxicas, objetivando a cura, controle ou palição. Pode ser administrada via endovenosa de maneira regional, aplicada em uma artéria ou cavidade; ou de maneira local, quando a aplicação ocorre especificamente no tumor (OTTO, 2002). A Quimioterapia possui como forma de tratamento a utilização de medicamentos, estes denominados quimioterápicos. A administração destes se dá de forma regular e variam de acordo com esquemas terapêuticos (Ministério da Saúde, 2010).

Goldman e Ausiello (2009) citam outra modalidade de tratamento do câncer, a Cirurgia, que além de ser um meio de diagnosticar os tumores, tem também a função de retirar as neoplasias sólidas. Com o progresso da radioterapia e quimioterapia, as técnicas cirúrgicas têm sido menos utilizadas, porém, representa ainda uma abordagem primária de grande auxílio ao tratamento curativo. Segundo Costa e Leite (2009), a cirurgia foi a primeira intervenção capaz de modificar o seguimento de uma neoplasia. Hoje, mais de 60% dos pacientes oncológicos

realizam cirurgias, também utilizadas no estadiamento e diagnóstico de mais de 90% dos cânceres.

A quarta modalidade de tratamento é a Bioterapia, também conhecida como Terapia Biológica, é classificada como um tratamento por meio de agentes derivados, que causam alteração das respostas biológicas (OTTO, 2002; ALMEIDA, 2004).

Costa e Leite (2009), afirmam que com a utilização destas técnicas como forma de tratamento oncológico, 50% dos pacientes que obtiveram o diagnóstico de câncer, alcançaram o estágio curativo da doença.

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Matsumoto (2009), a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos como: *“uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”*. Com a finalidade de distanciar a imagem de que não há mais nada a ser feito, os termos “terminalidade” e “impossibilidade de cura” são substituídos, por exemplo, por “doença que ameaça a vida” e “possibilidade ou não de tratamento modificador da doença”. Sua base não é fundamentada em protocolos, mas sim, nos seguintes princípios:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar e nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (MATSUMOTO, 2009).

Os cuidados paliativos surgiram com o *Movimento Hospice*, há quarenta anos, com a filosofia de cuidar do ser humano que está em seu momento final da vida, e também de sua família, com condolência e atenção aos sentimentos e pensamentos do paciente. Muitos destes *Hospices* pertenciam aos religiosos, que possuíam enfoque no cuidado aos doentes que estavam morrendo, e focavam exclusivamente no cuidar (FLORIANI e SCHRAMM, 2008; PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Silva e Sidigursky (2008) complementam, descrevendo que *Dame Cecily Saunders* foi a planejadora do *Movimento Hospice*, e também autora da filosofia sobre a exclusiva finalidade do cuidar dos aspectos físicos, sociais, espirituais e psicológicos dos pacientes.

Silva e Hortale (2006) relatam a existência de mais de 7.000 *Hospices*, ou seja, serviços de cuidados paliativos, em mais de 90 países de todo o mundo, conforme os dados obtidos no *The Hospice Information Service* do St. Christopher Hospice's, localizado em Londres. Na América Latina, encontrou-se mais de 100 serviços de assistência paliativa, e no Brasil, embora não sejam dados oficiais, acredita-se que existam cerca de 30 serviços de cuidados paliativos.

A classificação do estágio de terminalidade de uma doença é caracterizada de acordo com alguns fatores clínicos, como, uma patologia em estágio progressivo, avançado e com exclusão de chances curativas, ausência de respostas ao tratamento, múltiplos problemas e sintomatologia intensa; significativo abalo psicológico em pacientes e/ou familiares, hipóteses de morte e prognóstico de no máximo seis meses (CARVALHO E SILVÉRIO, 2006 apud MÜLLER, SCORTEGAGNA E MOUSSALLE, 2011).

Os cuidados paliativos são indicados em doenças de estágios mais avançados, e tratam não só o câncer, como também a AIDS, doenças neurológicas degenerativas, demências e insuficiências crônicas de órgão. A medicina paliativa desenvolve seu tratamento através de uma equipe multidisciplinar, que atua na

minimização dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, muito comuns em pacientes oncológicos fora das possibilidades terapêuticas (FRISTACHI, FRISTACHI e SILVA, 2008).

2.2.1 Fisioterapia nos Cuidados Paliativos

Partindo do ponto de que nenhuma profissão engloba todos os fatores envolvidos em um tratamento quando age de maneira isolada, surge a necessidade da atuação multidisciplinar de uma equipe. Unindo conhecimentos, percebe-se a importância do trabalho em conjunto, resultando em um modo completo de assistir o paciente. O papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos é baseado nesta definição, e, dentro da formação profissional, o Fisioterapeuta presta seus serviços aos pacientes, conforme o quadro clínico que cada um irá apresentar (MARCUCCI, 2004).

Batiston, Matos e Arruda (2008) relatam que embora a atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos ainda seja uma prática recente e pouco difundida, é incontestável a necessidade de ampliar a atuação do profissional de fisioterapia junto aos pacientes com câncer em estágio avançado, que não respondem mais aos tratamentos curativos. Estes pacientes apresentam diversos sintomas que podem ser minimizados pelo tratamento fisioterapêutico, como, dores, sensações de cansaço e fraqueza, dispnéia, vômitos, náuseas, delírios, restrições físicas, que incluem imobilismo no leito, cirurgias, demais tratamentos, e também alterações psicológicas, como a depressão e ansiedade.

Para Müller, Scortegagna e Moussalle (2011), a fisioterapia realiza sua intervenção em pacientes oncológicos paliativos por meio de técnicas, como a terapia manual, alongamentos, exercícios passivos, ativos e de fortalecimento muscular, mobilizações articulares, exercícios respiratórios, suporte de oxigênio, posicionamento, manobras de higiene brônquica, ventilação mecânica, entre outras.

2.3 QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE

A OMS define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em

relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (MAKLUF, DIAS e BARRA, 2006).

A expressão qualidade de vida relacionada à saúde está além do controle da sintomatologia, redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida. Este termo engloba fatores como a percepção do ser humano, seus aspectos emocionais e comportamentais, que se relacionam diretamente com as atividades de vida diária do paciente, ou seja, a qualidade de vida não se limita somente às condições clínicas de saúde (FRANZI e SILVA, 2003).

A mensuração da qualidade de vida e da funcionalidade por meio de instrumentos que possibilitem esta análise, pode ser utilizada como um indicador de saúde, norteador de estratégias de intervenções terapêuticas, a fim de desenvolver parâmetros para a realização de ações que promovam a saúde de forma coletiva ou individual. Sendo um passo imprescindível para a realização de uma abordagem mais humanística e abrangente no tratamento das neoplasias malignas. Portanto, a avaliação da qualidade de vida e da capacidade funcional inserida na área da saúde, vem sendo utilizada como um desfecho fundamental na investigação do impacto sentido pelo paciente, devido à sua doença (MAKLUF, DIAS e BARRA, 2006).

3. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo é caracterizado como da área da saúde, subárea Fisioterapia. Quanto á natureza, constitui-se de uma pesquisa básica. Quanto ao problema, é quantitativo, com objetivos descritivos e explicativos. Em suma, trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e transversal.

3.2 LOCAL

O estudo será realizado no HSJ, localizado em Criciúma-SC.

3.3 POPULAÇÃO e AMOSTRA

A população em estudo irá constar de pacientes portadores de câncer em estágio avançado, classificados em cuidados paliativos, internados no HSJ de Criciúma/SC, que concordarem com o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I).

Serão coletados dados de todos os pacientes envolvidos no estudo, o que caracterizará a coleta como sendo censitária. Conforme Rodrigues (2002), uma coleta censitária caracteriza-se como sendo aquela em que coletam-se dados de todos os elementos que constituem a população em estudo. Estima-se que a população para esse estudo seja de pelo menos 30 pacientes.

Considera-se como critérios de inclusão, pacientes com a faixa etária acima de 18 anos, classificados em cuidados paliativos pelo médico oncologista do HSJ, conforme constará nos prontuários. E como critérios de exclusão, idade inferior a 18 anos, pacientes que apresentem possibilidades terapêuticas de cura, pacientes que não estiverem conscientes para responder as questões solicitadas ou sujeitos que não aceitarem assinar o TCLE.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para coleta de dados será utilizado uma ficha de avaliação (APÊNDICE III) contendo os dados de identificação e a história da doença do paciente, um instrumento para avaliar a funcionalidade, e outro para avaliar a qualidade de vida: a escala de capacidade funcional KPS (ANEXO I), e o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ C-15 PAL (ANEXO II).

Segundo Cabral (2009) e Polo e Moraes (2009), a KPS é o instrumento mais utilizado no prognóstico dos pacientes oncológicos, pois esta escala determina os níveis de desempenho destes pacientes, por meio de valores entre 0 e 100, onde zero está relacionado a morte e 100 ao nível normal de aptidão e execução de atividades diárias. Isto possibilita ao profissional da saúde o norteamo de condutas e resultados terapêuticos, de acordo com a resposta do paciente ao tratamento que está sendo submetido. Arantes (2009) complementa afirmando que a KPS tem como objetivo mensurar o quadro clínico em que o paciente se encontra, demonstrando que pacientes com resultados abaixo de 70% são indicados precocemente para uma assistência paliativa. Quando a *performance* da escala é de 50%, trata-se de pacientes que estão em uma fase terminal, sendo estes elegíveis para Cuidados Paliativos, exceto pacientes com condições de ainda manter a terapia, conseguindo tolerar o tratamento, e que apresentem chances previsíveis de melhora da doença.

O questionário de qualidade de vida “EORTC QLQ-C15 PAL Versão 1.0” (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer) validado pela EORTC, é uma versão reduzida do EORTC QLQ-C30. Foi desenvolvido especificamente para Cuidados Paliativos, sendo recomendado para pacientes com câncer em estágio avançado, incurável e sintomático, com expectativa de vida média de poucos meses. O EORTC QLQ-C15 PAL é composto por 15 questões relacionadas à qualidade de vida, correspondentes a última semana do paciente. Inclui perguntas sobre atividades, autonomia, falta de ar, dificuldade para dormir, fraqueza, cansaço, apetite, enjôos, constipação intestinal, dor, depressão e o quanto a dor interfere na realização das atividades diárias. A qualidade de vida global é quantificada de acordo com uma escala numérica, que utiliza valores de 1 a 7, sendo 1 = Péssima e 7 = Ótima (AARONSON, 1993; FAYER, 2001; GROENVOLD et al, 2006; PETERSEN et al, 2006; VIVAT, 2008;).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora irá submeter o estudo ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNESC e do HSJ. Após, a pesquisadora procederá a seu estudo, contatando os pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos, convidando-os para participar voluntariamente da pesquisa, esclarecendo os procedimentos. Em seguida, depois de os pacientes e/ou responsáveis assinarem o TCLE, e conforme os critérios de inclusão e exclusão, será realizada uma entrevista com o paciente.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A análise do questionário e da escala de capacidade funcional será realizada de acordo com o programa SPSS versão 17.0.

5. ORÇAMENTO

MATERIAIS DE CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR
Papel	02 Resmas	R\$ 30.00
Caneta	03 Unidades	R\$ 5.00
Impressora	01 Unidade	Já existente.
Cartucho de tinta para impressora	02 Unidades	R\$ 100.00
Deslocamento ao HSJ	40 Visitas	R\$ 300.00
TOTAL: R\$ 435.00		

OBS.: Todos os custos com o estudo serão de responsabilidade da pesquisadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, BULLINGER M, CULL A, DUEZ NJ, FILIBERTI A, FLECHTNER H, FLEISHMAN SB, DE HAES JCJM, KAASA S, KLEE MC, OSOBA D, RAZAVI D, ROFE PB, SCHRAUB S, SNEEUW KCA, SULLIVAN M, TAKEDA F. **The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology.** *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376.

ALMEIDA, JOSE RICARDO CHAMHUM. **Farmacêuticos em Oncologia: Uma Nova Realidade.** 2ª Ed. Atheneu: 2004

ANDRADE, B.; SERA, C.; YASUKAWA, S. **Papel do Fisioterapeuta na Equipe de Cuidados Paliativos.** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 2009. 230-234.

ARANTES; A.C.L.Q. **Indicações de Cuidados Paliativos.** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 2009. 20-36.

AUSIELLO, D; GOLDMAN, L. **CECIL – Tratado de Medicina Interna.** 23ª Ed. Elsevier, 2009.

BATISTON, A.; MATOS, L.G.H.; ARRUDA, M.F.G. **Disfunções Físico-Funcionais em Pacientes Oncológicos: A Importância do Cuidado Paliativo.** Revista Fisioterapia Brasil, 2008; 231-236.

BERTACHINI, L.; PESSINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos.** 1ª Ed. São Paulo: Loyola, 2004.

BORGES, C.A.M.; SILVEIRA, C.F.; LACERDA, P.C.M.T; NASCIMENTO, M.T.A. **Análise dos Métodos de Avaliação, dos Recursos e do Reconhecimento da Fisioterapia Oncológica nos Hospitais Públicos do Distrito Federal.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2008; 54(4): 333-344.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais.** Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2010.

