

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**CAMPUS TRÊS LAGOAS**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

**SANDRA PINTO**

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES LÚDICAS DIGITAIS EM PACIENTES COM  
CÂNCER DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

**TRÊS LAGOAS**

**2022**

SANDRA PINTO

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES LÚDICAS DIGITAIS EM PACIENTES COM  
CÂNCER DURANTE PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde

Orientador: Profa Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia

Coorientador: Prof Dr. Adailson da Silva Moreira

TRÊS LAGOAS

2022

**SANDRA PINTO**

**EFEITOS DE INTERVENÇÕES LÚDICAS DIGITAIS EM PACIENTES COM  
CÂNCER DURANTE PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Dias Reis Pessalacia

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas

(Presidente e Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Bruna Moretti Luchesi

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas

(Membro Titular)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr Fabiana Bolela

Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto

(Membro Titular)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Tatiana Carvalho Reis

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas

(Membro Suplente Interno)

---

Prof<sup>º</sup> Dr Alexandre Ernesto Silva

Universidade Federal de de São João Del Rei

(Membro Suplente Externo)

---

Dedico esta construção ao meu pai nesta vida (*In  
memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Ao Nosso Pai.

A minha orientadora Juliana, quem abre portas e janelas, com quem aprendi tantas coisas que nem esperava, grata por seu respeito e paciência.

Aos acadêmicos que se dedicaram ao projeto lúdico, coração deste trabalho, por sua dedicação e entrega na relação com os pacientes.

Ao ator Rafael, pela dedicação na formação artística dos acadêmicos.

As pessoas sobreviventes do câncer que participaram deste estudo, por 'entrarem em nossas vidas' e compartilharem de seu tempo, de suas histórias, suas dores e superações.

A todas as pessoas, seus familiares e amigos, vítimas e sobreviventes da Covid-19.

Aos meus pets, por colorir os meus dias.

As minhas colegas do curso Jackeline, Juliana, Maristela e Priscila, pela ajuda mútua, amizade, carinho e conselhos trocados nesta caminhada.

Aos meus queridos professores do curso, em especial, Tatiana, Bruna, Mariana, Larissa e Edirlei, pelo empenho em todos os desafios impostos pela adaptação ao contexto desafiador da pandemia.

Aos docentes Adailson, Aires, Luciana da Mata, por suas contribuições com este estudo.

A meus amigos Sandro dos Santos e Ana Carolina, por me lembrarem que nunca é tarde para resgatar um sonho quase esquecido.

“Conheça todas as teorias,  
domine todas as técnicas, mas ao  
tocar uma alma humana, seja  
apenas outra alma humana”  
(Carl Jung).

## RESUMO

PINTO, S. **Efeitos de intervenções lúdicas digitais em pacientes com câncer durante a pandemia da Covid-19.** 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagos, 2022.

**Introdução:** A pandemia da Covid-19 teve impacto direto no estado emocional e na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes oncológicos no Brasil e no mundo. O medo da contaminação, a insegurança quanto às mudanças no esquema de tratamento do câncer e a solidão devido ao isolamento social podem estar relacionados à ansiedade, depressão e estresse vivenciados por esta população. Neste cenário, recomenda-se estratégias de estabilização emocional voltadas para a criação de vínculo entre os pacientes e profissionais da Rede de Atenção à Saúde e o envolvimento em atividades de distração e prazer, auxiliando na redução do estresse agudo. As tecnologias digitais da informação e comunicação facilitam o engajamento dos pacientes em intervenções de saúde e garantem o estabelecimento de vínculos de modo seguro. **Objetivos:** Avaliar os efeitos de intervenções lúdicas digitais na qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social em pacientes oncológicos, durante a pandemia da Covid-19. **Materiais e método:** Trata-se de um estudo quase-experimental, do tipo antes e depois, que comparou a qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social, em três tempos de um programa de intervenções lúdicas digitais. A pesquisa ocorreu entre agosto de 2020 e outubro de 2021 em uma organização não governamental no município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. Os critérios de inclusão foram: estar cadastrado na organização em 2020, ter idade superior a 18 anos, ter condições cognitivas para participar, ter acesso à *internet* e *smartphone* e letramento digital. Foram excluídos os indivíduos com debilidades ou deficiências que impossibilitassem responder aos instrumentos de avaliação e participar das intervenções e o critério de descontinuidade foi participar em menos que 75% das atividades. A amostra final foi de 15 participantes. As intervenções compreenderam a oferta de atividades recreativas: contação de histórias, jogos, culinária, expressão artística e corporal, semanalmente, em duas etapas, com duração de quatro meses cada. As características sociodemográficas e clínicas foram avaliadas por um questionário elaborado pelos pesquisadores. Os instrumentos de avaliação adotados foram o questionário de qualidade de vida relacionada à saúde da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer; escala de depressão, ansiedade e estresse e a escala de apoio social do *Medical Outcome Study*; todas adaptadas e validadas para o Brasil. Os pacientes foram avaliados nos tempos: pré, pós-intervenção1 e pós-intervenção2. Foram utilizados modelos lineares generalizados e testes não paramétricos de Friedman e Nemenyi para verificar diferenças antes e após as intervenções, considerando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino (88,89%), tinha acima de 50 anos (55,56%), casado (44,44%), com menos de oito anos de estudo (66,67%), apresentou câncer de mama (66,67%) e estava em seguimento (61,11%). A percepção da qualidade de vida melhorou significativamente na função emocional pós-intervenção2 em relação ao tempo pré ( $p=0,0020$ ). Os sintomas de depressão ( $p=0,0106$ ), ansiedade ( $p=0,0002$ ), estresse ( $p=0,0032$ ) e o apoio emocional/interação social positiva ( $p<0,0001$ ) foram melhores pós-intervenção1 e pós-intervenção2 em relação ao tempo pré. **Conclusão:** As intervenções lúdicas digitais melhoraram a qualidade de vida emocional, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e o apoio emocional/ interação social positiva em pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19, devendo ser estimulada entre esta população.

**Palavras-chave:** Enfermagem Oncológica. Covid-19. Tecnologia da Informação. Intervenção Baseada em Internet. Qualidade de vida. Depressão. Ansiedade. Estresse.

## ABSTRACT

PINTO, S. **The effects of digital playful interventions in cancer patients during the Covid-19 pandemic.** 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Três Lagoas, 2022.

**Introduction:** The Covid-19 pandemic had a direct impact on the emotional state and health-related quality of life of cancer patient in Brazil and around the world. Anxiety, depression and stress experienced by this population related to the fear of contamination, the insecurity about changes in the cancer treatment regimen and the loneliness due to social isolation. In this scenario, recommended emotional stabilization strategies aimed at creating a bond between patient and their health care network professionals and the involvement in activities of distraction and pleasure, helping to reduce acute stress. Digital information and communication technologies facilitate the engagement of patients in health interventions and ensure the establishment of bond in a secure way. **Objectives:** To evaluate the effects of playful digital interventions on health-related quality of life, depression, anxiety, stress symptoms and social support in cancer patients during the Covid-19 pandemic. **Materials and methods:** This is an almost-experimental study, based on before and after, which compared the health-related quality of life, depression, anxiety, stress and social support, in three times of a program of digital playful interventions. The research took place between August 2020 and October 2021 in a non-governmental organization in the municipality of Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brazil. Registered with the organization in 2020 is inclusion criteria, age over 18 and cognitive and clinical conditions to participate, *internet* access and smartphone and digital literacy. Were excluded Individuals with weaknesses or disabilities that made it impossible to respond to the assessment instruments and participate in interventions, and the discontinuation criterion was to participate in less than 75% of the activities. The final sample consisted of 15 participants. The interventions include the offer of recreational activities: meetings, games, cooking, artistic and corporal expression, weekly, in two stages, lasting four months each. Using a questionnaire developed by the researchers were assessed Sociodemographic and clinical characteristics. The evaluation instruments adopted were the health-related quality of life questionnaire from the European Organization for Research and Treatment of Cancer; Depression, Anxiety and Stress Scale and the Medical Outcome Study Social Support Scale; all adapted and validated for Brazil. Were evaluated patients at the following times: pre, post-intervention1 and post-intervention2. Were used generalized linear models, Friedman and Nemenyi nonparametric tests to verify differences before and after the interventions; considering 5% significance level. **Results:** The most were female (88.89%), over 50 years old (55.56%), married (44.44%), with less than eight years of study (66, 67%), had breast cancer (66.67%) and was being followed (61.11%). The perception of quality of life improved in post-intervention2 emotional function, than in the pre-intervention period, with statistical significance ( $p=0.0020$ ). Symptoms of depression ( $p=0.0106$ ), anxiety ( $p=0.0002$ ), stress ( $p=0.0032$ ) and emotional support/positive social interaction ( $p<0.0001$ ) were better post-intervention1 and post-intervention2, in relation to the pre-intervention time. **Conclusion:** The digital playful interventions improved the emotional quality of life, depression, anxiety, stress symptoms and emotional support/positive social interaction in cancer patients during the Covid-19 pandemic should be encouraged among this population.

**Keywords:** Oncology nursing. Covid-19. Information Technology. Internet-Based Intervention. Quality of life. Depression. Anxiety. Stress.

## ABSTRACTO

PINTO, S. **Los efectos de las intervenciones lúdicas digitales en pacientes con cáncer durante la pandemia Covid-19.** 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Tres Lagos, 2022.

**Introducción:** La pandemia de Covid-19 tuvo un impacto directo en el estado emocional y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer en Brasil y en todo el mundo. El miedo a la contaminación, la inseguridad ante los cambios en el régimen de tratamiento del cáncer y la soledad debido al aislamiento social pueden estar relacionados con la ansiedad, depresión y estrés que experimenta esta población. En este escenario, se recomiendan estrategias de estabilización emocional dirigidas a crear un vínculo entre los pacientes y profesionales de la red de atención médica y la participación en actividades de distracción y placer que ayuden a reducir el estrés agudo. Las tecnologías digitales de la información y la comunicación facilitan la participación de los pacientes en las intervenciones de salud y garantizan un vínculo seguro. **Objetivos:** Al evaluar el efecto de las intervenciones digitales lúdicas sobre la calidad de vida relacionada con la salud, síntomas de depresión, ansiedad, estrés y el apoyo social en pacientes con cáncer durante la pandemia Covid-19. **Materiales y método:** Se trata de un estudio cuasiexperimental, del tipo antes y después, que comparó la calidad de vida relacionada con la salud, depresión, ansiedad, estrés y apoyo social, en tres veces de un programa de intervenciones lúdicas digitales. La búsqueda se llevó a cabo entre agosto de 2020 y octubre de 2021 en una organización no gubernamental en el municipio de Tres Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. Los criterios de inclusión fueron estar registrado en la organización en 2020, edad mayor de 18 años, tener condiciones cognitivas y clínicas para participar; tener acceso a *internet* y *smartphone* y alfabetización digital. Se excluyeron las personas con debilidades o deficiencias que les impidieran responder a los instrumentos de evaluación y participar en las intervenciones, y el criterio de suspensión fue participar en menos del 75% de las actividades. La muestra final estuvo formada por 15 participantes. Las intervenciones incluyeron la oferta de actividades lúdicas: cuentacuentos, juegos, cocina, expresión artística y corporal, semanalmente, en dos pasos, con una duración de cuatro meses cada una. Para describir las características sociodemográficas y clínicas se utilizó un cuestionario desarrollado por los investigadores. Los instrumentos de evaluación adoptados fueron el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer; la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés y la Escala de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos; todo adaptado para Brasil. Los pacientes fueron evaluados en los siguientes momentos: pre, postintervención1 y postintervención2. Se utilizaron modelos lineales generalizados y pruebas no paramétricas de Friedman y Nemenyi para verificar diferencias antes y después de las intervenciones; se consideró nivel de significancia del 5%. **Resultados:** La mayoría era mujer (88,89%), más de 50 años (55,56%), casado (44,44), con menos de ocho años de estudio (66,67%), presentado cáncer de mama (66,67%) y estaba en seguimiento (61,11%). A percepción de calidad de vida mejoró en la función emocional postintervención2, que en el período preintervención, con significación estadística ( $p=0,0020$ ). Los síntomas de depresión ( $p=0,0106$ ), ansiedad ( $p=0,0002$ ), estrés ( $p=0,0032$ ) y apoyo emocional/interacción social positiva ( $p<0,0001$ ) mejoró postintervención1 y postintervención2, en relación a los preintervención. **Conclusión:** Las intervenciones digitales lúdicas mejoraron la calidad de vida emocional, síntomas de depresión, ansiedad, estrés y el apoyo emocional/interacción social positiva en pacientes con cáncer durante la pandemia Covid-19, debe fomentarse entre esta población.

**Palabras clave:** Enfermería Oncológica. Covid-19. Tecnología de la información. Intervención basada en la Internet. Calidad de vida. Depresión. Ansiedad. Estrés

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CBP	<i>Community Befriending Programme</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease-2019</i>
DSA	Distanciamento social ampliado
DSS	Distanciamento social seletivo
EGSD	Estratégia Global de Saúde Digital
EPI	Equipamentos de proteção individual
ESPII	Emergência de saúde pública de importância internacional
GPS	Serviço de posicionamento global
ILP	Instituições de Longa Permanência
MS	Mato Grosso do Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
QV	Qualidade de Vida
QVG	Qualidade de Vida Geral
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SD	Saúde Digital
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TDIC	Tecnologias digitais da informação e comunicação
TIC	Tecnologias da informação e comunicação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	17
2.1	DISTANCIAMENTO SOCIAL	17
2.2	IMPACTO DA PANDEMIA EM INDIVÍDUOS COM CÂNCER	19
2.3	AVALIAÇÃO DE QVRS	21
2.4	ESTRATÉGIA GLOBAL DE SAÚDE DIGITAL (EGSD)	24
2.5	ATIVIDADES LÚDICAS	26
2.6	INTERVENÇÕES LÚDICAS EM PACIENTES COM CÂNCER	28
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b>	30
3.1	OBJETIVO GERAL	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b>	31
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	41
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	57
	<b>REFERÊNCIAS</b>	58
	APÊNDICE A – Questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental	68
	APÊNDICE B – Questionário EORTC-QLQ-30 (versão 3.0) - <i>Quality of Life Questionnaire</i> desenvolvido por <i>European Organisation of Research and Treatment of Cancer</i>	73
	APÊNDICE C – Escala DASS-21 - Depression, Anxiety and Stress Scale, Short Form	75
	APÊNDICE D – Escala MOS-SSS - <i>Medical Outcomes Study</i>	76
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	ANEXO B – Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	79
	ANEXO C – Autorização para uso da escala EORTC-QLQ-C30	80

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países, e sua incidência e mortalidade vêm aumentando também no Brasil. Calcula-se que haverá aproximadamente 625 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 apesar de crescentes esforços direcionados ao seu rastreamento e diagnóstico precoce (BRAY *et al.*, 2018).

A associação entre o câncer e outras doenças crônicas e mau estado geral tornam o indivíduo mais propenso a infecções e com maior risco de complicações graves por vírus respiratórios. Isso é particularmente significativo no cenário atual com a pandemia da *Corona Vírus Disease 2019* (Covid-19), uma vez que os indivíduos com câncer correspondem a um grupo com maior vulnerabilidade que pode evoluir para um prognóstico mais reservado (CABRAL *et al.*, 2021).

A Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia em 11 de março de 2020 e no dia 20 de março de 2020 foi reconhecida a transmissão comunitária da Covid-19 em todo o território nacional brasileiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2021). Houve mobilização de vários setores do governo e diversas ações foram implementadas, incluindo a elaboração de um plano de contingência (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Os mecanismos fisiopatológicos da Covid-19 ainda estão sendo estudados e compreendidos; apesar disso, observa-se que os casos mais graves atingem a população idosa, doentes crônicos e com comorbidades (YANG *et al.*, 2020).

Indivíduos com câncer são frequentemente imunossuprimidos por sua doença e tratamento médico, além de poderem apresentar fatores de risco adicionais para doença grave da Covid-19 (WEINKOVE *et al.*, 2020). Desse modo, em alguns centros de oncologia, os protocolos de tratamento foram adaptados ao contexto da pandemia a fim de reduzir complicações induzidas pelo tratamento anticâncer (VAN DE HAAR *et al.*, 2020).

Indivíduos com câncer têm maior probabilidade de apresentar manifestações psíquicas quando comparados à população em geral - especialmente depressão e ansiedade durante a fase inicial de diagnóstico e tratamento. Milhões de pessoas conseguem manter o câncer sob controle pelo resto da vida, porém, mesmo consideradas curadas, podem ser surpreendidas pela recidiva. Viver com essa dúvida torna necessária a ajuda de profissionais de saúde, pois depressão e ansiedade são muito comuns também após o tratamento do câncer (BRASIL, 2018).

A pandemia da Covid-19 teve impacto direto no estado emocional e na Qualidade de

Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de indivíduos com câncer no Brasil no mundo. O medo da contaminação e a insegurança quanto às mudanças no diagnóstico e tratamento do câncer podem estar relacionados aos sintomas de ansiedade, depressão e estresse vivenciados por esta população (MOURA *et al.*, 2021).

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* CDC (2000), a QVRS foi definida como sendo o estado de saúde física e mental percebida ao longo do tempo pelo próprio indivíduo ou grupo, incluindo os riscos à saúde, o desempenho funcional, o suporte social e *status* socioeconômico; foi associada tanto às condições de saúde geral, quanto ao funcionamento social (GILL; FEINSTEIN, 1994). Existem evidências científicas de que a saúde contribui para a Qualidade de Vida (QV) de indivíduos ou populações e de que muitos componentes da vida social contribuem para que se alcance um perfil elevado de QVRS (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Durante a pandemia, a sociedade passou a lidar não apenas com o risco da aquisição da Covid-19, sobretudo os indivíduos enquadrados no grupo de risco, mas também com as angústias relacionadas às medidas de segregação social como estratégias de controle da pandemia. Entre as pessoas mais vulneráveis, encontram-se os indivíduos com câncer, afetados duplamente pelos impactos advindos de sua doença: tanto como grupo de risco para Covid-19 quanto pelo impacto psicossocial decorrente de tais medidas (CABRAL *et al.*, 2021).

A fim de conter a propagação comunitária da Covid-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu medidas de segregação de indivíduos e grupos: o isolamento de pessoas, a quarentena e o distanciamento social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020). Nos centros de tratamento do câncer, consultas presenciais passaram a ser através de *internet* ou por telefone e consultas eletivas e cirurgias foram adiadas com maior frequência, sempre que possível (VAN DE HAAR *et al.*, 2020). O fechamento temporário de serviços de saúde de rotina relacionado a este bloqueio vem provocando um grande sofrimento às pessoas que vivenciam doenças crônicas e que necessitam de monitoramento regular de seu estado clínico para manter suas condições sob controle (RASTOGI; PANDEY; SINGH, 2020). As recomendações resultantes das medidas de distanciamento social também incluíram o fechamento temporário de instituições e locais relacionados à cultura e lazer, bem como estabelecimentos religiosos (KIRÁLY *et al.*, 2020).

