

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 8

Atena
Editora

Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde 8

Atena
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG) | |
|---|--|
| P944 | Prevenção e promoção de saúde 8 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 8) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-840-3 DOI 10.22533/at.ed.403191812 1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1 |
| Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422 | |

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma a oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

Este volume torna-se especial por agregar diversos e distintos trabalhos que abordam uma linha de interesse de diversas subáreas da saúde que é a oncologia.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Pela velocidade rápida com que estas células se dividem elas se tornam agressivas e incontroláveis podendo se espalhar para outras regiões do corpo. Assim os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. O interesse por essa enfermidade se estende desde os níveis moleculares e informacionais das células até às alterações fisiológicas e características clínicas do paciente.

Deste modo, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quão importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| ANÁLISE DO RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO AMAZONAS | |
| Maria Clara Paulino Campos Larissa Pessoa de Oliveira Raphaelly Venzel Rodrigo Vásquez Dan Lins Sabrina Macely Souza dos Santos Cléber Araújo Gomes Daiane Nascimento de Castro | |
| DOI 10.22533/at.ed.4031918121 | |
| CAPÍTULO 2 | 14 |
| BENEFÍCIOS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS | |
| Aluska Milenna Queiroz de Andrade Ana Carolina Nunes Bovi Andrade Amanda Ferreira Alves Ana Paula de Jesus Tomé Pereira Camila Vieira Diniz Clarissa Silva Cavalcante José Heriston de Moraes Lima Natália Herculano Pereira Natália Peixoto de Lemos Pollyana Soares de Abreu Moraes Suzana Burity Pereira Neta Tayná Santos de Miranda | |
| DOI 10.22533/at.ed.4031918122 | |
| CAPÍTULO 3 | 21 |
| CÂNCER DE MAMA E CONSUMO ALIMENTAR: CORRELAÇÃO ENTRE MULHERES SAUDÁVEIS E PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA | |
| Leandro Teixeira Cacau Patrícia Cândido Alves Eliane Mara Viana Henriques Helena Alves de Carvalho Sampaio Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes Daianne Cristina Rocha Antônio Augusto Ferreira Carioca Luiz Gonzaga Porto Pinheiro Paulo Henrique Diógenes Vasques | |
| DOI 10.22533/at.ed.4031918123 | |
| CAPÍTULO 4 | 30 |
| CÂNCER DE MAMA: CONDUTAS DO ENFERMEIRO PARA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA | |
| Taciane Aparecida Dias dos Santos Francisco Lucas de Lima Fontes Ariane Freire Oliveira Hallyson Leno Lucas da Silva Mardem Augusto Paiva Rocha Junior Sandra Maria Gomes de Sousa Maria Eduarda Lima da Silva | |

| | |
|---|-----------|
| Rayssa Sayuri Rocha Baba Luis Eduardo da Silva Amorim José Gilvam Araújo Lima Junior Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra Gustavo Henrique Rodrigues de Sousa DOI 10.22533/at.ed.4031918124 | |
| CAPÍTULO 5 | 38 |
| CÂNCER INFANTO-JUVENIL: ANÁLISE COMPARATIVA DO IMPACTO DO CRESCIMENTO DO SARCOMA DE EWING NO BRASIL Maria Candida Valois Costa Deyse Freire Rodrigues da Cruz Maria Candida Valois Costa Gabryella Duarte Freitas de Oliveira Tatianne Mota Batista DOI 10.22533/at.ed.4031918125 | |
| CAPÍTULO 6 | 50 |
| CÂNCER INFANTO-JUVENIL: OSTEOSSARCOMA – UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO PERFIL DA MORTALIDADE NO BRASIL, NAS CINCO REGIÕES E PARAÍBA Deyse Freire Rodrigues da Cruz Maria Candida Valois Costa Gabryella Duarte Freitas de Oliveira Tatianne Mota Batista DOI 10.22533/at.ed.4031918126 | |
| CAPÍTULO 7 | 62 |
| CENÁRIO NACIONAL DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE BOCA Orlando Gomes Bezerra Netto Camila Beatriz Silva Nunes Fernanda Lorryne Silva Moura Jamyle Moura de Medeiros Mayra Sousa Gomes DOI 10.22533/at.ed.4031918127 | |
| CAPÍTULO 8 | 70 |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER EM UMA UNIDADE ONCOLÓGICA DE MINAS GERAIS Gabriela da Cunha Januário Samea Ferreira Ruela Marilene Elvira de Faria Oliveira Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro Alisson Júnior dos Santos Monise Martins da Silva DOI 10.22533/at.ed.4031918128 | |
| CAPÍTULO 9 | 79 |
| ESTUDO ACERCA DA INFLUÊNCIA DO ANTÍGENO CA 19-9 DERIVADO DO SISTEMA DO GRUPO SANGUÍNEO DE LEWIS NO CÂNCER COLORRETAL Geoclecia Ferreira Cruz Fernando Amancio Pereira DOI 10.22533/at.ed.4031918129 | |

CAPÍTULO 10 90

EVIDÊNCIAS ATUAIS PARA ASSOCIAÇÃO DA OBESIDADE COM O CÂNCER COLORRETAL

Ana Clara Amorim Noronha
Caio Victor Coutinho de Oliveira
Denes Raphael Moreira Carvalho
Mayrlla Myrelly Vieira Formiga
Rafaela Ezequiel Leite
Gregório Fernandes Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.40319181210

CAPÍTULO 11 103

FATORES DE RISCO PARA LEUCEMIA EM CRIANÇAS

Fernanda Abrantes de Oliveira Matias
Ana Carolina Fernandes Pinheiro
Cleycivânia Alves Gomes
Isadora Marques Barbosa
Matheus Tavares França da Silva
Paulo César de Almeida
Rute Lopes Bezerra
Taiane Ponte da Silva

DOI 10.22533/at.ed.40319181211

CAPÍTULO 12 109

FATORES DE RISCO PARA TUMORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM CRIANÇAS

Cleycivânia Alves Gomes
Ana Carolina Fernandes Pinheiro
Fernanda Abrantes de Oliveira Matias
Maria Alailce Pereira Germano
Taiane Ponte da Silva
Isadora Marques Barbosa
Paulo César de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.40319181212

CAPÍTULO 13 115

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Monyka Brito Lima dos Santos
Jacinara Keyla Silva Oliveira de Almeida
Maria Santana Soares Barboza
Tassila de Oliveira Pessôa Freitas
Cristiane Michele Sampaio Cutrim
Kessya Karynne de Araújo Silva
Jéssica Maressa Lima Soares
Elinete Nogueira de Jesus
Giuvan Dias de Sá Junior
Sildália da Silva de Assunção Lima
Jeíse Pereira Rodrigues
Hayla Nunes da Conceição

DOI 10.22533/at.ed.40319181213

CAPÍTULO 14 124

IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO CONTRA O VÍRUS HPV E SUA RELAÇÃO COM O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Myllena Maria Tomaz Caracas
Gabriela Araújo Rocha
Maria Clara Alves Alencar
Ivanildo Gonçalves Costa Júnior
Bruno Guilherme da Silva Lima
Elaine Alves Magalhães
Tatyanne Maria Pereira de Oliveira
Jordianne Thamires Rodrigues Bezerra
Ag-Anne Pereira Melo de Menezes
Rodrigo Elísio de Sá
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Hertha Nayara Simião Gonçalves
Jenifer Aragão Costa
Ana Letícia Nunes Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.40319181214

CAPÍTULO 15 132

IMUNONUMODULADORES (ÁCIDOS GRAXOS, GLUTAMINA E ARGININA) NA TERAPIA NUTRICIONAL ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Nara Lizandra Moreno de Melo
Juliana Lícia Rabelo Cavalcante
Ayana Florencio de Meneses

DOI 10.22533/at.ed.40319181215

CAPÍTULO 16 138

METÁSTASE HEPÁTICA DECORRENTE DE NEOPLASIA COLORRETAL

Letícia Figueirôa Silva
Ana Luíza Jácome Franca Campos
Beatriz Lucena de Moraes Veloso
Maria Eduarda Silva Libório
Roberta Letícia Paiva de Araújo
Rodrigo Niskier Ferreira Barbosa

DOI 10.22533/at.ed.40319181216

CAPÍTULO 17 145

MULTIMORBIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA E PRÓSTATA E SEU POTENCIAL IMPACTO NA SAÚDE

Luíza de Carvalho Almeida
Valéria Mendes Bezerra
Bruna Queiroz Allen Palacio
Helena Alves de Carvalho Sampaio
Eliane Mara Viana Henriques
Patrícia Cândido Alves
Mayanne Iamara Santos de Oliveira Porto
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

DOI 10.22533/at.ed.40319181217

CAPÍTULO 18 151

NÍVEIS DE RESILIÊNCIA E AUTOCOMPAIXÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Gabriela Pires Ulysses de Carvalho
Letícia Soares de Luna Freire

