

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

JOÃO BATISTA CAMARGOS JUNIOR

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E AUTOCOMPANHÃO EM
PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Alfenas/MG

2020

JOÃO BATISTA CAMARGOS JUNIOR

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E AUTOCOMPANHÃO EM
PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de
Alfenas (UNIFAL-MG). Área de concentração:
Enfermagem

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia

Alfenas/MG

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Camargos Junior, João Batista
C172q Qualidade de vida relacionada à saúde e autocompaixão em
pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica / João Batista
Camargos Junior. – Alfenas, MG, 2020.
45 f.: il. –

Orientadora: Ana Cláudia Mesquita Garcia.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de
Alfenas, 2020.
Bibliografia.

1. Autocompaixão. 2. Qualidade de Vida. 3. Neoplasia. 4.
Quimioterapia Antineoplásica. I. Garcia, Ana Cláudia Mesquita. II. Título.

CDD- 610.73

JOÃO BATISTA CAMARGOS JUNIOR

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E AUTOCOMPAIXÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

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

Aprovada em: 30 de novembro de 2020

Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva
Instituição: Universidade Federal de São João Del Rei

Profa. Dra. Isabelle Cristinne Pinto Costa
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Mesquita Garcia, Professor do Magistério Superior**, em 30/11/2020, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabelle Cristinne Pinto Costa, Professor do Magistério Superior**, em 30/11/2020, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALEXANDRE ERNESTO SILVA, Usuário Externo**, em 30/11/2020, às 20:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0405430** e o código CRC **07C72847**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado finalizar mais uma etapa com louvor.

À minha família, pelo apoio incondicional, por todo amparo nos momentos que mais precisei. Em especial, minha mãe Ana Lucia, pelo colo acolhedor.

Ao meu companheiro André Andriatta, por sua companhia, apoio, incentivo e compreensão.

À Prof^a. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia, pelos ensinamentos, pelo carinho e cuidado, e por me fazer viver com plenitude os momentos presentes.

À minha amiga do Mestrado, Eliza Mara das Chagas Paiva, que de forma gentil não mediu esforços para me auxiliar nesta caminhada.

Aos meus colegas acadêmicos de Enfermagem, Camila Alessandra da Silva Marcelo, Geovanna Maria Isidoro e Karina Katherine Sarto, pela importante contribuição neste trabalho.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela formação de excelência.

Aos pacientes e a equipe da Clínica de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, por acolherem de forma generosa a proposta de realização deste estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida.”
Cicely Saunders.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar a qualidade de vida relacionada à saúde e autocompaixão em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e corte transversal, realizado no segundo semestre de 2019, em uma Clínica de Oncologia de um hospital geral filantrópico situado no Sul de Minas Gerais. A população do estudo foi composta pelos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico atendidos na clínica supracitada. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Autocompaixão e a escala *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G) para avaliação da qualidade de vida. Os dados foram agrupados em um banco de dados do *Microsoft Office Excel* e analisados por meio do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados. Variáveis nominais foram descritas pela análise de frequência e tabela de contingência e as variáveis quantitativas, pelas medidas de tendência central. A confiabilidade dos instrumentos utilizados no estudo foi avaliada por meio do coeficiente de Alpha de Cronbach (α). A amostra foi composta por 183 participantes, com idade média de 62,8 anos de idade, predominância do sexo feminino (53,55%), casados (60,11%) e analfabetos (37,70%). Os tipos de câncer mais prevalentes foram: mama (23,50%), colorretal (18,03%) e próstata (16,39%). A confiabilidade da Escala de Autocompaixão foi $\alpha=0,854$ e da FACT-G $\alpha=0,803$. Quanto à autocompaixão, a média encontrada entre os participantes foi de 4,23 ($dp=0,63$), escore classificado como alto. Em relação à qualidade de vida, a média foi de 80,25 ($dp=12,62$), o qual pode ser considerada alta. Foi identificada correlação moderada entre qualidade de vida relacionada à saúde e à autocompaixão ($r=0,466$; $p<0,001$), de modo que quanto maiores os níveis de autocompaixão, melhores são os níveis de qualidade de vida relacionada à saúde entre os participantes. Em conclusão, os resultados deste estudo sugerem associação positiva entre qualidade de vida relacionada à saúde e à autocompaixão em pacientes com câncer em quimioterapia antineoplásica. Sugere-se que sejam realizados estudos que permitam o estabelecimento de relações de causa e efeito entre estas variáveis.

Palavras-chave: Autocompaixão. Qualidade de Vida. Neoplasia. Quimioterapia Antineoplásica.

ABSTRACT

The aim of the present study was to investigate the levels of quality of life and self-compassion and the possible existence of a relationship between these in patients undergoing antineoplastic chemotherapy. This is a study with a quantitative methodological approach, of a descriptive and cross-sectional character, carried out in the second semester of 2019, in an Oncology Clinic located in a philanthropic general hospital located in the South of Minas Gerais - MG. The study population consisted of cancer patients undergoing chemotherapy. The instruments used for data collection were: questionnaire for sociodemographic and clinical characterization, Self-Compassion Scale and the Functional Assessment of Cancer Therapy - General scale (FACT-G) for assessing quality of life. The data were grouped in a Microsoft Office Excel database and analyzed using the Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Descriptive statistics was used to present the data. Nominal variables were described by frequency analysis and contingency table and quantitative variables, by measures of central tendency. The reliability of the instruments used in the study was assessed using Cronbach's alpha coefficient (α). The sample consisted of 183 participants, with an average age of 62.8 years old, predominantly female (53.55%), married (60.11%) and illiterate (37.70%). The most prevalent types of cancer were: breast (23.50%), colorectal (18.03%) and prostate (16.39%). The reliability of the Self-Compassion Scale was $\alpha = 0.854$ and the FACT-G $\alpha = 0.803$. As for self-pity, the average found among the participants was 4.23 (SD = 0.63), a score classified as high. Regarding quality of life, the average was 80.25 (SD = 12.62), which can be considered as high. A moderate correlation was identified between quality of life and self-pity ($r = 0.466$; $p < 0.001$), so that the higher the levels of self-pity, the better the quality of life levels among the participants. This study suggests a positive association between quality of life and self-compassion in cancer patients undergoing antineoplastic chemotherapy. It is suggested that studies be carried out that allow the establishment of cause and effect relationships between these variables.

Descriptors: Self-compassion. Quality of life. Neoplasia. Antineoplastic Chemotherapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.....	28
Tabela 2-	Valores médios das subescalas da Escala de Autocompaixão.....	29
Tabela 3-	Valores médios das subescalas da FACT-G	30
Tabela 4 -	Correlações entre as subescalas da escala de qualidade de vida e os escores totais de autocompaixão.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
dp	Desvio-Padrão
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy - General
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
n	Número de indivíduos na amostra
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SCS	<i>Self-Compassion Scale</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	O câncer e a quimioterapia antineoplásica.....	14
2.2	Qualidade de vida relacionada à saúde entre pacientes em quimioterapia antineoplásica.....	15
2.3	Autocompaixão.....	18
3	OBJETIVOS.....	22
4	MÉTODO.....	23
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Local de estudo.....	23
4.3	População e amostra.....	23
4.4	Critério de Elegibilidade.....	24
4.5	Variáveis e medidas.....	24
4.5.1	Caracterização sociodemográfica e clínica.....	24
4.5.2	Autocompaixão.....	24
4.5.3	Qualidade de vida relacionada à saúde.....	25
4.6	Procedimento de coleta de dados.....	25
4.7	Análise de dados.....	26
5	QUESTÕES ÉTICAS.....	27
6	RESULTADOS.....	28
7	DISCUSSÃO.....	32
8	CONCLUSÃO	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICE A.....	45

1 INTRODUÇÃO

O surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como o câncer tem provocado mudanças na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) de pessoas tanto em países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. É importante aludir que o câncer se constitui em um dos principais problemas de saúde pública no mundo, em virtude de sua amplitude epidemiológica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2018, 18,1 milhões de pessoas foram acometidas por algum tipo de neoplasia; a previsão para 2040 é de 29,4 milhões de enfermos por câncer (WHO, 2020).

É oportuno assinalar que o câncer é um conjunto de alterações desordenadas de células que invadem agressivamente um grupo de células e órgãos, chamados tumores malignos e benignos, no qual atingem tecidos epiteliais (carcinomas) e conjuntivos (sarcomas), ocorrendo uma modificação genética no Ácido Desoxirribonucleico (DNA) da célula, causando assim o surgimento dessa patologia (BRASIL, 2019a).

Dados da estimativa Mundial de Câncer de 2018 apontaram que os tipos de câncer mais incidentes no mundo, de forma geral para ambos os sexos foram: pulmão (11,6% do total dos casos), mama (11,6%), próstata (7,1%) e câncer colorretal (6,1%). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (14,5%), próstata (13,5%) e reto e cólon (9,5%). Já em mulheres predominam as neoplasias de mama (24,2%), reto e cólon (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (BRAY *et al.*, 2018).

