



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**CAROLINE BATISTA DE QUEIROZ AQUINO**

**AVALIAÇÃO DO CONFORTO DO CUIDADOR FAMILIAR DA MULHER COM  
CÂNCER DE MAMA AVANÇADO**

**FORTALEZA**

**2017**

CAROLINE BATISTA DE QUEIROZ AQUINO

AVALIAÇÃO DO CONFORTO DO CUIDADOR FAMILIAR DA MULHER COM  
CÂNCER DE MAMA AVANÇADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Míria Conceição Lavinias Santos.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A669a Aquino, Caroline Batista de Queiroz.  
Avaliação do conforto do cuidador familiar da mulher com câncer de mama avançado. / Caroline Batista de Queiroz Aquino. – 2017.  
84 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Profa. Dra. Míria Conceição Lavinias Santos.

1. Enfermagem. 2. Câncer de mama. 3. Cuidadores. 4. Satisfação Pessoal. I. Título.

CDD 610.73

---

CAROLINE BATISTA DE QUEIROZ AQUINO

AVALIAÇÃO DO CONFORTO DO CUIDADOR FAMILIAR DA MULHER COM  
CÂNCER DE MAMA AVANÇADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Míria Conceição Lavinias Santos (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andrea Bezerra Rodrigues (1<sup>ª</sup> Membro)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia de Fátima da Silva (2<sup>ª</sup> Membro)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus,

Por proporcionar tantas vitórias em minha vida.

Aos meus pais e avós,

Por serem meus pilares e incentivo de sempre.

Ao meu amor Tiago,

Pelo apoio e amor em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a Nossa Senhora de Fátima, por me guiarem em todos os caminhos e me fortalecer nos momentos difíceis da caminhada. Minha fé em Vocês fez-me crer que podia, e se hoje realizo esse sonho, é graças a Vocês! Obrigada Senhor, por todas as graças alcançadas!

Aos meus avós paternos e maternos, hoje representados pela minha vizinha Terezinha, que sempre serão meus alicerces, pilares que me ajudaram a traçar todos os meus objetivos e sonhos, sem o amor de vocês e todo apoio eu nada seria!

A minha mãe Edilva (*in memorian*), pois sei que onde estás, olha por nós e guia nossos passos, é o nosso anjo da guarda! Sempre te amarei mãezinha!

Ao meu pai Carlos, que sempre me apoiou com seu amor e me incentiva sempre a querer melhorar, obrigada por tudo!

As minhas irmãs Gabriela e Karla Virgínia pela paciência, pelo incentivo, pela eterna companhia, por me apoiarem sempre e pelo amor incondicional. Amo muito vocês minhas princesas!

Ao meu amor, Tiago, pelo amor, pelo apoio constante, pelo companheirismo, pela compreensão e paciência e pela sua presença na minha vida. Obrigada por todas as palavras de apoio, sem você, tudo teria sido mais difícil.

A toda minha família pelo apoio e incentivo, pelo orgulho demonstrado com minhas aquisições profissionais e pelo amor, durante toda minha vida.

Agradeço, especialmente, minha madrinha Marina e minha prima Priscila, que sempre, tem uma palavra de conforto, um direcionamento, orgulho e felicidade nas minhas aquisições tanto pessoais quanto profissionais, obrigada por tanto amor e pela presença de vocês na minha vida.

A minha orientadora Professora Míria, que foi um presente de Deus na minha vida no mestrado, ser humano na essência da palavra, exemplo de amor e segurança em tudo que faz, obrigada pela sua amizade, por todos os ensinamentos e como costume dizer, por ser um anjo nas nossas vidas, quero te levar pra sempre comigo!

As minhas amigas de uma vida, Lanne Coelho, Larissa, Itala, pelas risadas, conversas e por estarem presentes em momentos importantes da minha vida.

As amigas que a Enfermagem me deu de presente, Priscilla Carolinne, Delany, Josilany, Letícia e Sarah, a amizade de vocês é o suporte para passar pelas dificuldades, obrigada por toda escuta, risadas, conselhos, encontros e desencontros! Amo muito vocês!!!

Aos amigos que o mestrado me deu, Mestrado Enfermagem 2015.1, especialmente Sarah, Suzy, Rayanna, Jamille, Herta, Isabelly, não tenho palavras para dizer, o quanto vocês foram importantes e essenciais, tornaram a caminhada mais leve e segura, quero levar vocês para toda minha vida! Amo vocês!

A minha sempre orientadora Professora Lúcia de Fátima, que hoje faz parte da minha banca de mestrado, se hoje estou aqui, é porque a senhora acreditava que eu era capaz e me guiou na graduação para eu chegar onde estou, sou muito grata a todas as oportunidades e ensinamentos e pela honra de tê-la em minha banca, quero tê-la sempre por perto. Muito Obrigada professora.

A Professora Andrea Bezerra, pelo apoio desde o início do projeto, pelos conselhos e ensinamentos, pelo compromisso, pela amizade e pelo amor que sempre demonstra aos alunos. É uma honra tê-la em minha banca e trabalhar com a senhora. Muito Obrigada.

A Professora Ana Fátima pelo acolhimento em seu projeto de Pesquisa, por todos os ensinamentos, por ter aceitado fazer parte desse momento. Obrigada!

A todos os profissionais do CRIO, que me ajudaram durante a execução da pesquisa!

A todos os professores da Pós-Graduação de Enfermagem da UFC, por todos os ensinamentos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para finalização desse trabalho. Muito obrigada!

Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz, que realmente importa!

(Madre Teresa de Calcuta)



## RESUMO

A participação prolongada em atividades de cuidados pode gerar nos cuidadores um efeito negativo sobre a sua saúde física e emocional, que pode ser intensificado com a progressão da doença, a impossibilidade de cura e a aproximação da morte, dificuldades socioeconômicas que podem diminuir o bem-estar/conforto desses cuidadores. Assim, tal estudo teve como objetivo avaliar o conforto do cuidador familiar da mulher com câncer de mama avançado. Trata-se de um estudo transversal, correlacional, realizado no período de julho a outubro de 2016 nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia de uma UNACON, com cuidadores familiares principais de mulheres com câncer de mama avançado, que realizavam tratamento paliativo com quimioterapia e/ou radioterapia. Foi utilizado o questionário General Comfort Questionnaire (GCQ), composto por 49 questões, que foi traduzido e validado para o Brasil por Rezende *et al.*, (2005) para avaliar o conforto de cuidadores. A amostra foi composta por 70 cuidadores familiares principais, que foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados e tabulados, por meio da versão 20.0 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Todos os aspectos éticos e legais referentes à pesquisa com seres humanos foram respeitados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados apontaram que, 77,1% eram do sexo feminino, com faixa etária de idade de 30 a 39 anos (28,6%), 62,9% eram casados ou com união estável, 55,7% possuíam o Ensino Médio Completo e estavam desempregadas, com renda de 1 a 2 salários mínimos (57,1%), 52,9% com 1 a 2 filhos por cuidador. Em relação à análise da escala, verificou-se que a preocupação com a família, com o desconforto físico e emocional da mulher e a necessidade de mais informações acerca da condição da paciente foram os itens que tiveram os menores escores da escala, significando que tais aspectos reduzem a sensação de conforto/bem-estar dos cuidadores. Já os aspectos que favoreceram o aumento do conforto foram: a relação entre o cuidador e o ser cuidado, as relações familiares e a espiritualidade. A variável parentesco teve associação estatística com o conforto ( $p:0,043$ ). Portanto, o questionário utilizado nesta pesquisa permitiu identificar as necessidades de conforto dos cuidadores, bem como os aspectos de cuidados positivos e negativos que podem orientar a construção tanto de intervenções de enfermagem quanto da equipe multiprofissional para esse público. Os aspectos positivos identificados devem ser estimulados e valorizados nos cuidadores, de modo a aumentar a resiliência e reduzir o sofrimento.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Câncer de mama. Cuidadores. Satisfação Pessoal.

## ABSTRACT

However, the prolonged participation in care activities can generate on the caregivers a negative effect on their physical and emotional health, which can be intensified with the progression of the disease, the impossibility of cure and the approximation of death, socioeconomic difficulties that may decrease the welfare/comfort of these caregivers. Thus, this study aims to evaluate the comfort of the familiar caregiver of the woman with advanced breast cancer. This is a cross-sectional and correlational study, realized between July and October of 2016 in the chemotherapy and radiotherapy ambulatories, with the main familiar caregivers of women with advanced breast cancer, who underwent palliative chemotherapy and/or radiotherapy treatment, was used the General Com- question Questionnaire (CGQ) questionnaire, composed of 49 questions, which was translated and validated in Brazil by Rezende et al., (2005) to evaluate the comfort of caregivers. The sample consisted of 70 main familiar caregivers, who were invited to sign the Free and Informed Consent Term. The data were analyzed and tabulated, through version 20.0 of the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). All the ethical and legal aspects related to human research were respected, according to Resolution 466/12 of the National Health Council. The results indicate that 77.1% were female, with ages ranging from 30 to 39 years (28.6%), 62.9% were married or had a stable union, 55.7% had high school Completed and were unemployed, with income of 1 to 2 minimum wages (57.1%), 52.9% with 1 to 2 children per caregiver. Regarding the analysis of the scale, it was verified that the concern with the family, with the physical and emotional discomfort of the woman and the need for more information about the patient's condition were the items that had the lowest scores on the scale, meaning that these aspects reduce the comfort/well-being of the caregivers. The aspects that favored the increase of comfort have the relation between the caregiver and the being care, the familiar relations and the spirituality. The kinship variable had a statistical association with comfort ( $p: 0.043$ ). Therefore, the questionnaire used in this research allowed to identify the comfort needs of the caregivers, as well the aspects of positive and negative care that may guide the construction of both nursing interventions and the multiprofessional team for this public. The identified positive aspects should be stimulated and valued in caregivers, in order to increase the resilience and reduce the suffering.

