

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde

Leidiane Mota de Oliveira Chagas

Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à
quimioterapia

Uberaba
2017

Leidiane Mota de Oliveira Chagas

Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à
quimioterapia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof.a Dr.a Elizabeth Barichello

Uberaba

2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C439p

Chagas, Leidiane Mota de Oliveira
Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos
submetidos à quimioterapia / Leidiane Mota de Oliveira Chagas. --
2017.

88 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017
Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

1. Neoplasias. 2. Tratamento farmacológico. 3. Autocuidado. 4. De-
sempenho de Papéis. I. Barichello, Elizabeth. II. Universidade Federal
do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-006.6

LEIDIANE MOTA DE OLIVEIRA CHAGAS

Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à
quimioterapia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 20 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.a Dr.a Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.a Dr.a Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.a Dr.a Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta etapa não seria possível sem o apoio de meus pais, Evani Mota e Nilton Oliveira, que me incentivaram desde a infância aos estudos. Ao meu marido Lucas Chagas, por todo apoio e suporte durante toda a trajetória do mestrado.

A todos os meus amigos, companheiros fiéis nos momentos de alegrias e tristezas, cansaço e ânimo, estudos e momentos de lazer. Especialmente às amigas Kátia, Luana, Adriana e Thaís. Às companheiras de mestrado que eu tanto admiro, Juliana Milani e Larissa Celeste.

Aos meus ex-alunos e aos colegas de profissão do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com os quais pude compartilhar esse intenso processo de ensino-aprendizagem e conhecer o ofício docente. Em especial à Isabela Lourencini, por ter se tornado uma grande amiga.

Aos mestres que tive durante minha graduação, em especial aos que hoje me acompanham nessa nova conquista, Heloísa Frizzo e Leonardo Kebbe. Saibam que vocês são fonte de inspiração quando penso no docente que desejo ser.

Agradeço à minha orientadora Elizabeth Barichello, por ter acreditado que seria possível trabalharmos juntas, mesmo com formações e visões profissionais tão diferentes. Agradecimento também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de apoio.

Por fim, mas não menos importante, à oportunidade e responsabilidade que me foi dada pelo universo de cuidar de criaturas tão amorosas e companheiros fiéis, meus “filhos de quatro patas”, Fofa e Mininino. Minha dose diária de amor, carinho, alegria, travessuras e cura pra qualquer mal. Eu aprendi a ser mais feliz e paciente porque vocês apareceram em um momento tão atribulado e importante de minha vida. Meu amor por vocês é tão indefinido quanto suas raças!

Não caberia aqui a gratidão que sinto por este momento e por tantas pessoas, que contribuíram de alguma forma. Parafraseando Albert Einstein, finalizo com a certeza de que uma mente que se abre a uma nova ideia, jamais retorna ao seu tamanho original. Que eu tenha cada vez mais oportunidade de expandir meu conhecimento!

“Confiança não significa que tudo vai dar certo. Confiança significa que tudo já está certo.”

Osho

RESUMO

A quimioterapia antineoplásica causa efeitos tóxicos que podem ser minimizados e até evitados a partir de cuidados à saúde que também devem ser realizados pelo próprio paciente. O autocuidado tem sido apontado na literatura como importante estratégia de saúde para garantir a funcionalidade e até mesmo a sobrevivência do câncer. Dessa forma, diminuem-se os sintomas e busca-se a participação nas atividades de vida a fim de manter a funcionalidade. Por sua vez, as atividades são permeadas pelos papéis ocupacionais desempenhados por cada pessoa em seus contextos de vida. Este estudo objetivou analisar os papéis ocupacionais e a capacidade de autocuidado de pacientes oncológicos, adultos e idosos, submetidos a tratamento quimioterápico antineoplásico em um hospital universitário. Trata-se de um estudo quantitativo transversal, realizado na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro com 79 participantes. Nas entrevistas foram utilizados um questionário de avaliação sociodemográfica e clínica, o Inventário de Sintomas do *MDASI Cancer Center*, a Lista de Papéis Ocupacionais e a Escala de Avaliação para Capacidade do Autocuidado-ASAS-R. Utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences- SPSS Statistics 21.0* para realização das análises estatísticas do Teste “t” de Student e Correlações de Pearson e de Spearman. A influência simultânea de preditores demográficos, clínicos e dos papéis sobre o autocuidado foi realizada através da análise de regressão linear múltipla, adotando o nível de significância de $\alpha = 0,05$. A amostra apresentou média de idade de 56,9 anos, a maioria casados (58,2%), com baixa renda e pouca escolaridade. O câncer do sistema digestório foi o mais encontrado (35,4%) e o tratamento quimioterápico antineoplásico curativo foi o mais frequente (50,6%). Fadiga e falta de apetite foram os sintomas relatados por 60,4% e, 78,5% informaram que suas atividades de vida foram a área mais afetada pelos mesmos. O papel de “trabalhador” foi o de maior perda no presente e o de “membro de família” o mais desempenhado, mesmo após o início da quimioterapia. Identificou-se escores elevados de autocuidado, principalmente relacionados ao maior grau de importância do papel de “amigo” e à interferência dos sintomas nas atividades de vida. Dado o exposto, torna-se importante ao profissional de

saúde contemplar os sintomas decorrentes do tratamento e como estes afetam as atividades e a rede de apoio social do paciente oncológico submetido à quimioterapia.

Palavras-chave: Desempenho de Papéis. Autocuidado. Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Chemotherapy causes toxic effects that can be minimized and even avoided from health care that should also be performed by the patient himself. Self-care has been pointed out in the literature as an important health strategy to guarantee the functionality and even the survival of cancer. So, symptoms are reduced and participation in life activities is sought in order to maintain functionality. Therefore, the activities are permeated by the occupational roles played by each person in their life contexts. This study aimed to analyze the occupational roles and self-care capacity of oncological patients, adults and elderly, submitted to chemotherapy treatment in a university hospital. This is a cross-sectional quantitative study performed at the Chemotherapy Center of the Clinical Hospital of the Federal University of Triângulo Mineiro with 79 participants. In the interviews, a socio-demographical and clinical evaluation questionnaire was used, the MDASI Cancer Center Symptom Inventory, the Role Checklist and the Self-Care Capacity Assessment Scale-ASAS-R. The Statistical Package for Social Sciences - SPSS Statistics 21.0 was used to perform the statistical analyzes of Student's t-Test and Pearson and Spearman Correlations. The simultaneous influence of demographic, clinical and role predictors on self-care was performed through multiple linear regression analysis, adopting the level of significance of $\alpha = 0.05$. The sample had a mean age of 56.9 years, most married (58.2%), with low income and little schooling. Cancer of the gastrointestinal system was the most common (35.4%) and curative chemotherapy was the most frequent (50.6%). Fatigue and lack of appetite were the reported symptoms by 60.4% and, 78.5% reported that their life activities were the most affected area by them. The role of "worker" was the one of greatest loss and the one of "family member" most played after the beginning of the chemotherapy. High self-care scores were identified, mainly related to the greater degree of importance of "friend" role and the interference of symptoms in life activities. Given the mentioned above, it is important for the health professional to contemplate the symptoms resulting from the treatment and how they affect activities and the social support network of cancer patients undergoing chemotherapy.

Keywords: Role Playing. Self Care. Drug Therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica: distribuição segundo gênero, faixa etária, estado civil e coabitação. Uberaba, (MG) 2017.....	37
Tabela 2 -	Distribuição sociodemográfica segundo anos de estudo, renda familiar e situação empregatícia. Uberaba (MG), 2017.....	38
Tabela 3 -	Caracterização sociodemográfica: distribuição segundo prática religiosa. Uberaba (MG), 2017.....	39
Tabela 4 -	Distribuição de variáveis clínicas segundo localização do câncer, finalidade da quimioterapia, tempo de tratamento quimioterápico e eventos adversos da quimioterapia. Uberaba, (MG) 2017.....	41
Tabela 5 -	Variáveis clínicas: distribuição segundo comorbidades e diagnósticos de outras doenças. Uberaba (MG), 2017.....	41
Tabela 6 -	Variáveis clínicas: distribuição segundo consumo de substâncias psicoativas. Uberaba (MG), 2017.....	40
Tabela 7 -	Distribuição dos sintomas referidos pelos pacientes em quimioterapia. Uberaba (MG), 2017.....	42
Tabela 8 -	Interferência dos sintomas na vida dos pacientes em quimioterapia antineoplásica. Uberaba (MG), 2017.....	43
Tabela 9 -	Descrição da distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo. Uberaba (MG), 2017.....	43
Tabela 10 -	Distribuição dos papéis em relação ao grau de importância dos mesmos. Uberaba (MG), 2017.....	44
Tabela 11 -	Distribuição do padrão de desempenho de papéis ocupacionais. Uberaba (MG), 2017.....	45
Tabela 12 -	Estatística descritiva do score total do instrumento de avaliação para capacidade de autocuidado – ASAS-R. Uberaba, (MG) 2017.....	46
Tabela 13 -	Distribuição das frequências de respostas aos itens da escala ASAS-R (n=79) . Uberaba, (MG), 2017.....	46

Tabela 14 -	“Teste-t” para comparação da média dos escores de autocuidado do ASAS-R segundo as variáveis sociodemográficas. Uberaba, (MG) 2017.....	48
Tabela 15 -	“Teste-t” para comparação da média dos escores de autocuidado do ASAS-R segundo a interferência dos sintomas na vida da pessoa em tratamento oncológico do MDASI- Parte II. Uberaba, (MG) 2017.....	48
Tabela 16 -	“Correlação de Spearman” entre os escores de autocuidado do ASAS-R segundo o grau de importância dos papéis na vida da pessoa em tratamento quimioterápico. Uberaba, (MG) 2017.....	49
Tabela 17 -	Regressão linear do escore de autocuidado sobre os preditores sexo, interferência dos sintomas nas atividades gerais e importância do papel de amigo. Uberaba, (MG) 2017.....	50

LISTA DE SIGLAS

AOTA – *American Occupational Therapy Association*

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ASAS-R - *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised*

AVD – Atividades de Vida Diária

CCR – Câncer Colorretal

CEP/UFTM - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

DP – Desvio Padrão

HC/UFTM – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

IARC – *International Agency for Research on Cancer*

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografica e Estatística

MDASI – Inventário de Sintomas do *M.D. Anderson Cancer Center*

MOH – Modelo da Ocupação Humana

OMS – Organização Mundial da Saúde

PASS – *Power Analysis and Sample Size*

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO.....	16
1.2	CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO.....	19
1.3	PAPÉIS OCUPACIONAIS E A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	22
2	JUSTIFICATIVA	26
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	MÉTODO	29
4.1	POPULAÇÃO, LOCAL DO ESTUDO E AMOSTRA.....	29
4.2	PROCEDIMENTOS.....	31
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	32
4.3.1	Perfil sócio demográfico e de condições clínicas	32
4.3.2	Inventário de Sintomas do M.D. Anderson Cancer Center (MDASI)	32
4.3.3	Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	33
4.3.4	<i>Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R)</i>	34
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5	RESULTADOS	37
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	37
5.2	DADOS CLÍNICOS.....	39
5.3	SINTOMATOLOGIA RELACIONADA AO CÂNCER E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.....	42
5.4	PAPÉIS OCUPACIONAIS DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA.....	43
5.5	OPERACIONALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA.....	45
5.6	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS	

	SOCIODEMOGRÁFICAS, DOS SINTOMAS E DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS SOBRE O AUTOCUIDADO.....	47
6	DISCUSSÃO	51
6.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	51
6.2	DADOS CLÍNICOS E SINTOMATOLOGIA RELACIONADA AO CÂNCER E SEU TRATAMENTO.....	53
6.3	DESEMPENHO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS.....	56
6.4	CAPACIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO.....	60
7	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE CONDIÇÕES CLÍNICAS	76
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE IDADE	77
	ANEXO A – Inventário de Sintomas do M.D. Anderson <i>Cancer Center</i> (MDASI)	79
	ANEXO B – Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais	81
	ANEXO C – Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado	84
	ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	85

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer é considerado um grave problema de saúde pública no mundo, conforme apontam dados epidemiológicos da *International Agency for Research on Cancer* (IARC), indicando situação alarmante para os órgãos de saúde e para a sociedade. Sua prevalência está associada ao aumento da expectativa de vida, aos fatores de risco decorrentes de hábitos e comportamentos inadequados para manutenção da saúde, como fumar, ingerir bebida alcoólica, má alimentação, estresse, sedentarismo, e ainda a fatores genéticos (FORMAN et al., 2014; STEWART; WILD, 2014; BOAVENTURA; VEDOVATO; SANTOS, 2015).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para os anos de 2016/2017 que o Brasil teria aproximadamente 600 mil novos casos de câncer. Desse número, cerca de 300.870 casos seriam relativos a mulheres, nas quais o câncer de mama é o de maior incidência. Já entre os homens, a estimativa é de sejam 295.200 novos casos, com a maior ocorrência de câncer de próstata (BRASIL, 2015).

Câncer é o termo utilizado na literatura mundial para caracterizar o crescimento celular desordenado e com capacidade de invadir tecidos e órgãos adjacentes, capacidade esta conhecida como metástase. Ao se tornar metastático, o câncer pode levar a pessoa diagnosticada à morte em até 90% dos casos (SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; ZANDONAI, 2015).

Devido sua prevalência, agressividade e consequências, foram criadas políticas públicas voltadas à prevenção da ocorrência do câncer, à facilitar o diagnóstico precoce e à instituir intervenções adequadas para manutenção da qualidade de vida das pessoas adoecidas, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pessoa com câncer enfrenta comprometimentos em todas as áreas de sua vida, podendo estes resultarem até mesmo do tratamento. Por sua vez o tratamento é longo e incapacitante e quando associado às variáveis ambientais e sociais agravam as alterações na capacidade funcional e as diversas atividades da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; KOLANKIEWICZ et al., 2014).

A cronicidade do câncer gera ônus para o sistema de saúde, o qual deve ampliar seus gastos para suprir as necessidades de cuidado dessa população. Nesse

sentido, a literatura científica pontua o cuidado ao paciente oncológico para além dos sintomas fisiológicos, atentando para a intervenção multiprofissional e biopsicossocial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; STEWART; WILD, 2014; PEREIRA, 2014; BOAVENTURA; VEDOVATO; SANTOS, 2015).

A literatura da área alerta para o alto risco de aparecimento de doenças psiquiátricas advindas do diagnóstico para a pessoa com câncer. A depressão e a ansiedade são apontadas mais frequentemente entre esses pacientes, do que em outros pacientes crônicos, podendo interferir tanto no prognóstico da doença, quanto no envolvimento do tratamento oncológico submetido. Tal problemática é advinda principalmente pelo estigma social relacionado à doença do câncer, mas também aos efeitos adversos comumente vivenciados por quem realiza o tratamento para o câncer (SOUZA et al., 2013; SIMÃO et al., 2017).

Pode-se afirmar que devido a sua gravidade e a indicação de tratamentos invasivos, o câncer é encarado com estigma e preconceito por parte da população, sendo estas reações normalmente baseadas na falta de informação. Quando diagnosticada, a doença também é agente de sofrimento psicossocial, o qual na maioria dos casos é mais que uma condição clínica, interferindo no processo de tratamento. O núcleo familiar também é afetado, gerando mudanças no cotidiano de ambas as partes e exigindo uma reorganização na dinâmica familiar para execução das atividades diárias e para o cuidado da pessoa adoecida (OTHERO; PALM, 2010; SOUZA et al., 2013; CALEFI et al., 2014).

Diante a vulnerabilidade vivenciada pela pessoa com câncer, são observados sofrimentos decorrentes do afastamento do trabalho ou estudos durante o tratamento, o que muitas vezes impacta negativamente na situação financeira da família. Além disso, ocorrem mudanças nos papéis desempenhados socialmente e na família, passando a pessoa com câncer a depender de cuidados dos familiares e ainda se afastar de atividades sociais devido a sua condição de saúde (SILVA; GIARDINETTO, 2012).

Para melhor entender o impacto do câncer na vida da pessoa diagnosticada é importante considerar sua localização. Diversos estudos apontam as alterações sofridas no desempenho funcional de pessoas com câncer e do tratamento indicado (GARCIA et al., 2015; POZIOMYCK et al., 2017). Um estudo de revisão analisou artigos que

tratavam do impacto do câncer na qualidade de vida entre os diferentes tipos de câncer. Os mais prevalentes foram: cabeça e pescoço, ginecológico, pulmonar e do sistema gastrointestinal. De acordo com os autores, produções científicas relacionadas ao câncer de cabeça e pescoço foram as mais encontradas, provavelmente pelas questões estéticas prejudicadas por este tipo de câncer (ZANDONAI et al., 2010).

Em virtude dos impactos psicológicos, físicos, sociais e espirituais sofridos pela pessoa com câncer, os estudos apontam prejuízo na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), termo este associado a doenças e processos terapêuticos. Nesse sentido, a evolução prognóstica da doença, o tipo de tratamento e a percepção da pessoa adoecida acerca de suas expectativas de vida são fatores influentes no bem estar e melhora (ZANDONAI et al., 2010; TERRA et al., 2013; SANTOS et al., 2014).

Não obstante, apesar da crescente melhoria em aparatos tecnológicos e terapêuticos que viabilizam o prognóstico de cura do câncer, torna-se relevante considerar a possibilidade de não cura desses pacientes. A visão médica de que a cura total é o único desfecho possível, muitas vezes, torna o processo de tratamento do câncer longo e doloroso para todos os envolvidos, adiando ao máximo a realização dos cuidados paliativos (MOREIRA; FERREIRA; JUNIOR, 2012; GOZZO et al., 2015).