No que tange aos tratamentos mais usualmente empregados, destacam-se a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Em relação ao tratamento cirúrgico, este é considerado curativo quando indicado nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos. Já a radioterapia é um tipo de tratamento no qual se utilizam radiações para destruir o tumor ou impedir que suas células se multipliquem. Quanto à quimioterapia, este é um tipo de tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células neoplásicas, constituindo-se em uma das modalidades de maior escolha, tanto quando a finalidade do tratamento é cura, quanto para o controle da evolução da doença e cuidados paliativos. No entanto, apesar dos benefícios da terapia medicamentosa, esta tem grande impacto na qualidade de vida do paciente, podendo ocorrer alguns efeitos colaterais, tais como: fraqueza, diarreia, perda de peso, aumento de peso, feridas na boca, alopecia, náuseas, vômitos e tontura (BRASIL, 2019b).

Nesse contexto, o diagnóstico de câncer tem frequentemente um efeito devastador, com o domínio de sentimentos negativos, os quais decorrem, sobretudo, do enorme desafio que essa doença e seu tratamento representam para os pacientes, suas famílias e profissionais

de saúde que os assistem (HAUN *et al.*, 2017). Assim, mesmo diante de tantos avanços tecnológicos na área da saúde, de modo especial no tratamento do câncer, tal doença continua representando um desafio que requer medidas de enfrentamento e formas que suavizem os efeitos adversos provocados pela terapêutica (SOARES *et al.*, 2009).

As condições adversas decorrentes do câncer e de seu tratamento podem acarretar prejuízos à QVRS dos pacientes, causando impactos negativos nos domínios de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, que podem prevalecer durante e até mesmo anos após o enfrentamento da doença (PAULA; SAWADA, 2015; PACE *et al.*, 2019). A Qualidade de Vida (QV), sem remeter-se a particularidades que envolvam a saúde, pode ser entendida como a satisfação da pessoa com a sua vida no que tange aos aspectos pessoais, culturais, sociais, políticos e econômicos que são importantes para a mesma (WHO, 1995; NICOLUSSI *et al.*, 2014). Já a QVRS traz à tona a relação que a saúde exerce sobre a vida do indivíduo, de forma determinante para seu bem-estar (NICOLUSSI *et al.*, 2014).

É crescente a preocupação com a promoção da QVRS dos pacientes com câncer, no entanto, uma parcela considerável destes ainda apresenta sintomas de angústia, estresse, depressão, ansiedade, fadiga, dentre outros sintomas que comprometem seu bem-estar (PACE *et al.*, 2019). Logo, a QVRS tem se tornado um importante parâmetro a ser avaliado, de modo a proporcionar um acompanhamento integral à saúde e que promova bem-estar e adesão ao tratamento (PAULA; SAWADA, 2015).

Pessoas com câncer procuram suporte físico e emocional ao se defrontar com a gravidade e impactos de sua doença, e conseqüentemente, é possível que uma postura sem julgamentos e autocompassiva poderá resultar em um melhor enfrentamento da doença, com vistas a proporcionar um impacto positivo na contribuição do tratamento e na melhora da QVRS (SOUZA; HUTZ, 2016). A autocompaixão, entendida como a capacidade de adotar uma postura gentil, bondosa, livre de julgamentos e consciente em relação a si mesmo em situações de angústia, sofrimento ou adversidades (NEFF, 2003; NEFF *et al.*, 2012), pode contribuir para a melhoria da saúde geral (KIRSCHNER *et al.*, 2019; SIROIS, 2020).

Ser autocompassivo abrange ter bondade consigo mesmo no lugar de autojulgamento severo, atenção plena ou *mindfulness* no lugar de super identificação, e senso de humanidade compartilhada ao invés de isolamento social (NEFF *et al.*, 2012). Para desenvolver e aumentar a autocompaixão uma série de estratégias de baixo custo e relativamente simples podem ser utilizadas, como a prática de escrita sobre temas autocompassivos, intervenções que utilizam a evocação de imagens autocompassivas e práticas de respiração e meditação, que podem ser realizados em grupo ou individualmente (SIROIS; KITNER; HIRSCH *et al.*, 2015).

Ter autocompaixão pode auxiliar no enfrentamento de situações difíceis, como o caso de doenças graves, ajudando a lidar melhor com os sofrimentos decorrentes da doença, o que pode contribuir positivamente para a melhora da saúde geral e da qualidade de vida (RAES *et al.*, 2011). Por exemplo, uma pessoa com alta autocompaixão, por adotar postura menos crítica e negativa, pode sentir-se mais motivada para o tratamento e praticar comportamentos que promovam saúde e que possam contribuir para um melhor prognóstico, como a prática de atividades físicas, alimentação saudável, redução de ingestão alcoólica e consumo de tabaco e adesão ao tratamento (SIROIS; KITNER; HIRSCH *et al.*, 2015).

Estudos também já demonstraram os benefícios da autocompaixão sobre diferentes formas de bem-estar (ZESSIN; DICKHÄUSER; GARBADE, 2015), na regulação do sono e resiliência de profissionais de saúde (KEMPER; MO; KHAYAT, 2015), no contexto de distúrbios da imagem corporal em mulheres sobreviventes de câncer de mama (TODOROV *et al.*, 2019), na redução de ansiedade e depressão em estudantes de enfermagem (LUO *et al.*, 2019) e em pacientes com câncer (ZHU *et al.*, 2019), bem como associada a melhor QV em diversos contextos e populações (BOHADANA; MORRISSEY; PAYNTER, 2019; DUARTE; GOUVEIA; CRUZ, 2016; KIM; KO, 2018; NERY-HURWIT; YUN; EBBECK, 2018). Apesar da escassez de estudos que investiguem como a autocompaixão pode contribuir para melhoria da saúde e QV, acredita-se que isso é possível por meio da ativação temporária da parte afetiva do sistema parassimpático de baixa excitação, contribuindo com a redução do estresse e regulação das emoções. Outra hipótese possível pode ser por meio da abordagem das vulnerabilidades cognitivas, reduzindo o eu negativo e aumentando o eu positivo, o que poderia exercer efeitos benéficos sobre saúde mental e, conseqüentemente melhorar os parâmetros de QV (KIRSCHNER *et al.*, 2019).

Apesar dos benefícios das práticas da autocompaixão sobre a QVRS, os estudos sobre a temática ainda são incipientes, principalmente no contexto do câncer. Desse modo, verifica-se a necessidade de produção de conhecimento na área com a finalidade de contribuir com o estabelecimento de estratégias para lidar com os estressores provenientes da doença e do tratamento oncológico. Ainda, a produção de conhecimento nesta área pode oferecer subsídios para uma assistência integral e de qualidade, promovendo novos paradigmas para maior qualidade de vida e bem-estar de pessoas convivendo com o câncer e seus tratamentos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O câncer e a quimioterapia antineoplásica

O desenvolvimento socioeconômico e o crescimento populacional, somados às mudanças no estilo de vida, como hábitos alimentares e sedentarismo, têm influenciado o aumento da morbidade e mortalidade por câncer no mundo (BRAY *et al.*, 2018). A incidência dessa doença vem sendo mensurada em diversos países do mundo, com frequentes atualizações e avanços metodológicos. No Brasil, para o triênio 2020-2022, são estimados 625.000 novos casos de neoplasias, para cada ano (BRASIL, 2019).

O câncer é definido como uma série de alterações celulares, com modificação genética, que ocorrem de forma desordenada e invadem determinado grupo de células e órgãos. Podem ser benignos ou malignos, atingindo tantos tecidos epiteliais, quanto conjuntivos. Os fatores de risco podem ser de ordem ambiental, ou modificáveis, como tabagismo, alcoolismo e exposição à radiação solar (INCA, 2019).

O diagnóstico precoce contribui para a reabilitação física, social e psicológica do doente (SALES; PIRES; JÚLIO, 2013). Adicionalmente, os avanços científico-tecnológicos da área médica vêm proporcionando algum controle sobre os sintomas e o estadiamento do câncer. No entanto, quando esta doença assume contornos avançados, muitas vezes evolui para impossibilidade de cura, com manifestações clínicas que não podem mais ser controladas com efetividade. A partir de então, os cuidados deixam de ser focados principalmente na cura do paciente e direcionam-se ao controle do avanço da doença, do aumento do status funcional do mesmo e da melhoria de sua QV (SAWADA *et al.*, 2016; FREIRE *et al.*, 2018).

Atualmente, a quimioterapia constitui um dos tratamentos mais utilizados para o controle do câncer, sendo a opção de escolha para parcela considerável dos pacientes, mesmo com surgimento de demais tratamentos oncológicos. Em suma, sua finalidade pode ser curativa, sendo seu desempenho e efetividade relacionados com o avanço da doença, ou paliativa, administrada com o objetivo de diminuir o crescimento do tumor, aumentar a sobrevida e melhorar a QV (JANMAAT *et al.*, 2017; PRIGERSON *et al.*, 2015; WAGNER *et al.*, 2017).