**Palavras-chave:** Nursing. Breast Cancer. Caregivers. Personal Satisfaction.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das mulheres com câncer de mama, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017.....	27
Tabela 2 –	Distribuição das mulheres com câncer de mama, segundo as variáveis clínicas, Fortaleza-CE, 2017.....	29
Tabela 3 –	Distribuição dos cuidadores de mulheres com câncer de mama avançado, segundo variáveis sociodemográficas e hábitos de vida. Fortaleza-CE, 2017.....	30
Tabela 4 –	Distribuição dos cuidadores de mulheres com câncer de mama avançado, segundo as características relacionadas ao cuidado prestado. Fortaleza-CE, 2017.....	32
Tabela 5 –	Média de pontuação por questão do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.....	33
Tabela 6 –	Distribuição decrescente dos maiores escores médios obtidos com a Escala <i>General Comfort Questionnaire</i> , Fortaleza-CE, 2017.....	34
Tabela 7 –	Distribuição dos menores escores médios obtidos com a Escala <i>General Comfort Questionnaire</i> , Fortaleza-CE, 2017.....	37
Tabela 8 –	Associação das variáveis sociodemográficas das mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.....	37
Tabela 9 –	Associação das variáveis clínicas das mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.....	39
Tabela 10 –	Associação das variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.....	40
Tabela 11 –	Associação das variáveis relacionadas ao cuidado prestado dos cuidadores familiares, segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDS	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRIO	Centro Regional Integrado de Oncologia
GCQ	<i>General Comfort Questionnaire</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPS	<i>Palliative Performance Scale</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	22
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	22
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	22
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	23
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	23
<b>3.2</b>	<b>Local do Estudo</b> .....	23
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra</b> .....	24
<b>3.4</b>	<b>Procedimentos de Coleta de Dados</b> .....	25
<b>3.4.1</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	26
<b>3.5</b>	<b>Organização e Análise dos Dados</b> .....	27
<b>3.6</b>	<b>Aspectos Éticos e Legais</b> .....	28
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	29
<b>4.1</b>	<b>Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Mulheres</b> .....	29
<b>4.2</b>	<b>Caracterização Sociodemográfica e de Cuidado dos Cuidadores Familiares de mulheres com Câncer de mama avançado</b> .....	32
<b>4.3</b>	<b>Avaliação do Conforto pela Escala <i>General Comfort Questionnaire</i></b> .....	35
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	47
<b>5.1</b>	<b>Avaliação do Conforto Segundo dados Sociodemográficos das Mulheres com Câncer de Mama Avançado e Cuidados Familiares e suas Características de cuidado</b> .....	47
<b>5.2</b>	<b>Avaliação do Conforto, Segundo Itens da Escala que Causaram Impacto Positivo do Cuidador Familiar</b> .....	51
<b>5.3</b>	<b>Avaliação do Conforto, Segundo Itens da Escala que Causaram Impacto Negativo do Cuidador Familiar</b> .....	56
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	59
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61
	<b>APÊNDICES</b> .....	72
	<b>ANEXOS</b> .....	81

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), 20 milhões de pessoas têm câncer, em que 60% têm o diagnóstico em estágio avançado. E a Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que se podem esperar mundialmente, no ano de 2030, cerca de 27 milhões de novos casos de câncer, com 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, convivendo com essa enfermidade. Considera-se que o efeito maior dessa patologia será em países de baixa e média renda econômica (INCA, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Nesse contexto, o câncer passou a ser considerado um importante problema de saúde pública mundial, uma vez que, acarreta consequências nos diversos segmentos da sociedade, tais como política, economia, saúde, bem como agravos sociais, atingindo milhares de pessoas nas mais variadas regiões do mundo.

Tal adoecimento é considerado como uma importante causa de morbimortalidade no Brasil e, desde 2003, configura-se como a segunda causa de morte na população. Estima-se que para o biênio 2016/2017, no Brasil, são esperados aproximadamente 596 mil casos novos de câncer (INCA, 2016). Tais números revelam a preocupante magnitude que o câncer representa sobre determinados segmentos populacionais.

Restringindo para a população feminina, o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e, entre as mulheres, é considerado o tipo de câncer mais comum. Em que, no Brasil, a estimativa para o ano de 2016, apontou para a ocorrência de aproximadamente 57.960 casos novos de câncer de mama. Nas regiões Sudeste e Nordeste apresentam-se as maiores estimativas de casos novos de câncer de mama, onde na Região Nordeste a estimativa é de 11.190 casos novos (INCA, 2016).

No Ceará, para o ano de 2016, foi estimado o número de 2160 casos novos, sendo 860 só em Fortaleza (INCA, 2016). Esse tipo de câncer é a maior causa de óbitos por neoplasia na população feminina brasileira, sendo provável que o diagnóstico da doença em fase avançada seja o principal responsável pela manutenção elevada das taxas de mortalidade (BRASIL, 2011).

No entanto, avanços importantes na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. O tratamento local e sistêmico varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidade, preferências) (BRASIL,

2015).

Dentre as opções terapêuticas mais utilizadas para o tratamento locorregional do câncer de mama são a cirurgia e a radioterapia, enquanto que para o sistêmico são a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica (BRASIL, 2015).

Quando o câncer se torna metastático, entende-se que a pessoa acometida não mais se beneficiará dos tratamentos modificadores da doença, cujo objetivo é exclusivamente a cura. No entanto, mesmo encontrando-se fora de possibilidade de cura, podem ter um bom tratamento, com expressivo aumento de sobrevida (BAKITAS *et al.*, 2009).

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação, que atuam no nível celular, interferindo no seu processo de reprodução. Quando empregada com finalidade paliativa, beneficia a pessoa pela redução do tamanho da massa tumoral, com conseqüente melhora no metabolismo e redução dos sintomas, corroborando não apenas para o aumento da sobrevida, mas também com a melhora da qualidade de vida (BONASSA, 2005). A quimioterapia paliativa é de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade do tumor (estadiamento III, IV, doença recidivada ou metastática), que tende a se tornar progressivo a despeito do tratamento aplicado (ARAÚJO, 2006; BRASIL, 2010).

O tratamento radioterápico paliativo está indicado na enfermidade avançada, podendo ser de curto ou longo prazo e busca a remissão de sintomas ocasionados pelo tumor como sangramento, alívio da dor, obstruções e compressão neurológica (DOWN, 1997). Também tem a intenção de suprimir o crescimento tumoral nas lesões metastáticas que não ameacem biomecanicamente a estrutura óssea, isto porque induz um aumento da vascularização na periferia do tumor, que enfraquece o osso adjacente a este, aumentando o risco de fratura espontânea (HEALLEY; BROWN, 2000).

O modelo assistencial proposto a essas pessoas fora de possibilidade de cura tem como principal objetivo permitir que elas sobrevivam o máximo possível e com a mesma qualidade de vida que teriam se não fossem portadores de neoplasias malignas (BONASSA *et al.*, 2005). Tal modelo é denominado como tratamento paliativo, assistência paliativa ou cuidados paliativos (RODRIGUES, 2004).

A Sociedade Americana de Oncologia Clínica apoia essa proposta, entendendo que os cuidados paliativos ou tratamento paliativo são mais eficazes quando incorporados à assistência oncológica, integrando os outros modelos de tratamento, desde o diagnóstico da doença (HUI *et al.*, 2010).

Assim ressalta-se que tais avanços terapêuticos, como a quimioterapia paliativa e a radioterapia paliativa aumentam a sobrevida dos pacientes, com doença oncológica

avançada (TEMEL *et al.*, 2007). Salienta-se que, segundo a *American Cancer Society* (2007), 50% dos pacientes oncológicos não se curam de sua enfermidade, reforçando a necessidade de avançar com esses tratamentos paliativos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, controlando os sintomas e reavaliando-o com frequência, para que as intercorrências sejam prontamente controladas e ele viva com alívio e conforto (INCA, 2000).

Mesmo aumentando sua sobrevivência, com melhora da qualidade de vida, os pacientes também vão ter que lidar com os efeitos de tais tratamentos, não só os efeitos físicos, ocasionados pela quimioterapia e radioterapia, mas também os efeitos nas questões emocionais e sociais (ANJOS *et al.*, 2006).

Salienta-se que tais tratamentos paliativos implicam, principalmente, a relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre elas (SIMONI *et al.*, 2003).

Assim, compreendendo o contexto do câncer de mama, como um adoecimento que mexe com os sentimentos da mulher, com a sua auto-imagem, com a incerteza da vida, com adaptações à nova condição física, econômica, emocional, com a diminuição da autoestima e com a depressão (MALUF *et al.*, 2005; LOTTI *et al.*, 2008; VIEIRA *et al.*, 2007), ressalta-se que em algum momento do avançar de seu adoecimento e tratamento a mulher irá necessitar de um suporte, uma rede de apoio que a auxilie a enfrentar a doença e as limitações que possam surgir (LOTTI *et al.*, 2008).

Essa rede de apoio que, pode ser compreendida, como suporte social, emocional e prático que será dado, geralmente por alguém da família, na forma de afeto, atenção, cuidados direcionados, assistência, informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005).

Nesse contexto de adoecimento e de necessidades que precisam ser supridas pelas mulheres, surgem os cuidadores, que são aqueles que realizam as principais atividades diárias do paciente desde a medicação até as visitas ao médico e fornecimento de informações sobre o estado de saúde do paciente (SALES *et al.*, 2010).

Assim, tais pacientes podem enfraquecer com o avançar da doença, aumentando a sua dependência, transformando as atividades dos cuidadores cada vez mais necessárias e, muitas vezes, estressantes. Assim, o cuidador, geralmente, será alguém da família, caracterizando-se como um cuidador informal/familiar, que passa a assumir múltiplas funções, acompanhando o paciente na evolução de sua doença em todas as suas fases (WONG *et al.*, 2002; FERNANDES *et al.*, 2012; MACHADO; FREITAS; JORGE, 2007).

Para Ricarte (2009), cuidar é um conceito complexo que engloba múltiplas



vertentes: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. Remete para a tarefa que visa manter a vida, satisfazendo um conjunto de necessidades a ela indispensáveis. É o ato de apoiar alguém ou prestar-lhe um serviço, com um risco substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais. É um processo interativo entre o cuidador e a pessoa cuidada, sendo o cuidador a pessoa ou o sistema que cuida, que geralmente é a família.

Cuidar implica que os cuidadores prestem ao dependente, cuidados de várias ordens: instrumentais e expressivos. Os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, medicação e do lar). Os cuidados expressivos são, sobretudo, os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individualização dos cuidados). Portanto, cuidar ou apoiar orienta-se para aliviar as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais da pessoa dependente, assumindo-se uma visão holística da mesma, como um ser biopsicossocial (IMAGINÁRIO, 2008).

São classificados, segundo Papaleo Neto (2002), como cuidadores formais e informais. Os cuidadores formais prestam cuidados com remuneração e com poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado, são capacitados para o cuidado, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas, têm em geral formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, com formação orientada para o cuidado em saúde dos portadores de patologia física ou mental, em função do atendimento de necessidades específicas. Ainda segundo esse autor, os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade sem uma formação específica para desenvolver as atividades de cuidados.

O Ministério da Previdência e Assistência Social define diferentes categorias de cuidadores, cabendo destacar: o cuidador informal (ou cuidador familiar, como é também designado), reconhecido como a pessoa com ou sem vínculo familiar, que, sem remuneração, e geralmente sem qualquer treinamento específico, prestam cuidados (BRASIL, 1998).

Souza, Turrini (2011) afirmam que, no contexto do câncer, o paciente oncológico e a família interagem em uma relação complexa, onde ambos sofrerão com as transformações e enfrentamento da morte. Assim, o cuidador passa a dispensar os cuidados a essas mulheres, abrindo mão de seus afazeres para estar com o doente, e a sua motivação ainda vinha da esperança pela cura, contrapondo-se pela excessiva carga de trabalho dispensada ao paciente.