Maria Clara Macena Gama
Natália Maria Bezerra de Luna
Rayllanne de Souza Emídio
Yasmin Lira Wanderley
Charlene Nayana Nunes Alves Gouveia

DOI 10.22533/at.ed.40319181218

| | |
|---------------------------------|------------|
| SOBRE O ORGANIZADOR..... | 163 |
| ÍNDICE REMISSIVO | 164 |

METÁSTASE HEPÁTICA DECORRENTE DE NEOPLASIA COLORRETAL

Letícia Figueirôa Silva

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa - Paraíba

Ana Luíza Jácome Franca Campos

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa - Paraíba

Beatriz Lucena de Moraes Veloso

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa - Paraíba

Maria Eduarda Silva Libório

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa - Paraíba

Roberta Letícia Paiva de Araújo

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa – Paraíba

Rodrigo Niskier Ferreira Barbosa

Centro Universitário de João Pessoa
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: O câncer colorretal ocupa o quarto lugar nas estatísticas mundiais de incidência de câncer, com aproximadamente 1.360.000 casos/ano. No Brasil, é o terceiro câncer mais frequente nos homens e o segundo em mulheres. Tem como fatores de risco: sedentarismo, obesidade, tabagismo, história familiar, predisposição genética e dieta rica em carnes vermelhas. Metástases hepáticas de câncer colorretal são eventos frequentes e

potencialmente fatais na evolução de pacientes com estas neoplasias. Esse trabalho visa abordar neoplasias colorretais com metástase hepática, destacando suas características e principais formas de manejo e tratamento. Os estudos demonstram que aproximadamente 50% dos pacientes com câncer colorretal apresentam metástases. Estatisticamente 12 a 40% dos pacientes apresentam metástase no fígado após a ressecção primária do tumor. Pesquisas feitas afirmam que o tratamento cirúrgico para o câncer colorretal com metástase hepática, persiste como a única possibilidade de cura e com índices de sobrevida em cinco anos de 25 a 58%, além de aumentarem o tempo de vida sem a doença por 3 anos. Ademais, é essencial o diagnóstico precoce associado à terapêutica multimodal, individualizada e multiprofissional.

PALAVRAS- CHAVE: Neoplasia colorretal; metástase hepática; ressecção de tumor.

HEPATIC METASTASIS FROM COLORECTAL NEOPLASIA

ABSTRACT: Colorectal cancer ranks fourth in world cancer incidence statistics, with approximately 1,360,000 cases / year. In Brazil, it is the third most common cancer in men and the second in women. It has as risk factors: physical

inactivity, obesity, smoking, family history, genetic predisposition and diet rich in red meat. Liver metastases of colorectal cancer are frequent and potentially fatal events in the evolution of patients with these tumors. This article aims to address colorectal neoplasms with liver metastasis, highlighting its characteristics and main forms of management and treatment. Studies show that approximately 50% of colorectal cancer patients have metastases. Statistically, 12 to 40% of patients have liver metastasis after primary tumor resection. Research has shown that surgical treatment of colorectal cancer with liver metastasis persists as the only cure and with five-year survival rates of 25 to 58%, and extends the lifespan without the disease by 3 years. In addition, early diagnosis associated with individualized and multidisciplinary multimodal therapy is essential.

KEYWORDS: Colorectal neoplasia; liver metastasis; tumor resection.

1 | INTRODUÇÃO

O Câncer colorretal (CCR) ocupa a terceira posição mundial relacionada às doenças com malignidade, atrás apenas do câncer de pulmão e mama. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, no ano de 2001 a incidência de CCR é de aproximadamente 20.000 casos. O sítio de acometimento mais comum é o fígado, com estimativa de até 80% dos casos, porém, apenas 15% a 30% são favoráveis à cirurgia de ressecção (CHEDID et. al, 2003; LUPINACCI et. al, 2013).

As metástases hepáticas são a principal causa de morte em pacientes com câncer colorretal, sendo a sobrevida de nove meses e o desenvolvimento característico, geralmente, nos dois anos subsequentes à ressecção do tumor primário. A ressecção hepática é o tratamento padrão para metástases de câncer colorretal restritas ao fígado, variando a sobrevida entre 25% a 40% (LUPINACCI et. al, 2013).

A análise de pacientes com metástases hepáticas de câncer colorretal (MHCCR) ressecáveis, mas que se contrapuseram ao tratamento cirúrgico mostrou que a sobrevida média é de 14 meses a dois anos e relativamente nula em cinco anos (LUPINACCI et. al, 2013; COIMBRA et. al, 2015).

Nota-se que a apresentação sincrônica do MHCCR tem sido relacionada ao pior prognóstico. Assim, estratégias vêm sendo avaliadas com objetivo de otimizar os resultados, como, por exemplo, a sequência em que é feito o tratamento. Habitualmente, o tratamento clássico consiste na ressecção tumoral, quimioterapia e, por último, cirurgia hepática. Segundo Mentha et. al, uma abordagem proposta é iniciar o tratamento com a quimioterapia seguida da ressecção e tratamento da lesão primária (VALADAO, 2010).

A quimioterapia inicialmente tem o intuito de tratar primeiramente a metástase

hepática, a qual se faz a complicação mais grave do câncer colorretal. Além disso, também contribui para selecionar os pacientes em que o tratamento consistirá em uma abordagem curativa, a qual independe das proporções da metástase e evitar condutas que não irão surtir efeito em certos pacientes cujo método paliativo é o mais benéfico (VALADAO, 2010).

Atualmente, a terapia mais recomendada é a multimodal, necessitando de uma individualização para a situação clínica de pacientes específicos, visando maior eficácia e adesão ao tratamento (COIMBRA et. al, 2015).

2 | METODOLOGIA

O presente artigo caracteriza-se por ser uma revisão das publicações em que foram utilizados os seguintes descritores: neoplasia colorretal e metástase hepática. Para o seu desenvolvimento, selecionamos 8 artigos, publicados de 2003 a 2016, utilizando as plataformas Scielo e PubMed, no período de 02 a 16 de Março de 2019.

3 | RESULTADOS

Segundo Carneiro Neto et al (2006), os pacientes portadores de CCR com idade inferior a 40 anos apresentam geralmente sintomatologia rica, apresentando estágio avançado da doença ao diagnóstico, o que diminui a possibilidade de cura. O CCR caracteriza-se por ser mais volumoso, com estágio mais avançado e com indicadores histopatológicos mais agressivos, com pouca diferenciação, invasão de vasos linfáticos, sanguíneos e nervos, além de uma maior incidência de tumores mucossecretores. Vale ressaltar que a história familiar prévia constitui como fator de risco mais importante para o CCR.

Existe uma maior tendência de os pacientes mais jovens retardarem sua procura à assistência médica e, somado ao fato de o diagnóstico de câncer colorretal nestes pacientes ser frequentemente ignorado por ser muitas vezes considerado como uma condição clínica de pacientes idosos conflui para o diagnóstico tardio e avanço da doença (CARNEIRO et al, 2006).

Alguns estudos revelam que a frequência de MHCCR sincrônica varia de 14,5 a 24%, enquanto a frequência das MHCCR metacrônicas é bastante variável na devido as divergências nas definições e também no que diz respeito as diferenças de bases de dados. Assim, em estudos prospectivos e retrospectivos esta frequência chega a até 35%. Em que a incidência é de cerca de 4,3% em 01 ano, 8,7% em 02 anos, 12% em 03 anos e 16,5% em 05 anos após ressecção (COIMBRA et al, 2015).

Em relação aos pacientes irressecáveis, a hepatectomia exclusiva apresentou como benefício um aumento na taxa de sobrevida global em 05 anos, de 55,2% contra 19,5%, e da sobrevida global mediana de 65,3 contra 26,7 meses, respectivamente. Lamentavelmente, cerca de 60-70% dos casos apresentam recidiva após a ressecção hepática exclusiva (COIMBRA et al, 2015 apud PEDERSEN et al, 1994; COIMBRA et al, 2015 apud NORDLINGER et al, 2008).

As metástases metacrônicas, que são aquelas diagnosticadas após o tumor primário, estão presentes em 12 a 40% dos pacientes com CCR. Com relação aos resultados dos tratamentos em longo prazo, os pacientes portadores de MHCCR metacrônicas adequadamente tratadas têm sobrevida em cinco anos 8 a 16% maior que as sincrônicas (LUPINACCI et. al, 2013).

O tratamento cirúrgico é o único tipo de abordagem que comprovadamente promove possibilidade de cura para os pacientes portadores de metástase hepática por câncer colorretal, com índices de sobrevida em cinco anos de 25 a 58%. Além disso, a cirurgia aumenta o tempo de vida sem a doença em aproximadamente 3 anos. (LUPINACCI et. al, 2013).