Outro aspecto importante a ser considerado na área oncológica diz respeito a uma equipe multiprofissional capacitada que vise atender as diversas demandas físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa com câncer e de sua família. Tendo em vista a complexidade da doença e os crescentes avanços terapêuticos, a atualização profissional para a prática baseada em evidência é indispensável. Sendo possível assim, oferecer qualidade de tratamento e cuidado desde o diagnóstico, perpassando as terapias indicadas e o processo curativo, ou os cuidados paliativos até o acompanhamento aos sobreviventes de câncer durante sua vida (KOLANKIEWICZ et al., 2015; GOZZO et al., 2015).

1.1 TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ANTINEOPLÁSICO

De acordo com a literatura, o tratamento do câncer também é motivo de medo e ansiedade para a pessoa doente e seu familiar devido às consequências dos efeitos adversos sobre a vida dos mesmos. Dentre os tratamentos atuais, os principais são a

quimioterapia antineoplásica, radioterapia, terapia alvo, hormonioterapia e a cirurgia oncológica (ANJOS; ZAGO, 2006; TERRA et al., 2013; SOUZA, 2013; BRASIL, 2015).

Dos tratamentos supracitados destaca-se a quimioterapia, por ser atualmente uma das mais importantes terapias contra os diversos tipos de câncer, sendo seu uso apontado na literatura entre 70% a 80% dos casos. Esta terapêutica tem sido apontada como principal aliada no aumento da expectativa e qualidade de vida dos pacientes. A mesma pode ser definida como um método que faz uso de um ou mais compostos químicos, conhecidos como quimioterápicos, os quais atualmente são mais eficazes e menos tóxicos na prática clínica (ANJOS; ZAGO, 2006; TERRA et al., 2013; SOUZA et al., 2013; GOZZO et al., 2015; LI et al., 2016).

Mesmo que tecnologicamente as medicações administradas estejam mais pontuais em relação a atingirem as células cancerígenas, ainda há ocorrência de efeitos adversos perturbadores e incapacitantes. Dentre os sintomas destacam-se a mielodepressão, alopecia, náuseas, vômitos, diarreia, dispneia, dor, perda de apetite, alterações cognitivas, caquexia, depressão e fadiga. Salienta-se que tais eventos podem interferir na adesão, ou desistência do paciente ao tratamento (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; PEREIRA, 2014; GOZZO et al., 2015).

Os sintomas supracitados referem-se àqueles relatados pela maioria dos pacientes em quimioterapia, afetando direta ou indiretamente sua qualidade de vida relacionada à saúde. Ressalta-se que a toxicidade decorrente dos quimioterápicos depende da concentração plasmática do medicamento e do tempo de exposição ao mesmo, sendo variável para os diferentes tecidos e indivíduos (SOUZA et al., 2013; OSTUZZI et al., 2015; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

O tratamento quimioterápico é dividido em ciclos que ocorrem geralmente de 3 em 3 semanas e pode ser classificado em curativo, adjuvante, neoadjuvante ou prévio e por fim, paliativo. A quimioterapia curativa tem como objetivo o controle completo do tumor. A adjuvante é realizada após a cirurgia curativa a fim de minimizar chances de metástases pelas células cancerígenas remanescentes. Na neoadjuvante ou prévia objetiva-se reduzir o tumor precedendo complemento terapêutico de radioterapia ou cirurgia. A paliativa é indicada para controle dos sintomas decorrentes do câncer,

almejando maior qualidade de sobrevivência à pessoa em cuidados paliativos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Observa-se que tanto o câncer quanto o tratamento quimioterápico são altamente incapacitantes em decorrência dos sinais e sintomas vivenciados. A população acometida sofre prejuízos na realização das atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), de lazer e participação social, necessitando de cuidados que estimulem o exercício da autonomia e desempenho de suas atividades (ANJOS; ZAGO, 2006; HEGEL et al., 2011; TERRA et al., 2013; SOUZA, 2013; CALEFI et al., 2014; JAGSI et al., 2014; PEREIRA, 2014; OSTUZZI et al., 2015).

Tendo conhecimento do afetamento da diversidade sintomatológica do câncer e da quimioterapia na funcionalidade, a investigação e correta manutenção dos sintomas viabilizam ao paciente manter o desempenho de suas atividades diárias. Sabe-se que a fadiga, um sintoma recorrente, pode interferir na capacidade do indivíduo de cuidar das tarefas domésticas. Caso o sintoma seja a dor, poderá diminuir práticas de atividades de lazer. Há ainda a necessidade de abarcar sintomas emocionais como tristeza e preocupação, comumente associados a sintomas físicos, podendo até mesmo agravá-los (KOLANKIEWICZ et al., 2014).

É importante que a pessoa com câncer e sua família recebam orientações a respeito das variáveis relacionadas aos efeitos adversos do tratamento, visando o seu engajamento durante todo o processo quimioterápico. A educação em saúde é uma estratégia impreterível a ser desenvolvida por toda equipe oncológica, para tanto a habilidade de comunicação e conhecimento técnico-teórico são alicerces na relação profissional-paciente (TERRA et al., 2013; GOZZO et al., 2015).

Estudos apontam que o ajustamento do paciente e seu familiar ao tratamento e sua nova realidade facilitam a elaboração e manutenção de projetos de vida futura, aspecto este importante para amenizar sofrimentos psicológicos como ansiedade e depressão, comuns principalmente entre aqueles que iniciam o tratamento. O conhecimento e a adesão do paciente ao tratamento quimioterápico diminuem os riscos de piora da doença e do aparecimento de comorbidades clínicas e psiquiátricas. Além disso, o cuidado tanto para o cuidador profissional quanto para o cuidador familiar,

tende a não ser tão solicitado, tendo em vista a capacidade de autocuidado do próprio paciente (SOUZA et al., 2013; SIMÃO et al., 2017).

1.2 CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

As doenças crônicas têm recebido atenção especial no campo da saúde devido ao seu impacto social e econômico. A OMS orienta que sejam realizadas práticas inovadoras na saúde que se voltem atenciosamente para as doenças crônicas. Tais ações são instituídas visando a participação ativa do paciente no seu tratamento, visto que o autogerenciamento melhora as chances de cura e previne incapacidades decorrentes da doença crônica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Dessa forma, orienta-se que o paciente oncológico seja ciente de sua condição de saúde e dos aspectos envolvidos no seu tratamento, exercendo papel ativo na busca pela melhora e prevenção de incapacidades decorrentes de sua condição crônica. Nesse sentido, os sinais e sintomas do câncer e o tratamento quimioterápico podem interferir no desempenho e envolvimento de atividades relacionadas ao autocuidado, por conseguinte na QVRS (SILVA; RIBEIRO; SOUSA, 2015).

Na perspectiva da enfermagem, a partir da Teoria do Autocuidado proposto por Dorothea Orem, o autocuidado é definido como uma habilidade complexa, inata e desenvolvida ao longo da vida, com foco a reconhecer e desempenhar necessidades pessoais. Além da responsabilidade sobre si mesmo, o indivíduo com capacidade de autocuidado é autônomo e independente na promoção de seu bem-estar e saúde (STACCIARINI; PACE, 2014; SILVA; RIBEIRO; SOUSA, 2015).

O autocuidado decorre da capacidade de gerenciar hábitos e comportamentos que busquem maior qualidade de vida. Tanto o conhecimento em relação a doença e seu tratamento, quanto habilidades motoras e cognitivas são requisitos que permeiam a capacidade do paciente crônico de cuidar de si próprio. Cabe ressaltar a importância de uma educação voltada para o autocuidado desde a infância, considerando que indivíduos adultos já devam possuir independência e conhecimento acerca dos hábitos que favoreçam sua saúde (STACCIARINI, 2012; BENDIXEN et al., 2017).

Na literatura, as estratégias de saúde voltadas para o autocuidado nas doenças crônicas são bastante discutidas. O foco dos profissionais é orientar as melhores ações

que os pacientes podem e devem realizar no momento em que não estão sob acompanhamento profissional. Estas ações proporcionarão aos pacientes crônicos em tratamento, condições para lidar com os sintomas e assim realizar suas atividades e manter sua funcionalidade (GALVÃO; JANEIRO, 2013).

A Teoria de Orem é amplamente utilizada na área da saúde, inclusive servindo de referencial de pesquisa para diversas profissões, as quais buscam entender o processo de cuidados pessoais em prol da saúde individual e coletiva. Na Terapia Ocupacional, o autocuidado está relacionado à área de desempenho das atividades de vida diária (AVD), na qual busca-se manter a independência na realização de cuidados com o corpo (FANGEL et al., 2013; CASTANHARO E WOLFF, 2014).

Para Castanharo e Wolff (2014) a Teoria do Autocuidado de Orem utilizada pelos enfermeiros é convergente ao uso do conceito de autocuidado utilizado pelos terapeutas ocupacionais. No entanto, firma-se a interdisciplinaridade deste conhecimento, visto que cada área atua conforme seus referenciais teórico-metodológicos, especificidades e objetivos a fim de oferecer a melhor assistência ao indivíduo. O foco do terapeuta ocupacional será manter e/ou recuperar o engajamento funcional independente nas diferentes áreas do desempenho ocupacional, utilizando recursos, adaptações e estratégias de reabilitação.

Tem-se como exemplo o estudo de Speck et al. (2012) que apresentam algumas estratégias de autocuidado para pacientes com câncer de mama perante as dificuldades enfrentadas durante a doença e o tratamento quimioterápico. As participantes do estudo tinham entre 24 e 60 anos e mesmo após 6 meses do término do tratamento apresentavam sintomas ultra-tardios, como neuropatia periférica induzida por quimioterapia.

O estudo identificou impacto nas áreas de desempenho relacionadas ao lazer, trabalho e atividades domésticas. Ainda afirmou-se a necessidade de autocuidado dos sintomas para manutenção da qualidade de vida dessas pacientes, incluindo atendimento terapêutico-ocupacional para preservar a independência nas atividades relacionadas às áreas de desempenho ocupacional citadas.

Entre algumas estratégias de autocuidado apontadas por Speck et al. (2012) encontram-se:

- a) Dificuldade de caminhar, devido a dor ou fraqueza – Uso de um carrinho motorizado;
- b) Déficit nas atividades de socialização, devido incapacidade física para se dirigir ao local de encontro ou não saber lidar com os sintomas socialmente – Planejar antecipadamente a logística até o local e estimular a adoção de uma atitude positiva mediante as adversidades enfrentadas;
- c) Incapacidade para dirigir com segurança – organizar rotina para que familiares e amigos possam dirigir;
- d) Dificuldades para cozinhar – usar assento alto enquanto estiver cozinhando, realizar as etapas com calma, concentrando nos movimentos;
- e) Desgaste físico durante o banho – utilizar cadeira apropriada e evitar ficar em pé; adaptar materiais para conservar energia.

Pode-se então observar a importância interdisciplinar do estímulo à operacionalização do autocuidado, visando engajamento no desempenho de atividades e participação social. Atenta-se que tais aspectos variam de acordo com as necessidades pessoais, a condição de saúde e o contexto no qual se insere cada indivíduo (OMS, 2003; STACCIARINI, 2012; PEREIRA, 2014; KOLANKIEWICZ et al., 2014).

Destarte, políticas públicas e evidências científicas da área instituem o cuidado integral ao paciente oncológico, sendo este realizado por profissionais de diversas áreas. Dentre outras vantagens, tal abordagem proporciona ao paciente maior conhecimento sobre a doença e o seu tratamento. Nesse sentido, o trabalho multiprofissional é fundamental, uma vez que a partir de diferentes conhecimentos técnicos e científicos efetiva-se o modelo biopsicossocial em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; SILVA; OTHERO, 2010; SILVA; GIARDINETTO, 2012; BRASIL, 2015).

1.3 PAPÉIS OCUPACIONAIS E A CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO

A *American Occupational Therapy Association* (AOTA) define Terapia Ocupacional como o uso terapêutico de ocupações em sujeitos ou grupos almejando melhorar a participação na rotina, hábitos e papéis, em qualquer ambiente. O terapeuta ocupacional é responsável pela análise das atividades de vida desenvolvidas pelos sujeitos, a fim de compreender seus componentes e significados, para obter avaliação dos problemas encontrados pelos mesmos ao realizarem suas ocupações. Esta análise orienta o planejamento do plano terapêutico individual, objetivando a capacitação desse sujeito para o engajamento ou reengajamento nas ocupações afetadas e/ou manutenção das habilidades remanescentes (CREPEAU; SCHELL, 2011; AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015).

Nesse sentido, a intervenção do terapeuta ocupacional em pessoas com doenças crônicas é fundamental por criar possibilidades de manutenção, resgate e descoberta de projetos de vida mesmo após o diagnóstico. Na Terapia Ocupacional atenta-se às características clínicas, às necessidades, às expectativas individuais, às necessidades psicoafetivas e sociais de pacientes e seus familiares visando manter a independência na realização das atividades de vida (BIGATÃO; DE CARLO, 2009; OTHERO; PALM, 2010).

A OMS e a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) consideram de suma importância, tanto o desempenho de atividades, quanto a participação social. Os órgãos citados, apontam que estes fatores são capazes de influenciar a adaptação da pessoa às suas condições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Na perspectiva da Terapia Ocupacional, as atividades desempenhadas e a participação social de uma pessoa são inerentes ao seu papel ocupacional, ou seja, é a partir do papel assumido socialmente, que a pessoa é capaz de analisar e realizar as atividades que melhor competem a sua identidade ou função na família e na sociedade. Cabe ressaltar que para o exercício autônomo e funcional do papel ocupacional é

relevante considerar as metas e significados individuais de cada papel na vida da pessoa e sua condição de saúde e funcionalidade (CORDEIRO, 2005).

Os papéis ocupacionais são postulados a partir do Modelo da Ocupação Humana (MOH), que para a Terapia Ocupacional constitui-se como um dos principais referenciais teóricos. O conceito de “papel”, originalmente utilizado na área da psicologia, corresponde à identidade e expectativa da pessoa diante suas atribuições na sociedade. Contudo, aspectos biológicos como o câncer podem levar a alterações no desempenho desses papéis, mudanças essas que podem ser a motivação pra empenhar-se diante à adversidade, ou à interrupção das atividades relacionadas aos papéis (SANTOS; SANTOS, 2015).

No MOH considera-se que a performance ocupacional do ser humano é mutável, adaptável e contínua, e depende da interação entre a volição, a habituação e as condições físicas, psíquicas e sociais. Cabe então ao terapeuta ocupacional promover o engajamento e adaptação da pessoa às ocupações que lhes são individualmente mais significativas (HAGEDORN, 2003).

Na intervenção terapêutico-ocupacional, o profissional avalia e interpreta as informações relatadas pelo sujeito e família a fim de identificar os facilitadores e as barreiras que interferem no desempenho ocupacional. Define-se desempenho ocupacional como a execução das ocupações resultante da interação entre cliente, ambiente, contexto e a ocupação ou atividade. Cabe ao terapeuta ocupacional analisar como esses aspectos se influenciam e assim, através de instrumentos de avaliação e observação, levantar os fatores subjetivos e objetivos, que facilitam ou impedem o desempenho ocupacional (CREPEAU; SCHELL, 2011; AOTA, 2015).

Embora seja uma profissão nascida no contexto hospitalar, a especialidade de “Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares” no Brasil somente foi reconhecida em 08 de julho de 2013, através da Resolução N° 429. A atuação do “Terapeuta Ocupacional Especialista em Contextos Hospitalares” apresenta-se dividida em “Atenção intra-hospitalar”, “Atenção extra-hospitalar” oferecida pelo hospital e “Atenção em Cuidados Paliativos” (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2014).

Estudos apontam a Terapia Ocupacional como aliada no manejo de sintomas decorrentes do câncer e seu tratamento. Um estudo de revisão sistemática apontou que os sintomas mais trabalhados na área são a fadiga, dor e falta de ar. As ações compreendem o foco na ocupação, estratégias para resolução de problemas, técnicas de conservação de energia e educação em saúde (HUNTER et al. 2017).

No campo da oncologia, o terapeuta ocupacional possui objetivos como reduzir o impacto tanto da doença quanto da hospitalização; resgatar autonomia e independência da pessoa; trabalhar na elaboração das perdas e luto vivenciados pelo paciente e família; prevenir agravos à capacidade funcional e estruturas corporais; estimular realização independente de atividades cotidianas; fortalecer autoestima e resiliência; inserir e orientar técnicas de conservação de energia; propiciar e estimular práticas sociais e interpessoais entre paciente, família e todos envolvidos no processo da doença e do tratamento (BIGATÃO; MASTROPRIETO; DE CARLO, 2009; SILVA; GIARDINETTO, 2012).

A proposta da Terapia Ocupacional para pacientes em tratamento quimioterápico engloba a participação ativa durante todo o tratamento, estimulando hábitos e comportamentos saudáveis para manutenção das habilidades biopsicossociais, que possam sofrer mudanças em decorrência da doença e da quimioterapia. Tal intervenção mobiliza o paciente e sua família quanto à ressignificação das problemáticas vivenciadas e foco na QVRS (OTHERO; PALM, 2010).

Não obstante, as pesquisas relacionadas à implementação das práticas terapêutico-ocupacionais em contextos hospitalares no Brasil encontram-se em estágio inicial, deparando-se com problemáticas relacionadas às ações reducionistas, as quais contrapõem-se aos preceitos da profissão, e à dificuldade de reconhecimento e entendimento de seu exercício profissional por outros membros da equipe (GALHEIGO et al., 2017).