Em se tratando de tumor locorregional, a quimioterapia é capaz de aumentar a possibilidade de cura quando combinada com a radioterapia ou cirurgia. Em tumores metastáticos, pode contribuir para o aumento da expectativa e qualidade de vida dos

pacientes. Desse modo, é uma terapia fundamental para tratamento de diversos tipos de neoplasias e tende a continuar a ser amplamente utilizada no futuro (HELLMANN *et al.*, 2016).

Embora essa terapêutica demonstre ser um procedimento capaz de diminuir a morbidade e mortalidade por câncer, também pode provocar impactos negativos para a QV e a funcionalidade do indivíduo, uma vez que seus benefícios vêm acompanhados de efeitos colaterais que afetam a vida do paciente, como fadiga, sintomas gastrointestinais, perda ou aumento de peso, feridas bucais, alopecia, vertigens, entre outros. (SAWADA *et al.*, 2016; INCA, 2019).

Em relação a fadiga, esta interfere negativamente na qualidade de vida e no modo de encarar a realidade, considerados como um fator que compromete a realização das atividades de vida diária, diminuindo a autonomia e aumentando o sentimento de desvalorização pessoal, além de gerar consequências sociais e financeiras para a pessoa e família, trazendo a concepção de inutilidade (MEDEIROS *et al.*, 2018). Adicionalmente, a complexidade dos efeitos adversos advindos dessa modalidade terapêutica vai além das mudanças do corpo físico e autoimagem, alterando também aspectos da própria identidade.

Para muitos pacientes a quimioterapia é percebida como um tratamento associado à cura da doença, mas que ao mesmo tempo pode ser considerada como uma experiência difícil. Os efeitos colaterais relacionados ao tratamento quimioterápico, os quais podem interferir no seu viver diário e afetar o desenvolvimento das atividades habituais, podem ser reponsáveis pela percepção do elemento “difícil” provocado pela terapêutica. Por outro lado, a ausência dessas manifestações negativas corrobora com a adaptação ao tratamento e melhor QV (WAKIUCHI *et al.*, 2019).

Nesta fase, o paciente é marcado por severa instabilidade emocional, vivenciando um momento no qual os sintomas oncológicos pioram a QV do indivíduo, o que muitas vezes leva à hospitalização do paciente com câncer, implicando no comprometimento de vários domínios das atividades cotidianas (SILVA *et al.*, 2013), aspecto que será exposto a seguir.

2. 2 Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos a quimioterapia antineoplásica

O conceito de QV vem se mostrando cada vez mais abrangente nas últimas décadas, em razão do crescente interesse da literatura especializada e do próprio

público em geral. Surge então, o termo QVRS, que se refere ao modo como um indivíduo avalia seu próprio bem-estar geral e sua saúde (CORRER *et al.*, 2008).

Sob esse prisma, é de fundamental importância a avaliação da QVRS em pacientes com câncer submetidos à quimioterapia antineoplásica, em virtude da possibilidade de presença de sentimentos negativos após o diagnóstico e no decurso da terapia do câncer, afetando o bem-estar físico, psicossocial e espiritual dos pacientes de forma profunda, além de provocar resignificação do processo de adoecimento (HAUN *et al.*, 2017; TESTON *et al.*, 2018). Ademais, em se tratando do câncer incurável, instala-se um desafio enorme para o paciente, para as famílias e para os profissionais da saúde, fazendo emergir questionamentos [direcionados](#) à vida, à doença e à morte (HAUN *et al.*, 2017).

Dentre os diversos desafios vivenciados pelo paciente com câncer, destacam-se o tempo dedicado para o controle dos sinais e sintomas, a lembrança constante da progressão da doença e da possibilidade de terminalidade. Estes aspectos, somados à raiva, à angústia e à vergonha, influenciam negativamente o bem-estar do paciente (CASTRO *et al.*, 2016).

Além disso, a capacidade funcional do indivíduo pode ser agravada por outros fatores, como o estágio do tumor, a quantidade de sessões e a dose de quimioterápico, além da própria condição física apresentada anteriormente ao tratamento. Desta forma, destaca-se que a funcionalidade de um paciente com câncer constitui um importante marcador da QV, provocando repercussões na realização das atividades laborais e de vida diária e, de forma menos impactante, afeta também o autocuidado (ELIAS *et al.*, 2015).

De acordo com um estudo longitudinal, realizado com o objetivo de avaliar o sofrimento e a QV de pacientes com câncer ao longo da quimioterapia, quanto mais tardio o estágio da doença, piores são os níveis de qualidade de vida, como evidenciado nos estágios III e IV, ao passo que indivíduos com doença em estágios menos avançados apresentam escores mais altos de QV (BERGEROT; ARAÚJO, 2014).

Além do estágio do câncer, o tipo do tumor também pode ser um aspecto negativo para a qualidade de vida, haja vista que tipos histológicos como a neoplasia de pulmão apresenta relação com maior nível de angústia e pior qualidade de vida quando comparado a pacientes com outros tipos de câncer. Além do câncer de pulmão, os cânceres de cabeça e pescoço também se demonstram associados a piores escores de QV. Entretanto, ao averiguar a QV de pacientes com câncer genitourinário e gastrointestinais em estágio inicial da doença, evidencia-se níveis mais altos (BERGEROT; ARAÚJO, 2014).

Um estudo que avaliou a QVRS de mulheres com câncer de mama verificou-se que uma das principais esferas afetadas é a emocional. Um dos efeitos colaterais advindos do

tratamento quimioterápico é a alopecia, que acarreta mudanças físicas e pode gerar grande impacto emocional, afetando de forma significativa a autoestima. O fato do comprometimento físico também pode impactar as relações sociais, fortalecendo ainda mais para uma pior QVRS (LÔBO *et al.*, 2014).

Insônia, fadiga e anorexia estão entre os sintomas mais relatados por mulheres em tratamento quimioterápico e que representam um importante aspecto estressor, influenciando a QVRS. A fadiga também é responsável por gerar perda de interesse por atividades que antes eram prazerosas, diminuir a concentração e acentuar a lentidão na realização de tarefas, o que pode provocar consideráveis mudanças no cotidiano do paciente com câncer (LÔBO *et al.*, 2014).

Apesar de estudos demonstrarem que a prática sexual permanece para grande parte dos pacientes em tratamento oncológico, em se tratando de tipos de câncer como o de mama, a satisfação e o prazer sexual podem ser afetados, aspecto que pode ser agravado pela vivência da mastectomia, o que também demonstra-se associado com pior QV, sobretudo em se tratando de pacientes jovens (LÔBO *et al.*, 2014).

Nos cânceres de cabeça e pescoço, a deglutição, a arcada dentária e a fala podem ser comprometidas (SAWADA *et al.*, 2016). Para além dos sintomas físicos, as dificuldades financeiras também influenciam a QV, conforme apontado em estudo realizado com mulheres em tratamento quimioterápico. O domínio financeiro é atingido principalmente por aspectos referentes às condições físicas e à terapêutica em si (LÔBO *et al.*, 2014).

Diante deste contexto, a autocompaixão demonstra ser promissora para a melhoria da QVRS e eficaz na promoção de quadros psicológicos positivos em contextos adversos e de sofrimento (ZHANG *et al.*, 2017). Entretanto, verifica-se na literatura que a relação entre a autocompaixão e qualidade de vida de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico ainda são incipientes, principalmente no contexto brasileiro.

2.3 Autocompaixão

As formas de enfrentar e suavizar os sintomas do câncer e efeitos colaterais advindos da quimioterapia ainda são um desafio. Desse modo, os pacientes com câncer sentem a necessidade de buscar amparo físico e emocional, principalmente porque o câncer é uma doença que não degenera apenas o corpo, mas também a dignidade do paciente (AXTNER *et al.*, 2016; SOUZA; HULTZ, 2016). Souza e Hutz (2016) destacam que a autocompaixão exerce uma contribuição importante no contexto da saúde.

Neste sentido, o desenvolvimento da autocompaixão pode ser salutar em contexto de sofrimento físico, mental ou emocional (GERMER; NEFF, 2013; NEFF, 2014), representando um importante recurso na promoção da QV e diminuição dos sintomas psicopatológicos dos pacientes com a doença (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

Contudo, no ocidente, o conceito de autocompaixão ainda é pouco explorado, sendo destinado maior destaque à compaixão para com os outros, que se refere a estar aberto ao sofrimento alheio, sentir-se tocado por sua dor e ser caloroso, a partir de sentimentos de bondade e desejo de aliviar seu sofrimento (NEFF, 2012). Oriunda da psicologia budista, a autocompaixão trata-se de “atitude saudável e positiva” para consigo mesmo, quando diante de situações adversas. Substitui-se a autocrítica severa e a sobreidentificação pelo *mindfulness* e o isolamento social pelo senso de bondade (SOUZA; HULTZ, 2016). Implica também na compaixão voltada para si mesmo, ou seja, ser gentil e bondoso para consigo, mesmo em situações que geram sofrimento (NEFF, 2012).

