

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM BIOÉTICA**

**BABIELI CORSINI BACCOLI**

**ATENDIMENTO ESTÉTICO COMO ESTRATÉGIA DA  
BIOÉTICA DA INTERVENÇÃO NA AUTOESTIMA DE  
PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER**

**POUSO ALEGRE - MG**

**2018**

**BABIELI CORSINI BACCOLI**

**ATENDIMENTO ESTÉTICO COMO ESTRATÉGIA DA  
BIOÉTICA DA INTERVENÇÃO NA AUTOESTIMA DE  
PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER**

Dissertação apresentada para o Programa  
de Pós-graduação em Bioética da  
Universidade do Vale do Sapucaí, para  
obtenção do título de Mestre em  
Bioética.

Área de Concentração: Bioética, os Ciclos da Vida e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

Coorientadora: Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen

**POUSO ALEGRE - MG**

**2018**

Baccoli, Babieli Corsini.

Atendimento estético como estratégia da bioética da intervenção na autoestima de pacientes portadores de câncer / Babieli Corsini Baccoli.

-- Pouso Alegre, 2018.

50f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Univás, 2018.

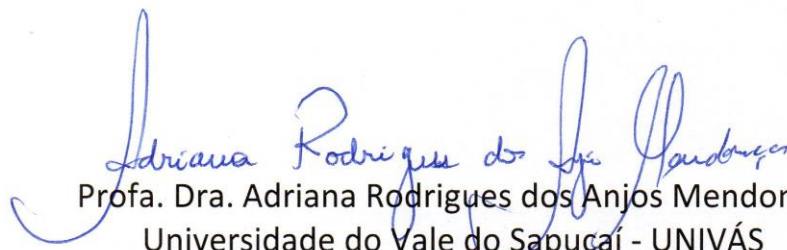
Orientadora: Profa. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

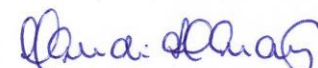
Coorientadora: Profa. Dra Dênia Amélia Novato Castelli Von Atzingen

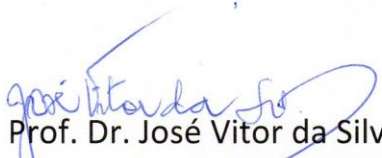
1. Bioética. 2. Autoestima. 3. Estética. 4. Câncer. I. Título

## CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

Certificamos que a dissertação intitulada **“PRÁTICA ESTÉTICA E A AUTOESTIMA DE PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO”** foi defendida, em 22 de março de 2018, por Babieli Corsini Baccoli, aluna regularmente matriculada no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98011546, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:

  
Profa. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Orientadora

  
Profa. Dra. Cláudia Lysia de Oliveira Araújo  
Centro Universitário Teresa D'Ávila- UNIFATEA  
Examinadora

  
Prof. Dr. José Vitor da Silva  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES**

Av. Pref. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210– Fones: (35) 3422-9231 e 3449-9248

Ao meu esposo Leandro dos Santos Prota que, de forma especial e carinhosa, deu-me forças e coragem durante a caminhada, mesmo não estando presente em todos os momentos.

Também aos meus irmãos Carlos Alberto Baccoli e Daiane Cristine Baccoli da Silva, minhas sobrinhas Letícia Dias Ferreira Baccoli e Gabriella Baccoli Saint Clair que, embora não tivessem conhecimento disso, iluminaram, deram-me força e coragem especial aos meus pensamentos, levando-me a buscar mais conhecimentos.

E, de forma grata e afetuosa, aos meus pais, Antônio Carlos Baccoli e Carmem Corsini Baccoli, a quem reverencio todos os dias por minha existência, sempre me apoiando nos momentos de dificuldades e desânimos.

As minhas amigas Andressa Gonçalves Cavalcante Campos e Marília Xavier Junqueira, que esteve tão próxima, me fazendo vislumbrar a conquista vindoura.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão junto de mim, fazendo a vida valer cada vez mais a pena.

**DEDICO**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado força e saúde para superar minhas dificuldades.

Agradeço à minha orientadora PROF<sup>a</sup>. DRA. ADRIANA RODRIGUES DOS ANJOS MENDONÇA, Professora do Mestrado Acadêmico em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, a atenção e apoio durante o processo de definição e orientação deste trabalho, pois foi quem nesses dois anos de convivência muito me ensinou, contribuindo de todas as formas para o meu conhecimento científico e intelectual.

À Coorientadora PROF<sup>a</sup>. DRA. DÊNIA AMÉLIA NOVATO CASTELLI VON ATZINGEN, Professora do Mestrado Acadêmico em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, que mesmo de forma indireta contribuiu com o meu trabalho.

Ao Coordenador PROF. DR. JOSÉ VITOR DA SILVA e ao Coordenador Adjunto PROF. DR. MARCOS MESQUITA FILHO, o carinho e empenho com o curso de Mestrado em Bioética.

À Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, a oportunidade de realização do Curso de Mestrado.

À Associação do Voluntariado de Varginha “Vida Viva”, por colocar à disposição seu espaço para a aplicação da pesquisa.

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.”*

***Marcel Proust***

## RESUMO

O câncer constitui um problema de saúde pública no Brasil, bem como mundialmente, agravado nos últimos anos devido ao envelhecimento populacional, principalmente em países em desenvolvimento. Essa é uma doença diferenciada de outras enfermidades crônicas em virtude de sua patologia que pode provocar deformidades, dor e mutilações, provocando, também, grande impacto psicológico, gerando a sentimentos negativos desde o momento do diagnóstico. A autoestima corresponde à valorização intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar se os procedimentos estéticos podem contribuir para a manutenção e/ ou elevação da autoestima de pacientes em tratamento oncológico. Participaram dessa pesquisa 32 mulheres em tratamentos de quimioterapia e radioterapia. O presente estudo foi de abordagem quantitativa, descritiva, longitudinal, com amostragem aleatória simples e foi desenvolvido na Associação do Voluntariado de Varginha “Vida Viva”. Os resultados obtidos mostraram que os pacientes apresentaram autoestima inicial de 21,84 e final de 21,47. Não foram encontradas diferenças entre a autoestima antes e após a aplicação dos procedimentos estéticos. Conclui-se que as práticas estéticas contribuíram para a manutenção da autoestima dos pacientes.

**Palavras-chave:** Bioética, Autoestima, Estética, Câncer.

## ABSTRACT

Cancer is a public health problem in Brazil, as well as worldwide, getting worsened in recent years due to the population aging, especially in developing countries. Cancer is distinguished of other chronic diseases as its pathology can cause deformities, pain and mutilations, tauting, in addition, great psychological impact, generating to negative feelings from the moment of diagnosis. Self-esteem corresponds to the intrinsic appreciation that individuals make of themselves in different situations and events of life from a certain set of values chosen by them as positive or negative. Thus, the objective of this study was to evaluate if the aesthetic procedures can contribute to the maintenance and/ or elevation of the self-esteem of patients undergoing oncological treatment. Thirty-two women who were undergoing chemotherapy and radiotherapy treatments took part in that study. The present study was a quantitative, descriptive, longitudinal, approach with simple random sampling and it was developed at the Volunteer Association "Vida Viva", in Varginha. The observed results have shown that patients presented initial self-esteem of 21.84 and final self-esteem of 21.47. No differences were obtained between self-esteem before and after the application of aesthetic procedures. It has been concluded that the aesthetic practices contributed to the maintenance of patients' self-esteem.

**Keywords:** Bioethics, Self-concept, Aesthetics, Cancer.

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 01:</b> Fluxograma.....	34
-----------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b> Demonstrativos sociodemográficos dos participantes .....	28
<b>Tabela 02:</b> Média, Mediana e desvio padrão em relação às variáveis de idade e número de filhos .....	29
<b>Tabela 03:</b> Média, mediana e desvio de padrão em relação às variáveis Total inicial e Total final .....	29
<b>Tabela 04:</b> Resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg antes do procedimento Estético e após o procedimento estético.....	30

## **LISTA DE SIGLAS**

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**EPM** – Escala Autoestima de Rosenberg

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Referenciais Teóricos</b>	<b>16</b>
<b>1.1.1 Beleza</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Estética</b>	<b>17</b>
<b>1.2.1 O papel da estética na melhora da autoestima</b>	<b>18</b>
<b>1.2.2 Profissionais da estética e a autoestima de pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico</b>	<b>18</b>
<b>1.2.3 Câncer</b>	<b>21</b>
<b>1.2.3.1 Aspectos Psicológicos</b>	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>23</b>
<b>3 MÉTODOS</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Delineamento do estudo</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Local do estudo</b>	<b>24</b>
<b>3.3 Participantes da Pesquisa</b>	<b>24</b>
<b>3.4 Critérios de Elegibilidade</b>	<b>25</b>
<b>3.4.1 Critério de Inclusão</b>	<b>25</b>
<b>3.4.2 Critérios de Não Inclusão</b>	<b>25</b>
<b>3.4.3 Critérios de Exclusão</b>	<b>25</b>
<b>3.5 Instrumentos de Pesquisa</b>	<b>25</b>
<b>3.5.1 Instrumento de Dados Sociodemográficos</b>	<b>25</b>
<b>3.5.2 Escala de Autoestima de Rosenberg - EPM</b>	<b>26</b>
<b>3.6 Procedimentos para Coleta de Dados</b>	<b>26</b>
<b>3.7 Análise dos dados</b>	<b>27</b>
<b>3.8 Procedimentos Éticos</b>	<b>27</b>
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>28</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>35</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE B - Questionário Sócio Demográfico</b>	<b>45</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO A – Escala de Auto Estima de Rosenberg.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº 2.015.400.....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A beleza é algo que chama a atenção do homem desde o início dos tempos, seja na literatura, na pintura, na arte ou no próprio homem. A beleza humana sempre foi cultuada, conforme as imposições de sua época (VIGARELLO, 2006).