O distanciamento social, isolamento ou quarentena impostos pela pandemia aumentam o medo, o sentimento de solidão, a irritabilidade e a tristeza, podendo levar a uma exacerbação de distúrbios psiquiátricos existentes previamente (THULLER; MELO, 2020). Tais medidas

têm dificultado a criação de vínculos com pessoas que se encontram em seus lares, Instituições de Longa Permanência (ILP) e hospitais, fazendo-os se sentir isolados, ansiosos e tristes pela perda de independência e conexão com amigos e familiares (BANSKOTAN; HEALY; GOLDBERG, 2020; CAETANO *et al.*, 2020; KIRÁLY *et al.*, 2020). A manutenção de uma rede de apoio emocional é essencial para indivíduos com câncer; assim, a falta de participação em atividades sociais e de interação com a família e amigos, bem como com profissionais atuantes na Rede de Atenção à Saúde (RAS), resultante das medidas de segregação social, comprometem sua QVRS (MOURA *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, a ansiedade entre os indivíduos com câncer tem sido elevada e a demanda por aconselhamento e assistência de saúde mental vem aumentando. As dúvidas e preocupações mais frequentes desta população referem-se ao risco de se infectarem ou serem acometidos por complicações graves da Covid-19 devido à imunossupressão. Além disso, as pessoas se preocupam com o fato de que possíveis problemas com capacidade de atendimento do sistema de saúde poderiam afetar a qualidade do tratamento de sua doença. Lidar com as preocupações dos pacientes representa um desafio em manter a qualidade do tratamento do câncer (VAN DE HAAR *et al.*, 2020).

Diante deste contexto, é importante avaliar todos os impactos e propor estratégias de promoção à saúde mental e atenção psicossocial a esta população. A adoção de estratégias direcionadas à criação de vínculos afetivos e conexões entre pacientes e profissionais de saúde, por meio da otimização de recursos virtuais e do contato interpessoal controlado, pode contribuir para este fim de modo seguro. A confiança estabelecida nos serviços das RAS é considerada como importante aliada em estratégias como resposta a uma pandemia (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

O relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes torna-se um importante temática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que adquire uma linguagem especial com o uso da palavra vínculo, o qual, em sua dimensão terapêutica, encontra-se relacionado ao conceito de cuidar como um ato de dar atenção, como uma atitude de interação, convivência e zelo. Enfatiza-se o potencial da criação de vínculos para a compreensão do sofrimento, sendo uma competência fundamental para atuação do profissional de saúde por possibilitar uma maior adesão dos pacientes tanto à terapêutica quanto às medidas de prevenção, promoção e proteção à saúde (BARBOSA; BOSI, 2017).

A noção de prevenção, promoção e proteção na atenção à saúde surgiu há mais de quatro décadas com o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (FIGUEIREDO; DEMARZO,

2016), afetando as políticas de saúde no mundo e redefinindo o sistema de saúde do Brasil, a fim de prover melhor estado de saúde à população, enfatizando-se o acesso universal aos serviços e a integralidade do cuidado (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). No entanto, os efeitos causados pela globalização, urbanização e envelhecimento da população lançaram desafios que não estavam previstos, perpetuando a tendência às práticas de saúde mal estruturadas e centradas na oferta limitada de cuidados curativos especializados, formados por serviços fragmentados, com objetivos imediatistas e abordagens de controle de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Desse modo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil definiu princípios e diretrizes que consideram as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral e resolutiva para as reais necessidades de saúde da população. O princípio da ‘Integralidade’ passa a garantir o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças. A ampliação da ‘Resolutividade’ incluiu a intersetorialidade de ações e serviços que tenham relevância na comunidade (instituições de ensino e pesquisa, de apoio psicossocial não governamental e outros), compondo a RAS e promovendo a construção de vínculos positivos com a comunidade (BRASIL, 2012).

A noção de vínculo foi introduzida pela PNAB a partir do princípio da ‘Longitudinalidade’, o qual pressupõe a continuidade do cuidado de modo permanente e consistente, evitando a perda de referências pelos usuários dos serviços e diminuindo os riscos de iatrogenia, que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida dos indivíduos e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Assim, definiu o vínculo como um processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, com potencial terapêutico por meio da construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

As tecnologias digitais da informação e comunicação (TDIC) representam possibilidades para facilitar o envolvimento dos pacientes com os profissionais de saúde da RAS e sua inserção em ações de saúde, ajudando a proteger grupos vulneráveis dos riscos de solidão frente às medidas de segregação social durante a pandemia, melhorando a conexão e o apoio social (BANSKOTA; HEALY; GOLDBERG, 2020). O uso de *smartphones* tem se destacado durante este período, por ser uma classe de telefone móvel com uma tecnologia de computador integrada, sistema operacional com capacidade para executar aplicativos de

*software* e de pesquisa na *web*, câmera, vídeo, serviço de posicionamento global (GPS) e envio e recebimento de correio eletrônico (*e-mail*) (IYENGAR *et al.*, 2020).

O uso de TDIC para manter contato com amigos, parentes e conhecidos, via *internet* ou telefone, pode ajudar a reduzir os sentimentos de solidão e melhorar a QV das pessoas. As ligações em grupo, grupos de mídia social e videogames on-line, podem ser úteis na formação e manutenção de relacionamentos significativos durante a pandemia (KIRÁLY *et al.*, 2020). Um estudo mostrou que adultos utilizaram TDIC durante o distanciamento social, quando sentiam tédio, solidão, tristeza ou falta de afeto, com o intuito de se manterem conectados com outras pessoas, buscar motivação e inspiração e para distrair e relaxar durante a crise (DEL CASTILLO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2020).

A OMS recomenda estratégias de estabilização emocional como medidas para minimizar os efeitos da segregação social durante a pandemia, tais como o envolvimento em atividades lúdicas - artes, leitura, jogos, brincadeiras, pois ajudam a situar o pensamento no momento presente, estimular a concentração, a cognição, a memória, a criatividade, promover o divertimento e o prazer, auxiliando na redução do nível de estresse agudo e, portanto, na estabilização emocional. Atividades lúdicas compartilhadas com outras pessoas envolvem a percepção dos sentidos, sentimentos e afetos e seu potencial está no processo de engajamento entre os indivíduos, nas trocas voluntárias e no interesse mútuo (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

A oferta de intervenções de saúde que tenham o objetivo de reduzir os níveis de tensão e estresse provocados por doença e tratamento pode contribuir no sentido de evitar o surgimento de complicações e patologias associadas, favorecendo inclusive a resposta dos pacientes ao tratamento (VAGNOLI; CAPRILLI; MESSERI, 2010). Atividades lúdicas baseadas na interação com palhaços (terapia *clown*), por exemplo, já foram aplicadas em mais de 700 organizações pelo mundo e vêm desafiando o modelo biomédico hegemônico e auxiliando potencialmente na recuperação da saúde de grupos vulneráveis (CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019). Tais interações são capazes de estabelecer uma relação, na qual a constituição do vínculo é fundamental para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações e contribuir com a humanização em saúde (MARINHO, 2015; BRITO *et al.*, 2016).

No entanto, existem lacunas de conhecimento nesta temática, pois intervenções lúdicas com pacientes oncológicos geralmente ocorrem de modo presencial, no cenário hospitalar e com a população infantil (LIMA; SANTOS, 2015; FRYGNER-HOLM *et al.*, 2020).

Intervenções digitais desta natureza são escassas e baseadas em jogos (LI; CHUNG; HO, 2021). Nos últimos anos, avanços na tecnologia de jogos digitais em saúde têm permitido o desenvolvimento de ferramentas para apoiar a saúde mental como complemento à terapia, conectar pacientes aos profissionais e ampliar o acesso ao tratamento de condições como depressão e ansiedade (GAMES..., 2021). Parte-se da hipótese de que intervenções lúdicas digitais podem ajudar a minimizar os impactos psicossociais e fortalecer a rede de apoio social de pacientes com câncer, melhorando sua QVRS. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar o efeito de intervenções lúdicas digitais na QVRS, depressão, ansiedade, estresse e apoio social de pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 DISTANCIAMENTO SOCIAL

Com o objetivo de oferecer às autoridades nacionais uma base para o processo de tomada de decisão em relação às medidas de distanciamento social e relativas a viagens, um documento internacional emitiu considerações sobre o ajuste de medidas a serem tomadas por indivíduos, instituições, comunidades, governos locais ou nacionais ou organismos internacionais para reduzir a propagação da Covid-19. Tal documento define o distanciamento social como medidas aplicadas a entornos sociais específicos ou à sociedade em sua totalidade, para reduzir a velocidade de propagação da Covid-19; isolamento de pessoas, como a separação de pessoas doentes ou contaminadas de outras, com o objetivo de prevenir a propagação de uma infecção e/ou contaminação; e quarentena de pessoas, que envolve a restrição de atividades e/ou separação de outras pessoas que não estão doentes, de modo a prevenir a possível propagação da infecção ou a contaminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2020).

O distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento social permite reduzir a transmissão. Na pandemia, as medidas de isolamento social deveriam ser implementadas no início da transmissão comunitária, de maneira a reduzir a velocidade da transmissão e não deixar os serviços de saúde, particularmente leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e respiradores, com sua capacidade esgotada. Distanciamento social com baixos níveis de adesão resulta na necessidade de períodos de bloqueio muito mais longos, que se tornam inviáveis para qualquer sociedade (BRASIL, 2020c).

A segunda versão das Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da Covid-19, de abril de 2020, recomenda estratégias de contenção e mitigação a fim de minimizar a propagação exponencial da Covid-19, diminuir a sobrecarga sobre os sistemas de saúde e evitar mortes, uma vez que a transmissão da Covid-19 ocorre de pessoa para pessoa, sejam elas sintomáticas ou não, e que os assintomáticos são fonte de infecção em potencial disseminando o vírus. De acordo com evidências, a única estratégia reconhecida para prevenir a infecção no início da pandemia era evitar a exposição ao vírus, pois não havia vacina disponível (BRASIL, 2020f).

A partir destas diretrizes, a Nota Pública de 13 de abril de 2020, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerou o distanciamento social como o método mais eficaz na prevenção à pandemia e reforçou o pedido de implementação de medidas que possibilitem o afastamento social e que não permitam aglomerações de pessoas, como forma de diminuir a disseminação do coronavírus e evitar o colapso do sistema de saúde. Instituiu-se o isolamento imediato de todos os casos suspeitos e confirmados, apoiado na afirmação de que os casos não detectados e assintomáticos eram os maiores responsáveis pela elevada taxa de transmissão da Covid-19, e na preocupação de que o sistema de saúde não teria capacidade suficiente de atendimento aos pacientes com Covid-19 que demandassem cuidados intensivos. Além disso, o Brasil não dispunha de quantidade de kits necessários para testagem massiva, enfrentava a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tanto para os profissionais de saúde que estavam na linha de frente quanto para trabalhadores que atuavam nos serviços essenciais. A implementação de regras de afastamento social caracteriza-se como uma importante estratégia para a diminuição de transmissão do coronavírus e contenção da elevação exponencial do número de casos, situações que têm enorme potencial de impactar na capacidade de resposta do sistema de saúde no atendimento dos pacientes da Covid-19 e dos demais agravos à saúde (BRASIL, 2020b).

O Ministério da Saúde distinguiu modalidades de distanciamento social nos municípios, Distrito Federal e estados, entre Distanciamento Social Ampliado (DSA), que deve ser aplicado onde o número de casos confirmados não tenha impactado em mais de 50% da capacidade instalada existente antes da pandemia, e Distanciamento Social Seletivo (DSS). Na modalidade DSA, todos deveriam praticar as medidas de distanciamento. Já na modalidade DSS, apenas grupos considerados de risco, como pessoas idosas e pessoas com comorbidades, deveriam praticar o distanciamento (BRASIL, 2020d).

As medidas de isolamento devem ser acompanhadas de monitoramento sobre a dinâmica da transmissão (número de casos e mortes) e da capacidade dos serviços, de modo que, ao se observar uma aceleração da transmissão e/ou taxa de ocupação dos serviços atingindo níveis críticos, devem ser adotadas novas medidas para restringir ainda mais as possibilidades de contágio. Em abril de 2020, a taxa de contaminação pelo Coronavírus no Brasil foi apontada como a maior entre 48 países, sob crescimento acelerado e exponencial de casos e óbitos, de modo que cada 10 pessoas com o vírus infectavam outras 28. A conjugação de isolamento dos casos, quarentena de contatos e DSA, principalmente aquelas que reduzem em pelo menos 60% os contatos sociais, tem o potencial de diminuir a transmissão da doença (BRASIL, 2020c).

No entanto, para conter o avanço descontrolado do contágio da Covid-19, quando as medidas de distanciamento social não estavam surtindo o efeito desejado, a fim de permitir que o sistema de saúde consiga se recuperar para absorver a demanda da melhor maneira possível, fez-se necessária a suspensão total de atividades não essenciais, com restrição de circulação de pessoas, medida conhecida como *lockdown*. *Lockdown* determina a suspensão de todas as atividades não essenciais à manutenção da vida e da saúde, autorizando apenas o funcionamento dos serviços considerados essenciais por sua natureza. Quando houver infração às medidas de restrição social, determina-se a adoção de medidas de orientação e de sanção administrativa, podendo ser aplicadas em áreas específicas de uma cidade. Tal medida restringe a circulação de pessoas e de veículos particulares (somente com uso de máscaras), salvo transporte de pessoas no itinerário e no exercício de serviços considerados como essenciais, com ampliação de medidas informativas e educativas (monitoramento do cumprimento) em veículos de transporte coletivo. Determina ainda a mobilização das Forças Armadas e de Segurança pelos poderes estaduais e municipais, com vistas ao cumprimento dos protocolos de emergência para a adoção de *lockdown* quando necessário (BRASIL, 2020e).

Embora sejam essenciais para a proteção da saúde, tais determinações podem provocar consequências psicossociais na população, especialmente em grupos de risco, como indivíduos com câncer. Nesse sentido, é importante avaliar o impacto dessas medidas e propor estratégias de promoção à saúde mental e atenção psicossocial, especialmente a grupos vulneráveis (como indivíduos com câncer) (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

## 2.2 IMPACTO DA PANDEMIA EM INDIVÍDUOS COM CÂNCER

Indivíduos com câncer apresentam prejuízo na imunidade devido à própria doença ou ação do tratamento adotado. Os tratamentos medicamentosos nesses pacientes podem aumentar a gravidade da doença, em particular os quimioterápicos que induzem à neutropenia e linfopenia, bem como as terapias que interferem direta ou indiretamente com o sistema imune (WEINKOVE *et al.*, 2020).

Quando um indivíduo imunossuprimido contrai a infecção por *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), os riscos de desenvolvimento de formas graves e óbito são significativamente maiores; dentre os indivíduos com câncer, os que apresentam maior risco são aqueles com diagnóstico de neoplasias hematológicas, que sofreram transplante de medula óssea e/ou estão em tratamento com quimioterapia. A síndrome respiratória aguda

grave, o choque séptico e enfarte do miocárdio estão entre as complicações graves da Covid-19 mais frequentes nessa população (CABRAL *et al.*, 2021).

Diante de tantos casos graves de propagação rápida e mortes, instaurou-se o medo na maior parte da população que optou pelo isolamento voluntário. Tendo em vista essa forma de comportamento protetivo das pessoas e hospitais superlotados, doenças que necessitam de um acompanhamento contínuo como o câncer ficaram em segundo plano (FIGUEIRA, 2020). A pandemia afetou seriamente indivíduos com câncer, pela diminuição no número de rastreamento e diagnósticos, consultas, cirurgias e aumento significativo na taxa de mortalidade hospitalar (MONTEIRO *et al.*, 2021).

Além de lutar contra a escassez de profissionais de saúde, EPI e leitos, pacientes e oncologistas enfrentam consequências desconhecidas que podem advir das modificações nos protocolos de tratamentos implementados durante a pandemia, com o objetivo de mitigar os riscos e consequências da infecção dessa população pelo novo vírus (ARAÚJO *et al.*, 2021).

A pandemia de coronavírus desencadeou não apenas o risco de contrair doença e morrer, mas também problemas psicológicos decorrentes das restrições de contatos sociais, que gradativamente têm separado as pessoas e alterado suas rotinas, bem como da crise dos sistemas de saúde sobrecarregados associados com o medo da contaminação (CHEN *et al.*, 2020).

Indivíduos com doenças malignas apresentam taxas mais altas de angústia, ansiedade e depressão do que a população em geral e, quanto mais lento o curso do tratamento, maior será a angústia. Concomitante ao diagnóstico do câncer, acompanhado de diversos sofrimentos psicológicos, a exposição exacerbada dos pacientes aos dilemas de escolha do protocolo de tratamento adequado durante a pandemia e as abordagens para aumentar seu conhecimento caracterizam processos extremamente estressantes (MOMENIMOVAHED *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado no Brasil com mulheres com diagnóstico de câncer durante a pandemia, a maioria das participantes relatou impacto negativo direto da pandemia em sua QVRS e medo de contaminação com o novo coronavírus, o que pode ter sido o principal fator para cancelamentos de consultas e exames. As participantes estavam mais ansiosas, estressadas e deprimidas (MOURA *et al.*, 2021). Estudos realizados na Itália e na China demonstraram um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão, além de transtorno de estresse pós-traumático em indivíduos com câncer, sendo que as mulheres e os pacientes mais jovens foram os mais afetados (ROMITO *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Um estudo que analisou o estresse psicológico em pacientes com câncer durante a pandemia apontou que os problemas mais comuns encontrados foram isolamento, depressão,

ansiedade, estresse, distúrbios do sono, fadiga, fraqueza cognitiva, medo e angústia, além de sentimentos de tristeza, raiva, solidão e problemas de comunicação com o cônjuge. A taxa de distúrbios psicológicos entre indivíduos com câncer durante a pandemia da Covid-19 tem apresentado uma tendência ascendente (MOMENIMOVAHED *et al.*, 2021). Indivíduos com câncer passam a perder uma forte base de apoio que são familiares e amigos; em contrapartida, não podem seguir um isolamento como preconizado, uma vez que passam por diversos serviços e profissionais de saúde ao longo do tratamento da doença, tornando-os especialmente suscetíveis à contaminação pelo Sars-Cov-2 (CABRAL *et al.*, 2021).

As preocupações de indivíduos com câncer relacionadas com a progressão da doença devido aos atrasos ou cancelamento dos atendimentos e/ou com as mudanças nos planos de tratamento do câncer, bem como receio com os acontecimentos que estão por vir e ameaça à segurança no trabalho, além de preocupações com a família, amigos e parentes, são as razões mais importantes para o alto nível de ansiedade de indivíduos com câncer que, por sua vez, afeta os processos de tomada de decisão em relação ao seu tratamento por medo de infecção e agravamento de sua condição. Entre os medos mais importantes relatados pelos indivíduos com câncer neste período estão a progressão ou recorrência do câncer, o desenvolvimento de comorbidades, atraso no tratamento inicial ou a interrupção dos esquemas já adotados, o enfraquecimento do sistema imunológico e infecção pelo SARS-CoV-2, bem como o isolamento social e viagens (MOMENIMOVAHED *et al.*, 2021).