Além disso, outros estudos tiveram o intuito de mostrar o benefício da quimioterapia ofertada de forma “adjuvante” à ressecção. Foi feita uma metanálise envolvendo 3 estudos clínicos randomizados, que comprovaram o ganho de sobrevida, tanto de livre de progressão da doença, como livre da doença em si, porém o beneficiamento em sobrevida global não foi obtido (COIMBRA et al, 2015).

Todavia, na perspectiva da MHCCR irressecável, a quimioterapia tem papel irrefutável. Segundo Adam et al, estudos avaliaram o papel dela (sem anticorpo monoclonal) e constataram taxa de conversão para tumores ressecáveis de aproximadamente 13,5%. E nos tumores que se converteram em ressecáveis a sobrevida em cinco anos ficou entre 23-35%, e sobrevida em 10 anos em torno de 27% (COIMBRA et al, 2015 apud ARDITO, 2013).

Segundo Lupinaci et. al (2013), após o tratamento adequado das MHCCR, 50 a 70% dos pacientes vão apresentar recidiva no pós-operatório. O principal local de recorrência é o próprio fígado, em que 20 a 30% dos casos esse órgão é o único sítio de recidiva. Ainda nesse estudo foi observado que apenas 20 a 25% das metástases hepáticas são potencialmente ressecáveis ao diagnóstico, ou seja, são potencialmente curáveis.

Em relação as técnicas de imagem, as que permitem a avaliação das metástases hepáticas incluem ultrassom (US), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons (FDG-PET) e a modalidade de escolha é feita através da disponibilidade do local bem como da experiência do serviço (COIMBRA et al, 2015).

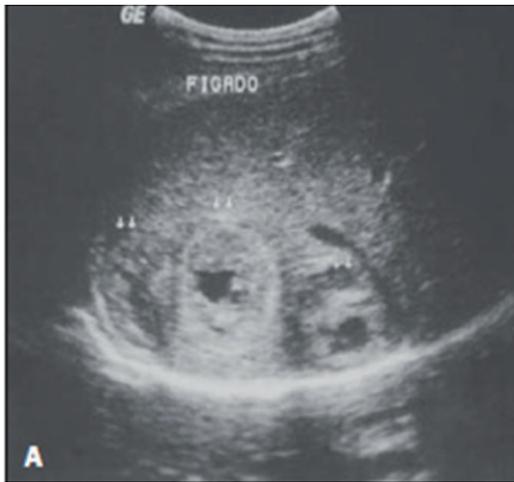


Figura A- Ultrassonografia abdominal exibe lesões nodulares heterogêneas no lobo hepático direito. (PELANDRE et al, 2008).

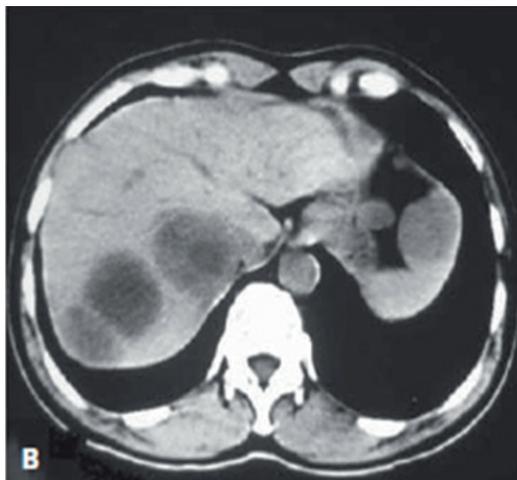


Figura B- Tomografia Computadorizada mostrando lesões sólidas com centro hipodenso em correspondência aos achados ultrassonográficos (metástases hepáticas). (PELANDRE et al., 2008).

4 | DISCUSSÃO

Com base nos resultados podemos observar que apenas 1/4 dos pacientes têm doença ressecável ao diagnóstico. Por isso, é imprescindível o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a ressecção completa das lesões hepáticas, possibilitando maior chance de cura aos pacientes.

Além disso, conseguimos entender acerca dos tipos de metástases (metacrônicas e sincrônicas), tendo em vista suas características, e observamos que a primeira possui maiores chances de ressecção quando comparada com a segunda. Ademais, é importante a avaliação em diversas perspectivas, a fim de analisar o grau de ressecabilidade acerca do tipo de metástase.

5 | CONCLUSÃO

Pacientes com idade inferior a 40 anos, ao terem o diagnóstico de câncer colorretal com metástase hepática, apresentam um pior prognóstico, resultando em uma diminuição na porcentagem de cura, visto que costumam ter este diagnóstico tardio devido à redução dos cuidados à saúde, principalmente por parte de jovens que ignoram essa comorbidade. Soluções devem ser tomadas para que esse quadro se reverta, como uma melhor formação de médicos que devem investigar mais detalhadamente um possível câncer colorretal ao detectarem sinais e sintomas compatíveis com a patologia. Dessa forma as neoplasias colorretais com metástase hepática necessitam de diagnóstico precoce associada à terapêutica multimodal, individualizada e multiprofissional.

REFERÊNCIA

CARNEIRO NETO, Joaquim David et al . Câncer colorretal: características clínicas e anatomopatológicas em pacientes com idade inferior a 40 anos. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 4, p. 430-435, Dec. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802006000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

CHEDID, Aljamir Duarte et al. Fatores prognósticos na ressecção de metástases hepáticas de câncer colorretal. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 159-165, Sept. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032003000300005&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 02 set. 2019.

COIMBRA, Felipe José Fernandez et al . I CONSENSO BRASILEIRO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE METÁSTASE HEPÁTICA COLORRETAIS. MÓDULO 1: AVALIAÇÃO PRÉ-TRATAMENTO. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 222-230, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202015000400222&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

FORTES, Renata Costa; MONTEIRO, Themes Máira Ribeiro Cavalcante; KIMURA, Cristilene Akiko. Quality of life from oncological patients with definitive and temporary colostomy. **J. Coloproctol. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 253-259, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2019.

KIMURA, Cristilene Akiko et al . Quality of life analysis in ostomized colorectal cancer patients. **J. Coloproctol. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 216-221, dez. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632013000400216&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

LUPINACCI, Renato Micelli et al . Manejo atual das metástases hepáticas de câncer colorretal: recomendações do Clube do Fígado de São Paulo. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 3, p. 251-260, June 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

PELANDRE, Gustavo Lemos et al . Aspectos tomográficos do tumor estromal gastrintestinal de origem gástrica: estudo de 14 casos. **Radiol Bras**, São Paulo , v. 41, n. 5, p. 297-303, Oct. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842008000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

RIBEIRO, Héber Salvador de Castro et al . I CONSENSO BRASILEIRO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE METÁSTASE HEPÁTICA COLORRETAIS MÓDULO 2: MANEJO DAS METÁSTASES RESSECÁVEIS. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 9-13, mar. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202016000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2019.

SHABBIR, J; BRITTON, Dc. Stoma complications: a literature overview. **Colorectal Disease**. Bristol UK., v.12, p.958-964, July 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x>>. Acesso em: 02 set. 2019.

MULTIMORBIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA E PRÓSTATA E SEU POTENCIAL IMPACTO NA SAÚDE

Luíza de Carvalho Almeida

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Valéria Mendes Bezerra

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Bruna Queiroz Allen Palacio

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Eliane Mara Viana Henriques

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Patrícia Cândido Alves

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Mayanne Iamara Santos de Oliveira Porto

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

Universidade Estadual do Ceará, Nutrição,
Fortaleza-Ceará

RESUMO: As doenças crônicas não transmissíveis representam uma elevada carga de doenças no Brasil. Atualmente, a prevalência de pessoas com duas ou mais doenças vem aumentando no Brasil, traduzindo um quadro de

multimorbidade. O objetivo do presente estudo foi analisar a presença de multimorbidade em pacientes com câncer de mama e câncer de próstata. Foram avaliados 309 pacientes, havendo 34% com mais de uma morbidade presente, destacando-se hipertensão arterial - HA (25,2%), dislipidemia (7,12%) e diabetes mellitus tipo 2 – DM2 (6,8%). A co-existência de câncer, HA e DM2 tem um impacto potencial negativo na evolução destes pacientes e demandam ações abrangentes para evitar comprometimento funcional e declínio da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Multimorbidade. Câncer de mama. Câncer de próstata

MULTIMORBITY IN BREAST CANCER PATIENTS AND PROSTATE AND ITS POTENTIAL IMPACT ON HEALTH

ABSTRACT: Noncommunicable chronic diseases represent a high disease burden in Brazil. Currently, the prevalence of people with two or more diseases is increasing in Brazil, reflecting a picture of multimorbidity. The aim of the present study was to analyze the presence of multimorbidity in patients with breast cancer and prostate cancer. We evaluated 309 patients, 34% with more than one present morbidity,

mainly hypertension (25.2%), followed by dyslipidemia (7.12%) and diabetes mellitus type 2 – DM2 (6.8%). The coexistence of cancer, HA and T2DM has a potential negative impact on the outcome of these patients and requires comprehensive actions to prevent functional impairment and decline in quality of life.