Calheiros (2013) afirma que a beleza externa é apenas um cartão de visita, que muitas vezes a pessoa se apresenta muito bem, mas mostra totalmente o oposto do que apresenta ser por meio de seus gestos. É comum a existência de pessoas que se importam apenas com o exterior e se esquecem de se tornarem pessoas melhores, de aprimorar os seus princípios, sua educação.

A estética corresponde ao estudo da beleza e do belo; seria tudo o que tem propriedade de beleza, sendo muitas vezes percebida durante a análise da aparência física, pois o belo se define como algo “que tem forma ou aparência agradável, perfeita, harmoniosa, que desperta sentimentos de admiração, de grandeza, de nobreza, de prazer, de perfeição” (VILAS BOAS, 2015).

Segundo Medeiros (1999), o belo representa a expressão visual agradável ao incognoscível, ou seja, aquilo que é considerado agradável mesmo sem que se saiba a razão para isso.

A busca por um ideal de beleza sempre foi uma característica marcante da natureza humana e uma preocupação da sociedade. Com recursos acessíveis não apenas às elites, mas também às classes mais baixas, a beleza deixou de ser uma questão de destino ou hereditariedade para se tornar uma escolha ou um luxo ao alcance de todos. Ser belo não é questão genética, mas de esforço para corrigir a natureza. Vencer as marcas e a marcha do envelhecimento e construir o próprio corpo são manifestações de um tempo em que o homem renega fatalidade e busca o domínio sobre sua aparência, o que pode aumentar sua autoestima (CASOTTI *et al.*, 2008).

Atualmente, a busca por um padrão de beleza é uma corrida contra o tempo, a cada minuto há uma informação nova, um novo produto, um novo tratamento estético, uma nova tendência, um novo estilo (BORBA; THIVES, 2011).

Já é sabido que a vaidade é uma marcante característica do povo brasileiro, e o campo da estética é bastante amplo, por este motivo justificam-se os procedimentos e tratamentos de embelezamento que mais influenciam na automotivação e autoestima dos seres humanos (CURY, 2005).

A autoestima é algo tão importante quanto a beleza estética. Saber se conhecer é se olhar no espelho e observar detalhes que antes eram passados despercebidos. É poder parar para pensar sobre você mesmo e descobrir o quanto você é importante para todos à sua volta (AMORIM, 2013).

A busca por uma boa aparência para se sentir mais bonita é fundamental para manter a autoestima e ter uma boa qualidade de vida, quando um padrão de beleza é imposto pela sociedade (BORBA; THIVES, 2011).

Enfrentar o câncer já exige força interior muito grande, mas, além da doença, grande parte dos pacientes sofre com os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia que modificam a aparência, como a queda dos cabelos e pelos do corpo, ressecamento da pele e perda ou ganho de peso. Especialistas reconhecem que manter a autoestima é fundamental para aumentar a tolerância ao tratamento, com influência até mesmo no resultado terapêutico (DAHER, 2013).

É perceptível no decorrer dos últimos anos, e comprovado com dados científicos de pesquisas, que cada vez mais as pessoas buscam na estética resultados que elevem a autoestima e bem-estar (BORBA; THIVES, 2011).

No mundo atual, cuidar do corpo deixou de ser considerada atividade supérflua e virou uma questão de saúde que gera emprego, renda e divisas ao Brasil, além de elevar a autoestima (ABIHPEC, 2010/2011).

Os avanços tecnológicos da medicina, principalmente na área oncológica, contribuem de maneira inegável para o aumento da sobrevida, mas acabam por desenvolver uma abordagem focada muito mais na cura do que nos cuidados e no bem-estar geral dos pacientes (PIETRUK *et al.*, 2009).

A descoberta da neoplasia pode abalar intensamente a identidade do ser humano. A mulher acometida por essa doença se depara com a necessidade de aceitação e convivência com um corpo marcado por uma nova imagem, podendo manifestar, assim, uma insatisfação compreensível (RAMOS; LUSTOSA, 2009).

Os profissionais da estética podem orientar a reconstrução e valorização da autoimagem e confiança, possibilitando que o paciente se concentre primeiramente na recuperação da sua doença e na retomada de sua saúde, e também obtenha informações sobre cuidados da estética, opções que se dispõem a cuidar da pele que sofre alterações como queimadura e ressecamento e das unhas que ficam enfraquecidas durante a quimioterapia. Esses pequenos cuidados podem ajudar as pessoas que estão em tratamento contra o câncer a sentirem-se melhor (PIETRUK *et al.*, 2009).

Em relação aos cuidados paliativos para pacientes oncológicos, são de extrema necessidade algumas estratégias que possam beneficiar os recursos oferecidos com vistas à dignidade da vida e possibilitar a melhora da autoestima do indivíduo (UNIC, 2009).

Dessa forma, pretende-se reforçar o uso consciente dessa prática, permitindo a melhor preparação na aplicabilidade da terapia, e estimular mudança de hábitos de forma adequada e saudável aos pacientes.

Atualmente é comum mulheres de diversas idades enfrentando o câncer. Tendo em vista que o tratamento deixa marcas visíveis na aparência e na individualidade das pacientes, as práticas estéticas podem ajudá-las a encontrar sua beleza independente da sua condição momentânea, ajudando-a manter a autoestima e elevando sua vontade de vencer o câncer (PIETRUK *et al.*, 2009).

Assim, a valorização dos elementos estéticos passou a ser relevante e afetou o comportamento dos indivíduos em relação à sua beleza. Quanto mais os recursos de estética se sofisticam e se popularizam, mais parece alterar a relação de cada pessoa com seus imperativos (BORBA; THIVES, 2011).

Segundo Le Breton (2007), estética não abrange somente a perspectiva física, mas alcança a parte subjetiva e imaginária. Dessa forma, ao mudar algo em seu corpo, o sujeito muda não só sua forma de se apresentar aos outros, mas também o olhar sobre si mesmo, delimitando sua história de vida à imagem corporal.

A estética exerce uma forte influência nessa causa, ajudando a atingir, manter ou melhorar a boa aparência de uma pessoa, contribui para o encontro do equilíbrio da autoestima. A vaidade está por trás da definição de padrões estéticos e de como a beleza corporal é culturalmente construída (AVELAR; VEIGA, 2011).

A beleza que se destaca na estética do cotidiano não é o padrão do inalcançável, da perfeição, mas sim do que é verdadeiramente humano e individual: a essência (FLORIANI *et al.*, 2010).

Para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa ideia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento. O medo de morrer é universal e atinge a todos os seres humanos. Uma das conclusões mais comuns da literatura atual é que estudos subsequentes são necessários para investigar detalhadamente os fatores psicossociais envolvidos na fase terminal de pacientes oncológicos, com o objetivo de promover postura adequada, de contribuir para humanizar o ambiente, oferecer suporte à família do paciente terminal e, sobretudo,

garantir os direitos do paciente para exercer uma liberdade saudável e terminar seus dias com morte digna. Porém, não se pode perder de vista que a morte faz parte da vida enquanto possibilidade; e quando se faz presente, encerra planos e se constitui como a única certeza da vida: somos seres mortais (BORGES *et al.*, 2006).

Para os pacientes o adoecimento com câncer passa a ser um evento estressante em sua vida, já que pode incluir um tratamento doloroso e longas internações. Desta forma, é importante considerar que o paciente oncológico precisa desenvolver mecanismos para enfrentar esse momento (DIAS; AQUINO, 2013).

O câncer é uma enfermidade que geralmente desencadeia sofrimento físico e emocional no indivíduo adoecido, provocando, inclusive, a diminuição de sua autoestima frente às mudanças que ocorrem durante o processo da doença (MATOS *et al.*, 2016), pois o diagnóstico do câncer e seus tratamentos afetam negativamente a imagem que os pacientes têm de seu próprio corpo, ocasionando transtornos afetivos e alterações na autoestima.

Cabe mencionar que a pessoa com autoestima alta se sente confiante e valorizada, tendo, em relação a si própria, afeto positivo e crença na própria competência, sentindo-se com capacidade para lidar com os desafios que lhes são impostos, adaptando-se, assim, às diferentes situações e podendo enxergar a vida de outra maneira e encarar a doença e o tratamento de forma diferente da dos pacientes que apresentam autoestima baixa (GOMES; SILVA, 2013).

Quando a autoestima é ameaçada por algum evento negativo, como o caso de uma doença crônica como o câncer, o indivíduo pode desenvolver aumento nos níveis de ansiedade, passando a procurar alternativas para resolver a situação.

E nessa busca pode encontrar a estética como alternativa que se mostra fútil para muitos, mas é apontada por psicólogos e médicos como primordialidade durante o tratamento. Com ações relativamente simples, muitos dos impactos das medicações e terapias utilizadas podem ser amenizados, reforçando a autoestima e trazendo claros benefícios à recuperação dos pacientes (INCA, 2017).

Assim, a estética pode contribuir com a autoestima, minimizando o sofrimento ou auxiliando a pessoa no enfrentamento da situação que está vivenciando, pois é um período difícil em que a paciente necessita de um apoio emocional e de aprendizagem sobre medidas de enfrentamento da doença e tratamento, bem como de autocuidado e reconstrução de seu cotidiano da melhor forma possível (BARBOSA *et al.*, 2004).