A autocompaixão integra três esferas distintas e principais, as quais estão interrelacionadas mutuamente: 1) bondade consigo mesmo, a qual compreende ser compreensivo e amável consigo próprio, no lugar do autojulgamento; 2) senso de humanidade compartilhada, que significa compreender que as situações de adversidade são inerentes à vida humana, em vez de tentar manter-se isolado de outras pessoas; e por fim, o

3) *mindfulness*, que se refere a tomada de consciência e atenção aos pensamentos e emoções dolorosas, ao invés de evitá-los ou reagir emocionalmente a eles (NEFF; GERMER, 2013).

A partir da perspectiva de autocompaixão, o sofrimento, a dor ou o fracasso são compreendidos como algo inerente à experiência humana, não absorvendo sentimentos negativos, nem os negando ou avaliando-os de forma severa. Parte do contexto de atingir o equilíbrio mental cognitivo e afetivo, não permitindo tomar-se inteiramente pelo sofrimento, mas sim agir de forma bondosa, serena e compreensiva para com si próprio (SOUZA; HUTZ,

2016). Ressalta-se que ser autocompassivo não significa vitimar-se diante de uma situação ou sentir pena de si, mas sim compreender o sofrimento com respeito e sem julgamentos (CARVALHO *et al.*, 2019).

Indivíduos autocompassivos possuem tendência de encarar circunstâncias estressoras a partir de uma perspectiva menos negativa, o que lhes possibilita adotar comportamentos favoráveis, não deixando prevalecer as autoavaliações rigorosas e sentimentos negativos (SIROIS; MOLNAR; HIRSH, 2015). Uma atitude compassiva compreende adotar um estado positivo e saudável em relação a si mesmo, principalmente em situações de adversidade (SOUZA; HUTZ, 2016).

Ser autocompassivo pode ser entendido como ser tolerante, compreensivo e cuidadoso com o próprio sofrimento (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013). Essa atitude contribui para o reconhecimento das adversidades como parte da vida (BRION; LEARY; DRABKIN, 2014; CARVALHO *et al.*, 2019). A partir do momento que é incrementada no cotidiano do indivíduo, maior será a bondade e respeito consigo mesmo e menor a autocrítica frente a um problema ou dificuldade. Isso permite que a pessoa entenda que ela pode passar por adversidades, isento de julgamentos, de maneira que se permita a atitudes livres de quaisquer sentimentos negativos para com si próprio (BRION; LEARY; DRABKIN, 2014).

Ao adotar uma postura autocompassiva, a pessoa pode neutralizar seus pensamentos negativos a respeito de si mesmo ou de uma situação, entendendo que não está só e impedindo que ela foque em sentimentos de culpa e ansiedade, por exemplo. Assim, pode enxergar a situação de outra forma e encontrar alternativas e traçar metas realistas e positivas. Nesse sentido, desenvolver habilidades de ser autocompassivo pode representar uma contribuição valiosa para promover mais QV, apesar dos entraves que envolvem o câncer (KÖHLE *et al.*, 2017).

Em um estudo que foi desenvolvido sobre o papel protetor da autocompaixão em relação aos sintomas psicopatológicos e à QV em pacientes crônicos e com câncer, esta demonstrou relacionada aos escores mais baixos de sintomas psicopatológicos, como estresse e depressão e aumento da QV (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

De acordo com os autores do estudo supracitado, os resultados encontrados apontam a importância de cultivar atos de bondade e de carinho para consigo próprio na ocorrência de condições de saúde complicadas, de forma especial, o câncer. Esses são importantes resultados, posto que se observa tendência para os pacientes com essa doença apresentarem escores mais baixos de QV nas esferas social e psicológica, em comparação com pessoas saudáveis ou com outras doenças crônicas, o que pode estar relacionado com o impacto da

própria doença, a manifestação dos sintomas e em decorrência dos efeitos colaterais advindos do tratamento (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

Nesse contexto, é de grande valia considerar os recursos de apoio psicológico que visam desenvolver capacidade autocompassiva como promissores para promover QV e saúde psicológica em pacientes com câncer. No entanto, a implementação dessas estratégias deve levar em consideração as particularidades de cada paciente diante de suas distintas condições clínicas e gravidade da doença, os procedimentos terapêuticos que são submetidos e seu potencial para influenciar no impacto na qualidade de vida e sintomas psicológicos. Essas ações podem ser realizadas por meio de diferentes abordagens, como por exemplo, em um paciente com câncer em acompanhamento terapêutico, poder-se-iam traçar estratégias direcionadas para promover a autocompaixão e desenvolver comportamentos adaptativos. Já em pacientes com câncer com níveis muito elevados de dor, os processos adotados podem ser focados na autocompaixão, aceitação dos problemas e diminuição da autocrítica e da ruminação (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

A partir de uma perspectiva diferente, os autores do estudo mencionado anteriormente, consideram que para alguns pacientes, uma mente autocompassiva também pode surgir em decorrência do próprio surgimento da doença, em razão do risco à vida e do sofrimento provocado. Nesse sentido, os pesquisadores indicam que essa temática ainda deve ser ricamente explorada (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

Em um estudo que avaliou os níveis de resiliência e autocompaixão em pacientes com câncer, verificou-se um alto nível de autocompaixão entre os pacientes participantes do estudo, evidenciando um escore de 4,57, considerando a pontuação máxima de cinco pontos, indicando que estes adotam estratégias de enfrentamento positivas diante das experiências advindas do câncer, o que pode representar uma estratégia de proteção (CARVALHO *et al.*, 2019).

Diante de tais ponderações, destaca-se que as intervenções de autocompaixão têm demonstrado eficácia na autorregulação de comportamentos e na melhoria do bem-estar emocional, psicológico e físico. Esta prática pode ser útil em diversos contextos, diminuindo o senso de autocríticas e a postura rigorosa para com si próprio, contribuindo com a regulação da saúde. Dentre as principais formas de exercer a autocompaixão encontram-se: definição de metas, auto monitoramento, compreender as autocríticas, medos e barreiras, podendo ser utilizadas diversas intervenções para trabalhar a autocompaixão (ELLIS; BIBER 2017).

Não obstante, verifica-se na literatura científica uma escassez de estudos acerca da QV e autocompaixão em pacientes em quimioterapia antineoplásica, o que suscitou a investigação sobre a temática.

3 OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi investigar a qualidade de vida relacionada à saúde e a autocompaixão em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica.

4 MÉTODO

Nesta seção cada uma das etapas do estudo está apresentada de forma detalhada.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica quantitativa, de caráter descritivo de corte transversal. No estudo quantitativo, o delineamento da pesquisa apresenta as estratégias que o pesquisador planeja adotar para desenvolver informações precisas e interpretáveis. O estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se propõe identificar as diferentes formas do fenômeno, sua ordenação e classificação (POLIT; BECK, 2018).

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um determinado ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2018).

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no setor de quimioterapia de uma Clínica de Oncologia localizada em um hospital geral filantrópico situado no Sul de Minas Gerais – MG, o qual é referência no atendimento de 26 municípios integrantes da regional. Nesta clínica realiza-se radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, além de haver leitos destinados para internação exclusiva de pacientes com câncer. A clínica dispõe de equipe composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, atuando de forma integrada. Na clínica são atendidos mensalmente em torno de 300 pacientes provenientes de diversas cidades do Sul de Minas, sendo que a maior parte destes são atendidos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi constituída por todos os pacientes que estavam em tratamento quimioterápico ambulatorial durante o período de coleta dados. A amostra foi do tipo não- probabilística, por conveniência.

4.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: idade igual ou superior a 18 anos independente do sexo; estar orientado no tempo, espaço e pessoa (verificado por meio de perguntas simples como data do dia da coleta e o nome da cidade onde esta estava sendo realizada) e conseguir expressar-se verbalmente. Quanto aos critérios de exclusão, não participaram do estudo pacientes com limitações para comunicação.

4.5 Variáveis e medidas

Abaixo estão descritas as variáveis investigadas e suas respectivas medidas.

4.5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica

Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes foram coletados os seguintes dados: idade; sexo; estado civil, nível de escolaridade e tipo de câncer.

4.5.2 Autocompaixão

A versão original da Escala de Autocompaixão foi desenvolvida por Neff (2003) com o objetivo de mensurar o constructo da autocompaixão. No Brasil, este instrumento foi validado por Souza e Hutz (2016).

Esta escala é composta por 26 itens distribuídos em seis subescalas: Bondade consigo mesmo, Humanidade compartilhada, Mindfulness, Autocrítica, Isolamento e Superidentificação. As opções de resposta estão dispostas em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 (Quase nunca) e 5 (Quase sempre). Os itens que representam uma auto-resposta não compassiva (subescalas Autocrítica, Isolamento e Superidentificação) são codificados reversamente antes de calcular uma pontuação total para indicar sua ausência relativa em uma mentalidade de autocompaixão. Médias são calculadas para cada subescala e uma média geral é calculada para uma pontuação total de autocompaixão (NEFF *et al.*, 2019). De acordo com Neff (2003) os itens que formam uma pontuação total do *Self-Compassion Scale* (SCS) evidenciaram boa confiabilidade interna ($\alpha=0,92$), assim como as seis subescalas (α variando de 0,75 a 0,81). A confiabilidade teste-reteste em um intervalo de três semanas foi boa (pontuação total, α 0,93; subescalas, α variou de 0,80 a 0,88) (NEFF *et al.*, 2019). Cumpre assinalar que foi obtida a autorização para a utilização deste instrumento.