CABRAL, C.R. et al. **Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva.** Rev. bras. ter. intensiva. 2009, vol.21, n.1, pp. 18-24.

COSTA, P.; LEITE, R.C.B.O. **Estratégias de Enfrentamento Utilizadas Pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a cirurgias Mutiladoras.** Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(4): 355-364.

FAYERS PM, AARONSON NK, BJORDAL K, GROENVOLD M, CURRAN D, BOTTOMLEY A, ON BEHALF OF THE EORTC QUALITY OF LIFE GROUP. **The**

EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition) Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.

FRANZI, S.A.; SILVA, P.G. **Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes Submetidos à Quimioterapia Ambulatorial no Hospital Heliópolis.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2003, 49(3): 153-158.

FRISTACHI, C.E.; FRISTACHI, M.; SILVA, K.C.L. **Cuidados Paliativos em Pacientes Portadores de Câncer em Fase Terminal.** Prática Hospitalar Ano X, 2008; 178-179.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. **Cuidados Paliativos: Interfaces, conflitos e necessidades.** Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2123-2132, 2008.

GOMES, C.H.R.; NOBRE, A.L.; AGUIAR, G.N.; FERNANDES, I.M.; SOUTO, I.V. **Avaliação do Conhecimento sobre Detecção Precoce do Câncer dos Estudantes de Medicina de uma Universidade Pública.** Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(1): 25-30.

GROENVOLD M, PETERSEN MAA, AARONSON NK, ARRARAS JI, BLAZEYBY JM, BOTTOMLEY A, FAYERS PM, DE GRAEFF A, HAMMERLID E, KAASA S, SPRANGERS MAG, BJORNER JB. **EORTC QLQ-C15-PAL: the new standard in the assessment of health-related quality of life in advanced cancer? A response to Echteld MA et al, Palliative Medicine 2006; 20: 1-2. Palliative Medicine 2006; 20 (2) 59-61.**

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. **Risco de Câncer no Brasil: Tendências e Estudos Epidemiológicos Mais Recentes.** Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234.

GUEMBAROVSKY, R, L.; CÓLLUS, I.M.S. **Câncer: Uma Doença Genética.** SBG – Genética na Escola, 2008; 03.01, 4-7.

LOPES, V.L.B. **Doutor, Estou com Câncer?.** 2ª Ed. Rio Grande do Sul: Editora Age Ltda, 2005.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. **Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres Com Câncer de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(1): 49-58.

MARCUCCI, F.C.I. **O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a Pacientes com Câncer.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2004; 51(1) 67-77.

MATSUMOTO, D.Y. **Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e Princípios.** Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 2009. 13-19.

MÜLLER, A.; SCORTEGAGNA, D.; MOUSSALLE, L. **Paciente Oncológico em Fase Terminal: Uma Abordagem do Fisioterapeuta.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2011; 57(2): 207-215.

SALTZ, E.; JUVER, J. **Cuidados Paliativos em Oncologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Senac, 2009.

OTTO, S.E. **Oncologia**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002.

PETERSEN, MA; GROENVOLD, M; AARONSON, N; et al. **Item response theory was used to shorten EORTC QLQ-C30 scales for use in palliative care**. J Clin Epidemiol 2006; 59:36-44.

POLO, L.H.V. et al. **Performance de Zubrod e Índice de Karnofsky na Avaliação da Qualidade de Vida de Crianças Oncológicas**. Einstein. 2009; 7(3 Pt 1):314-21.

QUADROS, A.C.O. **Câncer de Mama – A Cura Pode Estar em Você**. 1ª Ed. Brasília: Thesaurus, 2005.

SALVAJOLI, J.V.; SILVA, M.L.G. **Temas em Psico-Oncologia - Radioterapia**. São Paulo: Summus, 2008.

SILVA, P.E.; SIDIGURSKY, D. **Concepções Sobre Cuidados Paliativos: Revisão Bibliográfica**. Acta Paul Enferm, 2008; 21(3): 504-8.

SILVA, R.C.F, HORTALE, V.A. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.

VIVAT B; Members of the Quality of Life Group of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer. **Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review**. Palliat Med 2008; 22:859-68.

www.inca.gov.br Acessado em: 25 de Setembro de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Estamos realizando um projeto para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “**Associação entre Nível de Funcionalidade e de Qualidade de Vida dos Pacientes Oncológicos Classificados em Cuidados Paliativos Internados no Hospital São José em Criciúma/SC**”. O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos **identificar o índice de funcionalidade e de qualidade de vida, por meio da aplicação da escala Karnofsky Performance Status e do questionário EORTC QLQ-C15 PAL**. Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora Emanuelle Bernardo (fone: 99979976) da 9ª fase da Graduação de Fisioterapia da UNESC e orientado pela professora Evelin Vicente. O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

APÊNDICE II - Termo de Compromisso de Confidencialidade



TERMO DE COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE



Emanuelle de Souza Bernardo, brasileira, solteira, estudante, inscrito(a) no CPF sob o nº 065.696.659-95, abaixo firmado, assume o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto do trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia intitulado: **“Associação entre Nível de Funcionalidade e de Qualidade de Vida dos Pacientes Oncológicos Classificados em Cuidados Paliativos Internados no Hospital São José em Criciúma/SC”**.

Por este Termo de Confidencialidade compromete-se:

1. a não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. a não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionada a tecnologia acima mencionada;
3. a não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso que venha a ser disponível através da tecnologia ora mencionada;
4. a não repassar o conhecimento das Informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Os dados e informações referentes aos pacientes investigados serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Criciúma, Março de 2012.

Emanuelle S. Bernardo

APÊNDICE III – Ficha de Avaliação



FICHA DE AVALIAÇÃO



1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

LEITO: _____ TEMPO DE INTERNAÇÃO: _____

NOME: _____

DATA NASC.: ____/____/____ IDADE: _____ SEXO: () F () M

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL: _____

2. HISTÓRIA DA DOENÇA:

TRATAMENTOS REALIZADOS:

() Radioterapia () Quimioterapia () Cirurgia () Outros*

*Qual? _____

*Quanto tempo de tratamento? Ainda realiza?

OUTRO(S) CÂNCER(ES) JÁ TRATADOS(S)? () NÃO () SIM*

*Qual? _____

Atendimentos Fisioterapêuticos Semanais:

0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Fisioterapia Respiratória () Fisioterapia Motora ()

ANEXOS

ANEXO I – KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS

KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS	
100%	Nenhuma queixa, ausência de evidência da doença.
90%	Capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
80%	Sinais e sintomas da doença com o esforço.
70%	Capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo.
60%	Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades.
50%	Requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40%	Incapaz; requer cuidados especiais e assistência.
30%	Muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente.
20%	Muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo.
10%	Moribundo, processos letais progredindo rapidamente.

