

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL-MG

MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS
AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Alfenas / MG
2014

MARILIA APARECIDA CARVALHO LEITE

AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS
AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - Nível Mestrado como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra.

Co-Orientador: Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

Alfenas / MG

2014

Leite, Marília Aparecida Carvalho.

Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico / Marília Aparecida Carvalho Leite. - 2014. 121 f. -

Orientador: Fábio de Souza Terra.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2014.

Bibliografia.

1. Autoestima. 2. Neoplasias. 3. Quimioterapia. 4. Enfermagem oncológica. I. Terra, Fábio de Souza. II. Título.

CDD: 610.73698



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



MARÍLIA APARECIDA CARVALHO LEITE

**“AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pela Universidade Federal de
Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 25/02/2014

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG
– UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Duarte Dias Costa
Instituição: Universidade José do Rosário Vellano
– UNIFENAS

Assinatura:

Prof.^a Dr.^a Eliza Maria Rezende Dázio
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-MG
– UNIFAL-MG

Assinatura:

Aos meus amados pais **Noel** (Tinoco) e **Maria do Carmo** (Branca) pelo amor, pela dedicação, pelos ensinamentos que fortaleceram minha existência, primaram por minha educação e principalmente por terem sonhado comigo.

Ao meu irmão **Lucas** pela força e coragem demonstradas ao enfrentar obstáculos, sendo assim meu espelho.

A **todos** os pacientes da Clínica de Oncologia, local de estudo desta dissertação, que solidários, mesmo anonimamente, se dispuseram a contribuir para o avanço científico nesta área do conhecimento.

Enfim, a **todos** que torceram para conclusão de mais esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** pela sabedoria, pelas oportunidades e pelos ensinamentos que têm me oferecido fazendo com que, por meio destes, possa me tornar uma pessoa melhor.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado** da UNIFAL, pela oportunidade que tive em frequentar este Mestrado, o que muito contribui para minha formação acadêmica e científica.

Ao **Profº. Dr. Fábio de Souza Terra**, pela orientação e pelo apoio que elevaram meus conhecimentos e fizeram com que passasse a querer sempre saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Reconheço com gratidão a confiança que em mim depositou desde o início, bem como a responsabilidade em todas as fases desta dissertação.

Ao **Profº. Dr. Denismar Alves Nogueira**, pela co-orientação neste projeto. Muito obrigada pelo profissionalismo, pela disponibilidade que sempre se revelou para comigo. Seu apoio foi determinante para a elaboração dessa dissertação.

Às professoras **Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa e Dra. Eliza Maria Rezende Dázio**, banca desta dissertação pelas valiosas contribuições durante a qualificação e a defesa.

À **Profª. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio**, pelas suas orações, por sua amabilidade, disposição em todos os momentos, pelo carinho e pela amizade. Agradeço de maneira especial, sua ajuda, seu apoio em todos os momentos que de forma particular trouxeram meu amadurecimento profissional.

A **todos os professores** da Escola de Enfermagem e Programa de pós-Graduação - Nível Mestrado e seus **funcionários**, pela atenção sempre dispensada.

Às **colegas do mestrado**, pela forma como me acolheram, pelo carinho e pela amizade. Em especial, agradeço a **Cibelle, Mônica e Sara**, pelos desabafos e pela partilha dos bons e “menos bons” momentos nesta caminhada.

À tia **Valéria**, faço um agradecimento especial, pelo apoio, pelas palavras doces de confiança e de força e pela energia sempre positiva, muito obrigada!

Ao **Hospital Universitário Alzira Velano**, por ter me proporcionado condições para o término deste mestrado, concedendo-me disponibilidade de horários para a finalização das minhas atividades acadêmicas.

Por fim, a **todos** aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Cuidado é o respeito ao outro, é o zelo ao agir, é o afeto ao fazer, é a solicitude ao ouvir, é a delicadeza ao falar, é a responsabilidade ao proporcionar as necessidades do outro”.

Carmen Lúcia Lupi Monteiro

RESUMO

O paciente com câncer e em tratamento quimioterápico pode se defrontar com possíveis alterações na aparência física, como limitações e com impedimentos de atividades de rotina, podendo prejudicar sua autoestima. Este estudo teve como objetivo avaliar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia de um município do Sul de Minas Gerais. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-analítico transversal e quantitativo, desenvolvido com 156 pacientes de uma unidade de oncologia de um hospital geral de médio porte de Alfenas- MG. A coleta de dados ocorreu de janeiro a maio de 2013, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: questionário semiestruturado com variáveis sociodemográficas, relacionadas ao tratamento e aos hábitos de vida e Escala de Autoestima de Rosenberg. Essa coleta ocorreu no setor de quimioterapia, por meio de entrevista. Após essa etapa, os dados foram tabulados no programa SPSS, com realização de análise estatística descritiva e inferencial, assim como com avaliação da consistência interna da escala. Como resultados, verificou-se maior frequência de pacientes do sexo masculino; na faixa etária entre 51 a 60 anos; casados ou com companheiros; com um a cinco filhos; com renda familiar mensal de 651 a 1200 reais; com escolaridade abrangendo de forma conjunta o ensino fundamental incompleto e completo; aposentados ou pensionistas; moradores de casa própria; católicos e residentes em outros municípios que não Alfenas; não fumantes e que não consomem bebida alcoólica. Com maior regularidade, os indivíduos pontuaram a categoria “outros” quanto ao tipo de câncer; seguido pelo de mama; com estadió da doença a categoria “não informado”; seguida pelo nível 3; terem sido diagnosticados e estarem em tratamento há até seis meses; terem realizado seis sessões de quimioterapia; não serem submetidos a outro tipo de tratamento além da quimioterapia e não terem tido câncer em outro órgão. A maioria dos participantes disse não ter doença crônica, nem fazer uso contínuo de medicamentos e terem não passado por evento marcante na vida. Encontrou-se maior frequência de pacientes que apresentaram autoestima alta, sendo que alguns deles apresentaram autoestima média ou baixa. A escala apresentou um valor Alfa Cronbach de 0,746, considerando-se sua consistência interna boa e aceitável para os itens avaliados. Nenhuma variável independente apresentou associação significativa com a autoestima. Torna-se fundamental que a enfermagem planeje a assistência dos pacientes em tratamento quimioterápico, viabilizando ações e estratégias que atendam os mesmos, não apenas quanto ao estado físico, mas na tangente psicossocial, tendo em vista a manutenção e a reabilitação de aspectos emocionais, atentando para as particularidades de cada um.

Palavras-Chave: Autoestima. Neoplasias. Quimioterapia. Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Cancer patients in chemotherapeutic treatment may face changes in physical appearance such as limitations and constraints to routine activities, which can undermine their self-esteem. This study aimed to evaluate the self-esteem of oncologic patients undergoing chemotherapy on a municipality from southern Minas Gerais. This is a transversal descriptive analytical and quantitative, epidemiological study developed with 156 patients of an oncology unit from a general midsize hospital from Alfenas-MG. Data collection occurred from January to May 2013, after approval by the Research Ethics Committee. Two instruments were used for data gathering: semi-structured questionnaire with sociodemographic variables related to treatment and lifestyle, and Rosenberg Self-Esteem Scale. This collection occurred in the chemotherapy sector, through interview. After this stage data were tabulated in the *SPSS* program, through which descriptive and inferential statistical analysis, as well as internal consistency of the scale, were carried out. As results, a higher frequency of male patients was verified; aged between 51 and 60 years; married or with companions; with one to five children; monthly family income between 651 to 1200 real; with schooling covering jointly incomplete and complete primary education; retirees or pensioners; homeowners; Catholics and residents of other municipalities; nonsmokers and which did not consume alcohol. With increasing regularity, the individuals scored the "others" category on the type of cancer; followed by breast cancer; with "not informed" disease phase category; followed by level three; having being diagnosed and being in treatment for up to six months; having performed six sessions of chemotherapy and not having being subjected to another kind of treatment besides chemotherapy and not having cancer in another organ. Most participants claimed they did not have chronic diseases nor used continuous medication and had not undergone a major event in life. Higher frequency of patients presenting high self-esteem was found, whereas some of them showed medium or low self-esteem. The scale presented a high Alpha Cronbach value of 0,746, considering its good and acceptable internal consistency for the evaluated items. No independent variables showed significant association with self-esteem. Nursing plans for the assistance of patients undergoing chemotherapeutic treatment become fundamental, enabling actions and strategies that meet them not only as to the physical condition, but also to the psychosocial tangent, considering the maintenance and rehabilitation of emotional aspects, focusing on the peculiarities of each one.

Keywords: Self-esteem. Neoplasms. Chemotherapy. Oncologic nursing.

RESUMEN

El paciente con cáncer y en tratamiento con quimioterapia puede enfrentarse a posibles cambios en su apariencia física, a limitaciones e impedimentos en su rutina diaria, pudiendo esto perjudicar su autoestima. El objetivo de este estudio fue evaluar la autoestima de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia, en un municipio del sur del estado de Minas Gerais. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo-analítico transversal y cuantitativo, desarrollado con 156 pacientes de una unidad oncológica en un hospital de tamaño medio de la ciudad de Alfenas, en Minas Gerais. La recolección de datos se efectuó desde enero a mayo de 2013, luego de la aprobación del Comité de Ética en la Investigación (*Comitê de Ética em Pesquisa*). Para recolectar los datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario semi-estructurado con variables sociodemográficas relacionadas al tratamiento y a los hábitos de vida de la persona, y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta recolección de datos se llevó a cabo en el sector de quimioterapia, mediante entrevista. Luego de esta etapa, los datos fueron tabulados en el programa SPSS, realizándose un análisis estadístico descriptivo e inferencial; evaluándose también, la consistencia interna de la escala. Como resultado, se verificó una mayor frecuencia de pacientes: del sexo masculino; en la faja etaria de 51 a 60 años; casados o con pareja; con 1 a 5 hijos; con una renta familiar mensual de 651 a 1200 reales (aproximadamente 280 a 520 dólares americanos); con escolaridad abarcando conjuntamente la enseñanza primaria completa e incompleta; jubilados o pensionados; con casa propia; católicos y residentes fuera del municipio de Alfenas; no fumadores y que no beben bebidas alcohólicas. Con más regularidad, los individuos indicaron la categoría "otros" con respecto al tipo de cáncer que padecen, seguido por el cáncer de mama; con la etapa de la enfermedad como "no informado", seguido por el nivel 3; diagnosticados y en tratamiento hasta hace seis meses; con seis sesiones de quimioterapia realizadas; sin someterse a otro tipo de tratamiento además de la quimioterapia y sin haber presentado cáncer en otro órgano. La mayoría de los pacientes indica no tener enfermedades crónicas, no hacer uso continuo de medicamentos, y no haber pasado por sucesos marcantes en la vida. Se encontró mayor frecuencia de pacientes con autoestima alta, y algunos presentando autoestima media o baja. La escala presentó un valor Alfa Cronbach de 0,746; considerándose su consistencia interna buena y aceptable para los puntos evaluados. Ninguna variable independiente presentó una asociación significativa con la autoestima. Se vuelve fundamental que la enfermería planifique la asistencia a los pacientes en tratamiento quimioterápico, viabilizando acciones y estrategias para ello, no sólo vigilando por el estado físico, sino también por el ámbito psicosocial; teniendo presente la mantención y rehabilitación de los aspectos emocionales, considerando las particulares de cada paciente.

Palabras clave: Autoestima. Neoplasias. Quimioterapia. Enfermería oncológica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos e renda familiar mensal. Alfenas-MG, 2013 (n=156).....	44
Tabela 2 -	Estatística descritiva das variáveis idade, número de filhos e renda familiar (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	47
Tabela 3 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico de acordo com as variáveis escolaridade, ocupação, moradia, religião e município onde reside. Alfenas-MG, 2013 (n=156).....	48
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico conforme a variável prática de exercício físico. Alfenas-MG, 2013 (n=156).....	51
Tabela 5 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico correspondente às variáveis tabagista; quantidade de cigarros; já fumou; tempo de tabagismo e tempo de ex-tabagista. Alfenas-MG, 2013 (n=156).....	53
Tabela 6 -	Estatística descritiva equivalente às variáveis quantidade de cigarros, tempo de tabagismo e tempo de ex-tabagista (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	55
Tabela 7 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico consoante as variáveis: consumo de bebida alcoólica e frequência de consumo. Alfenas-MG, 2013. (n=156)..	55
Tabela 8 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico condizente às variáveis tipo de câncer e estadio. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	57
Tabela 9 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em conformidade com as variáveis tempo de diagnóstico do câncer atual, tempo de quimioterapia e número de sessões de quimioterapia. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	60
Tabela 10 -	Estatística descritiva das variáveis tempo de diagnóstico do câncer atual, tempo de quimioterapia e número de sessões de quimioterapia (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	61

Tabela 11 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico equivalente às variáveis em sequência outro tratamento além da quimioterapia, qual o tratamento, outro tipo de câncer e local. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	62
Tabela 12 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico a partir das variáveis doença crônica, quantidade de doença e qual doença. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	64
Tabela 13 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico condizente às variáveis medicamento de uso contínuo, quantidade de medicamento e grupo farmacológico. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	66
Tabela 14 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico de acordo com as variáveis evento marcante na vida, quantidade de eventos e quais eventos. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	68
Tabela 15 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em relação às respostas das afirmativas referentes à autoestima. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	71
Tabela 16 -	Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico conforme a classificação da autoestima baseada nos pontos de corte. Alfenas-MG, 2013. (n=156).....	72
Tabela 17 -	Análise para a independência de variáveis associadas à autoestima, tais como sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos e renda familiar mensal. Alfenas-MG, 2013.....	75
Tabela 18 -	Análise para a independência de variáveis associadas à autoestima como escolaridade, ocupação, crença religiosa e prática de exercícios físicos. Alfenas-MG, 2013.....	77
Tabela 19 -	Análise para independência de variáveis associadas à autoestima, tais como tabagismo, consumo de bebida, tipo de câncer e estágio da doença. Alfenas-MG, 2013.....	80
Tabela 20 -	Análise para independência de variáveis associadas à autoestima como tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, número de sessões e outro tipo de tratamento. Alfenas-MG, 2013.....	84
Tabela 21 -	Análise para independência de variáveis associadas à autoestima, tais como presença de câncer em outro órgão, presença de doença crônica, uso de medicamento contínuo e evento marcante. Alfenas-MG, 2013.....	88

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
GRS	Gerência Regional de Saúde
HÁ	Hipertensão Arterial
IARC	Agência Internacional para Pesquisas sobre Câncer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IC	Intervalo de Confiança
JTT	Jebsen-Taylor Test
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PA	Pressão Arterial
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFAL –MG	Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivo Geral	19
3.2	Objetivos Específicos	19
4	MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	21
4.1	O câncer e o tratamento quimioterápico	21
4.2	Autoestima	31
5	METODOLOGIA	34
5.1	Tipo de Estudo	34
5.2	Local de Estudo	35
5.3	População de Estudo	36
5.4	Período de Investigação	37
5.5	Aspectos Éticos	37
5.6	Instrumentos para a Coleta de Dados	37
5.6.1	Questionário para Caracterização da Amostra.....	38
5.6.2	Escala de Autoestima de Rosenberg.....	39
5.7	Procedimento de Coleta	41
5.8	Análise dos Dados	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1	Análises descritivas das variáveis	44
6.2	Avaliação da Autoestima	70
6.3	Análise bivariada dos fatores associados a autoestima	74
7	CONCLUSÃO	92
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A - Carta de Autorização da Instituição.....	111
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	112
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juiz).....	113
	APÊNDICE D - Questionário.....	114

APÊNDICE E - Formulário de avaliação dos juízes.....	117
ANEXO A - Carta de Aprovação do CEP.....	119
ANEXO B - Escala de Autoestima de Rosenberg.....	121

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da minha graduação em Enfermagem na Universidade José do Rosário Vellano, no município de Alfenas – MG, a docência sempre me gerou fascínio e motivação. Atrelada a ela, o cuidado e a assistência de Enfermagem, sempre tiveram minha atenção, o que fez com que eu buscasse aprimorar meus conhecimentos sobre esses temas.

Após a concluir a graduação, tive a oportunidade de atuar como docente voluntária na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL - MG), desenvolvendo atividades práticas em um hospital geral de médio porte em Alfenas - MG. Nesse período, atuei na disciplina Enfermagem Médico-cirúrgica I e II, ofertada pela Escola de Enfermagem desta universidade, desenvolvendo supervisão de aulas práticas e estratégias de ensino-aprendizagem, o que me estimulou ainda mais para a docência e fez com que eu avançasse nessa direção. Destaco, ainda, que a assistência prestada nas atividades de supervisão de estágio era, em maior parte, a pacientes com câncer, ampliando o meu interesse pela área da oncologia e a minha visão de que esse é um tema desafiador, devido ao perfil de morbimortalidade da população brasileira, no qual as neoplasias são apontadas como a segunda causa de morte; à grande procura de pacientes oncológicos aos centros de saúde e à fundamental importância de que esses pacientes sejam considerados e valorizados pela equipe de saúde, dentre esta, os profissionais de enfermagem.

A ideologia do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas em formar um profissional crítico, reflexivo e criativo, atrelada à linha de pesquisa “O Processo do Cuidado em Enfermagem”, que enfatiza o cuidado de pacientes com doenças crônicas, buscando em ferramentas teóricas e metodológicas fortalecer a relação profissional/paciente, me estimulou a trabalhar com a temática da oncologia e a desenvolver um caminho na área da pesquisa, emparelhado à docência.

Portanto, este estudo projeta seu desenvolvimento atrelado a essa linha que, além do exposto acima, tenciona, quanto à essência da enfermagem, “O Cuidado”, vinculado aos níveis de atenção à saúde e ao fortalecimento da profissão.

A partir desses apontamentos, cabe destacar que o câncer, além de ser uma doença crônico-degenerativa, é considerado, atualmente, um problema de saúde

pública, e vários aspectos, como o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra essa doença (MACHADO; SAWADA, 2008).

No Brasil, conforme estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no ano de 2014, são esperados 395 mil casos novos de câncer, sendo 204.000 para o sexo masculino e 190.000, para o feminino (BRASIL, 2014).

Jorge e Silva (2010) descreveram que é de forma avassaladora que o câncer vem incidindo sobre a população, considerando-se a transição demográfica dos dias atuais e da exposição das pessoas a agentes cancerígenos do meio ambiente.

Mediante esse fato, faz-se necessário que a pessoa com neoplasia seja submetida a tratamentos. Com isso, os tipos de tratamentos atualmente empregados ao câncer são: a cirurgia, a radioterapia, a imunoterapia, a hormonioterapia e a quimioterapia. Dentre esses tipos de tratamento, a quimioterapia é a que possui maior incidência de cura de muitos tumores, incluindo os mais avançados e é a que mais aumenta a sobrevida das pessoas com câncer (ANDRADE; SILVA, 2007).

No contexto da quimioterapia, destaca-se como objetivo desse tratamento a destruição total de todas as células malignas, por meio da administração da mais alta dose de quimioterapia possível, simples ou combinada, agindo por diferentes mecanismos, sem gerar efeitos tóxicos superpostos e evitando que a sobrevivência de uma célula maligna possa desenvolver uma linhagem com capacidade para desenvolver novo tumor. A administração do medicamento ocorre por curtos períodos de tratamento específico que são denominados “ciclos” (LACERDA, 2001).

Os efeitos colaterais dessa terapêutica são enfatizados com relação a cada medicamento que compõe o protocolo quimioterápico, sendo os mais comuns: náuseas; alopecia; vômito; mielotoxicidade; mucosite; constipação; diarreia e redução ou aumento do peso corporal (MENDES, 2009).

A utilização da quimioterapia antineoplásica, como recurso terapêutico sistêmico contra o câncer, vem se destacando de forma promissora, conforme as purificações das drogas e a elaboração de protocolos de administração que possibilitam a utilização de mais de um composto, simultaneamente, bem como o contorno dos efeitos colaterais mediante aplicação de terapia, de resgate e de proteção (JORGE; SILVA, 2010).

Nessa perspectiva, o estigma de morte que envolve a doença, ao se descobrir com diagnóstico de câncer, faz com que o indivíduo deixe de existir em seu mundo

cotidiano e passe a viver em outra dimensão, na qual a possibilidade de morte parece revelar algo inevitável. Desse modo, passa a almejar não somente o cuidado com a doença e com suas manifestações físicas, mas anseia também por ações que expressem solução e compreensão quanto ao seu existir doente (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Arelado a isso, destaca-se que a sociedade atual, muitas vezes, desconhece a relação ao fenômeno morte, assim, ignora as experiências das pessoas com câncer e suas necessidades de cuidado, fazendo com que o sofrimento aumente, principalmente em relação aos aspectos psicológicos que o envolvem (SALES, 2003).

No concernente ao tratamento do câncer, o paciente pode se defrontar com possíveis alterações na aparência física, limitações e impedimentos de atividades de rotina, que muitas vezes somam-se à quimioterapia, que é considerada por muitos pacientes como “assustadora”, devido aos seus efeitos colaterais e por entrar em contato com a doença de forma mais concreta, podendo prejudicar sua autoestima (NUCCI, 2003).

Mediante o exposto, percebe-se que a quimioterapia, como tipo de tratamento, representa um avanço na cura e no controle do câncer, aumentando a expectativa de vida do paciente. É essencial, portanto, que os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que atuam nessa área tornem efetiva sua orientação quanto aos objetivos e aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, além, sobretudo, de oferecer apoio emocional, na tentativa de minimizar os medos do paciente oncológico, bem como sua autoestima (MELO et al., 2002).

2 JUSTIFICATIVA

Nesse contexto da oncologia, como já mencionado anteriormente, mas que merece ênfase constante, é que o diagnóstico de câncer vem, para muitos pacientes, com o estigma de morte que envolve essa doença, e a possibilidade de morrer, juntamente com a necessidade de tratamento, que pode ser quimioterápico. Tudo isso revela algo inevitável para o indivíduo recém-diagnosticado, podendo também provocar além de anseios, alterações em sua autoestima (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Não obstante, o diagnóstico de câncer pode forçar uma reestruturação das expectativas e da vida diária, visto que podem ocorrer mudanças físicas, mentais e nos relacionamentos interpessoais, assim como na percepção que o indivíduo tem de si mesmo. O paciente pode ter seu equilíbrio psicológico ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos. Com isso, a adaptação ou o ajuste psicossocial ao câncer é um processo no qual cada pessoa procura controlar seus sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (SOUZA; ARAÚJO, 2010).