De acordo com o estudo de Wang (2020), apenas 1,6% dos indivíduos com câncer procuraram ajuda psiquiátrica para encontrar uma solução para lidar com esta crise. Assim, é importante manter o monitoramento e apoio a esta população, de acordo com as condições existentes, pois não reconhecer suas reais necessidades clínicas e psicossociais pode colocar em risco a sobrevivência dos pacientes (MOMENIMOVAHED *et al.*, 2021).

### 2.3 AVALIAÇÃO DE QVRS

Existe uma relação estreita entre avaliação e definição de QV, cujo conceito já foi bastante explorado por cientistas sociais, filósofos e políticos no passado (FRANZI; SILVA, 2003). A complexidade do tema reflete diferentes enfoques que restringem sua avaliação, como é o caso da abordagem biomédica reducionista. A partir de uma revisão sistemática, Pereira, Teixeira e Santos (2012) apontam limitações nessas abordagens, de modo que, se por um lado a visão socioeconômica enfatiza indicadores sociais, por outro, a abordagem psicológica

desconsidera o contexto ambiental em que o indivíduo está inserido. Desse modo, Michalos, Zumbo e Hubley (2000) propôs uma abordagem baseada no contexto de vida atual das pessoas frente a um padrão a ser comparado considerando várias relações (o que se tem e o que se quer ter; o que uma nação realmente considera ser o ideal de vida e outras).

Os estudiosos do tema têm sugerido diferentes metodologias para o tratamento científico do conceito QV, que tem a subjetividade como uma característica importante (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), de tal modo que a OMS definiu QV como sendo “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994, p. 3).

A abordagem proposta por Minayo, Hartz e Buss (2000) sugere que a QV tenha associação com a representação social criada a partir de parâmetros, tanto subjetivos - bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal - quanto objetivos, baseados na satisfação das necessidades básicas e adicionais criadas pelo nível econômico e social de determinada sociedade. De acordo com Pereira, Teixeira e Santos (2012), QV é um construto cultural que precisa ser revisado constantemente e transformado de acordo com o avanço do conhecimento e da sociedade, e que deve existir uma reflexão acerca das formas pelas quais determinados fatores se tornaram relevantes na percepção das pessoas e grupos, considerando aspectos históricos, socioculturais, psíquicos, ambientais e da inserção no mundo do trabalho.

Os conceitos mais aceitos de QV buscam inserir uma multiplicidade de dimensões das abordagens gerais ou holísticas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012), como o proposto pela OMS, segundo os quais a QV reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão, ou não, sendo satisfeitas e se lhes estão sendo oferecidas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização de seu estado de saúde ou das condições sociais e econômicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

A multidisciplinaridade de conceitos para QV conduz a uma infinidade de definições e divergências mesmo dentro de uma mesma disciplina. Em pesquisas médicas, embora os conceitos de saúde e de QV possam ser utilizados como sinônimos, eles apresentam suas especificidades e também uma relação entre si. A expressão *Health-Related Quality of Life* (HRQOL) - QVRS - refere-se à avaliação subjetiva do indivíduo de seu próprio estado de saúde e plenitude de vida (GILL; FEINSTEIN, 1994). O conceito QVRS e seus determinantes evoluíram desde a década de 1980, para abranger os aspectos da Qualidade de Vida Geral (QVG) que podem afetar claramente a saúde. No nível individual, a QVRS inclui percepções

de saúde física e mental (funcionamento físico, nível de energia, humor, cognição e outros) e seus correlatos, incluindo riscos e condições de saúde, status funcional, suporte social e status socioeconômico. No nível da comunidade, QVRS inclui recursos, condições políticas e práticas no nível da comunidade que influenciam as percepções de saúde e o status funcional de uma população (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000).

Deve-se refletir sobre a necessidade de não serem adotadas apenas abordagens extremas na avaliação da QV, pois tanto o pragmatismo exacerbado de abordagens puramente psicométricas quanto a falta de rigor científico não clarificam seu conceito e formas de avaliação. Assim, é importante que seus conceitos e formas de avaliação não deixem de ser discutidos e revisados, considerando o avanço histórico e as demandas individuais e da gestão pública em saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Apesar de não haver consenso quanto à definição de QV, a maioria dos autores concorda que em sua avaliação devem ser contemplados os domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando-se captar a experiência pessoal de cada indivíduo. Nesse contexto, questiona-se como transformar informações subjetivas, que envolvem conceitos individuais, em dados objetivos e mensuráveis e como essas informações podem ser quantificadas e comparadas entre populações diferentes (PINTO-NETO; CONDE, 2008).

Nas pesquisas em saúde, o desenvolvimento de uma classificação para QV é particularmente útil para organizar definições, identificando e ordenando elementos comuns e fatores de destaque que influenciam estas definições e, por meio das quais, são importantes para a elaboração de instrumentos de avaliação de QVRS, que podem variar de acordo com a abordagem e objetivos de cada estudo (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). De acordo com Vendrusculo (2011), as avaliações ou medições de QVRS devem ser claramente identificadas e definidas no estudo desenvolvido, com detalhes suficientes para responder às perguntas dos objetivos, a fim de que os leitores entendam os desfechos avaliados ou a pergunta a ser respondida.

Ao avaliar QVRS em um estudo, recomenda-se que se incluam justificativas claras referentes à escolha específica da medida/avaliação, sobre o conteúdo do instrumento de avaliação e seus domínios, as subescalas relevantes, o cálculo dos escores totais ou parciais, os limites mínimos e máximos do escore, bem como sua direção (por exemplo, escores maiores indicam melhor QVRS) e um resumo de suas características psicométricas (VENDRUSCULO, 2011). Além disso, Laurenti (2003) aponta que os instrumentos para avaliação da QVRS normalmente são traduções que apresentam falhas ao serem aplicados em culturas diferentes e,

por esta razão, devem ser validados novamente.

Existem questionários genéricos de QVRS e os específicos, a fim de avaliar de forma individual e exclusiva alguns aspectos ou determinada função (sono, função sexual, aspectos sociais), população (idosos, mulheres no climatério) ou doença (câncer, diabetes) (VENDRUSCULO, 2011). Deve-se atentar ao fato de que a adoção de medidas muito genéricas faz com que certas variáveis sejam excluídas, especialmente as relacionadas à cultura particular de indivíduos avaliados, acarretando em muitos instrumentos preconceituosos em relação a quem se pretende avaliar (KREITLER; KREITLER, 2006).

Uma revisão sistemática conduzida por Mokhatri-Hesari e Montazeri (2018), que analisou 82 estudos acerca de avaliação da QVRS no câncer de mama, mostrou que o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF), o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30), a Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Geral (FACT-G) e a Avaliação Funcional da Terapia de Doenças Crônicas (FACIT) foram os instrumentos mais usados e que tiveram os melhores desempenhos.

O EORTC-QLQ-30 - *Quality of Life Questionnaire* - desenvolvido por *European Organisation of Research and Treatment of Cancer* tem sido um dos instrumentos específicos mais citados para indivíduos com câncer, o qual foi adotado neste estudo por ser também bastante utilizado no Brasil e ser sensível aos aspectos físico-funcionais, emocionais e sociais.

A literatura especializada aponta para a grande relevância social e científica da QV. Apesar disso, o tema ainda apresenta muitas imprecisões conceituais e diferentes abordagens de análise podem ser úteis para a clarificação do tema. O fato da QV possuir significados individuais diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas científicas. Estudos de intervenção que esclareçam possibilidades mais claras de melhoria da QV das pessoas são necessários nesse processo (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

## 2.4 ESTRATÉGIA GLOBAL DE SAÚDE DIGITAL (EGSD)

Historicamente, o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no cuidado à saúde concentrava-se na aplicação de interações tradicionais entre médico e paciente e de médico para médico, aprimorada pelo recurso bidirecional de vídeo e áudio. Posteriormente, foi estendido para suportar serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde, para sistemas assistenciais multidisciplinares e para pacientes envolvendo TDIC, configurando um

campo mais ampliado denominado telessaúde, que inclui, mas não se restringe, apenas ao campo da medicina (BASHSHUR *et al.*, 2011). Na taxonomia atual, telessaúde e telemedicina são qualificadas como estratégia de comunicação envolvendo a ação de cuidar ou curar remotamente, apresentando diferentes níveis de complexidade de comunicação e definidas por aplicativos com propósitos específicos (COLUCCI *et al.*, 2019).

Em 2019, a OMS introduziu a EGSD, entendendo que os esforços nacionais podem ser potencializados pela colaboração, troca de conhecimento e de experiências entre países, centros de pesquisa, empresas, organizações de saúde e associações de usuários ou cidadãos, com o objetivo de promover a saúde para todos em todos os lugares. Tal estratégia unifica todos os conceitos de aplicação das TDICs em saúde, incluindo e-Saúde, Telemedicina, Telessaúde e Saúde Móvel. Além de reduzir a fragmentação das aplicações da tecnologia em saúde, o conceito de *e-Health* - Saúde Digital (SD) - amplia o entendimento caracterizando-a como área de conhecimento e prática, e absorve os conceitos da utilização avançada da tecnologia, incluindo o uso de dispositivos pessoais e de tecnologias emergentes. A construção de uma EGSD deve ser desenvolvida com o objetivo de utilizar recursos de TDIC para resolver problemas do sistema de saúde (BRASIL, 2020a).

O crescimento do número de casos confirmados e mortes por Covid-19 tem produzido problemas psicológicos na população, incluindo depressão, ansiedade e estresse; isto tem sobrecarregado a rede de atenção psicossocial, que ainda necessita atender às pessoas que já apresentavam distúrbios previamente identificados e que necessitavam de suporte específico (OHANNESSIAN; DUONG; ODONE, 2020). As medidas de distanciamento social degradam os sistemas normais de apoio social, produzindo solidão, agravando a ansiedade e sintomas depressivos (ZHOU *et al.*, 2020). Desse modo, como parte das EGSD direcionadas à saúde mental, alguns países adotaram o aconselhamento e outras terapias, tais como tele reabilitação por plataformas educacionais on-line e psicoterapias, baseada em jogos para idosos, crianças e adolescentes, como forma de estabelecer relações cognitivas e resolver problemas (CAETANO *et al.*, 2020). Esta oferta também incluiu aconselhamento, supervisão, treinamento e psicoeducação por meio de plataformas on-line, priorizando-se profissionais de saúde, atuando na linha de frente da epidemia, indivíduos com Covid-19 e suas famílias e grupos de risco como doentes crônicos (ZHOU *et al.*, 2020).

A variedade e flexibilidade das TDIC, ajustando-se às necessidades em saúde de cada contexto social, proporcionam soluções inovadoras de cuidados de saúde e abrem grandes oportunidades para o seu uso em situações de crise, mormente a pandemia vivenciada neste

momento. Desta forma, em suas múltiplas e diversificadas aplicações no campo da promoção à saúde, assistência e educação, tem representado grande potencial para o enfrentamento da pandemia, na qual novos espaços de atuação têm surgido, ou se intensificado, nos planos de contingência de enfrentamento em vários países (CAETANO *et al.*, 2020). Dentre essas inovações, encontram-se intervenções baseadas em atividades lúdicas digitais envolvendo suporte psicossocial.

## 2.5 ATIVIDADES LÚDICAS

Muitos estudos têm explorado o universo lúdico e sua utilização como ferramenta didático-pedagógica (SILVA, 2016), mas também existem pesquisas envolvendo intervenções de saúde baseadas em atividades lúdicas tanto em hospitais (LOPES *et al.*, 2020) quanto no contexto da APS (BORDONE PIRES *et al.*, 2015), com diferentes aplicabilidades, porém com o objetivo comum de melhorar a QVRS de pacientes e familiares. Por isso, é importante que se tenha clareza sobre a perspectiva que fundamenta uma intervenção lúdica (REZENDE, 2008).

A atividade lúdica tem sido bastante utilizada na educação em saúde e como ferramenta psicoeducativa (PEDREIRA, 2018), especialmente com a população infantil, visando promover apoio psicológico no enfrentamento à doença e hospitalização (AZEVEDO, 2011; ROLIM *et al.*, 2017) e com pacientes com câncer, para melhorar a QV relacionada às reações desagradáveis do tratamento (KIM, H. *et al.*, 2018). O lúdico entendido como um adjetivo que se relaciona com a natureza do brincar promove uma maior adaptação aos contextos hostis, facilitando a demonstração de sentimentos e contribuindo para o processo de recuperação associado à adesão ao tratamento clínico estabelecido (SILVA *et al.*, 2021). Por meio das brincadeiras, pode-se manipular e colorir fenômenos externos com significados e sentimentos oníricos, além de ser possível dominar a angústia, controlar ideias ou impulsos e, assim, dar escoamento ao ódio e à agressão. Brincar envolve uma atitude positiva diante da vida (PARENTE, 2009).

O brincar auxilia também a potencializar as redes sociais, pois, quando o brincar é compartilhado, torna-se repleto de vivências (REZENDE, 2008). Um estudo conduzido por Araújo *et al.* (2016) se baseia na utilização de intervenções lúdicas não apenas para transformar a ambiência hospitalar, mas, principalmente, para melhorar as relações entre os pacientes, familiares e equipe de saúde e assim promover a resiliência através do lúdico.

As tentativas de definição de ludicidade na literatura são muito abrangentes e as classificações são pouco esclarecedoras. De modo geral, a palavra 'lúdico' carrega a conotação de prazer, ausência de tensão e de conflito; liga-se à criatividade, à arte, à poesia, à construção e desconstrução da realidade; à imaginação, inventividade, fantasia e desejo. O tema ludicidade foi abordado por grandes teóricos que se debruçaram a propor significados para o jogo e o brincar, desde os mais antigos como Chateau, Piaget, Huizinga, Brougère e Vygotsky, até os mais atuais como Luckesi, Friedman e Sátiro (PEDREIRA, 2018).

Conforme Dallabona e Mendes (2004), etimologicamente, a literatura especializada no tema não registra concordância em um conceito comum para o lúdico. No entanto, etimologicamente poderia se dizer que atividades lúdicas se reportam ao envolvimento com o brincar, uma vez que o adjetivo 'lúdico' - derivado do latim '*Lud*' - significa divertimento e se refere àquilo que é feito com brinquedos ou através de brincadeiras, jogos, atividades criativas e que tem o divertimento acima de qualquer outro propósito (DICIO, 2022). Porém, na evolução semântica do termo lúdico, sua definição deixou de ser um simples sinônimo do que se restringe apenas ao jogo/brincadeira, abrangendo atualmente inúmeras formas de expressão humana enquanto expressão do ser integral.

Não apenas o jogo, o brinquedo e a brincadeira estão relacionados à ludicidade, mas também outras atividades que exigem de quem as realiza uma entrega total de mente e corpo (SILVA, 2016). A prática lúdica se interioriza na vida do sujeito na medida em que ele se propõe a realizá-la da maneira correta definida pelo mediador e isso incluiu fatores sociais, biológicos, psicológicos, éticos, emotivos, dentre outros. Além da atividade lúdica ser algo envolvente, ela remete a sentimentos bons e positivos como a flexibilidade e a alegria, sendo por consequência considerada saudável (LUCKESI, 2005).

Uma ferramenta bastante comum encontrada em atividades lúdicas são os jogos, especialmente os cognitivos e sensoriais. Jogos são recursos privilegiados para explorar diferentes aspectos cognitivos e sociais, pois possibilitam trabalhar com regras e estratégias em diferentes contextos relacionais. Por meio de jogos de raciocínio, é possível exercitar atitudes de respeito a vez do outro, análise de dados, bem como funções de atenção, flexibilidade, planejamento e tomada de decisões. O uso de jogos de raciocínio como recurso terapêutico se insere nessa perspectiva, promovendo o desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e emocionais capazes de auxiliar nos processos de internalização de atitudes e valores direcionados para a saúde, principalmente frente a situações de risco. Além disso, enquanto metodologia, permite o fortalecimento de vínculo entre os pacientes e equipe de saúde,

constituindo-se, por conseguinte, indiretamente numa maior adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, avanços na tecnologia de jogos digitais em saúde têm permitido o desenvolvimento de ferramentas para apoiar a saúde mental como complemento à terapia, conectar indivíduos aos profissionais de saúde e ampliar o acesso à autoavaliação e ao tratamento. Intervenções baseadas em jogos podem criar novos modelos de atendimento eficazes no contexto mais amplo de prevenção e suporte para indivíduos afetados por condições de saúde mental como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, transtornos do humor, transtornos psicóticos, comportamentos viciantes e transtornos de abuso de substâncias (GAMES..., 2021).

Estudos acerca de atividades lúdicas baseadas na interação com palhaços, no contexto de hospitalização, cirurgias e procedimentos médicos dolorosos e debilitantes, apontam relações entre respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais, e têm demonstrado a importância de tais intervenções na adaptação dos pacientes e familiares à hospitalização, no bem-estar e alívio do sofrimento, incluindo o controle da dor, a redução da tensão e ansiedade, estresse e depressão, a melhora da imunidade e resiliência (ALCÂNTARA *et al.*, 2016; RIMON *et al.*, 2016; BEN-PAZI *et al.*, 2017; BOSCARELLI, 2017; ZHANG *et al.*, 2017; CATAPAN; OLIVEIRA; ROTTA, 2019).

## 2.6 INTERVENÇÕES LÚDICAS EM PACIENTES COM CÂNCER

O lúdico promove o bem-estar físico, social e espiritual, fornecendo QVRS, por isso é muito utilizado em unidades de oncologia pediátrica, por diminuir o estresse, mudar a perspectiva dos pacientes pediátricos e seus acompanhantes e melhorar o relacionamento com a equipe de saúde (SILVA *et al.*, 2017). No estudo conduzido por Silva *et al.* (2017), envolvendo crianças com câncer, a musicoterapia, bibliotecoterapia e teatroterapia tranquilizaram o ambiente, melhoraram a autoestima das crianças, estimularam a adesão ao tratamento e as tornou mais alegres e ativas. Brincadeiras “de faz de conta” com crianças internadas com câncer melhoraram sua independência, participação social e QVRS durante a hospitalização (FRYGNER-HOLM *et al.*, 2020).

Pacientes pediátricos submetidos a tratamentos oncológicos são propensos a experimentar estresse, ansiedade e isolamento social. Um dos papéis de uma unidade oncológica pediátrica é incorporar a brincadeira na rotina diária de crianças, adolescentes e seus

acompanhantes, para diminuir a angústia e promover seu crescimento e desenvolvimento normal. Profissionais de saúde e enfermeiros também podem incorporar semelhante estratégia para reduzir a ansiedade e o estresse e melhorar a QVRS de pacientes oncológicos adultos (BRAND *et al.*, 2016).