Diante deste cenário, apesar da literatura apontar os benefícios decorrentes da atuação terapêutico-ocupacional, ainda são reduzidos os serviços que contam com o profissional na equipe multidisciplinar no Brasil, visto que não é especificado nas políticas públicas da área a inserção do profissional, ficando subtendido entre as especialidades de reabilitação (WOOD; MOLASSIOTIS; PAYNE , 2011; SILVA;

GIARDINETTO, 2012; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; ARCHER; BUXTON; SHEFFIELD, 2015; BOER et al., 2015; GALHEIGO et al., 2017).

Uma vez que estudos nacionais e internacionais apontam consequências do tratamento quimioterápico na capacidade do autocuidado e desempenho de papéis ocupacionais, ainda são escassos os que abordam as evidências científicas específicas da prática da Terapia Ocupacional. Por fim, considera-se de suma importância o estudo do autocuidado e do desempenho de papéis ocupacionais em pacientes em quimioterapia, no intuito de compreender a relação entre os mesmos e contribuir para a prática baseada em evidência na área (SANTOS; DE CARLO, 2013; PAULA, 2015; SLEIGHT; DUKER, 2016; HUNTER et al., 2017).

2 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa busca contribuir na lacuna de estudos em oncologia. Faz-se importante buscar evidências científicas que corroborem com a necessidade e importância de atenção à pessoa com câncer submetida a quimioterapia antineoplásica, para além da medicação e dos sinais e sintomas. Também carecem de maior atenção e publicação, estudos que favoreçam prática baseada em evidência abarcando as condições de saúde do paciente oncológico em seus aspectos biopsicossociais (WOOD; MOLASSIOTIS; PAYNE, 2011; SILVA; GIUARDINETTO, 2012; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; ARCHER; BUXTON; SHEFFIELD, 2015; BOER et al., 2015; SLEIGHT; DUKER, 2016).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas que fomentem ações de práticas de saúde mais generalistas e a contratação de profissionais capacitados para lidar com a saúde e bem-estar e não apenas com a doença câncer e seus tratamentos invasivos. As ações de saúde que compreendam o autocuidado e o desempenho de papéis pode elevar a QVRS dos pacientes não só durante o tratamento, sobretudo visando a sobrevivência do câncer e o manejo dos sintomas na vida da pessoa adoecida e sua família.

Na prática, este estudo poderá embasar os profissionais que atuam na área a tratar a pessoa com câncer não apenas com foco na doença, mas como alguém que abdicou e/ou foi impossibilitado de desempenhar seu papel de mãe/pai, estudante, trabalhador, do cuidado sobre si mesmo, entre outros, em decorrência do sofrimento ocasionado tanto pela doença quanto pelo tratamento quimioterápico.

Ademais, a própria pessoa com câncer, a família e a sociedade carecem de informações sobre as evidências científicas acerca dos comprometimentos biopsicossociais ocasionados pelo câncer e seu tratamento, o que limita a busca por apoio e tratamento multiprofissional, a fim de abarcar suas necessidades de QVRS.

Por fim, maior suporte profissional e maior empoderamento da pessoa adoecida pelo câncer podem levar ao enfrentamento mais realista e positivo, diminuindo as chances de comorbidades como depressão, suicídio e até recidivas, o que contribuirá

para a redução de gastos e maior economia em um sistema de saúde, já sobrecarregado e defasado.

Diante do exposto, o presente estudo buscou responder as seguintes questões:

- a) quais características sociodemográficas e clínicas recorrentes nos pacientes atendidos em serviço de quimioterapia?
- b) os sintomas vividos têm interferido na vida desses pacientes?
- c) os papéis ocupacionais desempenhados no passado sofreram mudança no presente devido a ocorrência do evento da quimioterapia em suas vidas?
- d) os pacientes oncológicos em quimioterapia apresentam capacidade de autocuidado diminuída?
- e) qual(is) influência(s) que os dados sociodemográficos e clínicos têm no desempenho de papéis ocupacionais e na capacidade de autocuidado?

3 OBJETIVOS

Fundamentando-se no exposto, o presente estudo foi elaborado a partir dos objetivos geral e específicos descritos abaixo:

3.1 OBJETIVO GERAL:

- a) analisar papéis ocupacionais e capacidade de autocuidado em pacientes oncológicos atendidos no serviço de quimioterapia de um hospital universitário.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) identificar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no serviço de quimioterapia;
- b) analisar a presença de sintomatologia relacionada ao câncer e seu tratamento;
- c) identificar os papéis ocupacionais autoatribuídos pelos pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia;
- d) avaliar a capacidade para o autocuidado;
- e) verificar a relação entre presença de sintomas, desempenho de papéis ocupacionais e capacidade para o autocuidado.

4 MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de natureza quantitativa não-experimental, com delineamento transversal (POLIT; BECK, 2011).

4.1 POPULAÇÃO, LOCAL DO ESTUDO E AMOSTRA

Para a realização da pesquisa a população foi entendida como aquela composta por pessoas com diagnóstico de câncer submetidas a tratamento quimioterápico na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), cidade de Uberaba, Minas Gerais.

O serviço da Central de Quimioterapia funciona das 7h às 17h de segunda a sexta-feira, possui 12 leitos distribuídos em 4 enfermarias, oferecendo além do tratamento quimioterápico, atendimentos multiprofissionais e consultas médicas oncológicas para a população nas diversas etapas da vida.

Para a realização desta pesquisa foram selecionados os pacientes que realizavam tratamento quimioterápico, obedecendo aos critérios de inclusão para compor a amostra por conveniência, de acordo a lista de pacientes que se encontravam no serviço no período relativo à coleta de dados.

Os critérios de inclusão corresponderam a indivíduos de ambos os sexos, adultos acima de 20 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1997) e idosos, diagnosticados com câncer primário, submetidos a pelo menos um ciclo de quimioterapia antineoplásica e com capacidade cognitiva preservada.

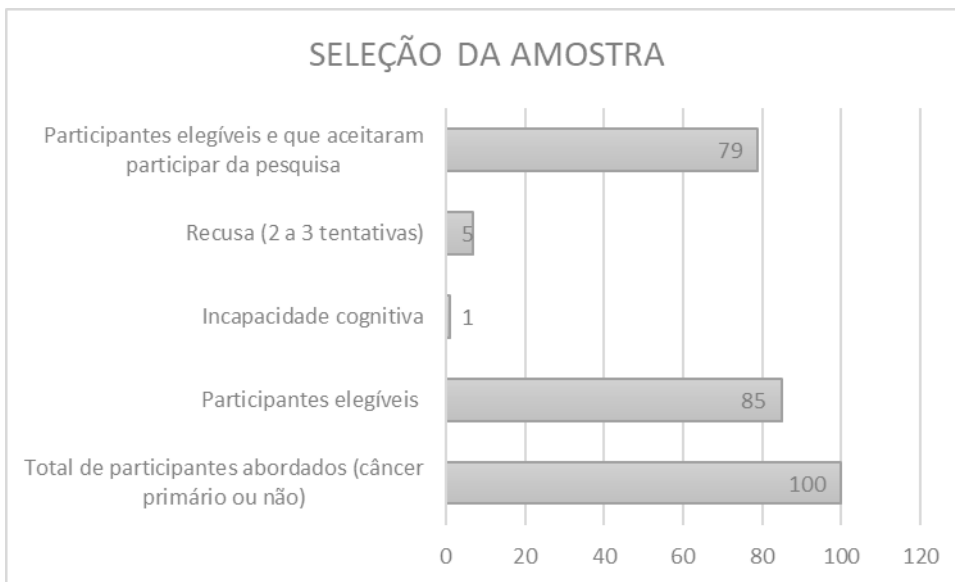
O critério de exclusão compreendeu pacientes que estivessem no pós-operatório recente (até 40 dias).

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico, $R^2=0,13$ em um modelo de regressão linear com 3 preditores, adotando nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha=0,05$ e erro do tipo II de $\beta=0,01$. Dessa forma, resultou-se em um poder apriorístico de 90%. Utilizando o aplicativo PASS

(*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002 e introduzindo os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de n=99 participantes.

O serviço de quimioterapia não possuía número de exato de pessoas atendidas, sendo possível o acesso apenas à estatística de procedimentos realizados por mês. Concernente aos critérios de inclusão e exclusão adotados e ao aceite em participar da pesquisa, os participantes elegíveis totalizaram n= 79, conforme apresentado na figura abaixo.

Figura 1 – Seleção dos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Nota-se que apenas um dos entrevistados apresentou dificuldade de compreensão às perguntas, o que o impediu ser incluído na amostra. O mesmo encontrava-se sem o acompanhante no momento da coleta e ao responder o questionário sociodemográfico, a pesquisadora observou inconsistência no conteúdo verbalizado. Dessa forma, a pesquisadora agradeceu a participação e encerrou a entrevista.

Atenta-se ainda ao fato do paciente já ter realizado ao menos um ciclo de quimioterapia para responder aos instrumentos, tendo em vista a vivência relacionada aos sintomas e as alterações nas atividades de vida mediante o tratamento. No momento da abordagem aqueles que estavam iniciando o primeiro ciclo não foram

convidados a participar do estudo, ao passo que receberam esclarecimento que seriam abordados em outro momento durante o período da coleta que coincidissem com o retorno.

4.2 PROCEDIMENTOS

O período de coleta compreendeu os meses de março a julho de 2017. Os participantes foram abordados durante a sua permanência na Central de Quimioterapia e convidados a participar da pesquisa, decidindo voluntariamente sobre sua inserção. Salienta-se o respeito ao período concomitante ao agendamento para a quimioterapia, tendo em vista facilitar a logística para os participantes, visto que muitos permanecem no serviço durante todo o expediente do mesmo e/ ou são oriundos de outras cidades.

Durante as sessões de quimioterapia a pesquisadora apresentava a proposta de participação na pesquisa para o paciente e seu acompanhante, solicitando voluntariamente a sua participação e esclarecendo quaisquer dúvidas sobre os termos de consentimento e esclarecimento. Além disso, enfatizava-se o fato de não haver respostas certas ou erradas, mas sim experiências e vivências próprias com a doença e tratamento, assegurando ao participante maior tranquilidade em relação ao temor sobre não saber responder aos questionários.

Ao acompanhante foi repassada a orientação de que o participante seria o único capaz de responder adequadamente às perguntas, evitando assim interferência nas respostas. No caso das recusas, a pesquisadora agradecia e questionava se poderia voltar a realizar o convite, se fosse do interesse do paciente. Embora todos permitissem o novo convite, apenas 2 participantes consentiram participar em outra abordagem.

Após a assinatura dos termos, ou impressão dactiloscópica no caso de analfabetos, as coletas foram realizadas com os participantes em seus leitos nas salas de atendimento quimioterápico.

O tempo médio de resposta foi de 60 minutos por participante, correspondente a uma sessão de atendimento terapêutico-ocupacional. O participante respondeu aos

instrumentos, ao passo que a pesquisadora respeitou o tempo de resposta e nível de compreensão de cada pessoa, porém sem nenhuma interferência da entrevistadora.

Salienta-se que tanto a equipe da Central de Quimioterapia, quanto os participantes foram orientados sobre o teor da pesquisa e seus objetivos, respeitando os preceitos éticos dispostos pela Resolução nº 466/2012 (NOVOA, 2014).

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a efetivação desta pesquisa foram utilizados quatro instrumentos, de acordo com os objetivos propostos para a mesma. Os instrumentos foram aplicados sob a forma de entrevista, respeitando a individualidade e sigilo durante o procedimento de quimioterapia. Por ordem de aplicação, foram os seguintes:

4.3.1 Perfil sociodemográfico e de condições clínicas

A fim de traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes adultos/idosos atendidos no serviço de quimioterapia, foi elaborado pela pesquisadora um questionário (APÊNDICE A) contendo dados relevantes para a pesquisa.

As informações foram coletadas a partir do autorrelato dos participantes, sendo as questões do instrumento referentes a dados sociodemográficos como: identificação abreviada pelas iniciais do nome, idade, sexo, estado civil, anos de estudo, renda familiar, ocupação profissional, com quem reside e sua religião.

Ainda foram coletadas informações sobre o tratamento e condições clínicas de saúde, tais como localização do câncer, tipo de tratamento quimioterápico e tempo do mesmo, efeitos adversos da quimioterapia, comorbidades, outras doenças e uso de substâncias psicoativas.

4.3.2 Inventário de Sintomas do *M.D. Anderson Cancer Center* (MDASI)

Para identificar sintomas decorrentes do câncer e do próprio tratamento oncológico que podem interferir na funcionalidade e qualidade de vida do participante da pesquisa, foi utilizado o instrumento MDASI (ANEXO A).

Trata-se de um instrumento que avalia a presença de sintomas individuais ou múltiplos relacionados ao câncer e seu tratamento, já traduzido e validado para a população brasileira (FERREIRA et al., 2008; CASTANEDA; CAMARGO; PLÁCIDO, 2011; KOLANKIEWICZ et al., 2014).

O MDASI é dividido em duas partes. A Parte I investiga a presença e intensidade dos sintomas na vida do paciente, por meio de 13 questões cujas respostas variam de zero (sem sintoma) a 10 (sintoma tão forte quanto se possa imaginar). Já a Parte II aborda o quanto os sintomas descritos na Parte I afetam a vida do participante em uma escala de classificação que varia de zero (não interferiu) a 10 (interferiu completamente) (KOLANKIEWICZ et al., 2014).

Avalia-se a intensidade dos sintomas e a maior interferência na vida do paciente através de uma escala likert que varia de zero a 10 pontos. O instrumento não possui um escore geral, apenas possibilita o cálculo do escore para as duas partes. Soma-se então os escores assinalados em cada item e divide-se pelo número de respostas.

Como resultado obtém-se a média das respostas na Parte I, na qual quanto mais próxima de 10 mais sintomas em maior intensidade, e na Parte II quanto mais a média das respostas se aproximar de 10 pontos, maior interferência dos sintomas na qualidade de vida do participante (KOLANKIEWICZ et al., 2014).

4.3.3 Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

Traduzido e validado para o português brasileiro, a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (ANEXO B) tem como objetivo identificar os papéis ocupacionais auto atribuídos pelos participantes e o grau de importância designado a cada um. É embasado no referencial teórico do Modelo de Ocupação Humana, que postula que a natureza do ser humano é ocupacional e que a doença ou incapacidade leva a prejuízo ou adaptação ocupacional (KIELHOFNER; BURKE, 1990; CORDEIRO, 2005).

O instrumento divide-se em duas partes, sendo que na Parte I o participante assinala, dentre os 10 papéis ocupacionais listados, quais ele desempenhou no passado (desde o dia que nasceu até a ocorrência do evento), quais desempenha no presente (ocorrência do evento na vida da pessoa até o dia de hoje) e quais pretende desempenhar no futuro (qualquer data a partir da entrevista).

Nesse âmbito, os papéis foram elencados em oito categorias de análise. A saber: papel desempenhado somente no passado, perda do papel somente no presente, ganhou o papel somente no presente, papel desempenhado a partir do presente, papel desempenhado até o presente, novo papel no futuro, papel contínuo e papel ausente.

Além da distribuição dos padrões de desempenho citados acima, a partir das respostas obtidas na primeira parte do instrumento foi possível realizar a frequência de cada papel no passado, no presente e no futuro.

Já a Parte II identifica o grau de importância autoatribuído de cada papel listado (nenhuma, alguma ou muita importância) na vida do participante. Em relação ao grau de importância será considerado o escore um (1) para nenhuma importância, dois (2) alguma importância e três (3) muita importância.

Salienta-se que a pesquisadora responsável cursou a capacitação necessária para utilização do instrumento, recebendo o material e certificação do mesmo. O instrumento possui um banco de dados desenvolvido pela autora responsável, a partir do qual os dados são lançados e os resultados gerados automaticamente. Além deste banco, os dados também foram gerados e analisados no *software* estatístico utilizado neste estudo para confirmação dos resultados.

Concerne a esta pesquisa os papéis que eram desempenhados no passado e que sofreram alterações no presente em decorrência do evento quimioterapia na vida do participante e o seu grau de importância. Em seguida, os resultados foram correlacionados aos resultados da escala de autocuidado.

4.3.4 Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R)

Traduzida, adaptada e validada para o Brasil, a escala de avaliação da capacidade do autocuidado (ANEXO C) é embasada pela Teoria do Déficit de Autocuidado proposto por Orem no campo da enfermagem (STACCIARINI; PACE, 2014).

O instrumento do tipo *Likert* contém 15 itens cujas respostas (pontuações) variam em discordo totalmente (1), discordo (2), não sei (3), concordo (4) e concordo

totalmente (5). O escore total vai de 15 a 75 pontos e quanto mais próximo de 75, mais operacionalizada é a capacidade de autocuidado (STACCIARINI, 2012).

Foram realizadas análises de frequências das respostas e dos escores totais. Ademais, os escores foram correlacionados com as demais variáveis do estudo, necessários para atender aos objetivos.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes aos instrumentos foram individualmente descritos e analisados a partir da criação de banco de dados no *software Excel for Windows (Microsoft Inc.)*, em processo de dupla digitação para evitar inconsistência. Posteriormente, as variáveis foram submetidas a análises e testes estatísticos no *software Statistical Package for Social Sciences- SPSS Statistics 21.0*.

Para atender aos objetivos de um a quatro realizou-se a análise de variáveis categóricas, que incluiu tabelas de frequência absolutas e relativas. Ao passo que para as variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio padrão).

Para se atender ao objetivo cinco a análise bivariada incluiu o “teste t” para amostras dicotômicas independentes, bem como correlações de Pearson para variáveis quantitativas e correlação de Spearman para variáveis ordinais.