KEYWORDS: Multimorbidity. Breast cancer. Prostate cancer.

1 | INTRODUÇÃO

É comum muitas pessoas apresentarem diversas condições alteradas de saúde, o que representa um quadro de multimorbidade. A multimorbidade, portanto, é a co-existência de 2 ou mais doenças crônicas em uma mesma pessoa. A presença simultânea de doenças implica no alto risco de saúde dos pacientes devido à maior vulnerabilidade a problemas de saúde e à complexidade de tratamento (WHO, 2016).

Portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) recorrem mais a serviços de saúde, principalmente aqueles que apresentam mais de uma comorbidade (MALTA *et al.*, 2017). Portanto, a compreensão sobre multimorbidade é de extrema importância para analisar a interação de diferentes doenças crônicas, visto que a sua presença impacta negativamente na qualidade de vida (GU *et al.*, 2018). Entender o contexto da multimorbidade permite o desenvolvimento de intervenções para pacientes nestas condições de saúde (SASSEVILLE *et al.*, 2018).

A prevalência de portadores de duas ou mais doenças, no Brasil, é alta (CARVALHO *et al.*, 2017). O câncer, por exemplo, vem aumentando cada vez mais, representando 582.590 casos no ano de 2018 (BRASIL, 2018). Sabendo do envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de comorbidades associadas ao câncer, torna-se fundamental o conhecimento sobre o impacto das doenças clínicas comórbidas sobre o cuidado do paciente oncológico (WILLIAMS *et al.*, 2016).

Com isso, dada à complexidade médica, a assistência à saúde de pacientes com multimorbidade deve ser multidisciplinar a fim de garantir a promoção da saúde, recuperação eficaz e autonomia do paciente (ALBREHT *et al.*, 2016).

O presente estudo teve como objetivo analisar a presença de multimorbidade em pacientes com câncer de mama e de próstata, em relação ao seu potencial impacto na saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de recorte de um estudo metodológico e transversal realizado no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), um dos centros de referência do

estado do Ceará para a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer, localizado na cidade de Fortaleza, com coleta de dados realizada ano de 2017.

A população do estudo foi de pacientes portadores de câncer de próstata e câncer de mama. A amostra foi de conveniência e incluiu 309 pacientes. Os critérios de inclusão foram pacientes com idade maior que 18 anos e ser portador de câncer de próstata ou de câncer de mama. Foram excluídos aqueles que apresentassem doenças psiquiátricas ou neurodegenerativas e/ou que estivessem em uso de medicação que comprometesse a cognição.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com aplicação de questionário contendo as informações referentes a sexo e presença de outras doenças. Na análise descritiva das variáveis categóricas de caracterização da amostra foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Os dados foram tabulados para apresentação em frequências simples e percentual.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 309 pacientes, 201 (65%) eram do sexo feminino, apresentando câncer de mama e 108 (35%) do sexo masculino, apresentando câncer de próstata. Dentre as outras morbidades presentes, destacou-se 78 (25,2%) pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 22 (7,12%) com dislipidemia e 21 (6,8%) com diabetes mellitus tipo 2 (Quadro 1). Em outras morbidades encontrou-se: hipertireoidismo (2), hipotireoidismo (1), refluxo (1) e depressão (1). Em média, a presença de multimorbidade foi baixa, havendo 1,47 morbidades/pessoa. Verificou-se que 34% do total de pacientes apresentaram mais de uma doença.

| VARIÁVEIS | N (%) |
|--------------------------------|-----------|
| SEXO | |
| Feminino | 201 (65) |
| Masculino | 108 (35) |
| Morbidades | |
| Câncer de mama | 201 (65) |
| Câncer de próstata | 108 (35) |
| Hipertensão arterial sistêmica | 78 (25,2) |
| Dislipidemia | 22 (7,12) |
| Diabetes mellitus | 21 (6,8) |
| Depressão ou Ansiedade | 7 (2,3) |
| Cardiopatias | 9 (2,9) |
| Insuficiência Renal Crônica | 1 (0,3) |
| Pneumopatias | 2 (0,6) |
| Outras comorbidades | 5 (1,62) |

QUADRO 1. Distribuição dos pacientes entrevistados (n = 309) segundo sexo e presença de morbidades. Fortaleza, 2017.

Nunes e colaboradores (2017) realizaram um estudo com 60.202 pessoas, sendo 25.920 (44,9%) homens e 34.282 mulheres (55,1%), com idade variando de 18 a 101 anos. Este estudo teve como objetivo mostrar a magnitude de multimorbidade no Brasil. Os resultados apontaram que 24,92% das pessoas apresentaram 2 ou mais morbidades e 10,03% apresentaram 3 ou mais morbidades, traduzindo um quadro considerável da presença de multimorbidade no país. Com isso, constata-se que é importante avaliar as condições de saúde dos pacientes, devendo o sistema de saúde tornar-se mais abrangente para lidar com essa complexidade da multimorbidade.

Em um estudo de coorte de base populacional, na Dinamarca, entre os anos de 1995 e 2011, onde foram incluídos pacientes com câncer de próstata e homens pareados da população geral, os resultados mostraram que, após o primeiro ano de diagnóstico de câncer de próstata, a interação entre o câncer de próstata e comorbidade foi responsável por 20% da mortalidade nesses pacientes. Dessa forma, os autores destacaram que essa taxa poderia ser reduzida com sucesso se a comorbidade fosse tratada (ORDING *et al.*, 2016).

Já na pesquisa de Ewertz *et al.*, (2018), também na Dinamarca, os achados apresentados mostraram que no diagnóstico do câncer de mama, 16% das pacientes apresentavam comorbidades e 84% não. O risco de morrer de câncer de mama aumentou significativamente apenas para doença vascular periférica, demência, doença pulmonar crônica, fígado e doenças renais. As comorbidades diagnosticadas dentro de 5 anos do diagnóstico de câncer de mama se correlacionaram com um risco maior de morrer do que aquelas diagnosticadas mais de 5 anos antes do diagnóstico de câncer de mama. Além disso, os autores relacionam essa baixa prevalência em decorrência da idade, em que a média foi de 61 anos. No presente estudo, a média dos pacientes de câncer de próstata e mama foi de 57,15 (13,62) (dados não apresentados) e verificou-se que a hipertensão apresentou um percentual de 25,2%, frequência mais alta.

A qualidade de vida é influenciada de forma negativa com a presença de várias condições crônicas de saúde e favorece um impacto complexo e heterogêneo devido à gravidade das múltiplas morbidades, (BRETTSCHEIDER *et al.*, 2013). Pacientes com multimorbidade necessitam de cuidados complexos que, muitas vezes, são caros e desafiadores (NAVICKAS *et al.*, 2016). Especificar as comorbidades requer métodos que integre a complexidade da multimorbidade e o paciente a fim de lidar com o tratamento específico da doença e, assim, diminuir a morbidade e aumentar o tempo de vida dos pacientes (SALIVE, 2013).

A associação de comorbidades na qualidade de vida de sobreviventes de câncer de mama em Nova York (USA) foi analisada e os autores ressaltaram que as intervenções devem ser planejadas para gerenciar tais comorbidades e otimizar

a qualidade de vida dos sobreviventes de câncer de mama e isso deve ser realizado após o conhecimento sobre as relações dessas patologias com a qualidade de vida dos sobreviventes de cancer de mama. No referido estudo, dos 134 pacientes encontraram um total de 28 doenças associadas. E, verificaram que 73,8% desses pacientes apresentavam pelo menos uma das comorbidades, 54,7% 2-4 e apenas 7,4% 5-8. As cinco comorbidades mais prevalentes nessa população de pacientes foram: hipertensão arterial (32,8%), artrite (32,8%), problemas de tireoide (22,4%), hipercolesterolemia (12,7%) e diabetes (12,0%). Os autores concluíram que as comorbidades foram associadas negativamente com a qualidade de vida dos sobreviventes de câncer de mama. Hipertensão, artrite e diabetes têm associações negativas com múltiplos domínios de qualidade de vida de sobreviventes de câncer de mama (FU *et al.*, 2015).

Observa-se que existem prevalências semelhantes e crescentes em mulheres, pessoas idosas e pessoas de classes sociais mais baixas, embora haja poucos estudos desvelando os fatores de riscos acarretados pela multimorbidade, o que pode levar ao comprometimento funcional e declínio da qualidade de vida (MARENGONI *et al.*, 2011). Pesquisas ressaltam que sobreviventes com câncer de mama exibem mais multimorbidade em relação a outros pacientes com neoplasias. A presença de multimorbidade causa um impacto na função, na saúde e mortalidade em sobreviventes de câncer de mama, e ainda pode influenciar na decisão do seu tratamento (MENESES *et al.*, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis são multifatoriais e apresentam, muitas vezes, os mesmos fatores de risco. No presente estudo a multimorbidade fez-se presente entre os pacientes oncológicos, representada principalmente pela hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2. A co-existência destas 3 morbidades tem um impacto potencial negativo na evolução destes pacientes, considerando as demandas terapêuticas específicas e as possibilidades de maximização de efeitos indesejáveis pela associação medicamentosa. Portanto, estes pacientes necessitam ser acompanhado de forma abrangente, com a preocupação com o manejo e monitorização adequados de todas as doenças presentes.