A partir dessas ponderações e mediante um reduzido número de estudos que abordem a autoestima no paciente com câncer e em tratamento quimioterápico, justifica-se a realização deste estudo, posto que todas estas questões, diagnóstico, tratamento e complicações eminentes do câncer, merecem ser pesquisadas, a fim de que essa temática possa sensibilizar os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros e acadêmicos de enfermagem, além de toda a equipe multidisciplinar para questões que envolvam o atendimento ao paciente com câncer. Dessa forma, será possível aprimorar a qualidade da relação profissional/paciente/família/instituição, para se obter maior adesão desses pacientes ao tratamento e contribuir para a elaboração de estratégias que visem à humanização e à integralidade da assistência prestada, com o intuito de melhorar a autoestima dos portadores de câncer durante o tratamento quimioterápico, assim como a interação paciente/equipe de enfermagem.

3 OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos:

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico em um serviço de oncologia de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar o tipo de câncer; o estadio da doença; o tempo de diagnóstico do câncer; o tempo de tratamento quimioterápico; o número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia e a presença de câncer em outro órgão nos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia;
2. Mensurar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia;
3. Avaliar se existe associação das variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; número de filho; renda familiar mensal; escolaridade; ocupação; crença religiosa; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; tipo de câncer; estádio da doença; tempo de diagnóstico do câncer; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão; presença de doença crônica;

medicamentos de uso contínuo e evento marcante na vida, com a medida de autoestima dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia.

4 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

4.1 O câncer e o tratamento quimioterápico

A palavra câncer deriva do latim e significa caranguejo, sendo assim caracterizada devido a sua adesão aos tecidos vivos, normalmente, ao longo da vida. Ressalta-se que a reprodução celular na maioria dos tecidos é controlada por mecanismos biológicos intrínsecos, e, nessa doença, esse mecanismo de controle é perdido (SOARES; SILVA, 2010).

O câncer é uma doença tão antiga quanto a humanidade. Ao longo dos anos, recebeu vários significados distorcidos da sua real fisiopatologia, estando durante séculos associado a fatores místicos; à doença advinda de castigos divinos; considerada como impura; associada a precárias condições de higiene física e moral. Com o passar do tempo, as causas, tanto internas quanto externas, foram sendo mais estudadas relacionando a concepção de que algo ataca o corpo, provocando, assim, a destruição da vida. Contudo, a partir dos anos 1950, com os movimentos sociais feministas e mais intensivamente com os avanços nos métodos de diagnóstico e de tratamento, iniciou-se uma mudança socialmente considerável nos significados e nas formas de enfrentamento da doença, que contribuíram para o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevivência dos pacientes (MOLINA; MARCONI, 2006).

O termo tumor significa intumescimento, podendo ser encontrado em processos inflamatórios e infecciosos, sem obrigatória proliferação tecidual e ser usado como sinônimo de neoplasia. Esta significa massa anormal de tecido, com o crescimento desordenado excedendo aos tecidos normais, persistindo mesmo após o término do estímulo que induziu a alteração. Já a palavra câncer, é utilizada atualmente para referir-se a todos os tumores malignos (ANDRADE; SILVA, 2007).

Com base na literatura, ressalta-se que o perfil epidemiológico das doenças crônicas, em especial o câncer, está aumentando em ritmo acelerado, representando um sério problema de saúde pública em âmbito mundial, sem distinção de região, classe social e gênero, apresentando características particulares como longo período de duração, riscos de complicações, rigoroso controle de

cuidados permanentes, sequelas e incapacidades funcionais significativas (MOLINA; MARCONI, 2006).

Mediante isso, é possível destacar que o novo milênio traz consigo uma nova realidade para o Brasil. Com o envelhecimento da população, no país e no mundo, encontram-se problemas decorrentes desta fase de vida do indivíduo, como por exemplo, o avanço das doenças crônico-degenerativas, dentre elas, o câncer (TRINCAUS; CORRÊA, 2007).

Associado a esse fator, o processo global de industrialização modificou os padrões de saúde-doença, conhecida como transição epidemiológica, sendo esta caracterizada pela mudança do perfil de mortalidade, com diminuição de taxas de doenças infecciosas e aumento de doenças crônico-degenerativas, como o câncer. Nos países da América Latina, essa transição epidemiológica ainda não se completou devido a diferentes fatores como, por exemplo, a desigualdade social. Perante esse fator, é possível uma diversidade no perfil epidemiológico do câncer (BERTAN; CASTRO, 2010).

As mesmas autoras, juntamente com Menezes et al. (2007), compartilham que o Brasil está numa fase de transição demográfica, na qual se encontra redução nas taxas de natalidade e de mortalidade, coexistindo, nesse cenário, com a ocorrência de doenças agudas e crônicas, de cânceres em crianças, adultos, jovens e idosos. Todavia, qualquer que seja sua etiologia, o câncer é reconhecido como uma doença crônica que atinge milhões de pessoas, independentemente de classe social, cultura ou religião.

Cabe destacar que o câncer se tornou uma das principais causas de morte, afetando grande parte da população mundial. Mais de 10 milhões de pessoas no mundo a cada ano recebem o diagnóstico da doença (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Ainda nesse contexto, as neoplasias são enfermidades com altas taxas de incidência, que geram efeitos biológicos no organismo do indivíduo e também grandes repercussões psicológicas, por serem estigmatizantes e atribuídas a significados sociais de preconceito e reclusão (XAVIER et al., 2010).

Conforme estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, no ano de 2012, foram esperados 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640, para sexo feminino (BRASIL, 2011).

Ainda nesse país, os tumores mais incidentes para mulheres são os de mama, com risco estimado de 49 casos a cada cem mil mulheres, enquanto que, para os homens, os mais frequentes são os de próstata, com risco estimado de 54 casos para cada cem mil homens. Quando associados ambos os sexos, o segundo tipo de câncer mais incidente é o de cólon e de reto, com cerca de 14 casos para homens e 15, para mulheres, considerando-se a proporção para cada cem mil habitantes (XAVIER et al., 2010).

Bertan e Castro (2010) complementam que os tipos de câncer mais comuns na população de classe social elevada, os quais têm aumentado nos últimos anos, são os cânceres de mama, de próstata e colorretal. Ressalta-se também que têm se mantido elevadas as taxas de câncer mais comuns à população de baixa renda, como, o de colo de útero, de pênis e de estômago.

Com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 70% das mortes de câncer intercorrem em países de baixa e média renda, devido aos recursos disponíveis para prevenção, para diagnóstico e para tratamento serem limitados e, por vezes, inexistentes, estimando que 17 milhões de pessoas morrerão de câncer em 2030 (BRASIL, 2014). Assim sendo, o câncer é a segunda causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças do sistema circulatório (GORIN, 2010).

Ainda sobre a incidência do câncer, sua distribuição e mortalidade são de suma importância, visto que permitem a busca por novos avanços científicos em relação à prevenção e à cura, contribuindo para a resolução da atenção à saúde (ANDRADE; SILVA, 2007).

Com isso, o avanço da tecnologia tem permitido o diagnóstico mais precoce e preciso, possibilitando intervenções apropriadas em curto espaço de tempo. Entretanto, os tratamentos, atualmente utilizados na tentativa de controle e cura do câncer, ainda causam diversos efeitos colaterais, necessitando de outras intervenções para minimizá-los (GORINI, 2010).

As duas últimas décadas testemunharam um considerável avanço no diagnóstico e no tratamento do câncer, tendo-se a cura como objetivo terapêutico real em 50% dos tumores diagnosticados. Destacam-se como as principais formas de tratamento do câncer: a cirurgia; a radioterapia; a quimioterapia; a hormonioterapia; a imunoterapia e a terapia combinada que pode ser a combinação de todas as formas de tratamento do câncer (SOARES; SILVA, 2010).

Ainda nesse contexto, salienta-se que o diagnóstico de câncer pode trazer consequências imprevisíveis ao indivíduo e a seus familiares. Na cultura ocidental, o câncer associa-se à dor, ao sofrimento, às limitações físicas, à dependência e ao medo da morte, isto é, à ruptura dos planos de vida. No entanto, a revelação do diagnóstico ao paciente permite que ele e sua família possam processar suas estratégias de enfrentamento da melhor forma possível, lidando com os efeitos causados pela doença e por seu tratamento (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

As mesmas autoras fazem referência ao progresso tecnológico dos meios diagnósticos e dos procedimentos terapêuticos afirmando que estes têm ampliado a sobrevivência dos pacientes. Reconhecem ainda que, no período de sobrevivência, a morbidade é um aspecto impactante, principalmente durante o tratamento, impedindo que o paciente exerça suas atividades laborais normalmente.

Nesse sentido, o câncer é considerado uma enfermidade metafórica, trazendo consigo significações diversas tais como desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, sendo relacionado à fatalidade. Essa acepção é muitas vezes reforçada pelos meios de comunicação, por intermédio da propaganda, destacando que o câncer é algo que destrói a pessoa tanto por dentro quanto por fora, levando à morte (TRINCAUS; CORRÊA, 2007).

Mediante essas afirmações, Guerreiro, Zago e Pinto (2011) inferem que na sociedade, embora com as inúmeras formas de tratamento, o câncer ainda é considerado uma doença incurável, que evidencia a proximidade da morte. Assim sendo, os significados e as interpretações acerca do câncer e das situações que lhe estão impostas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e do tratamento da doença (SILVA, 2008).

Nessa vertente, o ser humano é ao mesmo tempo ator e autor de sua própria história, tornando-se um realizador de seus projetos, e planejar faz parte de seu existir cotidiano. Isso implica que, como um ser existente e pensante, o homem é capaz de projetar seu tempo no mundo. Não obstante, ao se perceber com câncer, a pessoa se entristece perante a possibilidade do não-pensado, do não- planejado, ou seja, perante a possibilidade da morte (SALES; MOLINA, 2004).

Dessa forma, o início de uma doença crônica no adulto implica mudanças de comportamento integradas ao seu modo de vida, alterando as necessidades pessoais; as tarefas de rotina tornam-se difíceis, as finanças e as perdas passam a se acumular (BALSANELLI; GROSSI; HERTH, 2011).

A descoberta do estar com câncer é um momento difícil de ser enfrentado pelo paciente, uma vez que este não apenas passa a conviver com o estigma social de o câncer ser uma doença cujas possibilidades de cura podem ser pequenas, dependendo do tipo de câncer, mas também teme os efeitos que seus tratamentos podem acarretar (SALES; MOLINA, 2004).

Quanto aos aspectos da experiência com o câncer, embora semelhantes, cada pessoa tem características pessoais para lidar com a doença e com suas formas de tratamento devido às suas crenças, aos valores e à forma de ver o mundo de acordo com a sua cultura (FONTES; ALVIM, 2008).

Pode-se inferir também que o diagnóstico de câncer tenha frequentemente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e às desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte, como já mencionado anteriormente, ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre são passíveis de ocorrer (SILVA, 2008).

Não obstante, o diagnóstico de câncer força uma reestruturação das expectativas e da vida diária, visto que podem ocorrer mudanças nos relacionamentos interpessoais. Dessa forma, o paciente tem seu equilíbrio psicológico ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos. A adaptação ou o ajuste psicossocial ao câncer é um processo no qual cada pessoa procura manear seus sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (SOUZA; ARAÚJO; 2010).

Neste sentido, Valle et al. (2006) destacam que sintomas psicológicos podem estar associados ao câncer, podendo ocorrer devido a uma reação normal do corpo à própria doença e até mesmo ao tratamento.

O cuidado ao paciente oncológico, principalmente durante todo o tratamento, torna-se mais complexo do que com outras doenças, uma vez que envolve, além dos aspectos físico-biológicos e socioculturais, os aspectos espirituais das pessoas. Dessa forma, cabe ao enfermeiro, responsável pelo planejamento individualizado da assistência, compreender e valorizar a relação destes para enfrentamento do câncer, na visão do paciente (GUERREIRO; ZAGO; PINTO, 2011). Referentemente ao cuidado com o paciente oncológico, a Enfermagem reconhece a importância das diversas formas para se tratar o câncer, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (VISENTIN; LENARDT, 2010).

A quimioterapia é um dos principais tipos de tratamento ofertados a pacientes com câncer. Sua eficácia é comprovada a cada dia e novas substâncias, protocolos e associações são constantemente desenvolvidos. Mesmo sendo obtidas constantes evoluções, essas drogas ainda representam um dos mais tóxicos grupos farmacológicos conhecidos (LACERDA, 2001).

No que refere ao contexto histórico, o mesmo autor descreve que o primeiro relato do uso de uma droga no tratamento do câncer ocorreu em 1940, de forma totalmente acidental. Pesquisadores realizavam testes de novas substâncias voltadas ao tratamento da tuberculose, quando observaram alguns efeitos citorredutores em pacientes portadores de neoplasias linfáticas sólidas. Assim, foram elaborados, ao longo dos anos, protocolos para desenvolvimento clínico, para toxicidade, para desempenho e para tolerância a esses agentes. O resultado dessa evolução pode ser elucidado em critérios de “cura” para algumas neoplasias e, principalmente, no aumento da sobrevida para a maioria dos pacientes nessa condição.

O tratamento quimioterápico consiste em empregar substâncias químicas, isoladas ou em combinação, objetivando tratar as neoplasias malignas, atuar em nível celular, intervindo no seu processo de crescimento e de divisão celular (BONASSA, 2000).

Durante esse tipo de tratamento, as doses repetidas são muitas vezes necessárias por um período prolongado para tentar a regressão do tumor, uma vez que seu objetivo é matar quantidade suficiente do tumor para que as células restantes possam ser destruídas pelo sistema imunológico do corpo (FONTES; ALVIM, 2008).

Essas drogas agem especialmente nas células que estão em processo de divisão ativa, sendo mais eficientes quando utilizadas precocemente. Além disso, os tumores de rápido desenvolvimento são mais sensíveis à destruição pelo fato de mais células estarem em processo de divisão. Desse modo, um tumor pode apresentar resistência aos agentes quimioterápicos, podendo essa resistência ser primária, ou seja, derivada da incapacidade de responder ao tratamento desde o início da sua exposição à droga escolhida, ou secundária, sendo esta induzida pela exposição progressiva a um ou múltiplos agentes quimioterápicos que, embora estejam estruturalmente relacionados, resultam possivelmente da heterogeneidade celular tumoral (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A partir dessas acepções, cabe destacar que os tipos de quimioterapia são: 1) adjuvante, indicada após retirada cirúrgica completa do tumor e na ausência de metástase detectáveis; 2) prévia, neoadjuvante ou citorrredutora, designada anteriormente à cirurgia ou à radioterapia, diminuindo o risco de metástase; e para controle temporário da doença realizada em casos específicos como câncer de ovário, mieloma múltiplo e leucemias crônicas; 3) paliativa, prescrita tendo em vista o controle dos sintomas, não repercutindo sobre a sobrevivência dos paciente; 4) curativa, usada com a finalidade de cura, como nos casos de câncer infantil e, 5) regional, quando administrada dentro de fluidos orgânicos específicos, como na medula espinhal, a fim de atingir espaços que a quimioterapia sistêmica não consegue (BRASIL, 1997).

Cabe salientar que, por meio da poliquimioterapia, ocorre a utilização de mais de um agente citotóxico em combinação, sendo capaz de retardar o mecanismo de crescimento tumoral, e com isso possibilitar melhores respostas ao tratamento. Dentre suas vantagens, estão o efeito adicional que é produzido; a potencialização do efeito terapêutico de uma droga com o uso de outra; o retardo da resistência tumoral; possibilidades de doses menores e, conseqüentemente, a diminuição dos efeitos tóxicos e colaterais (ANDRADE; SILVA, 2007; SOARES; SILVA, 2010).

Com relação à classificação dos quimioterápicos, estes se classificam quanto ao mecanismo de ação em: 1) drogas de ciclo-específico, em que as drogas atacam-se contra células que estão em divisão, muitas atuando em fases determinadas destes ciclos específicos, tendo seu efeito em função do tempo e da concentração; e 2) drogas inespecíficas, que agem em qualquer fase do ciclo celular, incluindo células em repouso, sendo o número de células atingidas relativo à quantidade de droga administrada, ou seja, esta, administrada em bólus, conseqüentemente será mais eficaz (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Quanto à classificação, conforme estrutura bioquímica e origem biológica, os quimioterápicos podem ser classificados em: 1) alquilantes, que agem em todas as fases do ciclo celular, como por exemplo, a ciclofasmida; 2) antimetabólicos, que atuam na fase síntese, tendo como exemplar o metotrexano; 3) alcaloides, que intervêm na fase da mitose, como o caso da vincristina; 4) antibióticos, que são efetivos em várias fases do ciclo celular, tendo a bleomicina como modelo; e por fim, 5) miscelâneos, que são medicamentos de composição química e de mecanismos adversos, como a dacarbazina (BRASIL, 1997).

A variedade dos medicamentos utilizados no tratamento do câncer, os quimioterápicos e a saúde geral, que, muitas vezes, se encontra debilitada, fazem parte da avaliação rotineira desse grupo de pacientes, tendo em vista que esses agentes diferem das demais drogas em dois pontos básicos: o primeiro requerendo como objetivo a destruição das células neoplásicas e o segundo que destaca seu índice terapêutico e tóxico, em grande parte, muito estreito ou inexistente, o que determina reações adversas tegumentares frequentes (CRIADO et al., 2010).

Com isso, a indicação dos quimioterápicos implica ainda uma série de fatores que devem ser levados em consideração durante seu planejamento como: o estado nutricional do paciente; as funções renais; hepática e pulmonar; a presença de infecções; o tipo e localização do tumor; a existência de metástase e a extensão das mesmas. Ressalta-se ainda, que para a aplicação da quimioterapia, é necessária uma avaliação prévia, cuja finalidade é a de assegurar que o organismo do paciente se encontre em condições de superar os efeitos tóxicos dos medicamentos quimioterápicos. Assim, os exames solicitados para se proceder a essa avaliação dependem das drogas a serem utilizadas, dos seus efeitos tóxicos, do número de ciclos já recebidos e das condições clínicas do paciente (BRASIL, 1997).

Referentemente à administração dos quimioterápicos, esta pode ocorrer por meio das vias oral; intramuscular; subcutânea; intravenosa; intra-arterial; intratecal; intraperitoneal; intravesical; aplicação tópica e intra-retal; sendo a intravenosa a mais utilizada. Todavia, a administração das drogas depende da classificação das mesmas, ou seja, condizente ao ciclo, à estrutura química e à função em nível celular (BONASSA, 2000; MOHALLEM; RODRIGUES, 2007; ANDRADE; SILVA, 2007).

Para a administração dos quimioterápicos, é necessário os profissionais adotarem alguns cuidados básicos como (BRASIL, 1997):

- Punção de veias de médio calibre;
- Supervisão do enfermeiro durante todo o período de administração;
- Atenção especial no concernente à assepsia;
- A administração prévia de antieméticos visando prevenir náusea e vômito;
- A instalação de um soro de manutenção e a droga paralelamente;
- O enfermeiro deve orientar o paciente quanto ao tratamento;
- Avaliação psicológica do paciente e da família;

- Aplicação de creme hidratante em toda a extensão dos membros superiores realizando exercícios passivos e orientar a não expor o mesmo ao sol;
- Orientar a ingestão de líquidos;
- Indicar a realização de compressas mornas após dez dias da data do tratamento;
- Nunca puncionar a mesma veia sucessivamente.

No tratamento da quimioterapia antineoplásica, os efeitos tóxicos e colaterais são preocupações constantes. Diversos agentes citoprotetores têm sido desenvolvidos para proteger células normais da ação tóxica da quimioterapia. Teoricamente, o agente citoprotetor ideal seria aquele capaz de manter a intensidade relativa de dose quimioterápica, proteger um maior número de órgãos e de tecidos do mais amplo número de agentes quimioterápicos, preservando sua ação antitumoral e tendo a menor toxicidade intrínseca. Essa toxicidade pode ser considerada fator limitante primário da terapêutica do câncer (SOUZA et al., 2000).

Nesse contexto, destaca-se que os principais efeitos colaterais ou toxicidades do tratamento quimioterápico são: hematológicos; gastrointestinais; cardiotoxicidade; hepatotoxicidade; toxicidade pulmonar; neurotoxicidade; disfunção reprodutiva; toxicidade vesical e renal; alterações metabólicas; toxicidades dermatológicas; reações alérgicas e anafilaxia (MACHADO; SAWADA, 2008).

Em decorrência de suas altas taxas metabólicas, a pele, as mucosas e os anexos constituem os mais importantes órgãos-alvo da toxicidade associada à quimioterapia, destacando-se as reações exantematosas e o eritema multiforme que são mais comuns. Toxicidades locais específicas, como alopecia, mucosites, alterações ungueais ou síndrome da mão-pé, estão habitualmente associadas a determinadas drogas ou grupo de drogas. Todavia, a maioria das reações é reversível com a redução das doses ou com o aumento dos intervalos entre as mesmas e determinadas toxicidades possam ser efetivamente tratadas ou prevenidas (SANCHES JUNIOR et al., 2010).

Dos efeitos colaterais mais frequentes nos pacientes submetidos à quimioterapia, destaca-se a alopecia, que constitui a manifestação adversa cutânea mais comum, sendo que, com ciclos repetidos de tratamento, pode haver alopecia total, e complicações orais, uma vez que, cerca de 40% dos doentes em tratamento apresentam algum tipo de alteração na mucosa oral (SANCHES JUNIOR et al., 2010).

Com relação às toxicidades da quimioterapia, destacam-se, ainda, importantes manifestações como: mielossupressão; neutropenia; plaquetopenia; anemia; náuseas; vômito; diarreia e constipação, extravasamento de drogas e mucosites (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Para Sawada et al. (2009), como consequências clínicas da quimioterapia, são apontados lesão de esôfago; fraturas ósseas; má nutrição; desequilíbrio hidroeletrólítico e ácido-básico, que por muitas vezes levam o paciente a recusar o tratamento. É notório enfatizar que todas essas alterações podem levar à diminuição da qualidade de vida, alterando, assim, a eficiência do tratamento e a prevenção de complicações.

Com referência ao tratamento quimioterápico, todos os efeitos colaterais associados, além de gerar medo nos pacientes, pelo fato de afetar sua autoimagem ou imagem corporal, podem ter como consequência o sentimento de dependência quanto a outra pessoa na realização de tarefas durante sua rotina ou até mesmo financeiramente (MELO et al, 2002).