O profissional de estética pode apontar alternativas satisfatórias, usando seus conhecimentos e sua sensibilidade para dar o atendimento necessário a cada paciente, indicando-lhe cuidados básicos que contribuam efetivamente com o tratamento e sua recuperação.

São inúmeras as técnicas utilizadas nos dias de hoje para tratamento estético, e elas não se restringem à beleza, dando especial ênfase à saúde (GODOY *et al*, 2016).

Como já aventado, vale reiterar que os profissionais da estética devem estar preparados para proceder à orientação acerca da manutenção ou reconstrução da autoimagem e confiança da paciente, priorizando os cuidados relativos à recuperação da sua saúde. Some-se a essa orientação o incentivo à maquiagem, ensinando truques de como maquiar-se e, ainda, fazendo indicação de roupas que beneficiem sua aparência e acessórios como lenços de cabeça ou escolha de perucas. Esses pequenos cuidados podem ajudar os que estão em tratamento contra o câncer a se sentirem melhor (PIETRUK *et al.*, 2009).

## **1.1. Referenciais Teóricos**

### **1.1.1. Beleza**

Falar de beleza é a um só tempo tratar de algo muito real, despertando sentimentos acentuados e inspirando ações que irão da contemplação reverencial e silenciosa a ousadias de ordem conceitual e material para desfrutá-la ou produzi-la (TEIXEIRA, 2001).

Contudo, a valorização da beleza tem história e esta se revela por meio de diferenças visíveis naquilo que chamamos padrões de beleza (OLIVEIRA, 2002).

A medicina da beleza, antes marginalizada, foi reconhecida e regulamentada a partir da década de 50 do século passado. No Brasil, a valorização da beleza transforma o corpo em espécie de ornamento. O corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis, sem excessos é o único que deve ser exibido. Isto tem motivado não só pacientes, mas também alguns médicos, a pensar no corpo como uma obra inacabada que deve sempre ser melhorada (GOLDENBERG, 2005).

Portanto, o que é visto como belo causa satisfação, prazer e agrado ao observador e, dessa forma, o corpo se torna um objeto trabalhado e construído de acordo com as regras que fazem dele o passaporte para a felicidade.

Como afirmam Freitas e Schramm (2013), “o que é belo para um povo pode não receber a mesma qualificação em outra sociedade”.

Sublinhado nesse processo, o corpo é caracterizado como uma fascinação, tornando-se alvo do mercado da estética, em que transformar a aparência chega a ser um elemento crucial, compreendendo uma forma de expressão, simbolismo e sentimento, em que mulheres e homens são atraídos por um ideal de beleza (SANTOS *et al.*, 2014).

## 1.2. Estética

Estética é uma palavra com origem no termo grego *aisthetiké*, que significa “aquele que nota, que percebe”. Estética é conhecida como a filosofia da arte ou estudo do que é belo nas manifestações artísticas e naturais (SANTANA, 2015).

Intimamente ligados ao conceito de beleza, existem vários centros ou clínicas de estética, onde pessoas podem fazer vários tratamentos com o objetivo de melhorar a sua aparência física (MELO, 2016).

A beleza, na cultura humana, sempre esteve associada à ideia de recompensa implícita aos significados de prestígio social e políticos sucesso profissional e fama, sendo caracterizada como instrumento de sedução (OLIVEIRA, 2002).

A atual representação de beleza surgiu de maneira sutil com a crise de superprodução de 1929, quando a reestruturação do modo de produção capitalista baseou-se na permanente manutenção de um mercado consumidor para superabundância de mercadorias e exigiu novos padrões de comportamento (COELHO; SEVERIANO, 2007).

A medicina da beleza, antes marginalizada, passa a ser reconhecida e regulamentada a partir da década de 50, quando os ideais de beleza passam a ser explicitamente determinados pelos interesses econômicos por meio da indústria da beleza do consumo (SILVA; MEDONÇA, 2012).

Os cosméticos ganham cada vez mais importância na dermatologia, firmando mundialmente o Brasil como terceiro maior mercado consumidor (NASCIMENTO, 2003). A popularização da medicina da beleza e os excessos por ela estimulados têm motivado não só os pacientes, mas também alguns médicos a pensar no

corpo como uma obra inacabada que deve ser constantemente melhorada (SCHMIDT, 2015).

### **1.2.1. O papel da estética na melhora da autoestima**

É perceptível que as pessoas buscam na estética resultados que elevem a sua autoestima e proporcionem-lhe bem-estar. Para algumas pessoas é o caminho encontrado para triunfar sobre o opressor poder da má formação, melhorar a imagem social e aumentar a autoestima (BORBA; THIVES, 2011).

Para Branden (1995), ainda partindo da ideia de a autoestima ser uma poderosa necessidade humana que contribui de maneira essencial para o processo da vida, ela é indispensável para um desenvolvimento normal e saudável. A autoestima mostra um conceito positivo de si próprio, é ter a capacidade de enxergar a beleza e as qualidades do indivíduo.

A imagem pessoal é uma marca pessoal, quando o cliente chega até o profissional de estética, ele carrega consigo sua história de vida, sua cultura, seu hobby, seu estilo de vida. Portanto, a imagem pessoal de uma pessoa, para o profissional da área da beleza, é constituída pelo seu formato de rosto, suas feições, sua cor de pele, seu corte de cabelo, penteado e coloração, sua maquiagem, adornos e, no caso dos homens, também seus pelos faciais. Esse conjunto faz, literalmente, uma declaração ao mundo e à própria pessoa de quem ela é, por meio da linguagem visual (HALLAWELL, 2008).

### **1.2.2. Profissionais da estética e a autoestima de pacientes em tratamento de quimioterapia e radioterapia**

O profissional da área da estética e beleza está apto a prestar serviços que propiciem bem-estar, para tanto trata e embeleza a pele facial, sugere maquiagens e produtos adequados a cada tipo de pele, faz massagens e tratamentos corporais auxiliando na melhora da silhueta de seu cliente. Todas essas técnicas usadas pelo esteticista são essenciais para ajudar o indivíduo a cuidar do seu corpo e melhorar a sua imagem pessoal (HALLAWELL, 2009).

O profissional de estética é responsável por cuidar da saúde do corpo e da pele, voltando-se para o bem-estar físico, estético e mental das pessoas. Caracterizado

por lidar com mulheres ou homens, esse profissional pode se especializar e atuar em diversas áreas (FONSECA, 2017).

Em poucos países do mundo a beleza é parte tão importante de sua cultura quanto no Brasil. O culto a um padrão estético, nem sempre ao alcance da maioria das pessoas, exerce uma verdadeira pressão social demandando modificações para os seres humanos (DAHER, 2013).

Quando se trata um paciente com câncer, que enfrenta efeitos colaterais aparentes, como queda de cabelo e o ressecamento da pele, essa questão assume contornos mais delicados. O que pode parecer fútil para muitos, para alguns é uma necessidade - a preocupação com a estética é recomendada por médicos e psicólogos às pacientes durante o tratamento oncológico. Com medidas relativamente simples, muitos dos efeitos colaterais como o inchaço, emagrecimento ou ganho de peso, crescimento de pelo em lugares não habituais, queda de cabelo e ressecamento da pele ou ainda a seqüela do procedimento de mastectomia podem ser amenizados, e ainda melhorando a autoestima conquistada pelo tratamento estético. A autoestima pode contribuir para uma resposta positiva ao tratamento, tornando-o mesmo menos desagradável e podendo melhorar a qualidade de vida das pacientes (ALBUQUERQUE; PEREIRA, 2014).

Sabendo-se que o paciente pode ter seu equilíbrio psicológico ameaçado pelas mudanças que certamente ocorrem no período da doença e dos tratamentos, incluindo alterações em sua autoestima, a adaptação ou o ajuste psicossocial ao câncer é um processo durante o qual cada pessoa procura controlar seus sofrimentos, resolver problemas específicos e alcançar algum controle sobre acontecimentos desencadeados pela doença (SOUZA; ARAUJO, 2010).

Durante a quimioterapia e a radioterapia a pele fica mais ressecada e sensível, por isso qualquer procedimento estético que o paciente quiser fazer tem que ter recomendação e acompanhamento médico. Alguns são, inclusive, proibidos. Procedimentos que necessitam uso de agulhas, por exemplo, não podem ser feitos porque aumentam o risco de infecção. Limpeza de pele, *peelings*, tinturas de cabelo também devem ser evitados (NIARA, 2017).

É importante que o paciente consulte um dermatologista para saber quais cremes e sabonetes pode usar durante esse período. Esse profissional também vai orientar sobre quando o paciente, terminado o tratamento do câncer, poderá fazer os procedimentos estéticos que desejar (VIANA, 2017).

A área de estética evoluiu muito nos últimos anos. As novidades aparecem o tempo todo, tanto em relação a cosméticos quanto a equipamentos, principalmente nos tratamentos que chamamos de conservadores, aqueles não cirúrgicos (MEYER, 2017).

O paciente com câncer poderá ser tratado e se submeter a qualquer tipo de tratamento, pelo menos em doses terapêuticas e por um tempo considerado normal de acompanhamento, fazendo uso de procedimentos estéticos. Para quem tem a doença, seguem as técnicas estéticas que podem ser utilizadas: designer de sobrancelha e sobrancelha de hena - técnica utilizada com intuito de corrigir pequenas falhas das sobrancelhas -, higienização facial - realizado com leite de limpeza e loção tônica como parte dos cuidados diários com a pele -, hidratação cutânea - realizada com creme neutro para auxiliar o papel da pele nas suas funções mantendo íntegro o sistema de defesa do organismo -, aplicação de protetor solar para a prevenção do câncer de pele. Além das práticas estéticas, são feitas demonstrações de uso de lenços na cabeça, incentivando as pacientes, com o fito de amenizar a dor e as marcas deixadas pelo tratamento contra o câncer, tendo a autoestima em alta e sentindo-se belas (INCA, 2017).