A população adulta pode se beneficiar de intervenções lúdicas destinadas a aliviar o sofrimento relacionado à angústia, bem como sintomas físicos e crises espirituais, que podem impedir a adesão ao tratamento (SCHLEISMAN; MAHON, 2018). Além disso, Pellegrini (2003) aponta que experiências com o brincar na vida adulta são favoráveis para minimizar perdas das capacidades físicas, psicológicas e sociais. Um estudo conduzido por Brito *et al.*, (2016), envolvendo adultos no contexto da APS, constatou que intervenções lúdicas presenciais com palhaços foram capazes de renovar a compreensão de indivíduos com doenças crônicas em situação de vulnerabilidade social sobre suas próprias condições de vida, potencializando o enfrentamento dos problemas cotidianos, transformando a relação familiar e contribuindo para melhorar a QVRS.

Uma revisão sobre o desenvolvimento de jogos de intervenção digital para transtornos mentais analisou jogos comerciais ou "jogos casuais" voltados para condições emocionais e verificou que, por meio de mecanismos cognitivos, sociais, motivacionais e emocionais, estes jogos podem ser benéficos contribuindo para um interesse nos videogames como potenciais "jogos sérios" - concebidos como intervenções ou suplementos ao tratamento de pessoas com depressão, ansiedade, estresse ou outras condições em terapia cognitivo-comportamental. Ressalta ainda que jogos terapêuticos têm potencial para causar impacto em saúde mental, mas atualmente existem poucos jogos digitais "sérios" validados disponíveis (SHAH *et al.*, 2018). Um ensaio clínico randomizado envolvendo o uso de jogo móvel para pacientes com câncer de mama no autogerenciamento da quimioterapia e melhora da qualidade de vida demonstrou benefícios nesta população (KIM, H. *et al.*, 2018).

Considerando-se o contexto social das medidas de contenção impostas pela pandemia e suas implicações na saúde de populações vulneráveis, reconhecendo a diversidade e flexibilidade da utilização ampliada de TDIC nos cuidados em saúde, parte-se da hipótese de que as intervenções lúdicas digitais podem impactar positivamente na saúde psicossocial de indivíduos com câncer.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar os efeitos de intervenções lúdicas digitais na QVRS, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social em indivíduos com câncer, durante o período de distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Desenvolver um programa de intervenções lúdicas por meio de TDIC para indivíduos com câncer.

Comparar níveis de depressão, estresse, ansiedade, bem como a QVRS e apoio social nos indivíduos com câncer, antes e após a participação no programa de intervenções lúdicas digitais.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, do tipo antes e depois, sem grupo controle.

### Locais

O estudo ocorreu em uma Organização Não Governamental (ONG) no município de Três Lagoas, MS, Brasil, entre agosto de 2020 e novembro de 2021. O município de Três Lagoas, situado na região leste de Mato Grosso do Sul, é considerado o terceiro maior município do Estado e o terceiro mais populoso com uma população estimada em 125.137 habitantes em 2021. Possui Índice de Desenvolvimento Humano – IDH – equivalente a 0,744 e apresenta como maiores causas de morte as doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Em sua RAS, o município conta com equipamentos de saúde de atenção básica, média e alta complexidade, totalizando 57 estabelecimentos de saúde (32, são do SUS) e 268 leitos de internação (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

A ONG onde ocorreram as intervenções é uma instituição que tem como objetivo atender pessoas com diagnóstico de câncer e suas famílias em situação de vulnerabilidade, desencadeada por fatores financeiros, estruturais, emocionais e/ou familiares. Foi fundada em 1978 por uma associação feminina de voluntariado direcionada a indivíduos com câncer, a qual foi criada em 1953 na cidade de São Paulo e que atualmente ainda coordena instituições em algumas cidades pelo Brasil. Sua missão é defender as pessoas junto aos órgãos públicos municipais, estaduais e federais, priorizando os atendimentos e garantindo suporte necessário à continuidade dos tratamentos para as pessoas em risco econômico e/ou social, procurando, assim, minimizar a fragilidade do usuário em tratamento oncológico. A instituição desenvolve ações comprometidas com o respeito pelos direitos dos indivíduos com câncer e pela preservação da vida, os mantendo informados sobre temas ligados ao direito à saúde e à QV.

Atualmente, a maioria dos membros cadastrados na instituição chegam por demanda espontânea e são residentes tanto da cidade de Três Lagoas, como das cidades vizinhas, inclusive do estado de São Paulo. Para efetuar o cadastro na ONG, é necessário apresentar laudo médico atualizado que conste a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o estágio de tratamento do câncer, e passar por entrevista social com o assistente social da instituição. O atendimento às pessoas acontece independente de gênero, idade, tipo de câncer e município que realiza o tratamento. A ONG em questão utiliza recursos advindos de eventos beneficentes,

doações e voluntariado e todos os seus membros são assistidos dentro das possibilidades da organização, a partir da oferta de ações de suporte funcional, social, psicológico e jurídico. Muitas atividades presenciais foram suspensas temporariamente devido às medidas de distanciamento social, tais como psicoterapia em grupo, fisioterapia, e os projetos relacionados à terapia ocupacional (artesanato) e empoderamento (cuidados de beleza e fotografia).

Antes do período de pandemia, um grupo de voluntários da ONG já desenvolvia um projeto presencial com o objetivo de realizar visitas domiciliares e hospitalares, buscando fortalecer os vínculos entre voluntários, pacientes e a rede dos serviços de saúde por meio de acolhimento, escuta e orientações que fossem necessárias aos participantes, em prol de resultados positivos no tratamento do câncer: o projeto “Ombro Amigo”. Contudo, tal projeto foi suspenso devido à necessidade do distanciamento social. Diante disto, em uma parceria entre universidade e ONG, por meio de um projeto de ensino, pesquisa e extensão comunitária, foi elaborado um programa que ofertou atividades de apoio à distância, buscando evitar a interrupção das relações de vínculo com as pessoas atendidas pela organização durante o período de distanciamento social: o projeto “Ombro Amigo Digital”.

### **Casuística**

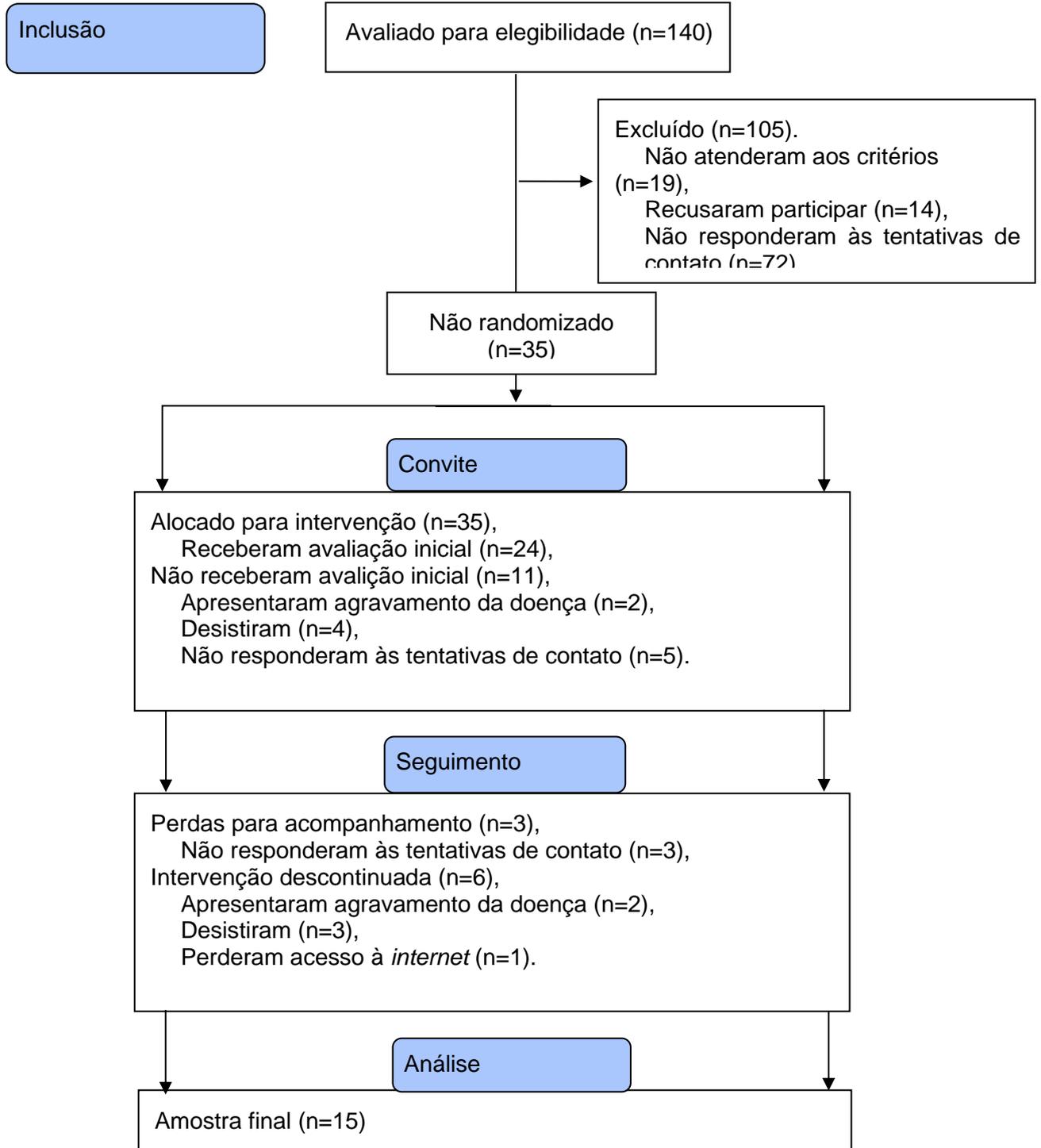
A população inicial correspondeu a um grupo de 140 pacientes cadastrados na ONG com diagnóstico de câncer, engajados em projetos sociais antes da pandemia, sendo 101 (72%) mulheres e 39 (28%) homens. No entanto, após uma atualização dos contatos telefônicos, 10 pacientes foram removidos da lista.

### **Critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade**

Os critérios de inclusão foram: 1) estar cadastrado na ONG no ano de 2020; 2) ter idade igual ou superior a 18 anos; 3) estar com a capacidade cognitiva preservada para responder aos instrumentos de avaliação e participar das intervenções; 4) possuir equipamento telefônico com instalação de *WhatsApp*®, *Google Meet*® ou *Zoom Meet*®; 5) ter acesso à internet; e 6) possuir letramento digital ou dispor de voluntários que pudessem auxiliar. Os critérios 3 e 6 foram considerados conforme triagem realizada pela equipe da ONG e corresponderam a pacientes participantes de projetos sociais conduzidos no período anterior à pandemia e do grupo de mídia social da ONG durante a pandemia, sendo confirmado posteriormente por autodeclaração e/ou pelas interações com a equipe do estudo. Considerou-se como critério de exclusão apresentar debilidades ou deficiências que impossibilitassem responder aos instrumentos de avaliação e participar das intervenções. Em uma amostragem de 49 pacientes, todos foram convidados a

participar do estudo e do programa de intervenções sendo que a taxa de retorno foi 71,42%. O critério de descontinuidade foi a participação em menos que 75% das atividades de intervenção e a manifestação verbal para não permanecer no estudo. O fluxo de seleção dos participantes está esquematizado na figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma adaptado de *Extension for Pilot and Feasibility Trials Flow Diagram - Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)*



### **O programa de intervenções lúdicas digitais**

O programa de intervenções consistiu na oferta de atividades recreativas por meio de TDIC aos participantes; para isso, foi implementado segundo algumas ações, tais como:

1. Operacionalização do programa no formato digital – composição das plataformas, confecção de documentos, criação de conexões;
2. Capacitação da equipe de execução;
3. Elaboração de referencial teórico e material de apoio para abordagem dos participantes e condução das atividades lúdicas;
4. Elaboração de material audiovisual divulgativo;
5. Apresentação do programa aos voluntários e demais membros da ONG;
6. Acolhimento dos convidados para participar do estudo e apresentação da equipe de execução – convite para participar do programa;
7. Programação e oferta das atividades lúdicas;
8. Divulgação das ações e resultados do programa.

A equipe de execução foi composta pelos pesquisadores e por acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, membros de uma liga de cuidados paliativos envolvendo ações de ensino, pesquisa e extensão de uma universidade pública no Brasil.

O programa de intervenções lúdicas digitais consistiu na oferta de atividades recreativas mediadas por acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, de uma universidade pública no Brasil, durante encontros remotos. As atividades aconteceram em grupo (*WhatsApp®/Google Meet®*) e individualmente (*WhatsApp®/Zoom Meet®*), com duração de aproximadamente uma hora cada encontro. O agendamento ocorreu uma vez por semana em dias e horários conforme a disponibilidade dos participantes e dos acadêmicos. O conteúdo das intervenções foi planejado conforme as preferências individuais dos participantes verificadas a partir do questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental, sendo que cada participante foi designado a um acadêmico mediador, conforme sua afinidade e habilidade para desenvolver os tipos de atividades preferidas pelo participante.

Os acadêmicos receberam um treinamento de 12 horas em uma escola teatral para mediação das atividades lúdicas e relacionamento com os pacientes oncológicos por meio de TDIC, de modo que permitisse o desenvolvimento de habilidades e competências para estabelecer vínculos sólidos com os participantes e conduzir as atividades lúdicas.

As intervenções digitais foram baseadas em um manual, contendo diretrizes e conteúdo para a realização dos encontros virtuais, fundamentadas na literatura atual sobre o assunto, sendo composto pelos seguintes tópicos: Introdução; Público alvo; Perfil dos participantes;

Como planejar a abordagem inicial; Como planejar os demais encontros; O que não falar e Referências. O material foi construído pela equipe do estudo, contendo informações sobre a importância da escuta ativa; postura acolhedora; identificação das necessidades e sentimentos predominantes no momento do encontro (RENNÓ; CAMPOS, 2014; BARBOSA; BOSI, 2017). O manual também conta com uma sugestão de repertório para as atividades lúdicas digitais: contação de histórias (FRYGNER-HOLM *et al.*, 2020), jogos tradicionais (palavras cruzadas, caça palavras, anagramas, quebra-cabeças, jogo das diferenças, caça ao tesouro, tabuleiro, bingo) (LIMA; SANTOS, 2015; TONG *et al.*, 2021), jogos eletrônicos (*quizes, games, puzzle*) (GAMES..., 2021; TONG *et al.*, 2021), expressão artística (canto, dança, música, literatura, obras de arte) (LIMA; SANTOS, 2015; TONG *et al.*, 2021), culinária e expressão corporal (mímica, mágica) (TONG *et al.*, 2021) e conversas sobre novelas, esportes e celebridades. O manual encontra-se disponível em: <https://www.flipsnack.com/lacpufms/ombro-amigo-digital.html>.

Durante os encontros, os participantes eram acolhidos e abordados com assuntos de seu cotidiano e, a partir de então, as atividades lúdicas eram ofertadas conforme as necessidades dos participantes identificadas pelo mediador. As abordagens iniciais eram permeadas por escuta ativa, postura acolhedora e identificação das necessidades e sentimentos predominantes no momento da interação, a partir das quais, juntamente com o conhecimento prévio sobre as preferências do participante, era possível se apropriar do conteúdo mais indicado à ocasião. Introduziam-se assuntos ligados ao cotidiano dos participantes, por meio dos quais se estabelecia uma conexão com sua condição de saúde, bem como suas relações sociais.

A metodologia adotada neste programa de intervenções, no que tange à formação dos mediadores, duração dos encontros e do programa foi baseada em estudo prévio que demonstrou a eficácia de intervenções lúdicas na qualidade de vida e suporte social de pacientes portadores de doenças crônicas (SANTOS, R. *et al.*, 2021).

Também foi realizada uma capacitação com a equipe de pesquisa para o acompanhamento e supervisão das atividades do programa a serem implementadas, bem como para a coleta de dados por meio da aplicação dos instrumentos métricos psicossociais. Os profissionais e voluntários da ONG foram informados sobre os objetivos e ações do programa.

As ações junto aos participantes das intervenções envolveram:

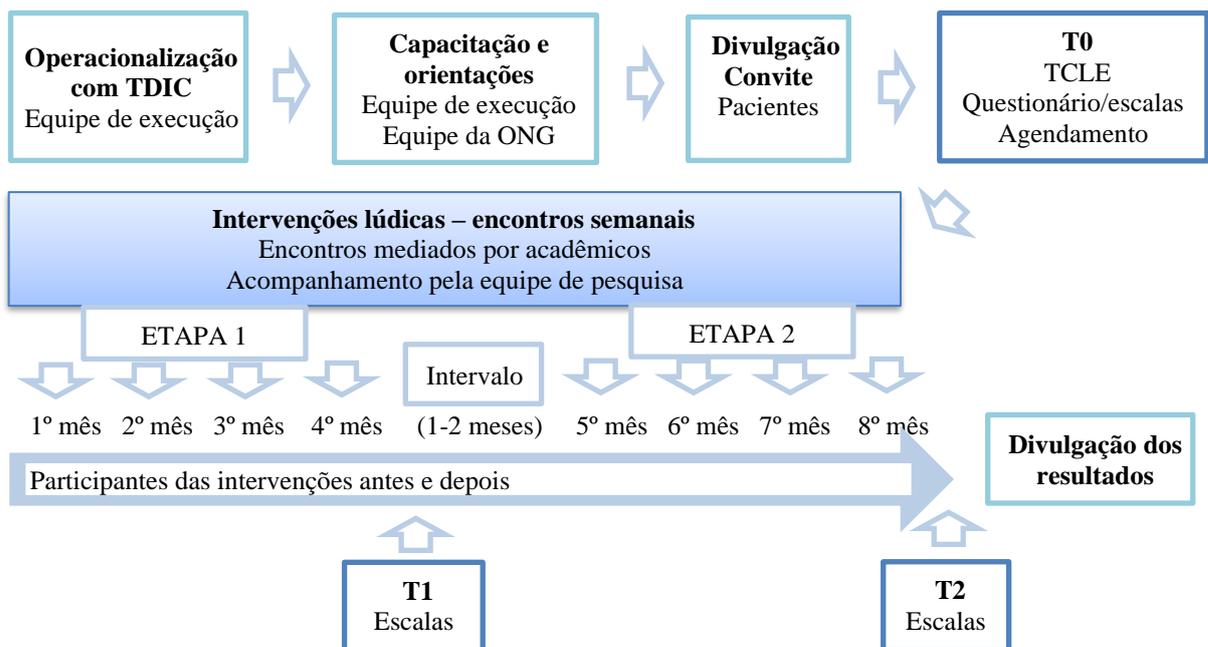
1. A criação de um grupo de *whatsapp*® para o acolhimento e comunicação coletiva, sendo que o contato de pessoa próxima ao participante que não dispunha do aplicativo poderia ser incluído no grupo;
2. Apresentação do programa e da equipe de execução por meio de vídeo;

3. Disponibilização de vídeos e *posts* lúdicos, músicas, poesias e reflexões por meio do *whatsapp*®;
4. Encontros síncronos com atividades lúdicas e bate-papo pelo *Google Meet*®;
5. Ligações individuais semanais para os participantes por telefone e/ou *whatsapp*®.