Desse modo, o paciente passa a almejar não somente o cuidado com a doença e com suas manifestações físicas, mas anseia também por ações que expressem solução e compreensão em relação ao seu existir doente (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Com isso, diante da alta incidência de pessoas acometidas por câncer, é preciso estar atento não apenas ao diagnóstico precoce e ao seu tratamento adequado, mas também à percepção que o sujeito tem sobre sua própria vida, de modo que o mesmo consiga obter um bom índice de qualidade de vida. Também faz-se necessário que seu estado emocional, embora abalado, se mantenha saudável (BERTAN; CATRO, 2010).

Os mesmos autores relataram que é frequente o aparecimento de transtornos psicológicos após o diagnóstico de uma doença grave como o câncer. Esses transtornos podem estar associados a diferentes fatores, tais como: estigma da doença; dificuldade para enfrentar o tratamento (quimioterapia, radioterapia, etc.); seus efeitos colaterais, e a readaptação após o tratamento. Dentre os problemas psicológicos mais vivenciados por esses pacientes oncológicos, a autoestima e sua percepção sobre a imagem corporal, merece ser destacada, uma vez que se encontram relacionadas, a essa nova condição de vida.

4.2 Autoestima

O bem-estar subjetivo, ao qual subjaz uma lógica hedônica de prazer e de gratificação mais imediatos, traduz na presença de emoções positivas e na ausência de emoções negativas e na avaliação global da satisfação com a vida. Maior satisfação com a vida parece estar relacionada a indicadores de funcionamento positivo e menor satisfação tem sido associada a sintomas psicológicos como a diminuição da autoestima. A mesma foi identificada como uma das características associadas aos indivíduos mais felizes (FREIRE; TAVARES, 2011).

Assim, para Avancini et al. (2007), a autoestima expressa uma atitude de aceitação ou de repulsa de si e engloba o julgamento que o indivíduo tem de si próprio no que concerne à competência e à valia, ou seja, é o juízo pessoal de valor revelado por meio das atitudes que o indivíduo tem consigo mesmo, sendo uma experiência subjetiva acessível as pessoas com relatos verbais e com comportamentos observáveis.

A autoestima pode ser definida como o juízo pessoal de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser criado no cotidiano da primeira infância, sendo de suma importância na relação do indivíduo com ele mesmo e com os outros. Ela instiga a percepção dos acontecimentos, o comportamento e essencialmente o sucesso frente a um determinado desafio, o qual dependerá muito do estado emocional do indivíduo, tendo como referência a qualidade de sua autoestima e seu nível de confiança (TERRA; MARZIALE; ROBAZZI, 2013).

Nessa perspectiva, a autoestima relaciona-se com a personalidade da pessoa, deriva do que o indivíduo é, de como ele vê as coisas e de como os outros os veem, levando à valorização e à confiança pessoal em todos os relacionamentos. Acrescenta-se também que conceitos de autoestima e de autoconhecimento bem como as dimensões pessoais (ser, estar, ter, poder, querer) são essenciais para o convívio das pessoas (MARIUTTI, 2010). Cabe mencionar que a autoestima ainda possibilita a construção do indivíduo quanto ao autoconceito, mediante também os poderes de cognição e modalidades de conduta e de desempenho acompanhadas de atitudes específicas para com as mesmas (GOMES, 1997).

Dentro desse contexto, o indivíduo com bom nível de autoestima é aquele que simplesmente se considera igual aos outros, sabe das próprias limitações e procura melhorar (ROSENBERG, 1965). Furegato et al. (2005) corroboram essa afirmação ao mencionar que a interpretação que o indivíduo faz do mundo condiz com suas experiências, com seu aprendizado e, principalmente, em função da sua constituição psíquica.

Com isso, um indivíduo seleciona formas de satisfazer suas necessidades de acordo com a maneira de se relacionar com o mundo. Esse fato ocorre por meio dos mecanismos de enfrentamento como: negação, omissão, distorção e projeção, e, assim, evitando os efeitos da ameaça impostos pela situação de estresse (FUREGATO, 1999).

A autoestima alta encontra-se associada a alguns fatores, como: a racionalidade; o realismo; a intuição; a criatividade; a independência; a flexibilidade; a habilidade para lidar com mudanças; a disponibilidade para admitir e retificar os erros; a benevolência e a cooperação. Já a autoestima baixa, se encontra atrelada à irracionalidade, à cegueira diante da realidade, à rigidez, ao medo do novo e não familiar, ao conformismo ou à rebeldia imprópria, à postura defensiva, ao comportamento por demais submisso ou supercontrolador e ao medo dos outros ou à hostilidade em relação a eles (BRADEN, 2000).

Ela pode ser avaliada segundo os níveis baixo, médio e alto. Autoestima baixa caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e de incapacidade de superação de desafios; a alta expressa um sentimento de confiança e de competência e a média flutua entre o sentimento de adequação ou de inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento (BRADEN, 2000).

Na temática da oncologia e do tratamento quimioterápico, é notório enfatizar que o câncer é relatado na literatura como uma doença devastadora que afeta o indivíduo tanto funcional como psicologicamente. Assim sendo, desde o diagnóstico, o início e o decorrer do tratamento dessa patologia, os indivíduos podem ser avaliados com distúrbio de humor, logo com autoestima baixa, podendo essa desordem aumentar com a gravidade dos sintomas físicos associados à quimioterapia, afetando, com isso, até a aderência ao tratamento (AVELAR et al., 2006).

Os efeitos colaterais relacionados ao tratamento quimioterápico, como por exemplo, náuseas, vômitos, alopecia, fadiga, ganho de peso, efeitos na pele, disfunções sexuais, dentre outros, podem acentuar os distúrbios da autoimagem e da autoestima do paciente, além de repercutir na vida funcional e produtiva. Sob essa perspectiva, compreende-se a noção de corporeidade dentro do processo saúde-doença, uma vez que o corpo representa o palco onde se dá tal processo (OLIVEIRA et al., 2010).

Considerada uma patologia com grande potencial de ameaça à vida, à integridade e à funcionalidade corporais, o câncer configura-se como uma das doenças que detêm tratamentos culturalmente mais temidos, uma vez que envolve um fator de extrema importância, a alteração da imagem corporal, estando esta vitalmente associada à condição de autoestima (OLIVEIRA et al., 2010).

Os mesmos autores complementam que essa condição de vida vai além do aspecto neurofisiológico, assumindo componentes pessoais e sociais à medida que as emoções e relações com outros corpos vão fazendo parte dessa concepção e, assim, participa do processo de formação da identidade pessoal, tendo em vista que a imagem corporal representa a tomada de consciência do eu corporal mesmo se dando de forma subjetiva.

Dessa forma, destaca-se a importância do profissional da área da saúde, principalmente o enfermeiro, de atuar de forma criativa contra os eventos estressores do câncer e do tratamento quimioterápico, buscando alternativas e condutas de enfrentamento para o paciente. Para isso, o profissional e o paciente devem interpretar o problema e redefini-lo, possibilitando novas formas para solucioná-lo, tendo em vista que cada indivíduo procura resolver seus problemas de modo diferente. Com isso, devem basear-se também na cultura e no contexto, mediante a fé religiosa ou outros recursos como o apoio social, os recursos financeiros e as habilidades internas (MARIUTTI, 2010).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo-analítico de corte transversal e abordagem quantitativa.

Os estudos epidemiológicos são caracterizados por estimarem a prevalência das doenças nos seres humanos no que se refere à sua distribuição e a seus determinantes. Apresentam dois componentes bem distintos, um analítico e um descritivo, sendo este comprometido com a descrição dos padrões de ocorrência de doenças, ou agravos à saúde, em uma população de acordo com certas características, principalmente em relação à pessoa, ao lugar e ao tempo (FRANCO; PASSOS, 2005).

Estudos descritivos têm em seu contexto o compromisso com a observação, com registro, com análise e correlação dos fatos ou dos fenômenos sem manipulá-los, visando descobrir, com a precisão possível, a frequência com que o fenômeno ocorre, sua associação e semelhança com os outros, sua natureza e características (CERVO; BERVIAN, 2002).

A epidemiologia descritiva faz uso de dados sob duas formas, sendo estas primárias e secundárias. A primeira caracteriza-se por dados coletados para o desenvolvimento do estudo, e a segunda, por dados pré-existentes, por exemplo, de mortalidade e hospitalizações (COSTA; BARRETO, 2003).

Os mesmos autores seguem dizendo que, no condizente a estudos analíticos, estes são realizados com vista a averiguar a associação entre a exposição e uma doença ou condição, esta, relacionada à saúde.

A pesquisa transversal é definida como sendo os estudos nos quais fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, ou seja, fazendo um corte no tempo. Destaca-se que esse delineamento é um dos tipos de estudo mais empregados na pesquisa epidemiológica (BORDALO, 2006). Nessa modalidade, pode-se investigar “causa” e “efeito” de maneira simultânea e verificar a associação existente entre a exposição e a doença (SITTA et al., 2010).

É notório enfatizar que os estudos transversais são considerados uma boa ferramenta para descrever as características da população, identificar grupos de risco e planejar ações de saúde. Quando utilizados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem oferecer valiosas informações para o avanço do conhecimento científico (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Sobre a abordagem quantitativa, cabe destacar que esta se baseia em métodos lógico-dedutivos, em que os dados são quantificados, buscando explicações quanto a relações de causa/efeito e, com a generalização dos resultados, possibilitarem reproduções do trabalho (BERTO; NAKANO, 1999).

5.2 Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de oncologia, de um hospital geral de médio porte, com 114 leitos, localizado em um município do Sul do estado de Minas Gerais, com atendimento do SUS, particular e convênios.

Atualmente, a saúde neste município está estruturada na atenção básica, sendo as Unidades de Saúde da Família (USF) a porta de entrada no SUS. Ao todo, são quatorze USF e quatro ambulatórios de especialidades, sendo que estes fornecem suporte às USF. Além disso, atendem à área central do município que, por sua vez, não é coberta pelas USF. Pertinente à Saúde Mental, possui o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tendo em vista a estrutura hospitalar deste município, esta é constituída por três hospitais gerais, sendo dois de médio e um de pequeno porte. Conta também com a sede da Gerência Regional de Saúde (GRS) que administra 26 municípios da região (PREFEITURA, 2012).

Quanto ao local de desenvolvimento do estudo, este hospital foi fundado em julho de 1907, constituído por uma irmandade religiosa que buscava arrecadar fundos para a construção do primeiro prédio. À medida que os anos foram avançando, incentivos do governo foram surgindo, havendo a aquisição de materiais e de equipamentos, possibilitando o desenvolvimento em sua estruturação (SANTA CASA, 2012).

Atualmente em formato de hospital, a instituição tem se modificado, buscando sempre associar novas tecnologias ao cuidado com o cliente, enfatizando que o saber médico e de enfermagem requer conhecimento científico, atenção e respeito

aos clientes, frutificando, assim, em cuidados com qualidade, com carinho e com humanização. Embora passados cem anos da sua fundação, a instituição prevalece com seu lema central que é prioridade aos mais carentes, proporcionando saúde aos doentes, consolo aos familiares, tratando-os com respeito e com humanidade (SANTA CASA, 2012).

Dentre os serviços ofertados pela instituição, destaca-se a Clínica de Oncologia, que atende pacientes do município de Alfenas-MG e de cidades circunvizinhas. O credenciamento desse serviço ocorreu no ano de 2009, quando inicialmente eram ofertados tratamento quimioterápico, hormonioterapia e cirurgia. A partir de 2010, credenciou-se também a radioterapia como forma de tratamento. As obras para melhorar a infraestrutura já foram iniciadas, buscando em breve atender aos pacientes que necessitarem do serviço e propiciando, assim, a descentralização do fluxo aos grandes centros.

5.3 População de Estudo

Na referida clínica de oncologia, na qual o estudo foi realizado, estão cadastrados, até o presente momento, em torno de 600 pacientes com diagnóstico de câncer, sendo esta também a representação de atendimentos ao mês. Referentemente ao número de pacientes em tratamento quimioterápico, nesse serviço existem aproximadamente 225 pacientes e o restante encontra-se em acompanhamento, mas sem realização de quimioterapia.

Dessa forma, por meio de amostragem aleatória, adotando-se erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, o cálculo amostral determinou uma amostra de 142 pacientes (MEDRONHO, 2006).

Não obstante, foram coletados dados de 156 pacientes que utilizaram o serviço de oncologia do referido hospital e que se encontravam em tratamento quimioterápico. Com isso, a amostra final do presente estudo constituiu-se de 156 pesquisados.

Os critérios de inclusão adotados no presente estudo foram: pacientes que tivessem dezoito anos de idade ou mais, com diagnóstico de câncer constatado e que estivessem em tratamento quimioterápico endovenoso no referido serviço.

5.4 Período de Investigação

Após a autorização da instituição em estudo, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), o processo de refinamento do questionário, e a realização do teste piloto, a coleta de dados teve início.

O período de coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a maio de 2013.

5.5 Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram adotados os seguintes princípios éticos, por se tratar de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos (BRASIL, 2013; GAUTHIER et al., 1998):

- Solicitação de autorização prévia à administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICE A);
- Aos participantes da pesquisa, foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da pesquisa (APÊNDICE B);
- Os juízes participantes do processo de refinamento (validação de aparência) do questionário foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação neste processo (APÊNDICE C).

O Projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), para avaliação, obtendo aprovação com parecer número 91.918 (ANEXO A).

5.6 Instrumentos para Coleta de Dados

Foram utilizados para a coleta de dados dois instrumentos que são descritos na sequência.

5.6.1 Questionário para caracterização da amostra

O questionário semiestruturado, de autoria dos pesquisadores, contém 24 questões, abordando as variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos; renda familiar mensal; escolaridade; ocupação; tipo de moradia; crença religiosa; município de residência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; tipo de atendimento; tipo de câncer; estadió da doença; tempo de diagnóstico do câncer; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão; presença de doença crônica; medicamentos de uso contínuo e evento marcante na vida (APÊNDICE D).

É importante ressaltar que o questionário é uma das formas mais habituais para coletar dados, proporcionando medir com melhor exatidão o que se almeja por meio das respostas às questões que o próprio informante preenche, devendo ser limitado em sua extensão e finalidade, optando primordialmente ser de natureza interpessoal (CERVO; BERVIAN, 2002).

Destaca-se que esse instrumento foi submetido a um processo de refinamento (validação de aparência), visando averiguar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem alcançar os objetivos traçados (RICCIO et al., 1995). Por meio desse procedimento, é possível a avaliação da objetividade, da clareza e da amplitude em relação ao que se propõe identificar (GALDEANO, 2007)

Para essa validação, o questionário foi encaminhado a um grupo de juízes, junto com um formulário que contém questões associadas à sua avaliação quanto à facilidade de leitura, à clareza e ao conteúdo, à forma de apresentação, bem como quanto às sugestões para acréscimo, modificações ou mesmo retirada de itens (APÊNDICE E).

O grupo de juízes foi constituído por cinco docentes/pesquisadores, três com experiência na temática “oncologia”; um, em “autoestima” e um, com experiência em construção e validação de instrumentos de pesquisas. Após o questionário ser avaliado por esses juízes, foram apresentadas sugestões relacionadas: a correção da linguagem para tornar mais claras as questões; à estrutura de algumas perguntas; à aparência do instrumento, bem como à inserção de novas questões (se

não fuma, se já fumou anteriormente; por quanto tempo fumou; há quanto tempo parou de fumar e o estadio da doença). Essas sugestões condescendentes foram adequadas ao instrumento, compondo então a versão final (APÊNDICE D).

Sequencialmente, esse instrumento foi submetido a um teste piloto antes de a coleta de dados ser iniciada, buscando, assim, verificar a melhor forma de os dados serem coletados e registrados. Desta forma a compreensão dos sujeitos às questões foi avaliada, bem como a necessidade de adequação do vocabulário.

Desta forma, destaca-se que o teste piloto direciona o teste do instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população ou da amostra, antes da aplicação definitiva, tendo em vista evitar que a pesquisa termine com um falso resultado. Portanto, essencialmente, seu objetivo é constatar até que ponto esses instrumentos têm realmente condições de garantir resultados imunes de erros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Cabe mencionar que esse teste piloto foi realizado na mesma população de estudo, com 10 pacientes, ressaltando que os indivíduos que participaram desse processo não foram descartados da amostra final, uma vez que não se evidenciou qualquer dificuldade dos indivíduos para respondê-lo, e também não foram necessárias modificações no instrumento durante essa fase.

5.6.2 Escala de Autoestima de Rosenberg

A tradução e a adaptação em português dessa escala de autoestima foi conduzida por Dini (2001), tendo o instrumento original sua versão em inglês, cuja elaboração foi realizada por Rosenberg (1965).

A escala de autoestima de Rosenberg é constituída por 10 itens, que avaliam a autoestima por um única dimensão, com 4 pontos do tipo Likert (1=concordo totalmente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo totalmente) (ANEXO A). Mediante esses itens, 5 destinam-se à avaliação de sentimentos positivos do indivíduo referentes a si mesmo, tendo as seguintes afirmações: “No conjunto, eu estou satisfeito comigo”; “Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades”; “Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”; “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas”; “Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo”. Enquanto que os sentimentos

negativos são avaliados por meio das seguintes afirmações: “Às vezes, eu acho que não presto para nada”; “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar”; “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes”; “Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo”; “No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso” (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Segundo os mesmos autores, o escore total é calculado por meio das pontuações obtidas nas 10 frases, cuja avaliação ocorre mediante a soma de todos esses itens. No referente à pontuação das respostas, os 5 itens que expressam sentimentos positivos têm valores inversos (4=concordo totalmente, 3=concordo, 2=discordo, 1=discordo totalmente); a partir daí, somam-se esses valores aos dos outros 5 itens, obtendo um valor único para a escala que corresponderá às respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4).

A autoestima é classificada por meio da seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) – escore maior que 30 pontos; média - escore entre 20 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) - escore menor que 20 pontos (MARÇOLA; VALE, 2007).

Cabe salientar que a autoestima elevada, assim considerada na escala de Rosenberg, expressa o sentimento que o indivíduo tem em se achar bom o suficiente, ou seja, respeitando a si mesmo e, sem necessariamente, sentir-se superior às outras pessoas. A elevada autoestima é indicada pela maior pontuação; assim, a pessoa não se considera pior que as demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer e se aperfeiçoar. Além disso, é válido destacar que a autoestima baixa implica autorrejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Considerando o fato de a Escala de Autoestima de Rosenberg, ter sido utilizada em vários estudos com o objetivo de avaliar a autoestima em diversas populações, é possível destacar algumas dessas pesquisas: adolescentes de escolas particulares (WEBER; STASIACK; BRANDENBURG, 2003); universitários do curso de Psicologia (SMEDEREVAC et al., 2003; ITO; GOBITTA; GUZZO, 2007); pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005); com carcinoma de pele (CARVALHO et al., 2007); com HIV/aids (SEIDL et al., 2007); portadores de oftalmopatia de Graves (MAGALHÃES et al., 2008); pessoas com síndrome de fadiga crônica (DICKSON; O’CARROLL, 2009); pacientes com doença intestinal inflamatória - colite

ulcerativa e doença de Crohn (TAFT, 2009) e policiais civis (ANDRADE; SOUSA; MINAYO, 2009).

Dentre suas principais vantagens, essa escala foi selecionada para ser instrumento desta pesquisa, pelo fato de ter a capacidade de detectar pequenas alterações na autoestima do indivíduo; possuir boas propriedades psicométricas; ser muito utilizada, ser curta e de fácil entendimento, além do fato de ser conhecida internacionalmente e já ter sido utilizada no Brasil em diferentes estudos, conforme descrito anteriormente (CARVALHO et al., 2007).

5.7 Procedimentos de Coleta

Iniciou-se a coleta de dados sequencialmente após a autorização da administração da instituição onde o estudo foi desenvolvido; aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG e realização do processo de refinamento do instrumento e do teste piloto.

Foi solicitada ao serviço de Oncologia da instituição de estudo a listagem de todos os pacientes atendidos no referido serviço e que estivessem em tratamento quimioterápico. Cabe mencionar que a conferência da mesma foi realizada em conjunto com a coordenação do serviço. Com essa listagem, foi possível calcular o tamanho da amostra.

O período de janeiro a maio de 2013 compreendeu a coleta de dados. Nesse período, a pesquisadora, com a listagem em mãos, dirigiu-se aos pacientes que aguardavam na sala de espera para a realização da consulta e/ou para a sessão de quimioterapia. Durante a abordagem do paciente, foi solicitada ao mesmo sua colaboração para a realização da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comunicando todos os objetivos do estudo, que sua participação seria voluntária e que ele poderia desistir da pesquisa em qualquer fase da mesma. Posteriormente, a sua aprovação em participar do estudo, a pesquisadora apresentou os dois instrumentos, e iniciou a coleta que ocorreu por meio de entrevista, realizada pela própria pesquisadora, que anotou todas as respostas informadas pelo paciente, sem que ocorresse interferência nos relatos.

5.8 Análise dos Dados

A planilha do MS-Excel, versão 2010, foi usada para se obter a elaboração do banco de dados, sendo este efetuado por dupla digitação a fim de evitar erros de digitação. Em seguida, para análise estatística descritiva e inferencial dos dados, foi utilizado o Software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0. A utilização desse software para a análise dos dados é o modelo mais utilizado para os instrumentos do tipo *Likert* (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Para a avaliação da confiabilidade do instrumento utilizado, Escala de Autoestima de Rosenberg, foi realizada a análise da consistência interna, por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach. Esse coeficiente analisa as correlações entre os itens do instrumento. Com isso, quanto maior o alfa, maior a homogeneidade dos itens analisados, indicando a acurácia da medida (GUILLERMIN; BOMBARDIER, 1993).

Seu valor pode variar entre zero e um, sendo que, quanto maior for o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Assim, sugere-se que o valor do Alfa de Cronbach esteja acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2000; ZANEI, 2006).

Para a análise bivariada, das variáveis independentes com a medida de autoestima, foram utilizados os testes *Qui-quadrado* ou *Exato de Fisher*.

Para essas análises, a variável autoestima foi recodificada em duas categorias devido às baixas frequências em cada categoria original. Considerou-se a seguinte comparação: autoestima alta x autoestima média ou baixa.

Algumas variáveis explicativas também foram reagrupadas para facilitar as comparações: faixa etária (até 60 anos x acima de 60 anos); estado civil (com parceiro x sem parceiro); número de filhos (sem filhos x com filhos); renda familiar mensal (até 1200,00 reais x acima de 1200,00 reais); escolaridade (sem alfabetização ou ensino fundamental x ensino médio ou superior); ocupação (não trabalha x trabalha); crença religiosa (católica x outras); prática de exercícios físicos (não pratica x pratica atividades); tipo de câncer (mama/intestino/osso/pulmão x outros); estágio da doença (0 a 2 x 3 a 4); tempo de diagnóstico (até 6 meses x acima de 6 meses); tempo de tratamento (até 6 meses x acima de 6 meses) e

número de sessões de quimioterapia (até 6 x acima de 6). O reagrupamento foi feito, considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original.