4.5.3 Qualidade de vida relacionada à saúde

Para a avaliação da QVRS foi utilizado o instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy - General* (FACT-G).

O FACT-G é um dos instrumentos desenvolvidos pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT), e tem por finalidade avaliar a QVRS de pacientes com câncer, independentemente do tipo. Este instrumento é constituído por 28 itens divididos em quatro subescalas: Bem-Estar Físico, Bem-Estar Social/Familiar, Bem-Estar Emocional e Bem-Estar Funcional.

Os valores possíveis para cada uma das subescalas variam de 0 a 28, com exceção da subescala Bem-Estar Emocional, na qual a pontuação pode variar de 0 a 24. O valor total é obtido pela somatória dos valores de cada subescala (podendo variar de 0 a 108), de modo que quanto maior o valor resultante, maior o nível de qualidade de vida. A tradução transcultural para o português do questionário FACT-G e sua autorização para uso neste estudo foram concedidas pela *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations* (FACIT System). Foi obtida autorização para utilização da FACT-G neste estudo.

4.6 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro do ano de 2019 e foi realizada pelo próprio pesquisador. Os pacientes foram convidados a participar do estudo logo após a realização da consulta de Enfermagem do serviço, a qual antecede a sessão de quimioterapia. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado aos possíveis participantes, e mediante a sua concordância em participar da pesquisa, foram expostos os instrumentos de coleta de dados.

Ressalta-se que esta etapa ocorreu em uma sala reservada no serviço de oncologia, de modo a oferecer privacidade ao participante, por meio da técnica de entrevista, apresentando um tempo estimado de aproximadamente 20 minutos para cada participante.

Apesar de os instrumentos utilizados neste estudo serem autoaplicáveis, optou-se pela entrevista para todos os participantes com o escopo de padronizar a coleta de dados, visto que foi verificadas limitações físicas apresentadas por alguns dos pacientes, as quais dificultavam a leitura dos instrumentos e/ou a marcação das respostas.

Além disso, o registro dos dados foi realizado por meio da plataforma *Google Forms* (serviço gratuito para a criação de formulários online), uma vez que os instrumentos utilizados neste estudo foram digitalizados por meio desta ferramenta.

4.7 Análise de dados

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados, utilizando-se o aplicativo Microsoft Office Excel (2007), e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Foi empregada a estatística descritiva para descrever e resumir os dados obtidos. De acordo com resultados do teste Shapiro-Wilk, optou-se pela utilização de teste não-paramétrico (correlação de Spearman) para a identificação da relação entre as variáveis investigadas qualidade de vida e autocompaixão. A força da associação dada pelo coeficiente estimado foi interpretada da seguinte maneira: 1 - associação perfeita; 0,9 a 0,7 - associação forte; 0,6 a 0,4 - associação moderada; 0,3 a 0,1 - associação fraca; 0 - nenhuma associação (DANCEY; REIDY, 2006). A confiabilidade dos instrumentos utilizados (Escala de Autocompaixão e FACT-G) foi analisada por meio da consistência interna utilizando o coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach (α). Geralmente, considera-se que o intervalo ideal de valores alfa esteja entre 0,7 e 0,9 (MÉLIA, 1990). O nível de significância estatístico estabelecido foi de menor ou igual a 5% ($p < 0,05$).

Com o propósito de avaliar a responsividade das escalas supracitadas, aplicou-se o cálculo dos efeitos *floor* (chão) e *ceiling* (teto). A existência desses efeitos é observada quando mais de 15% dos participantes fazem a opção pelo menor ou pelo maior escore possível da escala, respectivamente (TERWEE *et al.*, 2007).

5 QUESTÕES ÉTICAS

Para garantir os direitos dos participantes e fazer cumprir os aspectos contidos na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG (Parecer nº 3.457.631).

Ainda, em observação aos aspectos éticos da pesquisa, antes da coleta de dados os pacientes foram informados, em linguagem clara, sobre os objetivos e a forma de realização da coleta de dados, bem como, sobre os aspectos éticos que norteiam uma investigação científica, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Todos aqueles que concordaram em participar do referido estudo assinaram o TCLE (APÊNDICE A), em duas vias assinadas pelo pesquisador responsável e pelo participante.

6 RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra foi composta por 183 participantes, com idade média de 62,8 (dp= ±12, 7) anos de idade. As demais informações de caracterização dos participantes estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	98	53,55
Masculino	85	46,45
Estado civil		
Casado	110	60,11
União estável	5	2,73
Solteiro	26	14,21
Viúvo	22	12,02
Divorciado	20	10,93
Escolaridade		
Analfabeto	69	37,70
Baixa	68	37,16
Média	26	14,21
Alta	20	10,93
Tipo de câncer		
Mama	43	23,50
Próstata	30	16,39
Colorretal	33	18,03
Outros	77	42,08

Fonte: arquivo pessoal do autor.

Autocompaixão

A média encontrada entre os participantes foi de 4,23 ($dp=0,63$), escore classificado como alto. As subescalas de conotação negativa obtiveram valores médios menores do que os encontrados nas demais subescalas, de cunho positivo (Tabela 2).

Tabela 2 - Valores médios das subescalas da Escala de Autocompaixão.

Subescalas	Média (dp)
Bondade consigo mesmo	4,58 (0,72)
Mindfulness	4,61 (0,60)
Humanidade compartilhada	4,65 (0,64)
Isolamento	4,03 (1,13)
Autojulgamento	3,73 (1,11)
Superidentificação	3,79 (1,15)

Fonte: arquivo pessoal do autor.

A presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, ou seja, a frequência maior do que 15% de respostas dos participantes pelo menor ou pelo maior escore possível da escala, respectivamente, foi observada em alguns itens. O efeito *ceiling* esteve presente em todos os itens da escala de autocompaixão; já o efeito *floor* foi observado nos itens “Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeito”, “Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo”, “Sou intolerante e impaciente com o aspecto de que não gosto na minha personalidade” e “Quando vejo a característica que não gosto em mim, sou duro comigo mesmo” (subescala autojulgamento); “Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo”, “Quando fico ‘pra baixo’, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu”, “Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas” e “Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação” (subescala isolamento); “Quando fico ‘pra baixo’, não consigo parar de pensar em tudo que tá errado comigo”, “Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimento de incompetência”, “Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos” e “Quando algo

doloroso acontece comigo, costume reagir de forma exagerada” (subescala superidentificação).

A confiabilidade da escala de Autocompaixão foi de $\alpha=0,854$.

Qualidade de vida relacionada à saúde

O valor médio de QVRS encontrado entre os participantes foi de 80,25 (dp=12,62), em uma possibilidade de variação do escore total da FACT-G de 0 a 108. A subescala emocional teve a média mais baixa quando comparada às demais. Contudo, é importante ressaltar que esta é a única subescala cujo escore pode variar de 0 a 24, enquanto as demais podem ter seus valores entre 0 a 28.

Tabela 3 - Valores médios das subescalas da FACT-G.

Subescalas	Média (dp)
Bem-Estar Físico	20,80 (5,79)
Bem-Estar Social/Familiar	22,76 (3,67)
Bem-Estar Emocional	16,23 (4,20)
Bem-Estar Funcional	20,48 (4,10)

Fonte: arquivo pessoal do autor.

A presença dos efeitos *floor* foi observada apenas no item “Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença”, componente da subescala de Bem-Estar Emocional. Quanto ao efeito *ceiling*, este esteve presente em todos os itens da escala com exceção dos seguintes: “Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença” (subescala de Bem-Estar Emocional) e “Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)” (subescala de Bem-Estar Funcional). O item “Estou satisfeito/a com a minha vida sexual” (subescala Bem-Estar Social/Familiar) não apresentou nenhum dos efeitos supracitados. A confiabilidade da Escala de Autocompaixão foi de $\alpha=0,803$.

Associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e autocompaixão

Foi identificada correlação entre QVRS e autocompaixão ($r=0,466$; $p<0,001$), de modo que quanto maiores os níveis de autocompaixão, melhores são os níveis de qualidade de vida

entre os participantes. Todas as subescalas da FACT-G apresentaram correlação significativa com a autocompaixão (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlações entre as subescalas da escala de qualidade de vida e os escores totais de autocompaixão.

Qualidade de vida relacionada à saúde	Autocompaixão	
	r	p
Bem-Estar Físico	0.298	<0.001
Bem-Estar Social/Familiar	0.191	0.010
Bem-Estar Emocional	0.362	<0.001
Bem-Estar Funcional	0.399	<0.001

Fonte: arquivo pessoal do autor.