O programa de intervenções não definiu um padrão de quantidade de encontros individuais ou em grupo, optando pela liberdade de escolha resultante da decisão do mediador em conjunto com a paciente, dado à própria metodologia de abordagem da intervenção.

O fluxo das ações envolvidas no desenvolvimento e execução do programa de intervenções está esquematizado na figura 2.

Figura 2. Fluxo das ações envolvidas no desenvolvimento e execução do programa de intervenções.



Fonte: Autoria própria (2021).

### Coleta de dados

A caracterização e a avaliação dos participantes foram realizadas pelos pesquisadores via *WhatsApp*® e ligações telefônicas em três momentos: pré-intervenção (T0), pós-intervenção1 (T1) e pós-intervenção2 (T2). O questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental foi aplicado somente antes das intervenções.

### Questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental (APÊNDICE A)

Foi elaborado pelos pesquisadores em uma linguagem acessível para caracterização da amostra do estudo. Contém questões objetivas para aspectos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, composição familiar, escolaridade e religião); características clínicas (tipo de câncer, tratamentos e internações); e questões úteis para o planejamento das intervenções (tipo de *internet* e operadora, preferências para música, dança, obras de arte, jogos, programas de televisão, filmes, bem como a frequência, dias e horários para visitas virtuais).

### EORTC-QLQ-C30, versão 3.0 (*European Organisation of Research and Treatment of Cancer – Core Quality of Life Questionnaire*) (APÊNDICE B)

Foi desenvolvido pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer para avaliar a QVRS de indivíduos com câncer genérico, com tradução e validação para o português do Brasil (APÊNDICE B); com consistência interna apresentando valor satisfatório de alpha de Cronbach = 0,79. Autorizou-se a utilização deste questionário neste estudo. O questionário contém 30 perguntas englobadas por quatro escalas e 15 domínios autoaplicáveis do tipo *Likert*. As subescalas, domínios e questões correspondentes do questionário EORTC-QLQ-C30 estão representados no quadro 1.

**Quadro 1.** Subescalas, domínios e questões correspondentes do questionário EORTC-QLQ-C30.

<b>Escalas</b>	<b>Domínios</b>	<b>Questões</b>
<b>Funcional</b>	Função física	1 a 5
	Desempenho de papéis	6 e 7
	Função cognitiva	20 e 25
	Função emocional	21 a 24
	Função social	26 e 27
<b>Sintomas</b>	Falta de ar	8
	Dor	9 e 19
	Fadiga	10, 12 e 18
	Insônia	11
	Perda do apetite	13
	Náusea/ Vômito	14 e 15
	Prisão de ventre	16
	Diarreia	17
<b>Impacto financeiro da doença</b>	Impacto financeiro da doença	28
<b>Estado de saúde global/QV</b>	Estado de saúde global/QV	29 e 30

Fonte: Sprangers *et al.* (1998).

Este questionário constitui as pontuações de 1 (não) até 4 (muito), exceto a escala de saúde global, que é composta por 2 perguntas que solicitam ao indivíduo que classifique sua saúde geral e QV, através de uma nota de 1 (péssima) a 7 (ótima). Obtém-se os escores separadamente para cada domínio, calculando primeiramente a média da pontuação das questões, depois retira-se 1 ponto e divide-se pela máxima pontuação (4) e finalmente multiplica-se por 100. Na escala funcional, antes de multiplicar por 100 a escala deve ser revertida (1- escala); assim os escores finais variam de 0 a 100. Para estado geral de saúde, função emocional, desempenho de papéis, função cognitiva e função social, quanto maior o escore, melhor a QVRS. Os autores da escala original consideram que existe comprometimento na QVRS quando os escores são menores que 50. Para sintomas e para problemas financeiros quanto menor o escore, melhor a QV; considera-se que existe comprometimento na QVRS quando os escores são maiores que 50 (SPRANGERS *et al.*, 1998).

#### **DASS-21 - *Depression, Anxiety and Stress Scale, Short Form* (APÊNDICE C)**

Foi desenvolvida pelos autores para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse referidos pelas pessoas. A DASS-21 foi originalmente proposta na língua inglesa e composta por 42 questões. Os mesmos autores propuseram uma versão reduzida com 21 itens, DASS-21, que possui a versão traduzida e validada para o português do Brasil (VIGNOLA; TUCCI, 2014) e pertence ao domínio público; os valores do alpha de Cronbach foram adequados: 0,90 para depressão, 0,86 para ansiedade, 0,88 para estresse e 0,95 para o total das três sub-escalas. A DASS-21 possui 21 questões, formando 3 subescalas autoaplicáveis do tipo *Likert*. Os domínios e questões correspondentes da escala DASS-21 estão representados no quadro 2.

**Quadro 2.** Domínios e questões correspondentes da escala DASS-21.

Subescalas ou domínios	Questões
Depressão	3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21
Ansiedade	2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20
Estresse	1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18

Fonte: Vignola; Tucci (2014).

A escala apresenta 4 opções de resposta, que vão de 0 (não se aplicou a mim) até 3 (aplicou-se muito a mim ou a maior parte do tempo). Os escores finais dos 3 domínios variam de 0 a 21 e é obtido pelo somatório das respostas das questões que compõem cada uma das 3 subescalas. Para essa escala, quanto menor o escore, menores os níveis de depressão, ansiedade

e estresse. Considera-se que existe comprometimento nesses domínios, quando o valor do escore multiplicado por 2 é maior que 9 para Depressão; maior que 7 para Ansiedade e maior que 13 para Estresse, conforme recomendação dos autores da escala original (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

### **MOS-SSS - *Medical Outcomes Study* (APÊNDICE C)**

Foi elaborada para a mensuração do apoio social recebido dos participantes. Possui a versão traduzida e validada para o português do Brasil e pertence ao domínio público; o coeficiente alpha de Cronbach foi adequado  $\Rightarrow 0,83$  para todos os domínios. A escala é composta por 19 questões, baseadas na instrução “*se você precisar, com que frequência dispõe de alguém para...?*” As quais o participante deve responder assinalando uma das 5 respostas possíveis para cada questão, a partir de uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre). Este instrumento foi discriminado em 3 domínios. Os domínios e questões correspondentes da escala MOS-SSS estão representados no quadro 3.

**Quadro 3.** Domínios e questões correspondentes da escala MOS-SSS.

Subescalas ou domínios	Questões
Apoio material	1, 2, 3 e 4
Apoio afetivo/informacional	5, 6, 7, 12, 13, 14 e 15
Apoio emocional/ interação social positiva	8, 9, 10, 11, 16, 17, 18 e 19

Fonte: Griep *et al.* (2005).

Os escores finais das dimensões, bem como o escore de suporte social global, variam de 0 a 100 e são calculados por meio da soma dos pontos totalizados pelas respostas das questões de cada domínio e dividido pelo número máximo de pontos possíveis de serem obtidos no mesmo domínio; o resultado da razão é multiplicado por 100 a fim de padronizar os resultados de todas as dimensões, já que estas são constituídas por diferentes números de questões. Quanto maior o escore alcançado, maior o nível de apoio social (GRIEP *et al.*, 2005).

### **Plano de Análise dos dados**

Todas as análises foram realizadas no programa R Core Team (2021), com nível de significância de 5%. O Fator de estudo correspondeu ao ‘tempo’ (três tempos do programa de intervenções lúdicas digitais) e as variáveis analisadas foram: qualidade de vida (EORTC-QLQ-C30), depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) e apoio social (MOS-SSS).

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis dos 15 participantes. Para isso, foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para as demais variáveis. A seguir, foram realizadas análises exploratórias dos dados dos questionários dos 15 participantes dos três tempos de avaliação. Como os dados não atendem às pressuposições de um modelo linear geral, foram estimados modelos lineares generalizados para medidas repetidas no tempo para os escores das escalas DASS-21 e MOSS-SSS. Os escores do questionário EORTC-QLQ-C30 não se ajustam a uma distribuição conhecida e então foram analisados pelos testes não paramétricos de Friedman e Nemenyi.

### **Aspectos éticos**

Este estudo atendeu aos critérios éticos preconizados pela Declaração de Helsinki (2000), Resolução N° 466/12 e Resolução N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além do Ofício Circular N° 2/21 do CNS que contém orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 36102820.3.0000.0021.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital foi enviado por *WhatsApp*® ou *e-mail*, redigido em linguagem acessível, com a assinatura do pesquisador responsável e acompanhado por áudio explicativo. Os convidados puderam ler e reler o documento antes de responder aos questionamentos. Também puderam entrar em contato com os pesquisadores por telefone, indicado no TCLE, para esclarecimento de dúvidas. Os participantes foram esclarecidos no TCLE quanto à justificativa da pesquisa, objetivos, riscos e benefícios, métodos a serem empregados e possibilidade de indenização em caso de danos decorrentes do estudo. Os nomes dos participantes não foram vinculados aos instrumentos de coleta de dados, pois foram encaminhados em um link distinto. Foram garantidos o sigilo, o anonimato e a privacidade dos participantes durante a coleta de dados e as intervenções.

## 5 RESULTADOS

Submissão de artigo.

Artigo original

### EFEITOS DE INTERVENÇÕES LÚDICAS DIGITAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL

**Sandra Pinto<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-0979-1497>

**Lucimeire Aparecida da Silva<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-9571-7578>

**Luciana Regina Ferreira da Mata<sup>3</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-5080-4643>

**Aires Garcia dos Santos Júnior<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-5946-0197>

**Adailson da Silva Moreira<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-2680-8919>

**Juliana Dias Reis Pessalacia<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-0468-2283>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

## NOTAS

### **ORIGEM DO ARTIGO**

Extraído da dissertação – Efeitos de intervenções lúdicas digitais em pacientes oncológicos na pandemia da Covid-19, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas, Brasil, em 2022.

### **CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA**

Concepção do estudo: Pinto S, Pessalacia JDR, Moreira AS, Júnior AGS, Silva LA, Mata LRF.  
Coleta de dados: Pinto S, Silva LA.

Análise e interpretação dos dados: Pinto S, Pessalacia JDR, Moreira AS, Júnior AGS, Silva LA, Mata LRF.

Discussão dos resultados: Pinto S, Pessalacia JDR, Moreira AS, Júnior AGS, Silva LA, Mata LRF.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Pinto S, Pessalacia JDR, Moreira AS, Júnior AGS, Silva LA, Mata LRF.

Revisão e aprovação final da versão final: Pinto S, Pessalacia JDR, Moreira AS, Júnior AGS, Silva LA, Mata LRF.

### **AGRADECIMENTO**

Acadêmicos da Liga de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul Campus de Três Lagoas, Brasil.

### **FINANCIAMENTO**

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), por meio do Edital COVID-19 - projetos e ideias - PROPP/PROECE/AGINOVA/UFMS 22/2020.

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil, Parecer nº 4.254.126/2020, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 36102820.3.0000.0021.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **HISTÓRICO (uso da revista)**

Recebido:

Aprovado:

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Sandra Pinto

sandra-pinto@ufms.br

## **EFEITOS DE INTERVENÇÕES LÚDICAS DIGITAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: ESTUDO QUASE-EXPERIMENTAL**

### **RESUMO**

**Objetivo:** avaliar o efeito de intervenções lúdicas digitais na qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social de pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19.

**Método:** estudo quase-experimental, com 15 pacientes oncológicos de uma organização não governamental na cidade de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil, de agosto de 2020 a outubro de 2021. As intervenções compreenderam a oferta de atividades recreativas digitais (contação de histórias, jogos, culinária, expressão artística e corporal), semanalmente, em duas etapas, de quatro meses cada. Utilizaram-se questionário sociodemográfico e clínico, questionário de qualidade de vida, escala de depressão, ansiedade e estresse e escala de apoio social, todos em versão brasileira. Os pacientes foram avaliados nos seguintes tempos: pré, pós-intervenção<sup>1</sup> e pós-intervenção<sup>2</sup>. A análise inferencial verificou diferenças entre os tempos utilizando modelos lineares generalizados e testes não paramétricos de Friedman e Nemenyi, considerando-se  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** a percepção da qualidade de vida melhorou na função emocional pós-intervenção<sup>2</sup> em relação ao tempo pré-intervenção, com significância estatística ( $p=0,0020$ ). Os sintomas de depressão ( $p=0,0106$ ), ansiedade ( $p=0,0002$ ), estresse ( $p=0,0032$ ) e apoio emocional/ interação social positiva ( $p<0,0001$ ) melhoraram significativamente pós-intervenção<sup>1</sup> e pós-intervenção<sup>2</sup> em relação ao tempo pré-intervenção.

**Conclusão:** as intervenções lúdicas digitais contribuíram para melhorar a qualidade de vida emocional, depressão, ansiedade, estresse, apoio emocional e interação social positiva de pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19, devendo ser estimuladas nessa população.

**DESCRITORES:** Enfermagem Oncológica; Tecnologia da Informação; Intervenção Baseada em Internet; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão; Estresse.

### **INTRODUÇÃO**

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, sua incidência vem aumentando e está entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países.

Calcula-se que haverá aproximadamente 625 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022 (BRAY *et al.*, 2018). O câncer torna o indivíduo mais propenso a infecções e complicações graves por vírus respiratórios devido à imunossupressão decorrente da doença e do tratamento (CABRAL *et al.*, 2021). Medidas de distanciamento social foram adotadas para conter a propagação da infecção, entretanto têm dificultado a criação de vínculos (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

Conforme observado em todo o mundo, a pandemia da Covid-19 teve impacto no estado emocional e na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pacientes com câncer no Brasil. Medo da contaminação, insegurança quanto às mudanças nos esquemas de tratamento do câncer e solidão decorrentes da pandemia podem potencializar sintomas de ansiedade, depressão e estresse nessa população (KIRÁLY *et al.*, 2020). Um estudo conduzido no Brasil com pacientes oncológicos mostrou associação entre índices mais elevados de depressão, ansiedade e estresse com a interrupção do tratamento do câncer após a pandemia da Covid-19 (MOURA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, é importante propor ações de promoção à saúde mental e atenção psicossocial a essa população. Recomendam-se estratégias de estabilização emocional voltadas para o estabelecimento de conexões e vínculos afetivos entre os pacientes e os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo seguro, por meio de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC). Dentre estas, as atividades lúdicas ajudam a situar o pensamento no momento presente e causam prazer, auxiliando na redução do nível de estresse agudo (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

Existem lacunas de conhecimento nessa temática, uma vez que intervenções lúdicas com pacientes oncológicos geralmente ocorrem de modo presencial, no cenário hospitalar e com a população infantil (LIMA; SANTOS, 2015; FRYGNER-HOLM *et al.*, 2020). Intervenções digitais dessa natureza, em geral, são baseadas em jogos (LI; CHUNG; HO, 2021). Nos últimos anos, avanços na tecnologia de jogos digitais em saúde têm permitido o desenvolvimento de ferramentas para apoiar a saúde mental como complemento à terapia, conectar pacientes aos profissionais e ampliar o acesso ao tratamento de condições como depressão e ansiedade (GAMES..., 2021).

Desse modo, parte-se da hipótese de que intervenções lúdicas digitais podem ajudar a minimizar os impactos psicossociais e a fortalecer a rede de apoio social de pacientes com câncer, melhorando a saúde mental dos mesmos. Assim, este estudo tem como objetivo avaliar o efeito de intervenções lúdicas digitais na QVRS, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social de pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19.

## MÉTODO

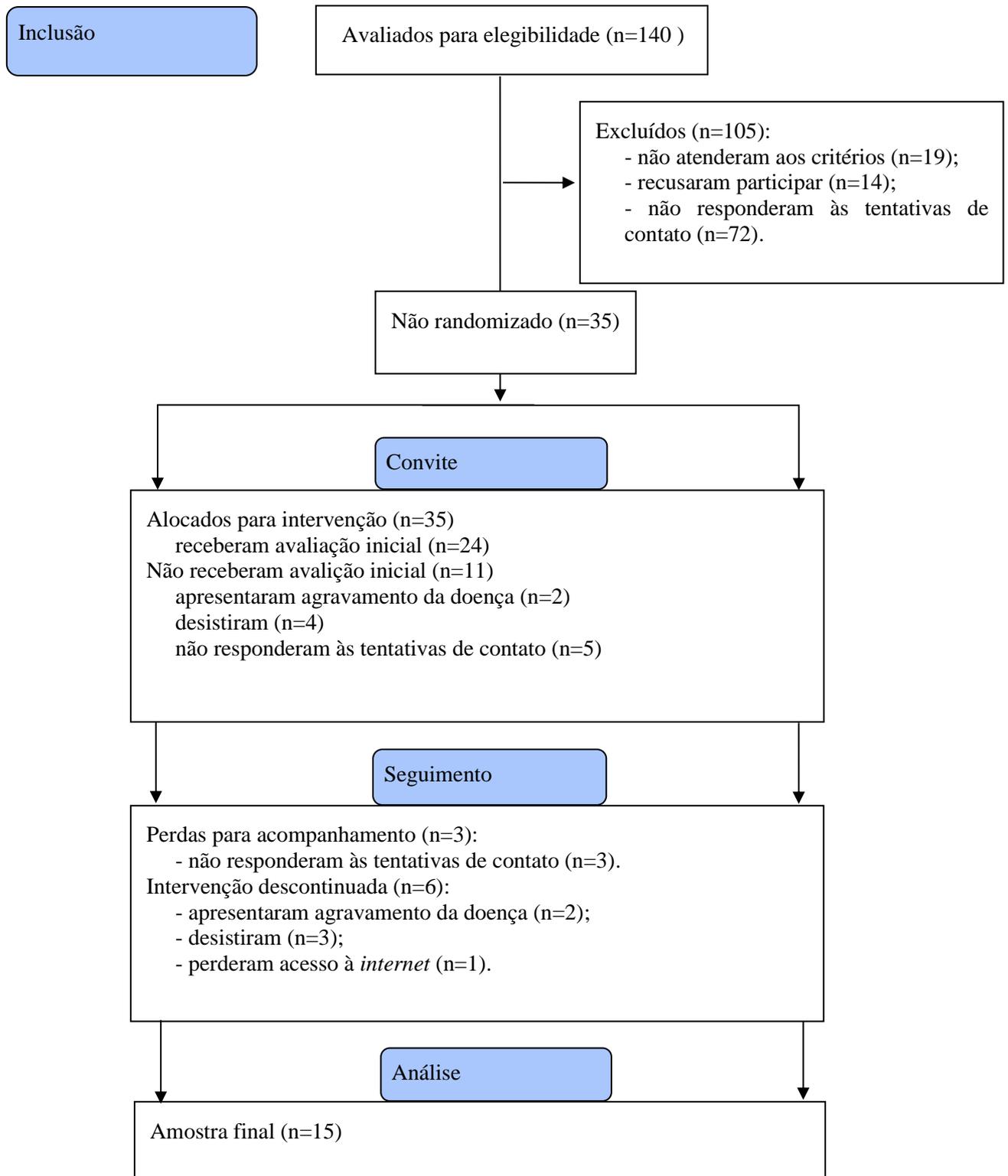
Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, do tipo antes e depois. A coleta de dados ocorreu em uma Organização Não Governamental (ONG), localizada em um município do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, entre agosto de 2020 e outubro de 2021. A ONG em questão atende pacientes com diagnóstico de câncer e suas famílias, em situação de vulnerabilidade desencadeada por fatores financeiros, estruturais, emocionais e/ou familiares, independentemente do estágio de tratamento.