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

É conveniente destacar que o paciente pode ter seu equilíbrio psicológico ameaçado pelas mudanças que serão necessárias no decorrer da doença e dos tratamentos, incluindo alterações em sua autoestima (SOUZA; ARAUJO, 2010).

Dessa forma, a autoestima, que instiga as atitudes de aprovação quanto à capacidade e valor que o indivíduo tem de si mesmo, decorrerá do estado emocional deste, ao qual seu nível de confiança estará relacionado (GARZON *et al.*, 2014).

Ainda a autoestima poderá mostrar o sentimento, apreço e importância que a pessoa sente por si própria, sendo o centro de sua vida subjetiva, e destinando seu pensamento e comportamento (ISHIZUKA, 2012).

Trata-se de uma necessidade humana fundamental, a partir da autoestima a pessoa passa a confiar nas próprias ideias e em si mesma, compreendendo positivamente a sua própria imagem (BEDIN *et al.*, 2014).

### 1.2.3 Câncer

De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer), “O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo” (INCA 2017).

Com todos os avanços tecnológicos desenvolvidos para o tratamento do câncer, o seu diagnóstico causa temor. Os estigmas sociais e culturais associam fortemente o câncer com a morte e com o sofrimento físico e emocional causados pelos tratamentos dolorosos e invasivos aos quais os pacientes necessitam se submeter (DIAS; AQUINO, 2013).

Segundo Santana, *et al.* (2008), o câncer é uma doença cujo tratamento é doloroso e seus efeitos colaterais desencadeiam mudanças na vida do indivíduo. Em muitos casos, ele perde sua independência, sofre com alterações em sua imagem corporal, se isola de seus vínculos sociais, se afasta de atividades de lazer e apresenta sentimento de inutilidade.

#### 1.2.3.1 Aspectos psicológicos

No século XIX, o câncer era considerado contagioso e associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral. O câncer era concebido como um castigo através do qual o doente poderia alcançar sua redenção, a libertação dos pecados, caso conseguisse suportar com resignação o sofrimento causado pela doença (SILVA, 2008).

No decurso dos anos de 1930 e 1940, a discussão de cunho moral continua em destaque, porém, misturando-se com hipóteses novas advindas da observação da vida moderna nas grandes cidades brasileiras que começam a se industrializar. Outros fatores predisponentes ao câncer podem ser reconhecidos, tais como a ingestão de alimentos com produtos químicos, o hábito de fumar, o excesso de trabalho e o aumento de preocupações cotidianas (SANT’ANNA, 2000).

Em 1950, ocorreram grandes avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento que promoveram o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevida dos pacientes (SANT’ANNA, 2000).

Nos anos 60 e 70 foi intensificada a atenção aos fatores psicológicos. Palmeira (1997) assinala que os fatores da “esfera psíquica” mais frequentemente

estudados e considerados como implicados na carcinogênese podem ser reunidos em dois grupos genéricos. No primeiro estão os estados de indisposição (depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desesperança, desamparo, desapontamento) e de ansiedade, juntamente com situações traumáticas envolvendo perdas e privações. No segundo, estão os fatores definidos por características de personalidade e de enfrentamento da doença, que variam segundo os pressupostos teóricos adotados. Nessa nova concepção, o “candidato ideal” para desenvolver o câncer apresentaria uma personalidade marcada pela passividade, pouca emotividade, regularidade dos hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade, depressão e dificuldade na formação de vínculos afetivos (TAVARES; TRAD, 2005).

Lutar contra o câncer, nesse instante, resultava em se autoconhecer; conhecer o próprio corpo e, principalmente, requeria que o doente falasse abertamente sobre suas dificuldades emocionais, expusesse sua vida e sua doença e procurasse meios de fortalecimento e crescimento através da doença. Neste sentido, a partir da década de 1970, as experiências de mulheres com câncer começam a ser divulgadas (LANZA, 2012).

O exercer da Psicologia na oncologia só apareceu na década de 1970, e vem realizando um considerável papel no tratamento do câncer, interferindo de forma positiva no prognóstico destes pacientes (ROCHA *et al.*, 2013).

Do ponto de vista de Carvalho (2002), a atuação do psicólogo oncológico, tanto no apoio, aconselhamento, reabilitação, quanto na clínica individual/grupal, pode facilitar a transmissão do diagnóstico, a melhor aceitação dos tratamentos, proporcionando melhor qualidade de vida e, no caso de paciente em fase terminal, uma melhor maneira de morrer.

O abalo psicológico causado pelo câncer traz uma significativa repercussão na vida da paciente. Quando esse momento é vivido com conhecimento e compreensão, contando com um apoio psíquico, torna-se possível o entendimento dos seus medos e angústias que podem interferir em uma resposta ao seu tratamento terapêutico (AMARANTE, 2015).

## **2. OBJETIVO**

Avaliar se os atendimentos estéticos influenciam na autoestima de pacientes em tratamento oncológico.

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1. Delineamento do Estudo**

O presente estudo foi de abordagem quantitativa, descritiva, longitudinal, com amostragem aleatória simples.

#### **3.2. Local do Estudo**

O estudo foi desenvolvido na Associação do Voluntariado de Varginha “Vida Viva”, associação civil, sem fins lucrativos, fundada em 22/07/1996 por Lígia Inês Braga e Meryvone Mansur Bísaro, e que presta atendimento a aproximadamente 2.600 pacientes oncológicos da cidade de Varginha e mais 198 municípios que fazem tratamento no hospital Bom Pastor. Mantém horário de atendimento das 8h às 18h e sua missão é promover gratuitamente o atendimento assistencial aos pacientes oncológicos de todas as faixas etárias da cidade de Varginha e região.

Seu atendimento socioassistencial reúne profissionais de Serviço Social, Psicologia, Farmácia e Direitos Jurídicos e oferece também um espaço adequado às atividades profissionais dos Fisioterapeutas e Esteticistas.

É uma das entidades de Minas Gerais escolhidas pela ONU para participar do programa de Voluntários das Nações Unidas.

Os pacientes que frequentam a Associação tem como propósito buscar os atendimentos psicológico, jurídico, de serviço social, fisioterapia, e também frequentar as oficinas de crochê, pinturas, fuxicos, entre outros. Esses pacientes procuram a instituição com o intuito de acolhimento, pois a unidade deixa à disposição dos usuários TVs com poltronas reclináveis para descanso, banheiros e salas de entretenimento, proporcionando, dessa forma, um espaço agradável e acolhedor aos pacientes em tratamento na cidade e aos seus acompanhantes.

#### **3.3. Participantes da Pesquisa**

As participantes da pesquisa foram 32 mulheres em tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

### **3.4. Critérios de Elegibilidade**

#### **3.4.1. Critérios de Inclusão**

Mulheres entre 18 a 60 anos de idade, que apresentaram diagnóstico de câncer, com recomendação de tratamento quimioterápico ou radioterápico e que assinaram o TCLE. Essas pacientes oncológicas estão em tratamento quimioterápico ou radioterápico em decorrência de variados tipos de câncer, como: mama; intestino; ossos; pulmão; útero; estômago e esôfago. A idade foi delimitada devido ao público alvo dessa faixa etária.

#### **3.4.2. Critérios de Não Inclusão**

Participantes com diagnóstico de câncer, mas que não estivessem em tratamentos quimioterápico ou radioterápico e as que apresentassem qualquer tipo de reação alérgica já conhecida aos produtos utilizados nas técnicas de estética.

#### **3.4.3. Critérios de Exclusão**

Participantes que solicitassem deixar a pesquisa a qualquer momento, que faltassem ao tratamento estético e que apresentassem qualquer tipo de reação alérgica aos produtos utilizados nas técnicas de estética. Não houve exclusão de pacientes.

### **3.5. Instrumentos de Pesquisa**

#### **3.5.1. Instrumento de dados sociodemográficos**

Para se conhecer as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, utilizou-se um instrumento contendo informações como: idade, sexo, dentre outras (APÊNDICE B).

### 3.5.2 Escala de Autoestima de Rosenberg - EPM

A utilização da *The Rosenberg Self-Esteem Scale* (Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM – versão brasileira) em estudos brasileiros fundamenta-se no interesse de utilização de questionário já disponível em língua portuguesa, cujas propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e responsividade, já foram demonstradas. A Escala de Autoestima de Rosenberg-EPM é um instrumento específico, com propriedades psicométricas somente para uma característica, a autoestima (ANEXO A) (DINI, 2000).

Esse Instrumento foi traduzido e validado por Diniz (2008) para o contexto cultural brasileiro a partir do *The Rosenberg Self-Esteem Scale*. É um questionário simples, de rápida aplicação, fácil compreensão e muito usado na literatura médica.

Para cada alternativa o paciente examinado deve assinalar apenas uma resposta, de acordo com o que está sentindo no momento da aplicação do teste. Para cada alternativa de resposta existe uma pontuação que varia de 0 a 3, e esses pontos, ao longo das 10 questões, se somarão e representarão a pontuação final obtida pelo questionário. A pontuação do questionário varia de 0 a 30, sendo 0 o pior resultado e 30, o melhor estado de autoestima.