A influência simultânea de preditores demográficos, clínicos e dos papéis sobre o autocuidado foi realizada através da análise de regressão linear múltipla. O nível de significância considerado nesse trabalho foi de $p \leq 0,05$.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando a Resolução nº 466/2012, no que tange os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), a presente pesquisa seguiu todos os procedimentos solicitados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM). O recrutamento de participantes e a coleta

de dados iniciaram-se somente após aprovação pelo órgão competente, sob Parecer Número: 1.941.852 e CAEE: 62339716.8. 0000.5154 (ANEXO D), datando 24/02/2017.

A coleta dos dados foi precedida pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Maiores de Idade (TCLE) de acordo com o modelo proposto pelo CEP/UFTM (APÊNDICE B) sendo que tanto os participantes quanto o serviço foram orientados sobre a relevância social da pesquisa, estando fundamentada em fatos científicos.

A pesquisadora deste projeto, profissional capacitada na área, responsabilizou-se tanto pelo contato, quanto pela coleta dos dados, abordando o participante na enfermaria de quimioterapia do local do estudo para convidá-lo, voluntariamente, sem custos ou ressarcimento, nem prejuízos ao tratamento caso declinasse ao convite. Destaca-se que os participantes foram identificados na pesquisa apenas pelas iniciais de seu nome, sem anotação de dados como endereço ou telefone, garantindo o anonimato das informações.

O sigilo e segurança dos participantes e da instituição foram priorizados em todas as etapas, sendo os mesmos informados sobre sua livre escolha para participar e/ou desistir, independente da fase da pesquisa.

Os materiais físicos e digitais estão arquivados junto a pesquisadora sob sua inteira responsabilidade os quais permanecerão por um período de cinco anos, quando então serão fragmentados com uma picotadora de papel e descartados.

Embora a pesquisa não tenha oferecido riscos à integridade física, mental e psíquica do participante, avaliou-se como risco a possibilidade de perda do material coletado, devido adversidades como roubo e desastres naturais, mesmo tomando todas as medidas de precaução e segurança possíveis. Neste caso, o material foi armazenado em local seguro, privado e em ambiente limpo e organizado. Ainda assim, destaca-se que no caso de roubo, não constam nos materiais dados pessoais que possam levar à identificação dos participantes.

5 RESULTADOS

A fim de facilitar a organização e compreensão dos dados obtidos, optou-se por apresentar os resultados nas seguintes categorias: caracterização sociodemográfica da amostra, dados clínicos, sintomatologia relacionada ao câncer e seu tratamento, papéis ocupacionais de pessoas em tratamento quimioterápico e capacidade de autocuidado de pessoas submetidas à quimioterapia.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Conforme os critérios de inclusão e exclusão, o estudo contou com a análise dos dados de 79 participantes, conforme já apontado no método. As tabelas abaixo apresentam detalhadamente as variáveis sociodemográficas obtidas a partir do questionário elaborado pelas autoras.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica: distribuição segundo gênero, faixa etária, estado civil e coabitação. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Gênero	Feminino	40	50,6
	Masculino	39	49,4
Faixa etária	Adulto	36	45,6
	Idoso	43	54,4
Estado civil	Solteiro	13	16,5
	Casado	46	58,2
	Separado/divorciado	9	11,4
	Viúvo	11	13,9
Coabitação	Sozinho	14	17,7
	Cônjuge	24	30,4
	Filho(s)	10	12,7
	Parente(s)	8	10,1
	Cônjuge + filho(s)	20	25,3
	Cônjuge + parente (s)	3	3,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Os resultados da análise demonstraram que não houve predomínio em relação ao gênero, sendo 50,6% mulheres e homens 49,4% da amostra. Os idosos representaram a maioria, com 54,4% em comparação a idade adulta com 45,6%. O

participante mais jovem possuía 23 anos e o mais velho 86 anos. A média relacionada à faixa etária foi de 56,9 anos.

Em relação ao estado civil observou-se que a amostra foi composta em maioria por pessoas casadas 58,2%. Em seguida, observou-se que 16,5% se declararam solteiros.

Concomitante aos dados acima, observou-se que 30,4% dos participantes residiam apenas com o cônjuge e 25,3% declararam que residiam com cônjuge e pelo menos um filho. Os que relataram residir sozinhos compuseram 17,7% da amostra.

A seguir apresentam-se os dados relacionados ao tempo de estudo e aspectos financeiros como renda e ocupação atual.

Tabela 2 – Distribuição sociodemográfica segundo anos de estudo, renda familiar e situação empregatícia. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Anos de estudo	Analfabeto	7	8,9
	Até 4 anos de estudo	29	36,7
	De 5 a 9 anos de estudo	34	43,0
	Acima de 9 anos	9	11,4
Renda familiar	1 a 3 salários mínimos	68	86,1
	4 a 6 salários mínimos	11	13,9
Situação empregatícia	Desempregado	9	11,4
	CLT	11	13,9
	Servidor público	1	1,3
	Autônomo	12	15,2
	Aposentado	46	58,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Os dados apontaram que entre os participantes 43% tiveram entre cinco a nove anos de estudo. Analfabetos corresponderam a um total de 8,9% participantes e apenas 11,4% estudaram por um período acima de nove anos.

Em relação à renda familiar houve predomínio de 86,1%, cuja renda variava de um a três salários mínimos por mês. Os demais 13,9% participantes relataram um total mensal que variava entre quatro a seis salários mínimos.

Relacionado à ocupação profissional, a amostra compôs-se predominantemente de aposentados 58,2%. Em seguida os dados apontaram um total de 15,2% participantes

autônomos e 13,9% em regime contratual. Atenta-se que 11,4% participantes declararam-se desempregados e apenas 1,3% relatou ser servidor público.

A tabela abaixo apresenta os dados relacionados ao item do questionário sociodemográfico no que tange a prática religiosa do participante.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica: distribuição segundo prática religiosa. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Religião	Não possui	5	6,3
	Católico	48	60,8
	Espírita	8	10,1
	Evangélico	17	21,5
	Outra	1	1,3
Praticante	Sim	56	70,9
	Não	23	29,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A amostra apresentou um predomínio de católicos, sendo 60,8%. Em seguida encontraram-se os evangélicos, com 21,5% da amostra. Apenas 6,3% participantes informaram não possuir religião, contudo não alegaram ser ateus. Os espíritas contabilizaram 10,1% da amostra e apenas 1,3% declarou possuir outra religião, o candomblé.

No que tange à prática religiosa a maioria declarou-se praticante religioso, correspondendo a 70,9% da amostra, contra média de 29,1% declarados não praticantes.

5.2 DADOS CLÍNICOS

Quanto aos dados relacionados à doença e ao tratamento quimioterápico, atenta-se que 100% da amostra declarou ser a primeira vez que a doença do câncer foi diagnosticada, câncer primário, conforme o critério de inclusão relatado no método.

Os resultados obtidos em relação aos dados clínicos são apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 4 – Distribuição de variáveis clínicas segundo localização do câncer, finalidade da quimioterapia, tempo de tratamento quimioterápico e eventos adversos da quimioterapia. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Localização do câncer	Sistema digestório	28	35,4
	Cabeça e pescoço	3	3,8
	Hematológico	14	17,7
	Mama, útero, próstata	16	20,3
	Outros	18	22,8
Finalidade da quimioterapia	Curativa	40	50,6
	Adjuvante	20	25,3
	Neoadjuvante	12	15,2
	Paliativa	7	8,9
Tempo de tratamento quimioterápico	Até 3 semanas	13	16,5
	De 4 a 12 semanas	19	24,1
	De 13 a 15 semanas	17	21,5
	Acima de 15 semanas	25	31,6
	Não informou	5	6,3
Toxicidade	Precoces	2	2,5
	Imediatos	45	57,0
	Tardios	18	22,8
	Não informou	14	17,7

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A tabela acima aponta predominância de câncer no sistema digestório, 35,4% da amostra. Em seguida encontram-se outros tipos de câncer com 22,8%, e 20,3% de câncer de mama, útero e próstata. O câncer hematológico foi relatado por 17,7% da amostra. Atenta-se que apenas 3,8% dos participantes relataram diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço.

Relacionado à finalidade do tratamento quimioterápico, o resultado foi de que 50,6% era curativa. Em seguida, constatou-se a terapia adjuvante em 25,3% da amostra. Somente 8,9% dos participantes realizavam quimioterapia como método paliativo.

A Tabela 4 aponta ainda que os eventos adversos imediatos foram relatados por 57% da amostra. Os eventos precoces foram os menos declarados, em apenas 2,5% da amostra. Em relação aos eventos tardios, 22,8% participantes declararam senti-los, e ainda 17,7% relataram não sentir eventos adversos do tratamento.

Tabela 5 – Variáveis clínicas: distribuição segundo comorbidades e diagnósticos de outras doenças. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Comorbidades	Clínicas	24	30,4
	Psiquiátricas	1	1,3
	Não possui	52	65,8
	Clínicas e psiquiátricas	2	2,5
Outros diagnósticos	Clínicos	40	50,6
	Psiquiátricos	1	1,3
	Não possui	38	48,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Infere-se a partir da Tabela 5 que entre os participantes, 65,8% não apresentavam comorbidade associada ao câncer e seu tratamento. Enquanto 30,4% relataram possuir comorbidades clínicas.

Em relação a outros diagnósticos, 50,6% corresponderam a pacientes que apresentaram diagnósticos clínicos como *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica. Em contrapartida, 48,1% não possuía diagnósticos clínicos ou psiquiátricos.

Tabela 6 – Variáveis clínicas: distribuição segundo consumo de substâncias psicoativas. Uberaba (MG), 2017.

		<i>n (79)</i>	<i>% (100,0)</i>
Consumo de álcool	sim	4	5,1
	não	75	94,9
Fumante	sim	9	11,4
	não	70	88,6
Uso de outras substâncias	não	79	100,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Pode-se observar a partir da Tabela 6 que prevalentemente 94,9% dos participantes relataram não consumir bebida alcoólica e 88,6% se declararam não fumantes. Por conseguinte, 100% da amostra afirmaram não fazer uso de outras drogas.

5.3 SINTOMATOLOGIA RELACIONADA AO CÂNCER E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Em relação aos sintomas descritos no instrumento de avaliação utilizado, MDASI, foi realizada frequência de cada sintoma a fim de averiguar quais os mais relatados pela amostra da pesquisa.

Tabela 7 – Distribuição dos sintomas referidos pelos pacientes em quimioterapia. Uberaba (MG), 2017.

Sintomas – Parte I	N (79)	% (100,0)	Média	DP (Desvio Padrão)
Dor	39	49,4	3,16	3,784
Fadiga	51	64,6	3,72	3,412
Náusea	46	58,2	3,56	3,682
Problemas de sono	38	48,1	3,56	3,928
Preocupações (aborrecimentos)	44	55,7	3,82	4,085
Falta de ar	24	30,4	1,68	2,88
Dificuldade para lembrar das coisas	34	43	2,35	3,203
Falta de apetite	51	64,6	3,63	3,962
Sonolência	45	57	3,68	3,653
Sensação de boca seca	40	50,6	3,2	3,74
Sentimento de tristeza	36	45,6	3,01	3,723
Vômitos	28	35,4	1,96	3,14
Sensação de dormência ou formigamento	42	53,2	3,38	3,698

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Observa-se na tabela acima que os sintomas mais relatados pela amostra corresponderam à fadiga e à falta de apetite, ambos com 64,6%. Em seguida, foi relatada a náusea com 58,2%. Os sintomas menos vivenciados pelos participantes foi a falta de ar, declarada por apenas 30,4% da amostra e vômitos por 35,4%.

Os sintomas preocupações (aborrecimentos) e fadiga apresentaram as maiores médias, sendo respectivamente 3,82 e 3,72. Destaca-se que o sintoma preocupações (aborrecimentos) também apresentou o maior DP 4,085 e o sintoma falta de ar apresentou a menor média 1,68 e menor DP 2,88.

A seguir apresenta-se a Parte II do MDASI, relacionada a interferência dos sintomas na vida do paciente em quimioterapia.

Tabela 8 - Interferência dos sintomas na vida dos pacientes em quimioterapia antineoplásica. Uberaba (MG), 2017.

Aspectos De Vida	N (79)	% (100,0)	Média	DP
Atividades em geral	62	78,5	1,22	,414
Humor	37	46,8	1,53	,502
Trabalho (incluindo tarefas domésticas)	58	73,4	1,27	,445
Relacionamento com outras pessoas	20	25,3	1,75	,438
Caminhar	49	62,0	1,38	,488
Prazer de viver	23	29,1	1,71	,457

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

As maiores prevalências relacionadas aos aspectos de vida que sofreram interferência na amostra pesquisada referiram-se às atividades em geral (78,5%), ao trabalho (incluindo tarefas domésticas) com 73,4% e à capacidade de caminhar (62%). As médias foram respectivamente $(1,22 \pm 0,41)$, $(1,27 \pm 0,44)$ e $(1,38 \pm 0,488)$.

5.4 PAPÉIS OCUPACIONAIS DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA

O instrumento de avaliação dos papéis ocupacionais foi analisado em suas duas partes, sendo a Parte I “Papéis ocupacionais desempenhados no passado, presente e/ou futuro, e a Parte II “Grau de importância autoatribuído a cada papel”, conforme os dados apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 9 – Descrição da distribuição dos papéis ocupacionais ao longo do tempo. Uberaba (MG), 2017.

Papéis Ocupacionais	Passado		Presente		Futuro	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	44	56%	5	6%	21	27%
Trabalhador	66	84%	14	18%	57	72%
Voluntário	25	32%	5	6%	54	68%
Cuidador	53	67%	36	46%	58	73%
Serviço doméstico	68	86%	52	66%	66	84%
Amigo	60	76%	46	58%	67	85%
Membro de família	63	80%	65	82%	72	91%
Religioso	57	72%	38	48%	64	81%
Passatempo/amador	56	71%	39	49%	64	81%
Participante em organizações	10	13%	3	4%	12	15%

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A partir da tabela acima observou-se que os papéis autoatribuídos com maior prevalência de desempenho no passado foi o de “serviço doméstico” e “trabalhador” com 86% e 84%, respectivamente. No tempo presente (ocorrência do evento da quimioterapia) o papel de “membro de família” foi o mais atribuído por 82% da amostra. Em relação aos papéis que gostariam de desempenhar no futuro, os mais prevalentes foram “membro de família” 91% e papel de “amigo” 85%.

A tabela abaixo apresenta a frequência dos papéis em relação ao grau de importância autoatribuído pelos participantes da amostra (n=79).

Tabela 10 – Distribuição dos papéis em relação ao grau de importância dos mesmos. Uberaba (MG), 2017.

Papéis ocupacionais	Nenhuma Import.		Alguma Import.		Muita Import.	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	26	33%	14	18%	38	48%
Trabalhador	8	10%	6	8%	65	82%
Voluntário	10	13%	33	42%	36	46%
Cuidador	7	9%	12	15%	60	76%
Serviço doméstico	12	15%	14	18%	53	67%
Amigo	5	6%	20	25%	54	68%
Membro de família	2	3%	4	5%	73	92%
Religioso	6	8%	12	0%	61	77%
Passatempo/amador	6	8%	17	22%	56	71%
Participante em organizações	58	73%	13	16%	8	10%

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

É possível observar a partir dos dados acima que o papel “participante em organizações” foi considerado o mais prevalente 73% em relação à resposta “nenhuma importância”. Sendo o papel “voluntário” considerado por 42% da amostra como tendo “alguma importância” e o papel “membro de família” foi o mais prevalente com 92% na resposta “muita importância”.

Em relação ao padrão de desempenho dos papéis ocupacionais da amostra, a Tabela 11 apresenta os resultados dos oito padrões possíveis a partir da análise do instrumento “Lista de Papéis Ocupacionais”. Os dados indicaram que o papel com maior perda no “presente”, ocorrência do evento da quimioterapia, foi o papel de trabalhador 48%. O papel de “membro de família” foi o mais prevalente em papel

“desempenhado a partir do presente” (4%), “papel contínuo” (73%) e, conseqüentemente, o de menor prevalência na resposta “papel ausente” (4%).

Tabela 11 - Distribuição do Padrão de Desempenho de Papéis Ocupacionais. Uberaba (MG), 2017.

Papéis Ocupacionais	Desempe nhado somente no passado	Perda somente no presente	Ganho somente no presente	Desempe nhado a partir do presente	Desempe nhado até o presente	Novo papel no futuro	Papel contínuo	Papel ausente
Estudante	41%	9%	0%	0%	3%	14%	4%	30%
Trabalhador	19%	48%	1%	0%	0%	8%	16%	8%
Voluntário	4%	19%	5%	1%	0%	14%	39%	13%
Cuidador	9%	19%	5%	1%	0%	14%	39%	13%
Serviço doméstico	4%	19%	5%	0%	0%	13%	53%	6%
Amigo	4%	19%	5%	0%	0%	13%	53%	6%
Membro de família	0%	6%	5%	4%	0%	8%	73%	4%
Religioso	6%	20%	1%	1%	0%	14%	46%	11%
Passatempo/a mador	5%	20%	3%	1%	0%	14%	46%	11%
Part. Em organizações	5%	5%	0%	1%	0%	6%	3%	80%

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Ainda segundo a análise da ocupação realizada a partir do instrumento de avaliação do desempenho de papel ocupacional observou-se que dos 79 participantes da pesquisa, apenas 30,4% encontraram-se ativos, enquanto que 69,6% estavam inativos, ou seja, aposentados, afastados ou desempregados.