7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que os participantes apresentaram altos níveis de autocompaixão e de QVRS. Ainda, estas variáveis foram associadas de forma positiva na amostra estudada.

A maior parte dos participantes deste estudo foi do sexo feminino. Evidências apontam que mulheres tendem a enfrentar melhor situações de vida estressantes, de forma a lançar mão de estratégias adaptativas (TAMRES; JANICKI; HELGESON, 2002). Assim, é possível que a autocompaixão traga benefícios para mulheres que vivenciam condições estressoras em decorrência de doenças crônicas (SIROIS *et al.*, 2015). Relação semelhante entre o sexo feminino e autocompaixão foi encontrada em um estudo que investigou a relação entre autocompaixão e diferentes formas de bem-estar, no qual verificou-se que quanto maior a proporção da amostra feminina, mais forte a relação com a autocompaixão e bem-estar (ZESSIN; DICKHÄUSER; GARBADE, 2015).

No que concerne à faixa etária, os resultados deste estudo corroboram com dados de uma pesquisa realizada com pacientes com câncer na qual a média de idade dos participantes foi de 62 anos (PAULA; SAWADA, 2015). Embora os mecanismos de associação entre neoplasias e idade sejam pouco explorados e específicos entre os diferentes tipos de neoplasias, sabe-se que pacientes idosos tendem a sofrer mais mutações em vários tecidos do organismo humano, acumulando-as durante os anos de vida, o que pode contribuir para o surgimento de neoplasias (MEUCCI *et al.*, 2016). Logo, com o rápido e constante aumento da expectativa de vida em todo o mundo, há de se esperar, proporcionalmente, um aumento da incidência de neoplasias em indivíduos idosos. Os pacientes idosos representam um subgrupo que possuem uma maior vulnerabilidade a receber tratamento abaixo do ideal, o que pode estar atrelado à dificuldade de adesão do paciente ao tratamento, à baixa tolerância ou toxicidade excessiva relacionadas à terapêutica e à falta de apoio social (MOUNTZIOS *et al.*, 2015). Por conseguinte, pessoas mais velhas podem sofrer redução da QV, em seus domínios funcional, físico, social e emocional, o que ressalta a necessidade de aprimorar a assistência ao câncer para esta faixa etária, de forma a fornecer-lhes suporte físico e emocional adequado (DERKS *et al.*, 2016).

Ainda acerca da faixa etária, verifica-se que aspectos relacionados à idade, assim como no sexo feminino, podem influenciar o nível autocompaixão, de modo que quanto maior a idade de um indivíduo, maior a autocompaixão e bem-estar psicológico (ZESSIN;

DICKHÄUSER; GARBADE, 2015). A predominância de pacientes idosos observada neste estudo pode ser também um influenciador do nível de autocompaixão entre os participantes.

Quanto ao estado conjugal, observou-se que a maioria dos participantes desta pesquisa eram casados, o que corrobora com os achados de um estudo sobre autocompaixão e esperança entre sobreviventes de câncer de mama, onde 69% da amostra era casada ou vivia com parceiro(a) (TODOROV *et al.*, 2019). O estado conjugal relaciona-se com o intervalo de tempo para início do tratamento de câncer, fato que pode estar associado à hipótese de que as mulheres casadas possuem mais acesso aos serviços de saúde preventivos em realização de exames. Sugere-se também que há possibilidade de relatar as manifestações clínicas da doença ao parceiro e favorecer a procura por serviços de saúde, o que favorece as possibilidades de um diagnóstico em tempo oportuno. Ademais, a presença do companheiro, por vezes, pode contribuir para menor acúmulo e ambiguidade de funções domésticas e familiares (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Na presente investigação houve predominância de participantes analfabetos e de escolaridade baixa, o que assemelha-se aos resultados de um estudo que avaliou a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com a QV de mulheres sobreviventes ao câncer de mama (LOPES *et al.*, 2018). Contradição digna de nota pode ser observada quando comparamos a escolaridade verificada neste estudo com os resultados de outras investigações realizadas em países desenvolvidos, como em um estudo realizado na Austrália, em que a maioria dos participantes possuíam ensino superior ou pós-graduação (TODOROV *et al.*, 2019), bem como em outro estudo realizado nos Estados Unidos (JACOBS *et al.*, 2019). Esses achados levam a discussão da baixa escolaridade, frequentemente existente em países em desenvolvimento. Sabe-se que o baixo índice de escolaridade representa um fator de risco para o câncer, ao passo que pode ser um dificultador do acesso à saúde, podendo gerar maior desigualdade social, bem como está associado a maior taxa de mortalidade por câncer e diagnóstico em estadiamento avançado (WHO, 2014). Ademais, maiores níveis de escolaridade estão associados a uma visão mais positiva acerca do câncer, maior preocupação com a saúde (LOPES *et al.*, 2018) e maior QV, o que aponta para a necessidade de abordagens e políticas de saúde que reconheçam a vulnerabilidade presente nas populações com baixa escolaridade e que ofereçam apoio amplo e estratégias para minimizar este problema (VILLAR *et al.*, 2017).

Com relação ao tipo de câncer, o mais predominante foi o de mama, o que já era esperado, tendo em vista a maior proporção de participantes do sexo feminino neste estudo e considerando que este câncer representa o mais frequente na população feminina brasileira

(29,7%), com exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2019), assim como observado nas estimativas mundiais (BRAY *et al.*, 2018). Vale ressaltar que o mais importante fator de risco para este tipo de câncer é a idade acima de 50 anos (BRASIL, 2019), o que vai de encontro com os resultados do presente estudo no que diz respeito à faixa etária predominante. Cumpre assinalar que o câncer de mama provoca muitas alterações corporais, prejuízos no desempenho sexual, dor intensa, sentimentos negativos, preocupações financeiras e com a saúde, sendo capaz de afetar negativamente as dimensões física, emocional, espiritual, econômica e social/familiar da mulher, o que faz com que este tipo de neoplasia seja responsável por impactar profundamente a QV das mulheres (LOPES *et al.*, 2018).

Outro relevante assunto abordado neste estudo diz respeito à QVRS. Os pacientes com câncer comumente podem sofrer um grande impacto em sua QVRS em decorrência da doença, bem como do tratamento quimioterápico, o que pode levar a desgaste emocional que pode perdurar até mesmo após o tratamento (HAMMER *et al.*, 2017; RHA; LEE, 2017). O valor médio de QVRS encontrado entre os participantes deste estudo corrobora com os dados de uma pesquisa que envolveu mulheres pós-tratamento ambulatorial de câncer de mama e que teve como objetivo avaliar o impacto do câncer de mama na QV de mulheres sobreviventes e identificar associação de variáveis sociodemográficas e clínicas, de modo que verificou-se um escore de 85,8 (dp=18,1), nível moderado de QV (LOPES *et al.*, 2018). Cabe salientar que a QVRS não é um aspecto comumente explorado na assistência aos pacientes com câncer. Além disso, também é possível que os pacientes não tenham o hábito de relatar os aspectos relacionados ao sofrimento aos profissionais de saúde, o que pode, por sua vez, contribuir para a baixa abordagem desta temática na prática clínica (JACOBS *et al.*, 2019; MIYASHITA *et al.*, 2015). Em um estudo desenvolvido com pacientes com câncer submetidos à quimioterapia paliativa evidenciou-se níveis moderados de QV (RHA; LEE, 2017). Os autores observaram que o bem-estar físico foi o domínio mais afetado nos participantes do estudo (RHA; LEE, 2017).

Quanto aos valores médios das subescalas da FACT-G encontrados na presente investigação, estes foram discretamente inferiores a de outro estudo realizado no Brasil que avaliou o impacto do câncer de mama na QV de mulheres (LOPES *et al.*, 2018). Neste estudo a subescala emocional foi a que apresentou a média mais baixa quando comparada às demais. Em um estudo prospectivo realizado com mulheres com câncer mama, verificou-se que o bem-estar emocional das participantes melhorou significativamente após o tratamento, em relação ao seu nível no momento do diagnóstico (VILLAR *et al.*, 2017).

Em acordo com relatos presentes na literatura (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013), os achados deste estudo apontam para uma associação positiva entre QVRS e autocompaixão na população estudada. O sofrimento psicológico e a QV prejudicada são altamente prevalentes em pessoas que sofrem de doença crônica (HONDA; GOODWIN, 2004; NORDIN *et al.*, 2001). O desenvolvimento da autocompaixão pode ser salutar em contextos de sofrimento físico, mental ou emocional (GERMER; NEFF, 2013; NEFF, 2014), representando um importante recurso na promoção da QV e diminuição dos sintomas psicopatológicos como estresse e depressão, principalmente em pessoas com câncer (PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013).

O fato dos participantes deste estudo terem apresentado altos níveis de autocompaixão se justifica, uma vez que pessoas com câncer podem apresentar uma capacidade aumentada de ver sua própria experiência a partir do senso de humanidade compartilhada (NEFF, 2003; PINTO-GOUVEIA *et al.*, 2013). Normalmente, pessoas autocompassivas são gentis consigo mesmos; elas reconhecem e aceitam os momentos difíceis da vida como algo que faz parte da experiência de ser humano e adotam uma abordagem equilibrada dos contratempos emocionais (CHEN, 2018; KEMPER *et al.*, 2015).