Contudo, a participação prolongada em atividades de cuidados pode gerar nos cuidadores um efeito negativo sobre a sua saúde física e emocional, que pode ser intensificado com a progressão da doença, a impossibilidade de cura e a aproximação da morte, e também o acúmulo de tarefas ou dificuldades socioeconômicas, que poderiam diminuir o bem-estar/conforto desses cuidadores (LAMINO; TURRINI; KOLCABA, 2014).

Revisão bibliográfica sobre apoio social de pacientes com câncer evidenciou que apesar do papel fundamental, os cuidadores não são reconhecidos como pessoas passando por processo doloroso e que precisam de ajuda, apoio e orientação, sentindo-se, também, carentes de informação (SANCHEZ *et al.*, 2010).

Dessa forma, descompensam com o tempo, pois, esforçam-se para suportar os danos, enquanto tentam suprir suas próprias necessidades e manter uma rotina familiar normal. Tal função pode ocasionar depressão, ansiedade, conflito de papéis, fadiga e declínio da saúde (BECK *et al.*, 2007), e essa sobrecarga pode fazer com que pacientes desejem a própria morte, por acharem que sobrecarregam seus cuidadores e sua família (CHING, 2007).

Devido ao nível de envolvimento nos cuidados com o paciente, o cuidador é levado a não prestar atenção as suas próprias necessidades pessoais (BOCCHI, ANGELO, 2005). Assim, os problemas de natureza emocional e física podem ocorrer devido à inobservância às necessidades de autocuidado. Frequentemente os cuidadores entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, estresse, depressão e alteração da auto-estima (MARTINS *et al.*, 2007).

Calvente, Rodríguez e Navarro (2004) relatam que os cuidadores vivenciam mudanças no estilo de vida que, reduzem, modificam e podem gerar insatisfação na vida dos mesmos, devido às condições limitantes impostas pela dependência.

De acordo com Nakatani *et al.*, (2003), alguns problemas de saúde que mais acometem os cuidadores são as dores lombares, depressão, artrite reumatóide, problemas cardíacos, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Nesse contexto, ressalta-se que a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidador de um familiar é imensa, o que tem trazido consequências na qualidade do cuidado e na saúde do próprio cuidador (RESENDE; DIAS, 2008; CALDAS, 2003). Portanto, as condições físicas dos cuidadores levaram a inferir que esses são doentes em potencial e que sua capacidade funcional está constantemente em risco (KARSCH, 2003).

Contudo, o desempenho do cuidador no cuidado, que na maioria das vezes é realizado sem o preparo adequado, pode gerar conflitos pessoais e familiares (SOUSA *et al.*, 2008; FONSECA, PENNA, 2008). Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) afirmam que os

conflitos familiares advêm de situações como: problemas de relacionamentos entre pacientes e familiares e, também, das dificuldades que os cuidadores têm em aceitar os problemas que estão vivenciando.

Fatores como a gravidade da doença, o nível de incapacidade funcional, o comprometimento na habilidade de comunicar-se, o número de medicamentos em uso, a presença de maiores limitações, distúrbios psiquiátricos e/ou cognitivos apresentados pelos pacientes estão associados ao nível de sobrecarga e à qualidade de vida do cuidador familiar. Assim, quanto mais dependente e desfavorável forem as condições dos pacientes, maior será o impacto e as atribuições relativas ao ato de cuidar, desempenhadas pelo cuidador (COMARU; MONTEIRO, 2008).

Tal sobrecarga pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam afetando tanto o bem-estar do cuidador como do paciente. Assim, é evidente que as atribuições do cuidador, pertinentes ao ato de cuidar de seu familiar adoecido e/ou dependente, interferem nos aspectos de sua própria vida pessoal, familiar, laboral e social, predispondo-os a conflitos (ARAUJO; PAUL; MARTINS, 2009; ARAUJO *et al.*, 2013).

Compreende-se que, muitas vezes, o foco da atenção, nos serviços de saúde, é o indivíduo doente, o que deixa o cuidador à margem da atenção. Salienta-se que, os cuidadores familiares são percebidos como recurso em benefício do indivíduo, mas não como um alvo de atenção da equipe de saúde. No entanto, é necessário olhar para eles como pessoas que necessitam, também, de apoio e cuidados (BECK *et al.*, 2007).

Diante de todos esses aspectos, tal estudo teve como foco identificar os aspectos negativos e positivos, envolvidos na prestação de cuidados desses cuidadores, tendo como questão de pesquisa: quais os aspectos positivos e negativos envolvidos no conforto dos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado?

Estudo aponta algumas dificuldades reveladas pelos cuidadores familiares, como o despreparo pessoal aliado à precariedade social e econômica. Além disso, defrontam-se com a atenção restrita e descontinuada prestada pelos serviços de saúde (REZENDE *et al.*, 2010).

Fonseca e Rebelo (2011) verificaram, em revisão sistemática, que as principais necessidades do cuidador da pessoa em estágio avançado de doença são: comunicação, relação de confiança e segurança, reconhecimento de desejos, preparação para o luto, necessidades de informação, capacitação, envolvimento nos cuidados e necessidades emocionais, espirituais e de descanso.

Nesse sentido, apesar do importante papel assumido pelos cuidadores e da influência dessa função nas suas vidas, Lamino, Turrini e Kolcaba (2014) ressaltam a ausência de pesquisas, avaliando o impacto da doença sobre o conforto dos cuidadores familiares.

Malinowski e Stamler (2002) fizeram uma busca na literatura acerca do conceito de conforto, que revelou não existir um consenso quanto à definição deste conceito, contudo é abordado como uma necessidade humana básica e, tendo em vista o foco atual de cuidados na promoção da saúde, e considerando a conexão entre o conforto e bem estar, também o conforto deve ser considerado como um elemento indispensável do cuidado humano holístico, sendo um conceito de valor relevante para a enfermagem.

Existem dezoito conceitos apresentados na teoria do conforto, estes vão desde a definição de conforto, aos pressupostos e proposições: conforto, alívio, tranquilidade, transcendência, contextos físico, psicoespiritual, sociocultural, ambiental, medidas de conforto, necessidades de cuidados de saúde, comportamentos de busca em saúde, integridade institucional, variáveis intervenientes, comportamentos internos, comportamentos externos, morte pacífica, melhores práticas e melhores políticas (PONTE; SILVA, 2013).

Kolcaba (2003), a teórica deste constructo, define conforto como o estado no qual as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são fortalecidas nos quatro contextos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Segundo Oliveira (2011), conforto significa o resultado da ajuda, como vivência subjetiva do estado momentâneo em que a pessoa se percebe tranqüila, aliviada ou capaz de superar o desconforto. É um conceito subjetivo e individual, e pode ocorrer em maior ou menor grau, dependendo de diversos fatores, que envolvem indivíduos e suas percepções pessoais.

O conforto, etimologicamente, origina-se do latim *confortare*, que significa fortificar, certificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar. O conforto pode assumir o significado de ato de confortar a si e de confortar o outro. É um estado de prazer e bem-estar (DUGAS, 1988).

Na história da enfermagem, a palavra conforto vem escrita nos manuais, desde Nightingale, que menciona o conforto físico, psicológico e social dos doentes como um resultado desejável a alcançar mediante os cuidados de enfermagem. A habilidade da enfermeira poderia ser avaliada pelos níveis de conforto que o doente obtinha com a aplicação dos seus cuidados. Nightingale valorizou, também, o ambiente como fator determinante para a manutenção da saúde e recuperação na doença, prestando cuidados globais à pessoa (MUSSI, 2005).

Os quatro contextos de realização do conforto são também definidos na teoria: o físico está relacionado a sensações corporais e mecanismos homeostáticos, ou seja, do equilíbrio do corpo; psicoespiritual refere-se à consciência interna de si mesmo, o que inclui autoestima, autoconceito, sexualidade, significado na vida de alguém de uma ordem superior de existência e sua relação com ela. Já sociocultural envolve as relações interpessoais, familiares e sociais, além de tradições familiares, rituais e práticas religiosas; e o ambiental pertence à base externa da experiência humana, incluindo temperatura, iluminação, ruídos, odores, cor, mobiliário e paisagem (KOLCABA, 2001).

Tal conceito vem sendo utilizado por Kolcaba em diversos contextos do cuidado de enfermagem, quais sejam, mulheres com câncer de mama (KOLCABA; FOX, 1999), pacientes idosos (KOLCABA; PANNO; HOLDER, 2000); pediátricos (KOLCABA; DIMARCO, 2005); pessoas no perioperatório (KOLCABA; WILSON, 2004;) em psiquiatria (KOLCABA; APÓSTOLO, 2009), pacientes com câncer (LAMINO; TURRINI; KOLCABA, 2014), dentre outros.

Assim, os sintomas físicos, a organização do ambiente, as relações interpessoais, as crenças e os valores individuais estão relacionados com os pacientes e as experiências dos cuidadores (KOLCABA, 1994). Tendo em vista que o conforto é uma das metas de alcance do cuidado de enfermagem, Kolcaba e Fox (1999) construíram o *General Comfort Questionnaire* (GCQ), um instrumento para mensurar o conforto e identificar aspectos positivos e negativos envolvidos no cuidado oferecido ao paciente com câncer avançado.

Tal instrumento foi traduzido e validado por Rezende *et al.*, (2005) em cuidadores principais de pessoas com câncer em geral. Contudo, já foi utilizado com cuidadores de crianças e adolescentes com câncer avançado (MOREIRA; FERREIRA; COSTA JÚNIOR, 2012), bem como com cuidadores de pacientes com câncer em geral (LAMINO; TURRINI; KOLCABA, 2014).

Nesse contexto, é necessário considerar que, além das características do câncer, o que mais afeta o cuidador de pacientes oncológicos são suas emoções e sentimentos relacionados à doença (SORATO *et al.*, 2010). Sales *et al.*, (2010) e Oliveira *et al.*, (2011) afirmam que somado a estes fatores, as dificuldades financeiras, devido ao afastamento do trabalho para cuidar, e muitas, vezes gastos que o tratamento implica, e a falta de tempo livre para descansar e realizar atividades sociais influenciam o desenvolvimento de uma sobrecarga de atividades e preocupações e repercutem diretamente em seu bem-estar/conforto.

As necessidades do cuidador passam por cuidar de si próprio, saber lidar com expectativas e angústias, ser capaz de identificar sinais de mudança, ser capaz de adaptar-se

em termos emocionais, relacionais e cognitivamente, estar informado e saber onde e como pedir ajuda. Reconhece-se que existem múltiplas respostas orientadas para os que são cuidados, mas são raras as respostas orientadas especificamente para os cuidadores.