5.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA

O escore total do instrumento de avaliação para capacidade de autocuidado ASAS-R está descrito na Tabela 12 com os valores relativos a média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo.

Tabela 12 – Estatística descritiva do escore total do instrumento de avaliação para capacidade de autocuidado – ASAS-R. Uberaba (MG), 2017.

Escore De Autocuidado	% (100,0)
Média	57,8
Mediana	58,0
Modelo padrão	5,2
Mínimo	43,0
Máximo	67,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

O resultado da análise do escore total do instrumento evidenciou que a amostra apresentou capacidade para o autocuidado operacionalizada com médias (57,8± DP5,2), visto que quanto mais próximo a 75% maior é o autocuidado. O maior escore obtido refere-se ao total de 67%, sendo que o escore mínimo obtido foi de 43%.

Na Tabela 13 foi realizada a distribuição conforme os itens da escala ASAS-R.

Tabela 13 – Distribuição das frequências de respostas aos itens da escala ASAS-R (n=79). Uberaba (MG), 2017.

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Não sei		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ASAS- R 1	1	1,3	2	2,5	1	1,3	28	35,4	47	59,5
ASAS- R 2	1	1,3	2	2,5	9	11,4	16	20,3	51	64,6
ASAS- R 3	1	1,3	3	3,8	2	2,5	26	32,9	47	59,5
ASAS- R 4	34	43	13	16,5	3	3,8	24	30,4	5	6,3
ASAS- R 5	0	0	7	8,9	1	1,3	15	19,0	56	70,9
ASAS- R 6	0	0	2	2,5	0	0	18	22,8	59	74,7
ASAS- R 7	8	10,1	5	6,3	0	0	14	17,7	52	65,8
ASAS- R 8	5	6,3	5	6,3	2	2,5	27	34,2	40	50,6
ASAS- R 9	1	1,3	2	2,5	4	5,1	24	30,4	48	60,8
ASAS- R 10	1	1,3	5	6,3	9	11,4	23	29,1	41	51,9
ASAS- R 11	38	48,1	25	31,6	0	0	7	8,9	9	11,4
ASAS- R 12	6	7,6	4	5,1	0	0	13	16,5	56	70,9
ASAS- R 13	4	5,1	4	5,1	4	5,1	15	19	52	65,8
ASAS- R 14	44	55,7	23	29,1	1	1,3	5	6,3	6	7,6
ASAS- R 15	15	19	20	25,3	2	2,5	23	29,1	19	24,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Com base nos dados apresentados na Tabela 13 a maior frequência de respostas “discordo totalmente” foi relacionada às afirmações “raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde” e “raramente tenho tempo para mim”, relativas aos itens ASAS-R11 (48,1%) e ASAS-R14 (55,7%), respectivamente. Tais dados corroboram o fato dos pacientes em quimioterapia estarem afastados de seus afazeres do dia a dia e trabalho, dedicando maior tempo a cuidar da saúde. O item ASAS-R11 ainda obteve a maior frequência de respostas “discordo”, com 31,6%.

A opção de resposta “não sei” obteve maior frequência (11,4%) em dois itens, ASAS-R2 “procuro uma maneira para resolver quando a minha capacidade para movimentar está diminuída” e ASAS-R10 “regularmente avalio o que faço para me manter saudável”.

Correspondendo a 35,4% da amostra, a resposta “concordo” foi mais frequente no item ASAS-R1 “à medida que minha vida muda, faço alterações necessárias para me manter saudável”. A frequência de 70,9% para respostas “concordo totalmente” foi a mesma para os itens ASAS-R5 “procuro as melhores maneiras para me cuidar” e ASAS-R12 “sou capaz de obter informações quando minha saúde está ameaçada”.

5.6 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DOS SINTOMAS E DO GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS SOBRE O AUTOUIDADO

Neste estudo comparou-se os escores do instrumento de autocuidado ASAS-R sobre as médias das variáveis sociodemográficas, a interferência dos sintomas relacionados ao câncer e seu tratamento nas atividades da vida da pessoa (MDASI – Parte II) e a importância autoatribuída de cada papel pelo participante a partir da Lista de Papéis Ocupacionais. Os dados desta análise serão apresentados na mesma ordem, conforme as tabelas 14, 15, 16 e 17 a seguir.

Tabela 14 – “Teste-t” para comparação da média dos escores de autocuidado do ASAS-R segundo as variáveis sociodemográficas. Uberaba (MG), 2017.

Variável	Autocuidado		
	Média	Desvio padrão (DP)	Valor do $p \leq 0,05$
Sexo			
Feminino	57,33	5,52	0,39
Masculino	58,36	5,01	
Grupo etário			
Adulto	58,61	4,74	0,23
Idoso	57,19	5,65	
Com quem mora			
Sozinho (a)	57,36	6,55	0,71
Acompanhado (a)	57,94	5,01	
Escolaridade			
Analfabeto	59,14	5,18	0,50
Alfabetizado	57,71	5,30	
Ocupação			
Ativo (a)	59,29	5,53	0,11
Inativo (a)	57,20	5,07	

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Pode-se inferir a partir da Tabela 14 que não houve relevância estatística entre os escores de autocuidado e as variáveis sociodemográficas, o que aponta que estas variáveis da amostra não influenciaram distintamente a capacidade de operacionalização do autocuidado.

Na Tabela 15 são representados os resultados do *Teste-t de Student* comparando os escores de autocuidado com a presença ou não de interferência dos sintomas nas atividades de vida da pessoa com câncer, de acordo o MDASI- Parte II.

Tabela 15 – “Teste-t” para comparação da média dos escores de autocuidado do ASAS-R segundo as interferências dos sintomas na vida da pessoa em tratamento oncológico do MDASI- Parte II. Uberaba (MG), 2017.

	Autocuidado		
	Média	Desvio padrão	Valor do p
Interferência nas atividades			0,08
Sim	58,37	5,17	
Não	55,88	5,31	
Interferência no humor			0,80
Sim	58,00	5,05	
Não	57,69	5,51	

Interferência no trabalho			0,15
Sim	58,35	5,27	
Não	56,43	5,13	
Interferência nos relacionamentos			0,18
Sim	56,45	5,40	
Não	58,31	5,18	
Interferência no caminhar			0,96
Sim	57,86	4,98	
Não	57,80	5,80	
Interferência no prazer de viver			0,21
Sim	59,00	5,22	
Não	57,36	5,26	

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

Os resultados apontaram que não houve relevância estatística para nenhum dos componentes do instrumento de avaliação dos sintomas, relacionados ao escore de autocuidado. No entanto, observou-se que a presença da interferência dos sintomas nas atividades gerais influenciou no aumento do autocuidado ($p= 0,08$, DP 5,17).

Em relação aos papéis ocupacionais optou-se por correlacionar o grau de importância autoatribuído de cada papel com o escore de autocuidado, conforme o resultado apresentado na Tabela 16.

Tabela 16 – “Correlação de Spearman” entre os escores de autocuidado do ASAS-R segundo o grau de importância dos papéis na vida da pessoa em tratamento quimioterápico. Uberaba (MG), 2017.

Papéis	Autocuidado	
	<i>r</i>	<i>p</i> ≤ 0,05
Estudante	0,05	0,66
Trabalhador	0,03	0,79
Voluntário	0,26	0,02
Cuidador	0,17	0,14
Serviço doméstico	-0,04	0,72
Amigo	0,33	<0,001
Membro de família	0,12	0,29
Religioso	0,15	0,18
Passatempo/amador	0,02	0,89
Participante em organizações	0,17	0,13

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A Tabela 16 mostra a correlação entre as médias do grau de importância dos papéis ocupacionais com os escores de autocuidado. Obteve-se relevância estatisticamente significativa em importância do papel de voluntário ($r=0,26$, $p= 0,02$) e importância do papel de amigo ($r=0,33$, $p= <0,001$), apontando que quanto maior a importância desses papéis, maior o autocuidado.

Para analisar a influência da variável dependente autocuidado sobre as demais variáveis do estudo, considerou-se como preditores a variável sociodemográfica sexo, a variável da interferência dos sintomas nas atividades de vida da pessoa com câncer e a variável do grau de importância dos papéis ocupacionais. Ao realizar a regressão linear chegou-se ao resultado apresentado na Tabela 17.

Tabela 17 – Regressão linear do escore de autocuidado sobre os preditores sexo, interferência dos sintomas nas atividades gerais e importância do papel de amigo. Uberaba (MG), 2017.

	AUTOCUIDADO	
	<i>Coefficiente β</i>	<i>$p \leq 0,05$</i>
Sexo	-0,13	0,19
Interferência dos sintomas nas atividades gerais	0,20	0,05
Importância do papel de amigo	0,43	<0,001

Fonte: Elaborado pela autora, 2017

A regressão linear da variável dependente autocuidado sobre os preditores sexo, interferência dos sintomas nas atividades gerais e importância do papel de amigo demonstrou relevância estatística entre os preditores de interferência dos sintomas sobre o autocuidado ($p=0,05$, $\beta=0,20$) sendo que, quanto maior a interferência dos sintomas nas atividades gerais, maior o autocuidado. A regressão também apontou que quanto mais importante o papel de “amigo”, maior o autocuidado da pessoa com câncer em quimioterapia ($p= <0,001$, $\beta=0,43$).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar o desempenho dos papéis ocupacionais e a capacidade de operacionalização do autocuidado de pacientes oncológicos, adultos e idosos, submetidos a tratamento quimioterápico e suas características sociodemográficas, considerando a sintomatologia associada à toxicidade da terapêutica oncológica.

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Os dados sociodemográficos encontrados condizem à realidade apresentada por estudos da área de tratamento quimioterápico antineoplásico com a população adulta e idosa atendida no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). Neste sentido, pode-se compreender a alta prevalência de doenças crônicas como o câncer em países em desenvolvimento, sobretudo no que tange as influências sociodemográficas e aos fatores de risco associados à doença (SANTOS et al., 2017; SIMÃO et al., 2017).

Neste estudo apresenta-se um equilíbrio entre a distribuição de homens (49,4%) e mulheres (50,6%) com a média de idade de 56,9%. Diversas pesquisas apontam a relação entre idade avançada e maior incidência de câncer, tendo em vista ser a população com maiores chances de acometimento por doenças crônicas no Brasil e no mundo. Ainda nessa faixa etária, estudos revelam encontrar-se a maioria dos casados e/ou residem com companheiro e/ou filhos, dado este coerente com o encontrado na amostra pesquisada (SILVA et al., 2013; COOLBRANDT et al., 2016; MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016; LYONS et al., 2017).

Em relação aos anos de escolaridade predominou-se neste estudo pessoas que tiveram até 4 anos de escolaridade (45,6%), incluindo nestes 8,9% de analfabetos. Atenta-se que apenas 11,4% dos participantes estudaram mais que 9 anos. Estes dados são pertinentes à baixa escolaridade e ao analfabetismo ainda encontrados na população brasileira, sendo os mesmos associados principalmente à população acima dos 60 anos e entre aqueles com baixa renda, visto que neste estudo predominou uma

renda familiar variante de 1 a 3 salários mínimos, em sua maioria proveniente de aposentadoria (BRASIL, 2013).

Os resultados supracitados são achados comuns em estudos brasileiros, mas se contrapõem a estudos internacionais com a mesma população, na qual a faixa etária adulta/idosa possui em sua maioria ensino superior completo (SILVA et al., 2013; BASCH et al., 2015; LYONS et al., 2017).

Estudos nacionais e internacionais afirmam que variáveis sociodemográficas são importantes determinantes no que concerne à procura pelo serviço de saúde, principalmente nos primeiros estágios do câncer. Nesse sentido, é importante apontar que a detecção precoce geralmente é realizada pela própria pessoa a partir de informações e orientações divulgadas por programas e estratégias de saúde. É a partir da detecção de que há algum problema de saúde que a pessoa entra em contato com os serviços e profissionais, para então ser realizado o diagnóstico correto. Entende-se então que a detecção da doença está associada à capacidade de autocuidado da pessoa que adoece por câncer (SILVA et al., 2013; ARCHER; BUXTON; SHEFFIELD, 2015; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Um estudo realizado por Silva et al. (2013) identificou as variáveis sociodemográficas que influenciaram no diagnóstico do câncer de mama e o seu estadiamento. As autoras analisaram 2.930 registros de neoplasias malignas de mama entre 2000 e 2006 e apontaram que entre as mulheres com baixo grau de instrução e dependência de atendimento pelo SUS foram maiores as chances de iniciar o tratamento somente com o câncer em estadiamentos avançados.

Considerando as condições sociodemográficas precárias da população brasileira, as pesquisas indicam que ao procurar o atendimento de saúde, os estadiamentos dos cânceres no Brasil são mais avançados se comparados aos dos países desenvolvidos. Além das ações e programas realizados pelas políticas públicas e serviços de saúde brasileiros, cabe ainda aos profissionais de saúde reforçar as orientações de autocuidado em busca da manutenção dos sintomas e prevenção dos agravos relacionados à doença. Priorizando o manejo dos sintomas e aumento das chances de sobrevivência e menor impacto dos mesmos na funcionalidade e QVRS dessa população (SILVA et al., 2013; MARQUES, 2014; BASCH et al., 2016).

6.2 DADOS CLÍNICOS E SINTOMATOLOGIA RELACIONADA AO CÂNCER E SEU TRATAMENTO

A localização do câncer de maior predominância neste estudo foi o do sistema digestório, em 35,4% da amostra. Embora possa ocorrer no pâncreas, estômago, esôfago e intestino, o câncer colorretal é apontado como o mais prevalente nesta categoria. A American Cancer Society (2017) publicou recentemente um relatório com a estimativa para os quatro principais tipos de câncer, sendo estimado que entre os homens há 74,6% de chance de câncer colorretal (CCR). Já entre as mulheres, o acometimento por este câncer é de 64%, sendo ainda mais comum entre a faixa etária acima de 45 anos (CAMPOS et al., 2017; DERKSEN et al., 2017).

De acordo com dados apontados pelo INCA (BRASIL, 2016) o câncer no sistema digestório está intimamente associado ao estilo de vida, principalmente hábitos alimentares nutricionalmente insuficientes como o baixo consumo de frutas e verduras, alta ingestão de alimentos processados ou carnes vermelhas. Indo de encontro ao perfil sociodemográfico desta pesquisa, um estudo de revisão sobre a ingestão alimentar brasileira, apontou que fatores como escolaridade e renda por pessoa são fatores influentes no consumo de alimentos saudáveis como frutas e hortaliças, sendo que quanto menor a escolaridade e baixa renda, menor o consumo desses alimentos (DEON et al., 2015).

Marques (2014) realizou uma pesquisa com 122 pacientes adultos e idosos diagnosticados com câncer gastrointestinal primário. Os achados apontam que a automedicação e outras terapias no início do aparecimento dos sintomas pode tardar a busca pelo diagnóstico e o início do tratamento em até 70 meses. Mais uma vez, o nível socioeconômico e a dependência do serviço público de saúde são fatores que levam à descoberta da doença já no estadiamento avançado, dificultando as chances de cura.

Contraopondo-se ao tipo mais prevalente de câncer e às dificuldades de cura relacionadas ao diagnóstico tardio do câncer, o tratamento quimioterápico curativo foi relatado por 50,6% dos participantes deste estudo. O fato da quimioterapia ser indicada como tratamento curativo para carcinomas de testículos, mama, linfomas e leucemias

pode ter contribuído para a alta frequência desta modalidade de tratamento (MARQUES, 2014; FERREIRA, 2015; BRASIL, 2016).

Assim como outros estudos, também houve o predomínio de diagnósticos clínicos como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, doenças comuns na faixa etária pesquisada. As comorbidades relacionadas ao câncer e ao seu tratamento foram inexistentes em mais da metade da amostra. A identificação de comorbidades é importante, pois ajuda a definir como será realizado o tratamento e qual o mais indicado, assim como evitar mais danos à saúde e à funcionalidade da pessoa com câncer (FERREIRA, 2015; SANTOS et al., 2017; INCA, 2017).

Ressalta-se que a depressão, ansiedade ou outros distúrbios psicológicos foram pouco relatados pelos participantes deste estudo, sendo estas variáveis significativas a serem consideradas na adesão do paciente oncológico ao seu tratamento e à sua adequação à educação em saúde realizada pelos profissionais (SOUZA, 2014; ARBER et al., 2015; LYONS, 2017).

Ações de autocuidado são importantes na prevenção de doenças relacionadas aos sintomas do tratamento quimioterápico. Estudos relatam que a participação ativa da pessoa antes, durante e após o tratamento oncológico tendem a gerar menor impacto negativo na sua QVRS. É referido ainda que os profissionais de saúde devem criar espaço para que haja comunicação dos sintomas, considerando os prejuízos destes nos âmbitos de vida pessoal, familiar, de trabalho e social da pessoa com câncer (BENNION; MOLASSIOTIS, 2013; KIDD; O'CARROLL; HUBBARD, 2008).

Um dado a ser destacado é o de que nenhum participante do estudo relatou fazer uso de substâncias psicoativas ilícitas, como crack ou maconha. Em relação ao consumo de álcool e cigarro foram poucos os que ainda apontaram fazer o uso dessas substâncias após o diagnóstico. Estes dados contrastam com o resultado divulgado no estudo coreano realizado por Ko; Song e Shin (2017), no qual foram avaliados 906 sobreviventes de câncer, que faziam uso de álcool antes do diagnóstico. Dentre os participantes, 546 continuaram a fazer o uso da substância, sendo o mesmo ainda associado ao contínuo hábito de tabagismo e à baixa escolaridade.