### 3.6. Procedimentos para Coleta de Dados

As participantes da pesquisa que estavam em tratamento oncológico no “Vida Viva” em Varginha foram convidadas pela especialista em estética Babieli Corsini Baccoli a participarem da pesquisa após serem informadas de seus objetivos e conteúdo. Após a concordância, foi solicitado que elas assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A pesquisadora procurou um local tranquilo e sem interferência de outras pessoas e iniciou o trabalho com o preenchimento do Instrumento Avaliação dos Dados Sociodemográficos (APÊNDICE B) e, em seguida, as perguntas que integram a Escala de Avaliação de Autoestima de Rosenberg - EPM (ANEXO A).

Após esse procedimento, deu-se início à aplicação das técnicas de estética, que foram realizadas uma vez por semana com cada participante, durante dois meses, perfazendo um total de 08 sessões por participante. Esse número de sessões foi

escolhido como sendo ideal para que houvesse uma melhora geral no aspecto da pele das participantes.

As técnicas estéticas utilizadas foram:

- 1) Designer de sobrancelha e sobrancelha de hena: técnica utilizada com intuito de corrigir pequenas falhas das sobrancelhas;
- 2) Higienização facial: realizada com leite de limpeza e loção tônica como parte dos cuidados diários com a pele;
- 3) Hidratação cutânea: realizada com creme neutro para auxiliar o papel da pele nas suas funções, mantendo íntegro o sistema de defesa do organismo;
- 4) Aplicação de protetor solar para a prevenção do câncer de pele.

Ao final das 08 sessões, foi aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg.

### **3.7. Análise dos Dados**

Foram realizadas as análises estatísticas descritivas e inferenciais. Na análise descritiva, as variáveis quantitativas (idade, número de filhos e Escala de Autoestima de Rosenberg.) foram apresentadas através de medidas de tendência central (média e mediana) e por medidas de dispersão (desvio padrão). A distribuição dessas variáveis foi avaliada por testes de aderência a normalidade. As variáveis categóricas (faixas de idade, estado civil, com quem reside, se tem filhos, nível de escolaridade e tempo de diagnóstico da doença) foram descritas através de tabelas de frequências (proporções).

Na etapa da análise inferencial foi utilizado o Teste Não Paramétrico de Wilcoxon, para avaliar a diferença entre a avaliação inicial e a avaliação final da Escala de Autoestima de Rosenberg. As diferenças entre as categorias de respostas das variáveis categóricas em relação à Escala de Autoestima de Rosenberg, foram avaliadas através do Teste Não Paramétrico de Kruskal-Wallis.

### **3.8. Procedimentos Éticos**

Essa pesquisa seguiu as determinações da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define os procedimentos éticos para a pesquisa em seres humanos.

O trabalho somente foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, conforme Parecer Consubstanciado n° 2.015.400 (ANEXO B).

#### 4. RESULTADOS

Aqui são apresentados os resultados dos dados Sóciodemográfico e logo a seguir os resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg.

Na tabela 1, observou que entre os participantes a faixa de idade é de 47 a 55 anos 28,1%. Já faixa do estado civil prevaleceu de 15 com 46,9%. Com quem reside a maioria foi de 15 com 46,9%. Ter filhos a maioria respondeu que “Sim” 27 com 84,4%, A escolaridade a maioria tem 1º grau incompleto 19 com 59,4%. No tempo de diagnóstico da doença, a maioria é para “outras idades” 16 com 50%.

**Tabela 1 - Demonstrativos sociodemográficos dos participantes**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixas de Idade</b>		
26 a 46 anos	8	25,0
47 a 55 anos	9	28,1
56 a 58 anos	8	25,0
59 a 60 anos	7	21,9
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	5	15,6
Casada	15	46,9
Separada	3	9,4
Viúva	9	28,1
<b>Com quem reside</b>		
Esposo	15	46,9
Filhos	10	31,3
Pais	1	3,1
Outros	6	18,8
<b>Filhos</b>		
Sim	27	84,4
Não	5	15,6
<b>Escolaridade</b>		
1º Grau completo	4	12,5
1º Grau incompleto	19	59,4
2º Grau completo	5	15,6
2º Grau incompleto	1	3,1
Graduação completa	2	6,3
Graduação incompleta	1	3,1
<b>Tempo de diagnóstico da doença</b>		
2 a 4 meses	1	3,1
4 a 6 meses	3	9,4
6 a 8 meses	7	21,9
8 a 10 meses	3	9,4
10 a 12 meses	2	6,3
Outros	16	50,0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** o próprio autor, 2017

O estudo analisou e concluiu que não há correlação estatisticamente significativa entre a Idade das pacientes e as Escalas de Autoestima de Rosenberg Inicial ( $p = 0,744$ ) e Final ( $p = 0,871$ ).

Conforme mostra a tabela 2, com relação à idade, os participantes da pesquisa apresentaram média de 51,63 anos e mediana de 55. Números de filhos com a média de 2,19 e mediana de 2.

**Tabela 2 - Média, Mediana e desvio padrão em relação às variáveis idade e número de filhos**

Variáveis	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão
<b>Idade</b>	32	51,63	55	9,136
<b>Número de filhos</b>	32	2,19	2	1,749

Fonte: o próprio autor, 2017

A Tabela 3 traz os resultados obtidos na Escala de Rosenberg antes e depois do procedimento estético (após realização de 08 sessões). Fazendo a média dos resultados, pode-se notar que há uma diferença muito pequena assim como a mediana e o desvio padrão. Em ambos os casos, em média, os participantes apresentam uma autoestima equilibrada (entre 15 e 25).

**Tabela 3 - Média, mediana e desvio de padrão em relação às variáveis Total inicial e Total final**

Escala de Rosenberg	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Valor-p*
<b>Total Inicial</b>	32	21,84	23	5,341	0,101
<b>Total Final</b>	32	21,47	21	4,711	

\* Teste de Wilcoxon. Diferença estatisticamente não significativa.

De acordo com os resultados encontrados, não houve correlação entre a idade das pacientes e autoestima ( $p = 0,871$ ).

Também não foram encontradas correlações entre as categorias de Estado Civil, em relação à avaliação inicial ( $p = 0,884$ ) e à avaliação final ( $p = 0,970$ ) da Escala de Rosenberg.

Foi encontrada uma correlação negativa entre o número de filhos e a Escala de Rosenberg, Inicial ( $p = 0,010$ ) e Final ( $p = 0,037$ ), isto é, quanto maior o número de filhos, menor tende a ser o valor da Escala de Rosenberg.

A tabela 04 mostra os resultados iniciais e finais da Escala de Autoestima de Rosenberg, ou seja, os resultados em número (n) e em porcentagem (%) de cada questão, antes e após os procedimentos estéticos.

**Tabela 4 - Resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg antes (avaliação inicial) e após 08 sessões (avaliação final) o procedimento Estético**

Avaliação Inicial	Discordo Totalmente		Discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	0	0,0	1	3,1	21	65,6	10	31,3	32	100,0
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	0	0,0	3	9,4	18	56,3	11	34,4	32	100,0
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.	14	43,8	6	18,8	10	31,3	2	6,3	32	100,0
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	0	0,0	2	6,3	15	46,9	15	46,9	32	100,0
5. Eu acho que eu não tenho muito que me orgulhar.	13	40,6	1	3,1	3	9,4	5	15,6	32	100,0
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	0	0,0	1	3,1	16	50,0	15	46,9	32	100,0
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	2	6,3	1	3,1	15	46,9	14	43,8	32	100,0
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	8	25,0	1	3,1	10	31,3	3	9,4	32	100,0
9. Às vezes eu me sinto inútil.	13	40,6	9	28,1	8	25,0	2	6,3	32	100,0
10. Às vezes eu acho que eu não presto pra nada.	19	59,4	8	25,0	3	9,4	2	6,3	32	100,0

Avaliação Final	Discordo Totalmente		Discordo		Concordo		Concordo Totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.	1	3,1	1	3,1	21	65,6	9	28,1	32	100,0
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.	0	0,0	3	9,4	19	59,4	10	31,3	32	100,0
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.	14	43,8	6	18,8	10	31,3	2	6,3	32	100,0
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	2	6,3	1	3,1	17	53,1	12	37,5	32	100,0
5. Eu acho que eu não tenho muito que me orgulhar.	11	34,4	12	37,5	5	15,6	4	12,5	32	100,0
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.	0	0,0	1	3,1	18	56,3	13	40,6	32	100,0
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	1	3,1	2	6,3	17	53,1	12	37,5	32	100,0
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	7	21,9	12	37,5	11	34,4	2	6,3	32	100,0
9. Às vezes eu me sinto inútil.	10	31,3	15	46,9	6	18,8	1	3,1	32	100,0
10. Às vezes eu acho que eu não presto pra nada.	17	53,1	11	34,4	4	12,5	0	0,0	32	100,0

**Fonte:** o próprio autor, 2017

## 5. DISCUSSÃO

Para saber como a estética afeta a autoestima das pessoas se faz necessário entender o que é automotivação e o que significa autoestima. Para Branden (2009), “a autoestima é a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os desafios da vida”.

Em seu papel fundamental, a estética visa uma melhoria na qualidade de vida, oferecendo uma elevação da autoestima. Durante o tratamento contra o câncer, o comportamento da paciente influencia de forma significativa nos seus resultados. A situação psicológica negativa colabora com o aumento da sensação de dor e maior desconforto físico (GOMES; SILVA, 2013; ALBUQUERQUE; PEREIRA, 2014).