Assim, ressalta-se a importância de realização de estudos que avaliem o conforto dos cuidadores de pacientes com câncer avançado, uma vez que, segundo Rezende (2005) existem poucos trabalhos na literatura acerca desse tema, e os aspectos multidimensionais envolvidos no conforto geral dos cuidadores não são abordados completamente em alguns instrumentos.

Resultados de algumas pesquisas sobre essa temática indicam que o cuidador principal do familiar doente precisa ser tratado com atenção especial, uma vez que seu estado de saúde física e emocional influenciarão diretamente o bem-estar e os cuidados do paciente e a qualidade de vida de ambos (VOLPATO; SANTOS, 2007).

Deste modo, é importante que os profissionais de saúde reconheçam os determinantes do conforto para que possam exercer atividades a fim de proporcioná-lo aos cuidadores (ROSA *et al.*, 2008). Dessa forma, diante da magnitude do câncer de mama no Brasil, e mais especificamente no Ceará, o estudo apresenta-se relevante.

Uma vez identificadas as principais dimensões do conforto que são afetadas, o enfermeiro poderá intervir de modo a promover medidas de conforto, imprescindíveis ao cuidado humanizado e de qualidade, muitas vezes minimizado frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se que por meio da promoção do conforto, os enfermeiros e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade (POTT *et al.*, 2013).

Assim, compreende-se que é primordial a detecção das principais áreas afetadas no conforto do cuidador, a fim de que a promoção de sua saúde seja alcançada, tendo em vista que enfrentam momentos de muitos conflitos, e alcançar a promoção da saúde dos cuidadores de forma a beneficiar as pessoas a quem o cuidado será dispensado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

- Avaliar o conforto dos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado.

### **2.2 Específicos:**

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com câncer de mama avançado;
- Descrever o perfil sociodemográfico e as características de cuidado dos cuidadores familiares principais;
- Verificar associações entre o conforto de cuidadores e as características sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama avançado;
- Verificar associações entre o conforto dos cuidadores e suas características sociodemográficas e informações de cuidado;

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

O estudo desenvolvido tem corte transversal e correlacional. De acordo com Hulley *et al.*, (2015), os estudos transversais analisam o efeito clínico e o fator em estudo. Todas as medições são feitas em uma única ocasião ou durante um curto período de tempo.

Almeida e Freire (2008), quando se referem ao método correlacional, afirmam que este se situa entre os métodos descritivos e os estudos experimentais, ou simplesmente compreensivos da realidade. Estudos correlacionais abrangem uma investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, ao invés das relações diretas de causa e efeito. Os desenhos correlacionais são caracteristicamente transversais, são desenhos empregados para analisar se modificações em uma ou mais variáveis estão relacionadas a alterações em outras variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Nesse tipo de estudo uma amostra é recrutada e são examinadas as distribuições das variáveis, estabelecendo as variáveis preditoras e o desfecho a partir do que pode ser plausível e de outras fontes (HULLEY *et al.*, 2015).

O estudo possui uma abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas por meio de instrumentos formais, reunidos e analisados de forma quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

#### 3.2 Local do estudo

A presente pesquisa foi realizada nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia de um centro de referência no tratamento do câncer no município de Fortaleza, Ceará.

O Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), especializado no tratamento de diversas neoplasias, com ênfase maior para o câncer de mama e de colo de útero. Habilitado pelo Ministério da Saúde, como unidade de alta complexidade em Oncologia (UNACON), é um dos centros de referência do Estado do Ceará para o tratamento de câncer. O local também disponibiliza ambulatório de consultas clínicas, prevenção, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, serviço de imagem, leitos hospitalares, intervenções cirúrgicas, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para pacientes de convênios, particulares e provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma equipe multidisciplinar, além de possuir um centro de pesquisa clínica.



### 3.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por cuidadores familiares de mulheres, com diagnóstico de câncer de mama avançado, em acompanhamento ambulatorial no serviço, realizando tratamento paliativo com quimioterapia e/ou radioterapia na referida instituição.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando o cálculo amostral para populações finitas, a seguir (HULLEY *et al.*, 2008):

$$n: \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

onde:

n: Tamanho da amostra;

$\sigma$ : Nível de Confiança escolhido, expresso em número de desvio padrão;

p: Percentagem com a qual o fenômeno se verifica ou inventado;

q: Percentagem complementar;

E: Erro máximo permitido;

N: Tamanho da população;

Para fins de cálculo amostral, foi estabelecido o intervalo de confiança  $\sigma$  de 95%, com nível de significância de 1,96, erro máximo (E) de 0,05 (5%), e uma prevalência (p) de 50%, já que não se conhece a prevalência dessa população estudada. Para chegar à população dos cuidadores familiares principais, foi necessário saber o tamanho da população de mulheres com câncer de mama, atendidas na referida instituição, assim, teve-se como referência o ano de 2015, no qual houve um total de 283 atendimentos a mulheres com câncer de mama no referido centro, no entanto, adotou-se  $N= 283$ . Logo, com a realização deste cálculo, deveriam compor a amostra 163 mulheres com câncer de mama atendidas no local do estudo, para ocorrer a indicação de seus respectivos cuidadores. Porém, a amostra final da pesquisa totalizou 70 cuidadores familiares principais, que foram indicados pelas mulheres com câncer de mama, tal fato atribuído à baixa demanda de pacientes no período da coleta, que atendessem os critérios de inclusão.

A técnica de amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, que consiste na captação de pessoas de mais fácil acesso para participar do estudo (POLIT; BECK, 2011).

Neste sentido, a amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Inclusão - cuidador familiar principal de mulher com diagnóstico de câncer de mama avançado, indicado por ela, no dia do seu atendimento no ambulatório, em tratamento paliativo de quimioterapia e/ou radioterapia, estadiamento 3 e 4, com metástase e/ou capacidade funcional medida pelo índice de Karnofsky, menor ou igual a 50, com exercício do cuidado, há pelo menos seis meses.

A capacidade funcional foi mensurada, por meio da escala *Palliative Performance Scale* (PPS) ou Escala de Karnofsky, tal escala tem sido utilizada para avaliar a evolução clínica de pacientes com câncer (INCA, 2002). Esta pontuação pode variar de 0 a 100, onde 0 significa a morte e 100 boa saúde. A pontuação de capacidade funcional a partir de 50 indica a necessidade de maior dependência de cuidados. Esse parâmetro foi utilizado em estudo anterior (LAMINO; TURRINI; KOLCABA, 2014).

Quanto aos critérios de exclusão- cuidador familiar principal que fosse remunerado (honorários, salários) pela família e menor de 18 anos.

### 3.4 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2016, pela própria pesquisadora, no Centro Regional Integrado de Oncologia, nos setores de quimioterapia e radioterapia.

Primeiramente, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice A), presente nos prontuários das mulheres com câncer de mama em tratamento paliativo, que estavam aguardando atendimento no serviço.

Após coletar tais informações, a autora da pesquisa dirigia-se a mulher, afim de contactá-la e informar-se sobre seu cuidador familiar principal. Assim, os cuidadores foram incluídos conforme os critérios de inclusão da pesquisa.

O cuidador familiar principal, ao aceitar participar da pesquisa, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Os dados coletados foram levantados, com aplicação de um formulário contendo dados sociodemográficos e informações relacionadas ao cuidado prestado (Apêndice C) e o questionário *General Comfort Questionnaire* (Apêndice D), na versão em português traduzido e validado por Rezende *et al.*, (2005), construído por Novak *et al.*, (2001), por meio de entrevista em sala privativa do serviço. O tempo para aplicação dos instrumentos para cada participante foi de 30 minutos.

### 3.4.1 Instrumento de Coleta de dados

#### **General Comfort Questionnaire (GCQ)**

O *General Comfort Questionnaire* (GCQ) foi testado anteriormente por Kolcaba e Fox (1999) nos Estados Unidos em 51 pacientes e em seus cuidadores e apresentou alta fidedignidade e segurança, com índice de alfa de Cronbach igual a 0,97, evidenciando ótima propriedade psicométrica.

Tendo em vista que o conforto é uma das metas de alcance do cuidado de enfermagem, Novak *et al.*, (2001) adaptaram o GCQ, para medir o conforto e identificar aspectos positivos e negativos envolvidos no cuidado oferecido ao paciente com câncer avançado. O instrumento abrange várias dimensões, como o apoio social, a resolução de conflitos, o meio ambiente, as crenças espirituais, as expectativas, o encorajamento, a necessidade de descanso, a socialização e a nutrição.

Em estudo com pacientes com câncer avançado e seus cuidadores, que teve como objetivo avaliar escalas para medir os níveis de conforto e as propriedades psicométricas, Novack *et al.*, (2001) consideraram o GCQ como uma ferramenta útil para avaliação do conforto de pacientes e seus cuidadores, bem como para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências.

A utilização do GCQ possibilita identificar as necessidades de conforto dos cuidadores e assim, o planejamento de intervenções que possam satisfazê-las, auxiliando cuidadores de pacientes durante o avanço da doença (Novak *et al.*, 2001). Para Rezende *et al.*, (2005) o GCQ oferece a oportunidade de ampliação das pesquisas, com essa população, por abranger as múltiplas dimensões do ato de cuidar, possibilitando a avaliação do estado global do cuidador. O instrumento ainda apresenta boa utilidade para a prática clínica, pois permite a identificação de problemas e indica as necessidades de mudanças para melhorar o bem-estar dos cuidadores.

Utilizaremos nessa pesquisa a versão em português traduzida e validada para o cuidador do *General Comfort Questionnaire* – GCQ (Apêndice C) de Rezende *et al.*, (2005). Trata-se de um instrumento auto-aplicável, podendo também ser preenchido pelo pesquisador a partir das respostas verbais do cuidador.

O GCQ contém 49 itens que avaliam o conforto do cuidador nas dimensões física, social, psico-espiritual e ambiental. O GCQ é um instrumento multidimensional para identificar as diferentes necessidades dos cuidadores.

É uma escala do tipo *Likert*, variando de 1 a 6 pontos, em que 1: discordo totalmente e 4: concordo totalmente. Os números 2 e 3 estão na faixa de discordância e 4 e 5 estão na faixa de concordância.

Os itens: 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 36, 37, 40, 42, 45, 46, 48 foram redigidos de forma negativa. Assim, tais itens têm seus valores invertidos na correção do questionário, ou seja, a pontuação seis é convertida para um, e assim por diante, para evitar vieses de resposta.

O intervalo possível para a pontuação total é de 49 (péssimo conforto/bem-estar) a 294 (excelente conforto/bem-estar). Ao final da escala, há uma questão complementar, discursiva e de resposta opcional: “Existe alguma outra pergunta que você gostaria que nós fizéssemos?”.

O Alfa de Cronbach, encontrado no estudo de Rezende *et al.*, (2010) foi igual a 0,83, o que indicou a adequação da escala e uma excelente consistência interna entre seus itens.