REFERÊNCIAS

ALBREHT, T.; DYAKOVA, M.; SCHELLEVIS, F.G.; VAN DE BROUCKE, S. Many diseases, one model of care? *Journal of Comorbidity*, v.6, p. 12-20

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto nacional do câncer. **Estimativas 2018: incidência do câncer**

no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.

BRETTSCHNEIDER, C.; LEICHT, H. BICKEL, H.; DAHLHAUS, A.; FUCHS, A.; GENSICHEN, J.; MAIER, W.; RIEDEL-HELLER, S.; SCHÄFER, I.; SCHÖN, G.; WEYERER, S.; WIESE, B.; BUSSCHE, H.V.D.; SCHERER, M.; KÖNIG, H.H. **Relative Impact of Multimorbid Chronic Conditions on Health-Related Quality of Life – Results from the MultiCare Cohort Study.** Plos One, v. 8, n. 6, 2013.

CARVALHO, J.N.; RONCALLI, A.G.; CANCELA, M.C.; SOUZA, D.L.B. **Prevalence of multimorbidity in the Brazilian adult population according to socioeconomic and demographic characteristics.** Plos One, v. 12, n. 4, p. 1-13, 2017.

EWERTZ, M.; LAND, LOTTE HOLM.; DALTON, S.O. et al. **Influence of specific comorbidities on survival after early-stage breast cancer,** Acta Oncologica, v.57. n.1, p.129-134.2018.

FU, M. R.; AXELROD, D.; GUTH, A. A. **Comorbidities and Quality of Life among Breast Cancer Survivors: A Prospective Study.** Journal of Personalized Medicine, v. 5, p. 229-242, 2015.

GU, J.; CHAO, J.; CHEN, W.; XU, H.; ZHANG, R.; HE, T.; DENG, L. **Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study.** Archives of Gerontology and Geriatrics, v. 74, p. 133-140, 2018.

MALTA, D.C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F.; BARROS, M.B.A.B.; **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v.51, p.1-10, 2017.

MARENGONI, A.; ANGLEMAN, S.; MELIS, R.; MANGIALASCHE, F.; KARP, A.; GARMEN, A.; MEINOW, B.; FRATIGLIONI, L. **Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature.** Ageing Research Reviews, v. 10, p.430-439, 2011.

MENESES, K.; BENZ, R.; AZUERO, A.; JABLONSKI-JAUDON, R.; MCNEES, P. **Multimorbidity and breast cancer.** Seminars in Oncology Nursing, v. 31, nº 2, p. 163-169, 2015.

NAVICKAS, R.; PETRIC, V.K.; FEIGL, A.B.; SEYCHELL, M. **Multimorbidity: What do we know? What should we do?** Journal of Comorbidity, v. 6, nº 1, p. 4-11, 2016.

NUNES, B.P.; FILHO, A.D.P.C.; PATI, S.; TEIXEIRA, D.S.C.; FLORES, T.R.; FIGUERA, F.A.C.; MUNHOZ, T.N.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; BATISTA, S.R.R. **Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study.** BMJ Open, v. 7, 2017.

ORDING, A. G.; HORVÁTH-PUHÓ, E.; LASH, T. L. et al., **Does comorbidity interact with prostate câncer to increase mortality? A Danish cohort study of 45 326 prostate cancer patients diagnosed during 1995–2011.** Acta Oncologica, v.55, n. 5, p.611–618.2016.

SALIVE, M.E. **Multimorbidity in older adults.** Epidemiol Revist, v. 35, p. 75-83, 2013.

SASSEVILLE, M.; CHOUINARD, M.C.; FORTIN, M. Patient-reported outcomes in multimorbidity intervention research: A scoping review. International Journal of Nursing Studies, v. 77, p. 145-153, 2018.

WILLIAMS, G.R.; MACKENZIE, A.; MAGNUSON, A.; OLIN, R.; CHAPMAN, A.; MOHILE, S.; ALLORE, H.; SOMERFIELD, M.R.; TARGIA, V.; EXTERMANN, M.; COHEN, H.J.; HURRIA, A.; HOLMES, H. Comorbidity in older adults with cancer. Journal of Geriatric Oncology, v.7, p. 249-257, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Multimorbidity. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2016.

NÍVEIS DE RESILIÊNCIA E AUTOCOMPAIXÃO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Gabriela Pires Ulysses de Carvalho

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Letícia Soares de Luna Freire

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Maria Clara Macena Gama

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Natália Maria Bezerra de Luna

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Rayllanne de Souza Emídio

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Yasmin Lira Wanderley

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

Charlene Nayana Nunes Alves Gouveia

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ
João Pessoa - PB

RESUMO: A resiliência se refere à adaptação mental e emocional do indivíduo no enfrentamento de situações, enquanto a autocompaixão é a capacidade do indivíduo ser compreensível e amável consigo mesmo. Ressalta-se a importância do estudo dos níveis de autocompaixão e resiliência durante o

tratamento do paciente oncológico. Objetivou-se investigar a relação entre autocompaixão e resiliência em pacientes oncológicos. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de campo com 30 pessoas diagnosticadas com câncer, maiores de 18 anos, pacientes de um hospital de referência de João Pessoa-PB, selecionadas por meio da técnica não probabilística por conveniência. Utilizou-se um questionário sociodemográfico, a Escala de Autocompaixão e a Escala de Resiliência. Os dados foram coletados individualmente no hospital com pacientes voluntários que estavam em tratamento, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para análise dos dados, foram utilizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Verificou-se alto nível de autocompaixão com média 4,57 (DP=0,58), considerando o máximo de 5 pontos. O nível de resiliência também foi elevado, apresentando média 5,81 (DP=0,61), considerando o máximo de 7 pontos. Observou-se uma correlação significativa, positiva e moderada ($\rho=0,60$; $p<0,01$) entre os construtos, indicando que quanto maiores os níveis de autocompaixão maiores também eram os de resiliência. Pode-se concluir que os elevados índices de resiliência e autocompaixão apontam que os pacientes oncológicos buscam estratégias de

enfrentamento positivas para defrontar as condições adversas decorrentes do câncer. Investir em ações que estimulem o desenvolvimento desses construtos podem ajudar os pacientes a lidar com a doença e melhorar a sua qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Autocompaixão. Resiliência. Pacientes oncológicos.

LEVELS OF RESILIENCE AND SELF COMPASSION IN ONCOLOGICAL PATIENTS

ABSTRACT: Resilience refers to a mental and emotional adaptation of the individual coping with situations, while self-compassion is the capacity of the individual to be understandable and kind with your own. Highlighting the importance of studying levels of self-compassion and resilience during the treatment in oncological patients. This study aimed to investigate the relation between self-compassion and resilience in oncological patients. So that, a field survey was conducted with 30 people who had been diagnosed with cancer, aged 18 years old and over, patients from an important hospital in João Pessoa-PB, selected by a nonprobabilistic technique for convenience. It was used a sociodemographic questionnaire, a SelfCompassion Scale and a Resilience Scale to measure the results. The data was collected individually in the hospital with volunteers patients who were in treatment, under the approval of the Ethic Committee in Research. To analyze data, it was used descriptive and inferential statistics. A high level of self-compassion was observed with an average of 4,57 (DP=0,58), considering the maximum of 5 points. The level of resilience was also high showing an average of 5,81 (DP=0,61), considering the maximum of 7 points. There was a significant correlation, positive and moderate ($r=0.60$; $p<0.01$) among the constructs, indicating that the higher the levels of self-compassion, the greater were the resilience. It can be said that, the high levels of resilience and self-compassion demonstrate that oncological patients search for strategies to deal with the adverse conditions of the cancer in a positive way. To invest in actions that stimulate the development of these constructs may help patients to deal with the disease and to improve their quality of life.

KEYWORDS: Self-compassion. Resilience. Oncological Patients.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do entendimento de que o sofrimento é parte da experiência humana compartilhada e que, portanto, não cabe ao indivíduo absorvê-lo como se fosse o único a passar por experiências negativas, a autocompaixão estimula o indivíduo a agir com bondade e compreensão consigo mesmo. Já a resiliência remete a um esforço do sujeito em manter suas características anteriores ao conflito assistido ou ainda retornar ao estado de equilíbrio anterior ao abalo, conseguindo extrair algum aprendizado diante do problema, desenvolvendo assim comportamentos adaptados ao que é esperado pela sociedade. Ser resiliente e compassivo auxilia o indivíduo

a enfrentar os momentos de adversidade.