Cabe destacar que, devido ao fato de as variáveis terem sido dicotomizadas, não foi necessário ser realizado o teste de normalidade.

Neste estudo, foi adotado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p < 0,05$.

Após essa etapa, estimou-se a *odds ratio* (razão de chance) das variáveis independentes com a variável autoestima, com o respectivo intervalo de confiança de 95% (TRIOLA, 2008).

Ao final dessas análises, os dados foram apresentados em tabelas, com valores absolutos e percentuais, e as variáveis numéricas com estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análises descritivas das variáveis

A tabela 1 apresenta algumas variáveis de caracterização da amostra estudada.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos e renda familiar mensal. Alfenas-MG, 2013 (n=156).

Variáveis	f	%
Sexo		
Feminino	75	48,1
Masculino	81	51,9
Total	156	100,0
Faixa etária		
18 a 30 anos	6	3,8
31 a 40 anos	4	2,6
41 a 50 anos	19	12,2
51 a 60 anos	48	30,8
61 a 70 anos	47	30,1
Acima de 70 anos	32	20,5
Total	156	100,0
Estado Civil		
Casado(a)/Com companheiro(a)	100	64,1
Solteiro(a)	25	16,0
Viúvo(a)	21	13,5
Separado(a)	10	6,4
Total	156	100,0
Número de filhos		
Sem filhos	27	17,3
1 a 5 filhos	112	71,8
6 a 10 filhos	14	9,0
Acima de 10 filhos	3	1,9
Total	156	100,0
Renda familiar mensal		
Até 650 reais	28	17,9
651 a 1.200 reais	91	58,3
1.201 a 1.800 reais	21	13,5
1.801 a 2.400 reais	7	4,5
Acima de 2.400 reais	9	5,8
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

O câncer constitui um problema de saúde pública sério no Brasil bem como mundialmente, agravado nos últimos anos devido ao envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (NAKASHIMA; KOIFMAN; KOINFMAN, 2012).

É possível observar neste estudo que na amostra total houve maior frequência do sexo masculino (51,9%) (TABELA 1).

No condizente da incidência de câncer em ambos os sexos, a investigação de Rodrigues, Marchioro e Ferreira (2010) que investigaram 105 fichas cadastrais de pacientes diagnosticados com câncer, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes com essa doença, assistidos pelo sistema público de saúde de uma cidade do interior paulista, consideraram similares tais taxas em países desenvolvidos. Porém, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência da doença no sexo feminino é de até 25% em comparação ao sexo masculino.

Todavia, neste estudo, houve maior porcentagem de indivíduos do sexo masculino, corroborando com os dados do Instituto Nacional do Câncer, que destaca maior assiduidade do câncer em pessoas do sexo masculino no estado de Minas Gerais (BRASIL, 2012).

Dessa forma, é importante destacar que a construção social do feminino e do masculino determina a condição social de mulheres e homens e tais desigualdades, podem servir para compreender a situação de saúde entre os sexos. Assim sendo, reconhecer a categoria gênero presente nas relações sociais constitui-se peça fundamental para entender as relações sociais e subjetivas no âmbito da saúde (NOGUEIRA; SILVA, 2007).

A faixa etária mais frequente foi entre 51 a 60 anos (30,8%), destacando-se também o alto percentual dos pacientes com mais de 60 anos (30,1%) (TABELA 1).

Assim como neste estudo, as pesquisas concluídas por Tartari, Busnello e Nunes (2009), Gorini et al. (2010) e Chaves e Gorini (2011) que tiveram em comum entre seus investigados indivíduos com câncer e em tratamento quimioterápico mostraram em seus resultados maior frequência de indivíduos com idade entre 51 a 60 anos.

Cabe enfatizar também que essa faixa etária, que corresponde ao início da terceira idade, é um fator que influencia fortemente essa morbidade, uma vez que as

neoplasias se apresentam mais comuns nos extremos da idade (TERRA et al., 2013).

Em relação ao estado civil, a maioria dos sujeitos avaliados constituiu-se de casados(as) ou que vivem com companheiro(a) (64,1%) (TABELA 1).

O número de filhos da maioria dos pesquisados ficou entre 1 a 5, correspondendo a um percentual de 71,8 (TABELA 1).

O apoio do cônjuge ou de familiares à pessoa que tem uma doença que ameaça a vida como o câncer é de grande importância, uma vez que a família é a principal fonte de apoio para o paciente, sendo que essa doença deve ser tratada como um problema e não como questão familiar (SANCHEZ et al., 2010).

A renda familiar mensal desta amostra, em maior parte, ficou entre 651 a 1.200 reais (58,3%), entretanto ressalta-se que a porcentagem de pacientes que tem renda até 651 reais foi de 17,9% (TABELA 1).

Com referência à associação entre o câncer e a renda familiar mensal, Santisteban (2010) destaca que o câncer está intimamente ligado à pobreza. Esses indivíduos sobre os quais repousa o peso da carga de câncer em países de baixa renda têm menos acesso aos serviços de saúde e também recebem a menor parcela dos gastos serviços públicos de saúde em câncer. Essa distribuição desigual de recursos é um problema crônico em todo o mundo, mas é muito maior em países com recursos limitados, reduzindo o acesso aos serviços de saúde pela ignorância e pela falta de comunicação.

Estudo realizado por Gutiérrez e Alarcón (2008) com mulheres que procuraram tratamento para o câncer de garganta e para o câncer de mama, com o objetivo de determinar a relação entre o nível de pobreza e fase de diagnóstico do câncer ginecológico, demonstra bem o que foi citado anteriormente, destacando ainda que a pobreza está relacionada a uma menor chance de detecção precoce da doença, tendo em vista, que grupos populacionais mais pobres independentemente da idade, sexo ou área de residência têm baixa procura a atendimentos de saúde.

A esse respeito, tem sido demonstrado que, a detecção precoce de neoplasia em populações de baixo rendimento é possível de ser alcançada com maior eficácia na gestão de pacientes com câncer por meio do aumento da cobertura e capacidade melhorada de diagnóstico nos serviços de saúde (GUTIÉRREZ; ALARCÓN, 2008).

A tabela 2 apresenta a estatística descritiva das variáveis “idade”, “número de filhos” e “renda familiar”.

Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis idade, número de filhos e renda familiar (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156).

Estatística Descritiva	Variáveis		
	Faixa Etária	Número de Filhos	Renda familiar mensal
Média	59,61	2,83	1147,02
Mediana	61,00	2,00	800,00
Desvio Padrão	13,375	2,512	884,055
Mínimo	18	0	300
Máximo	89	1	7200

Fonte: Da autora.

Com relação à idade dos pacientes que compuseram esta pesquisa, a mediana da variável faixa etária foi de 61. No condizente às variáveis número de filhos e renda familiar mensal, as medianas foram, respectivamente, 2 e 800 (TABELA 2).

A tabela 3 apresenta as variáveis “escolaridade”, “ocupação”, “moradia”, “religião” e “município onde reside”.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico de acordo com as variáveis escolaridade, ocupação, moradia, religião e município onde reside. Alfenas-MG, 2013 (n=156).

Variáveis	f	%
Escolaridade		
Sem Alfabetização	15	9,6
Ensino Fundamental Incompleto	48	30,8
Ensino Fundamental Completo	48	30,8
Ensino Médio Incompleto	12	7,7
Ensino Médio Completo	24	15,3
Superior Completo	9	5,8
Total	156	100,0
Ocupação		
Aposentado(a)/Pensionista	89	57,0
Licença Saúde	38	24,4
Desempregado	15	9,6
Outra	14	9,0
Total	156	100,0
Moradia		
Casa Própria	134	85,9
Casa Alugada	14	9,0
No emprego	6	3,8
Casa de repouso	2	1,3
Total	156	100,0
Religião		
Católica	126	80,8
Evangélica	27	17,4
Espírita	1	0,6
Sem Religião	1	0,6
Budismo	1	0,6
Total	156	100,0
Município		
Outro	116	74,4
Alfenas	40	25,6
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

É possível destacar que, de forma conjunta, o ensino fundamental incompleto e completo, que condiz com a variável escolaridade, constitui a maior parte dos pesquisados com um percentual de 61,6 (TABELA 3).

Esses dados encontrados vão ao encontro dos resultados de Nicolussi e Sawada (2009) em estudo realizado com 22 pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante, no Centro Especializado de Oncologia de Ribeirão Preto, que teve dentre os objetivos avaliar a qualidade de vida e identificar os domínios afetados nos pacientes com câncer colorretal. Assim também ocorreu com a pesquisa realizada por Terra et al. (2013), com 100 pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, que objetivou avaliar a qualidade de vida desses pacientes. Em ambas as investigações houve predominância de indivíduos classificados com escolaridade entre ensino fundamental incompleto e completo, representando o baixo nível de escolaridade da maior parte da amostra, configurando, assim, a realidade do SUS.

Dentro dessa vertente, é importante destacar a atenção do profissional enfermeiro, ou seja, a forma com que as orientações são repassadas a esse paciente, tendo em vista, que a compreensão das mesmas venha a indicar uma melhor adesão ao tratamento (SOUZA, 2011).

Tendo como foco as variáveis: ocupação, moradia e religião, os pacientes da amostra são em maior parte aposentados ou pensionistas (57,0%) ou se encontram em tratamento da saúde (24,4%); são moradores de casa própria (85,9%) e católicos (80,8%). No referente ao município de residência, os integrantes da pesquisa residem em municípios circunvizinhos a Alfenas (74,4%) (TABELA 3).

Em relação à ocupação dos entrevistados, estes, em maioria não estavam trabalhando; encontravam-se aposentados/pensionistas, em licença saúde ou desempregados, o que somado representa 91% da amostra (TABELA 3). Aqueles que continuavam a trabalhar desenvolviam atividades como: catador de reciclagem; encarregado; agricultor; pedreiro; autônomo; doméstica; servente escolar; farmacêutica; servidora pública; advogado e pedagoga. Cabe enfatizar que essas ocupações demandam certo esforço físico e/ou mental.

Com isso, a dificuldade das atividades laborais podem trazer danos à saúde psicossocial e também à qualidade de vidas dos pacientes, devido à debilidade ocasionada pela doença e pelo tratamento. Assim, Souza (2011) ressalta que, na maioria dos casos, a renda da família pode ser afetada em decorrência do adoecimento do membro responsável pelo trabalho. Isso exemplifica este estudo,

em que foi mostrada anteriormente maior frequência de indivíduos com renda familiar menor que dois salários mínimos.

De acordo com Gomes (2007), a diminuição da renda familiar, juntamente com as aposentadorias e licenças médicas, dentro contexto do câncer e da quimioterapia, cujos gastos com a doença e com o tratamento são grandes, podem vir a produzir sentimentos que afetam de maneira negativa a saúde e bem-estar da pessoa. Dessa forma, as pessoas procuram continuar exercendo suas atividades laborais mesmo com suas dificuldades e com a intensificação dos sintomas (RODRIGUES; MARCHIORO; FERREIRA, 2010).

Dessa forma, é importante que o enfermeiro investigue esses aspectos com o intuito de interagir com a família a fim de promover em todos os sentidos inclusive no socioeconômico e na qualidade de vida relacionada à saúde (SOUZA, 2011).

Na pesquisa de Mesquita et al. (2013), que utilizaram uma amostra com 101 pacientes em quimioterapia endovenosa, em ambulatório de oncologia de hospital público de Minas Gerais e que teve como objetivo investigar o uso do enfrentamento religioso/espiritual por pessoas com câncer e em quimioterapia, a amostra desse foi distribuída com frequência dentro da religião católica, seguida da evangélica. Cabe, assim, destacar que, quando uma religião é praticada, as pessoas apresentam maiores condições de lidar com situações difíceis na vida como é o caso do câncer.

O foco na religião como estratégia de enfrentamento contra a doença busca pelo suporte por meio do apoio social, emocional e instrumental para lidar com o problema, enfatizando que a fé em Deus é a principal forma de os indivíduos enfrentarem o câncer e o tratamento (LEITE et al., 2012; SILVA et al., 2008).

Mediante essas acepções, é cabível destacar a necessidade de o profissional de enfermagem conhecer a religiosidade do paciente a fim de que o planejamento da assistência possa utilizar desse enfoque como estratégia de enfrentamento, tendo em vista do lugar de destaque que esta ocupa na vida das pessoas (MESQUITA et al., 2013).

As taxas de incidência de câncer variam amplamente no Brasil de acordo com a região geográfica investigada, conforme expressado por Nakashima, Koifman e Koinfman (2012). Sendo válido destacar que os municípios de residência dos pacientes que constituem esta amostra são, dentre outros: Juruaia; Campos Gerais; Paraguaçu; Fama; Campestre; Campo do Meio; Conceição Aparecida; Monte Belo; Poço Fundo; Machado; Areado; Alterosa; São Gonçalo do Sapucaí; Guaxupé;

Botelhos; Pihumi; Divisa Nova; Ilicínea; Carvalhópolis; Cabo Verde; Cambuquira e São Pedro da União.

Dessa forma, a análise das diferentes regiões que compõem este estado poderia identificar características diferentes da incidência do câncer em seus respectivos municípios, sobressaindo-se assim, à importância da educação em saúde (NAKASHIMA; KOIFMAN; KOINFMAN 2012).

O estado de Minas Gerais precisa se engajar de forma ainda mais efetiva para alcançar a cobertura preconizada e o acesso à promoção bem como, às medidas preventivas direcionadas ao controle desta doença, especialmente no que se refere ao diagnóstico precoce (ALVES; GUERRA; BASTOS, 2009).

A tabela 4 apresenta a caracterização da amostra junto à variável “prática de exercício físico”.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico conforme a variável prática de exercício físico. Alfenas-MG, 2013 (n=156).

Prática Exercícios Físicos	f	%
Sedentário	118	75,6
Pratico Raramente	8	5,1
Pratico Semanalmente	6	3,8
Pratico Diariamente	3	2,0
Não pratica por orientações médicas	21	13,5
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

Com relação à prática de exercícios físicos, a maioria dos participantes é representada por pessoas que declararam ser sedentárias (75,6%). Todavia é importante ser acentuado que 13,5% desta amostra correspondem a pacientes que não praticam atividade física por orientação médica (TABELA 4).

A relação entre atividade e saúde física é recente. Somente nas últimas três décadas é que se pôde confirmar que o sedentarismo tem relação direta com as

taxas de mortalidade da população. Esse é um fator prevalente na população, que, adjunto a outros como, por exemplo, o tabagismo, é responsável por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica, como o câncer, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivo que a combinação de fatores genéticos e ambientais (SABINO NETO et al., 2012).

De acordo com os mesmos autores, acredita-se que o decréscimo de atividade física agrave os efeitos colaterais nos pacientes com câncer, como fadiga, perda de apetite, perda da força muscular total, dentre outros.

Enfatiza Saço et al. (2011) que a prática de atividade física é um fator alternativo importante no controle dos sintomas do câncer relacionados à doença bem como ao tratamento. Programas regulares de exercícios físicos são estratégias que melhoram a qualidade de vida desses pacientes, potencializando benefícios nas capacidades cardíaca, ventilatória e funcional.

As ponderações acima vão ao encontro do estudo realizado por Seixas, Kessler e Frison (2010) que incluíram 38 indivíduos com neoplasia maligna que tivessem realizado no mínimo 2 sessões de quimioterapia, objetivando avaliar a realização de atividade física e a qualidade de vida e observar suas possíveis correlações em pacientes oncológicos durante o tratamento quimioterápico. Os resultados mostraram que a atividade física parece estar relacionada com diferentes aspectos da qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Cabe, assim, ressaltar que, para que os efeitos positivos da prática de exercícios sejam conseguidos, é necessário que esta seja realizada de maneira regular e constante, a fim de produzir promoção, prevenção e redução de riscos associadas à doença, ao tratamento e/ou às complicações (SANT'ANNA et al., 2010).

A tabela 5 apresenta alguns aspectos relacionados ao tabagismo.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico correspondente às variáveis tabagista; quantidade de cigarros; já fumou; tempo de tabagismo e tempo de ex-tabagista. Alfenas-MG, 2013 (n=156).

Variáveis	f	%
Tabagista		
Sim	31	19,9
Não	125	80,1
Total	156	100,0
Quantidade de cigarros*		
Até 10	24	77,4
Acima de 10	7	22,6
Total	31	100,0
Já fumou		
Sim	72	57,6
Não	53	42,4
Total	125	100,0
Tempo de tabagismo**		
Até 10 anos	20	27,8
De 11 a 20 anos	20	27,8
De 21 a 30 anos	17	23,6
De 31 a 40 anos	9	12,5
Acima de 40	6	8,3
Total	72	100,0
Tempo de ex-tabagista**		
Até 10 anos	33	45,8
De 11 a 20 anos	23	31,9
De 21 a 30 anos	8	11,1
De 31 a 40 anos	5	6,9
Acima de 40	3	4,3
Total	72	100,0

*Apenas os pacientes que são tabagistas.

**Apenas os pacientes que afirmaram já ter fumado.

Fonte: Da autora.

Quanto ao tabagismo, os pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, em sua maioria (80,1%), não fumam. Contudo, os pacientes que se

assumiram fumantes, em maior parte, fumam até 10 cigarros por dia, representados por um percentual de 77,4. Assim, dos participantes da pesquisa que afirmaram já haver fumado (57,6%), 55,6% responderam ter fumado por um período de 10 a 20 anos e 45,8%, ter deixado o tabagismo há até 10 anos (TABELA 5).

Existe mais de um bilhão de pessoas fumantes no mundo e, na década de 2030, a estimativa é que esse total chegue a dois bilhões. A maior parte destes fumantes concentrar-se-á nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WUNSCH FILHO et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, o tabagismo é, isoladamente, a principal causa de câncer no mundo. Esses pesquisadores também apresentam o clássico estudo de Doll e Hill, que identificou a estreita associação entre consumo de cigarros e câncer de pulmão; novas evidências foram acumuladas para outros tumores malignos, como é o caso dos tumores de ovário e o de cólon.

Considerado atualmente um importante problema de saúde pública, o tabagismo vem contribuindo assiduamente para a incidência de câncer no país. As regiões Sul e Sudeste comportam as maiores prevalências de tabagismo, em particular no meio urbano, registrando as mais altas incidências de neoplasias estritamente relacionadas ao tabaco (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; WUNSCH FILHO et al., 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, um terço da população brasileira é fumante. Com maior frequência esse hábito é adquirido na adolescência e o fato de os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no cotidiano estarem sob grande risco de desenvolverem câncer é de fundamental importância o investimento de programas de prevenção com enfoque nessa faixa etária (FEITOSA; PONTES, 2011; WUNSCH FILHO et al., 2010).

A tabela 6 apresenta a estatística descritiva das variáveis “quantidade de cigarros”, “tempo de tabagismo”, “tempo de ex-tabagista”.

Tabela 6 - Estatística descritiva equivalente às variáveis quantidade de cigarros, tempo de tabagismo e tempo de ex-tabagista (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Estatística Descritiva	Variáveis		
	Quantidade de cigarros	Tempo de tabagismo	Tempo de ex-tabagista
Média	9,52	21,78	14,08
Mediana	4,00	19,50	13,00
Desvio Padrão	9,973	14,397	14,00
Mínimo	1	1	0,16
Máximo	40	60	70,00

Fonte: Da autora.

Evidenciou-se na amostra em questão que, no tangente à variável quantidade de cigarros, a mediana foi de 4,00. Já quanto às variáveis tempo de tabagismo e tempo como ex-tabagista, as medianas corresponderam a 19,50 e 13,00, respectivamente (TABELA 6).

A tabela 7 apresenta as variáveis “consumo de bebida alcoólica” e “frequência de consumo”.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico consoante as variáveis: consumo de bebida alcoólica e frequência de consumo. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Variáveis	f	%
Consumo Bebida Alcoólica		
Sim	61	39,1
Não	95	60,9
Total	156	100,0
Frequência de Consumo*		
<u>Leve</u> : utilizou bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana	37	60,7
<u>Moderado</u> : utilizou bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês	10	16,3
<u>Pesado</u> : utilizou bebida alcoólica diariamente durante o último mês	14	23,0
Total	61	100,0

* Apenas os pacientes que consomem bebida alcoólica

Fonte: Da autora.

Tendo como base o consumo de bebida alcoólica, os pacientes que compuseram a pesquisa, em sua maioria (60,9%), declararam-se não consumistas. Entretanto, daqueles que afirmaram consumir bebida alcóolica com um percentual em destaque de 60,7%, foram classificados como usuários leves (TABELA 7).

Não obstante deve-se ressaltar que a evidência da ligação entre o consumo de álcool e o câncer aumentou recentemente. Em 1988, a Agência Internacional da OMS para Pesquisa sobre o Câncer, por meio de um grupo de trabalhos com dados sobre a exposição e de estudos de câncer em humanos, concluiu que as bebidas alcoólicas são cancerígenas para os seres humanos e estão causalmente vinculadas a tumores malignos da cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado (MARTEL et al., 2011).

Segundo os mesmos autores, a Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer, em conjunto com Fundo Mundial de Pesquisa do Câncer e o Instituto Americano para Pesquisa do Câncer da OMS, concluíram que não existe um nível de consumo de álcool em que o câncer seja nulo. Dessa maneira, profissionais de saúde devem promover orientações aos usuários dos serviços que enfoquem o não uso de bebidas alcoólicas e, quanto àqueles que fazem o uso, incentivar ao menos, que este seja reduzido.

Na amostra geral da referida pesquisa, da totalidade dos entrevistados, 156 (100,0%), relataram ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que faz referência à variável tipo de atendimento.

Esses dados vão ao encontro da Política Nacional de Atenção Oncológica que considera a importância da epidemiologia, os fatores de risco do câncer no Brasil; a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e de serviços de saúde; os custos cada vez mais elevados na alta complexidade; as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços; a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica; a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica e estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. Essa Política resolve também instituir e estabelecer a política nacional de atenção oncológica visando a promoção, à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à

reabilitação e aos cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005).

De acordo com o objetivo específico 1 (identificar o tipo de câncer; o estadio da doença; o tempo de diagnóstico do câncer; o tempo de tratamento quimioterápico; o número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia e a presença de câncer em outro órgão nos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia), os resultados estão apresentados nas Tabelas 8 a 11.