ANEXO II - EORTC QLQ-C15-PAL (VERSION 1)

EORTC QLQ-C15-PAL (version 1)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais: _____

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): _____

Data de hoje (dia, mês, ano): _____

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

1. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?

1 2 3 4

2. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?

1 2 3 4

3. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?

1 2 3 4

Durante a última semana:

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

4. Você teve falta de ar?

1 2 3 4

5. Você tem tido dor?

1 2 3 4

6. Você tem tido problemas para dormir?

1 2 3 4

7. Você tem se sentido fraco/a?

1 2 3 4

8. Você tem tido falta de apetite?

1 2 3 4

9. Você tem se sentido enjoado/a?

1 2 3 4

Por favor, passe à pagina seguinte

Durante a última semana:

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

10. Você tem tido prisão de ventre?

1 2 3 4

11. Você esteve cansado/a?

1 2 3 4

12. A dor interferiu em suas atividades diárias?

1 2 3 4

13. Você se sentiu nervoso/a?

1 2 3 4

14. Você se sentiu deprimido/a?

1 2 3 4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO III – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 10183/2012

Pesquisador:

Evelin Vicente

Título: "ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE FUNCIONALIDADE E DE QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CLASSIFICADOS EM EM CUIDADOS PALIATIVOS INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO JOSÉ EM CRICIÚMA".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 29 de março de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Schwalm".

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP



Carta de Aprovação

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 247/2012

Pesquisador Responsável:

Evelin Vicente


Emanuelle Bernardo

Título: “Associação Entre Nível de Funcionalidade e de Qualidade de Vida dos Pacientes Oncológicos Classificados em Cuidados Paliativos Internados no Hospital São José de Criciúma- SC”.

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 16 de Abril de 2012


Coordenador do CEP
Felipe Dal Pizzol


Vice-Coodenador do CEP
Eduardo Maximo

CAPÍTULO II – ARTIGO CIENTÍFICO

Pacientes oncológicos em cuidados paliativos: correlação entre qualidade de vida e funcionalidade

Oncology patients in palliative care: correlation between quality of life and functionality

Emanuelle de Souza Bernardo¹, Evelin Vicente²

¹Acadêmica de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Criciúma, SC - Brasil, email: emanuelle_sb@hotmail.com

² Fisioterapeuta, Docente do curso de Fisioterapia da UNESC, Doutora em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, email: eve@unesc.net

Resumo

Introdução: O câncer constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil. Apesar dos avanços nos tratamentos oncológicos, quando não é possível alcançar a cura surge a necessidade de cuidados específicos a estes pacientes, os cuidados paliativos. A inserção dos cuidados paliativos no tratamento dos mesmos, visa melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, e correlacioná-las, mediante questionário de qualidade de vida e escala de funcionalidade. **Materiais e Métodos:** A qualidade de vida e a funcionalidade foram avaliadas através do questionário EORTC QLQ C15-PAL e da *Karnofsky Performance Status*, com 15 pacientes que apresentavam faixa etária média de 65 ($\pm 12,1$) anos, no período de Abril à Agosto de 2012. **Resultados:** A incidência do diagnóstico de câncer e gênero, ocorreu em sua maioria no sexo masculino, com câncer de próstata. Observou-se significância estatística na avaliação da qualidade de vida, e nos aspectos emocionais quando correlacionados com a funcionalidade ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os pacientes oncológicos em cuidados paliativos apresentam um grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade, que vão além dos sintomas decorrentes da doença. Com uma amostra pequena de pacientes, sugere-se que novos estudos nessa área sejam realizados, a fim de ampliar e divulgar este tema entre os profissionais da saúde.

Palavras Chaves: Oncologia, Cuidados paliativos, Qualidade de vida, Funcionalidade.

Abstract:

Introduction: Cancer is a leading cause of mortality in Brazil. Despite advances in cancer treatments, when you can not achieve the cure comes the need for special care to these patients, palliative care. The inclusion of palliative care in the treatment of them, aims to improve the quality of life and functionality. **Objective:** To evaluate the functionality and quality of life of cancer patients in palliative care, and correlate them through a questionnaire of quality of life and level of functionality. **Materials and Methods:** Quality of life and functionality were estimated using the EORTC QLQ-C15 PAL Karnofsky Performance Status, with 15 patients who had an average age of 65 (± 12.1) years old, from April to August of 2012. **Results:** The incidence of cancer diagnosis and gender, occurred mostly in male gender with prostate cancer. We observed statistical significance in the assessment of quality of life and emotional aspects when correlated with the functionality ($p < 0.05$). **Conclusions:** The patients with cancer in palliative care have a major impact on quality of life and functionality that go beyond the symptoms of the disease. With a small sample of patients, it is suggested that further studies are to be conducted in this area in order to expand and disseminate this topic among health professionals.

Key-Words: Oncology, Palliative care, Quality of life, Functionality.

Introdução

O câncer é considerado uma das principais causas de morte. No Brasil, constitui a segunda causa de mortalidade, superado apenas pelas doenças cardiovasculares. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a incidência de novos casos por ano é de 400.000, sendo que destes, aproximadamente 30% evoluem a óbito (1).

Embora o tratamento oncológico esteja cada vez mais avançado, quando o estágio curativo da doença não é alcançado, os pacientes passam a necessitar de um tratamento diferenciado, que exige cuidados que vão além do controle da dor e dos demais sintomas, abrangendo também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (QV) destes pacientes (2). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, redefiniu o conceito de cuidados paliativos como: *“uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”* (2,3). Esses cuidados devem ter início precoce, possivelmente logo após o diagnóstico da doença em estágio avançado, proporcionando assistência paliativa não só ao paciente, como também aos seus familiares, inclusive no processo de luto (4).

Os cuidados paliativos destacam a importância do trabalho coletivo, pois são realizados por uma equipe interdisciplinar, para que o paciente e a família possam ser observados sob diversas perspectivas. Dentro desse conceito, o fisioterapeuta só tem a complementar na equipe de cuidados paliativos. Dispondo de recursos como, a cinesioterapia, fisioterapia respiratória e terapia manual, pode evitar o confinamento ao leito, e minimizar os demais sintomas decorrentes da doença, como a fadiga, dispnéia, dor, entre outros, que muitas vezes, leva os pacientes a sentirem-se incapazes de realizar suas atividades de vida diária (AVD's) de forma independente, resultando em situações de desuso e imobilidade que afetam diretamente na QV e na funcionalidade (5, 6).