Pessoas com câncer cada vez mais estão vivendo por longos períodos de tempo, e assim, convivendo com sua doença, devido em parte ao progresso das linhas de tratamento. Com um arsenal terapêutico em rápida expansão, espera-se um aumento cada vez maior do número de pessoas com câncer com sobrevida prolongada. Assim, é crucial otimizar e manter a QV destes indivíduos (CHALASANI, 2017). No contexto da assistência de enfermagem, técnicas simples para o desenvolvimento autocompaixão podem ser utilizadas, como por exemplo: práticas de exercícios de visualização de autocompaixão, imaginar apoiar-se/acolher-se a si mesmo como uma pessoa gentil o faria, lembrando-se de que não se está sozinho; dar a si mesmo um pequeno ato de gentileza e estar aberto à gentileza dos outros (MITCHELL *et al.*, 2018).

Este estudo apresenta algumas limitações. Todas as medidas foram baseadas no autorrelato dos participantes. Embora as medidas selecionadas tenham se mostrado válidas para uso com a população estudada, a confiança exclusiva nas medidas de autorrelato nunca é ideal (CHALASANI, 2017). Ainda, não é possível tirar conclusões causais com base no delineamento de pesquisa transversal. Assim, embora a QVRS tenha sido associada positivamente à autocompaixão, não é possível afirmar que isto tenha se dado por uma relação de causa e efeito. Apesar dessas limitações, o presente estudo fornece informações significativas, uma vez que corrobora com outros estudos já publicados sobre a temática.

Sugerimos que sejam realizados estudos com delineamento que permita a investigação de relações de causa e efeito entre QVRS e autocompaixão entre pessoas com câncer em tratamento quimioterápico antineoplásico.

8 CONCLUSÃO

Este estudo indica que a QVRS associou-se de forma positiva à autocompaixão em pessoas com câncer em quimioterapia antineoplásica. Como contribuições para a prática clínica de enfermagem, a partir dos resultados deste estudo, sugere-se que os enfermeiros incorporem intervenções baseadas em autocompaixão em sua prática assistencial, com vistas à promoção da saúde e, conseqüentemente à melhoria da QV destas pessoas.

Favorecer que a pessoa com câncer em tratamento quimioterápico seja proativamente mais autocompassiva apresenta-se como uma possibilidade a ser investigada, de modo a se pensar em estratégias que possam contribuir para o aumento da capacidade de gerenciamento de emoções.

Sugere-se que mais estudos sejam realizados de modo a investigar o efeito de intervenções baseadas em autocompaixão na QVRS de pessoas com câncer em tratamento quimioterápico antineoplásico, especialmente estudos com delineamento experimental que permitam a investigação de relações de causa e efeito.

REFERÊNCIAS

- ALIZADEH, S. et al. The Relationship between Resilience with Self- Compassion, Social Support and Sense of Belonging in Women with Breast Cancer. **Asian Pac J Cancer Prev.**, Teerã, v. 19, n. 9, p. 2469-74, 2018.
- ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. **Cuidados paliativos:** a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900006. Acesso em 27 jan. 2020.
- ASPI A, F. et al. A u er' uide to the Palliati e care Outcome Scale. ondon: Kin ' College; 2002.
- BERGEROT, C. D.; ARAUJO, T. C. C. F. Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. **Invest Educ Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 2016-224 2014.
- BIBER, D. D.; ELLIS, R. **The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors:** A systematic review. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28810473>>. Acesso em 26 jan. 2020.
- BOHADANA, G.; MORRISSEY, S.; PAYNTER, J. Self-compassion: A Novel Predictor of Stress and Quality of Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. **J Autism Dev Disord.**, [S.I.], v. 49, n. 10, p. 4039-52, out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Introdução.** 2018a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>. Acesso em 1 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Números de Câncer.** 2018b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em 1 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Vigilância do câncer e seus fatores de risco.** 2018c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/vigilancia-do-cancer-e-seus-fatores-de-risco>. Acesso em 1 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **O que é o câncer.** S.d. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=322>. Acesso em 1 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tratamento do câncer.** 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>. Acesso em 1 fev. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **O que é o câncer.** 2019. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer> >. Acesso em: 05 mar. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tratamento do câncer**. 2019c. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento>>. Acesso em: 05 mar. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em 13 ago. 2020.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

BRION, J. M., LEARY, M. R. E DRABKIN, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. **Journal of Health Psychology**, 19(2), 218-229. doi:10.1177/1359105312467391

CAMPOS, M. P. O.; HASSAN, B. J.; RIECHELMANN R. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev Assoc Med Bras**. v.57, n. 2, p.211-219, 2011.

CARVALHO, G. P. U. **Níveis de resiliência e autocompaixão em pacientes oncológicos**. Prevenção e promoção de saúde. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019

CASTRO, M. C. F. de et al. Subconjunto terminológico CIPE® para pacientes em cuidados paliativos com feridas tumorais malignas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 340-346, June 2016.

CORRER, C. J. et al. Tradução para o português e validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil). **Arq Bras Endocrinol Metabol**. v.52, n. 3, p. 515-22, 2008.

DUARTE, J.; GOUVEIA, J.; CRUZ, B. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. **Int J Nurs Stud.**, [S.I.], v. 60, n. 1, p. 1-11, ago. 2011.

EISENCHLAS J.H. et al. Use of the palliative outcome scale in Argentina: a cross-cultural adaptation and validation study. **J Pain Symptom Manage**. v. 35, n. 2, p. 188-202, 2008.

EISENCHLAS, J.H. et al. Use of the palliative outcome scale in Argentina: a cross-cultural adaptation and validation study. **J Pain Symptom Manage**. v.35, n. 2, p. 188-202, 2008.

ELIAS, T. C. et al. Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres em tratamento quimioterápico, **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, out./dez. 2015.

FREIRE, M . E. M. Health-Related Quality of Life of patients with Cancer in Palliative Care. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 2, p. 1-13, 2018.

FREIRE, M. E. M. et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos.** Florianópolis , v. 27, n. 2, e5420016, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200318&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 1 fev. 2020.

GERMER CK, NEFF KD. Self-compassion in clinical practice. **J Clin Psychol**, v. 69, p. 856–867, 2013.

HAMER, J. et al. Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer. **Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 1, p. 409–419, 2017.

HAUN, M.W. et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 12, n. 6, p. 1-97, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28603881>. Acesso em 2 fev. 2020.

HEARN, J.; HIGGINSON, I.J. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. **Qual Health Care.** v. 8, n.4, p. 219-27, 1999.

JACOBS, J. M. et al. Patient Experiences With Oral Chemotherapy: Adherence, Symptoms, and Quality of Life. **J Natl Compr Canc Netw.**, Estados Unidos, v. 17, n. 3, p. 221-28, mar. 2019.

JAZAIERI, H., et al. A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. **Motiv Emot.**, 38:23–35.

KEMPER, K.; MO, X.; KHAYAT, R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? **J Altern Complement Med.**, v. 21, n. 8, p. 496-503, 2015.

KIM, C.; KO, H. The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults. **Geriatr Nurs.**, [S.I.], v. 39, n. 6, p. 623-28, nov. 2018.

KIRSCHNER, H. et al. Soothing Your Heart and Feeling Connected: A New Experimental Paradigm to Study the Benefits of Self-Compassion. **Clin Psychol Sci.**, New Haven, v. 7, n. 3, p. 545-65, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez37.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7324152/pdf/10.1177_2167702618812438.pdf>. Acesso em 25 jul. 2020.

KÖHLE, N. et al. User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. **BMC Public Health.**, Estados Unidos, v. 17, n. 1, 225-41, fev. 2017.

LÔBO, A.S. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 6. p. 554-559, 2014.

LOPES, J;V. et al. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2916-21, dez. 2018.

LUO, Y. et al. Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. **Public Health.**, [S.I.], v. 174, n.1, p. 1-10, set. 2019.

MELIÁ, J. L. **Construcción de la psicometría como ciência teórica y aplicada.** Valencia: Ed. Cristobal Serrano; 1990. 29.

PERDOMO, C.; PÉREZ, D. M.; IBÁÑEZ, I. Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá y variables asociadas. **Rev Colomb Psiquiatr.**, v, 40, n. 1, p. 49-64, 2011.

MEUCCI, S. et al. Mutational load and mutational patterns in relation to age in head and neck cancer. **Oncotarget.**, [S.I.], v. 7, n. 43, p. 69188–69199, out. 2016.

MITCHELL, A. E., WHITTINGHAM, K., STEINDL, S., KIRBY, J. Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants. **Arch Womens Ment Health.**, v. 21, n. 5, p. 553-561, 2018.

MIYASHITA, M. et al. Unmet information needs and quality of life in young breast cancer survivors in Japan. **Cancer Nurs.** [S.I.], v. 38, n. 6, p. 1-11.