As pessoas diagnosticadas com câncer encontram-se diante da dor e sofrimento implicados nessa doença. O nível elevado de autocompaixão em um paciente oncológico poderá fazê-lo enfrentar o momento de sofrimento sendo tolerante consigo mesmo. O paciente resiliente poderá atravessar o sofrimento e superar as dores de uma forma mais adaptativa, contribuindo para manutenção da saúde mental. Questiona-se neste estudo se estas variáveis exercem influência uma sobre a outra. Ou seja, elevando-se a autocompaixão o nível de resiliência seria aumentado?

Diante disso, esse trabalho teve como objetivo geral investigar a relação entre autocompaixão e resiliência em pacientes oncológicos. Especificamente objetivou-se: analisar as características sociodemográficas, avaliar os níveis de autocompaixão em pacientes oncológicos e identificar os níveis de resiliência em pacientes oncológicos. A hipótese era a de que os pacientes com maiores níveis de autocompaixão apresentariam um maior nível de resiliência.

A reflexão a respeito desses construtos e a mensuração dos mesmos promove um entendimento mais profundo sobre esses fenômenos psíquicos entre os pacientes que enfrentam o câncer. Com isso, busca-se conhecer os níveis de autocompaixão e resiliência dos pacientes oncológicos, e como estas variáveis se relacionam, para contribuir com o planejamento de estratégias de intervenção eficientes que estimulem emoções positivas.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo “resiliência” surgiu na Física e na Engenharia, conceituado como a capacidade que os materiais tinham para absorver energia na região elástica, podendo voltar a sua forma original, mesmo depois de ter ocorrido a deformação (NASH, 1982, apud BRANDÃO, 2011). Essa reconstituição dependia da capacidade de resiliência do material. É possível, então, comparar essa concepção de resiliência da Física com a da Psicologia a partir da ideia de conseguir se recuperar dos abalos sofridos.

O estudo sobre a resiliência intensificou-se no fim da década de 1970 e no começo da década de 1980, realizado pelos norte-americanos e pelos ingleses. Nesse período, as pesquisas eram recorrentes com o intuito de analisar os indivíduos, inicialmente chamados de invulneráveis, que não eram afetadas mesmo depois de expostos a severas situações, conseguindo manterem-se saudáveis (BRANDÃO, 2011).

A resiliência centrada no indivíduo surge como o resultado da interação entre o sujeito e o meio em que ele está inserido. Na concepção da Psicologia, a resiliência

tem a capacidade de fazer com que o indivíduo se recupere dos impactos sofridos e volte ao que era antes (BRANDÃO, 2011). Portanto, a resiliência é definida como a habilidade de responder de maneira elaborada diante das dificuldades, dos problemas e das adversidades com as quais o ser humano irá se deparar nos diversos contextos, empregando recursos psicológicos, contextuais e biológicos (SOUSA, 2008).

Segundo Pesce et al. (2005), a resiliência é um construto multifatorial constituído por: perseverança, sentido de vida, autossuficiência e serenidade. A perseverança é a capacidade do indivíduo permanecer constante, sem abater-se com as circunstâncias; sentido de vida, aponta a compreensão concreta do indivíduo em relação a vida possuir um sentido; autossuficiência indica o conceito o qual o indivíduo tem dele mesmo no que se refere as suas competências e incapacidades; e a serenidade se refere a postura do sujeito perante as situações da vida agindo de maneira flexível, encarando-as de maneira mais leve (PERIM et al., 2015).

É necessário enfatizar que a resiliência não nasce com o ser humano, mas desenvolve-se a partir das dificuldades com que ele se depara ao longo da vida. Este um processo dinâmico que se desenvolve na interação do indivíduo com o ambiente, apresentando fatores de proteção e fatores de risco envolvidos em cada situação. Esses aspectos irão influenciar na resposta da pessoa em relação à circunstância encontrada, podendo modificar ou melhorar o resultado (MOTA et al. 2006). Uma pessoa resiliente possui características que contribuem para uma maior capacidade de adaptação.

Ao ser diagnosticado com câncer, o indivíduo começa a passar por inúmeras modificações em sua vida, desde os costumes e hábitos do seu cotidiano à convivência com os sintomas e efeitos dos medicamentos. Diante disso, tanto o paciente oncológico como seus familiares passam por fases de aceitação e enfrentamento da doença e do seu tratamento. A resiliência entra nesse processo por estar associada ao confronto e superação de uma situação adversa (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). Os pacientes oncológicos que possuem elevado nível de resiliência evitam e bloqueiam ataques que possivelmente os influenciariam de modo negativo, podendo afetar a autoestima, o bem-estar subjetivo e qualidade de vida.

Outra variável importante nesse processo é a autocompaixão. Esta pode ser definida pela capacidade de ser compreensível e amável para consigo ao invés de ser punitivo e crítico (NEFF, 2003a). Ser autocompassivo implica em aceitar seu sofrimento como uma experiência que faz parte da condição humana, na qual o indivíduo se reconhece como um merecedor de compaixão, assim como os que estão ao seu redor. A gestão emocional é importante para que os indivíduos consigam pensar e praticar consigo mesmos exercícios de autocompaixão (MARTÍN; GARCÍA DE LA BANDA, 2006). Assim, os pacientes oncológicos que, durante o processo da

doença, têm consigo a autocompaixão, podem enfrentar esse período de sua vida com menos estresse.

Segundo Neff (2003b), a autocompaixão é um construto composto por calor e compreensão consigo próprio, autocrítica, humanidade comum, isolamento, mindfulness e sobre identificação. O calor e a compreensão consigo próprio está relacionado a compreensão e tolerância em relação aos aspectos da personalidade os quais o indivíduo não gosta em si. A autocrítica está se refere a julgamento realizado pelo sujeito devido às suas próprias falhas. A humanidade comum está ligada a visão e aceitação do indivíduo em relação aos seus erros por perceber que estes fazem parte da vida e da condição humana. No que se refere ao isolamento, há um sentimento de inadequação, de não pertencimento ao mundo por conta dos possíveis erros. Mindfulness ou atenção plena se caracteriza pela interpretação equilibrada de uma situação quando algo penoso acontece. Por fim, a sobre identificação é a postura do sujeito de focar demais no que está errado quando está triste (CASTILHO; PINTO-GOUVEIA, 2011).

A partir da autocompaixão, entende-se que todo o conteúdo é um fragmento da experiência humana, devendo ser repartida com outras pessoas. Sendo assim, não cabe absorver o eu como se fosse o único a passar por experiências negativas. Age-se com bondade e compreensão consigo, possibilitando o entendimento de que algo de ruim pode vir a acontecer com qualquer pessoa, sem ter culpa alguma, agindo de forma serena e atenta aos pensamentos e sentimentos negativos, provindo da experiência de sofrimento. Trata-se de alcançar um equilíbrio mental diante de tudo que está acontecendo, não se permitindo absorver toda a carga de sofrimento, nem de preocupações e angústias (SOUZA; HUTZ, 2019).

O doente oncológico, face à doença, enfrenta, desde o momento do diagnóstico e ao longo do percurso da patologia, um conjunto de intercorrências decorrentes do tratamento e da adaptação, sendo válido realçar que a experiência de sofrimento é subjetiva e essencialmente avaliada através do que é expresso pelo indivíduo que a vivencia. A percepção parte do indivíduo de que os seus familiares estão disponíveis para fornecer o apoio necessário em situações de crise parece ser benéfico para a saúde e bem-estar do paciente oncológico. O desenvolvimento de emoções ativas, de empatia e de compaixão auxiliam este processo, bem como a esperança, geralmente oriunda da fé do indivíduo (RODRIGUES, 2012).

Faz-se necessário ressaltar que, devido à gravidade da doença, os pacientes oncológicos necessitam de um cuidado diferenciado por parte dos profissionais de saúde. A oncologia já pressupõe que o paciente sofrerá, tanto devido ao tratamento quanto às questões emocionais relacionadas à associação do câncer com a morte. O paciente passa a refletir a sua condição finita e a proximidade deste fim. Além disso, o tipo de tratamento interfere diretamente na rotina do enfermo, retirando

dele a sua autonomia e independência. Compreender a importância do impacto dos construtos positivos, analisar a condição específica do indivíduo e intervir de modo a estimular esses construtos pode contribuir para amenizar o desgaste emocional que ele enfrenta.

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, de natureza quantitativa e de corte transversal. Os participantes foram selecionados por meio da técnica não probabilística por conveniência, em um hospital de referência para o tratamento do câncer, localizado em João Pessoa. Participaram do estudo 30 pacientes oncológicos de ambos os sexos, tendo como critérios de inclusão pacientes diagnosticados com câncer, maiores de 18 anos, que estavam em tratamento no referido hospital, e como critérios de exclusão, pessoas que estivessem com outro tipo de doença ou que se recusassem a assinar o TCLE.