Frente à escassez de referenciais relacionados aos pacientes oncológicos paliativos, principalmente na área da fisioterapia, faz-se necessário a ampliação deste assunto, pois todos os profissionais da saúde estão sujeitos a deparar-se com esta realidade, e devido a isso, devem ter um melhor preparo para enfrentar essas situações (5, 6).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes oncológicos classificados em cuidados paliativos, e correlacioná-las, mediante questionário de qualidade de vida e escala de funcionalidade.

Materiais e Métodos

O estudo é caracterizado como da área da saúde, sub área Fisioterapia. Quanto à natureza, constitui-se de uma pesquisa básica. Quanto ao problema, é quantitativo, com objetivos descritivos e explicativos. Em suma, trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e transversal. Realizado mediante a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC sob parecer nº 10183/2012 e, do Hospital São José (HSJ) de Criciúma/SC sob parecer nº 247/2012. Foram entrevistados 15 pacientes que encontravam-se internados no HSJ no período de Abril à Agosto de 2012, classificados em cuidados paliativos pelo médico oncologista do HSJ, conforme os prontuários. Foram excluídos do estudo pacientes que apresentavam possibilidades terapêuticas de cura, idade inferior a 18 anos, pacientes que não estavam conscientes para responder as questões solicitadas ou sujeitos que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi utilizado o questionário EORTC QLQ C15-PAL, específico para avaliar a Qualidade de Vida (QV) de pacientes com câncer em cuidados paliativos. Validado pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)*, este instrumento é composto por 15 questões relacionadas à QV durante a última semana do entrevistado, sendo dividido em três grupos de sub escalas: sub escala funcional (funcionamento físico e funcionamento emocional), sub escalas dos sintomas físicos (fadiga, náusea e vômito, dor, dispnéia, insônia, perda de apetite e constipação), e sub escala global de QV (8, 9, 10, 11, 12).

Para avaliar a funcionalidade dos pacientes, foi utilizado a escala *Karnofsky Performance Status (KPS)*, que descreve os níveis crescentes de atividade e independência com valores que variam de 0 a 100. Zero indica morte e 100, o nível normal de desempenho físico e aptidão para realizar atividades normais. É o instrumento mais utilizado no prognóstico da terapia de câncer por tratar-se de medida do rendimento para classificação da habilidade de uma pessoa para desempenhar atividades, avaliando o progresso do paciente após um procedimento terapêutico e determinando sua capacidade para terapia (13).

Análise Estatística

Os dados obtidos nas avaliações foram devidamente tabulados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 for Windows. Foram consideradas como estatisticamente significativas as questões que obtiveram $p < 0,05$.

Na relação do Diagnóstico e Gênero, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Para o questionário de QV, EORTC QLQ C-15 PAL, foi utilizado o Teste *t* de Student, e para a correlação entre as sub escalas funcionais e sub escala global de QV do EORTC QLQ C15-PAL com a KPS, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Kendall.

Correlação:

0.70 para mais ou para menos indica uma forte correlação.

0.30 a 0.7 positivo ou negativo indica correlação moderada.

0 a 0.30 Fraca correlação.

Resultados e Discussão

A média de idade encontrada na amostra do estudo foi de 65 ($\pm 12,1$) anos e formada em sua maioria com 53,3% do gênero masculino, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 – Idade e Gênero

Variável	Resultado
Idade	
Média (DP)	65 ($\pm 12,1$)
Mínimo	47
Máximo	80
Gênero	
Feminino	46,7%
Masculino	53,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Os tipos de câncer encontrados no presente estudo, foram relacionados com o gênero, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2- Relação entre o Diagnóstico de Câncer e o Gênero

Relação entre o Diagnóstico do Câncer e o Gênero		Gênero		Total
		Feminino	Masculino	
Diagnóstico	CA de Boca	0	1	1
	CA Mama	6	0	6
	CA Próstata	0	4	4
	Ca Pulmão	0	3	3
	Tumor Cerebral	1	0	1
Total		7	8	15

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Quando verificado se a incidência de determinado diagnóstico ocorria em sua maioria no gênero feminino ou masculino, observa-se que o câncer de mama, e o tumor cerebral, na amostra pesquisada, afetou apenas o gênero feminino e o câncer de boca, pulmão e, logicamente, o de próstata acometeu somente o gênero masculino.

Os resultados do presente estudo demonstraram que os homens constam a maior parte da amostra investigada. A neoplasia mais incidente no sexo masculino foi o câncer de próstata, e no sexo feminino, o câncer de mama. Ambos acometeram indivíduos com a faixa etária de 65 anos, o que corrobora com a literatura (14, 15).

A Tabela 3 mostra os resultados do questionário de QV EORTC QLQ C15-PAL, divididos em três sub escalas: sub escalas funcionais, sub escalas dos sintomas e sub escala global de QV respectivamente. Nas sub escalas funcionais e na sub escala global de QV, os escores variam entre 0 e 100. Um escore elevado para as sub escalas funcionais e para a sub escala global de QV significa que há um bom desempenho por parte do indivíduo para essa sub escala, ou seja, quanto mais próximo de 0, pior o funcionamento físico, emocional e a qualidade de vida. Um escore elevado para as sub escalas de sintomas, significa que esse determinado sintoma interfere muito com a vida do indivíduo, ou porque está muitas vezes presente ou porque tem uma grande intensidade, ou seja, diferentemente das sub escalas funcionais e da e da sub escala global de QV, quanto mais próximo de 0, menos esses sintomas interferem na QV (8, 9).

Tabela 3 – Avaliação de Qualidade de Vida

Sub Escalas Funcionais	Média	DP	P
Funcionamento Físico	4,4	14,4	p=0,26 p>0,05
Funcionamento Emocional	34,4	43,9	p=0,01 p<0,01
Sub Escalas dos Sintomas	Média	DP	P
Perda de Apetite	86,7	35,2	p=0,00 p<0,01
Dor	83,3	26,0	p=0,00 p<0,01
Fadiga	77,8	34,9	p=0,00 p<0,01
Dispneia	73,3	40,2	p=0,00 p<0,01
Insônia	71,1	39,6	p=0,00 p<0,01
Constipação	64,4	44,5	p=0,00 p<0,01
Náusea e vômito	40,0	50,7	p=0,01 p<0,01
Sub Escala Global de QV	Média	DP	P
Qualidade de Vida Geral	32,2	32,4	p=0,00 p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Na sub escala funcional, a média do funcionamento físico foi de 4,4% (DP±14,4), no funcionamento emocional a média foi de 34,4% (DP±43,9), e na qualidade de vida global, a média foi de 32,2% (DP±32,4), sendo estatisticamente significativo (p<0,01).