Em relação aos sintomas mais frequentes na população pesquisada, a fadiga, a falta de apetite e a náusea foram os mais referidos. Entretanto, no que tange à

intensidade dos sintomas, as preocupações (aborrecimentos) e a fadiga obtiveram as maiores médias.

Muito se tem pesquisado em relação à fadiga relacionada ao câncer e ao tratamento quimioterápico, sendo este sintoma relatado por até 96% das pessoas em tratamento. Considera-se a fadiga um sintoma com forte influência na perda da funcionalidade e QVRS, prejudicando o desempenho e engajamento na realização das atividades de vida, incluindo o autocuidado e a participação social (MOTH et al., 2016; O'REGAN; HEGARTY, 2017).

Embora se tenha conhecimento sobre o impacto e a prevalência da fadiga, na prática clínica o mesmo é muitas vezes negligenciado, principalmente nas orientações de ações de autocuidado e manejo de situações estressantes decorrentes do sintoma. Estudos apontam que cabe aos profissionais considerar as diversas facetas da fadiga, adotando estratégias múltiplas para o seu gerenciamento (REGAN; HEGARTY, 2017).

O'Regan e Hegarty (2017) descrevem que dentre as estratégias mais significativas e eficazes para gerir a fadiga estão receber apoio da família e amigos, realizar períodos de descanso e manter a calma, praticar atividades de passatempo (distração) e passar tempo conversando com amigos. Estes contextos compreendem o desempenho dos papéis ocupacionais avaliados neste estudo e que serão discutidos adiante.

A náusea e a falta de apetite também são apontados na literatura como sintomas recorrentes nos diversos tipos de câncer e principalmente entre os que realizam quimioterapia. Os sintomas gastrointestinais afetam o estado nutricional dos pacientes, devendo os mesmos serem orientados quanto a mudanças dietéticas para diminuir desconfortos e evitar a desnutrição. Nicolussi et al. (2014) investigaram a QVRS de 152 pacientes em quimioterapia, entre outros sintomas como a fadiga, a falta de apetite foi um importante preditor para prejuízo da QVRS (KRISHNASAMY et al., 2014; DIAS et al., 2006; NICOLUSSI et al., 2014; MOTH et al., 2016).

Ao avaliar o impacto dos sintomas na vida da pessoa com câncer em quimioterapia, este estudo aponta que “as atividades em geral” e o “trabalho (incluindo tarefas domésticas)” foram as áreas que mais sofreram interferência dos sintomas.

Estudos anteriores referem os mesmos prejuízos no desempenho funcional dessa população (PEREIRA et al., 2013; LYONS et al., 2017; BAXTER et al., 2017).

Quando questionados sobre a interferência dos sintomas no “prazer de viver”, este estudo apontou que não houve interferência significativa. O prazer de viver relaciona-se à boa QVRS daqueles que, segundo Nicolussi et al. (2014) atinam-se à adesão ao tratamento e ao correto gerenciamento dos sintomas (NICOLUSSI et al., 2014 ; SIMÃO et al., 2017).

6.3 DESEMPENHO DOS PAPÉIS OCUPACIONAIS

Embora o número de pessoas acometidas pelo câncer seja crescente, as chances de sobrevivência estão cada vez maiores, devendo os sobreviventes de câncer ser acompanhados pelos serviços de saúde ao longo de suas vidas. Os estudos apontam que apesar dos avanços médicos e de tecnologias de saúde, muitas vezes os sobreviventes do câncer são negligenciados em seus aspectos biopsicossociais durante e após o término de seu tratamento, resultando em complicações na QVRS e no envolvimento em atividades de vida (BAXTER et al., 2017).

As limitações decorrentes do tratamento podem ocorrer não somente a nível pessoal em atividades de vida diária como alimentar-se, vestir-se, ser capaz de cuidar de si mesmo. Ademais, as atividades laborais, relações sociais e familiares, práticas de lazer, também sofrem modificações e limitações (BENNION; MOLASSIOTIS, 2013; BAXTER et al., 2017).

Nesse sentido, Baxter et al. (2017) ponderam sobre a adoção de práticas contínuas de saúde que englobem intervenções médicas tradicionais e outros tratamentos de reabilitação. Dentre eles, profissionais de Terapia Ocupacional, que possuem acurácia para orientar o paciente na reintegração às atividades e os papéis que constituem suas vidas (SLEIGHT, 2017).

A atuação do terapeuta ocupacional, por ser centrada nas necessidades biopsicossociais do paciente, familiares e de seus contextos de vida, contribui de maneira eficaz para o gerenciamento das repercussões da terapêutica oncológica. Tais ações terapêutico-ocupacionais ocorrem viabilizando o engajamento no desempenho

independente nas atividades e nos papéis ocupacionais não somente durante o tratamento, como também ao longo de sua vida útil (SLEIGHT, 2017).

Baxter et al. (2017) afirmam que com o número cada vez maior de sobreviventes de câncer que sofrem prejuízos funcionais devido às sequelas, como fadiga, ansiedade, medo da recorrência da doença, disfunções multifuncionais tais como biológicas sexuais, cognitivas, de comunicação e interação. A demanda para os terapeutas ocupacionais com o objetivo de orientar e auxiliar o paciente e sua família em sua reabilitação, exige pesquisa, conhecimento no intuito de oferecer uma ação qualificada e de excelência (BRAVEMAN et al., 2017).

Nesta acepção, este estudo avaliou o desempenho dos papéis ocupacionais dos pacientes oncológicos após o evento da quimioterapia em suas vidas. O papel com maior perda somente no presente, considerando o início do tratamento oncológico, foi o de “trabalhador”. O resultado é coerente ao encontrado a partir do instrumento de avaliação dos sintomas, no qual os números apontam que o “trabalho (incluindo tarefas domésticas)” foi bastante afetado.

No presente estudo 69,6% dos participantes encontram-se inativos, ou seja, não trabalham ou estão afastados devido a doença, sendo esta uma variável que pode ser influente à redução da renda. Pesquisas apontam que a área profissional é bastante afetada nessa população, sendo necessário considerar as dificuldades financeiras enfrentadas durante o período de tratamento e que podem perdurar após o mesmo. As implicações funcionais do tratamento quimioterápico podem levar à aposentadoria, dificuldade em voltar ao mercado de trabalho, ou até mesmo perda do emprego (BARROZO; RICZ; DE CARLO, 2014).

Em um estudo realizado por terapeutas ocupacionais no Canadá identificou-se que ao retornarem ao trabalho, os sobreviventes de câncer podem enfrentar situações alusivas ao estigma e à discriminação. Foram levantadas problemáticas como associação do câncer com a morte e possibilidade de retorno da doença, custos ao empregador relacionado ao rearranjo no posto ocupado, desconfiança acerca da capacidade laboral e habilidades remanescentes, produtividade e confiabilidade. No retorno ao trabalho ainda podem sofrer ações de assédio, menores chances de

ascensão de cargo e comportamentos discriminatórios (STERGIOU-KITA; PRITLOVE; KIRSH, 2016).

Nesse sentido, entender o grau de importância e necessidade de retorno ao trabalho dos pacientes em quimioterapia torna-se relevante para que sejam realizadas intervenções de reabilitação não somente no ambiente ambulatorial, mas também ações extra-hospitalares que visem o gerenciamento de situações estressoras no ambiente de trabalho e orientações adaptativas ao retorno.

Considerando a intervenção baseada nas necessidades do cliente, apesar da perda do papel de “trabalhador” no tempo presente ser a mais frequente, não foi estatisticamente significativa o grau de importância autoatribuídos pelos participantes neste estudo.

Este dado é similar ao estudo australiano de Buckland et al. (2017), no qual 204 terapeutas ocupacionais foram investigados sobre suas experiências em oncologia, a fim de orientar as melhores práticas oncológicas na Terapia Ocupacional. O estudo observou que o retorno ao trabalho não eram as prioridades dos pacientes durante o atendimento terapêutico-ocupacional. A principal necessidade de atendimento dos pacientes estavam relacionadas ao manejo dos sintomas remanescentes enfocando nas atividades de autocuidado.

O papel de “Voluntário” foi estatisticamente significativo relacionado à capacidade de autocuidado nesta pesquisa. Estudos apontam que a motivação para o voluntariado está muitas vezes interligada às experiências próprias com a doença, levando ao engajamento nestas atividades após a cura, oferecendo apoio e instilando esperança entre os que estão em tratamento (BEDER, 2000).

Lorhan; Westhuizen e Gossmann (2015) analisaram um grupo de voluntários de uma unidade de tratamento oncológico. Destaca-se deste estudo a satisfação do paciente oncológico ao lidar com as problemáticas advindas do tratamento, em decorrência das ações dos voluntários. Além disso, a redução dos custos de recursos humanos para o serviço de saúde e a importância de estratégias de avaliação dos programas de voluntariados são destaques apontados. O estudo ainda aponta que mesmo entre os pacientes que contam com apoio social e familiar, receber o suporte de voluntários no ambiente de tratamento foi positivo, ajudando a lidar com sentimentos e

frustrações do mesmo. Tal experiência para o paciente pode se tornar um incentivo para que no futuro inclua atividades de voluntariado em sua rotina.

O papel de “membro de família” foi o mais atribuído ao tempo Presente (ocorrência do evento da quimioterapia). No tempo Futuro, o mesmo papel é o mais apontado como contínuo, assim como também recebeu o maior grau de atribuição de importância.

Simão et al. (2017) apontam o suporte familiar/social como sendo de extrema importância à adesão do paciente oncológico durante o tratamento quimioterápico. A afirmação auxilia a entender os escores elevados na avaliação do autocuidado, relacionados principalmente ao grau de importância do papel de “amigo”.

O estudo de Matsuda, Oliveira e Sales (2016) levantou dados relacionados ao perfil sociodemográfico e o bem estar de 96 cuidadores de pacientes oncológicos no estado do Paraná. O resultado apontou que o cuidado era realizado prioritariamente por cônjuges do sexo feminino, média de idade de 54,9 anos, baixa escolaridade, aposentados ou afastados do trabalho em decorrência da atividade do cuidado prestado, e renda salarial de 1 a 2 salários mínimos. Tais dados vão de encontro aos resultados das variáveis sociodemográficas dos pacientes oncológicos deste estudo.

Ainda é possível levantar a discussão sobre a inclusão destes familiares cuidadores nas práticas educativas de cuidado em saúde para esta população. Os autores supracitados consideram de suma importância a atenção voltada para os familiares envolvidos no processo de tratamento oncológico, o que colaboraria para uma melhor adaptação à nova condição de saúde e melhora do prognóstico (MATSUDA; OLIVEIRA; SALES, 2016).

Considerando as práticas religiosas, os católicos predominaram sobre as demais religiões com 60,8% das declarações de religião, assim como em outros estudos brasileiros (NICOLUSSI et al., 2014). Atenta-se que nenhum participante declarou-se ateu, sendo a maioria praticante de alguma atividade religiosa. O papel religioso foi declarado como sendo “muito importante” por 77% da amostra, sendo que o desejo de desempenhá-lo no futuro foi declarado por 81%.

Considera-se a religiosidade/espiritualidade uma ferramenta de apoio importante ao paciente oncológico diante sua nova condição de saúde (TAIOLI et al., 2014). Um

estudo realizado por Simão et al. (2017) com pacientes oncológicos com o perfil sociodemográfico semelhante ao desta pesquisa, encontrou que a ansiedade e a depressão foram reduzidas, ao passo que houve potencialidade religiosa e resiliência encontrada na população do estudo.

É sabido que o ajustamento do paciente oncológico ao tratamento está intrinsecamente relacionado à sua rede de apoio social. Estudos apontam a rede de apoio como uma variável positivamente influente no enfrentamento do câncer. Isto explica a relação entre o alto grau de importância dado aos papéis ocupacionais de “amigo”, “família” e “voluntário” pelos participantes desta pesquisa e o alto escore de operacionalização do autocuidado.

6.4 CAPACIDADE DE OPERACIONALIZAÇÃO DO AUTOCUIDADO

Os resultados apontam para a alta capacidade de operacionalização do autocuidado da população pesquisada. Foi possível constatar média de 57,8% nos resultados do instrumento de avaliação para o autocuidado utilizado, considerando que quanto mais próximo do escore total de 75 pontos, maior o autocuidado.

As práticas de autocuidado podem ser divididas entre passivas, ativas e colaborativas. Cabe ao profissional de saúde orientar o paciente, estimulando-o a adotar posturas mais ativas com significativas mudanças de hábitos que devem perdurar além do período de tratamento. O tipo de envolvimento do paciente antes, durante e após o tratamento pode variar de acordo com a condição financeira, tipo de tratamento, suporte social e familiar e perspectivas de vida (MOTH, 2016).

De acordo com estudos, a doença crônica exige da pessoa adoecida mudanças de comportamento e adequações ao seu novo estado de saúde visando não apenas a cura, mas também menor prejuízo funcional em sua rotina de vida. Tal mudança pode ser entendida através dos conceitos de ajustamento e adaptação psicológica frente às doenças crônicas. Estes termos são amplamente utilizados na área da psicologia, por essa razão podem ser encontradas diferentes visões desses conceitos na literatura.

Na perspectiva de Souza (2014) os conceitos de adaptação e ajustamento podem ser entendidos como:

Adaptação é a mudança que ocorre na estrutura de personalidade, na percepção, na interação com o meio ambiente ou no comportamento do indivíduo como resultado da forma como enfrenta os estressores associados ao adoecimento. Por outro lado, ajustamento é a relação dinâmica entre esse indivíduo e as necessidades impostas pelo contexto de adoecimento, envolvendo o processo de lidar com as situações vivenciadas ao longo do adoecimento. (SOUZA, 2014, p. 6).

Tais conceitos auxiliam no entendimento da relação entre o alto escore de autocuidado desta pesquisa, visto que 70,9% dos participantes responderam “concordo totalmente” às afirmações de que procuram as melhores maneiras para se cuidar e que são capazes de obter informações quando sentem sua saúde ameaçada.

Para Souza (2014) a participação ativa do paciente crônico será mobilizada a fim de adotar maiores esforços para o enfrentamento da situação estressora como o câncer e seu tratamento, principalmente a partir do quanto ele sente suas tarefas principais ameaçadas. A partir da regressão linear multivariada realizada neste estudo foi estatisticamente significativa a correlação entre a variável “interferência dos sintomas nas atividades gerais” e a capacidade do autocuidado.

Observou-se neste estudo que quanto maior a interferência dos sintomas sobre as atividades de vida realizadas, maiores os escores de autocuidado. Este resultado pode estar relacionado ao descrito na literatura sobre as ameaças à saúde e a motivação e empenho do paciente em realizar ações de autocuidado. Esse processo é entendido como autorregulação, no qual o paciente enfrentará as ameaças da doença tomando uma postura ativa durante o tratamento (SOUZA, 2014).

Estudos apontam que entre pessoas com doenças crônicas, respondem melhor ao tratamento e têm melhores perspectivas de vida aquelas que contam com maior apoio social e familiar. A rede de apoio oferece suporte psicológico importante no manejo de sentimentos e emoções negativas que surgem com um diagnóstico como o câncer (NERY et al., 2013; SOUZA, 2014; ARBER et al., 2015).

A regressão linear multivariada ainda encontrou que o “grau de importância do papel ocupacional de “Amigo” foi o preditor mais influente na capacidade para o autocuidado. Entendendo-se que quanto mais importante para o paciente desempenhar seu papel de amigo, maiores as chances de se envolver ativamente nos cuidados à sua saúde.

No auxílio a uma perspectiva positiva de enfrentamento às mudanças ocasionadas pelo câncer, estudos apontam que o papel de “amigo” possui características diferentes dos familiares, devido aos mesmos estarem menos envolvidos no estresse diário ocasionado pela doença e o seu tratamento. Estando então, mais aptos e preparados emocionalmente para oferecer suporte e apoio aos pacientes em tratamento, engajando-os em uma postura mais ativa mediante às adaptações necessárias (SOUZA, 2014; MARCHI et al., 2016).

É retratado na literatura que tanto a rede de apoio social quanto a vivência de alterações na QVRS são aspectos a serem considerados no autogerenciamento da doença crônica (NERY et al., 2013). O estudo de Taioli et al. (2014) realizado com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, apontou que o conhecimento acerca dos cuidados de saúde melhoraram após o diagnóstico, estando as mesmas mais engajadas na busca por conteúdo relacionado ao câncer e o tratamento.

Embora diversas variáveis demográficas tenham sido analisadas como preditoras da operacionalização do autocuidado, nenhuma variável sociodemográfica foi estatisticamente significativa nesse estudo. Não obstante, fatores como sexo do indivíduo, condição socioeconômica e escolaridade sejam comumente apontados na literatura como influentes à capacidade de autocuidado e devam ser considerados na prática clínica (TAIOLI et al., 2014; ARBER et al., 2015).

De acordo com Souza (2014) é válido entre os profissionais de saúde conhecer as condições e variáveis que podem proteger e/ou influenciar na adaptação do paciente crônico à sua nova condição de saúde. Afirma-se ainda que mesmo após um diagnóstico como o câncer, é possível que muitos pacientes consigam ressignificar sua vida adotando hábitos e comportamentos de vida de modo a se reestruturar e viver uma vida mais ativa e saudável, empenhando-se ainda mais em suas relações familiares e sociais.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas ao tamanho da amostra e aos mais variados tipos de câncer pesquisados, aspectos que dificultaram a realização de uma análise estatística que pudesse apontar com maior clareza e fidedignidade a relação entre as variáveis. Ainda por se tratar de um estudo transversal deve-se evitar generalizações para outras populações.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo fatores como a interferência dos sintomas nas atividades de vida e o grau de importância dos papéis sociais como “voluntário” e “amigo” foram importantes preditores para a operacionalização do autocuidado, sendo o maior grau de importância do papel “amigo” o mais forte preditor.