Este estudo atendeu aos critérios éticos preconizados pela Declaração de Helsinki (2000), Resolução N° 466/12 e Resolução N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além do Ofício Circular N° 2/21 do CNS que contém orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital foi enviado por *WhatsApp*® ou *e-mail* com a assinatura do pesquisador responsável.

A população inicial correspondeu a um grupo de 140 pacientes cadastrados na ONG com diagnóstico de câncer, engajados em projetos sociais antes da pandemia, sendo 101 (72%) mulheres e 39 (28%) homens.

Consideraram-se como critérios de inclusão: 1) cadastro ativo na ONG no ano de 2020; 2) idade igual ou superior a 18 anos; 3) capacidade cognitiva preservada para responder aos instrumentos e participar das intervenções; 4) possuir equipamento telefônico com instalação de *WhatsApp*®, *Google Meet*® ou *Zoom Meet*®; 5) acesso à internet; e 6) letramento digital ou dispor de voluntários que pudessem auxiliar. Os critérios 3 e 6 foram considerados conforme triagem realizada pela equipe da ONG e corresponderam a pacientes participantes de projetos sociais conduzidos no período anterior à pandemia e do grupo de mídia social da ONG durante a pandemia, sendo confirmados posteriormente por autodeclaração e/ou pelas interações com a equipe do estudo. Considerou-se como critério para exclusão apresentar debilidades ou deficiências que impossibilitassem responder aos instrumentos de avaliação e participar das intervenções, e como critérios de descontinuidade a participação em menos que 75% das atividades de intervenção e a manifestação verbal de desistência de participação durante o seguimento. Dos 140 indivíduos da ONG, 49 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e, portanto, foram convidados para participar do estudo com taxa de aceite de 71,42% (n=35). O fluxograma de seleção dos participantes está esquematizado na Figura 1.

**Figura 1** – Fluxograma adaptado de *Extension for Pilot and Feasibility Trials Flow Diagram - Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)*



Fonte: Eldridge *et al.* (2016)

O programa de intervenções lúdicas digitais consistiu na oferta de atividades recreativas mediadas por acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem, de uma universidade pública no Brasil, durante encontros remotos.

As atividades aconteceram em grupo (*WhatsApp®/Google Meet®*) e individualmente (*WhatsApp®/Zoom Meet®*), com duração de aproximadamente 1 hora cada encontro. O agendamento ocorreu uma vez por semana em dias e horários conforme a disponibilidade dos participantes e dos acadêmicos. O conteúdo das intervenções foi planejado conforme as preferências individuais dos participantes verificadas a partir do questionário de caracterização, sendo que cada um deles foi designado a um acadêmico mediador, conforme sua afinidade e habilidade para desenvolver os tipos de atividades preferidas pelo participante.

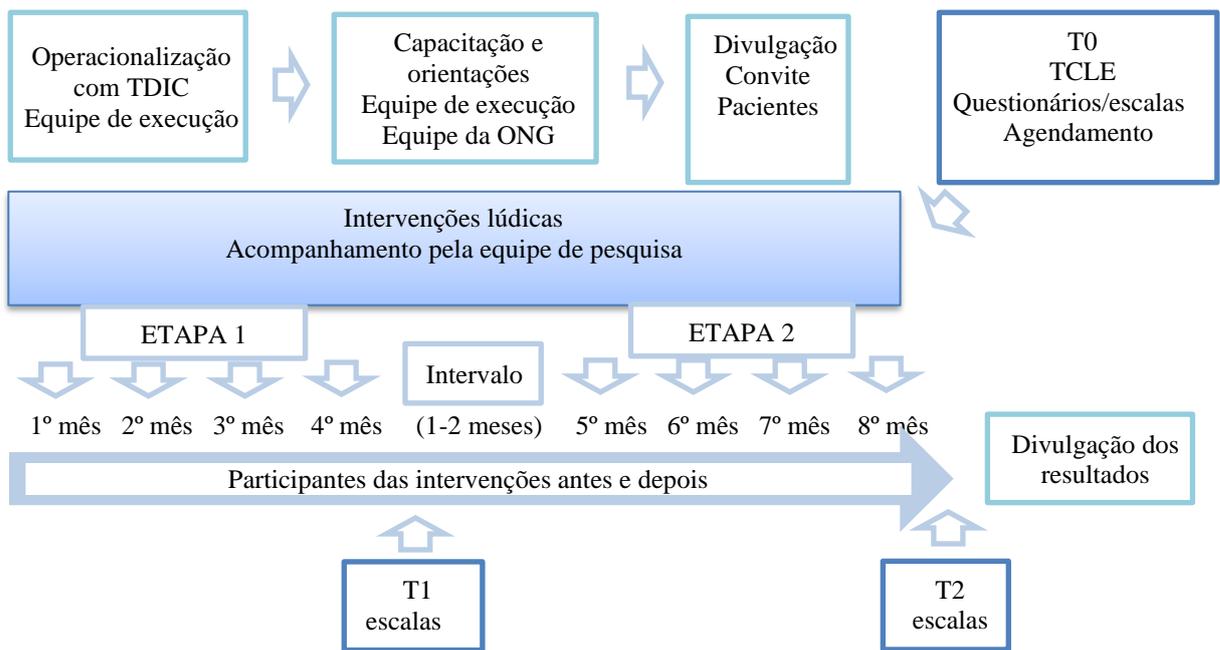
Os acadêmicos receberam um treinamento de 12 horas em uma escola teatral para mediação das atividades lúdicas e relacionamento com os pacientes oncológicos por meio de TDIC, de modo que permitisse o desenvolvimento de habilidades e competências para estabelecer vínculos sólidos com os participantes e conduzir as atividades lúdicas.

As intervenções digitais foram baseadas em um manual, contendo diretrizes e conteúdos para a realização dos encontros virtuais, sendo composto pelos seguintes tópicos: Introdução; Público-alvo; Perfil dos participantes; Como planejar a abordagem inicial; Como planejar os demais encontros; O que não falar; e Referências. O material foi construído pelos pesquisadores, a partir de literatura atual no assunto, com informações sobre importância da escuta ativa, postura acolhedora e identificação das necessidades e sentimentos predominantes no momento do encontro (RENNÓ; CAMPOS, 2014; BARBOSA; BOSI, 2017).

O manual também conta com uma sugestão de repertório para as atividades lúdicas digitais: contação de histórias (FRYGNER-HOLM *et al.*, 2020), jogos tradicionais (palavras cruzadas, caça-palavras, anagramas, quebra-cabeças, jogo das diferenças, caça ao tesouro, tabuleiro, bingo) (LIMA; SANTOS, 2015; TONG *et al.*, 2021), jogos eletrônicos (*quizes, games, puzzle*) (GAMES..., 2021; TONG *et al.*, 2021), expressão artística (canto, dança, música, literatura, obras de arte) (LIMA; SANTOS, 2015; TONG *et al.*, 2021), culinária e expressão corporal (mímica, mágica) (TONG *et al.*, 2021) e conversas sobre novelas, esportes e celebridades. O manual encontra-se disponível no link: <https://drive.google.com/file/d/1-1KXX-YkKfuxT-Lsdb2eF1xAsBszWJk/view?usp=drivesdk>. O manual elaborado para a condução das intervenções lúdicas foi submetido à apreciação de compreensão e refinamento por membros da pesquisa por meio de um grupo focal. Ajustes de conteúdo quanto à abordagem dos pacientes e repertório de atividades foram realizados para posterior início das intervenções com o público-alvo.

A metodologia adotada nesse programa de intervenções, no que tange à formação dos mediadores, duração dos encontros e do programa, baseou-se em estudo prévio que demonstrou a eficácia de intervenções lúdicas na qualidade de vida e suporte social de pacientes portadores de doenças crônicas (SANTOS, R. *et al.*, 2021). O fluxo das ações envolvidas no desenvolvimento e execução do programa de intervenções está esquematizado na Figura 2.

**Figura 2** – Fluxograma elaborado pelos autores



Fonte: Autoria própria.

A caracterização e a avaliação dos participantes foram realizadas pelos pesquisadores via *WhatsApp*® e ligações telefônicas em três momentos: pré-intervenção (T0); pós-intervenção1 (T1); e pós-intervenção2 (T2). O questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental foi aplicado somente no momento T0, contendo questões objetivas sobre idade, sexo, estado civil, composição familiar, escolaridade, religião, características clínicas quanto ao tipo de câncer, tratamentos e internações, além de questões úteis para o planejamento das intervenções, tais como tipo de *internet* e operadora, preferências para música, dança, obras de arte, jogos, programas de televisão, filmes, bem como a frequência, dias e horários para visitas virtuais.

O instrumento para avaliar a QVRS utilizado foi o questionário genérico para pacientes com câncer, *Quality of Life Questionnaire - European Organisation of Research and Treatment of Cancer* (EORTC-QLQ-30), versão 3.0 adaptada e validada para o Brasil

(SPRANGERS *et al.*, 1998). O instrumento contempla 30 questões, autoaplicáveis com opções de resposta do tipo *Likert*, organizadas em 4 escalas e 15 domínios. Os escores variam de 0 a 100 e são calculados por domínio. Para sintomas e problemas financeiros, quanto menor o escore, melhor a QV; para os demais domínios, quanto maior o escore, melhor a QVRS. Considera-se o valor 50 como ponto de corte para definir comprometimento na QVRS. A consistência interna foi adequada, apresentando valor satisfatório de alpha de Cronbach = 0,79 na validação. Os autores autorizaram sua utilização.

A escala *Depression, Anxiety and Stress Scale, Short Form* (DASS-21), adaptada e validada para o português do Brasil (VIGNOLA; TUCCI, 2014), foi utilizada para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse, contendo 21 questões, autoaplicáveis do tipo *Likert*, formando três subescalas. Os escores de cada domínio variam de 0 a 21. Quanto menor o escore, menores os níveis de depressão, ansiedade e estresse. Considera-se que há comprometimento quando o escore multiplicado por 2 é >9 para depressão, >7 para ansiedade e >13 para estresse. Os valores do alpha de Cronbach foram 0,90 para depressão, 0,86 para ansiedade, 0,88 para estresse e 0,95 para o total das três sub-escalas, na validação.

Utilizou-se a escala *Medical Outcomes Study - Social Support Survey* (MOS-SSS) (GRIEP *et al.*, 2005) adaptada e validada para a população brasileira a fim de avaliar o nível de apoio social, composta por 19 questões, autoaplicáveis do tipo *Likert*, discriminadas em três domínios. Os escores de cada dimensão, bem como os escores de suporte social global, variam de 0 a 100. Quanto maior o escore, maior o nível de apoio social. O coeficiente alpha de Cronbach foi  $\Rightarrow 0,83$  para todos os domínios na validação.

Tanto DASS-2 como MOS-SSS são escalas de domínio público.

Todas as análises foram realizadas no programa R Core Team (2021), com nível de significância de 5%. O Fator de estudo correspondeu ao tempo (três tempos do programa de intervenções). As variáveis analisadas foram QVRS (EORTC-QLQ-C30), depressão, ansiedade, estresse (DASS-21) e apoio social (MOS-SSS). Inicialmente, realizaram-se análises descritivas de todas as variáveis. Para isso, utilizaram-se frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo para variáveis numéricas.

A análise inferencial verificou diferenças antes, após a intervenção<sup>1</sup> e após a intervenção<sup>2</sup>, a partir de modelos lineares generalizados para medidas repetidas no tempo (escores das escalas DASS-21 e MOSS-SSS) e a partir de testes não paramétricos de Friedman e Nemenyi (escores do questionário EORTC-QLQ-C30).

## RESULTADOS

A maioria dos participantes das intervenções era do sexo feminino (88,9%), tinha idade acima de 50 anos (72,3%), com menos de oito anos de escolaridade (66,7%), morava com um ou dois familiares (55,6%), apresentava câncer de mama (66,8%) e estava em seguimento pós cura da doença (61,1%).

Na Tabela 1, apresentam-se os resultados das análises descritivas dos 15 participantes quanto aos escores do questionário EORTC-QLQ-C30. Constatou-se aumento significativo no escore da função emocional pós-intervenção<sup>2</sup> em relação ao tempo pré-intervenção ( $p=0,0020$ ).

**Tabela 01.** Resultados das análises dos escores do questionário EORTC-QLQ-C30, estado global de saúde e escalas funcionais, entre os participantes submetidos às intervenções lúdicas. Três Lagoas, MS, Brasil, 2022 (n=15)

Variáveis	Pré-intervenção (N = 15)		Pós-intervenção 1 (N = 15)		Pós-intervenção 2 (N = 15)		p-valor*
	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/Máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/Máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/Máximo)	
Função emocional	42,8 (30,7)	50,0 (0,0/91,7) ‡	60,6 (27,9)	66,7 (25,0/100,0) †‡	67,2 (20,7)	66,7 (25,0/100,0) †	0,0020
Função física	69,8 (24,9)	66,7 (26,7/100,0) †	64,0 (25,3)	66,7 (26,7/100,0) †	64,9 (26,6)	73,3 (26,7/100,0) †	0,7047
Desempenho de papéis	70,0 (32,2)	83,3 (0,0/100,0) †	68,9 (28,8)	66,7 (0,0/100,0) †	68,9 (30,7)	66,7 (16,7/100,0) †	0,8899
Função cognitiva	60,0 (29,4)	50,0 (16,7/100,0) †	64,4 (17,7)	66,7 (33,3/100,0) †	64,4 (17,7)	66,7 (33,3/100,0) †	0,8187
Função social	72,2 (34,3)	83,3 (0,0/100,0) †	75,6 (31,4)	83,3 (0,0/100,0) †	76,7 (32,6)	83,3 (16,7/100,0) †	0,7047
Estado geral de saúde/QV	69,4 (23,1)	75,0 (25,0/100,0) †	76,1 (16,9)	75,0 (41,7/100,0) †	78,3 (18,0)	83,3 (33,3/100,0) †	0,7047
Fadiga	37,8 (34,8)	33,3 (0,0/88,9) †	37,0 (27,1)	44,4 (0,0/77,8) †	38,5 (21,4)	33,3 (0,0/77,8) †	0,9355
Náusea/vômito	10,0 (15,2)	0,0 (0,0/33,3) †	3,3 (6,9)	0,0 (0,0/16,7) †	2,2 (5,8)	0,0 (0,0/16,7) †	0,4204
Dor	45,6 (41,5)	33,3 (0,0/100,0) †	51,1 (28,5)	50,0 (0,0/100,0) †	52,2 (29,5)	50,0 (0,0/100,0) †	0,7047
Falta de ar	15,6 (21,3)	0,0 (0,0/66,7) †	20,0 (27,6)	0,0 (0,0/100,0) †	11,1 (27,2)	0,0 (0,0/100,0) †	0,5220
Insônia	28,9 (37,5)	0,0 (0,0/100,0) †	33,3 (41,8)	0,0 (0,0/100,0) †	37,8 (35,3)	33,3 (0,0/100,0) †	0,8052
Perda de apetite	11,0 (20,6)	0,0 (0,0/66,7) †	2,2 (8,6)	0,0 (0,0/33,3) †	6,7 (13,8)	0,0 (0,0/33,3) †	0,5488
Constipação	17,8 (30,5)	0,0 (0,0/100,0) †	11,1 (27,2)	0,0 (0,0/100,0) †	15,6 (21,3)	0,0 (0,0/66,7) †	0,7047
Diarreia	8,9 (26,6)	0,0 (0,0/100,0) †	0,0 (0,0)	0,0 (0,0/0,0) †	0,0 (0,0)	0,0 (0,0/0,0) †	0,8187
Problemas financeiros	75,6 (36,7)	100,0 (0,0/100,0) †	64,4 (36,7)	66,7 (0,0/100,0) †	66,7 (37,8)	66,7 (0,0/100,0) †	0,7047

\*Testes não paramétricos de Friedman e Nemenyio.

†, ‡ Símbolos distintos na horizontal indicam diferença estatisticamente significante entre os tempos ( $p \leq 0,05$ ).

A análise descritiva dos escores das escalas DASS-21 de depressão, ansiedade e estresse dos 15 participantes é apresentada na Tabela 2. Houve diminuição significativa nos escores referentes a sintomas de depressão ( $p=0,0106$ ), ansiedade ( $p=0,0002$ ) e estresse ( $p=0,0032$ ) pós-intervenção 1 e pós-intervenção 2, em relação ao tempo pré-intervenção.

**Tabela 02.** Resultados das análises dos escores da escala DASS-21 dos participantes submetidos às intervenções lúdicas. Três Lagoas, MS, Brasil, 2022 (n=15)

Variáveis	Pré-intervenção (n = 15)		Pós-intervenção 1 (n = 15)		Pós-intervenção 2 (n = 15)		p-valor*
	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	
Depressão	6,3 (6,3) †	5,0 (0,0/21,0)	3,3 (3,5) ‡	2,0 (0,0/13,0)	3,0 (3,3) ‡	3,0 (0,0/13,0)	0,0106
Ansiedade	3,8 (3,6) †	3,0 (0,0/12,0)	1,7 (1,6) ‡	1,0 (0,0/5,0)	1,1 (1,6) ‡	0,0 (0,0/5,0)	0,0002
Estresse	6,1 (4,7) †	7,0 (0,0/14,0)	3,5 (2,4) ‡	4,0 (0,0/7,0)	3,5 (2,4) ‡	4,0 (0,0/7,0)	0,0032

\*Modelos lineares generalizados.

†, ‡ Símbolos distintos na horizontal indicam diferença estatisticamente significativa entre os tempos ( $p \leq 0,05$ ).

Os resultados descritivos da escala MOS-SSS que analisa o apoio social e as comparações entre os tempos são apresentados na Tabela 3. Na avaliação feita pós-intervenção1 e pós-intervenção2, pode-se observar diminuição significativa do escore do domínio Afetivo/Informacional ( $p=0,0036$ ) e aumento significativo do domínio Emocional/Interação Social Positiva ( $p<0,0001$ ), em relação ao tempo pré-intervenção.