Diversos estudos comprovam que a QV dos pacientes que se encontram fora das possibilidades terapêuticas de cura, sofre alterações negativas em diversos aspectos, como em relação à sub escala funcional do questionário EORTC QLQ C15-PAL, o funcionamento físico (4,4%) foi mais afetado do que o funcionamento emocional (34,4%), sendo que na literatura encontrada, os sintomas físicos e emocionais se relacionam, e estabelecem uma associação entre a dor e a depressão, que limita a realização de atividades habituais, causando um grande impacto na QV (32,2%) destes pacientes (1, 2, 16).

Estes resultados corroboram com outros estudos, demonstrando que problemas como a depressão, raiva e a fadiga podem interferir negativamente nos aspectos físicos e

psicológicos dos pacientes, afetando a participação desses indivíduos no trabalho e nas demais AVD's (17).

Nas sub escalas dos sintomas, a perda de apetite 86,7% (DP±35,2), a dor foi de 83,3% (DP±26,0); a fadiga foi de 77,8% (DP±34,9); a dispnéia foi de 73,3% (DP±40,2); insônia foi de 71,1% (DP±39,6),); e constipação foi de 64,4% (DP±44,5); a náusea e vômito foi de 40,0% (DP±50,7). Houve diferença estatisticamente significativa em todos os itens de sintomas avaliados ($p < 0,01$).

A perda de apetite foi a principal queixa dos pacientes (86,7%), seguido da dor (83,3%), pois a presença da mesma influencia negativamente na alimentação do indivíduo, que acaba deixando de se alimentar por poder haver o desencadeamento ou exacerbação do sintoma mal controlado. Sintomas como a insônia (71,1%), a constipação (64,4%) e a náusea e vômito (40,0%), também estão relacionados com a decorrência da doença ou como efeito colateral da medicação utilizada (2, 5).

Segundo a OMS, os sintomas álgicos associados ao câncer tornam-se uma emergência médica mundial, e atingem cerca de 50% a 75% dos casos (18). A dor é um dos sintomas mais temidos nesta fase final da vida, responsável por causar a maior parte do sofrimento, em muitos casos, é descrita como insuportável e incessante. Devido a isso, a dor interfere em todos os aspectos da QV, principalmente nos fatores como realização de atividades, apetite e sono (16, 19, 20). A sensação de dor é algo pessoal e subjetivo, e relacionado com as incapacidades causadas pela doença podem gerar grande impacto na funcionalidade, como confinamento ao leito, anorexia, perda do convívio social, redução das atividades profissionais e de lazer (21).

A fadiga (77,8%), apesar de ser um sintoma muito encontrado em casos de metástases, atinge todas as fases da doença neoplásica. Pode estar envolvida com sintomas psíquicos e emocionais, além dos físicos. É um sintoma que varia na duração e intensidade, e que limita significativamente as AVD's (22, 23).

A dispnéia (73,3%), definida como uma sensação desconfortável e subjetiva de falta de ar em casos que a demanda de oxigênio é maior que o suprimento, é um sintoma bastante comum, segundo achados da literatura, acomete 70% dos pacientes terminais, e afeta diretamente as AVD's, em situações como, alimentar-se, tomar banho, subir escadas e caminhar (5, 7, 24).

De acordo com a literatura, a melhora dos sintomas reflete imediatamente na QV e na funcionalidade do paciente, que passa a realizar suas AVD's de forma mais independente, resultando num maior conforto e auxiliando na busca pela sensação de bem estar (2).

A Tabela 4 mostra que a funcionalidade, avaliada pela KPS, teve uma média de 15,3 (DP±5,2) sendo estatisticamente significativo $p<0,01$.

Tabela 4 – Avaliação da Funcionalidade

Escala de Funcionalidade	Média	DP	P
<i>Karnofsky Performance Status</i>	15,3	5,2	p=0,00 p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Tabela 5 – Correlação entre a Qualidade de Vida através do questionário EORTC QLQ C15-PAL, e a Funcionalidade através da Escala de Karnofsky

EORTC QLQ C15-PAL	<i>Karnofsky Performance Status</i>	
	T	P
Funcionamento Físico	0,36 ‡	0,17 p>0,05
Funcionamento Emocional	0,50 *	*0,05 p<0,05
Qualidade de Vida Geral	0,18 ‡	0,47 p>0,05

Legenda: ‡ Ínfima Correlação, * Correlação Moderada, † Correlação Fraca

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Na sub escala funcional do questionário EORTC QLQ C15-PAL, observa-se que o funcionamento físico e a qualidade de vida geral, obtiveram correlação fraca não tendo evidências suficientes para afirmar algo em relação a esta questão e o escore da KPS. Quanto ao funcionamento emocional há evidencia estatística suficiente para afirmar que existe correlação entre o funcionamento emocional e a KPS apresentando uma magnitude moderada, porém significativa ($p<0,05$) como mostra a Tabela 5.

Uma limitação deste estudo foi o tamanho da amostra encontrada, pois a maioria dos pacientes em estágio avançado da doença encontrava-se inconsciente e incapaz de responder às questões solicitadas do questionário. Sendo que, os que estavam conscientes, muitas vezes, apresentavam uma visão diferente do avaliador, o que gerou uma incompatibilidade de

correlação entre as sub escalas de funcionamento físico e a sub escala global de QV, pois no questionário EORTC QLQ C15-PAL, é o paciente que responde as perguntas e, na KPS, quem preenche a escala é o profissional da saúde.

Os escores de qualidade de vida são utilizados como medidas subjetivas, tanto da saúde física, quanto da saúde emocional, e são usados como preditores da funcionalidade (13, 25). O que sugere existir, nos resultados deste estudo, uma relação entre a funcionalidade e os aspectos emocionais dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, impossibilitando a realização de atividades habituais básicas.

Segundo a literatura, os pacientes oncológicos em estágio avançado, apresentam menores índices na KPS, representando pior funcionalidade, o que corrobora com os achados desta pesquisa em relação ao funcionamento emocional (25, 26, 27, 28).

Pode-se observar em diversos estudos que os pacientes com câncer referem desconfortos que impactam no estado emocional. De acordo com a OMS, aproximadamente um terço dos indivíduos com câncer apresentam algum grau de ansiedade e/ou depressão. Quando se trata de pacientes terminais, esse impacto emocional gerado é ainda maior, a depressão está presente em 25% dos pacientes paliativos, enquanto na população geral este valor cai de 6% a 10%. Nos pacientes em cuidados paliativos internados, o estado grave de depressão é muito mais prevalente, pode-se relacionar este fato com a presença ou possibilidade incontestável de morte, e com o prognóstico de vida inferior a seis meses, vindo de encontro com os resultados desta pesquisa. (1, 16, 20, 26, 29, 30).