Foi utilizado um questionário sociodemográfico contendo 8 perguntas estruturadas que possibilitaram apresentar o perfil da amostra. Além disso, aplicou-se a Escala de Autocompaixão (SOUZA, HUTZ, 2016) e a Escala de Resiliência (PESCE et al., 2005).

A Escala de Autocompaixão foi construída por Neff (2003b) e traduzida e adaptada para o Brasil por Souza e Hutz (2006). Esta escala é uma ferramenta de medida de auto-resposta, com 26 itens, organizados em 6 fatores os quais avaliam: autobondade, atenção plena, humanidade comum, autojulgamento, identificação excessiva e isolamento. As respostas são registradas em escala likert de 5 pontos.

A Escala de Resiliência, formulada por Wagnild e Young em 1993, foi adaptada ao contexto nacional por Pesce e outros autores em 2005. É uma ferramenta de auto relato, composto por 23 itens, organizados em 4 fatores, que avaliam a perseverança, o sentido de vida, a serenidade e a autossuficiência. As respostas são registradas em escala likert de 7 pontos.

A coleta de dados foi iniciada após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de registro CAAE 97367018.5.0000.5176, e a autorização do gestor do hospital. Os participantes eram convidados a participar da pesquisa e, após aceitarem, recebiam um Termo de Consentimento Esclarecido Livre que apresentava o conteúdo e objetivos da pesquisa, possíveis riscos e benefícios, além de orientações gerais sobre sua participação. Assim, pacientes que contribuíram com o estudo o fizeram de forma voluntária. A aplicação dos instrumentos ocorreu individualmente, em local reservado, respeitando o momento mais conveniente para o participante. Após responder o questionário sociodemográfico, os mesmos eram orientados pelos pesquisadores a responder as escalas. A aplicação com cada

participante teve duração média de aproximadamente de 20 minutos. Todas as recomendações éticas referentes à pesquisa com seres humanos foram obedecidas, conforme a Resolução 466/12.

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, tais como frequência, percentual, medidas de tendência central e dispersão, como também da estatística inferencial, com o uso do teste de correlação não paramétrico ρ de Spearman. Os resultados foram processados por meio do pacote estatístico SPSS, em sua versão 21.

4 | RESULTADOS

A fim de contemplar os objetivos deste estudo, inicialmente foram realizadas as análises referentes ao perfil sociodemográfico da amostra. Observou-se que a maior incidência de participantes era do sexo feminino (70%), havendo predomínio de pessoas com 3 filhos (23,3%). Os que afirmaram ter mais de 3 filhos representam a menor frequência da amostra (16,7%). Em relação ao estado civil, que a maioria era casada (56,7%) e a minoria, divorciada (3,3%). Quanto à escolaridade, foi perceptível que a maior parte dos participantes tinha o ensino fundamental incompleto (60%) e apenas uma pequena parcela possuía o ensino superior completo (6,7%). No tocante à renda mensal, a grande maioria afirmou dispor de uma quantia de até um salário mínimo (70%), enquanto uma pequena parte possuía de 2 a 3 salários mínimos (6,7%).

Posteriormente, foi realizada a análise dos dados referentes aos fatores de autocompaixão e resiliência encontrados nos pacientes oncológicos. Constatou-se que o índice geral de autocompaixão foi alto ($M=4,57$; $DP=0,58$), tendo em vista que o valor máximo para pontuação da escala é 5. Os indivíduos também apresentaram altos índices de auto bondade ($M=4,06$; $DP=0,95$), atenção plena ($M=4,23$; $DP=0,83$) e uma alta humanidade comum ($M=4,27$; $DP=0,76$), considerando que quanto maior a média em tais fatores, maior era o nível de autocompaixão. Já com relação ao autojulgamento ($M=3,19$; $DP=0,77$), a identificação excessiva ($M=2,60$; $DP=1,18$) e o isolamento ($M=2,41$; $DP=1,20$) quanto menor a média, maior era a autocompaixão. Sendo assim, os pacientes também apresentaram pontuações que indicam elevada autocompaixão nesses fatores.

Analisando o índice geral de resiliência ($M=5,81$; $DP=0,61$), verificou-se que este foi elevado, visto que a pontuação máxima da escala é 7 pontos. Os fatores da resiliência também apresentaram índices elevados, tendo em vista que quanto maiores a média maior a resiliência. Verificou-se que os pacientes apresentaram um alto nível de perseverança ($M=6,13$; $DP=0,66$), de sentido de vida ($M=6,37$;

DP=0,59), de serenidade (M=5,55; DP=0,99) e de autossuficiência (M=5,19; DP=1,05). Sendo o maior índice verificado no fator sentido de vida e o menor na autossuficiência.

Por último, foi realizada uma análise de correlação entre as variáveis autocompaixão e resiliência encontrados nos pacientes oncológicos. Contatou-se que a correlação entre os níveis totais de autocompaixão e resiliência foi muito significativa, positiva e moderada. ($r=0,6$; $p<0,01$).

| | Resiliência Total | Perseverança | Sentido de vida | Serenidade | Autossuficiência |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|
| Autocompaixão total | 0,605** | 0,774** | 0,453* | 0,417* | 0,305 |
| Autobondade | 0,618** | 0,610** | 0,477** | 0,385* | 0,354 |
| Autojulgamento | 0,106 | -0,107 | 0,123 | -0,190 | 0,281 |
| Atenção Plena | 0,588** | 0,568** | 0,450* | 0,402* | 0,365* |
| IdentificaçãoExcessiva | -0,283 | -0,486** | -0,264 | -0,142 | -0,115 |
| HumanidadeComum | 0,399* | 0,418* | 0,178 | 0,362* | 0,195 |
| Isolamento | -0,321 | -0,648** | -0,249 | -0,058 | -0,171 |

TABELA 3 - Correlação ρ de Spearman entre autocompaixão, resiliência e seus componentes.

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A autocompaixão apresentou correlação significativa com os seguintes fatores da resiliência: perseverança ($\rho=0,774$; $p<0,01$), sentido de vida ($\rho=0,453$; $p<0,05$) e serenidade ($\rho=0,417$; $p<0,05$). Além disso, o nível de resiliência total apresentou correlação significativa com os fatores da autocompaixão como: auto bondade ($\rho=0,618$; $p<0,01$), atenção plena ($\rho=0,588$; $p<0,01$) e humanidade comum ($\rho=0,399$; $p<0,05$). É válido salientar que a resiliência não apresentou correlação significativa ($p>0,05$) com os fatores considerados negativos de autocompaixão: autojulgamento ($\rho=0,015$), identificação excessiva ($\rho=-0,283$) e isolamento ($\rho=-0,321$).

5 | DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados, pode-se perceber elevados níveis de resiliência dos pacientes investigados. Esta é entendida como um processo dinâmico que pode surgir durante uma adversidade com o objetivo de superar ou minimizar os danos causados, sendo um fator positivo. De acordo com Amaro (2013), a flexibilidade em meio a situação adversa, a preocupação em aprender com o sofrimento e a perseverança são as atitudes adotadas pelo indivíduo que está resiliente.

Ser diagnosticado com câncer já é motivo de muita angústia, tristeza e ansiedade. Além disso, a mudança na rotina, as idas ao hospital, a internação e

possíveis sessões de tratamento acarretam desconforto para o sujeito. Sendo assim, a conduta em relação a tais ocorrências dirá se o mesmo está ou não resiliente.

A postura de resiliência é explicada por alguns mecanismos de proteção, sendo eles: o otimismo, auto-estima, a espiritualidade, sendo o mais importante deles o apoio social (AMARO, 2013). Assim, conclui-se que a resiliência depende não apenas das características do sujeito, mas também de como os que estão por perto o acolhem.

Em relação a esses mecanismos, Naressi et al. (2013, p.71) afirmam que “o otimismo e o senso de propósito são apontados na literatura como vitais para a resiliência.” Tais construtos, aliados a confiança despertariam uma melhoria na auto-estima cooperando para o autocontrole e a esperança, segundo a autora.

Há crenças que facilitam a atitude de resiliência como a possibilidade de cura, existência de tratamento, contribuindo assim para a adoção dos mecanismos de proteção. Em contrapartida, a falta de informação acerca da doença e a presença da errônea ideia de que o câncer é incurável vem a se tornar um fator de risco para o portador da doença, caso ele desconheça os fatos (NARESSI et al., 2013).

Através de um estudo realizado por Tomaz, Junior e Carvalho (2015) acerca de como pacientes que se submetem ao processo quimioterápico enfrentam a situação, nota-se que a prática religiosa é a mais utilizada pelos pacientes. Apegando-se a fé em Deus e em crenças, os sujeitos se utilizam da espiritualidade.