As variáveis tipo de câncer e estadio estão apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico condizente às variáveis tipo de câncer e estadio. Alfenas-MG, 2013. (n=156).

Variáveis	f	%
Tipo de câncer		
Outro	50	32,1
Mama	31	19,9
Intestino	22	14,1
Osso	18	11,5
Pulmão	13	8,3
Útero	8	5,1
Estômago	7	4,5
Esôfago	7	4,5
Total	156	100,0
Estadio		
Estadio 0	1	0,6
Estadio 1	3	2,0
Estadio 2	28	17,9
Estadio 3	39	25,0
Estadio 4	19	12,2
Não informado	66	42,3
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

Pertencente a variável tipo de câncer, a categoria “outro” obteve entre os pesquisados um percentual de 32,1 (TABELA 8). Fazendo parte dessa categoria, os

tipos de cânceres: peritônio; glândula parótida; boca; próstata; laringe; pele; leucemia; testículo; linfático; ovário; linfoma de hodking e não-hodking; fígado; pâncreas; uretra; cérebro e bexiga. Contudo, é de suma importância destacar que o câncer de mama teve 19,9% dos relatos, seguido do câncer de intestino, com 14,1%.

No Brasil, as taxas de incidência de câncer variam muito de acordo com a região geográfica investigada (NAKASHIMA; KOIFMAN; KOIFMAN, 2012).

O estudo de séries temporais da mortalidade por neoplasias malignas na cidade de Rio Branco, durante o período de 1980 a 2006, realizado por Nakashima, Koifman e Koifman (2012), que objetivou analisar a tendência temporal da mortalidade por neoplasias malignas em localizações anatômicas selecionadas (mama; colo uterino; próstata; pulmão; estômago; cólon; reto; fígado e vias biliares) em residentes dessa cidade, corrobora com os dados do presente estudo, ao apontar maior frequência do câncer de mama.

O fato de o câncer da mama se sobressair dentre os demais neste estudo não tem características bem definidas, porém hipóteses podem ser relacionadas como a cobertura da mamografia no estado de Minas Gerais, que deve ser oferecida para mulheres com quarenta anos ou mais; a falta de um programa nacional de rastreamento do câncer de mama que tem levado a cada cidade desenvolver suas próprias estratégias, com populações distintas. Outra pressuposição que pode ser apontada é a condição socioeconômica que, em países em desenvolvimento, como o Brasil, as taxas do câncer de mama apresentam-se com maior assiduidade do que em países desenvolvidos (MARTINS et al., 2011).

É importante ressaltar que, de acordo com as estimativas da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC), evitar a exposição a agentes carcinogênicos diminuiria a incidência geral de câncer no mundo em 40%. Em conjunto as medidas de saúde pública, como mudança de hábitos e vícios (tabagismo, etilismo, sedentarismo, dieta), imunização contra determinadas doenças (hepatite B, vírus HPV, entre outros), controle de riscos relacionados ao local de trabalho, redução da exposição solar, entre outros, teriam a capacidade de diminuir, parar e até reverter o processo neoplásico (KIM et al., 2010).

Quanto ao estadió da doença, a categoria não informado, teve maior frequência entre os participantes (42,3%). Não obstante, acentua-se que os estadios 3 e 4 em conjunto representam 37,2% da amostra total (TABELA 8).

Um estudo de coorte, realizado por Ayala (2012), com o objetivo de avaliar a sobrevida de 655 mulheres com câncer de mama, encontrou em seus resultados 32% deste tipo de câncer que somados correspondiam ao estadiamento 3 e 4. Outra investigação também realizada em 2012, por Brambilla et al., que objetivou avaliar a diferença entre o estadiamento do câncer colo-retal em 54 pacientes em clínicas privadas e os do SUS e avaliar as mudanças no câncer nos últimos cinco anos, dispôs em seus achados que a maior frequência ocorreu em indivíduos do sexo masculino, com tumores estadiados nas categorias 2 e 3.

Esses dados vão ao encontro dos resultados do presente estudo. Dessa maneira, pode-se inferir que esses achados servem de apoio para a avaliação dos serviços de saúde; do diagnóstico precoce; dos exames a serem solicitados em menor prazo de tempo para sua execução; do tratamento dessa enfermidade; da maior conscientização da sociedade e da comunidade médica, podendo-se identificar a necessidade de produzir novos indicadores que permitam conhecer a situação do câncer (BRAMBILLA et al., 2012; AYALA, 2012).

Pode-se aqui levantar a eventualidade de que esses níveis de estadiamento assim se apresentem pelo fato de o Brasil ter baixos recursos financeiros principalmente na área da saúde. Quanto ao câncer de colorretal, por exemplo, pode-se observar que não há políticas públicas do governo brasileiro que incentivem a prevenção, o exame de toque retal que, por sinal, tem baixo custo, pode ser realizado em qualquer Unidade de Saúde e por qualquer médico. Medidas assim poderiam reduzir o diagnóstico tardio, níveis mais avançados de estadiamento e conseqüentemente, proporcionariam maior sobrevida dos pacientes com câncer (BRAMBILLA et al., 2012).

A tabela 9 apresenta a caracterização da amostra quanto às variáveis “tempo de diagnóstico do câncer atual”, “tempo de quimioterapia” e “número de sessões de quimioterapia”.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em conformidade com as variáveis tempo de diagnóstico do câncer atual, tempo de quimioterapia e número de sessões de quimioterapia. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Variáveis	f	%
Tempo de diagnóstico do câncer atual		
Até 6 meses	83	53,2
7 a 12 meses	49	31,4
13 a 18 meses	10	6,5
19 a 24 meses	13	8,3
Acima de 24 meses	1	0,6
Total	156	100,0
Tempo de quimioterapia		
Até 6 meses	96	61,5
7 a 12 meses	45	28,8
13 a 18 meses	10	6,4
19 a 24 meses	5	3,3
Total	156	100,0
Sessões de quimioterapia		
Até 6 sessões	85	54,5
7 a 12 sessões	56	35,9
13 a 18 sessões	9	5,8
19 a 24 sessões	6	3,8
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

No concernente ao tempo de diagnóstico do câncer atual, os pesquisados relataram terem recebido o diagnóstico há até 6 meses (53,2%). Em relação ao tempo de quimioterapia, a categoria “até 6 meses” também teve destaque com 61,5% dos participantes optando por essa afirmação. E a categoria “até 6 sessões de quimioterapia”, da variável sessões de quimioterapia, foi citada por 54,5% dos entrevistados. Fazendo menção ao período de até 12 meses, os pacientes referiram com 82,7% e 88,2%, respectivamente, o tempo de diagnóstico do câncer e de quimioterapia. Por conseguinte, a amostra também, em maioria, assegurou terem os pesquisados realizado até 12 sessões de quimioterapia (89,1%) (TABELA 9).

Um estudo, realizado por Gomes Júnior e Almeida (2009), que investigou dados de domínio público do SUS, referentes à produção assistencial de janeiro de

2002 a janeiro de 2004 para cirurgia oncológica, para quimioterapia e para radioterapia, estes utilizados para estimar o número de casos de câncer no estado de São Paulo, calculou o tempo médio de tratamento de um caso de câncer no Estado de São Paulo em quimioterapia de 7,3 meses, o que vai ao encontro dos dados deste estudo.

Esse percentual também é corroborado pela investigação realizada por Saço et al. (2011), onde 77,5% dos pacientes encontravam-se entre a segunda e a décima sessão. Os autores ressaltam a importância de se verificar o tempo de tratamento, bem como enfatizar que, geralmente, as reações adversas começam a se manifestar a partir da segunda sessão.

Assim sendo, quanto mais rápido o tratamento quimioterápico for iniciado, melhor será a expectativa no controle da doença, podendo, ainda, reduzir o risco de complicações (TERRA et al., 2013).

Na tabela 10, segue a estatística descritiva das variáveis “tempo de diagnóstico do câncer atual”, “tempo de quimioterapia” e “número de sessões de quimioterapia”.

Tabela 10 - Estatística descritiva das variáveis tempo de diagnóstico do câncer atual, tempo de quimioterapia e número de sessões de quimioterapia (contínuas). Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Estatística Descritiva	Variáveis		
	Tempo de diagnóstico do câncer atual	Tempo de quimioterapia	Número de sessões de quimioterapia
Média	8,29	6,34	6,78
Mediana	6,00	5,00	5,50
Desvio Padrão	5,842	5,103	5,103
Mínimo	1	1	1
Máximo	26	24	24

Fonte: Da autora.

A mediana das seguintes variáveis: tempo de diagnóstico do câncer atual, tempo de quimioterapia e número de sessões de quimioterapia, registram-se na devida ordem: 6,00, 5,00 e 5,50 (TABELA 10).

A tabela 11 apresenta as variáveis “outro tratamento além da quimioterapia”, “tipo de tratamento”, “câncer em outro órgão” e “local do câncer”.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico equivalente às variáveis em sequência outro tratamento além da quimioterapia, qual o tratamento, outro tipo de câncer e local. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Variáveis	f	%
Outro tratamento além da quimioterapia		
Sim	76	48,7
Não	80	51,3
Total	156	100,0
Tipo de Tratamento*		
Cirurgia	40	52,6
Radioterapia	23	30,3
Cirurgia/Radioterapia	13	17,1
Total	76	100,0
Câncer em outro órgão		
Sim	38	25,0
Não	117	75,0
Total	156	100,0
Local do câncer**		
Próstata	13	34,2
Mama	10	26,3
Outro	9	21,1
Intestino	4	10,5
Pulmão	2	5,3
Total	38	100,0

* Somente aqueles pacientes que fizeram outro tratamento além da quimioterapia.

** Somente aqueles pacientes que tiveram câncer em outro órgão.

Fonte: Da autora.

A respeito da variável “outro tratamento além da quimioterapia”, os pacientes com 51,3% afirmaram não terem realizado outra terapêutica. Contudo, daqueles entrevistados que apontaram terem realizado outro recurso terapêutico, a cirurgia obteve maior destaque (52,6%) (TABELA 11).

A escolha do tratamento eficaz para o câncer é feita baseando-se principalmente no estadiamento e visa não apenas ao tumor primário, mas as possíveis metástases, à diminuição de sintomas, à melhora da qualidade e à sobrevida do doente (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Segundo os mesmos autores, a cirurgia e a radioterapia são indicadas para câncer localizado e/ou estágio inicial, podendo também ser útil na redução dos sintomas nos estágios avançados. Muitos indivíduos com câncer podem ser tratados com quimioterapia; mas, para a maioria dos cânceres, o melhor tratamento acaba por ser uma combinação de terapias.

Quando se tem uma intenção curativa, torna-se importante a avaliação de possibilidade cirúrgica, o que ocorre com tumores em estágio 2 e 3. Os tumores em estágio 3 são, em geral, difíceis de remover cirurgicamente; assim, em muitos dos casos, inicia-se a quimioterapia com a finalidade de diminuir a carga tumoral. Com a avaliação caso a caso, esta se torna a principal terapêutica nessas situações (COSTA; BARATA, 2007).

As inferências acima condizem com os dados deste estudo, que assume os estágios 3 e 4 com maior assiduidade (TABELA 8), e a quimioterapia como tratamento isolado na maior parte da amostra (TABELA 11).

Destaca-se que o estudo realizado por Gomes Júnior e Almeida (2009) também simboliza os dados encontrados neste estudo, sendo que estes afirmam que 52,5% dos pacientes oncológicos combinaram a cirurgia a outro tipo de tratamento contra a doença.

Quanto a terem tido câncer em outro órgão, a amostra referiu que ocorreram em 75,0% dos casos. Porém, é notório apontar que daqueles pacientes que já tiveram câncer em outro órgão houve maior frequência na categoria próstata, com uma porcentagem de 34,2 (TABELA 11).

A neoplasia de próstata atualmente é considerada um dos tipos de câncer mais comum na população masculina; estima-se que um em cada doze homens será diagnosticado com a doença ao longo da vida. Segundo o INCA, a grande incidência e a mortalidade desse tipo de neoplasia fazem com que este seja o segundo mais comum entre a população masculina, perdendo apenas para o câncer de pulmão. O sistema público de saúde disponibiliza a realização do exame de prevenção do câncer de próstata, todavia a demanda ainda é insignificante. Isso pode ser em decorrência do homem não ter o hábito de buscar o serviço de saúde.

Esse problema exige uma atenção especial dos profissionais à saúde do homem, tendo em vista que a educação do paciente estimula a mudança de seu comportamento. Assim, adotar modelos assistenciais em torno de estratégias educativas visando à promoção da saúde e à qualidade de vida, esclarece e incorpora à prática profissional as diretrizes emanadas das políticas públicas de saúde (VIEIRA et al., 2008).

Na tabela 12, estão apresentadas as informações relacionadas à variável “doença crônica”.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico a partir das variáveis doença crônica, quantidade de doença e qual doença. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Variáveis	f	%
Doença crônica		
Sim	75	48,1
Não	81	51,9
Total	156	100,0
Quantidade de doenças crônicas*		
1 doença	64	85,3
2 doenças	10	13,3
3 doenças	1	1,4
Total	75	100,0
Doença crônica**		
Hipertensão Arterial	75	100,0
Diabetes Mellitus tipo I /II	6	8,0
DPOC	2	2,6
Hipertireoidismo /Hipotireoidismo	2	2,6
Neurocisticercose	1	1,3
Esôfago de Barré	1	1,3

* Apenas pacientes que tiveram alguma doença crônica.

** Apenas pacientes que tiveram alguma doença crônica e houve mais de uma resposta por participante.

Fonte: Da autora.

Tendo como foco a presença de doença crônica, 51,9% dos pacientes negaram tal indagação. Todavia, daqueles que declararam possuir alguma enfermidade crônica (48,1%), a maior parte apresenta de forma única (85,3%). A doença que teve maior frequência nas respostas dos participantes foi a hipertensão arterial com um percentual de 100 (TABELA 12). Assim sendo, evidenciou-se na análise descritiva da variável quantidade de doenças uma mediana correspondente a 1,00.

Os resultados encontrados por Barros et al. (2011), respondendo a um dos seus objetivos, sendo este, estimar a prevalência de doenças crônicas na população brasileira em 2008, comparando-as com as de 2003, por meio de um estudo no qual teve uma amostra de 391.868 indivíduos, exemplificam bem os dados encontrados neste estudo.

Segundo esses autores, o aumento da hipertensão arterial na população brasileira pode ter sido ocasionado pela ampliação dos serviços de saúde; pelos diagnósticos clínicos e laboratoriais; bem como, pela influência do sedentarismo; pela maior faixa etária; pela não filiação a planos de saúde; pelos baixos níveis de escolaridade e pela condição socioeconômica.

Destaca-se que a hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde pública, aumentando sua prevalência uniformemente entre os brasileiros, estando este associado a fatores como sedentarismo, estresse, tabagismo, envelhecimento e gênero. A vigilância de fatores de risco propicia associações de cunho preventivo e promocional da saúde pública; assim, o autorrelato do diagnóstico de hipertensão arterial torna-se uma estratégia acessível, de aplicação rápida e de custo baixo (MURARO et al., 2013).

A tabela 13 apresenta informações referentes à variável “medicamento de uso contínuo”.

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico condizente às variáveis medicamento de uso contínuo, quantidade de medicamento e grupo farmacológico. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Variáveis	F	%
Medicamentos de uso contínuo		
Sim	75	48,1
Não	81	51,9
Total	156	100,0
Quantidade de medicamentos *		
1 medicamento	64	85,3
2 medicamentos	10	13,3
3 medicamentos	1	1,4
Total	75	100,0
Grupo farmacológico **		
Anti-hipertensivo	75	100,0
Hipoglicemiantes	6	8,0
Hormônios Tireoidianos	2	2,6
Broncodilataores	2	2,6
Anticunvulsivantes	1	1,3
Antiácidos e Antiulcerosos	1	1,3

* Apenas pacientes que usam algum medicamento contínuo.

** Apenas pacientes que usam algum medicamento contínuo e houve mais de uma resposta por participante.

Fonte: Da autora.

Da amostra total, 51,9% dos entrevistados alegaram não utilizar medicamentos de uso contínuo. No entanto, daqueles que assumiram fazer uso de algum fármaco cotidianamente (48,1%), a maioria usa de forma única (85,3%). O grupo farmacológico mais usado por esses pacientes foi os anti-hipertensivos (100,0%) (TABELA 13). Assim sendo, a mediana correspondente à quantidade de medicamentos equivaleu a 1,00.

Pesquisa realizada por Araújo e Guimarães (2007), com 135 pacientes com o diagnóstico confirmado de hipertensão arterial, em equipes de Unidade Básica de Saúde, que iniciaram o tratamento entre dezembro de 2003 e dezembro de 2004, com seguimento até julho de 2005, em Salvador, Bahia, tendo como objetivo avaliar

o impacto da implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial, teve em seu desfecho semelhança com os achados do presente estudo. Referentemente ao uso do anti-hipertensivo, em sua maioria (86%), utilizavam um a dois medicamentos.

Entretanto, investigação feita por Barbosa et al. (2012), com 60 pacientes idosos, acompanhados pelo serviço de saúde público, objetivando avaliar e comparar a taxa de adesão ao tratamento da hipertensão arterial por diferentes métodos, para estimar a taxa de controle da PA, e observar se há uma associação entre controle da pressão arterial e adesão, contradiz os achados do presente estudo ao descrever em seus resultados que os pacientes relataram uma ingestão de $4,5 \pm 2,3$ medicamentos por dia, todavia, de modo particular, os anti-hipertensivos, os valores corresponderam a $1,2 \pm 0,8$.

Dentro desse contexto, é importante salientar que o Ministério da Saúde, de acordo com Políticas de Promoção e Proteção à Saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Porém diversos fatores podem ter influência sobre o controle da hipertensão arterial; entre estes, está o adequado conhecimento dos portadores sobre o tratamento farmacológico, considerado um fator importante para a utilização dos medicamentos conforme a prescrição médica (ARAÚJO, GUIMARÃES, 2007; MOOTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

De modo particular, os contratempos em mudar o estilo de vida e em não seguir a prescrição medicamentosa estão entre as maiores razões para a não adesão dos portadores de HA ao tratamento e ao controle da doença. Somam-se a essas barreiras as associações e a quantidade de drogas prescritas. Desta forma, enfatiza-se a monoterapia como estratégia ideal para o tratamento da HA (GUEDES et al., 2011).

A tabela 14 aborda as informações quanto à variável “evento marcante na vida”.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico de acordo com as variáveis evento marcante na vida, quantidade de eventos e quais eventos. Alfenas-MG, 2013. (n=156).

Variáveis	f	%
Evento marcante na vida		
Sim	66	42,3
Não	90	57,7
Total	156	100,0
Quantidade de eventos marcantes na vida *		
1 evento	63	95,5
2 eventos	3	4,5
Total	66	100,0
Tipo de eventos marcantes na vida **		
Perda (morte) de ente querido	26	39,3
Nascimento de filho/neto	18	27,2
Festas Comemorativas	14	21,2
Diagnóstico de doença de ente querido	3	4,5
Separação do companheiro(a)/de familiares	2	3,0
Prisão de Familiares	2	3,0
Usuários de drogas na família	1	1,5
Problema Financeiro	1	1,5
Início de Namoro	1	1,5
Cirurgia nos olhos	1	1,5

* Apenas pacientes que tiveram algum evento marcante na vida.

** Apenas pacientes que tiveram algum evento marcante na vida e houve mais de uma resposta por participante.

Fonte: Da autora.

Na variável evento marcante na vida, 57,7% dos entrevistados se opuseram à ocorrência de tal questionamento. Porém, daqueles pacientes que passaram por algum fato marcante no último ano (42,3%), a maior parte mencionou ter ocorrido de forma única, totalizando um percentual de 95,5. O evento referido com maior frequência, com 39,3% das respostas, foi a perda ou a morte de algum ente querido, seguido do nascimento de filho ou de neto (27,2%) (TABELA 14). A mediana da variável em questão correspondeu a 1,00.

É possível inferir com Guer e Gomes (2008) que há eventos que já trazem em si a marca duradoura, mas há eventos que se tornam marcantes com o passar

do tempo. De um modo ou de outro, o que está implícito na recuperação de eventos pessoais são as capacidades de memorizar eventos e de julgá-los reflexivamente.

A morte é um evento que a pessoa não imagina para si, nem para as pessoas que amam. Dessa forma, caracteriza-se como uma possibilidade distante, e, sob esse prisma, permanecem seguros em relação ao futuro e à realização de seus sonhos, mas uma simples premonição de sua chegada aviva no ser humano sentimento de agonia (SANTOS; SALES, 2011).

Dessas acepções, ressalta-se que a perda de um ente querido é um termo designado quando informantes fazem referência aos seus mortos com relação de parentesco ou de afinidade eletiva, assim sendo, o uso desse termo expressa relações de afetividade acima de tudo de amor entre vivos e mortos, em que a memória desempenha um papel fundamental na reprodução de uma afetividade positiva, ou mesmo no esforço de transformação dos sentimentos negativos em positividade. Memórias de eventos marcantes proporcionam lições de vida (REESINK, 2012).

No evento da morte de um ente querido, dois tipos de memória são, primeiramente, estabelecidos: perda e sofrimento. Imediatamente após o falecimento, há a constatação do vazio, da saudade repentina que é sentida, sendo por essa razão que a memória-perda é instaurada. Trata-se do desespero e da angústia provocados pela rotura dolorosa, instaurando o sofrimento. Entretanto não é possível ser precisado o tempo de luto, podendo durar meses ou anos, e até mesmo nunca terminar. Assim, o luto é vivenciado pelas pessoas de forma individual, o que torna inadequado estipular um prazo para o seu término; todavia, aos poucos, vai aprendendo a conviver com a perda (REESINK, 2012; SANTOS; SALES, 2011).

Não obstante, o nascimento de um filho/neto constitui um momento marcante no desenvolvimento da família. A chegada de um novo membro à família pode gerar um aumento na tensão familiar, uma vez que traz consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis de cada um de seus membros e em suas regras de funcionamento. Tido como um momento de transição, é tipicamente associado ao aumento no estresse, uma vez que afeta a dinâmica familiar em que cada membro da família poderá ter suas relações afetadas de modo distinto (PICCININI et al., 2007).

Segundo esses autores, o nascimento de um filho/neto traz consigo a necessidade de adaptações constantes por parte de toda a família, constituindo-se em um evento potencial para mudanças em cada um dos membros familiares e em suas relações intrafamiliares, bem como naquelas estabelecidas com o entorno social.