Não foi encontrado na literatura brasileira estudos de correlação entre a QV, funcionalidade e o impacto emocional da doença no paciente oncológico. Neste sentido, esta pesquisa abre a possibilidade de realizar novos estudos que envolvam esses fatores, e que permitam uma melhor discussão destes dados.

Conclusão

A maioria dos pacientes investigados apresentaram baixo escore de qualidade de vida e de funcionalidade, e apesar da pequena amostra deste estudo (n=15), obtiveram-se resultados satisfatórios. Salienta-se a necessidade da realização de novas pesquisas com relação à QV e a funcionalidade dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos, se possível, com um número maior de sujeitos.

Referências

1. Diniz, R. W. et al. O Conhecimento do Diagnóstico de Câncer não leva a depressão em pacientes sob cuidados paliativos. *Rev Assoc Med Bras*; 52(5): 298-303, 2006.
2. Silva, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor. São Paulo*, 11(4):282-288, out-dez, 2010.
3. Matsumoto, D.Y. Cuidados Paliativos: Conceitos, fundamentos e Princípios. Manual de Cuidados Paliativos da ANCP, 13-19, 2009.
4. Ferreira, P. L.; et al. Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Rev Portuguesa Saúde Pública*, 30(1):62–70, 2012.
5. Marcucci, F.C.I. O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(1) 67-77, 2004.
6. Batiston, A.; Matos, L.G.H.; Arruda, M.F.G. Disfunções Físico-Funcionais em Pacientes Oncológicos: A Importância do Cuidado Paliativo. *Revista Fisioterapia Brasil*, 231-236, 2008.
7. Saltz, E.; Juver, J. Cuidados Paliativos em Oncologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Senac, 2009.
8. Makluf, A.S.D.; Dias, R.C.; Barra, A. A. Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres Com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1): 49-58, 2006.
9. Coelho, C. M. C. Mulheres com Cancro da Mama em Tratamento com Quimioterapia: Contributos para a Compreensão da sua Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado, Porto, 2008.
10. Vivat, B.; Members of the Quality of Life Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med*, 22:859-68, 2008.

- 11 Groenvold, M.; et al. EORTC QLQ-C15-PAL: the new standard in the assessment of health-related quality of life in advanced cancer? A response to Echteld MA et al, *Palliative Medicine* 2006; 20: 1-2. *Palliative Medicine*, 20 (2) 59-61, 2006
12. Fayers, P.M.; et al. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)* Published by: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
13. Polo, L. H. V.; Moraes, M. W. Performance de Zubrod e Índice de Karnofsky na avaliação da qualidade de vida de crianças oncológicas. *Einstein*, 7(3 Pt 1):314-21, 2009.
14. INCA; Ministério da Saúde. Estimativa 2012 - Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acesso em 30 de Outubro de 2012.
15. Carli, M. L.; et al. Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3): 205-211, 2009.
16. Silva, R.C.F, Hortale, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out, 2006.
17. Pieri J. N.; et al. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida no pós-operatório de tumor cerebral. *Rev Neurocienc*, in press, 2011.
18. Salamonde, G. L. F.; et al. Análise Clínica e Terapêutica dos Pacientes Oncológicos Atendidos no Programa de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Ano de 2003. *Revista Brasileira de Anestesiologia* Vol. 56, No 6, Novembro-Dezembro, 2006.
19. Tamborelli V. et al. O papel da enfermagem e da Fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. *Geriatrics & Gerontology*, 4(3):146-153, 2010.

20. Graner, K. M.; Junioe. A. L. C.; Rolim, G. S. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. *Temas em Psicologia*, Vol. 18, no 2, 345 – 355, 2010.
21. Sampaio, L. R.; Moura, C. V.; Resende, M. A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4): 339-346, 2005.
22. Mota, D. D. C. F.; Pimenta, C. A. M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4): 577-583, 2002.
23. Mota, D. D. C. F.; Mattos, C. A.; Fitch, P. M. I. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. *Rev. esc. enferm. USP* vol.43 no. spe São Paulo dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a12v43ns.pdf>. Acesso em 05 de Novembro de 2012.
24. Bassani M. A.; et al. O uso da ventilação mecânica não-invasiva nos cuidados paliativos de paciente com sarcoma torácico metastático. Relato de caso. *Rev. Brasileira de terapia intensiva* v.20 n.2 São Paulo abr./ jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/15.pdf>. Acesso em 05 de Novembro de 2012.
25. Cabral, C. R. Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 21(1):18-24, 2009.
26. Kurita, G. P.; et al. Alteração na atenção e o tratamento da dor do câncer. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1):143-51, 2008.

27. Thuler, F. P.; Forones; N. M.; Ferrari, A. P. Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico ainda muito tardio. Arq. Gastroenterol. v.43 n.3 São Paulo jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v43n3/10.pdf>. Acesso em 05 de Novembro de 2012.
28. Jamnik, S.; Santoro, I. L.; Uehara, C. Estudo comparativo dos fatores prognósticos entre os pacientes com maior e menor sobrevida em portadores de carcinoma broncogênico. J. Pneumologia v.28 n.5 São Paulo set./out. 2002.
29. Muller, A.; Scortegagna, D.; Moussalle, L. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Uma Abordagem do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Cancerologia, 57(2): 207-215, 2011.
30. Franceschini, J.; et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. J Bras Pneumol, 34(6):387-393, 2008.

CAPÍTULO III – NORMAS DA REVISTA

Revista Fisioterapia em Movimento – Normas Editoriais

A Revista Fisioterapia em Movimento publica trimestralmente artigos científicos na área de Fisioterapia, na forma de trabalhos de pesquisa original e de trabalhos de revisão. Os artigos submetidos à Revista Fisioterapia em Movimento devem preferencialmente enquadrar-se na categoria de Artigos Científicos. Os estudos são apresentados na forma de Artigos Originais (oriundos de pesquisas inéditas com informações de materiais e métodos, discussão e resultados relatados de maneira sistemática), Artigos de Revisão (oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte) e cartas ao Editor.

A Revista aceita submissão de manuscritos nas áreas de Fisioterapia e saúde humana, tais como: Análise do Movimento Funcional, Cinesiologia e Biomecânica, Cinesioterapia, Ensino em Fisioterapia, Ergonomia, Fisioterapia Cardiorrespiratória, Fisioterapia Dermato-Funcional, Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia, Fisioterapia Músculo-Esquelética, Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Preventiva, Fisioterapia Uroginecológica, Fundamentos da Fisioterapia e Recursos Terapêuticos Físicos Naturais, e Saúde Coletiva. Os artigos recebidos são encaminhados a dois revisores (pareceristas) para avaliação pelos pares (peer review).