Ademais, além do alto nível de resiliência, através da análise dos dados obtidos, também se observou que o índice geral de autocompaixão foi elevado. Ao comparar a média de autocompaixão obtida pelos pacientes com câncer com a de estudantes universitários, em um estudo feito por Santos (2015) utilizando o mesmo instrumento, observou-se os pacientes tiveram maior média que os universitários. Enquanto a média geral dos portadores da doença oncológica foi de 4,57 com desvio padrão de 0,58, os estudantes universitários obtiveram uma média de 2,98 com desvio padrão 0,59. Assim, conclui-se que os portadores da enfermidade do estudo em questão se mostraram mais autocompassivos do que os alunos de graduação estudados.

Considerando a autocompaixão como a capacidade do ser humano de ser empático, gentil e cuidadoso com ele mesmo, em especial ao se deparar com situações difíceis, faz-se necessário que o indivíduo seja autocompassivo para que ele consiga superar os obstáculos de maneira menos dolorosa. Possivelmente, ao deparar-se com a doença os pacientes desenvolveram a sua capacidade de ser autocompassivos como estratégia de proteção.

De acordo com a literatura, o ser humano que é autocompassivo entende o sofrimento como uma condição da vida humana e enfrenta a situação difícil como uma motivação interna para aliviar ou eliminar tal sentimento (CASTILHO;

PINTO-GOUVEIA, 2011). Não é o mesmo que sentir pena de si ou se vitimizar. Ser autocompassivo é ser respeitoso com os próprios sentimentos, aceitando-os sem julgar a si mesmo por tê-los.

Além disso, a autocompaixão também pode ser compreendida como uma estratégia útil para regular o emocional, na qual os sentimentos dolorosos e angustiantes não serão esquivados, mas sim conscientemente trabalhados com tolerância e gentileza (NEFF, 2003a).

Conforme o exposto, percebe-se a afinidade conceitual entre a autocompaixão e a resiliência, pois os dois auxiliam o indivíduo no enfrentamento dessas adversidades, como identificado nos pacientes oncológicos. Os dados desta pesquisa confirmam esta relação ao apresentar uma correlação positiva, moderada e significativa entre os níveis totais de autocompaixão e resiliência, bem como na maior parte do cruzamento entre seus fatores. Este resultado comprova a hipótese de que os pacientes com maior resiliência apresentam maior nível de autocompaixão. Sendo evidenciado na teoria de Neff (2003a), ao relatar que a alta pontuação na escala de autocompaixão exibirá nos indivíduos mais resiliência ao passar pelas dificuldades do dia a dia e menos reações negativas ao enfrentar os momentos dolorosos.

6 | CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se observar que os pacientes oncológicos com um alto nível de resiliência também possuíam alto nível de autocompaixão. Tais índices elevados apontam que os pacientes oncológicos buscam estratégias de enfrentamento positivas para defrontar as condições adversas decorrentes do câncer.

Este estudo contribui para a disseminação desses conhecimentos para psicólogos, psiquiatras e profissionais da área da saúde em geral. O manejo adequado das questões emocionais dos enfermos por parte dos profissionais de saúde contribui para um atendimento empático e humanizado.

Considerando as limitações encontradas, tais como o tamanho reduzido da amostra, devido ao difícil acesso aos participantes, bem como em vista do número reduzido de investigações com essa população sobre a autocompaixão e a resiliência, sugere-se a realização de novos estudos com amostras maiores e variadas, medindo também outras variáveis e outras particularidades da população em questão.

A ampliação do conhecimento sobre a influência dos construtos positivos sobre o doente possibilitará investir em ações que estimulam o desenvolvimento desses construtos, ajudando os pacientes a lidarem com a doença e melhorar a

sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMARO, L. S. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. **Logos & Existência Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v.2, n.2, p. 147-191, 2013.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v. 21, n.49, p. 263-271, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**, de 12 de dezembro de 2012.

CASTILHO, P.; PINTO-GOUVEIA, J. (2011). Validação da versão portuguesa da escala da auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. **Psychologica**, v.1, n.54, p. 203-230, 2011.

MARTÍN-ASUERO, A.; LABANDA, G. G. **Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. International Journal of Clinical and Health Psychology**, vol. 7, n. 2, p. 369-384, 2007.

MOTA, D. C. G. A., BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T., GOMES, M. L.; ARAÚJO, S. M. Estresse e resiliência em doença de chagas. **Aletheia**, v.1, n. 24, 2006.

NARESSI, D. A. *et al.* Crenças e resiliência em pacientes sobreviventes de leucemia. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v.7, n.1, p. 65-75, 2013.

NEFF, KRISTIN. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. **Psychology Press**, v. 2, p. 85-101, 2003.

NEFF, K. D. **The development and validation of a scale to measure self-compassion.** Self and identity, v. 2, n. 3, p. 223-250, 2003b.

PERIM, P. C. *et al.* Análise fatorial confirmatória da versão Brasileira da Escala de Resiliência (ER - Brasil). **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Portugal, v.8, n.2, p. 373-384, 2015.

PESCE, R. P. *et al.* **Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência.** Cad. Saúde Pública, v.2, n. 21, p.436-448, 2005.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI, M. M. **Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares.** Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro. p. 619-627, 2012.

SANTOS, D. N. R. **Paradigmas, preocupações ambientais e suas interações com o traço de auto-compaixão.** Orientador: Luiz Carlos Serramo Lopez. Monografia (Ciências biológicas) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, p.100, 2015.

SOUSA, C. S. Competência educativa: o papel da educação para a resiliência. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 31, p. 09-24, 2008.

SOUZA, L. K. ; HUTZ, C. S. A autocompaixão em mulheres e relações com autoestima, autoeficácia e aspectos sociodemográficos. **Psico**, Federal University of Rio Grande do Sul, v. 47, n. 2, p. 89-98, 2016.

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Adaptação da escala de autocompaixão para uso no Brasil: evidências de validade de construto. **Temas psicol.** vol.24, n.1,p.172, 2016.

TOMAZ, L. A.; JUNIOR, E. F. V.; CARVALHO, P. M. G. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Interdisciplinar**, [S. l.], v. 8,n.2, p.7, 2015.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Antígeno de Lewis 79

Assistência de Enfermagem 31, 33, 34, 37, 115, 116, 117, 121, 122, 123

Atenção Básica 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

Autocompaixão 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162

C

CA 19-9 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88

Câncer 1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 107, 109, 110, 112, 113, 115, 116, 119, 120, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162

Câncer Colorretal 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 134, 136, 138, 139, 140, 141, 143

Câncer de mama 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 78, 129, 134, 145, 146, 147, 148, 149, 161

Câncer de próstata 145, 147, 148

Câncer do Colo do Útero 1, 2, 11, 12, 13, 32, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131

Consumo Alimentar 21, 22, 24, 28

Criança 20, 38, 39, 41, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 92, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 135, 136

Cuidados Paliativos 14, 15, 16, 18, 19, 20, 77, 119

D

Diagnóstico 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 22, 23, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 47, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 81, 82, 84, 86, 90, 94, 95, 96, 119, 138, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 155

Dieta 21, 22, 23, 24, 26, 27, 97, 133, 134, 136, 138

F

Fatores de Risco 23, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 40, 62, 64, 66, 67, 68, 71, 80, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 133, 138, 149, 154

H

HPV 4, 6, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Humanização 115, 116, 117, 120, 121, 122, 123

I

Imunomodulador 132

L

Leucemia 103, 104, 105, 106, 107, 135, 136, 161

M

Mamografia 22, 23, 35, 36

Metástase hepática 138, 139, 140, 141, 143, 144

Multimorbidade 145, 146, 147, 148, 149

N

Neoplasia colorretal 79, 82, 83, 84, 138, 140

Neoplasias 17, 32, 36, 41, 43, 51, 52, 53, 58, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 81, 83, 132, 138, 143, 149

O

Obesidade 35, 80, 83, 90, 91, 92, 93, 94, 101, 138

Oncologia 8, 15, 16, 24, 28, 45, 47, 48, 49, 54, 59, 60, 61, 77, 86, 100, 119, 120, 123, 146, 155

P

Pacientes oncológicos 14, 15, 16, 18, 20, 77, 133, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160

Prevenção Secundária 1, 2

Programa de Rastreamento 2

R

Resiliência 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162

Ressecção de tumor 138

Risco 6, 9, 10, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 40, 41, 47, 62, 64, 66, 67, 68, 69, 71, 80, 83, 94, 96, 98, 99, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 126, 133, 138, 140, 146, 148, 149, 154, 159

S

Saúde da Criança 116, 119, 121

Sobrepeso 35, 90, 91, 92, 134

T

Terapia Nutricional 132, 133, 134, 135, 136

Tratamento 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 47, 48, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 64, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 86, 90, 91, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 104, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 151, 154, 155, 156, 159, 161, 162

U

Universitário 14, 21, 30, 115, 120, 138, 151, 159

V

Vacina 125, 126, 127, 129, 130, 131

Ventilação Mecânica não Invasiva 14, 15, 16, 20

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-840-3



9 788572 478403