MOUNTZIOS, G. Optimal management of the elderly patient with head and neck cancer: Issues regarding surgery, irradiation and chemotherapy. **World J Clin Oncol.**, v. 6, n. 1, p. 7–15, fev. 2015.

MULLAN, B.A.; KOTHE, E.J. **Evaluating a nursing communication skills training course:** the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541974>. Acesso em 3 fev. 2020.

NEFF, K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity.** v. 2, n. 1, p. 223-250, 2003.

NEFF, K. The science of self-compassion In C. Germer & R. Siegel (Eds.), **Compassion and wisdom in psychotherapy.** p. 79-92. New York: Guilford. 2012.

NEFF, K. D.; GERMER, C. K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. **Journal of Clinical Psychology**, v. 69, p. 28–44, 2013. Doi: 10.1002/jclp.21923

NEFF, K. D. Development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity**, v. 2, p. 223–250, 2003. Doi: 10.1080/15298860309027

NEFF, K. D. The science of self-compassion In: GERMER, C e SIEGEL R. (Eds.), **Compassion and wisdom in psychotherapy.** New York: Guilford. 2012.

NERY-HURWIT, M.; YUN, J.; EBBECK, V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. **Disabil Health J.**, [S.I.], v, 11, n. 2, p. 256-61, abr. 2018

NICOLUSSI, A. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 32-40, fev. 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8b46/27f8bfc5435e04c38fd9e86d10b1ae677237.pdf>. Acesso em 2 fev. 2020.

PACE, T. D. Cognitively-Based Compassion Training versus cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of solid tumor cancers and their informal caregivers: study protocol for a randomized controlled pilot trial. **Trials.**, Estados Unidos, v. 20, . 1, p. 247-62, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.ez37.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6489281/pdf/13063_2019_Article_3320.pdf>. Acesso em 25 jul. 2020.

PAULA, J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.15, n.1, p.106-13, 2015. Disponível em: < <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2669/2054>> Acesso em: 25 Jul. 2020

PINTO-GOUVEIA et al. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. **Clin. Psychol. Psychother.**, [S.I.], v. 21, n. 4, p. 311-323, 2013.

PIRES J. G. et al. Instrumentos para avaliar o construto *mindfulness*: uma revisão. **Avaliação Psicológica.**, [S.I.] 2015; 14 (3): 329-338.

PIRES, J.G. et al. Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. **Avaliação Psicológica.** [S.I.], v. 14, n. 3, p. 329-338, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RAES, F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. **Mindfulness.**, [S.I.], v. 2, n. 1, p. 33–6, 2011.

REIS, A. C. A. **Introdução aos cuidados paliativos para os profissionais de saúde.** 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

RHA, S. Y.; LEE, J. Symptom clusters during palliative chemotherapy and their influence on functioning and quality of life. **Supportive Care in Cancer.**, Toronto, v. 25, n. 1, p. 1519–1527, 2017.

RUGNO, F.C. **Validação da versão adaptada para o português do Brasil da Palliative care Outcome Scale (POS).** Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2017.

SALES, C. R. G.; PIRES, J. C.R.; JÚLIO, I. C. F.. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.** 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rce/article/view/69056/71505>. Acesso em 3 fev. 2020.

SAWADA, N. O., NICOLUSSI, A.C., PAULA, J.M. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.24, n. 1, p. 1-12, 2016.

SERRA-PRAT M. et al. Validation of the Spanish version of the Palliative Care Outcome Scale. **Med Clin. (Barc).** 2004; 123 (11): 406-12.

SHENNAN C, PAYNE S, FENLON D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. *Psychooncology.* v.20, n. 7, p. 681-97, 2011.

SHENNAN C.; PAYNE S., FENLON D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. **Psychooncology.** 2011; 20(7): 681-97.

SIROIS, F., MOLNAR, D., & HIRSCH, J. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. **Self and Identity**, v. 14, n. 3), p. 334-347, 2015.

SIROIS, F. M. The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. **BMC Public Health.**, Estados Unidos, v. 20, n. 1, p. 74-86, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.ez37.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6966852/pdf/12889_2020_Article_8183.pdf>. Acesso em 25 jul. 2020.

SIROIS, F. M.; KITNER, R.; HIRSCH, J. K. Self-Compassion, Affect, and Health-Promoting Behaviors. **Health Psychology.**, Estados Unidos, v. 34, n. 6, 2015.

SOARES, L. C. et al. A quimioterapia e seus efeitos adversos: relato de clientes oncológicos. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 714-9, 2009.

SOUZA L.K., HUTZ C.S. Adaptation of the Self-Compassion Scale for Use in Brazil: Evidences of Construct Validity. **Trends in Psychology.** 2016; 24(1): 159-72.

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. **Psico.**, Porto alegre, v. 47, n. 2, p. 89-98, 2016.

SOUZA, L. K; HUTZ, C. S. **Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: evidences of construct validity.** 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2016000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 2 fev. 2020.

DEKKER, J. et al. Quality criteria were proposed for measurement proprieties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol.** 2007; 60(1):34-42.

TAMRES, L. K., JANICKI, D., & HELGESON, V. S. Sex differences in coping behavior: A metaanalytic review and an examination of relative coping. **Personality and Social Psychology Review**, v. 6, n. 1, p. 2-30, 2002.

- TESTON, E. F. et al. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. **Esc. Anna Nery.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1-8, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400214&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 27 jan. 2020.
- TODOROV, N. et al. Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. **Psychooncology.**, [S.I.], v. 28, n. 10, p. 2025-32, ago. 2019.
- VILLAR, R. R. et al. Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. **Rev Lat Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 25-58, 2017.
- WAKIUCHI, J., MARCON, S.S., OLIVEIRA, D.C. et al. A quimioterapia sob a ótica da pessoa com câncer: uma análise estrutural. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025](http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025)>.
- WORLDHEALTH Organization (WHO). **Who report on cancer: seting priorities, investing wisely and providing care for all. orld ealth Or ani ation.** 2020.
- ZESSIN, U.; DICKHÄUSER O.; GARBADE, S. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. **Appl Psychol Health Well Being.**, [S.I.], v. 7, n. 3, p. 340-64, nov. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311196>. Acesso em 2 fev. 2020
- ZHANG H; WATSON-SINGLETON, N. N.; POLLARD, S. E. Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. **OMEGA—Journal of Death and Dying**, [S.I.], v. 0, n. 0, p . 1-22, 2017.
- ZHU, L. et al. The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: A longitudinal study. **Psychooncology.**, [S.I.], v. 28, n. 9, p. 1918-25, set. 2019.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “Qualidade de vida, mindfulness e autocompaixão em paciente em quimioterapia antineoplásica”, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: Qualidade de vida, mindfulness e autocompaixão em pacientes em quimioterapia antineoplásica

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Ana Cláudia Mesquita Garcia

ENDEREÇO: Escola de Enfermagem - Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro - Alfenas/MG; CEP: 37130-001

TELEFONE: (35) 3701-9477

PESQUISADORES PARTICIPANTES: João Batista Camargos Junior, Karina Katherine Sarto, Camila Alessandra da Silva Marcelo

OBJETIVOS: Investigar os níveis e a relação entre qualidade de vida, autocompaixão e mindfulness (atenção plena) em pacientes em quimioterapia.

JUSTIFICATIVA: a realização deste estudo se justifica pela necessidade de que os profissionais de saúde conheçam melhor os fatores que podem influenciar de forma positiva na melhora da qualidade de vida de pacientes em quimioterapia.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: caso você aceite participar deste estudo, você responderá a quatro questionários: um sobre suas informações pessoais (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, tipo de sua doença, tempo de diagnóstico, finalidade da quimioterapia), um sobre qualidade de vida, um sobre autocompaixão (capacidade de auxiliar a si próprio em momentos de dificuldade da vida) e outro sobre mindfulness (significa atenção plena, ou seja, a capacidade de prestar atenção no momento presente). A coleta de dados terá a duração aproximada de 20 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS E MEDIDAS: Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo são mínimos e estão relacionados à abordagem de questões emocionais. Desse modo, como medidas preventivas destes riscos, a coleta de dados será realizada em um ambiente que proporcione privacidade, utilizaremos de uma abordagem humanizada e acolhedora, optando pela escuta atenta de suas colocações. As informações que iremos solicitar serão apenas aquelas necessárias para a pesquisa. Se mesmo com essas medidas você se sentir desconfortável de alguma forma, você poderá retirar-se da pesquisa e, se

considerar necessário, você será encaminhado para o acompanhamento emocional e psicológico com o serviço de psicologia da clínica de quimioterapia da Santa Casa.

BENEFÍCIOS: não haverá benefícios diretos para os participantes desta pesquisa, contudo os resultados poderão contribuir para novas intervenções no tratamento de quimioterapia, com o objetivo de melhora da qualidade de vida dos pacientes em quimioterapia.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: não haverá nenhum gasto com sua participação e não haverá nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Você pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo da continuidade do seu tratamento usual.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: garantia de sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, os dados não serão divulgados de forma que seja possível a sua identificação.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a)

_____ dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701- 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____