**Tabela 03.** Resultados das análises dos escores dos escores da escala MOS-SSS de apoio social funcional dos participantes submetidos às intervenções lúdicas. Três Lagoas, MS, Brasil, 2022 (n=15)

Variáveis	Pré-intervenção (n = 15)		Pós-intervenção 1 (n = 15)		Pós-intervenção 2 (n = 15)		p-valor*
	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	Média (Desvio padrão)	Mediana (Mínimo/máximo)	
Material	79,7 (25,5) †	95,0 (25,0/100,0)	77,3 (12,8) †	75,0 (60,0/95,0)	78,0 (12,1) †	75,0 (65,0/95,0)	0,8633
Afetivo/Informacional	78,1 (22,0) †	88,6 (28,6/100,0)	74,3 (21,9) ‡	74,3 (25,7/100,0)	74,5 (21,7) ‡	74,3 (25,7/100,0)	0,0036
Emocional/Interação Social Positiva	69,7 (20,3) ‡	70,0 (27,5/95,0)	77,2 (21,1) †	82,5 (27,5/100,0)	77,3 (21,1) †	81,2 (27,5/100,0)	<0,0001

\* Modelos lineares generalizados.

†, ‡ Símbolos distintos na horizontal indicam diferença estatisticamente significativa entre os tempos ( $p \leq 0,05$ ).

## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes deste estudo é compatível com as estatísticas atuais no Brasil, segundo as quais o câncer predomina entre as mulheres, sendo o câncer de mama o tipo mais incidente entre elas e a idade acima dos 50 anos, o fator de risco para a doença (BRASIL, 2019).

Este estudo demonstrou que a QVRS dos pacientes oncológicos melhorou no aspecto emocional após as intervenções. Esse dado corrobora com os resultados de outro estudo realizado com 794 pacientes oncológicos, que evidenciou contribuições dos jogos recreativos digitais no alívio de experiências negativas e na melhora do bem-estar psicológico, principalmente quando se joga para se conectar com outras pessoas (COMELLO *et al.*, 2016). Outro estudo randomizado baseado em intervenções com jogos digitais, realizado com 76 mulheres com câncer de mama em quimioterapia citotóxica, também demonstrou melhora no estado psicológico dos pacientes após as intervenções (KIM, H. *et al.*, 2018). Os resultados de uma pesquisa exploratória e transversal, realizada na Espanha com 2.346 adultos, que avaliou a percepção da qualidade de vida associada ao uso das TIDC durante o distanciamento social, também confirmam que as mesmas melhoraram a QVRS, principalmente o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida (TONG *et al.*, 2021). Uma revisão sistemática analisou a eficácia de intervenções sociais durante o isolamento e verificou que algumas intervenções digitais baseadas em evidências, envolvendo vínculo com voluntários ou pessoas próximas, causaram impacto positivo na QV emocional de adultos mais velhos durante a pandemia (GARCÍA DEL CASTILLO-RODRÍGUEZ *et al.*, 2020).

O presente estudo mostrou que as intervenções lúdicas digitais foram eficazes na redução da sintomatologia depressiva percebida pelos participantes, corroborando com os resultados de um ensaio clínico randomizado que também demonstrou melhora do humor depressivo em pacientes com câncer de mama diagnosticadas com depressão leve à moderada, após a participação em uma intervenção baseada em jogo digital (KIM, S. *et al.*, 2018). Outro estudo controlado realizado com crianças e adolescentes com câncer, envolvendo uma intervenção baseada em um jogo de computador de Realidade Virtual (RV), também evidenciou menos sintomas depressivos no grupo experimental (LIMA; SANTOS, 2015).

A melhora dos sintomas de ansiedade dos pacientes oncológicos também foi demonstrada durante este trabalho, corroborando com o resultado de uma pesquisa envolvendo mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia, que participaram de uma intervenção

recreativa baseada na imersão em RV, durante sessões de fisioterapia, que mostrou aumento das emoções positivas (alegria e felicidade) e diminuição da ansiedade após as intervenções, com efeito mais intenso na imersão participativa do que contemplativa (BUCHE *et al.*, 2021).

Pesquisadores que analisaram criticamente oportunidades e desafios de *exergames* (modalidade de jogos eletrônicos que captam e virtualizam movimentos corporais reais) como estratégia de enfrentamento durante a pandemia da Covid-19 apontaram que tal intervenção induz mudanças fisiológicas agudas e crônicas benéficas no organismo, podendo melhorar os níveis de ansiedade em populações com doenças crônicas. Recomendam *exergame* para melhorar o isolamento social durante a pandemia e combater transtornos de ansiedade por ser uma ferramenta agradável, fácil de ser usada e que pode ser compartilhada com amigos e familiares (VIANA; DE LIRA, 2020).

Os participantes deste estudo também tiveram redução dos sintomas de estresse após a participação nas intervenções lúdicas digitais, tal como demonstrado em um estudo exploratório baseado em intervenções com jogos de RV com *biofeedback* a fim de treinar a mentalidade de estresse. O referido estudo demonstrou que tanto os participantes saudáveis quanto os pacientes com estresse tiveram uma mentalidade de estresse mais positiva após a intervenção (MAARSINGH *et al.*, 2019). Outra pesquisa também corrobora com esta ao apresentar a efetividade de uma intervenção lúdica baseada em música com 26 pacientes oncológicos hospitalizados na redução do estresse, com diminuição estatisticamente significativa na média do cortisol salivar após a intervenção. Entretanto, essa pesquisa aplicou uma única sessão de três músicas por meio de fones de ouvido e individualmente, diferente deste estudo, no qual a música se constituiu uma das atividades lúdicas de intervenção e foi aplicada em um contexto de interação digital (SANTOS, M. *et al.*, 2021).

Neste trabalho, o apoio social dos participantes melhorou significativamente no aspecto emocional/interação social positiva entre os pacientes oncológicos após as intervenções lúdicas digitais. Os resultados de um estudo qualitativo realizado com 533 pacientes oncológicos confirmam os resultados desta pesquisa, demonstrando que o jogo digital melhora as conexões existentes entre as pessoas, constituindo-se uma fuga das rotinas e obrigações diárias e torna-se um meio para os participantes ajudarem os outros dentro e fora da experiência de jogo (FRANCIS; COMELLO; MARSHALL, 2016). Outro estudo realizado em uma unidade de oncopediatria a partir de intervenções lúdicas com jogos de computador, brinquedos, desenhos e interação com palhaços também evidenciou melhor socialização entre pacientes, familiares e profissionais (LIMA; SANTOS, 2015).

Por outro lado, o apoio afetivo/informacional, relacionado à expressão de afeto positivo, compreensão, sentimentos de confiança e disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações, apresentou-se pior após as intervenções. Apesar das atividades lúdicas proporcionarem oportunidade para interação afetiva entre os participantes e os mediadores, o programa de intervenções não foi tecnicamente estruturado para escuta qualificada e aconselhamento. Acredita-se que tal resultado esteja associado às mudanças nas relações sociais estabelecidas decorrentes do contexto de segregação social imposto pela pandemia da Covid-19.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

O número reduzido de participantes no estudo foi uma limitação importante, apesar do impacto das intervenções ter sido significativo nos pacientes que as experienciaram. Verificou-se que aproximadamente metade da população do estudo não respondeu às mensagens de texto e/ou áudio e ligações telefônicas, apesar de insistentes tentativas. Acredita-se que baixos níveis de letramento digital, a preocupação com a segurança e a privacidade *online*, a pobreza digital e os *deficit* audiovisuais possam ter sido barreiras à implementação das intervenções em um maior número de participantes.

Outra limitação do estudo é o fato de o manual de intervenção não ter sido validado previamente junto a especialistas no uso de intervenções lúdicas digitais pois, diante das evidências de impactos psicossociais da pandemia, especialmente o isolamento social, considerou-se a emergência de intervenções de saúde junto a pacientes oncológicos, com o objetivo de minimizar tais impactos, assim como vem ocorrendo no atual cenário, tanto para medidas farmacológicas, como para medidas complementares de saúde.

### **CONCLUSÃO**

As intervenções lúdicas digitais melhoraram a qualidade de vida emocional, os sintomas de depressão, ansiedade, estresse e o apoio emocional/interação social positiva dos pacientes oncológicos durante a pandemia da Covid-19. Assim, os resultados deste estudo poderão orientar a equipe de enfermagem no planejamento e implementação desse tipo de intervenções, as quais poderão ser mediadas por profissionais da equipe multiprofissional da RAS de pacientes com câncer ou por membros voluntários da comunidade devidamente capacitados e supervisionados.

Recomenda-se que um instrumento de avaliação do letramento digital seja utilizado para

a inclusão dos participantes no estudo. Sugerem-se estudos como este envolvendo pacientes oncológicos em fase inicial de diagnóstico e tratamento, que podem apresentar níveis de QVRS, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e apoio social mais comprometidos.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Torna-se difícil compreender como seria enfrentar esta crise e seus enormes desafios entre pacientes com câncer sem o uso de TDIC para estabelecer conexão e vínculo seguro. No entanto, não devemos esquecer que existem implicações bioéticas relacionadas ao acesso equitativo a serviços e dispositivos de TIC que atendam aos requisitos de acessibilidade dos usuários, especialmente adultos mais velhos, e à proteção de dados envolvendo confidencialidade de informações e privacidade dos pacientes que interessam a toda a sociedade e os conselhos profissionais em particular e que deve estimular pesquisas futuras nessa temática.

Contudo, os profissionais têm buscado novas maneiras de manter interações positivas remotamente com pacientes com câncer, durante a pandemia, de modo a gerar confiança suficiente para possam expressar suas necessidades. Intervenções por meio de TDIC tem oferecido mais flexibilidade, aproximado mais os pacientes com câncer à estratégia de saúde digital e oferecido oportunidade de reinterpretação da relação entre os pacientes e os profissionais da RAS, bem como de repensar novas abordagens.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, P. L. *et al.* Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 432-38, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/DsDDqvXFN4Xm4jcgwZ7ZQMR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 out. 2021.
- ARAÚJO, R. A. S. *et al.* Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 98-106, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200007). Acesso em: 9 out. 2021.
- ARAÚJO, S. E. A. *et al.* Impact of Covid-19 pandemic on care of oncological patients: experience of a cancer center in a Latin American pandemic epicenter. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 19, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6282](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6282). Acesso em: 5 dez. 2021.
- AZEVEDO, A. V. S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 4, p. 565-572, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400015>. Acesso em: 9 out. 2021.
- BANSKOTA, S.; HEALY, M.; GOLDBERG, E. M. 15 smartphone apps for older adults to use while in isolation during the covid-19 pandemic. **Western Journal of Emergency Medicine**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 514-525, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/mdl-32302279>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BASHSHUR, R. *et al.* J. The taxonomy of telemedicine. **Telemedicine Journal and e-health**, [S. l.], v. 17, n. 6, p. 484-94, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2011.0103>. Acesso em: 9 out. 2021.
- BEN-PAZI, H. *et al.* Clown-care reduces pain in children with cerebral palsy undergoing recurrent botulinum toxin injections - A quase randomized controlled crossover study c-hildren. **Plos One**, Medea, v. 12, n. 4, e-0175028, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175028>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BORDONE PIRES, W. G. *et al.* Efeito da intervenção clown no padrão de depressão de idosos em instituição de longa permanência. **Ciencia y enfermeria**, Chile, v. 21, n. 2, p. 99-111, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200010>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BOSCARELLI, A. Clown therapy: not only a pediatric matter. **Translational Pediatrics**, Roma, v. 6, n. 2, p. 111-112, 2017. Disponível em: <https://tp.amegroups.com/article/view/14479/14642>. Acesso em: 9 out. 2021.

BRAND, A. R. *et al.* What adult cancer care can learn from pediatrics. **Journal of Oncology Practice**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. 765-67, 2016. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.2016.015057?rss=1>. Acesso em 5 dez. 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. É possível falar em cura? **Rede Câncer**, Brasília, n. 40, p. 12-16, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-no-40>. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é saúde digital?** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital>. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. **Nota Pública:** CNS defende manutenção de distanciamento social conforme define OMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. **Recomendação Nº 22 de 09 de abril de 2020.** Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da Covid-19. Brasília: CNS, 2020c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação Nº 036, de 11 de maio de 2020.** Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos. Brasília: CNS, 2020d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação Nº 040, de 18 de maio de 2020.** Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. Brasília: CNS, 2020e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19: versão 2.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140600-2-ms-diretrizes-covid-v2-9-4.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30207593/>. Acesso em: 27 out. 2021.

BRITO, C. M. D. *et al.* O humor e o riso na promoção de saúde: uma experiência de inserção do palhaço na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 553-62, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.00982015>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BUCHE, H. *et al.* Contemplating or acting? Which immersive modes should be favored in virtual reality during physiotherapy for breast cancer rehabilitation. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 12, p. 631186, 2021. Disponível em: <https://doi:10.3389/fpsyg.2021.631186>. Acesso em: 20 jan. 2022.

CABRAL, C. E. A. *et al.* Impacto da pandemia de COVID-19 [Coronavirus Disease 2019] sobre rotinas e prognóstico do paciente com câncer: uma análise integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 5, 2021. Disponível em:  
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/38052>. Acesso em: 5 dez. 2021.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela Covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-16, 2020. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CATAPAN, S. C.; OLIVEIRA, W. F.; ROTTA, T. M. Clown therapy in the hospital setting: A review of the literature. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3417-3429, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22832017>. Acesso em: 05 dez. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Measuring healthy days: population assessment of health-related quality of life**. Atlanta: CDC, 2000. Disponível em:

<https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults/titleDetail/PB2002104934.xhtml>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CHEN, G. *et al.* Fear of disease progression and psychological stress in cancer patients under the outbreak of Covid-19. **Psychooncology**, [S. l.], v. 29, n. 9, p. 1395-1398, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5451>. Acesso em: 5 dez. 2021.

COLUCCI, M. *et al.* A "matter of communication": a new classification to compare and evaluate telehealth and telemedicine interventions and understand their effectiveness as a communication process. **Health Informatics Journal**, [S. l.], v. 25, n.2, p.446-460, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1460458217747109>. Acesso em: Acesso em: 20 ago. 2020.

COMELLO, M. L. G., *et al.* Cancer survivors who play recreational computer games: motivations for playing and associations with beneficial psychological outcomes. **Games for Health Journal**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 286-292, 2016. Disponível em: <https://doi:10.1089/g4h.2016.0003>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DALLABONA, S. R.; MENDES, S. M. S. O lúdico na educação infantil: Jogar, brincar, uma forma de educar. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, [S. l.], v. 1, n. 4. p. 107-112, 2004. Disponível em: <https://conteudopedagogico.files.wordpress.com/2011/02/o-lidico-na-educao-infantil.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DICIO. **Dicionário on-line de português**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/aurelio-2/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ELDRIDGE, S. M. *et al.* CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. **BMJ**, [S. l.], n. 355, i5239, 2016. Disponível em: <https://doi:10.1136/bmj.i5239>. Acesso em: 5 dez. 2021.

FIGUEIRA, K. Covid-19 em pacientes com câncer: gerenciamento de uma pandemia dentro de uma pandemia. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, Macapá, v. 2, n. 12, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0003-2828-4474>. Acesso em: 5 dez. 2021.

FIGUEIREDO, E. N.; DEMARZO, M. M. P. **Atenção primária à saúde e política nacional de atenção básica**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2016.

FRANCIS, D. B.; COMELLO, M. G.; MARSHALL, L. H. How does gameplaying support values and psychological well-being among cancer survivors? **Games for Health Journal**, [S. l.], v.5, n. 2, p. 128-134, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/g4h.2015.0044>. Acesso em: 20 dez. 2021.

FRANZI, S. A.; SILVA, P. G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 153-158, 2003. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/2090>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FRYGNER-HOLM, S. *et al.* Pretend play as an intervention for children with cancer: a

feasibility study. **Journal of Pediatric Hematology**, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 65-75, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31540566/>. Acesso em: 5 dez. 2021.

GAMES for mental health (special issue). **Games for Health Journal**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 293-294, out. 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/g4h.2021.7021.cfp.2>. Acesso em 7 dez. 2021.

GARCÍA DEL CASTILLO-RODRÍGUEZ, J. A. *et al.* Information and communication technologies and quality of life in home confinement: development and validation of the TICO scale. **PLoS One**, [S. l.], v. 15, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241948>. Acesso em: 7 dez. 2021.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726894/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p.703-714, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>. Acesso em: 10 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama**: Três Lagoas. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/tres-lagoas/panorama>. Acesso em: 23 fev. 2022.

IYENGAR, K. *et al.* Covid-19 and applications of smartphone technology in the current pandemic. **Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews**, [S. l.], v. 14, n. 5, p. 733-737, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.033>. Acesso em: 10 jul. 2020.

KIM, H. J. *et al.* A mobile game for patients with breast cancer for chemotherapy self-management and quality-of-life improvement: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, [S. l.], v. 20, n. 10, p. 273, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.9559>. Acesso em: 20 nov. 2021.

KIM, S. M., *et al.* The effects of a serious game on depressive symptoms and anxiety in breast cancer patients with depression: a pilot study using functional magnetic resonance imaging. **Games for Health Journal**, [S. l.], v. 7, n. 6, p.409-417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0183>. Acesso em 20 dez. 2021.

KIRÁLY, O. *et al.* Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. **Comprehensive Psychiatry**, [S. l.], v. 100, p. 152180, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>. Acesso em: 10 ago. 2020.

KREITLER, S.; KREITLER, M.M. Multidimensional quality of life: a new measure of quality of life in adults. **Social Indicators Research**, Prince George, v. 76, n. 1, p. 5-33, 2006. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27522547>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 349-66, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000400021>. Acesso em: 15 dez. 2021.

LI, W. H. C.; CHUNG, O. K.; HO, E. K. Y. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 20, n. 15, p. 2135-43, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03733.x>. Acesso em: 20 dez. 2021.

LIMA, K. Y. N.; SANTOS, V. E. P. Play as a care strategy for children with cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 76-81, 2015 jun. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.51514>. Acesso em: 20 dez. 2021.

LOPES, N.C.B. *et al.* Abordagens lúdicas e o enfrentamento do tratamento oncológico na infância. **Revista Enfermagem UERJ**, n. 28, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146547>>. Acesso em 7 dez. 2021.

LUCKESI, C. C. **Ludicidade e atividades lúdicas**: uma abordagem a partir da experiência interna. [S. l: s. n.], 2005. Disponível em: [http://portal.unemat.br/media/files/ludicidade\\_e\\_atividades\\_ludicas\(1\).pdf](http://portal.unemat.br/media/files/ludicidade_e_atividades_ludicas(1).pdf). Acesso em: 10 ago. 2021.