Os editores coordenam as informações entre os autores e revisores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos revisores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor. A Revista Fisioterapia em Movimento está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponíveis em [e .](#) Somente serão aceitos os artigos de ensaios clínicos cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos recomendados pela OMS e ICMJE.

Instruções aos autores

Os manuscritos deverão ser submetidos à Revista Fisioterapia em Movimento por meio do site na seção “submissão de artigos”. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em

outros periódicos. As revisões para este periódico são aceitas apenas na modalidade Revisão Sistemática nos moldes da COCHRANE. Para tanto acessar o site <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>. É obrigatório anexar uma declaração assinada por todos os autores quanto à exclusividade do artigo, na qual constará endereço completo, telefone, fax e e-mail.

Na carta de pedido de publicação, é obrigatório transferir os direitos autorais para a Revista Fisioterapia em Movimento. Afirmções, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Trabalhos que contenham resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão aceitos para publicação se estiver claro que todos os princípios de ética foram utilizados na investigação (enviar cópia do parecer do comitê de ética).

Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir uma afirmação de que o protocolo de pesquisa foi aprovado por um comitê de ética institucional. (Reporte-se à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos). Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicada em: PAIN, 16: 109-110, 1983. Quando utilizados estudos/atividades envolvendo pessoas, deverá ser encaminhada uma autorização assinada e datada pelo envolvido no estudo, ou seu responsável legal, autorizando a publicação da imagem.

Os pacientes têm o direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem um consentimento esclarecido. Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão específica escrita para uso e divulgação das imagens. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

É imprescindível o envio da declaração de responsabilidade de conflitos de interesse manifestando a não existência de eventuais conflitos de interesse que possam interferir no resultado da pesquisa. Contato Revista Fisioterapia em Movimento Clínica de Fisioterapia Pontifícia Universidade Católica do Paraná Rua Imaculada Conceição, 1155, Prado Velho CEP 80215-901, Curitiba, PR, Brasil e-mail: revista.fisioterapia@pucpr.br telefone: +55(41) 3271-1608.

Forma e preparação dos manuscritos

A Revista Fisioterapia em Movimento recebe artigos das seguintes categorias: Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com, no máximo, 6.000 palavras e conter até 5 ilustrações.

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). Os manuscritos devem ser submetidos pelo site na seção “submissão de artigos”. Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5 respeitando o número de palavras de cada manuscrito, incluindo referências, ilustrações, quadros, tabelas e gráficos.

O número máximo permitido de autores por artigo é seis. As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A arte final, figuras e gráficos devem estar em formato .tiff. Envio de ilustrações com baixa resolução (menos de 300 DPIs) pode acarretar atraso na aceitação e publicação do artigo. Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês.

Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica. Deverão constar, no final dos trabalhos, o endereço completo de todos os autores, afiliação, telefone, fax e e-mail (atualizar sempre que necessário) para encaminhamento de correspondência pela comissão editorial.

Outras considerações:

- sugere-se acessar um artigo já publicado para verificar a formatação dos artigos publicados pela revista;
- todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos (anexar carta, assinada por todos os

autores, na qual será declarado tratar-se de artigo inédito, transferindo os direitos autorais e assumindo a responsabilidade sobre aprovação em comitê de ética, quando for o caso.);

- afirmações, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade dos autores;
- todos os artigos serão submetidos ao Comitê Editorial da revista e, caso pertinente, à área da Fisioterapia para avaliação dos pares;
- não serão publicadas fotos coloridas, a não ser em caso de absoluta necessidade e a critério do Comitê Editorial. No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

Cabeçalho

Título do artigo em português (LETRAS MAIÚSCULAS em negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado), subtítulo em letras minúsculas (exceção para nomes próprios) e em inglês (somente a primeira letra do título em maiúscula, as demais palavras em letras minúsculas – exceção para nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Apresentação dos autores do trabalho

Nome completo, titulação, afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), cidade, estado, país e e-mail.

Resumo estruturado / Structured Abstract

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e métodos, Discussão, Resultados, Considerações finais. Deve conter no mínimo 150 e máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha, deverão ser indicados os descritores

(palavras-chave/keywords). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os Thesaurus da área de saúde (DeCS) (). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, sendo representativos do conteúdo do trabalho.

Corpo do Texto

- **Introdução:** Deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.
- **Materiais e métodos:** Deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.
- **Resultados:** Devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.
- **Discussão:** Interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.
- **Conclusão ou Considerações finais:** Devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.
- **Agradecimentos:** Sintéticos e concisos, quando houver.
- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto.
- **Citações:** Devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre parênteses. Exemplos: “o caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomas no sexo feminino (6, 7)” ou “Segundo Levy (3), há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados”.

Referências

Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver), incluindo as referências. As informações encontram-se disponíveis em: (). Recomenda-se fortemente o número mínimo de

referências de 30 para artigos originais e de 40 para artigos de revisão. As referências deverão originar-se de periódicos que tenham no mínimo o Qualis desta revista ou equivalente.

Artigos em Revistas

Até seis autores Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. *J Clin Epidemiol*. 1991;44:731-37.

Mais de seis autores Listar os seis primeiros autores seguidos de et al. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer*. 1996;73:1006-12.

Suplemento de volume Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect*. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

Suplemento de número Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol*. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Artigos em formato eletrônico Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to cephalometric norms. *J Contemp Dent Pract*. [serial on the internet] 2003 [cited 2003 Nov. 4]. Available from: URL: .

Livros e monografias

Livro Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral anatomy. Chicago:Year Book Medical Publishers; 1978.

Capítulo de livro Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p. 85-92.

Editor, Compilador como Autor Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Livros/Monografias em CD-ROM CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM], Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2 nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Anais de congressos, conferências congêneres Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final.

Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics;1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Trabalhos acadêmicos (Teses e Dissertações) Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

- É importante que, durante a execução do trabalho, o autor consulte a página da revista online (http://www.pucpr.br/pesquisa_cientifica/revistas_cientificas.php) e verifique a apresentação dos artigos publicados, adotando o mesmo formato. Além de revisar cuidadosamente o trabalho com relação às normas solicitadas: tamanho da fonte em cada item do trabalho, numeração de página, notas em número arábico, a legenda de tabelas e quadros, formatação da página e dos parágrafos, citação no corpo do texto e referências conforme solicitado. O português e/ou inglês do trabalho. E, por fim, se todos os autores citados constam nas Referências e no final do trabalho.

NOTA: Fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados pelos pares.