A investigação, realizada com 32 mulheres que foram diagnosticadas com câncer, objetivou analisar a autoestima das pacientes, e a autora obteve resultados na Escala de Autoestima de Rosenberg antes e depois do procedimento estético. E, pode-se notar uma diferença muito pequena assim como a mediana e o desvio padrão. Em ambos os casos, em média, as participantes apresentam autoestima entre 15 e 25 pontos.

No decorrer dos últimos anos cresce o interesse dos pesquisadores em entender a busca que as pessoas fazem, em relação a estética, de procedimentos capazes de elevar a sua autoestima e bem-estar. Indivíduos têm metas ou objetivos e o seu próprio objetivo é a motivação que o impele a agir. E o mercado oferece inúmeros cosméticos e serviços que prometem melhorar a qualidade de vida, saúde, beleza, bem-estar e contribuir nesse processo de automotivação e melhora da autoestima (BORBA; THIVES, 2011).

Cabe referir que a pessoa com autoestima alta se sente confiante e valorizada, tendo, em relação a si própria, afeto positivo, acreditando na própria competência, com capacidade para lidar com os desafios que lhes são impostos, adaptando-se, assim, às diferentes situações. Quando a autoestima é ameaçada por algum evento negativo, como o caso de uma doença crônica como o câncer, o indivíduo pode desenvolver aumento nos níveis de ansiedade, passando a procurar alternativas para resolver a situação (LEITE *et al.*, 2015).

Segundo Borba Thives (2011) e Pietruck *et al.* (2009), a autoestima em portadores de câncer poderia ser influenciada por profissionais da estética que orientariam a reconstrução e valorização da autoimagem e confiança, levando-os a concentrarem-se primeiramente na recuperação da sua doença e, na retomada da sua

saúde, fornecendo-lhes informações e cuidados da estética, capazes de proporcionar-lhes maior conforto.

O papel do profissional em Estética é mostrar o que se pode ser feito para a melhora da autoestima de pacientes em tratamento contra o câncer que sofrem com os efeitos colaterais de cirurgias, quimioterapias e radioterapia.

As pacientes portadoras de câncer de mama são forçadas a enfrentar muitas agressões à imagem corporal no curso da doença e tratamento. As prioridades e os sistemas de valores são forçados a mudar quando a imagem corporal é ameaçada e as características físicas tornam menos importantes (PIETRUCK *et al.*, 2009).

O profissional em estética pode atuar em todas as fases do processo, desde o diagnóstico até o retorno para casa depois da cirurgia, simultaneamente ao tratamento clínico e psicológico. É um período difícil em que a paciente necessita de um apoio emocional e de aprendizagem sobre medidas de enfrentamento da doença e tratamento, bem como de autocuidado e reconstrução de seu cotidiano da melhor forma possível (SANTOS *et al.*, 2014; MELO, 2016).

Ser paciente terminal evidencia a debilidade orgânica inerente à doença, que traz consigo, além dos aspectos físicos, todos os preconceitos de uma sociedade na qual a terminalidade afronta a negação da morte, mostrando que todos somos finitos (OLIVEIRA, 2002; BORGES *et al.*, 2006).

A morte suscita um questionamento e traz muitas questões acerca do enfrentamento da finitude. A morte é uma consequência natural da vida, faz parte do ciclo vital que todos os seres enfrentam, a raça humana ou outro tipo de vida. Mas para algumas pessoas o fato de apenas citar sobre já causa desconforto, luta ou fuga.

Existem inúmeros problemas de ordem clínica, ética, social, psicológica, contidos na experiência da fase terminal, os quais colocam os pacientes diante de impasses e demandas muitas vezes incomensuráveis. O paciente que enfrenta o período da terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas, para que possa ter a qualidade de vida preservada nessa fase da vida (BORGES *et al.*, 2006).

Por meio dessa análise, o profissional de estética direciona o seu foco de ação a recursos terapêuticos e estéticos que visam amenizar possíveis intercorrências resultantes de cirurgias plásticas e estéticas e, desta forma, intensificar a busca pela qualidade de vida e ressaltar a autoestima dos pacientes (MEDEIROS, 1999; SANTANA, 2015).

Em uma análise bioética, para Silva e Mendonça (2012), Albuquerque e Pereira, (2014) afirmam que a bioética emerge no contexto científico como reflexão sobre tudo o que interfere em relação ao respeito à qualidade de vida, representando o resgate da ética, da condição plena de cidadania e do respeito às diferenças.

Confrontando essas definições e teorias sobre autoestima com o conceito de beleza proposto, pode-se afirmar que beleza é, sim, um produto da autoestima, já que para muitos autores a beleza é um produto da relação sujeito e objeto, sendo uma das formas de relacionamento entre o indivíduo e o mundo, justificando o binômio saúde-beleza (PIETRUK *et al.*, 2009; FLORIANI *et al.*, 2010; MATTOS *et al.*, 2016).

Considerando essas transformações com as quais convivemos, somos favoráveis a uma bioética que se oriente pelo respeito e incentivo à liberdade individual de tomada de decisão, adicionada dos princípios da solidariedade, da justiça, da equidade e da responsabilidade, reforçando a necessidade de proteção dos mais desfavorecidos, vulneráveis, vulnerados ou frágeis. Uma bioética que auxilie a busca de soluções para conflitos entre liberdades individuais e interesses da coletividade, o respeito pelas liberdades e direitos individuais, os interesses da coletividade e a responsabilidade de proteger a saúde da coletividade (FORTES, 2015).

Buscando somar esforços aos importantes avanços até aqui produzidos na discussão ética sobre o reflexo da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, a bioética de intervenção delineia-se a partir do reconhecimento da idéia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudo e intervenção bioéticos, tal como aponta a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, formada pelos países membros da Organização das nações Unidas no âmbito da Unesco em 2005 (PORTO; GARRAFA, 2005).

Pois a intervenção deve ocorrer para preservar a todos os seres humanos os direitos de primeira geração, relacionados ao reconhecimento da condição de pessoa como o requisito único, universal e exclusivo para a titularidade de direitos. Os direitos individuais relacionam-se à sobrevivência física e social dos seres humanos (PORTO; TAPAJÓS, 2004).

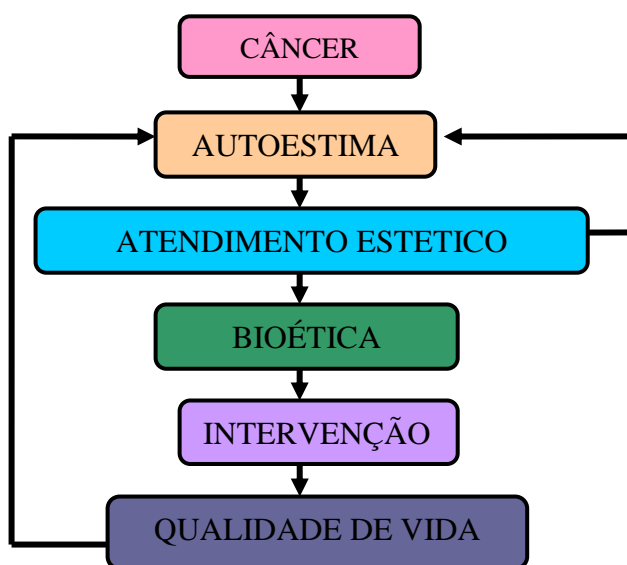
A pessoa com câncer e em tratamento quimioterápico, apresentando autoestima alta, pode enxergar a vida de outra maneira e, conseqüentemente, encarar a doença e o tratamento de forma diferente da dos pacientes que apresentam autoestima baixa (GOMES; SILVA, 2013).

Ressalta reportar que a pessoa com autoestima alta se sente confiante e valorizada tendo, em relação a si própria, afeto positivo, acreditando na própria competência, com capacidade para lidar com os desafios que lhes são impostos, adaptando-se, assim, às diferentes situações (RAMOS, 2014).

Assim o profissional em Estética pode estar atuando em todas as fases do processo, desde o diagnóstico até a alta do paciente, sem interferir no tratamento clínico e psicológico. É um período difícil em que a paciente precisa de um apoio emocional e de aprendizagem sobre medidas de enfrentamento da doença e tratamento, visando uma melhoria na qualidade de vida, oferecendo uma melhora na auto estima (PIETRUK *et al*, 2009).

Dessa forma, a Bioética de Intervenção visa proteger a dignidade humana dos vulneráveis através da garantia da efetivação dos direitos humanos que representam um referencial mínimo para se viver dignamente, entre eles o direito à saúde, retratado pelos cuidados paliativos. Estes são considerados uma questão de direitos humanos por traduzirem necessidades humanas básicas e essenciais para um processo digno nos estágios finais da vida, permitindo aos pacientes usufruir do direito à saúde a melhor qualidade de vida (MORAIS, 2016).

O atendimento estético pode assim, ser considerado uma estratégia de intervenção, auxiliando diretamente na manutenção da autoestima de pacientes em tratamento oncológico. Ao ter acesso a esse atendimento, o paciente pode melhorar sua Qualidade de Vida, e conseqüentemente sua autoestima, (FIGURA 01).



**Figura 01:** Fluxograma  
**Fonte:** o próprio autor, 2017

## **6. CONCLUSÃO**

Conclui-se que as práticas estéticas contribuíram para a manutenção da autoestima das pacientes.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste trabalho, pudemos observar o quanto a autoestima das pacientes que estão em tratamentos oncológicos fica debilitada. Com base nisso, percebemos que a autoestima pode contribuir para uma resposta positiva ao tratamento, tornando-o assim menos desagradável e auxiliando na qualidade de vida dessas pacientes. Tivemos a oportunidade de enriquecer o nosso aprendizado, ganhando um olhar mais humanizado com relação ao tratamento integral das pacientes.