MAARSINGH, B.M. *et al.* Changing stress mindset through stressjam: a virtual reality game using biofeedback. **Games for Health Journal**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 326-331, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0145>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARINHO, A. D. M. **O espírito do doutor palhaço**: palhaçoterapia e produção de saber em espiritualidade e humanização em saúde. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/14011>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, n. 12, p. 204-13, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MICHALOS, A. C.; ZUMBO, B. D.; HUBLEY, A. Health and the quality of life: social indicators research. **Social Indicators Research**, [S. l.], v. 51, n. 3, p. 245-86, 2000. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27522485>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MOKHATRI-HESARI, P.; MONTAZERI, A. "Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. **Health and Quality of Life Outcomes**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 338. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MOMENIMOV AHED, Z. *et al.* Psychological distress among cancer patients during Covid-19 pandemic in the world: a systematic review. **Frontiers Psychology**, [S. l.], n. 12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682154>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MONTEIRO, M. C. C. *et al.* Impacts of the COVID-19 pandemic on the diagnosis, care and mortality of oncological patients in Brazil: a literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e350101321235, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21235>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MOURA, A. F. *et al.* Health impacts on cancer patients: an overview of the Covid-19 pandemic in Brazil. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 398-411, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1284399>. Acesso em: 10 ago. 2021.

NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Disponível em: [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro\\_saude\\_mental\\_covid19\\_Fiocruz.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.

OHANNESSIAN, R.; DUONG, T. A.; ODONE, A. Global Telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. **JMIR Public Health Surveill**, [S. l.], v. 6, n. 2, e18810, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/18810>. Acesso em: 10 ago. 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter o COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-8, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SAUD. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=CD96E7417BD6429CAA0CE242E5BF7C58?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=CD96E7417BD6429CAA0CE242E5BF7C58?sequence=1). Acesso em: 15 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Considerações sobre medidas de distanciamento social no contexto da resposta à pandemia da Covid-19**. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/73957>. Acesso em: 4 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID-19**. Brasília: OPAS, 2021. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 13 nov. 2021.

PARENTE, S. M. B. A. A criação da externalidade do mundo. **Revista Viver mente e cérebro: Coleção memória da psicanálise**, São Paulo, n. 5, p. 22-27, 2009.

PEDREIRA, R. R. **Uma revisão bibliográfica sobre o lúdico com enfoque no ensino de ciências**. Trabalho de conclusão de curso. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Biologia) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas,

2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/209470922-Uma-revisao-bibliografica-sobre-o-ludico-com-enfoque-no-ensino-de-ciencias.html>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- PELLEGRINI, L. Passo para o bem-estar: brincar é fundamental. **Revista Planeta**, São Paulo, n. 7, p. 42-47, jul. 2003.
- PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 30, n. 11, p. 535, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008001100001>. Acesso em: 22 dez. 2021.
- RASTOGI, S.; PANDEY, D. N.; SINGH, R. H. Covid-19 Pandemic: A pragmatic plan for Ayurveda Intervention. **Journal of Ayurveda and Integrative Medicine**, [S. l.], V. 13, N. 1, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaim.2020.04.002>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- RENNÓ, C. S. N.; CAMPOS, C. J. G. Interpersonal communication research: valorization of the oncological patient in a high complexity oncology unit. **Nursing Journey of Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 106-15, 2014. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140009>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- REZENDE, M. B. O brincar e a intervenção da terapia ocupacional. *In*: DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B. (org.). **Intervenções da terapia ocupacional**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. p. 25-44.
- RIMON, A. *et al.* Medical Clowns and Cortisol levels in children undergoing Venipuncture in the emergency Department: A Pilot Study. **Israel Medical Association Journal**, Tel-Aviv, v. 18, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/viewarticle.aspx?year=2016&month=11&page=680>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- ROLIM, K. M. C, *et al.* História em quadradinhos: tecnologia em saúde para a humanização da assistência à criança hospitalizada. **Referência Revista de Enfermagem**, [S. l.], n.14, p.69-78, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17028>. Acesso em: 7 dez. 2021.
- ROMITO, F. *et al.* Psychological distress in outpatients with lymphoma during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Oncology**, [S. l.], n. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01270>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- SANTOS, M. S., *et al.* Music in the relief of stress and distress in cancer patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0838>. Acesso em: 7 fev. 2022.
- SANTOS, R. S. *et al.* Efeitos de atividades clown em pacientes elegíveis para cuidados paliativos na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74,

n. 5, e20200431, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0431>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SCHLEISMAN, A.; MAHON, E. Creative play: a nursing intervention for children and adults with cancer. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 137-40, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1188/18.CJON.137-140>. Acesso em 5 dez. 2021.

SHAH, A. *et al.* Developing Digital Intervention Games for Mental Disorders: A Review.

**Games for Health Journal**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 213-24, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1089/g4h.2017.0150>. Acesso em: 7 dez. 2021.

SILVA, J. A. *et al.* O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 365-71, 2021. Disponível em:

<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4358/1144>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SILVA, L. S. R. *et al.* O lúdico como instrumento de cidadania e humanização na saúde.

**Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2294-2301, 2017. Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23390/19043>.

Acesso em: 5 dez. 2021.

SILVA, S. C. G. M. **A ludicidade trabalhada por professores de ciências do ensino**

**fundamental**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ensino das Ciências) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em:

<http://www.tede2.ufrpe.br:8080/tede/handle/tede2/5346>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SPRANGERS, M. A. G. *et al.* The European Organization for Research and Treatment of cancer approach to developing questionnaire models: an update and overview. **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 291-300, 1998. Disponível em:

<https://doi.org/10.1023/a:1024977728719>. Acesso em: 10 set. 2020.

THULER, L. C. S.; MELO, A. C. Sars-CoV-2/Covid-19 em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.970>. Acesso em: 10 jul. 2020.

TONG, F. *et al.* Systematic review of efficacy of interventions for social isolation of older adults. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], n. 12, 554145, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.554145>. Acesso em: 20 dez. 2021.

VAGNOLI, L.; CAPRILLI, S.; MESSERI, A. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? **Paediatric Anaesthesia**, Wiley, v. 20, n. 10, p. 937-43, 2010. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2010.03403.x>. Acesso em: 5 dez. 2021.

VAN DE HAAR, J. *et al.* Caring for patients with cancer in the Covid-19 era. **Nature Medicine**, [S. l.], n. 26, p. 665-671, 2020. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405058/>. Acesso em: 25 set. 2020.

- VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15082012-135511/pt-br.php>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- VIANA, R. B., LIRA, C. A. B. Exergames as coping strategies for anxiety disorders during the covid-19 quarantine period. **Games for Health Journal**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 147-149, 2020. Disponível em: <https://doi: 10.1089/g4h.2020.0060>. Acesso em: 20 jan. 2022.
- VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 155, p. 104-109, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- WANG, Y. *et al.* Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. **Translational Psychiatry**, [S. l.], v. 10, n. 263, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- WEINKOVE, R. *et al.* Managing haematology and oncology patients during the COVID-19 pandemic: interim consensus guidance. **The Medical of Australia**, [S. l.], v. 212, n. 10, p. 481-489, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5694/mja2.50607>. Acesso em: 9 jul. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *In*: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, 1994. p. 41-60. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf). Acesso em 15 dez. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf). Acesso em: 30 out. 2021.
- YANG, J. *et al.* Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**, [S. l.], v. 94, p. 91-95, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>. Acesso em: 9 jul. 2020.
- ZHANG, Y. *et al.* The effectiveness of pre-operative clown intervention on psychological distress: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Paediatrics and Child Health**, [S. l.], n. 53, p. 237-245, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpc.13369>. Acesso em: 5 dez. 2021.
- ZHOU, X. *et al.* The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. **Telemedicine Journal and e-Health**, [S. l.], n. 26, p. 377-379, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>. Acesso em: 9 jul. 2020.

**APÊNDICE A – Questionário de avaliação sociodemográfica, clínica e comportamental****Projeto Ombro Amigo Virtual - RFCC/ UFMS**

Opção 1

**Nome do paciente:**

**idade:**

- 0 a 4 anos
- 5 a 9 anos
- 10 a 14 anos
- 15 a 19 anos
- 20 a 34 anos
- 35 a 50 anos
- 51 a 65 anos
- 66 a 80 anos
- a partir de 81 anos

**Sexo**

- Feminino
- Masculino

**Religião**

- Católica
- Protestante
- Pentecostais
- Espirita/ Kardecistas
- Animismo (Candomblé/ Umbanda/Esoterismo/ Xamanismo)
- Neopentecostais
- Budismo
- Judaica
- Muçulmano
- Ateu/ Agnóstico/ Deísta
- Outro:

**Número de familiares na casa**

- 1 a 2 familiares
- 3 a 5 familiares
- 6 a 10 familiares
- 0 - mora sozinho (a)

**Familiares que moram com você**

- Esposa/ Esposo
- Filhos
- Pais (mãe/ pai)
- Irmãos
- Nenhum - mora sozinho (a)
- Outro:

**Estado civil**

- Casado
- Solteiro
- Divorciado
- Separado
- União estável
- Outro:

**Escolaridade**

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Graduação incompleta

- Graduação completa
- Especialização
- Mestrado/ doutorado
- Analfabeto (a)
- Outro:

**Preferencias musicais do paciente, tipo:**

- Sertanejo/ sertanejo universitário
- Samba/ pagode
- Pop rock nacional/ internacional
- MPB
- Forró
- Romântica
- Não gosta de música
- Outro:

**Apreciação de danças, tipo:**

- Samba/ pagode
- Sertanejo/ forró
- Valsa/ romântica
- Não gosto de dança
- Outro:

**Apreciação de obras artísticas, tipo:**

- Poesia
- Teatro
- Artes plásticas
- Moda
- Livros
- Palhaços/ circo
- Não gosto de artes
- Outro:

**Apreciação por jogos, tipo**

- Jogos de tabuleiro
- Dama/ Xadrez
- Jogos de cartas
- Dominó

- Não gosto de jogos
- Outro:

**Apreciação de programas de televisão, tipo:**

- Novela
- Programas de auditório
- Reality Shows
- Noticiários
- Não gosto
- Outro:

**Apreciação por filmes e/ou séries, tipo:**

- Aventura
- Comédia
- Romântico
- Ação
- Comédia romântica
- Ficção científica
- Suspense
- Não gosto de filmes e/ou séries
- Outro:

**Qual tipo de internet você faz uso**

- Dados móveis (celular)
- Wi-Fi (modem)
- Ambas

**Qual sua operadora de internet?****Deseja receber a visita virtual**

- Sim
- Não

**Prefere a visita virtual por qual meio?**

- Chamada de vídeo
- Ligação
- Outro:

**Com qual frequência deseja receber a visita virtual?**

- 1 vez na semana
- 2 vezes na semana
- Quinzenal
- Mensal

**Qual melhor dia da semana para realizar a visita virtual?**

- Segunda - feira
- Terça - feira
- Quarta - feira
- Quinta - feira
- Sexta - feira

**Qual melhor horário para realizar a visita virtual?**

- 08:00
- 09:00
- 10:00
- 11:00
- 13:00
- 14:00
- 15:00
- 16:00
- 17:00
- 18:00
- Outro:

**Qual seu tipo de câncer****Quais tratamentos você já realizou?**

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Outro:

**APÊNDICE B – Questionário EORTC-QLQ-30 (versão 3.0) - *Quality of Life***  
**Questionnaire desenvolvido por *European Organisation of Research and Treatment of***  
***Cancer***

PORTUGUESE (BRAZIL)



**EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)**

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. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

Por favor, preencha suas iniciais:

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

Data de hoje (dia, mês, ano):

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Modera- damente</b>	<b>Muito</b>
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Modera- damente</b>	<b>Muito</b>
<b>Durante a última semana:</b>				
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você teve dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você se sentiu fraco/a?	1	2	3	4
13. Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você se sentiu enjoado/a?	1	2	3	4



APÊNDICE C – Escala DASS-21 - Depression, Anxiety and Stress Scale, Short Form

**DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.**

**Instruções**

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

**APÊNDICE D – Escala MOS-SSS - *Medical Outcomes Study***

Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	raramente	Às vezes	Quase sempre	sempre
Que o (a) ajude se você ficar de cama?					
Para lhe ouvir quando você precisa					
Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?					
Para levá-lo (a) ao médico elou à unidade de saúde para fazer exames elou consultas elou pegar remédios elou ser atendido?					
Que demonstre amor e afeto por você?					
Para se divertir junto?					
Para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?					
Em quem confiar ou para falar de seus problemas?					
Que lhe dê um abraço?					
Com quem relaxar?					
Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?					
De quem realmente quer conselhos?					
Com quem distrair a cabeça?					
Para ajudá-lo (a) nas tarefas diárias se você ficar doente?					
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?					
Para fazer coisas agradáveis?					
Que compreenda seus problemas? Que você ame e faça você se sentir querido (a)?					

Fonte: *Griep et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, 2005.

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora responsável Juliana Dias Reis Pessalacia. Fazem parte da equipe de pesquisa, os pesquisadores Sandra Pinto, Adailson Moreira.

A finalidade deste estudo é avaliar a intervenção para portadores de câncer, por meio do uso de tecnologias, através de variáveis comportamentais e clínicas, ao longo de quatro meses, durante a pandemia de Covid-19, na Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC) do município de Três Lagoas/MS, Brasil.

Mediante ao impacto que o Covid-19 tem à vida e saúde das pessoas e, dada a maior vulnerabilidade os portadores de doenças crônicas às consequências da pandemia, tornam-se relevantes estudos como este proposto, o qual pretende identificar as condições em que se encontram essas pessoas durante o período de pandemia, buscando-se auxiliar na manutenção do tratamento adequado, levando em conta a saúde mental.

Os participantes serão os portadores de câncer cadastrados na RFCC integrante do estudo. Caso você aceite participar deste estudo, você poderá participar se for portador de câncer, com idade superior a 18 anos, cadastrado na RFCC. Você será submetido a questionamentos pessoais como idade, sexo, religião, familiares, estado civil, escolaridade e as preferências para música, dança, obras de arte, jogos, programas de televisão, filmes tipo de *internet*, operadora e modo, frequência, dia e horário para visitas virtuais. Também haverá questionamentos com relação ao câncer, como por exemplo: tipo de câncer, quanto tempo, tratamentos, internações, antecedentes familiares, sintomas atuais. Por último, serão aplicadas escalas que avaliam questões psicológicas como depressão, ansiedade, estresse, qualidade de vida ao conviver com uma doença crônica como o câncer e apoio social.

O presente estudo não proporcionará qualquer tipo de despesa financeira para você, visto que, será aplicado por intermédio de aplicativos (WhatsApp e Redes Sociais Digitais).

Portanto sua participação consistirá em responder a um questionário, com tempo máximo de duração de 20 minutos.

Os riscos de sua participação são decorrentes da possibilidade de se sentir constrangido ao responder o questionário. Para minimizar o risco de constrangimento, os participantes receberão o TCLE e Questionários através de formulário, em um link a ser encaminhado via redes sociais e grupos de WhatsApp, não estando, desta forma, submetidos a coação em responder ou não aos mesmos. O TCLE informará sobre o conteúdo das questões e o tempo necessários para as respostas e o participante será livre para recusar responder, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, não haverá qualquer vinculação institucional no instrumento de coleta, minimizando o risco de acesso às informações pelos empregadores. O risco de quebra de sigilo será minimizado pelo fato de o TCLE ser vinculado às respostas dos questionários, evitando-se a correlação entre as respostas com os nomes dos participantes. Ainda assim, em caso de danos decorrentes de sua participação no estudo, será garantida indenização. Os benefícios deste projeto envolvem as dimensões científica, social e prática, podendo-se fomentar ações de educação permanente aos participantes voluntários da RFCC. Além disso, poderá propiciar subsídios para a compreensão acerca dos desafios enfrentados pelos portadores de câncer da RFCC durante uma pandemia.

Você tem a liberdade de não participar do estudo e de não responder aos questionamentos.

Quero deixar claro que suas respostas são confidenciais mantendo, assim, seu anonimato e que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se da pesquisa. Além disso, informamos que não haverá penalização/prejuízo algum em suas atividades laborais, caso aceite participar deste estudo. Você receberá uma cópia dos resultados da pesquisa ao término do estudo, caso queira e informe o seu e-mail para o envio. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos ou publicados em periódicos da área.

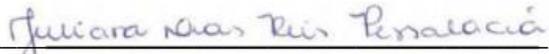
Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Juliana Dias Reis Pessalacia, telefone:

067-98164-9602, Endereço: Av. Capitão Olinto Mancini, 4440, jardim Angélica, CEP: 79611001, Três Lagoas/MS e-mail: juliana@pessalacia.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 33457187, Endereço: Cidade Universitária, Caixa Postal 549. CEP 79070-900. Campo Grande – MS, Prédio das Pró-reitorias email: cepconep.propp@ufms.br. Sua participação no estudo é voluntária.

Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você pode decidir se irá participar ou não do estudo.

(    ) Aceito participar da pesquisa e responderei aos questionamentos

Insira seu e-mail de contato para receber uma via deste termo assinada pelo pesquisador responsável.

  
Assinatura Digital do Pesquisador Responsável

## ANEXO B – Aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

## CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA



**Título da Pesquisa:** OMBRO AMIGO DIGITAL: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE VINCULAÇÃO EM SAÚDE POR TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM PACIENTES COM CÂNCER NA PANDEMIA DE COVID-19 **Pesquisador:** Juliana Dias Reis Pessalacia **Área**

**Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36102820.3.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**Número do Parecer:** 4.254.126

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1598931.pdf	30/08/2020 17:44:20		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_30_08.pdf	30/08/2020 17:43:42	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ombro_amigo_30_08.docx	30/08/2020 17:42:38	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ombro_amigo_30_08.docx	30/08/2020 17:42:25	Juliana Dias Reis Pessalacia	Aceito
Declaração de	anuenc_assin.docx	31/07/2020	SANDRA PINTO	Aceito
Instituição e Infraestrutura	anuenc_assin.docx	09:23:48	SANDRA PINTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assin.docx	31/07/2020 09:22:27	SANDRA PINTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Setembro de 2020

## ANEXO C – Autorização para uso da escala EORTC-QLQ-C30

Fwd: Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 69926

Juliana Dias Reis Pessalacia <juliana@pessalacia.com.br>

Seg, 31/08/2020 14:13

Para: Sandra Pinto <enfipinto@hotmail.com>

**Profa. Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia, RN, PhD**  
Associate Research Professor  
Federal University of Mato Grosso do Sul, MS, Brazil  
Program of Master of Science in Nursing/CPTL/UFMS  
Três Lagoas, MS, Brazil  
Av. Ranulpho Marques Leal, 3484  
Distrito Industrial II  
79613-000  
Três Lagoas/MS/Brazil  
55-67-981649602



----- Forwarded message -----

De: <[no-reply@eortc.be](mailto:no-reply@eortc.be)>

Date: seg., 31 de ago. de 2020 às 06:44

Subject: Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 69926

To: <[juliana@pessalacia.com.br](mailto:juliana@pessalacia.com.br)>

Dear JULIANA PESSALACIA,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazil\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>