### **3.5 Organização e Análise dos dados**

Os dados obtidos foram compilados em planilhas do software Microsoft Excel 2010, a fim de consolidar as informações referentes aos dados sociodemográficos e clínicos das pacientes e dos cuidadores. O banco de dados construído foi organizado e analisado no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Realizada análise descritiva para as prevalências das variáveis sociodemográficas e clínicas, no caso daquelas categóricas ou nominais, e cálculo de medida central para as que fossem contínuas ou discretas. Foi realizada a soma dos pontos obtidos pela escala do conforto *General Comfort Questionnaire* (GCQ). À soma dos pontos obtidos foi realizada análise de associação entre as diversas variáveis coletadas. Foram calculadas frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis numéricas. Os testes utilizados foram o de Mann-Whitney para comparações envolvendo duas categorias, Kruskal-Wallis para mais de duas categorias e teste de significância da correlação de Spearman para associações entre variáveis numéricas. Para todos os procedimentos inferenciais foi adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os dados foram discutidos conforme a literatura pertinente e apresentados em tabelas.

### 3.6 Aspectos Éticos e legais

Com o intuito de garantir os direitos dos participantes, é necessário respeitar os aspectos éticos e legais relativos à pesquisa com seres humanos, baseados nas Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi garantida a privacidade e o anonimato dos participantes (BRASIL, 2012).

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e foi aprovado, com o parecer número 1. 152752/16, com CAAE: 56026116.3.0000.5054 (ANEXO A). Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Ressalta-se que os cuidadores poderiam não participar mais da pesquisa a qualquer momento, em que o mesmo referisse essa intenção, sem prejuízo para ele e que existia um desconforto e risco mínimo para o mesmo, estando o pesquisador apto a contornar qualquer desconforto proveniente da pesquisa, no entanto foi ressaltado que a pesquisa trará benefícios, com relação a melhorar e ampliar a assistência aos cuidadores de mulheres com câncer de mama.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres com câncer de mama avançado

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas e clínicas de 70 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, envolvidas no trabalho, foram utilizadas as variáveis: idade, cor, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência, renda, filhos, religião, tempo de diagnóstico, índice da escala de Karnofsky, qual tratamento paliativo realizava e estadiamento da doença, tabagismo e etilismo.

As informações referentes aos dados sociodemográficos foram expostas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Distribuição das mulheres com câncer de mama avançado, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	N	%
<b>Idade (n=70)</b>		
30 a 39	7	10,0
40 a 49	13	18,6
50 a 59	17	24,3
60 a 69	21	30,0
70 a 79	8	11,4
80 ou mais	4	5,7
<b>Cor</b>		
Branca	7	10
Parda	62	88,6
Preta	1	1,4
<b>Estado civil</b>		
Solteira	8	11,4
Casada/União estável	53	75,7
Divorciada	1	1,4
Viúva	8	11,4
<b>Escolaridade</b>		
Sem estudo	8	11,4

Fundamental incompleto	21	30
Fundamental completo	9	12,9
Médio incompleto	1	1,4
Médio completo	22	31,4
Superior incompleto	2	2,9
Superior completo	7	10
<b>Ocupação</b>		
Empregada	4	5,7
Desempregada	34	48,6
Aposentada	32	45,7
<b>Procedência</b>		
Capital	40	57,1
Interior	24	34,3
Região metropolitana	6	8,6
<b>Renda</b>		
1 a 2 SM	61	87,1
3 a 4 SM	3	4,3
Acima de 5 SM	1	1,4
< 1 SM	5	7,1
<b>Filhos</b>		
Nenhum	6	8,6
1 a 2	42	60
3 a 4	12	17,1
5 ou mais	10	14,3
<b>Religião</b>		
Católica	50	71,4
Evangélica	18	25,7
Testemunha de Jeová	2	2,9

SM: Salário mínimo vigente no período: R\$ 888,00; Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Média de idade das pacientes é de  $56,7 \pm 13,4$  anos. Média de filhos das pacientes  $2,7 \pm 3,2$  filhos

Com relação aos dados sociodemográficos, identificou-se que 21 mulheres (30%) estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, com média de 56,7 anos, com cor parda 62 (88,6%), 53 (75,7%) eram casadas ou tinham uma união estável, 22 (31,4%) possuíam o Ensino Médio Completo e estavam desempregadas 34 (48,6%), com procedência da capital 40(57,1%), com renda de 1 a 2 salários mínimos 61 (87,1%), possuindo de 1 a 2 filhos (60%) e religião

católica, 50(71,4%).

A tabela 2 descreve as distribuições de frequências das características clínicas das 70 mulheres do estudo.

**Tabela 2** – Distribuição das mulheres com câncer de mama avançado, segundo as variáveis clínicas, Fortaleza-CE, 2017.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de diagnóstico em anos (n=70)</b>		
< 1	7	10
1  - 2	17	24,3
2  - 3	15	21,4
3  - 4	12	17,1
5  -	19	27,1
<b>Fez cirurgia</b>		
Sim	64	91,4
Não	6	8,6
<b>Índice - Escala Karnofsky</b>		
50	54	77,1
40	16	22,9
<b>Tratamento paliativo</b>		
Radioterapia paliativa	23	32,9
Quimioterapia paliativa	47	67,1
<b>Estadiamento</b>		
III	22	31,4
IV	48	68,6

Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Tempo de diagnóstico de  $3,7 \pm 3,3$ anos.

No tocante aos dados clínicos, 19 (27,1%) haviam sido diagnosticadas há mais de cinco anos, com média de tempo de diagnóstico de 3,7 anos, 64 (91,4%) haviam feito cirurgia, prevalecendo o índice de Karnofsky 50, com 54 (77,1%), em quimioterapia paliativa 47(67,1%), com estadiamento IV 48(68,6%).



#### 4.2. Caracterização sociodemográfica e de cuidado dos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado.

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas, hábitos de vida e de cuidado de 70 cuidadores de mulheres com câncer de mama, envolvidos no trabalho, foram utilizadas as variáveis: idade, cor, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência, renda, filhos, religião, número de pessoas que cuida, tempo como cuidador, horas de cuidado prestado, parentesco, reside ou não com o ser cuidado, possui atividade de lazer e pratica de atividade física.

As informações referentes aos dados sociodemográficos e hábitos de vida foram expostas na Tabela 3.

**Tabela 3** – Distribuição dos cuidadores de mulheres com câncer de mama avançado, segundo variáveis sociodemográficas e hábitos de vida. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	N	%
<b>Idade (n=70)</b>		
< 20	2	2,9
20 – 29	15	21,4
30 – 39	20	28,6
40 – 49	14	20
50 – 59	11	15,7
60 -	8	11,4
<b>Sexo</b>		
Feminino	54	77,1
Masculino	16	22,9
<b>Cor (autoreferida)</b>		
Branca	6	8,6
Parda	61	87,1
Preta	3	4,3
<b>Estado civil</b>		
Solteira	24	34,3
Casada/União estável	44	62,9
Viúva	2	2,9
<b>Escolaridade</b>		
Sem estudo	1	1,4
Fundamental incompleto	9	12,9
Fundamental completo	3	4,3

Médio incompleto	4	5,7
Médio completo	39	55,7
Superior incompleto	10	14,3
Superior completo	4	5,7
<b>Ocupação</b>		
Empregado	25	35,7
Desempregada	39	55,7
Aposentada	6	8,6
<b>Procedência</b>		
Capital	41	58,6
Interior	23	32,9
Região metropolitana	6	8,6
<b>Renda</b>		
< 1 SM	23	32,9
1/2 SM	40	57,1
3/4 SM	6	8,6
5 SM	1	1,4
<b>Filhos</b>		
Nenhum	23	32,9
1 a 2	37	52,9
3 a 4	8	11,4
5 ou mais	2	2,9
<b>Religião</b>		
Católica	57	81,4
Evangélica	11	15,7
Testemunha de Jeová	2	2,9
<b>Tabagista</b>		
Sim	3	4,3
Não	67	95,7
<b>Etilista</b>		
Sim	3	4,3
Não	67	95,7
<b>Lazer</b>		
Sim	31	44,3
Não	39	55,7
<b>Atividade física</b>		
Sim	16	22,9
Não	54	77,1

\*Salário Mínimo Vigente no período R\$ 788,00. Fonte: Elaborada pela autora; 201. Média de idade dos cuidadores é de 39,9 ± 13,9 anos. Média de 1,3 ± 1,4 filhos por cuidador.

Com relação aos dados sociodemográficos, identificou-se que 20 (28,6%) dos cuidadores tinham faixa etária de idade de 30 a 39 anos, com uma média de 39,9 anos, 54 (77,1%) eram do sexo feminino, 61 (87,1%) com cor parda, 44 (62,9%) casados ou com uma união estável, 39 (55,7%) possuíam o Ensino Médio Completo e estavam desempregadas, eram procedentes da capital 41 (58,6%), possuindo renda entre 1 a 2 salários mínimos 40 (57,1%), possuindo de 1 a 2 filhos por cuidador 37 (52,9%), 57 (81,4%) possuíam religião católica e em relação aos hábitos de vida 67 (95,7%) não eram tabagistas e nem etilistas e 39 (55,7%) não possuíam lazer e 54 (77,1%) não praticavam atividade física.

A tabela 4 descreve as distribuições de frequências das características relacionadas ao cuidado prestado pelos cuidadores.

**Tabela 4** – Distribuição dos cuidadores de mulheres com câncer de mama avançado, segundo as características relacionadas ao cuidado prestado. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	N	%
<b>Cuida de quantas pessoas (n=70)</b>		
1	61	87,1
2	7	10
> 2	2	2,9
<b>Tempo como cuidador (anos)</b>		
< 1	9	12,9
1  - 2	25	35,7
2  - 3	16	22,9
3  - 4	9	12,9
5  -	11	15,7
<b>Parentesco</b>		
Filho	38	54,3
Esposo(a)	14	20
Outro*	18	25,7
<b>Reside com a paciente</b>		
Sim	44	62,9
Não	26	37,1
<b>Horas de cuidados</b>		
5 a 6	16	22,9
7 a 8	27	38,6
9 a 10	18	25,7
Mais de 10	9	12,9

Fonte: Elaborada pela autora;2017. Outro: prima, sobrinha, neta, cunhada, nora, sogra, irmã, mãe. Tempo médio como cuidador de  $2,7 \pm 2,3$  anos. Tempo médio diário de  $8,4 \pm 2,0$  horas.

No tocante as características do cuidado prestado pelos cuidadores, 61 (87,1%) cuidavam apenas de uma pessoa, com tempo entre 1 a 2 anos, 25 (35,7%) e média de 2,7 anos, sendo 38 (54,3%) filhos das mulheres com câncer de mama, 44(62,9%) morando com a paciente e prestando entre 7 a 8 horas de cuidados 27 (38,6%), com média de 8,4 horas.