O profissional de estética pode apontar alternativas satisfatórias, usando de seus conhecimentos e sua sensibilidade para fazer o atendimento necessário a cada paciente, indicando cuidados básicos com a pele, dicas de como usar perucas, lenços e maquiagem, contribuindo significativamente com o tratamento e a recuperação dessas pacientes.

Este estudo demonstrou que os resultados considerados como excelentes mostra que a autoestima das pacientes apresentou-se equilibrada.

De acordo com a média e mediana apresentada na estatística do presente estudo, a beneficência da estética com suas intervenções em Centros Oncológicos demonstra que, apesar de não aumentar a autoestima, ela consegue mantê-la para que essas voluntárias se sintam melhor.

As atitudes, crenças e valores que integram a autoestima não são fáceis de medir, pois são propriedades intrínsecas do ser humano, ou seja, referem-se às características psicológicas, muitas vezes, não passíveis de visualização ou mensuração.

Assim sendo, a estética deve proceder ao envolvimento de estratégias e de ações em sua assistência que visem a manutenção da autoestima dos pacientes em tratamento oncológico e ofereçam suporte àqueles que apresentem necessidade de atendimento.

A pessoa portadora de uma doença crônica grave como o câncer, coloca em xeque sua própria existência e atribui um significado para sua doença e seu tratamento. Muitas vezes, o câncer traz, inevitavelmente, a ideia do fim da vida e de todas as suas possibilidades.

## REFERÊNCIAS

ABIHPEC. **Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal Perfumaria e Comércio**. II caderno de Tendências. Ano.2, n.2, 2010/2011. Disponível em: <https://abihpec.org.br/publicacao/anuario-abihpec-2010>. Acesso em; 27/09/2017.

ALBUQUERQUE, Ana Claudia Alves; PEREIRA, Francielly Horst. **Contribuindo para a melhoria da autoestima de mulheres com câncer de mama**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. Joinville: 2014.

AMARANTE, Suely. **Aspectos psicológicos do câncer de mama**. 2015. Disponível no site: <http://portal.fiocruz.br/pt-br>

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. O cuidado de si para o cuidado do outro. Centro Universitário São Camilo. **Revista Biothikos**; v.7, n.4, p.437-441. 2013.

AVELAR, Cátia Fabíola Parreira de, VEIGA, Ricardo Teixeira. **Beleza não põe mesa?** Entendendo a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. Anais do Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – Enanpad, 35, Rio de Janeiro, RJ: 2011.

BARBOSA, Régia Christina Moura; XIMENES, Lorena Barbosa; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paul enfermagem**. São Paulo: v.17, n.1, p.18-24, 2004.

BEDIN L.F, BUSANELLO J., SEHNEM G.D, SILVA F.M, POLL M.A. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev. Gaúcha Enferm**. set; v.35, n.3, p. 61-67. 2014.

BERTAN, F.C; CASTRO E.K. Quality of Life, Anxiety and Depressions Indicators and Sexual Satisfaction in Adult Patients with Cancer. **Rev. Salud Soc**; v.1, n.2, p.76-88. 2010.

BORBA, Tamila J. THIVES, Fabiana Marin. **Uma reflexão sobre a influência da estética na autoestima, auto-motivação e bem estar do ser humano**. Universidade do Vale do Itajaí UNIVALI, Santa Catarina: 2011, 21p.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino; SILVA, Elisângela Ferreira da; TONILLO, Patrícia Bighetti; MAZER, Sheila Maria Mazer; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do; SANTOS, Manoel Antônio dos. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo

do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si. Editora Saraiva, São Paulo: 1995.

BRANDEN Nathaniel. **O Poder da Auto-estima**. Editora Saraiva, São Paulo: 2009.

CALHEIROS, Leonardo R **A beleza que vem de dentro**. 2013. Disponível em: [www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/estetica/49821](http://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/estetica/49821). Acesso em: 09 de novembro de 2017.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo: v.13, n.1, 2002.

CASOTTI, Letícia (org); SUAREZ, Maribel (org); CAMPOS, Roberta Dias (Org). **O Tempo da beleza**: consumo e comportamento feminino, novos olhares. Rio de Janeiro: SENAC nacional, 2008.

COELHO, Rômulo Frota da Justa; SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira. Histórias dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**. v.19, n.1, p. 83-99, 2007.

CURY, Augusto Jorge. **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres**. Romance. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DAHER, Daniela. Terapia da Beleza. **Revista Rede Câncer**. n.21, p. 03, abril, 2013.

DIAS, Samara A. O.; AQUINO, Giselle Braga de. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. **Revista Científica da Faminas**; v. 9, n. 1, jan/abril. 2013.

DINI Gal Moreira. **Validação e adaptação cultural da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM; 2000.

DINIZ, Tatiana. **Novo conceito de beleza abandona perfeição e prioriza saúde**. Brasiliense, 2008. p. 38.

FLORIANI, Flávia Monique; MARCANTE, Márgara Dayana da Silva; BRAGGIO, Laércio Antônio. **Autoestima e autoimagem: a relação com a estética**, Univali, São Paulo: 2010.

FONSECA, Alessandra. **O profissional de estética no mercado de trabalho**. UNAMA. 2017.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Rev.Saúde Soc.** São Paulo: v.24, supl.1, p.152-161, 2015.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, DF: v. 21, n. 2, p. 318- 327, 2013.

GARZON, O.E, SALAZAR; L.P.M; BARRERO, J.A.C; CHAVARRO, A.S; TORO, G.I.C; VERNAZA; M.B.G. Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychol Av Discip.*; v.8, n.1, p.77-83. 2014.

GODOY, Mauren Knorst; SOARES, Mariane; GUTH, Amanda Korb; REZER, João Felipe Peres. **Mastectomia e Estética Corporal: Uma Revisão**. Seminário de Iniciação Científica. Salão do conhecimento. Ciência alimentando o Brasil. UNIJUI. 2016.

GOLDENBERG, Mirian. Gênero e corpo na cultura brasileira. **Psicologia clínica**. v.17, n.2, p.65-80. 2005.

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

HALLAWELL, Philip. **Visagismo: harmonia e estética**. 4º ed. São Paulo: Senac, 2008.

HALLAWELL, Philip. **Visagismo integrado: identidade, estilo e beleza**. São Paulo: 6ª edição. Senac, 2009.

INCA, Instituto nacional do câncer. Mantendo a Autoestima durante o tratamento Oncológico. Jundiaí, SP: 2017.

ISHIZUKA CK. Autoestima em pacientes submetidas a blefaroplastia. **Rev Bras Cir Plást.**; v.27, n.1, p.31-6. 2012.

LANZA, Lara de Faria. Histórias de mulheres sobreviventes ao câncer de mama. Ribeirão Preto: 2012. 148p.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sonia M. S. Furhrmann. 2 ed. Rio de Janeiro Vozes, 2007.

LEITE, Marília Aparecida Carvalho; NOGUEIRA, Denismar Alves; TERRA, Fábio de Souza. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov.-dez; v.23, n.6, p.1082-9. 2015.

MATTOS, Karine; BLOMER, Thatiane Hilman; CAMPOS, Ana Carolina Brunatto Falchetti; SILVÉRIO, Maria Regina, Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Rev. Psicol. Saúde**; v.8, n.1. Campo Grande. jun. 2016.

MEDEIROS, Cyntia Galvão Gomes de. Princípios básicos de estética aplicados na dentística. **Revista Robrac**, v. 8, n. 25, p. 19-22, 1999.

MELO, Dannilo César Silva. **Kovae Ta'angá Escolas Mbyá Guarani na Bienal do Mercosul**: reflexões sobre educação e estética de colonial. 2016. 118 p.

MEYER, Patrícia Froes . **Procedimentos estéticos para pacientes tratadas de câncer. 2017**. Disponível no site: <http://www.oncofisio.com.br/entrevista/procedimentos-esteticos-para-pacientes-tratadas-de-cancer>

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de. **Pacientes oncológicos e expectativa de cura: um enfoque sob a bioética de intervenção**. [Mestrado]. Universidade de Brasília. Brasília: 2016. 112 p.

NASCIMENTO, Leninha Valério. A beleza é superficial. **Dermatológico**. Fev. v. 78, n. 1, p. 119-120, 2003.

NIARA, Sonia. Tratamento estético durante a quimioterapia. 2017. Disponível no site: <https://sonianiara.com/2017/01/17/tratamento-estetico-durante-a-quimioterapia>

OLIVEIRA, Nucia Alexandra Silva de. Em jogo... os jogos da beleza. **Revista de Estudos Femininos**. v. 10, n. 1, p.254-6. jan. 2002.

PALMEIRA, G. A. Psique e câncer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n.3, p.157-162. 1997.

PIETRUK, Cristiane Mary Kolbe; CASTELLANO, Mônica Fabiana; OLIVEIRA, Silvia Patrícia de. **O Papel do Tecnólogo em Estética e Imagem Pessoal na Melhoria da Auto-Estima de Mulheres em Tratamento contra o Câncer de Mama**. Curitiba, PR: 2009.

PORTO D, GARRAFA V. Bioética e intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Rev. Bioética**; v.13, n.1, p. 111-123. 2005.

PORTO D, TAPAJÓS A. Gênero, raça e bioética de intervenção. In: Anais do Quinto Congresso Brasileiro de Bioética 2004 maio 13-15; Recife. Recife: **Sociedade Brasileira de Bioética**, 2004: 26p.