Mediante esses levantamentos, cabe as pessoas destacar que memórias de eventos marcantes proporcionam lições de vida (REESINK, 2012).

6.2 Avaliação da autoestima

Conforme o objetivo específico 2 (mensurar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia) apresentam-se os resultados na tabela 15 e 16.

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico em relação às respostas das afirmativas referentes à autoestima. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

	Afirmativas	Respostas	F	%
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1) Discordo totalmente	3	1,9
		(2) Discordo	5	3,2
		(3) Concordo	53	34,0
		(4) Concordo totalmente	95	60,9
2	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1) Concordo totalmente	2	1,3
		(2) Concordo	49	31,4
		(3) Discordo	40	25,6
		(4) Discordo totalmente	65	41,7
3	Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	(1) Discordo totalmente	2	1,3
		(2) Discordo	3	1,9
		(3) Concordo	69	44,2
		(4) Concordo totalmente	82	52,6
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	(1) Discordo totalmente	3	1,9
		(2) Discordo	17	10,9
		(3) Concordo	68	43,6
		(4) Concordo totalmente	68	43,6
5	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1) Concordo totalmente	10	6,4
		(2) Concordo	37	23,7
		(3) Discordo	70	44,9
		(4) Discordo totalmente	39	25,0
6	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	(1) Concordo totalmente	1	0,6
		(2) Concordo	49	31,4
		(3) Discordo	62	39,7
		(4) Discordo totalmente	44	28,3
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	(1) Discordo totalmente	2	1,4
		(2) Discordo	6	3,8
		(3) Concordo	64	41,0
		(4) Concordo totalmente	2	1,4
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	(1) Concordo totalmente	16	10,3
		(2) Concordo	56	35,9
		(3) Discordo	54	34,6
		(4) Discordo totalmente	30	19,2
9	No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso	(1) Concordo totalmente	0	0,0
		(2) Concordo	40	25,6
		(3) Discordo	53	34,0
		(4) Discordo totalmente	63	40,4
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	(1) Discordo totalmente	1	0,6
		(2) Discordo	6	3,9
		(3) Concordo	41	26,3
		(4) Concordo totalmente	108	69,2

Fonte: Da autora.

Pelas respostas referentes à autoestima, asseguradas pelos entrevistados, pode-se notar que as afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10, apresentam escores melhores (3 ou 4). Todavia deve-se enfatizar a ocorrência das assertivas 2, 5, 6, 8 e 9 terem obtido um percentual relevante de pior escore (2). As afirmativas 5 e 8 também apresentaram um percentual importante no escore 1 (TABELA 15).

Em relação às afirmativas que apresentaram piores escores, 2 e 1 respectivamente: “Às vezes, eu acho que não presto para nada”; “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar ”; “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes ”; “Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo” e “No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso ”, é importante ressaltar que esses indivíduos podem estar indecisos em relação ao sentimento de adequado ou não como pessoa. Em geral, esses são mais sensíveis a críticas, valorizam-se menos, inferiorizando-se, são inseguros, rígidos, conformados, têm medo do novo e mantêm postura sempre defensiva (GOMES; SILVA, 2013).

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico conforme a classificação da autoestima baseada nos pontos de corte. Alfenas-MG, 2013. (n=156)

Classificação da Autoestima	f	%
Autoestima Alta	110	70,5
Autoestima Média	44	28,2
Autoestima Baixa	2	1,3
Total	156	100,0

Fonte: Da autora.

Com relação à classificação da autoestima, pôde-se constatar que a maior parte da amostra consiste em pacientes com autoestima alta, com 70,5%; seguida de 28,2% com média e 1,3% considerados com autoestima baixa (TABELA 16).

A autoestima está relacionada à avaliação que o indivíduo faz em direção a si próprio, sendo esta positiva ou não. Esta de maneira crucial está ligada à edificação da identidade adulta. O indivíduo tem em si seu referencial; assim sendo, a autoestima é um componente identificado com a totalidade dos pensamentos e dos sentimentos particulares (BRANDEN, 2000).

Os levantamentos deste estudo vão ao encontro de investigação realizada por Gomes e Silva (2013) que, em estudo observacional transversal, com abordagem

quantitativa, desenvolvido com 48 mulheres que realizaram a cirurgia oncológica mamária no período de 2007 a 2009, objetivando caracterizar as mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária e analisar a autoestima dessas, dentre os instrumentos utilizados, a Escala de Rosenberg, encontraram em maior parte (54,1%) mulheres apresentando autoestima alta.

Para os mesmos autores, a pessoa com uma autoestima alta se sente confiante e valorizada, tendo em relação a si próprio, afeto positivo, acreditando em sua competência, sua capacidade para lidar com os desafios que lhes são impostos, adaptando-se, assim, às diferentes situações.

Estes ainda salientam que a enfermagem, bem como toda a equipe de saúde, deve cuidar para que a autoestima alta se mantenha nesses pacientes e visem à implementação de ações que priorizem a reconstrução desta quando representada de forma média ou baixa, oferecendo suporte para a adequada reabilitação física e psicossocial diante do diagnóstico e de todo o processo de tratamento.

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado, Escala de Autoestima de Rosenberg, foi aplicado o coeficiente interno de Alfa Cronbach que teve como valor 0,746. Dessa forma, considerou-se a consistência interna boa e aceitável para os itens avaliados e correlacionados uns aos outros, indicando homogeneidade.

O valor do coeficiente interno de Alfa Cronbach pode ter uma variância de zero e um; quanto mais crescente esse valor, maior a confiabilidade do instrumento, assinalando, assim, a homogeneidade na medida do fenômeno. Sugere-se, assim, um valor acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2000; ZANEI, 2006).

Investigação realizada por Terra, Marziale e Robazzi (2013) compartilha com este estudo o coeficiente de Alfa Cronbach, acima de 0,70, sendo este de 0,907. Destaca-se que essa investigação desenvolvida com 71 docentes de duas universidades (pública e privada) de um município do Sul do Estado de Minas Gerais, objetivando avaliar a autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada e comparar as medidas apresentadas pelos dois grupos de professores, utilizou dentre seus instrumentos a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Em estudo executado por Gomes e Silva (2013), o coeficiente de Alfa Crobach teve valor de 0,770; ressalta-se que este também usou a Escala de Autoestima de Rosenberg para a realização do estudo.

Pesquisa desenvolvida por Ferreira, Santos e Conforto (2010) que avaliou as propriedades psicométricas da versão em Português do Jebsen-Taylor Test (JTT) em 48 pacientes com acidente vascular cerebral, recrutados na Clínica de Doenças Cerebrovasculares e do Departamento de Neurologia de Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, teve o coeficiente de Alfa Crobach, assim como este estudo, acima de 0,70, sendo este de 0,924.

6.3 Análise bivariada dos fatores associados a autoestima

Os resultados referentes ao objetivo específico 3 (avaliar se existe associação das variáveis: sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos; renda familiar mensal; escolaridade; ocupação; crença religiosa; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; tipo de câncer; estadio da doença; tempo de diagnóstico do câncer; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão; presença de doença crônica; medicamentos de uso contínuo e evento marcante na vida com a medida de autoestima dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia) encontram-se apresentados nas tabelas 17 a 21.

Tabela 17 – Análise para a independência de variáveis associadas à autoestima, tais como sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos e renda familiar mensal. Alfenas-MG, 2013.

Variáveis	Autoestim a alta	Autoestima baixa ou média	Valor-p	OR	IC 95%	
Sexo						
Masculino	49 (65,3%)	26 (34,7%)	0,172 ¹	1,000		
Feminino	61 (75,3%)	20 (24,7%)		0,618	0,309	1,236
Faixa etária						
Até 60 anos	56 (72,7%)	21 (27,3%)	0,549 ¹	1,000		
Acima de 60 anos	54 (68,4%)	25 (31,6%)		1,235	0,619	2,462
Estado civil						
Casado/com companheiro	73 (73,0%)	27 (27,0%)	0,363 ¹	1,000		
Solteiro/ viúvo/separado	37 (66,1%)	19 (33,9%)		1,388	0,684	2,818
Número de filhos						
Sem filhos	17 (63,0%)	10 (37,0%)	0,344 ¹	1,000		
Com filhos	93 (72,1%)	36 (27,9%)		0,658	0,276	1,572
Renda familiar mensal (em reais)						
Até 1200,00	82 (68,9%)	37 (31,1%)	0,430 ¹	1,000		
Acima de 1200,00	28 (75,7%)	9 (24,3%)		0,712	0,306	1,659

¹Aplicação do Teste Qui- Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Fonte: Da autora.

É possível observar que nenhuma das variáveis analisadas (sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos e renda familiar mensal) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$) (TABELA 17).

O fato de homens com idade acima de 60 anos apresentarem maior propensão à autoestima baixa ou média surpreende, tendo em vista que estudo como o de Moniz, Fernandes e Oliveira (2011), que trata de uma revisão de literatura que teve como questão de partida: quais as implicações para a enfermagem perioperatória do impacto da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher, onde estes, em sua discussão reforça maior preocupação da

mulher em relação à imagem que tem de si própria, a influência disso na relação com seu companheiro, bem como com a sociedade.

É possível exaltar a complementação de que o estar doente aumenta a fragilidade feminina, provocando alterações físicas e psicológicas em suas vidas (XAVIER et al., 2010).

Outro exemplo que se opõe ao presente estudo é a investigação realizada por Carvalho et al. (2007), de caráter analítico transversal, desenvolvida com 100 pacientes entre 30 e 90 anos, com o objetivo de avaliar a autoestima de pacientes com carcinomas de pele da face e do pescoço, que encontrou em seus resultados a faixa etária dos pacientes com idade igual ou inferior a 55 anos, sendo a que mais apresentou efeitos negativos sobre a autoestima.

Tendo em vista os levantamentos mencionados anteriormente, se faz importante ressaltar que o câncer faz com que, em consequência do diagnóstico, o homem viva com constante preocupação, acarretando debilidade física, perda de autonomia, das situações ao seu redor fazendo com que isso ameace “seu ser forte”, sua produtividade e competitividade, conseqüentemente sua masculinidade, gerando fragilidade e desconforto quanto a si próprio (XAVIER et al., 2010).

Quanto ao estado civil, o estudo de Gomes e Silva (2013) enfatiza a importância de se ter um parceiro como sendo marcante e significativo para o enfrentamento da doença e dos distúrbios advindos desta, facilitando a reintegração do parceiro doente ao contexto familiar. Destacam, ainda, que o casamento, provavelmente, influencia na saúde, na posição social e na sobrevivência, e serve de apoio aos muitos procedimentos e alternativas psicológicas.

Uma pesquisa descritiva realizada por Silvério, Dantas e Carvalho (2009), que teve como objetivo avaliar o apoio social e a autoestima de 80 pacientes coronariopatas internados para o tratamento da doença, apresentou em seus resultados, o que vai ao encontro deste estudo, que para os homens o casamento ou união estável parece ser um fator protetor, apontando maior dependência do homem em relação à mulher. Os homens relataram também receber maior apoio de suas esposas, enquanto as mesmas não referiram o mesmo apoio de seus maridos.

Assim sendo, pode-se dizer que o estereótipo masculino está ligado a comportamentos de risco socialmente instituídos, a um baixo cuidado geral com a saúde, evitando demonstrar as possíveis fraquezas de um corpo que não está disponível para falhar, podendo, assim, afetar o estado psicológico, bem como a

autoestima. Dessa forma, a avaliação da autoestima é considerável na assistência de enfermagem. O enfermeiro(a) deve incluí-la no planejamento da assistência, ficando atento para as características psicossociais, uma vez que os pacientes apresentam vulneráveis nos períodos de descoberta, de tratamento e de reabilitação da doença (RAMOS; CARVALHO; MANGIACAVALLI, 2007; SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009).

Tabela 18 – Análise para a independência de variáveis associadas à autoestima como escolaridade, ocupação, crença religiosa e prática de exercícios físicos. Alfenas-MG, 2013.

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima baixa ou média	Valor-p	OR	IC 95%	
Escolaridade						
Sem alfab. /Ens.Fund.	79 (71,2%)	32 (28,8%)	0,777 ¹	1,000		
Ens. médio /Ens.superior	31 (68,9%)	14 (31,1%)		1,115	0,525	2,367
Ocupação						
Não trabalha	97 (68,3%)	45 (31,7%)	0,067 ²	1,000		
Trabalha	13 (92,9%)	1 (7,1%)		0,166	0,021	1,307
Crença religiosa						
Católicos	92 (73,0%)	34 (27,0%)	0,160 ¹	1,000		
Outras	18 (60,0%)	12 (40,0%)		1,804	0,787	4,135
Prática de Exercícios						
Não pratica	98 (70,5%)	41(29,5%)	0,994 ¹	1,000		
Pratica ativ.	12 (70,6%)	5 (29,4%)		0,996	0,330	3,007

¹Aplicação do Teste Qui- Quadrado de Pearson ²Aplicação do Teste exato de Fisher
OR=Odds ratio (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança

Fonte: Da autora.

A partir da análise realizada, pôde-se constatar que as variáveis escolaridade, ocupação, crença religiosa e pratica de exercícios físicos não apresentaram associação significativa com a autoestima ($P>0,05$). Todavia é notório enfatizar que a variável ocupação apresentou um valor-p próximo à significância estatística (0,067) (TABELA 18).

Em estudo longitudinal que teve como objetivo a análise dos efeitos do rendimento de 158 acadêmicos sobre a autoestima, os resultados apresentados permitiram evidenciar a inexistência de diferenças na autoestima quando se comparam alunos com estatuto escolar diferenciado, ou seja, na comparação entre alunos com sucesso e alunos com insucesso quanto à respectiva escolaridade. Também não se verificaram diferenças em termos dos níveis de autoestima apresentados (NASCIMETO; PEIXOTO, 2012).

Entretanto, segundo os mesmos autores, juntamente com a complementação exposta por Peixoto e Almeida (2010), os indivíduos que tiveram um insucesso escolar, devem ser sustentados quanto à melhora e à manutenção da autoestima, por meio da reorganização do conceito que este tem de si mesmo, investindo em áreas potencialmente mais gratificantes à sua competência pessoal, incentivando o valor pessoal. Tudo isso com o intuito de desenvolver no indivíduo uma imagem positiva de si mesmo.

É relevante destacar que a ocupação profissional tem uma estreita relação com a avaliação global que o indivíduo elabora de si, podendo interferir no aumento da sua autoestima, ou seja, a insatisfação profissional, como o sentimento de incompetência e de dependência, pode afetar sua autoestima. Dessa forma, indivíduos dentro desse quadro particular procuram mobilizar-se a todo custo para evitar o fracasso, a rejeição, preocupando-se com a proteção. Embora estes busquem pelo sucesso profissional como quaisquer outros, pela fragilidade da autoestima, esperam sempre pelo fracasso (PEDRO; PEIXOTO, 2006).

Referentemente a variável crença religiosa, a pesquisa de Mesquita et al. (2013) esta, quantitativa, descritiva e transversal, que teve população com as mesmas características deste estudo, 101 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico endovenoso, encontraram também em seus resultados que a maioria dos participantes se definiram como católicos, 86%.

Os mesmos autores enfatizaram em sua investigação que nas últimas décadas pesquisas epidemiológicas apontam para uma relação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhores indicadores de saúde. As religiões se mostram como um importante enfrentamento contra o câncer. Dessa maneira, pessoas religiosas apresentam maior capacidade para lidar com circunstâncias adversas da vida, oferecendo esperança, equilíbrio e fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença. Pode-se, assim, inferir que a

religião desempenha papel protetor contra a morbidade psicológica, podendo abranger a autoestima, uma vez que tem impacto importante sobre a maneira como a pessoa lida com a enfermidade.

No condizente à prática de exercícios físicos, esta tem sido indicada para pacientes que apresentam doenças crônicas, como é o caso de alguns tipos de câncer como o de cólon e o de mama, para os quais a atividade física representa a possibilidade de redução do estresse e a melhora da autoestima (SABINO NETO et al., 2012).

Por fim, indivíduos fisicamente ativos tendem a ter melhores condições de saúde, uma vez que passam a ter atitudes mais positivas em relação ao trabalho e a si próprio, revelando maior capacidade para lidar com o estresse diário, apresentando autoestima mais elevada (WEINBERG; GOULD, 2001).

Tabela 19 – Análise para independência de variáveis associadas à autoestima, tais como tabagismo, consumo de bebida, tipo de câncer e estágio da doença. Alfenas-MG, 2013.

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima baixa ou média	Valor-p	OR	IC 95%	
Tabagismo						
Sim	20 (64,5%)	11 (35,5%)	0,777 ¹	1,115	0,525	2,367
Não	90 (72,0%)	35 (28,0%)				
Consumo de bebida						
Sim	44 (72,1%)	17 (27,9%)	0,413 ¹	0,707	0,307	1,626
Não	66 (69,5%)	29 (30,5%)				
Tipo de câncer						
Mama /intestino/osso /pulmão	57 (67,9%)	27 (32,1%)	0,432 ¹	1,000		
Outros	53 (73,6%)	19 (26,4%)			0,757	0,377
Estadio da doença						
0 a 2	23 (71,9%)	9 (28,1%)	0,956 ¹	1,000		
3 a 4	42 (72,4%)	16 (27,6%)			0,974	0,372

¹Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Fonte: Da autora.

Segundo a análise bivariada, pôde ser notado que nenhuma das variáveis (tabagismo, consumo de bebida, tipo de câncer e estágio da doença) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$) (TABELA 19).

No condizente ao tabagismo, destaca-se que a dependência da nicotina abrange três aspectos; o primeiro destes é a dependência física, que é responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando o indivíduo deixa de fumar; o segundo, a psicológica, que é responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio a ser utilizado nos momentos de estresse, de solidão, de ameaça, entre outros, o que vem a representar relação com os níveis de autoestima. Por fim, pelo condicionamento, atribuído às associações habituais do ato de fumar (fumar e beber café; fumar e trabalhar; fumar e dirigir; fumar após as refeições e outros) (SILVA et al., 2008).

É notório enfatizar que a adoção de comportamentos relacionados à saúde tem sido associada à insatisfação do sujeito quanto a si mesmo, sendo que indivíduos insatisfeitos tendem a aderir ao tabagismo. Esse fato vem ao encontro da afirmação de que o tabaco se configura um grave problema de saúde pública, que requer a adoção de ações que incluam esforços de todos os setores da sociedade com o intuito de diminuir os índices de consumo. Pensar que o tabagismo está relacionado com problemas de saúde e com causas de morte no mundo requer um repensar no custo que este problema de saúde pública tem para a sociedade por refletir as mortes prematuras, a inaptidão da população produtiva e a deterioração da qualidade de vida dos fumantes (FERRARI; PETROSKI; SILVA, 2013; SILVA et al., 2008).

Quando a autoestima é ameaçada por algum evento negativo, como o caso de uma doença crônica, como o câncer, o indivíduo pode desenvolver um aumento nos níveis de ansiedade, passando a procurar alternativas para resolver a situação. Em muitos casos, as formas são inadequadas ou prejudiciais à saúde, como o consumo do álcool. Um bom nível de autoestima é considerado um fator que protege ao isolar o sujeito de influências não saudáveis, como o uso do álcool (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010).

Neste estudo, o fato de indivíduos que relataram não consumir álcool terem maior frequência quanto à autoestima baixa ou média foi algo inesperado. Todavia, é de grande importância acentuar o papel da enfermagem em medidas preventivas, incorporando em sua formação modelos de práticas que permitam realizar o diagnóstico em saúde, conhecendo os fatores de risco para populações específicas, desenvolvendo e implementando programas de promoção e prevenção da saúde dos indivíduos nos aspectos biológico, psicológico e social (AGUIRRE; CASTILLO; ZANETTI, 2010).

O câncer e seus tratamentos podem ocasionar alterações temporárias, tais como perda de cabelo, ou permanentes, como os efeitos causados por cirurgia e, conseqüentemente, alterar a aparência física dessas pessoas, podendo levar à insatisfação com o corpo e a ter a imagem corporal prejudicada, mudar a concepção que este tem de si, gerando grande impacto emocional e alterando sua autoestima (RINCON, et al., 2012).

A autoimagem refere-se a uma representação cognitiva e emocional do corpo que é aprendida pelo indivíduo, que define como a pessoa se sente em relação à

aparência física e ao corpo por meio de uma ideia de multidimensionalidade. Assim, o olhar se torna fator fundamental e estruturante na relação com o mundo, conseqüentemente, na autoimagem do indivíduo (SCHILDER, 1999; MACGREGOR, 1990).

Quando ocorre algum tipo de alteração na autoimagem, como por exemplo, uma colostomia ou mastectomia, estas advindas do tratamento contra o câncer de intestino ou mama, respectivamente, o sujeito definirá a nova imagem que tem de si a partir das suas experiências. As conseqüências psicológicas relacionadas à perda de alguma parte do corpo ou à incapacidade física prejudicada, no caso do câncer de pulmão ou de osso, refletem em alterações na imagem corporal e se manifestam no cotidiano das pessoas afetadas. Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo importante para a qualidade de vida, uma vez que a imagem corporal é um aspecto central na autoestima do sujeito (SILVA; KERN; CHEM, 2012).

Segundo os mesmos autores, sempre haverá algum grau de alteração na imagem corporal quando ocorrerem lesões em alguma parte do corpo, relacionando-se dessa forma com insatisfação, distorção, depreciação e preocupação com o corpo, sendo todos esses itens influenciados por questões socioculturais, e que podem ser uma experiência emocional diversificada para cada indivíduo. Alguns sintomas podem ser comumente observados em pessoas com perdas e/ou com mudanças importantes no corpo, como dificuldade nos relacionamentos íntimos e interpessoais, diminuição de relações sociais, sentimentos de isolamento e de constrangimento. Destaca-se que todos esses fatores podem interferir na autoestima das pessoas.

Não há dúvida de que o diagnóstico do câncer e seus tratamentos afetam negativamente a imagem que os pacientes têm de seu próprio corpo, resultando em transtornos afetivos e em alterações na autoestima (RINCON et al., 2012).

Em relação ao câncer de mama, por ser no Brasil um problema de saúde e por ser tratar da neoplasia mais comum no sexo feminino, cabe destacar que, quando diagnosticado, a mulher sente sua identidade feminina questionada, uma vez que a mama é símbolo da beleza corporal e de fertilidade, é a sua característica sexual mais evidente, remetendo ao prazer e à sedução e que exerce a função de mediador na relação mãe-bebê. Com todos esses fatores ameaçados, segue-se uma sucessão de sentimentos como angústia, ansiedade, depressão, raiva, tristeza,

desespero, impotência, desamparo, autoestima baixa e medo. Concomitantemente a isso e às mudanças sentidas no corpo, surge a incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social. Isso devido ao preconceito e á estigma associados ao câncer (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; GOMES; SILVA, 2013).