#### 4.3 Avaliação do conforto pela escala *General Comfort Questionnaire* (GCQ)

Os resultados referente à análise da escala foram organizados para destacar os escores de cada item do instrumento, como também os maiores e menores valores médios dos itens da escala

A tabela 5 apresenta a análise da escala GCQ a partir da média dos escores por questão.

**Tabela 5** – Média de pontuação por questão do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.

GCQ	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1 Meu corpo está relaxado agora.	3,8	1,7	1	6
2 Nós não temos privacidade o suficiente.*	3,3	1,8	1	6
3 Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer.	5,7	0,8	1	6
4 Eu me preocupo com a minha família.*	1,1	0,4	4	6
5 Minhas crenças me trazem paz de espírito.	5,8	0,6	2	6
6 As enfermeiras me trazem esperança.	5,0	1,4	1	6
7 Minha vida não vale a pena nesse momento.*	5,4	1,3	1	6
8 Eu sei o quanto eu sou amado (a).	5,4	1,1	2	6
9 Este ambiente é gostoso.	3,7	1,6	1	6
10 Eu tenho dificuldade para descansar.*	3,4	2,0	1	6
11 Ninguém me entende.*	5,2	1,3	1	6
12 É difícil suportar a dor que sinto.*	3,3	1,6	1	6
13 Eu me sinto em paz.	5,4	1,1	2	6
14 Eu tenho medo de dormir*	5,6	1,1	1	6
15 Eu me sinto culpado (a).*	5,3	1,4	1	6

16 Eu não gosto disso aqui.*	3,4	1,8	1	6
17 Eu não tenho apetite.*	5,2	1,3	1	6
18 Eu sou capaz de me comunicar com quem eu amo.	5,7	1,1	1	6
19 Esse quarto me dar medo.*	4,7	1,8	1	6
20 Eu sinto medo do que vem pela frente.*	3,2	1,7	1	6
21 Eu tenho pessoas especiais que fazem eu me sentir apoiada.	5,8	0,5	4	6
22 Eu tenho passado por mudanças que me deixam Incomodado (a).*	2,6	1,6	1	6
23 Eu gosto que o quarto dela esteja seja tranquilo.	5,9	0,4	4	6
24 Gostaria de ter mais contato com o médico.*	1,8	1,5	1	6
25 A temperatura deste quarto é agradável.	5,0	1,0	1	6
26 Quando esta situação terminar será difícil retornar minhas antigas responsabilidades *	2,6	1,4	1	6
27 Eu posso crescer com essa situação.	5,5	1,1	1	6
28 Esse ambiente é depressivo.	3,3	1,6	1	6
29 Eu preciso de uma poltrona ou uma cama confortável.*	3,0	1,3	1	6
30 Essa situação me inspira.	4,9	1,5	1	6
31 Quando olho para trás vejo que vivemos uma vida boa.	5,6	0,9	1	6
32 Eu me sinto fora de lugar aqui.*	3,6	1,7	1	6
33 Eu me sinto suficientemente forte para fazer as coisas para ela.	5,7	0,7	3	6
34 Eu penso no desconforto dela constantemente*	1,2	0,6	2	6
35 Eu me sinto confiante espiritualmente.	5,9	0,6	1	6
36 Eu tenho necessidade de ter mais informação sobre a condição dela.*	1,3	0,7	3	6
37 Eu me sinto desamparado(a).*	5,0	1,4	1	6

38	Nós estamos bem em nosso relacionamento.	5,9	0,7	1	6
39	Esse quarto tem ar fresco.	4,8	0,9	3	6
40	Eu me sinto só.*	5,1	1,5	1	6
41	Eu me sinto capaz de falar para as pessoas aquilo que preciso.	5,4	1,4	1	6
42	Eu estou deprimido (a).*	5,0	1,5	1	6
43	Nós encontramos um significado em tudo isso que estamos passando.	5,3	1,3	1	6
44	Os amigos se lembram, por meio de recados e telefonemas.	5,9	0,5	3	6
45	O estado emocional dela me deixa triste.*	2,2	1,7	1	6
46	Eu penso muito no futuro.*	5,6	1,0	1	6
47	Ela está limpa e seca.	6,0	0,0	-	6
48	Tenho preocupações com a parte financeira.	1,9	1,6	1	6
49	Deus está me ajudando.	5,9	0,4	3	6

\*Invertidas; n=70 cuidadores familiares; Fonte: Elaborada pela autora; 2017.

Para a análise do instrumento, os itens que foram redigidos de forma negativa têm seus valores invertidos na correção do questionário, ou seja, a pontuação seis é convertida para um, e assim por diante.

Assim, de acordo com a tabela, a média dos escores das questões variou de 1,1( $\pm 0,4$ ) a 6,0( $\pm 0,0$ ). A menor média é referente à questão 4 (Eu me preocupo com a minha família), que é um dos itens redigidos de forma negativa e que possui a pontuação invertida na escala e a maior média é referente a questão 47 (Ela está limpa e seca).

Dos itens redigidos de forma negativa e que tiveram sua pontuação invertida, destacam-se os itens 7 (Minha vida não vale a pena nesse momento), com média (5,4 $\pm 1,3$ ), 11 (Ninguém me entende), com média (5,2 $\pm 1,3$ ), 14 (Eu tenho medo de dormir), com média (5,6  $\pm 1,1$ ), 15 (Eu me sinto culpada), com média (5,3 $\pm 1,4$ ), 37 (Eu me sinto desamparado) com média (5,0 $\pm 1,4$ ) e 42 (Eu estou deprimido), com média (5,0 $\pm 1,5$ ) que obtiveram médias altas.

Destaca-se também, nesta tabela, a relação de confiança com as enfermeiras, item 6 (As enfermeiras me trazem confiança), com média 5,0( $\pm 1,4$ ) em contraponto com a necessidade de mais contato com o médico, referente ao item 24 (Gostaria de ter mais contato

com o médico), com média 1,8( $\pm$ 1,5).

O escore total da escala de conforto (GCQ) apresentou uma média de 217,49, com mediana de 218,5, desvio padrão 19,846, apresentando mínimo de 142 e máximo 252. A tabela que consta a pontuação total dos escores da escala de todos os cuidadores encontra-se, como apêndice E (refere-se à tabela 12).

A tabela 6 apresenta a distribuição decrescente dos valores médios mais altos da escala GCQ (situados entre 5 e 6), bem como, o desvio padrão e as variações individuais de cada resposta, a partir dos valores mínimos e máximos atribuídos a cada questão.

**Tabela 6** – Distribuição decrescente dos maiores escores médios obtidos com a Escala *General Comfort Questionnaire*, Fortaleza-CE, 2017.

Nº Questões GQC	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
47. Ela está sempre bem cuidada	6,0	0,0	-	6
49. Deus está me ajudando	5,9	0,4	3	6
35. Eu me sinto confiante espiritualmente	5,9	0,6	1	6
44. Os amigos se lembram, por meio de recados e telefonemas	5,9	0,5	3	6
23. Eu gosto que o ambiente dela esteja tranquilo	5,9	0,4	4	6
38. Nós estamos bem em nosso relacionamento	5,9	0,7	1	6
5. Minhas crenças me trazem paz de espírito	5,8	0,6	2	6
21. Eu tenho pessoas especiais que fazem eu me sentir apoiada*	5,8	0,5	4	6
3. Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer	5,7	0,8	1	6
33. Eu me sinto suficientemente forte para fazer as coisas pra ela	5,7	0,7	3	6
18. Eu sou capaz de me comunicar com quem eu amo	5,7	1,1	1	6
46. Eu penso muito no futuro*	5,6	1,0	1	6
31. Quando olho para trás vejo que tivemos uma vida boa	5,6	0,9	1	6
14. Eu tenho medo de dormir*	5,6	1,1	1	6
27. Eu posso crescer com essa situação	5,5	1,1	1	6

7. Minha vida não vale a pena nesse momento*	5,4	1,3	1	6
8. Eu sei o quanto eu sou amado (a)	5,4	1,1	2	6
13. Eu me sinto em paz	5,4	1,1	2	6
41. Eu me sinto capaz de falar para as pessoas aquilo que preciso	5,4	1,4	1	6
15. Eu me sinto culpado (a)*	5,3	1,4	1	6
43. Nós encontramos um significado em tudo isso que estamos passando	5,3	1,3	1	6
17. Eu não tenho apetite*	5,2	1,3	1	6
11. Ninguém me entende*	5,2	1,3	1	6
40. Eu me sinto só*	5,1	1,5	1	6
37. Eu me sinto desamparado (a)*	5,0	1,4	1	6
25. A temperatura deste ambiente é agradável	5,0	1,0	1	6
6. As enfermeiras me trazem esperança	5,0	1,4	1	6
42. Eu estou deprimido (a)*	5,0	1,5	1	6

Fonte: Elaborada pela autora; 2017. \*Itens invertidos para análise.

Os fatores que mais contribuíram para diminuir o bem-estar dos cuidadores familiares podem ser observados na Tabela 7, que apresenta, em ordem crescente, os valores médios mais baixos (situados entre 1,0 e 2,0) obtidos nos itens 48, 24, 36, 34 e 04, bem como os respectivos desvios-padrão e valores mínimos e máximos.

**Tabela 7** - Distribuição dos menores escores médios obtidos com a Escala *General Comfort Questionnaire*, Fortaleza-CE, 2017.

Número Questões GQC	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
48. Tenho preocupações com a parte financeira	1,9	1,6	1	6
24. Gostaria de ter mais contato com o médico*	1,8	1,5	1	6
36. Eu tenho necessidade de ter mais informações sobre a condição dela*	1,3	0,7	3	6
34. Eu penso no desconforto dela constantemente*	1,2	0,6	2	6
4. Eu me preocupo com a minha família*	1,1	0,4	4	6

Fonte: Elaborada pela autora; 2017.

A tabela 8 apresenta a associação das variáveis sociodemográficas das mulheres com câncer de mama avançado, segundo a pontuação média do GCQ.