Depreende-se dessa forma que a atenção à saúde do paciente oncológico deve abarcar, além do manejo dos sintomas, o quanto o tratamento e a doença relacionam-se aos contextos familiar e social do mesmo e sua família. O intuito deve ser oferecer cuidados e suporte que considerem o ser humano em sua totalidade, assim como preconizam as políticas públicas voltadas para o câncer e ao atendimento em saúde humanizado.

A fim de abarcar esses fatores, atenta-se à importância de que os cuidados ao paciente em quimioterapia careçam ser realizados por uma equipe multidisciplinar. Pristas profissionais complementares conseguirão abranger a complexidade e subjetividade de cada indivíduo afetado pela quimioterapia, analisando como esta influi os papéis ocupacionais e o autocuidado.

Visando a QVRS e a própria sobrevivência ao câncer, é relevante a manutenção das atividades de vida importantes e pertinentes a cada pessoa para que esta desempenhe os seus papéis ocupacionais mais significativos e motive-se a cuidar de si mesmo.

Conforme o exposto, a inclusão do terapeuta ocupacional na equipe é apontada na literatura científica da área como tendo extrema valia, considerando além do impacto do tratamento, também a sobrevivência do câncer e o retorno à sua vida habitual, que estará modificada e precisará de adaptações físicas, psicológicas e sociais.

REFERÊNCIAS

ALVEZ, B.G.; SILVA, R.I.; ALMEIDA, M.S. (Org.). **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. 2. ed. rev. atual. Uberaba, MG: UFTM, 2013. Disponível em: <http://www2.uftm.edu.br/ppged/images/Manual_ABNT_VERS%C3%83O_2013_FINAL_17.01.14.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts and figures 2017**. Atlanta, Ga, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2017.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, p. 1-49, apr. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>>. Acesso em: 23 set. 2016.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355-361, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200012>. Acesso em: 12 out. 2016.

ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 33-40, Jan/Fev 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

ARBER, A. et al. Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? A mixed methods study. **European Journal of Cancer Care**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26603371>>. Acesso em: 12 out. 2017.

ARCHER, S.; BUXTON, S.; SHEFFIELD, D. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. **Psycho-Oncology**, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24953449>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BARROZO, B. M.; RICZ, H.M.A.; DE CARLO, M.M.R.P. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 255-263, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61865>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BASCH, E. et al. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n.

6, p. 557-565, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26644527> >. Acesso em: 12 out. 2016.

BAXTER, M. F. et al. Occupational therapy's role in cancer survivorship as a chronic condition. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 3, p. 7103090010P1-7103090010P7, 2017. Disponível em: < <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2614803> >. Acesso em: 09 out. 2017.

BEDER, J. Training Oncology Camp Volunteers. **Cancer Practice**, v. 8, n. 3, p. 129-134, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11898137>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BENDIXEN, R. M. et al. A User-Centered Approach: Understanding Client and Caregiver Needs and Preferences in the Development of mHealth Apps for Self-Management. **JMIR mHealth and uHealth**, Toronto, v. 5, n. 9, 2017. Disponível em: < <https://mhealth.jmir.org/2017/9/e141/> >. Acesso em: 09 out. 2017.

BENNION, A. E.; MOLASSIOTIS, A. Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and meta-synthesis. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 1, p. 9-25, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972487> >. Acesso em: 12 out. 2016.

BIGATÃO, M. R.; DE CARLO, M. M. R. P. A. Terapia Ocupacional Hospitalar em Oncologia no HCFMRP-USP. In: FIGUEIREDO, L. R. U.; NEGRINI, S. F. B. M. **Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. p. 201-10.

BIGATÃO, M. R.; MASTROPRIETO, A.P.; DE CARLO, M.M.R.P. Terapia Ocupacional em Oncologia: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In: OTHERO, M. B. (Org.). **Terapia Ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2009.

BOAVENTURA, A. P.; VEDOVATO, C.A.; SANTOS, F.F.; Perfil dos Pacientes Oncológicos Atendidos em uma Unidade de Emergência. 2015, **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, Chile, v. 21, n. 2, p. 51-62, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_06.pdf >. Acesso em: 12 out. 2016.

BOER, A. et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 9. art. no.: CD007569, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD007569.pub3. Disponível em: < http://www.cochrane.org/CD007569/OCCHEALTH_interventions-enhance-return-work-cancer-patients >. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html >. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Analfabetismo no país cai de 11,5% para 8,7% nos últimos oito anos**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34167>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 126 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRAVEMAN, B. et al. Occupational Therapy Interventions for Adults With Cancer. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 5, p. 7105395010p1-7105395010p5, 2017. Disponível em: <<https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2646451>>. Acesso em: 12 set. 2017.

BUCKLAND, N.; MACKENZIE, L. Exploring the role of occupational therapy in caring for cancer survivors in Australia: A cross sectional study. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 64, n. 5, p. 358-68, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28513084>>. Acesso em: 07 set. 2017.

CALEFI, K. A. C. et al. Qualidade de vida do paciente com neoplasia hematológica submetido à quimioterapia. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 41-47, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/907>>. Acesso em: 12 out. 2016.

CAMPOS, F. G. et al. Incidence of colorectal cancer in young patients. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 2, p. 208-215, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912017000200208&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 set. 2017.

CASTANEDA, L.; CAMARGO, T.; PLÁCIDO, T. Ligação entre o MD Anderson Symptom Inventory-Head and Neck Module e a Classificação Internacional de Funcionalidade, para avaliação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, p. 49-55, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/08_artigo_ligacao_anderson_symptom_inventory_head_neck_classificacao_funcionalidade_avaliacao.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CASTANHARO, R.C. T.; WOLFF, L. D.G. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 175-86, 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/977>>. Acesso em: 07 set. 2017.

COOLBRANDT, A. et al. Dealing with chemotherapy-related symptoms at home: a qualitative study in adult patients with cancer. **European journal of cancer care**, v. 25, n. 1, p. 79-92, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25752741>>. Acesso em: 07 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 429 de 08 de julho de 2013. Brasília: COFFITO, 2014. Disponível em: < <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3191>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

CORDEIRO, J. J. R. **Validação da lista de identificação de papéis ocupacionais em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Brasil**. 2005. 123 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) -- Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20599>>. Acesso em: 07 set. 2017.

CREPEAU, E. B.; SCHELL, B. A. B. Analisando as ocupações e atividades. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard e Spackman terapia ocupacional**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 35.

DEON, R. G. et al. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 26-34, 2015. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/18065/13140> >. Acesso em: 07 set. 2017.

DERKSEN, T. M. et al. Lifestyle-Related Factors in the Self-Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Colorectal Cancer: A Systematic Review. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 2017, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5376448/>>. Acesso em: 07 set. 2017.

DIAS, V. M. et al. O grau de interferência dos sintomas gastrintestinais no estado nutricional do paciente com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista brasileira de nutrição clínica**, v. 21, n. 2, p. 104-110, 2006. Disponível em: < http://www.academia.edu/2928364/O_grau_de_interfer%C3%A2ncia_dos_sintomas_gastrintestinais_no_estado_nutricional_do_paciente_com_c%C3%A2ncer_em_tratamento_quimioter%C3%A1pico >. Acesso em: 07 set. 2017.

FANGEL, L. M. V. et al. Quality of life and daily activities performance after breast cancer treatment. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100015&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 07 set. 2017.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011>. Acesso em: 18 ago. 2016.

FERREIRA, D. B. **Câncer de mama no Rio de Janeiro: padrão de mortalidade e análise da comorbidade como fator associado à sobrevivência e à realização completa de quimioterapia adjuvante**. 2015. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde pública e Meio

Ambiente). -- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12851>>. Acesso em: 07 set. 2017.

FERREIRA, K. A. S. L. et al. Tradução para a língua portuguesa do MD Anderson Symptom Inventory–head and neck module (MDASI-H&N). **Revista brasileira de cirurgia da cabeça e pescoço**, v. 37, n. 2, p. 109-13, 2008. Disponível em: < http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_115.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

FORMAN, D. et al. (Ed.) **Cancer incidence in five continents**. Lyon: IARC, 2014. v. 10. (IARC Scientific Publications, n. 164). Disponível em: < https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp164/CI5volX_Full.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

GALHEIGO, S.M. et al. Exchanging knowledge within a community of practice: toward an epistemology of practice in Occupational Therapy paediatric hospital care. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 449-459, 2017. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1897>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

GALVÃO, M. T. dos R. L.; JANEIRO, J.M. da S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Revista mineira de enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 226-236, 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

GARCIA, S. N. et al. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 89-96, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200089>. Acesso em: 18 ago. 2016.

GOZZO, T. O. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca de eventos adversos do tratamento quimioterápico. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 14, n. 2, p. 1058-1066, abr./jun. 2015. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25040>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

HAGEDORN, R. **Fundamentos para a prática em terapia ocupacional**. São Paulo: Roca, 2003.

HEGEL, M.T. et al. Feasibility Study of a Randomized Controlled Trial of a Telephone-Delivered Problem Solving-Occupational Therapy Intervention to Reduce Participation Restrictions in Rural Breast Cancer Survivors Undergoing Chemotherapy. **Psychooncology**, v. 20, n. 10, p. 1092-1101, Oct. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20821373>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

HUNTER, E. G. et al. Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 1. Impact of physical activity and symptom management interventions. **American journal of occupational therapy**, v. 71, n. 2, p. 7102100030p1-7102100030p11, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28218585>>. Acesso em: 07 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Crianças e adolescentes. Brasil, 1997. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7128>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Quimioterapia**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101>. Acesso em: 12 out. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tratamento cirúrgico**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98>. Acesso em out. 2017.

JAGSI, R. et al. Impact of adjuvant chemotherapy on long-term employment of survivors of early-stage breast cancer. **Cancer**, v. 120, n. 12, p. 1854-1862, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777606>>. Acesso em: Acesso em: 07 set. 2017

KIDD, L.; O'CARROLL; HUBBARD. Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. **Journal of advanced nursing**, v. 64, n. 5, p. 469-477, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18764852>>. Acesso em: 07 set. 2017.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. Modelo da ocupação humana: parte I. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de Sao Paulo**. 1990;1(2):114-23.

KO, H.; SONG, Yun-Mi; SHIN, Jin-Young. Factors associated with alcohol drinking behavior of cancer survivors: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey. **Drug and alcohol dependence**, v. 171, p. 9-15, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28012430>>. Acesso em: 07 set. 2017.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 31-38, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42491>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Validação do Inventário de Sintomas do MD Anderson Cancer Center para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 999-1005, 2014. Disponível em: <

http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-0999.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

KOLANKIEWICZ, A.C.B. et al. Demands of cancer patients care: proposal of intervention for convergence and educational practice. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1370-1375, 2015. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8612> >. Acesso em: 18 ago. 2016.

KRISHNASAMY, M. et al. The nurse's role in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting: an international survey. **Cancer nursing**, v. 37, n. 4, p. E27-E35, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24145248> >. Acesso em: 07 set. 2017.

LI, Y. X. et al. Application of auricular acupoints therapy in relieving the gastrointestinal side effects induced by chemotherapy: an integrative review. **Chinese nursing research**, v. 3, n. 2, p. 58-61, 2016. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771816300500> >. Acesso em: 18 ago. 2016.

LORHAN, S.; VAN DER WESTHUIZEN, M.; GOSSMANN, S. The role of volunteers at an outpatient cancer center: how do volunteers enhance the patient experience?. **Supportive care in cancer**, v. 23, n. 6, p. 1597-1605, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416094>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LYONS, K. D. et al. Content Analysis of a Participant-Directed Intervention to Optimize Activity Engagement of Older Adult Cancer Survivors. **OTJR: occupation, participation and health**, p. 1539449217730356, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28929925> >. Acesso em: 18 ago. 2017.

MARCHI, J. A. et al. Significado de ser-cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100311&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. de A.; FRANÇA, E. B.. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400713&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MARQUES, M. N. **Câncer gastrointestinal: dificuldades para o acesso ao diagnóstico e tratamento**. 2014. 75 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia e Ciências Médicas) -- Universidade Federal do Pará, Belém, 2014. Disponível em: < http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5395/1/Dissertacao_CancerGastrointestinalDificuldades.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2017.

- MATSUDA, M.; OLIVEIRA, T.W; SALES, L; A. Relationship between wellness and sociodemographic characteristics of caregivers of people with cancer. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 34, n. 1, p. 128-136, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28569982> >. Acesso em: 15 ago. 2017.
- MOREIRA, L.M.; FERREIRA, R. A.; JUNIOR, Á. L. C. Discussion of Protocol for Cancer Patients' Caregivers in Palliative Care1. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 383-392, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/en_10.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- MOTH, E. et al. Patients' preferred and perceived roles in making decisions about adjuvant chemotherapy for non-small-cell lung cancer. **Lung Cancer**, v. 95, p. 8-14, 2016. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169500216302288> >. Acesso em: 15 ago. 2017.
- NERY, I.S. et al. Os sentimentos de mulheres mastectomizadas frente à rede de apoio. *Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina*, 2013 ;v. 2, n. 4, p.16-20. Disponível em: < <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/938/pdf>>. Acesso em: 12 out. 2017.
- NICOLUSSI, A. C. et al. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 15, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1475>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- NOVOA, P. C.R. O que muda na ética em pesquisa no Brasil: Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Einstein (São Paulo), São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 14-34, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000100001&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 15 ago. 2017.
- CUSICK, A. Position Statement: Occupational therapy in oncology. **Australian Occupational Therapy Journal**, 2015, 62, 462–464. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aot.2015.62.issue-6/issuetoc>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- O'REGAN, P.; HEGARTY, J. The importance of self-care for fatigue amongst patients undergoing chemotherapy for primary cancer. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 28, p. 47-55, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478855>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais da ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. 105 p. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2016.

OSHO. **Confiança**: a arte de se entregar à vida e confiar em si mesmo. [São Paulo]: Pensamento, 2016. 240 p.

OSTUZZI, G. et al. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 6, Art. No.: CD011006, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD011006.pub2. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26029972>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

OTHERO, M. B.; PALM, R. D. C. M. Terapia ocupacional em oncologia. In: OTHERO, M. B. **Terapia ocupacional: práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Cap.4. p. 72-110.

PAULA, D. P. **Métodos longitudinais aplicados ao estudo da multicausalidade associada a reações adversas ao tratamento quimioterápico para o câncer de mama**. 2015. 132 f. Tese (Doutorado em Engenharia Biomédica) -- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: < http://www.peb.ufrj.br/teses/Tese0229_2015_12_14.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

PEREIRA, C. R. **Construção e validação de uma cartilha de orientação sobre o tratamento quimioterápico**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8580>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

PEREIRA, E. L. et al. Déficit no autocuidado para se vestir de mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, p. 6206-14, 2013. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/8640>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos na pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POZIOMYCK, A. K. et al. Nutritional assessment methods as predictors of postoperative mortality in gastric cancer patients submitted to gastrectomy. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 5, p. 482-490, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912017000500482&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. **Cadernos brasileiros de terapia ocupacional**, v. 21, n. 1, 2013. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/735> >. Acesso em: 15 ago. 2017.

SANTOS, L. J. F. et al. Qualidade de vida, dor, depressão e ansiedade em pacientes operados por câncer de reto. **ABCD, Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 96-100, Jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202014000200096&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SANTOS, C. A. V.; SANTOS, J.L. F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 273-283, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00273.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SANTOS, E. G. A. dos. et al. Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. **Revista pan-amazônica de saúde**, v. 8, n. 2, p. 45-54, 2017. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232017000200045&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SILVA, A. C. C; GIARDINETTO, A. R. S. B. Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional. **Revista de terapia ocupacional da Universidade de Sao Paulo**, v. 23, n. 3, p. 297-308, set./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/55646>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SILVA, J. M. D. C., RIBEIRO, V.; SOUSA, P. P. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. **Enfermería global**, v. 14, n. 1, p. 372-383, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_revison2.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SILVA, P.F. et al. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 361-367, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-724472>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SILVA, R.F.A.; OTHERO, M. B. Plano de Cuidados e Trabalho em Equipe. In: OTHERO, M. B. **Terapia ocupacional práticas em oncologia**. São Paulo: Roca, 2010. Cap.3, p. 47-71.

SIMÃO, D. A. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do tratamento quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 2, p. 82-86, 2017. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/874>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SLEIGHT, A. G. Occupational Engagement in Low-Income Latina Breast Cancer Survivors. **American journal of occupational therapy**, v. 71, n. 2, p. 7102100020p1-7102100020p8, 2017. Disponível em: <<https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2636575>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SLEIGHT, A. G.; DUKER, L. I. S. Toward a broader role for occupational therapy in supportive oncology care. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 70, n. 4, p. 7004360030p1-7004360030p8, 2016. Disponível em: <<https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2523531>>. Acesso em: 15 out. 2017.

SOUZA, B. F. et al. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100008>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SOUZA, J. R. **Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO):** construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer. 2014. 179 f. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) -- Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/16804>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A. da S.; LIMA, E. D.; R.P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 38-47, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SPECK, R. M. et al. Scope of symptoms and self-management strategies for chemotherapy-induced peripheral neuropathy in breast cancer patients. **Supportive care in cancer**, v. 20, n. 10, p. 2433-2439, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231480>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised para o Brasil.** 2012. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) -- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16012013-111537/pt-br.php>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 221-229, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300221>. Acesso em: 13 ago. 2017.