RAMOS, Bianca Figueiredo; LUSTOSA, Maria Alice. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista SBPH**. v. 12 n. 1, p.2. Rio de Janeiro: jun. 2009.

RAMOS M. Adaptação para uma população de estudantes universitários portugueses da escala de autoestima de estado de Heatherton e Policy. **Psicologia**; v.28, n.1, p.32-8.2014.

ROCHA, Iana Miranda Gorito da; ALMEIDA, Paulo Cesar Toledo de; RIBEIRO, Juliana Fernandes de Souza. Seios, anseios e perdas: o corpo feminino e o câncer de mama como alvo de investimentos subjetivos Revista Mosaico. Jan./Jun.; v. 04, n. 1, p.05-10. 2013.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e câncer na história. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero, A mulher e o câncer (pp. 43-70). Campinas: Livro Pleno. 2000.

SANTANA, J. J. R. A.; ZANIM, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 372-384, 2008.

SANTANA, A.L. **Estética** 2015. Disponível no site: <http://www.consciencia.net/filosofia/estetica.html>

SANTOS, Daniel Abreu; ALMEIDA, Eduardo Robatto Plessim de; SILVA, Felipe Freire da; ANDRADE, Layo Henrique Carvalho; AZEVEDO, Leandro Anton de; NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático **Rev. Bioét.** v. 22, n. 2, Brasília: May/Aug. 2014.

SCHMIDT, Adriana. **A medicina e a beleza**. Curitiba: 2015. Disponível no site: <http://www.adrianaschmidt.com/qualidade-de-vida-e-beleza/a-medicina-e-a-beleza/>

SILVA, Lucia Cecília da Silva. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p.231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, Liliane Cristina; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos. medicalização da beleza: reflexão bioética sobre a responsabilidade médica. **Revista de bioética**. v. 20, n. 1, p. 132-139. 2012.

SOUZA, J.R., ARAÚJO, T.C.C.F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estudo Psicol**; v. 27, n. 2, p.187-96. 2010.

TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A.B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p.426-435. 2005.

TEIXEIRA, Sérgio Alves. Produção e consumo social da beleza. **Horizontes Antropológicos**, v. 7, n. 16, p. 189-220. Dez. 2001.

UNIC – Unidade de Cuidados. **Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer**. ed. 1, Rio de Janeiro: Editora: UNATI/UERJ-UNIV. 3. 2009.

VIANA, Luana. **Procedimentos estéticos durante o tratamento de câncer devem ser evitados**. 2017. Disponível no site: <https://www.vencerocancer.org.br/dia-a-dia-do-paciente/estetica/procedimentos-esteticos-durante-o-tratamento-de-cancer-devem-ser-evitados/>

VIGARELLO, Georges. **Historia da beleza**: o corpo e a arte de se embelezar, do renascimento aos dias de hoje. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

VILAS BOAS, Eduardo. **O conceito de belo na estética grega**. São Paulo: 2015.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E)

#### TÍTULO DO TRABALHO:

#### PRÁTICA ESTÉTICA E AUTOESTIMA: A BENEFICÊNCIA PARA PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A senhora \_\_\_\_\_ está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: PRÁTICA ESTÉTICA E AUTOESTIMA: A BENEFICÊNCIA PARA PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO, que terá como objetivos: Avaliar a autoestima de pacientes em tratamento oncológico antes e após aplicação de tratamentos estéticos e fazer uma reflexão bioética a respeito da utilização dessas práticas não somente como promotoras da beleza, mas também como ferramentas para promover a beneficência e autoestima dessas pacientes. Este estudo está sendo realizada pela mestrandia em Bioética, **Babieli Corsini Baccoli**, juntamente com a pesquisadora responsável professora e orientadora **Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça**.

A pesquisa terá duração de 02 meses. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em momento algum será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando-se assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garantirá sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob as formas de entrevista escrita.

Durante sua participação neste projeto, serão realizadas: entrevista sobre sua autoestima, em seguida realização de procedimentos estéticos (sobrancelha de henna, hidratação cutânea, higienização facial, aplicação de protetor solar, incentivos e demonstrações para o uso de lenços na cabeça) e para finalizar a senhora responderá novamente a entrevista. Estes procedimentos estéticos podem eventualmente causar

irritações cutâneas, devido a uma possível intolerância aos produtos utilizados. Caso ocorra, basta apenas suspender os procedimentos.

Os resultados desta pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e ficarão arquivados conosco por um período de cinco anos, e após esse tempo, serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada por mim e a outra será fornecida para a senhora.

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração será muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração e, se a senhora estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

### **DECLARAÇÃO**

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

---

**Nome completo do (a) participante**

---

**Assinatura do (a) participante**

---

**Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável ou do auxiliar de Pesquisa.**

Varginha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**APÊNDICE B – Questionário Sócio Demográfico**

Nesta página e na próxima encontram-se itens que fornecerão dados para uma melhor caracterização da pesquisa.

Por favor, leia atentamente e responda a todos os itens. Sua resposta é muito importante.

**PARTE A**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Estado civil:

☐ solteiro (a)    ☐ casado (a)    ☐ separado (a)    ☐ Viúvo (a)

3. Reside:

☐ esposo    ☐ filhos    ☐ pai/mãe    ☐ outros

4. Tem filhos?    ☐ Sim    ☐ Não

5. Quantos filhos?

☐ menores de 01 ano    ☐  $\geq 10$  anos e  $< 15$  anos

☐  $\geq 01$  ano e  $< 05$  anos    ☐  $\geq 15$  anos e  $< 21$  anos

☐  $\geq 05$  anos e  $< 10$  anos    ☐ maiores de 21 anos

6. Escolaridade:

☐ 1º grau    ☐ Completo    ☐ Incompleto    Área: \_\_\_\_\_

☐ 2º grau    ☐ Completo    ☐ Incompleto    Área: \_\_\_\_\_

☐ Graduada    ☐ Completo    ☐ Incompleto    Área: \_\_\_\_\_

☐ Pós Graduada    ☐ Completo    ☐ Incompleto    Área: \_\_\_\_\_

7. Tempo de diagnóstico da doença:

☐ 1 a 2 meses    ☐ 2 a 4 meses    ☐ 4 a 6 meses

☐ 6 a 8 meses    ☐ 8 a 10 meses    ☐ 10 a 12 meses

Outros: especificar \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A - Escala de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

10. Às vezes eu acho que eu não presto pra nada.

(1) Discordo Totalmente

(2) Discordo

(3) Concordo

(4) Concordo Totalmente

**ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos nº. 2.015.400**

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A BENEFICÊNCIA DA ESTÉTICA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Pesquisador:** Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 65905217.1.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.015.400

**Apresentação do Projeto:**

A bioética propicia o entendimento das relações do homem com a vida sob outro enfoque: é responsável pelas escolhas boas ou más, o que é justamente o ponto de vista ético. Assim, surgem palavras essenciais que, conforme visto, foi objeto de reflexão da ética da humanidade: "bem", "mal", "justo", "injusto". O princípio da beneficência, assim como o da não-maleficência provem, em parte, das velhas tradições da Medicina de proporcionar aos pacientes benefícios. O profissional de estética é responsável por cuidar da saúde do corpo e da pele, voltando-se para o bemestar físico, estético e mental das pessoas. Caracterizadas por lidar com mulheres ou homens. Esse profissional pode se especializar e atuar em diversas áreas. A autoestima pode contribuir para uma resposta positiva ao tratamento, tomado assim o mesmo menos desagradável. Podendo ajudar na qualidade de vida das pacientes. Avaliar a autoestima de pacientes em tratamento oncológico após aplicação de tratamentos estéticos. O presente estudo será descritivo, transversal, quantitativo com amostragem aleatória.

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9270

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.015.400

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a autoestima de pacientes em tratamento oncológico após aplicação de tratamentos estéticos

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Apesar dos produtos a serem utilizados nos procedimentos estéticos serem hipoalergênicos, pode haver eventualmente irritação da pele (hiperemia, prurido).

Benefícios: Os procedimentos estéticos proporcionarão hidratação cutânea.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa oportuna de de grande relevância visto que conforme exposto pelas autoras a autoestima dos pacientes oncológicos submetidos a quimioterapia é um importante tema para estudos, podendo vir a ser melhorada com a introdução de procedimentos estéticos nesse período

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes, porém o termo de cooparticipação / autorização está deixando dúvida devido a diferença quanto ao local descrito no projeto.

**Recomendações:**

TCLE.

-Descrever o riscos mínimos no TCLE conforme descrito no projeto e na plataforma Brasil

-A redação do Termo pode ser feita com linguagem mais simples facilitando o entendimento por parte do voluntário.

Termo de cooparticipação.

-O termo de cooparticipação traz local diferente do relatado no projeto não deixando claro se trata-se do mesmo ambiente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ajustar TCLE e Termo de cooparticipação conforme descrito abaixo.

TCLE.

-Descrever o riscos mínimos no TCLE conforme descrito no projeto e na plataforma Brasil

-A redação do Termo pode ser feita com linguagem mais simples facilitando o entendimento por parte do voluntário.

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9270

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -**



Continuação do Parecer: 2.015.400

Termo de cooparticipação.

-O termo de cooparticipação traz local diferente do relatado no projeto não deixando claro se trata-se do mesmo ambiente. Oncominas ou Viva Vida??

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810430.pdf	20/03/2017 08:53:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	20/03/2017 08:52:45	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/12/2016 13:13:07	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	09/12/2016 14:28:03	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO.doc	09/12/2016 14:27:50	Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

POUSO ALEGRE, 13 de Abril de 2017

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Rosa Maria do Nascimento**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.550-000

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9270

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br