Em estudo realizado por Rincon et al. (2012) com 72 mulheres divididas em 2 grupos: o primeiro composto por mulheres que se submeteram a cirurgia de mastectomia sem reconstrução posterior e o segundo grupo, por mulheres que tinham sofrido outra cirurgia reconstrutiva de mama, mostrou que existem vários fatores que permeiam o impacto do câncer de mama e o tratamento sobre a autoestima dos pacientes. A maior parte destes são baseados na idade da paciente, na fase de evolução da doença, bem como nos tipos de tratamentos contra o câncer que são adotados. Entretanto, nem o nível de escolaridade nem o estado civil e o tipo de cirurgia de mama, foram associados à autoestima manifestada pelas pacientes, sendo apenas uma relação positiva entre o nível de autoestima e a percepção geral sobre a qualidade de vida.

Mediante esses levantamentos, cabe mencionar que a equipe de enfermagem deve estabelecer uma comunicação terapêutica com a paciente, proporcionando uma relação afetiva e consciente, auxiliando a mulher no enfrentamento da tensão, na convivência com outras pessoas e no ajustamento ao que não pode ser mudado. Esse vínculo associado ao acesso às informações induz a mulher a contar sobre seus desconfortos, suas ansiedades e seus medos, o que torna menos estressante e desgastante o processo de enfrentamento da doença (GOMES; SILVA, 2013).

Tabela 20 – Análise para independência de variáveis associadas à autoestima como tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, número de sessões e outro tipo de tratamento. Alfenas-MG, 2013.

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima baixa ou média	Valor-p	OR	IC 95%	
Tempo de diagnóstico (em meses)						
Até 6	58 (69,9%)	25 (30,1%)	0,853 ¹	1,000	0,470	1,869
Acima de 6	52 (71,2%)	21 (28,8%)		0,937		
Tempo de quimioterapia (em meses)						
Até 6	67 (69,8%)	29 (30,2%)	0,803 ¹	1,000	0,449	1,859
Acima de 6	43 (71,7%)	17 (28,3%)		0,913		
Número de sessões						
Até 6	61(71,8%)	24 (28,2%)	0,708 ¹	1,000	0,572	2,275
Acima de 6	49 (69,0%)	22 (31,0%)		1,141		
Outro tratamento						
Sim	53 (69,7%)	23 (30,3%)	0,836 ¹	1,000	0,467	1,851
Não	57 (71,3%)	23 (28,8%)		0,930		

¹Aplicação do Teste Qui- Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Fonte: Da autora.

Com a análise estatística efetuada, pôde-se constatar que as variáveis tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, número de sessões de quimioterapia e outro tipo de tratamento não apresentaram associação significativa com a autoestima ($P>0,05$) (TABELA 20).

O câncer, como todas as doenças crônicas, tem recebido uma atenção especial em termos de mecanismos de ajustamento psicológico que são acionados no processo de lidar com ele (VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

Com isso, o diagnóstico de câncer, bem como a associação desta palavra com a letalidade e o lidar com a incerteza da doença, podem resultar em ansiedade e em comprometimento de um dos aspectos da qualidade de vida que é a autoestima. O estado psicológico, como uma dimensão subjetiva da qualidade de

vida, deve ser tratado e promovido por ações de saúde (CARVALHO et al., 2007; VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

O tempo de evolução do câncer, assim como de outras doenças crônicas, pode modificar o efeito psicológico nos pacientes. Este pode ser muitas vezes desfavorável na fase imediata do diagnóstico em relação ao nível de bem-estar subsequente (VINIEGRAS; BLANCO, 2007).

No estudo de Rincon et al. (2012), foram expostas algumas pesquisas, Lechner et al. (2003), Manne et al. (2004) e Costa e Gil (2008), que relacionaram o tempo decorrido desde o diagnóstico do câncer em relação ao bem-estar psicológico e que não encontraram alterações significativas. Todavia ressaltaram a investigação de Quintard e Lakdja (2008) que descobriram que, especialmente em pacientes com câncer de mama, o nível de sintomas de alterações psicológicas aumentaram progressivamente.

É importante reforçar que o diagnóstico de câncer, em sua maior parte, apresenta um efeito devastador na vida do indivíduo que o recebe, seja pelo temor às mutilações e às desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, que quase sempre ocorrem tanto nas esferas emocional e social quanto material. Assim sendo, complementa-se a relevância da integralidade e da continuidade da assistência ao paciente oncológico, tendo em vista o impacto emocional causado que pode ser influenciado por fatores psicológicos, psicossociais, que cada paciente traz de sua realidade ou, ainda, relativos ao diagnóstico, ao estadio da doença, aos tratamentos disponíveis, às respostas e à evolução clínica (SILVA, 2008).

Em estudo realizado por Jorge e Silva (2010) que avaliaram a qualidade de vida de 50 mulheres portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica em um ambulatório de quimioterapia de Uberaba, MG, foi relatado que a qualidade de vida dessas mulheres por meio do domínio psicológico foi afetada.

De acordo com os mesmos autores, a experiência do diagnóstico e do tratamento é específico a cada um, todavia angústias, temores, preocupações e ansiedade são sentimentos que acompanham pacientes oncológicos, desde o diagnóstico até o fim do tratamento. As atividades diárias e os planejamentos, bem como as relações interpessoais são afetadas, devido a ser levantado o fator

“dependência” e possíveis alterações na aparência física e na imagem corporal, destacando a autoestima nessa situação.

Diante dessas acepções, é notório enfatizar que a enfermagem deve reconhecer o que significa se submeter a um tratamento como a quimioterapia, caracterizando o indivíduo como um todo, uma vez que este terá em risco sua capacidade de trabalhar, de estudar e de realizar suas atividades, estará exposto a complicações, devendo ser acompanhados em casa ou no hospital, necessitando, assim, de cuidados extremos, individuais e por vezes complexos (ZAMBRANO; SPULER, 2010).

Dessa maneira, é possível inferir que a enfermagem, no referente a seus cuidados, deve considerar tanto as novas tecnologias, quanto a essência da prática de enfermagem; ou seja, o cuidado humanizado, aliado aos efeitos colaterais específicos advindos da quimioterapia, estabelecendo uma relação de confiança entre o profissional e o paciente para que este possa expressar suas emoções e sentimentos. Afirma-se, assim, que o diálogo, o cuidado, a atenção e o respeito são fatores insubstituíveis ao se estabelecer uma assistência humanizada de enfermagem (SALIMENA et al., 2010).

O tratamento quimioterápico, segundo os mesmos autores, deixa os pacientes mais vulneráveis, principalmente aqueles que têm alguma dificuldade em aceitar o diagnóstico. Esse fato faz com que os indivíduos apresentem efeitos adversos como: sentimentos de dor, sofrimento, desespero, medo e sensação de impotência, levando-os a mudarem o olhar que têm de si mesmos, podendo dessa forma alterar a autoestima. Dessa maneira, o profissional de enfermagem deve buscar pela comunicação terapêutica e pela compreensão das necessidades do outro, valorizar a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, bem como associar o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e de suas referências culturais, assistindo com interação terapêutica e resgatando a essência do cuidado com o intuito de uma interação efetiva pessoa-pessoa.

Conforme se apresentam os dados deste estudo, com relação à autoestima baixa ou média, com a frequência de indivíduos que fizeram outro tratamento além do quimioterápico é importante destacar a cirurgia. Esta é necessária em praticamente todos os casos e provoca mudanças no autoconceito e na imagem corporal dos pacientes que a enfrentam, uma vez que é vista como agressiva e preocupante, provocando alterações emocionais como nervosismo, irritação,

incerteza e conflitos. A falta de informação, associada à dor e às limitações físicas que terão no pós-operatório, são fatores que podem agravar esses conflitos emocionais e sociais os quais estes pacientes estão vivenciando (GOMES; SILVA, 2013).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada pelos autores citados anteriormente, constatou-se que apenas uma (2,7%) mulher apresentou autoestima baixa; 16 (43,2%) mulheres apresentaram autoestima média e 20 (54,1%) mulheres apresentaram autoestima alta. Ainda segundo esses autores, o predomínio da autoestima alta pode ser explicado pela média de idade das entrevistadas (56,11 anos) e pelo tempo decorrido entre procedimento cirúrgico e a entrevista, em média, 31,7 meses. Apuraram também que a minoria que apresentou autoestima alta havia realizado a reconstrução mamária, sugerindo então que outros fatores podem estar envolvidos nessa questão como a resiliência, a rede social, as mudanças provocadas pelo diagnóstico e pelo tratamento nesse caso específico.

Mediante esses levantamentos, cabe ressaltar a relevância da atuação da enfermagem na identificação das necessidades afetadas por pacientes que passaram ou passarão por procedimento cirúrgico, bem como por outro tratamento que não o quimioterápico. Uma proposta viável seria a formação de grupos que tivessem como foco o suporte, a manutenção e/ou a restauração da autoestima desses pacientes, uma vez que a reabilitação física e psicossocial não se esgota com o fim dos tratamentos (GOMES; SILVA, 2013).

Tabela 21 – Análise para independência de variáveis associadas à autoestima, tais como presença de câncer em outro órgão, presença de doença crônica, uso de medicamento contínuo e evento marcante. Alfenas-MG, 2013.

Variáveis	Autoestima alta	Autoestima baixa ou média	Valor-p	OR	IC 95%	
Presença de câncer em outro órgão						
Sim	27 (69,2%)	12 (30,8%)	0,839 ¹	1,000		
Não	83 (70,9%)	34 (29,1%)		0,922	0,419	2,028
Presença de doença crônica						
Sim	55 (73,3%)	20 (26,7%)	0,457 ¹	1,000		
Não	55 (67,9%)	26 (32,1%)		1,300	0,650	2,598
Uso de medicamento contínuo						
Sim	55 (73,3%)	20 (26,7%)	0,457 ¹	1,000		
Não	55 (67,9%)	26 (32,1%)		1,300	0,650	2,598
Evento marcante						
Sim	45 (68,2%)	21 (31,8%)	0,585 ¹	1,000		
Não	65 (72,2%)	25 (27,8%)		0,824	0,412	1,649

¹Aplicação do Teste Qui-Quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Fonte: Da autora.

É possível observar que nenhuma das variáveis analisadas (presença de câncer em outro órgão, presença de doença crônica, uso de medicamentos contínuo e evento marcante na vida) apresentou associação significativa com a autoestima ($P > 0,05$) (TABELA 21).

Estudo descritivo e transversal realizado por Barbato et al. (2011) com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com melanoma e atendidos em Porto Alegre por meio do questionário Fact-G, obteve em seus resultados que os pacientes com metástase, ou seja, uma lesão tumoral a partir de outra, apresentaram uma menor pontuação no questionário no domínio bem-estar funcional. Isso pode significar que esses pacientes apresentavam prejuízo em seus afazeres diários, no trabalho e no sono, deixando de se entusiasmar com a vida,

muitas vezes não aceitando a doença e se sentindo insatisfeitos com a vida naquele momento.

Cabe salientar que o baixo desempenho social, que acaba influenciando cada indivíduo quanto as suas experiências, tornando-as negativas, pode também modificar as expectativas que este tem de si, de seu autoconceito e de sua referência como pessoa e conseqüentemente, motivar uma baixa autoestima (TERRA; MARIZIALE; ROBAZI, 2013).

Doenças crônicas como o câncer são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida. Quando o indivíduo apresenta outro tipo de doença, também de caráter permanente como a hipertensão arterial, é possível encontrar nesse paciente, com frequência, dificuldades na adaptação, o que, potencialmente, poderá gerar conflitos pessoais, como sentimentos de tristeza, de raiva, de agressividade e de hostilidade, cuja superação só se faz por meio da conscientização do problema, com adesão ao tratamento proposto, tornando possível uma melhor adaptação à sua condição de saúde (OLIVEIRA et al., 2002).

De acordo com Silvério, Dantas e Carvalho (2009), indivíduos com doença crônica precisam mudar comportamentos como deixar de fumar, controlar o estresse e alterar a dieta alimentar, assumindo novos comportamentos, dentre eles, praticar atividade física e aderir aos medicamentos de uso contínuo. A autoestima é considerada um fator que influencia na mudança de comportamentos. Dessa maneira, o indivíduo que expressa os conflitos anteriormente descritos provavelmente teria uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e em manter a mudança necessária para a sua recuperação, uma vez que essa avaliação que ele tem de si pode induzir a uma autoestima baixa.

Dentro desse contexto, em que as mudanças no estilo de vida merecem especial enfoque, torna-se imprescindível a atuação do enfermeiro no tangente ao desenvolvimento de estratégias para o controle do problema, capazes de contribuir para uma melhor qualidade de vida essas são ações de caráter preventivo, bem como promocional e com foco na reabilitação, no controle de doenças crônicas, como a hipertensão arterial (OLIVEIRA et al., 2002).

Ressalta-se que neste conjunto a avaliação da autoestima poderá servir de subsídio para que os enfermeiros possam melhor planejar o preparo da alta e do seguimento ambulatorial do indivíduo com hipertensão arterial, visando favorecer

sua reabilitação, principalmente no controle da adesão medicamentosa (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO 2009).

Referentemente à frequência de participantes deste estudo que passaram por algum evento marcante e a autoestima baixa e média, cabe dizer que, quando esse acontecimento é a morte de um ente querido, que foi o evento marcante mais citado pelos sujeitos pesquisados, por vezes, os familiares utilizam a ajuda de recursos religiosos para entender tal situação, com o intuito de fornecer uma explicação para o inevitável na busca por apoio para a sua aflição (BOUSSO et al., 2011).

Os caminhos para aceitar e para incorporar a morte são diversos, divergentes de acordo com a cultura, mas é singular a preocupação do homem, principalmente em relação ao outro, trazendo um sentimento de ruptura, um sentimento traumático, a existência de um vazio (MENOSSI; ZORZO; LIMA, 2012).

Essas acepções vão ao encontro de Campos (2013) que ressalta a morte com fator que desencadeia reações no campo da emoção e da razão, aflorando sentimentos diversos. A dor e o sofrimento que estão atrelados ao acontecimento e à vivência com a perda do ente querido são dolorosos, inevitáveis e necessários. Mudanças no padrão comportamental, além de múltiplos problemas somáticos, em consonância com vários sentimentos, intensificam-se e se associam à condição de resposta ao evento ou ao acontecimento estressor, incluindo, na etiologia do luto, a melancolia, a sensação de impotência perante a morte e a falta de prazer com as atividades, interferindo na avaliação que o sujeito faz de si, bem como de suas capacidades tanto físicas como emocionais.

A morte do ente querido pode ser atrelada à ruptura do bem-estar, condição que afeta a rotina no trabalho, a vida social e familiar, suscitando, em alterações do estado psicológico, dentre elas, a autoestima. Com isso, é necessário que os profissionais façam uma avaliação criteriosa e ampla, e não apenas foquem no quadro clínico, ou seja, em queixas e sintomas, mas em todo o aspecto biopsicossocial do indivíduo (CAMPOS, 2013).

Neste estudo, não foi possível realizar a análise dos dados por meio do modelo de regressão múltipla e logística das variáveis independentes com a medida de autoestima, uma vez que, pelos dados das Tabelas 17 a 21, pôde-se verificar que nenhuma das variáveis estudadas (sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos; renda familiar mensal; escolaridade; ocupação; crença religiosa; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; tipo de câncer; estadio

da doença; tempo de diagnóstico do câncer; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão; presença de doença crônica; medicamentos de uso contínuo e evento marcante na vida) apresentou associação significativa com a autoestima dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico em um serviço de oncologia de um hospital geral de um município do Sul de Minas Gerais.

Com relação ao objetivo específico 1 (identificar o tipo de câncer; o estadió da doença; o tempo de diagnóstico do câncer; o tempo de tratamento quimioterápico; o número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia e a presença de câncer em outro órgão nos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia) constatou-se maior frequência de pacientes que se encaixaram na categoria “outros” no condizente ao tipo de câncer (que engloba diversos tipos como: pele; leucemia; laringe; bexiga; dentre outros), porém o câncer de mama e de intestino ocuparam, respectivamente, a segunda e terceira categoria mais citada. O estadió da doença foi representado pela categoria “não informado”, mas os estádios 3 e 4 em conjunto tiveram representatividade. O tempo de diagnóstico e de quimioterapia ocorreram até 6 meses e o número de sessões de quimioterapia foram até 6. A maioria também realizou outro tipo de tratamento além do quimioterápico, sendo o mais referido a cirurgia. Quanto à presença de câncer em outro órgão, estes se opuseram, mas daqueles que passaram por tal situação, os tipos mais citados foram de próstata e de mama.

Condizente ao objetivo específico 2 (mensurar a autoestima de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia), a maioria dos pacientes avaliados apresentou autoestima alta, sendo que alguns deles apresentaram autoestima média ou baixa.

De acordo com o objetivo específico 3 (avaliar se existe associação das variáveis sexo; faixa etária; estado civil; número de filhos; renda familiar mensal; escolaridade; ocupação; crença religiosa; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; tipo de câncer; estadió da doença; tempo de diagnóstico do câncer; tempo de tratamento quimioterápico; número de sessões de quimioterapia; outro tipo de tratamento para o câncer além da quimioterapia; presença de câncer em outro órgão; presença de doença crônica; medicamentos de uso contínuo e evento marcante na vida com a medida de autoestima dos pacientes

oncológicos submetidos a quimioterapia), evidenciou-se que nenhuma dessas variáveis apresentou associação significativa com a autoestima dos pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do câncer pode trazer consequências imprevisíveis ao indivíduo e a seus familiares, associando-se à dor, ao sofrimento, às limitações físicas, à dependência e ao medo da morte.

Embora tenham sido obtido avanços no diagnóstico precoce e formas de tratamento, o câncer ainda é popularmente conhecido, por algumas pessoas, como uma doença incurável. Esse significado a ele atribuído pode interferir diretamente no processo de enfrentamento e de adaptação do tratamento. Embora existam aspectos semelhantes, cada indivíduo vai lidar de forma diferente com a doença e com o tratamento, trazendo interferências da sua crença, de seus valores e de sua maneira de ver o mundo. O conjunto de todos esses fatores faz com esse efeito, por vezes considerado devastador, ocorrido mediante essa situação, traga consequências nas esferas emocional, social e material, ameaçando o equilíbrio psicológico do sujeito que o enfrenta, podendo provar alterações em sua autoestima.

Assim, torna-se necessária a atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, tendo em vista a maior permanência destes junto ao paciente, às manifestações deste, quanto ao seu existir doente, bem como o olhar sobre si, que diretamente podem interferir na autoestima.

Abordar a autoestima em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico é complexo, uma vez que envolve características particulares de cada indivíduo que afetam a maneira de enfrentar a doença e o tratamento. Este se torna ainda um grande desafio, pelo fato de o conhecimento produzido acerca dessa temática ligado a essa população serem insuficientes para uma compreensão mais perspicaz.

Os resultados obtidos com o presente estudo indicam a necessidade de se investigar melhor a associação da autoestima com pacientes oncológicos que não estejam envolvidos com atividades laborais devido à relação desta com a avaliação que o sujeito faz de si próprio, bem como os tipos de câncer. Isso se deve ao fato de a literatura apontar que os cânceres de mama e de intestino apresentam uma estreita ligação entre o sujeito e o que este refere sobre sua autoimagem, que diretamente pode influenciar sua autoestima.

É notório enfatizar também que a enfermagem deve atentar para as características de gênero, ocupação profissional, prática religiosa, hábitos de vida e doença concomitante, reforçando a manutenção efetiva da comunicação entre cliente e enfermeiro, para uma prática integral, humanizada e qualificada de seus cuidados.

Não obstante, este estudo apresentou limitações no que diz respeito ao desenho transversal da pesquisa, que não permitiu um melhor estabelecimento da relação causa-efeito dos achados. Porém se assume a relevância desta investigação para descrever as características da população e uma possível associação das variáveis dependentes e independentes.

Outro fator considerado limitante foi o tamanho da amostra, que não permitiu uma sólida análise estatística das variáveis que podem apresentar associação com o nível de autoestima dos sujeitos avaliados. Todavia ressalta-se que todos objetivos propostos neste estudo foram atingidos.

Por fim, a terceira limitação refere-se à dificuldade de coletar a variável “estadio da doença”, uma vez que muitos clientes não souberam relatar em qual estadio se encontravam e, na maioria dos prontuários, essa informação era ignorada.

Mediante essas acepções, infere-se a necessidade de se desenvolver em estudos longitudinais, objetivando avaliar a autoestima desses clientes nas diferentes fases do tratamento quimioterápico (início, meio e fim da quimioterapia). As investigações com delineamentos experimentais ou quase experimentais, principalmente de intervenção, que adotem ações que promovam o aumento da autoestima nesses pacientes também serão de grande relevância.

Assim sendo, a enfermagem deve promover o envolvimento de estratégias e de ações em sua assistência que visem à manutenção da autoestima dos pacientes em tratamento quimioterápico e ofereçam suporte àqueles que apresentem necessidade de atendimento, visto que a reabilitação psicossocial não termina após certo período da descoberta do câncer, bem como ao final do tratamento.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, A. A.; CASTILLO, M. M. A.; ZANETTI, A. C. G. Consumo de álcool y autoestima em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 634-640, set./out., 2010.

ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R. R. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p. 1693-1700, ago., 2009.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **PHISIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 1003-1029, 2012.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando à autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 275-285, jan./ fev., 2009.

ANDRADE, M.; SILVA, S. R. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 33-335, maio/ jun., 2007.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p.368-374, jun., 2007.

AVANCINI, J. Q. et al. Adaptação transcultural de escala para autoestima para adolescente. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto alegre, v. 20, n. 3, p. 397-405, 2007.

AVELAR, A. M. A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n.1 p. 11-20, jan./fev., 2006.

AYALA, A. L. M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p. 566-570, jul./ago., 2012.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.; HERTH, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.24, n.3, p. 354-58, maio./jun., 2011.

BARBATO, M. T. et al. Preditores de qualidade de vida em pacientes com melanoma cutâneo no serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 249-256, mar./abr., 2011.

BARBOSA, R. G. B. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.99, n.1, p.636-641, jul., 2012.

BARROS, M. B. A., et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3755-3768, set., 2011.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, out./dez., 2007.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Quality of life, anxiety and depressions indicators and sexual satisfaction in adult patients with cancer. **Revista Salud & Sociedad**, Chile, v. 1, n. 2, p. 76-88, maio/ago., 2010.