STERGIOU-KITA, M.; PRITLOVE, C.; KIRSH, B. The “Big C”—stigma, cancer, and workplace discrimination. **Journal of cancer survivorship**, v. 10, n. 6, p. 1035-1050, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27170116>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

STEWART, B.W.; WILD, C.P. (Ed.). **World Cancer Report.** Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014. Disponível em: <<http://publications.iarc.fr/Non-Series->

Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>. Acesso em: 13 ago. 2017.

TAIOLI, E. et al. Knowledge and prevention practices before breast cancer diagnosis in a cross-sectional study among survivors: Impact on Patients' Involvement in the decision making process. **Journal of cancer education**, v. 29, n. 1, p. 44-49, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24022520>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

TERRA, F. S. et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. Buscando a excelência na disseminação do conhecimento científico, v. 11, n. 2, p. 112-7, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3564.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

WOOD, M.J.; MOLASSIOTIS, A; PAYNE, S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. **Psychooncology**, Chichester, v. 20, n. 2, p. 135–145, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878827>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

ZANDONAI, A. P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 554-61, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a20.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

ZANDONAI, A. P. **Adaptação transcultural e validação do instrumento Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Assessment Tool (CIPNAT) para o Brasil**. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-01022016-162439/pt-br.php>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e de Condições Clínicas



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde - Mestrado
 Fones: 3318 - 5482 – E-mail: mestrado@enfermagem.uftrm.edu.br

Entrevistador: _____ Data: _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMográfico E DE CONDIÇÕES CLÍNICAS	
Iniciais:	Gênero: feminino () masculino ()
Estado civil:	solteiro (a) () casado(a)/ união estável () separado/divorciado(a) () viúvo(a) ()
Escolaridade:	analfabeto(a) () até 4 anos de estudo () de 5 a 9 anos de estudo () acima de 9 anos ()
Renda familiar:	1 a 3 salários () 4 a 6 salários () 7 a 10 salários () acima de 10 salários ()
Profissão:	desempregado () CLT () servidor público () autônomo(a) () aposentado ()
Com quem reside:	sozinho(a) () cônjuge () filho (s) () parentes () amigos ()
Religião:	não possui () católico () evangélico ()
Praticante:	sim () espírita ()
ATEU	sim () não ()
Câncer primário:	sim () não ()
Tipo de	Localização:
Quimioterapia	curativa () adjuvante () neoadjuvante () paliativa ()
Tempo de tratamento:	até 3 semanas () de 4 a 12 semanas () 3 a 15 semanas () acima de 15 semanas ()
Efeitos tóxicos:	precoces () imediatos () tardios () ultra-tardios ()
Comorbidades:	clínicas () psiquiátricas ()
Especificar:	
Outras doenças:	
Uso de bebida alcoólica:	sim () não ()
Fumante:	sim () não ()
Outras drogas:	sim () não ()
	Quais: _____

APÊNDICE B – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido para Maiores de Idade



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa-CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone:(0**34)3700-6776
E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

(Versão fevereiro/2016)

Título do Projeto: Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia, por *estar diagnosticado com câncer e realizar tratamento quimioterápico*. Os avanços na área da oncologia ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre presença de sintomas do câncer e seu tratamento e desempenho de papéis ocupacionais e capacidade de autocuidado e caso você participe, será necessário realizar perguntas sobre presença de sintomas, papéis ocupacionais e atividades de autocuidado, além de perguntas sobre condições clínicas e perfil sociodemográfico. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) *ampliar e melhorar práticas de saúde para população oncológica, para além dos sintomas da doença, mas sim as consequências destes na vida da pessoa com câncer. Sendo publicados artigos baseados nos resultados do estudo, a fim de abarcar diversos profissionais e serviços de tratamento oncológico.*

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
 Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
 Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
 CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0**34) 3700-6776 -
 E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia

Eu, (*nome do voluntário*), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.
 Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):

Leidiane Mota de Oliveira Chagas (34) 98857-9243
 Terapeuta Ocupacional/ Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – UFTM;

Prof.^a Dra. Elizabeth Barichello (34) 99174-0297
 Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde – UFTM

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

IMPORTANTÍSSIMO: SEGUNDO DETERMINAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA, OS PESQUISADORES E OS SUJEITOS DA PESQUISA DEVERÃO RUBRICAR TODAS AS PÁGINAS DO TERMO (APÓS A COLETA DE DADOS). UMA VIA DO TERMO DEVERÁ SER ENTREGUE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Parte II Quanto os seus sintomas interferiram na sua vida

Os sintomas freqüentemente interferem no modo como nos sentimos e agimos. Nas últimas 24 horas, quanto os seus sintomas interferiram nos seguintes aspectos da sua vida?

Para cada um dos seguintes aspectos marque 0, se os sintomas não interferiram e 10, se os sintomas interferiram completamente.

	Não Interferiu										Interferiu completamente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
23. Atividades em geral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Trabalho (incluindo tarefas domésticas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Relacionamento com outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Caminhar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Prazer de viver?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Copyright 2000 The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
All rights reserved

Fonte: Kolankiewicz et al., 2014

ANEXO B - Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais

APLICAÇÃO DA LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS OCUPACIONAIS

Instrua as pessoas para completarem a informação demográfica no alto da Lista. Permaneça junto às pessoas até a lista ser completada.

PARTE 1 - 1. Peça-lhes para ler as instruções. 2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 1. 3. Defina o esquema do tempo da seguinte forma: a) “O presente se refere não somente a hoje, mas também inclui os sete dias passados”. b) “Passado se refere ao período de tempo até sete dias atrás”. c) “Futuro é qualquer tempo de amanhã em diante”.

PARTE 2 - 1. Quando as pessoas completarem a Parte 1, peça-lhes para ler as instruções da Parte 2. 2. Pergunte se entenderam as instruções e responda quaisquer perguntas pertinentes à aplicação da Parte 2. 3. Defina “valor” assim: “Valor se refere à importância que você dá a cada papel, isto é, quão importante ou desejável é esse papel para você”.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Você é aposentado (a)? () Sim () Não

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo

O propósito desta lista é identificar os papéis em sua vida. A lista de identificação, que é dividida em 2 partes, apresenta 10 papéis e define cada um.

PARTE I: Ao lado de cada papel, indique, marcando a coluna correspondente, se você desempenhou o papel no passado, se você o desempenha no presente, e se planeja desempenhá-lo no futuro. Você pode marcar mais de uma coluna para cada papel. Por exemplo, se você foi voluntário no passado, não é voluntário no presente, mas planeja isto no futuro, deve marcar as colunas passado e futuro.

PAPEL	PASSADO	PRESENTE	FUTURO
1 ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
2 TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
3 VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
4 CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
5 SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
6 AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, pelo menos uma vez por semana, com amigo.			
7 MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
8 RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
9 PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
10 PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondentes(s).			

PARTE II Os mesmos papéis são listados abaixo. Junto de cada papel, marque a coluna que melhor indica o valor ou importância que esse papel tem para você. Responda cada papel, mesmo que nunca o desempenhou ou não planeja desempenhá-lo.

PAPEL	NENHUMA IMPORTÂNCIA	ALGUMA IMPORTÂNCIA	MUITA IMPORTÂNCIA
1 ESTUDANTE: Frequentar escola de tempo parcial ou integral.			
2 TRABALHADOR: Emprego remunerado de tempo parcial ou integral.			
3 VOLUNTÁRIO: Serviços gratuitos, pelo menos uma vez por semana, em hospital, escola, comunidade, campanha política, etc.			
4 CUIDADOR: Responsabilidade, pelo menos uma vez por semana, em prestar cuidados a filho, esposo(a), parente ou amigo.			
5 SERVIÇO DOMÉSTICO: Pelo menos uma vez por semana, responsável pelo cuidado da casa através de serviços como, por exemplo, limpeza, cozinhar, lavar, jardinagem, etc.			
6 AMIGO: Tempo empregado ou fazer alguma, pelo menos uma vez por semana, com amigo.			
7 MEMBRO DE FAMÍLIA: Tempo empregado ou fazer alguma coisa, pelo menos uma vez por semana, com um membro da família tal como filho, esposo(a), pais ou outro parente.			
8 RELIGIOSO: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em grupos ou atividades filiadas a sua religião. (excluindo-se o culto religioso)			
9 PASSATEMPO / AMADOR: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em atividades de passatempo ou como amador tais como costurar, tocar um instrumento musical, marcenaria, esportes, teatro, participação em clube ou time, etc.			
10 PARTICIPANTE EM ORGANIZAÇÕES: Envolvimento, pelo menos uma vez por semana, em organizações tais como Rotary ou Lions Club, Vigilantes do Peso, etc.			
OUTRO: _____ Um papel não listado que você tenha desempenhado, desempenha no momento e/ou planeja para o futuro. Escreva o papel na linha acima e marque a(s) coluna(s) correspondente(s).			

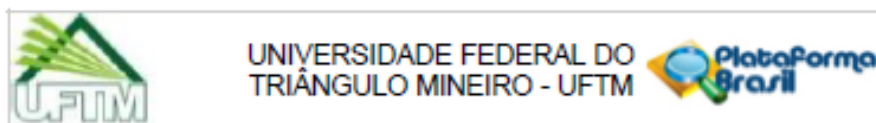
Fonte: Cordeiro, 2005

ANEXO C – Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado

1. À medida que a minha vida muda, eu faço as alterações necessárias para me manter saudável.	1	2	3	4	5
2. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.	1	2	3	4	5
3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas decisões para me manter saudável.	1	2	3	4	5
4. Eu frequentemente sinto falta de disposição (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.	1	2	3	4	5
5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.	1	2	3	4	5
6. Quando necessário, eu consigo tempo para me cuidar.	1	2	3	4	5
7. Se eu tomo um novo medicamento, eu obtenho informações sobre os seus efeitos colaterais, para melhor cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e de minha família.	1	2	3	4	5
10. Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.	1	2	3	4	5
11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.	1	2	3	4	5
12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.	1	2	3	4	5
13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
14. Eu raramente tenho tempo para mim.	1	2	3	4	5
15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que eu gostaria.	1	2	3	4	5

Fonte: Stacciarini; Pace, 2014

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Papéis ocupacionais e autocuidado em pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62339716.8.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.941.852

Apresentação do Projeto:

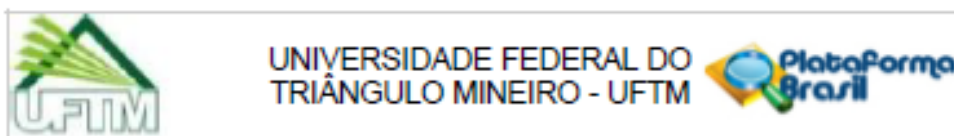
Segundo os pesquisadores:

"Atualmente o câncer é considerado um grave problema de saúde pública no mundo, como apontam dados epidemiológicos da International Agency for Research on Cancer (IARC) que indicam situação alarmante para os órgãos de saúde e para a sociedade. Sua prevalência está associada ao aumento da expectativa de vida, aos fatores de risco decorrentes de maus hábitos e comportamentos, como fumar, ingerir bebida alcoólica, má alimentação, estresse, sedentarismo, entre outros (FORMAN et al., 2014; STEWART; WILD, 2014; BOAVENTURA; VEDOVATO; SANTOS, 2015).

Câncer é o termo utilizado na literatura mundial para caracterizar o crescimento celular desordenado e com capacidade de invadir tecidos e órgãos adjacentes, capacidade esta conhecida como metástase. Ao se tornar metastático, o câncer pode levar a pessoa diagnosticada à morte em até 90% dos casos (SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012; ZANDONAI, 2015).

Devido sua prevalência e consequências, entram em vigência políticas públicas voltadas a fim de prevenir a ocorrência do câncer, facilitar o diagnóstico precoce e instituir intervenções adequadas para manutenção da qualidade de vida das pessoas adoecidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.241.052

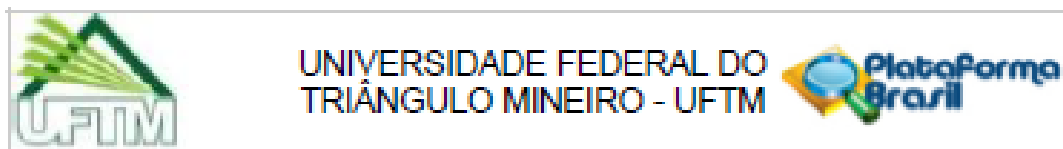
Dentre os tratamentos oncológicos mais indicados atualmente, encontram-se a quimioterapia, radioterapia, terapia alvo, cirurgia, hormonioterapia, entre outros. Destes, destaca-se a quimioterapia, por ser uma das mais importantes terapias contra os diversos tipos de câncer, sendo seu uso apontado na literatura entre 70% a 80% dos casos. A mesma pode ser definida como um método que faz uso de um ou mais compostos químicos, conhecidos como quimioterápicos, os quais atualmente se encontram mais eficazes e menos tóxicos na prática clínica (ANJOS; ZAGO, 2006; TERRA et al., 2013; DE SOUZA, 2013; LI et al., 2016). O tratamento quimioterápico é dividido em ciclos que ocorrem geralmente de 3 em 3 semanas e pode ser classificado em curativo, adjuvante, neoadjuvante ou prévio e por fim, paliativo. A quimioterapia curativa tem como objetivo o controle completo do tumor. A adjuvante é realizada após a cirurgia curativa a fim de minimizar chances de metástases pelas células cancerígenas remanescentes. Na neoadjuvante ou prévia objetiva-se reduzir o tumor precedendo complemento terapêutico de radioterapia ou cirurgia. E a paliativa é indicada para controle dos sintomas decorrentes do câncer, almejando maior qualidade de sobrevivência ao paciente em cuidados paliativos (BRASIL, 2016).

Mesmo que tecnologicamente as drogas administradas estejam mais pontuais em relação a atingirem as células cancerígenas, ainda há ocorrência de efeitos colaterais perturbadores e incapacitantes independentemente do tipo de quimioterapia. Dentre os sintomas destacam-se a melancolia, alopecia, náuseas, vômitos, diarreia, dispnéia, dor, perda de apetite, alterações cognitivas, caquexia, depressão, fadiga, entre outros (ANDRADE; SAWADA; BARICHELLO, 2013; PEREIRA, 2014).

Os sintomas supracitados referem-se àqueles relatados pela maioria dos pacientes em quimioterapia, afetando direta ou indiretamente sua qualidade de vida relacionada à saúde. Ressalta-se que a toxicidade decorrente dos quimioterápicos depende da concentração plasmática do medicamento e do tempo de exposição ao mesmo, sendo variável para os diferentes tecidos e indivíduos (SANTOS, 2008; DE SOUZA, 2013; OSTUZZI et al., 2015; BRASIL, 2016).

Tendo em vista que tanto o câncer, quanto o tratamento quimioterápico são altamente incapacitantes em decorrência dos sintomas, a população acometida sofre prejuízos na realização das atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), de lazer e participação social, necessitando de cuidados que estimulem o exercício da autonomia e desempenho de suas atividades (ANJOS; ZAGO, 2006; SANTOS, 2008; HEGEL et al., 2011; TERRA et al., 2013; DE SOUZA, 2013; CALEFI et al., 2014; JAGSI et al., 2014; PEREIRA, 2014; OSTUZZI et al., 2015).

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-8778 E-mail: cep@povqg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.641.052

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Não há riscos para integridade física, mental e psíquica do participante. O risco relaciona-se à perda do material coletado, considerando adversidades como roubo e desastres naturais, mesmo tomando todas as medidas de precaução possíveis, como armazenar em local seguro, privado e em ambiente limpo e organizado.

No caso de roubo dos materiais, atenta-se que neles não constarão nenhum dado que identifique o participante, a não ser as iniciais do nome. Diante do ocorrido, o pesquisador está ciente de que a pesquisa será interrompida imediatamente e deverá comunicar ao CEP."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de relatoria referente a pendência anterior. Pesquisadores atenderam a solicitação do CEP-UFTM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião do Colegiado do CEP-UFTM em 10/02/2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	07/02/2017		Aceito

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

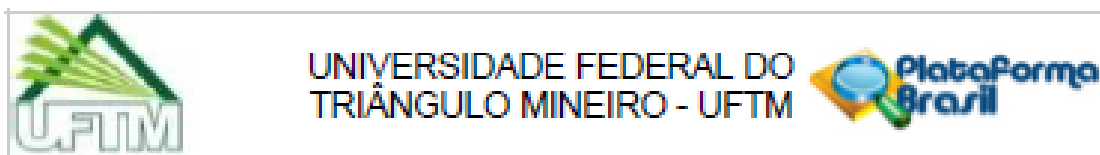
UF: MG

Telefones: (34)3700-6778

CEP: 38.025-100

Município: UBERABA

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.941.052

Básicas do Projeto	ETO_822502.pdf	20:40:09		Aceito
Outros	InstrumentoLIPO.pdf	07/02/2017 20:38:57	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	Autorizaçãodaautora.pdf	19/01/2017 17:36:59	Elizabeth Barichello	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	21/11/2016 20:11:36	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	questionario_sociodemografico.docx	08/11/2016 21:34:51	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	MDASI.docx	08/11/2016 21:34:21	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	ASAS.docx	08/11/2016 21:32:58	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	ParecerGEP.pdf	08/11/2016 21:32:10	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	Autorizaçaoasetor.pdf	08/11/2016 21:30:52	Elizabeth Barichello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	08/11/2016 21:29:57	Elizabeth Barichello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoformularioCEP.doc	08/11/2016 21:28:34	Elizabeth Barichello	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 24 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Marty Aparecida Spadotto Balartin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-8776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqg.uftm.edu.br