**Tabela 8** – Associação das variáveis sociodemográficas das mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.

<b>Variável</b>	<b>Média ± Desvio padrão</b>	<b>Valor p</b>
<b>Faixa etária</b>		
30 a 39	214,3 ± 13,8	0,586 <sup>3</sup>
40 a 49	215,7 ± 17,7	
50 a 59	219,2 ± 24,4	
60 a 69	219,8 ± 22,3	
70 a 79	215,9 ± 18	
80 ou mais	212,8 ± 6,7	
<b>Cor</b>		
Branca	209,7 ± 23,1	0,456 <sup>2</sup>
Parda	218,2 ± 19,6	
Preta	231,0	
<b>Estado civil</b>		
Solteira	208,3 ± 35,7	0,820 <sup>2</sup>
Casada/União estável	218,2 ± 16,9	
Divorciada	218,0	
Viúva	221,9 ± 19,1	
<b>Escolaridade</b>		
Sem estudo	213,1 ± 9,3	0,107 <sup>2</sup>
Fundamental incompleto	218,7 ± 24,3	
Fundamental completo	209,7 ± 18,5	
Médio incompleto	213,0	
Médio completo	219,2 ± 12,7	
Superior incompleto	186 ± 56,6	
Superior completo	233 ± 12,6	
<b>Ocupação</b>		
Empregado	202,8 ± 43,5	0,807 <sup>2</sup>
Desempregada	216,6 ± 19,9	
Aposentada	220,3 ± 15,4	
<b>Procedência</b>		
Capital	221,2 ± 16,8	0,123 <sup>2</sup>
Interior	213,9 ± 15,2	
Região metropolitana	207,2 ± 43,3	
<b>Renda*</b>		

< 1 SM	207,2 ± 36,5	
1 a 2 SM	216,9 ± 18	
3 a 4 SM	237 ± 6	0,055 <sup>2</sup>
Acima de 5 SM	245,0	
<b>Filhos</b>		
Nenhum	196,7 ± 34,5	
1 a 2	219,4 ± 18,1	
3 a 4	218,8 ± 13,3	0,270 <sup>3</sup>
5 ou mais	220,4 ± 18,3	
<b>Religião</b>		
Católica	217,5 ± 19,8	
Evangélica	216,8 ± 21,1	0,944 <sup>2</sup>
Testemunha de Jeová	222,5 ± 17,7	

<sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup> Teste de significância da correlação de Spearman;

\*Salário Mínimo vigente: R\$ 888,00. Fonte: Elaborada pela autora; 2017.

Nesta tabela, observa-se que não houve associação significativa entre as variáveis sociodemográficas da mulher com câncer de mama avançado e a escala GCQ. No entanto, pode-se perceber, que os valores dos escores mais baixos da GCQ dos cuidadores estava relacionado às mulheres com Ensino Superior Incompleto 186(±56), empregadas 202,8(±43,5) e sem filhos 196,7(±34,5) e com renda menor que 1 salário mínimo (207,2±36,5).

Na tabela 9 apresenta-se a associação das variáveis clínicas das mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ.

**Tabela 9** – Associação das variáveis clínicas das mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	Média ± Desvio padrão	Valor p
<b>Tempo de diagnóstico</b>		
< 1	219,6 ± 18,1	0,585 <sup>3</sup>
1  - 2	213,2 ± 24,6	
2  - 3	222,5 ± 14,8	
3  - 4	211,3 ± 14,6	
5  -	220,5 ± 22,1	
<b>Fez cirurgia</b>		
Sim	216,8 ± 20	0,372 <sup>1</sup>
Não	224,7 ± 18	
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Quadrantectomia	241,0	0,329 <sup>2</sup>
Mastectomia parcial	221,0	
Mastectomia radical	216,4 ± 20,1	
<b>Escala Karnofsky</b>		
50	216,6 ± 21,7	0,839 <sup>1</sup>
40	220,4 ± 11,6	
<b>Tratamento paliativo</b>		
Radioterapia paliativa	220,4 ± 12,9	0,68 <sup>1</sup>
Quimioterapia paliativa	216,1 ± 22,5	
<b>Estadiamento</b>		
III	215,1 ± 19,9	0,444 <sup>1</sup>
IV	218,6 ± 20	

<sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup> Teste de significância da correlação de Spearman.  
Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Nesta tabela, observa-se que também não houve associação significativa entre a escala GCQ e as variáveis clínicas das mulheres. No entanto, pode-se perceber, que embora não tenha ocorrido uma associação estatística entre as variáveis, os menores escores de conforto dos cuidadores estão relacionados ao tempo de diagnóstico de 3 a 4 anos (211,3 ± 14,6), que realizou mastectomia radical (216,4 ± 20,1), com índice da escala de Karnofsky 50 (216,6 ± 21,7), em quimioterapia paliativa (216,1 ± 22,5) e com o estadiamento III (215,1 ±

19,9).

Na tabela 10, apresenta-se a associação das variáveis sociodemográfica dos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado segundo a pontuação média do GCQ.

**Tabela 10** – Associação das variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	Média ± Desvio padrão	Valor p
<b>Faixa etária</b>		
< 20	226,5 ± 12	0,827 <sup>3</sup>
20 – 29	218,1 ± 24,9	
30 – 39	214,3 ± 20,7	
40 – 49	218,5 ± 18,6	
50 – 59	214,6 ± 20,4	
60 -	224,3 ± 10,3	
<b>Sexo</b>		
Feminino	216,4 ± 21,6	0,670 <sup>1</sup>
Masculino	221,2 ± 12,1	
<b>Cor</b>		
Branca	232,3 ± 11,4	0,059 <sup>2</sup>
Parda	215,9 ± 19,4	
Preta	220,7 ± 34,9	
<b>Estado civil</b>		
Solteira	217 ± 26	0,802 <sup>2</sup>
Casada/União estável	218,4 ± 14,2	
Viúva	202 ± 49,5	
<b>Escolaridade</b>		
Sem estudo		0,208 <sup>2</sup>
Fundamental incompleto	201,3 ± 29,8	
Fundamental completo	206 ± 20,2	
Médio incompleto	221,8 ± 11,5	
Médio completo	223 ± 14	
Superior incompleto	214,3 ± 27,8	
Superior completo	212,8 ± 9,5	

<b>Ocupação</b>		
Empregado	218,3 ± 20,1	0,916 <sup>2</sup>
Desempregada	216,5 ± 20,9	
Aposentada	220,3 ± 12,6	
<b>Procedência</b>		
Capital	220,7 ± 16,9	0,227 <sup>2</sup>
Interior	214,4 ± 15,3	
Região metropolitana	207,2 ± 43,3	
<b>Renda</b>		
< 1 SM	214 ± 28,8	0,722 <sup>2</sup>
1 a 2 SM	218,1 ± 12,5	
3 a 4 SM	227 ± 19,7	
5 SM		
<b>Filhos</b>		
Nenhum	218,7 ± 20,9	0,383 <sup>3</sup>
1 ou 2	220,1 ± 14,6	
3 ou 4	211,8 ± 22,7	
5 ou mais	178,5 ± 51,6	
<b>Religião</b>		
Católica	218,5 ± 18,9	0,630 <sup>2</sup>
Evangélica	211,4 ± 25,2	
Testemunha de Jeová	222,5 ± 17,7	

<sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup> Teste de significância da correlação de Spearman; SM: Salário mínimo; Fonte: Elaborada pela autora, 2017.

Nesta tabela, observa-se que também não houve associação significativa entre a escala GCQ e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares. No entanto, percebe-se que o sexo feminino teve menor média de escore (216,4 ± 21,6), em relação ao estado civil, as viúvas apresentaram menor escore (202 ± 49,5), a escolaridade relacionada ao ensino fundamental completo (201,3 ± 29,8) e incompleto (206 ± 20,2) tiveram as menores médias de escores, estarem desempregados (216,5 ± 20,9) e ter 5 ou mais filhos (178±51,6).

Na tabela 11 apresenta-se a associação das variáveis relacionadas ao cuidado dos cuidadores familiares segundo a pontuação média do GCQ.

**Tabela 11** – Associação das variáveis relacionadas ao cuidado prestado dos cuidadores familiares, segundo a pontuação média do GCQ. Fortaleza-CE, 2017.

Variável	Média ± Desvio padrão	Valor p
<b>Cuida de quantos</b>		
1	218,5 ± 18,4	0,475 <sup>2</sup>
2	206,7 ± 31	
> 2	223,5 ± 6,4	
<b>Tempo como cuidador</b>		
< 1	212,2 ± 29,5	0,836 <sup>3</sup>
1  - 2	218,7 ± 16,7	
2  - 3	218,3 ± 15,6	
3  - 4	219,1 ± 15,9	
5  -	216,5 ± 27,4	
<b>Parentesco</b>		
Filho	222,6 ± 14,8	0,043 <sup>2</sup>
Esposo (a)	220,3 ± 12,4	
Outro*	204,6 ± 27,7	
<b>Reside</b>		
Sim	219,3 ± 20,9	0,185 <sup>1</sup>
Não	214,4 ± 18	
<b>Horas de cuidados</b>		
5 a 6	223,3 ± 10,5	0,296 <sup>3</sup>
7 a 8	216,3 ± 22	
9 a 10	214,8 ± 13,5	
Mais de 10	216 ± 33,8	
<b>Lazer</b>		
Sim	218,8 ± 21,8	0,508 <sup>1</sup>
Não	216,4 ± 18,4	
<b>Atividade física</b>		
Sim	214,8 ± 25,6	0,817 <sup>1</sup>
Não	218,3 ± 18	

<sup>1</sup> Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup> Teste de significância da correlação de Spearman; Outros: prima, sobrinha, neta, cunhada, nora, sogra, irmã, mãe. Fonte: Elaborada pela autora., 2017.

Nesta tabela, a variável parentesco apresentou significância estatística, apresentando  $p=0,043$ , onde o parentesco filho apresentou maior média de conforto com (222,6 ± 14,8) e o parentesco outros (prima, sobrinha, neta, cunhada, nora, sogra, irmã, mãe)

apresentaram menores médias de conforto, com  $(204,6 \pm 27,7)$ , demonstrando que a variável parentesco afeta diretamente o conforto do cuidador. Em relação à variável número de pessoas que cuida, o menor escore de conforto foi atribuído aos cuidadores que cuidam de duas pessoas  $(206,7 \pm 31)$ , os que residem com a mulher possuem maiores médias de conforto com  $(219,3 \pm 20,9)$ , que prestam entre 5 a 6 horas de cuidados  $(223,3 \pm 10,5)$ .

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Avaliação do conforto, segundo dados sociodemográficos das mulheres com câncer de mama avançado e cuidadores familiares e suas características de cuidado

O perfil da amostra foi traçado com o intuito de compreender as características importantes que podem influenciar no conforto dos cuidadores familiares. Contudo, com relação à idade das mulheres com câncer de mama avançado, a média apresentada nesse estudo foi de 56,7 anos, enquadrando-se na faixa etária que requer maior atenção à saúde mamária, que vai de 50 a 69 anos, com a prática do rastreamento (BRASIL, 2015).

Os dados referentes às mulheres desse estudo reforçam com estudo realizado por Lôbo (2013), em que a média da idade foi de 52 anos, em que a maioria era casada, com renda mensal de pelo menos um salário mínimo. Outro estudo relacionado aos dados sociodemográficos de mulheres com câncer de mama afirma que a maioria não possuía ocupação remunerada e eram de religião católica, reforçando esse estudo, em que 48,6% das mulheres estavam desempregadas e 71,4% eram católicas. O ensino médio completo das mulheres desta pesquisa é uma discordância frente a outros estudos, onde possuíam apenas o ensino fundamental (FERREIRA, 2015).