BERTO, R. M. V. S.; NAKANO, D. N. A produção científica nos anais do encontro nacional de engenharia de produção: um levantamento de métodos e tipos de pesquisa. **Produção**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 65-76, jul./dez. 1999.

BISQUERA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à Estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004, 255 p.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em quimioterapia**. Rio de Janeiro; São Paulo: Atheneu, 2000, 279 p.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, out./dez., 2006.

BOUSSO, R. S., et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v.45, n.2, p. 397-403, abr., 2011.

BRADEN, N. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Saraiva, 2000, 143 p.

BRAMBILLA, E. et al. Staging of colorectal cancer in the private service versus Brazilian National Public Health System: what has changed after five years? **Journal of Coloproctology**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p. 144-147, apr./june, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília., abr., 1997.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília. Publicada em 8 de dezembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília. Publicada no DOU n. 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco**. Estimativa 2014: Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.

CAMPOS, M. T. F. S. Uma influência do luto no comportamento alimentar e suas implicações nas condutas nutricionais. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p 2.769-2.779, set., 2013.

CARVALHO, M. P. et al. Autoestima em pacientes com carcinoma de pele. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 361-366, nov./dez., 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pretence Hall, 2002. p. 48.

CHAVES, P. L.; GORINI, M. I. P. C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.4, dez., p. 767-773, dez., 2011.

COSTA, F.; BARATA, F. J. Abordagem terapêutica do carcinoma pulmonar de não pequenas células no idoso. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Lisboa, v.13, n.6, p. 841-854, dez., 2007.

COSTA, G.; GIL, F. Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año del diagnóstico de cáncer. **Psicooncología**, Madrid, v.5,n.1, p. 27-37, 2008.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília v.12, n.4, p. 189-201, dez., 2003.

CRIADO, P. R.; Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I I. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.85, n.5, p. 591-608, 2010.

DICKSON, A; O'CARROLL, A. T. R. E. Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 39, n. 9, p. 1559 -1566, sep., 2009.

DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons Ltda, 2000, 393 p.

FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605-613, fev., 2011.

FERRARI, E. P. F.; PETROSKI, E, L.; SILVA, D. A. S. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v.35, n.2, p. 119-127, 2013.

FERREIRO, K. N.; SANTOS, R. L.; CONFORTO, A. B. Psychometric properties of the portuguese version of the Jebsen-Taylor test for adults with mild hemiparesis. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v.14, n.5, p. 377-382, sep./oct., 2010.

FONTES, C. A. S. F.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 77-83, jan./mar., 2008.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. **Fundamentos de epidemiologia**. Barueri: Manole, 2005, 380 p.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 184-8, 2011.

FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

FUREGATO, A. R. F. et al. Pontos de vista e sinais e conhecimento dos sinais indicativos de depressão em acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 401-408, dez., 2005.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GAUER, G. GOMES, W. B. Recordação de eventos pessoais: memória autobiográfica, consciência e julgamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.4, p.507-514, out./dez., 2008.

GAUTHIER, J. H. N. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 279-284.

GOMES JÚNIOR, S. C. S.; ALMEIDA, R. T. Simulation model for estimating the cancer care infrastructure required by the public health system. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.25, n.2, p.113-119, feb., 2009.

GOMES, N. F. **Perfil das pacientes atendidas no projeto "Assistência fisioterapêutica as pacientes pós-cirurgia do câncer de mama"**. 2007. 100f. Dissertação (mestrado em Patologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 509-16, abr./jun., 2013.

GOMES, S. B. S. **Modificações dos níveis de auto-imagem e autoestima nos acadêmicos de educação física pela aplicação de um programa especial de ginástica postural**. 1997. 128f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

GORINI, M. I. P. C. et al. Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 354-358, maio/jun., 2010.

GUEDES, M. V. C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, p.1038-1042, nov./dez., 2011.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51 n.3 p. 227-234, 2005.

GUERREIRO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, jan./ fev., 2011.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life measures: literatura review and proponed guide-lines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Ottawa, v.46, n.12, p.1471-1483, 1993.

GUTIÉRREZ, C.; ALARCÓN, E. Estágio de gravidade do nível de pobreza associada ao câncer ginecológico. **Anais da Faculdade de Medicina**, Lima, v. 69, n. 4, p.239-43, dez., 2008.

ITO, P. C. P.; GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Temperamento, neuroticismo e autoestima: estudo preliminar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 143-153, abr./jun., 2007.

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico, submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 849-855, set./out., 2010.

KIM, D.D. et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1377-1381, jun., 2010.

LACERDA, M. A. Quimioterapia e anestesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 250-270, maio/jun. 2001.

LECHNER, S. C., et al. Do sociodemographic and disease related variables influence benefit-finding in cancer patients? **Psycho-Oncology**, [Massachusetts](#), v. 12, n. 5, p. 491-499, jul./ago., 2003.

LEITE, F. M. C., et al. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 211-217, 2012.

MACGREGOR, F. C. Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for mental health. **Aesthetic Plastic Surgery**, New York v.14, n.4, p. 249-257, 1990.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.750-757, out./ dez., 2008.

MAGALHÃES, C. H. T. Autoestima na forma inativa da oftalmopatia de graves. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 215-220, mar./abr., 2008.

MANNE, S., et al. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner and couple perspectives. **Psychosomatic Medicine**, Philadelphia, v.66, n.6, p.442-454, may., 2004.

MARÇOLA, L.; VAL, I. Avaliação da autoestima de gestantes: subsídios para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê. In: Congresso Médico Acadêmico da Unicamp, 16, 2007. **Anais...** Campinas, 2007.

MARIUTTI, M. G. **Associações do aborto com a depressão, autoestima e resiliência**. 2010. 122f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MARTEL, P. L. et al. Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking. **Medical Knowledge that matters**, Ottawa, v. 183, n. 16, p. 1861-1865, nov., 2011.

MARTINS, E. et al. Prevalence of breast cancer in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, between 1988 and 2002. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.129, n.5, p. 309-314, 2011.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo. Atheneu, 2006. 493p.

MELO, E. M. et al. Mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico: um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48 n.1 p. 21-28, jan./fev./mar., 2002.

MENDES, E. S. R. **Efeito da quimioterapia adjuvante sobre o peso e índice da massa corporal em mulheres com câncer de mama**. 2009. 63f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MENEZES, M. B. B. et al. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafio para a assistência de enfermagem em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 780-785, set./out., 2007.

MENOSSEI, M. J.; ZORZO, J. C. C.; LIMA, R. A. G. A morte-vida dialógica na prestação de cuidados aos adolescentes com câncer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 126-134, jan./fev., 2012.

MESQUITA, A. C., et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 539-545, mar./abr., 2013.

MOHALLEM, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem Oncológica**. São Paulo: Monole, 2007, 411p.

MOLINA, M. A. S.; MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 514-20, jul./ago., 2006.

MONIZ, P. A. F.; FERNANDES, A. M.; OLIVEIRA, L. Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem

perioperatória. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser. III, n. 5, p. 163-171, dez., 2011.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2263-2274, ago., 2013.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p. 1387-1398, maio, 2013.

NAKASHIMA, J. P.; KOIFMAN, R.J.; KOIFMAN, S. Incidência de câncer na Amazônia ocidental: estimativa de base populacional de Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, 2125-32, nov., 2012.

NASCIMENTO, S.; PEIXOTO, F. Relações entre o estatuto escolar e o autoconceito, auto-estima e orientações motivacionais em alunos do 9º ano de escolaridade. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.30 n.4, p. 421-434, out., 2012.

NICOLUSSI, A. C., SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 151-161, 2009.

NOGUEIRA, A. C. C.; SILVA, L. B. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v. 11, n. 1/3, p. 7-17, jan./dez., 2009.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. 225p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, C. L. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, p. 53-60, 2010. Edição Especial.

OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 530-536, jul./ago., 2002.

PEDRO, N.; PEIXOTO, F. Satisfação profissional e autoestima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.24, n.2, p.247-262, abr., 2006.

PEIXOTO, F., ALMEIDA, L. S. Self-concept, self-esteem and academic achievement: Strategies for maintaining self-esteem in students experiencing academic failure. **European Journal of Psychology of Education**, Lisboa, v.25, n. 2, p.157-175, jun., 2010.

PICCININI, C. A., et al. O nascimento do segundo filho e as relações familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.23, n.3, p.253-262, jul./set., 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 472 p.

PREFEITURA Municipal de Alfenas – **Trabalhando por uma vida melhor**. Disponível em: <<http://www.alfenas.mg.gov.br>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

QUINTARD, B.; LAKDJA, F. Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. **Psychooncology**, Madri, v.17, n. 10, p.1032-1038, oct., 2008.

RAMOS, C.; CARVALHO, J. E. C.; MANGIACAVALLI, M. A. S. C. Impacto e imobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1387-1396, set./out., 2007.

REESINK, M. L. Quando lembrar é amar: tempo, espaço, memória e saudade nos ritos fúnebres católicos. **Etnográfica**, Lisboa, v.16, n.2, p.365-386, jun., 2012.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumento de levantamento de dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem. **Revista Sociedade Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, Supla, p. 1-16, maio/jun. 1995.

RINCON, M. E. F. et al. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. **Universitas Psychologica**, Bogotá, vol.11, n.1, p. 25-41, 2012.

RODRIGUES, J.S.M.; MARCHIORO, N.; FERRERIRA, L.A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 431-441, 2010.

ROSEMBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SABINO NETO, M. et al. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. **Revista de Brasileira Cirurgia Plástica**, São Paulo, v.27, n.4, p. 556-561, out./dez., 2012.

SAÇO, L. F. et al. Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 95-102, jan./mar., 2011.

SALES, C. A. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial**. 2003. 155f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SALES, C. A.; MOLINA, M. A. S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57 n.6, p. 720-322, nov./dez., 2004.

SALIMENA, A. M. O. et al. Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.3, p. 331-340, 2010.

SANCHES JUNIOR, J. A. et al. Reações tegumentares adversas relacionadas aos agentes antineoplásicos – Parte I. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 425-437, 2010.

SANCHEZ, K. O. L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, mar./abr., p. 290-9, 2010.

SANTA CASA DE ALFENAS – **Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro**. Disponível em: < <http://www.santacasaalfenas.com.br/>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

SANT'ANNA, D. K. et al. Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v.16, n.1, p. 97-104, 2010.

SANTISTEBAN, A. S. Pobreza, desigualdade e câncer. **Lei de medula**, Lima, v.27, n.3, p. 204-06, jul./set. 2010.

SANTOS, E. M.; SALES, C. A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n. esp., p. 214-222, 2011.

SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set., 2009.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999. 320p.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out., 2007.

SEIXAS, R. J.; KESSLER, A.; FRISON, V.B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.56; n.3, p.321-330, 2010.

SILVA, A. O. et al. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p. 423-427, jul./ago. 2008.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-37, abr./jun., 2008.

SILVA, M. R., et al. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 70- 75, jan./mar., 2008.

SILVA, M. S.; KERN, E. C.; CHEM, C. Qualidade de vida e autoimagem de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v.11, n.1, p. 13-23, jan./abr., 2012 .

SILVÉRIO, C. D.; DANTAS, R. A. S.; CARVALHO, A. R. S. Avaliação do apoio social e da autoestima por indivíduos coronariopatas segundo o sexo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 407-414, 2009.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 605-601, jul./ago., 2007.

SITTA, E. I.; et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 1059-66, nov./dez., 2010.

SMEDEREVAC, S et al. Tendency to self-handicapping in the situation of expected failure. **Psihologija**, Beograd, v. 36, n. 1-2, p. 39-58, 2003.

SOARES, E. M.; SILVA, S.R. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63 n.4, p. 517-22, jul./ago., 2010.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 342-8, abr., 2011.

SOUZA, C. A. et al. Terapêutica citoprotetora em pacientes tratados com quimio e/ou radioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p. 123-128, maio/ago. 2000.

SOUZA, J. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27 n. 2, p. 187-196, abr./jun., 2010.

SOUZA, R. S. 2011. 98 f. **Pacientes oncológicos em quimioterapia paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

TAFT, M. A. T. H. Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. **Inflammatory Bowel Diseases**, Hoboken, v. 25, n. 3, p. 56-62, 2009.

TARTARI, R. F.; BUSNELLO, F. M.; NUNES, C. H. A. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 43-50, 2010.

TERRA, F. S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 2, abr./ jun., p. 112-7, 2013.

TERRA, F. S.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. Avaliação da autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21(esp.), p. 71-78, jan./fev., 2013.

TRINCAUS, M. R.; CORRÊA, A. K. A Dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-51, mar., 2007.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005.

VALLE, R. et al. **Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama**. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, ISSN 1025 – 5583, p.327-32, 2006.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.145-152, jan./fev., 2008.

VINIEGRAS, C. R. V. G.; BLANCO, G. M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. **Avances em Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v..25, n.1, p. 72-80, 2007.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-92, jul./ago., 2010.

WEBER, L. N. D.; STASIACK, G. R.; BRANDENBURG, O. J. Percepção da interação familiar e autoestima de adolescentes. **Aletheia**, Canoas, v. 17/18, n. 1, p. 95-105, 2003.

WEINBERG, R. S., GOULD, D. **Fundamento da Psicologia do esporte e do exercício**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 284 p.

WUNSCH FILHO, et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, n. 13, v. 2, p. 175-187, jun., 2010.

XAVIER, A. T. F. et al. Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63 n.6, p. 921-6, nov./dez., 2010.

ZAMBRANO, C. L. M.; SPULER, X. O. Significado da sexualidade em jovens submetidos a quimioterapia para neoplasia testicular. **Sciece Enfermagem**, vol.18, n.2, p. 101-110, 2012.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida whoqol-bref e sf-36**: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de Autorização da Instituição

Alfenas, 24 de Julho de 2012.

Ilmo. Sr. Aécio Lourenço de Assis

Administrador da Casa de Caridade de Alfenas N. S. Perpétuo Socorro.

Eu, Marília Aparecida Carvalho Leite, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob orientação do Prof. Dr. Fábio de Souza Terra e co-orientação do Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira, estamos realizando uma pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO" como dissertação de mestrado, com objetivo de Avaliar a ansiedade e a autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico.

Gostaríamos de sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta Instituição, e para abordagem dos pacientes.

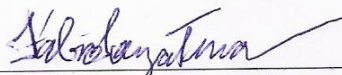
Esclarecemos que os pesquisadores obedecerão às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato dos clientes bem como da Instituição, e estaremos atentos para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento desse hospital.

Desde já agradecemos à atenção dispensada ao pedido.

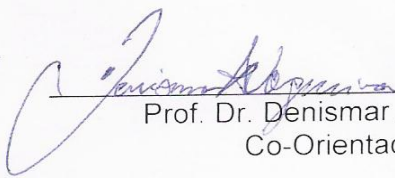
Atenciosamente,



Marília Aparecida Carvalho Leite
Mestranda em Enfermagem



Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Orientador



Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira
Co-Orientador

Autorizado
Guy
Aécio Lourenço
Casa de Caridade de Alfenas
"N. S. do Perpétuo Socorro"
Administrador

24.07.12.

Aécio Lourenço de Assis
Casa de Caridade de Alfenas
"N. S. do Perpétuo Socorro"
Administrador

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO”.

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra e Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira.

Instituição a que pertence os Pesquisadores Responsáveis: Universidade Federal de Alfnas.

Telefones para contato: (35)3299-1380.

Nome do voluntário: _____

Idade: ____ anos R. G.: _____

O Sr.(a) está Sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico” de responsabilidade do pesquisador Prof. Fábio de Souza Terra.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido: A) O objetivo da pesquisa é a avaliar a autoestima em pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia; B) o estudo será realizado a partir da aplicação de dois instrumentos; C) que não haverá riscos para minha saúde, D) que posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; E) que a minha participação é voluntária e estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; F) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha identificação; G) que serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; H) que não terei nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa e que não terei também quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes do estudo; I) que esta pesquisa é importante para o estudo, melhor entendimento do assunto autoestima, assim como para criação de critérios que possam minimizar as dificuldades apresentadas pelos pacientes oncológicos que foram submetidas a quimioterapia. Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Alfnas, _____ de _____ de 2013

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra
Orientador

Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira
Co-Orientador

Eu _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Participante do estudo

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para o juiz (Validação de Aparência)

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Professor(a),

Vimos solicitar sua participação no estudo **“Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico”**, cujo propósito é validar o instrumento (validação de aparência) constante no mesmo. Sua colaboração consiste em responder ao formulário (Apêndice G), após análise do instrumento (Apêndice F), cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão).

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e outra do pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Mestranda Marília Aparecida Carvalho Leite
Autora da Pesquisa

Prof. Dr. Fábio de Souza Terra Prof. Dr. Denismar Alves Nogueira
Orientador *Co-Orientador*

Contato:

Marília = e-mail: lyla.leite@hotmail.com Telefone: (35) 3291-3020
Dr. Fábio = e-mail: fabio.terra@unifal-mg.edu.br Telefone: (35) 3299-1380
Dr. Denismar = e-mail: denismar@unifal-mg.edu.br Telefone: (35) 3299-1380
Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Campus da UNIFAL, na Escola de Enfermagem.

Consentimento de participação:

Eu _____ RG/CPF: _____
abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico”, sob responsabilidade da pesquisadora Marília Aparecida Carvalho Leite, como sujeito voluntário (a).

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

APÊNDICE D- Questionário

1) Sexo:

 Masculino Feminino

2) Idade (em anos): _____

3) Estado civil:

 Casado(a)/Com companheiro(a) Viúvo(a)
 Solteiro(a) Outra. Especificar: _____
 Separado(a)

4) Número de filhos: _____

5) Renda familiar mensal (em reais): R\$ _____

6) Escolaridade:

 Sem alfabetização Ensino Médio completo
 Ensino Fundamental incompleto Superior incompleto
 Ensino Fundamental completo Superior completo
 Ensino Médio incompleto

7) Ocupação:

 aposentado (a) outra. Especificar: _____
 licença saúde

8) Tipo de moradia:

 Casa própria Casa alugada
 Outra. Especificar: _____

9) Crença religiosa:

 Católica Testemunha de Jeová
 Espírita Sem religião
 Evangélica Outra. Especificar: _____

10) Município onde reside:

 Alfenas Outros municípios Especificar: _____

11) Com relação à prática de exercícios físicos, você se considera:

 sedentário pratico diariamente
 pratico raramente atleta
 pratico semanalmente não pratica por orientações médicas
 Outro. Especificar: _____

12) Você fuma?

 Não Sim

12.1) Se sim, quantos cigarros você consome por dia? _____

12.2) Se não, você já fumou?

() Não () Sim

12.2.1) Se sim, por quanto tempo você fumou (em anos): _____

12.2.2) Se sim, faz quanto tempo que você parou (em anos): _____

13) Você consumia bebida alcoólica?

() Não () Sim

13.1) Se sim, qual a frequência do consumo?

() Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana (usuário leve).

() Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês (usuário moderado).

() Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês (usuário pesado).

14) Tipo de atendimento:

() SUS () Plano de Saúde () Particular

15) Tipo de câncer atual: _____

16) Estadio da doença

() Estágio 0 () Estágio I () Estágio II () Estágio III () Estágio IV

17) Tempo de diagnóstico do câncer atual (em meses): _____

18) Tempo de tratamento quimioterápico do câncer (atual) (em meses): _____

19) Quantas sessões de quimioterapia você fez até o momento: _____

20) Você faz ou já fez outro tipo de tratamento além da quimioterapia para tratamento do câncer atual?

() não () sim. Especificar: _____

21) Você já teve ou tem câncer em outro(s) órgão(s)?

() não () sim. Especificar: _____ () não sabe informar

22) Você possui alguma doença crônica, além do câncer?

() Não () Sim. Especificar: _____

23) Você faz uso de medicamentos de uso contínuo?

() Não () Sim. Especificar: _____

24) No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua vida?

() Não () Sim

24.1) Se sim, o que ocorreu(aram)?:

- Perda (morte) de ente querido
- Separação do companheiro(a)
- Diagnóstico de doença em ente querido
- Nascimento de filho/neto
- Outro. Especificar: _____

APÊNDICE E- Formulário de avaliação dos juízes (Validação de Aparência)

ITENS A SEREM AVALIADOS				
Itens do Instrumento	Aparência	Pertinência	Compreensão	Sugestão
1)Sexo	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
2)Idade	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
3)Estado civil	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
4)Número de filhos	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
5)Renda familiar mensal	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
6)Escolaridade	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
7)Profissão	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
8)Tipo de moradia	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
9)Crença religiosa	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
10)Município de residência	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
11)Prática de exercícios físicos	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
12) Tabagismo	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
13)Consumo de bebida alcoólica	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
14)Tipo de atendimento	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
15)Tipo de câncer	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
16)Tempo de diagnóstico do câncer	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
17)Tempo de tratamento quimioterápico	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
18)Número de sessões de quimioterapia	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	

19)Outro tipo de tratamento para o câncer	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
20)Presença de câncer em outro órgão	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
21)Presença de doença crônica	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
22)Uso de medicamentos diários	() Adequado () Inadequado	() Sim () Não	() Adequado () Inadequado	
23)Evento marcante na vida	() Adequado () Inadequado	() Sim() Não	() Adequado () Inadequado	

Critérios de avaliação:

* **Aparência** = o instrumento apresenta-se de forma didática e com boa apresentação/formato (boa aparência)?

** **Pertinência** = os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permitem alcançar o objetivo do instrumento?

*** **Compreensão**= os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa– CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E AUTOESTIMA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS
SUBMETIDOS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06354112.3.0000.5142

Pesquisador: FÁBIO DE SOUZA TERRA

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS -
UNIFAL-MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 91.928

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto bem estrutura e bem escrito.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a ansiedade e autoestima em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

riscos - não há

benefícios - descritos no projeto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada em uma Unidade de Oncologia de um hospital geral, localizado em cidade do Sul,
Minas Gerais.

Hoje o Serviço de Oncologia tem cadastrado 370 pacientes em tratamento quimioterápico.

Tem critérios de Inclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Autorização da Instituição para que o estudo seja realizado assinado.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende a Resolução n. 196/96

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG **Município:** ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator de acordo com a Resolução CNS 196/96.

ALFENAS, 06 de Setembro de 2012

Assinado por:

Maísa Ribeiro Pereira Lima Brigagão

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO B - Escala de Autoestima de Rosenberg

Neste questionário existem 10 afirmativas. Por favor, leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista cuidadosamente, marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por afirmativa.

1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1