Nesse sentido, atenta-se que quando grande parte dos participantes de tais estudos pertence a estratos mais baixos da sociedade, atentando-se para renda e ocupação, subentende-se que, segundo pesquisas, estes estão mais propensos à exposição a agentes cancerígenos e deficiências alimentares, podendo possuir acesso restrito aos serviços de saúde e assim também, a demora do diagnóstico, o que pode trazer pior prognóstico, cirurgias mutiladoras e terapêutica prolongada (WUNSCH FILHO *et al.*, 2008). Fato este que pode estar associado a uma maior quantidade de mulheres neste estudo, com estadiamento IV.

Mesmo o fator econômico, relacionado à renda da mulher, não apresentando correlação estatística significativa, os menores estratos econômicos (equivalendo a <1 salário mínimo e renda entre 1 e 2 salários mínimos) apresentaram menores escores de conforto entre seus cuidadores. Estudo afirma que a condição socioeconômica da família de pacientes com câncer avançado piorou após a doença, pois 56% desses pacientes contribuíam com a renda familiar (ARAÚJO *et al.*, 2009), tal fato pode estar associado à redução do conforto do cuidador. Revisão integrativa afirma que a sobrecarga financeira é um aspecto encontrado em 28,57% dos estudos, sendo considerado fator de extrema relevância, pois o cuidador abdica de sua própria vida, dedicando-se exclusivamente aos cuidados com o enfermo



(ENCARNAÇÃO *et al.*, 2014).

Em relação ao perfil dos cuidadores, o sexo feminino predominante, a idade menor que 50 anos (72,8%), estar desempregada, com parceiro ou união estável, não possuir lazer e ter de 1 a 2 filhos, tais informações são reforçadas por estudo realizado com temática semelhante (LAMINO *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos na presente pesquisa reforçam o que traz a literatura, onde se encontra mulheres adultas como a maioria dos cuidadores (AZEVEDO *et al.*, 2010). Pesquisas apontam que o gênero do cuidador pode interferir na sobrecarga do cuidado e que os homens só se responsabilizam pela tarefa de cuidado, quando não há uma mulher próxima e disponível para ocupar esse lugar e como uma atitude de reciprocidade (AWAD *et al.*, 2008; WEGNER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2013). Tal fato pode estar relacionado ao papel de cuidadora que, tradicionalmente, é atribuído à mulher, justificado pelo fato de, por muito tempo, ela não ter exercido atividades laborais fora do lar e ao homem o papel de provedor da família (ELSEN *et al.*, 2009; CARVALHO *et al.*, 2008).

Pesquisas relatam que o gênero feminino, quando relacionado ao cuidado, apresentam níveis mais altos de depressão do que homens que exercem o mesmo papel (DEMPSTER *et al.*, 2011; FITZELL *et al.*, 2010). Foi evidenciado em estudo que cuidadores de pessoas com câncer do sexo masculino apresentaram conforto (bem-estar) significativamente maior do que cuidadores do sexo feminino (REZENDE *et al.*, 2010). No entanto, embora, os índices da escala do conforto não apresentaram diferença estatística significativa em relação ao gênero nessa pesquisa, o sexo masculino apresentou maiores escores de conforto em relação ao sexo feminino.

No que se refere à escolaridade, de modo geral, os cuidadores apresentaram nível médio completo. Relativo a esta questão, estudo afirma que indivíduos com maior escolaridade percebem a restrição de sua vida social, devido à prestação de cuidados, impactando sua qualidade de vida (FERREIRA *et al.*, 2011). No entanto, ao avaliar os escores da escala com a escolaridade, percebeu-se que os menores escores de conforto estavam relacionados à baixa escolaridade, o que pode influenciar em algumas dificuldades que podem surgir durante a prestação de cuidados.

No entanto, ressalta-se que, em relação às principais dificuldades encontradas pelos cuidadores destacam-se: a falta de conhecimento sobre a doença, dificuldades para lidar com as fases da doença, dificuldade financeira e na administração de medicamentos. Faria e Cardoso (2010) e Kohlsdorf e Costa Junior (2010) identificaram em cuidadores familiares sentimentos de dor e sofrimento diante da descoberta do diagnóstico, das incertezas do

tratamento, dos diferentes momentos do tratamento e conseqüentemente dos novos cuidados técnicos e práticos assumidos, fatos esses que podem estar relacionado à baixa escolaridade.

No tocante ao estado civil, a maioria das cuidadoras do estudo eram casadas e apresentou maior média de conforto (M=218,4). Neste contexto, pesquisas evidenciam que mulheres casadas apresentam maiores índices de qualidade de vida (AMARAL *et al.*, 2009). No entanto, observou-se que as viúvas, apresentou uma média baixa de conforto em relação aos outros estados civis, demonstrando que o conforto foi afetado, com média de (M=202).

A situação ocupacional pode afetar o conforto (bem-estar) dos cuidadores. A presente pesquisa aponta que aqueles que referiram estar desempregados tiveram médias de conforto (bem-estar) mais baixas (M=216,5), embora tal variável não tenha apresentado significância estatística, este fato pode ser relacionado ao acúmulo de tarefas de cuidado em uma só pessoa. Estudo afirma que ter um trabalho remunerado mostrou ser um fator positivo para os cuidadores, tendo em vista evidências de que manter uma atividade produtiva no mercado de trabalho aumenta a auto-estima e preserva a individualidade, contribuindo para maior bem-estar e qualidade de vida (LAMINO *et al.*, 2014)

No entanto, resultado diferente foi apontado em pesquisa, onde os cuidadores que possuem outra ocupação apresentam médias menores de bem-estar, estando relacionado à soma de tarefas, como o cuidar do trabalho, onde se tem o acúmulo de responsabilidades que corrobora o comprometimento de seu bem-estar, uma vez que além da preocupação com o familiar doente, ainda absorvem-se com as obrigações do trabalho, podendo deixá-los sobrecarregados física e emocionalmente (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A renda do cuidador por ser um fator que reduz a sensação de conforto, embora tal informação não tenha apresentado significância estatística. Os cuidadores que tinham renda equivalente a menos de um salário mínimo, apresentaram menores médias de conforto (M=214). Estudo realizado com cuidadores familiares também apontou que a maioria dos cuidadores não possuía atividade remunerada fora do domicílio, nem recebia suporte financeiro externo e deixou de trabalhar para dedicar tempo integral ao paciente, após o adoecimento (MORAIS *et al.*, 2012). Contudo, salienta-se que os cuidadores necessitam adaptar-se à nova rotina de cuidados de forma inesperada e intensa, enfrentando dificuldades econômicas e estruturais, necessitando de apoio (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Essa rede de apoio social formal e informal deve ser constituída por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, redes de amigos ou voluntários, que atuam como facilitadores para o controle de situações problemáticas, como a renda (MARTINS *et al.*, 2003).

Em relação ao parentesco a presente pesquisa aponta o filho como principal

cuidador, com 54,3%, apresentando significância estatística ( $p=0,043$ ), apontando que o parentesco interfere no conforto do cuidador, aumentando a sensação de conforto/bem-estar, com maior média de escore de conforto ( $M=222,6$ ).

Estudo também apresenta o filho como o cuidador familiar principal, com (50,8%), estando o sentimento de retribuição presente, principalmente nas mulheres que, em sua maioria, são mais emotivas (MORAIS *et al.*, 2012). Tal fato, também, pode estar associado pela ausência de outro familiar para ocupar esse papel, como também a solicitação do próprio familiar, sentimentos de gratidão, recursos financeiros, disponibilidade de tempo, medo de outro cuidador não atuar adequadamente e oportunidade divina (BARROS *et al.*, 2013).

Ribeiro e Souza (2010) afirmam que uma série de fatores contribuem para a determinação do principal cuidador, do familiar com câncer, e não apenas a simples disponibilidade dos cuidadores. Para esses autores, as relações afetivas passadas desempenham papel crucial na decisão ou aceitação do papel de cuidador, além de fatores atuais e concretos como a proximidade residencial, suporte financeiro e disponibilidade de tempo. Estudo com a mesma temática apresenta os cônjuges/companheiros como principais cuidadores (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em relação aos outros vínculos de parentesco, o que apresentou menor média de conforto ( $M=204,7$ ) foram outros tipos de parentesco, onde se encaixam as mães, a sogra, as irmãs, a neta, as sobrinhas, as noras, as primas e a cunhada. Este resultado pode ser justificado pela forte ligação emocional com as mulheres, o que faz com que o seu papel, enquanto cuidadora abranja uma postura de dedicação plena.

As relações familiares estabelecidas entre o indivíduo que cuida e o que é cuidado, sofrem variações dependendo do tipo de família, da força e valor das relações estabelecidas ao longo dos anos e do contexto cultural e social em que estão inseridas (MICHELLI, 2011).

Estudo sobre as famílias dos pacientes oncológicos demonstra que a escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e, na maioria das vezes, a pessoa que assume esta atividade emerge do próprio seio familiar (NERI *et al.*, 2002).

No entanto, independentemente da forma como o cuidador foi escolhido é importante observar as características da personalidade de cada um deles, salientando que uma atitude positiva diante da vida proporcionará um cuidado positivo, com ônus menor ao cuidador e que a qualidade de vida do cuidador dependerá muito da motivação para o cuidado, pois quando o cuidar não é apenas obrigação pode produzir bem-estar e

tranquilidade, trazendo satisfação a este familiar com a certeza de fazer o bem ao ente querido (ENCARNAÇÃO *et al.*, 2014).

A maioria dos cuidadores residia com as mulheres e prestavam em média 8,4 horas de cuidados por dia. Tal informação é importante, pois é preditor para facilitar o cuidado integral. Em estudo realizado sobre a qualidade de vida dos cuidadores, os dados apontaram que morar com o paciente reflete mais horas de cuidado por semana, influenciando negativamente a sua qualidade de vida (PINTO, 2009). Ressalta-se que tal dado não foi estatisticamente significativo, mas os escores de conforto em relação ao cuidador residir ou não com a mulher, foi menor nos cuidadores que não residiam com as mulheres (M=214,4).

## **5.2 Avaliação do conforto, segundo itens que obtiveram os maiores escores da escala, causando impacto positivo no conforto dos cuidadores familiares**

Tendo em vista a complexidade de fatores que influenciam a sensação de conforto/bem-estar dos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado, em decorrência de diversas condições e dificuldades a que podem estar submetidos, observa-se pela escassez de estudos voltados a intervenções para os cuidadores, a necessidade dos serviços e profissionais de saúde atentarem-se para este público, intervindo de modo a compreender os principais fatores que podem comprometer sua satisfação pessoal, bem-estar, para assim poder atuar de modo a promover saúde nesta população.

Estudos mostram o ônus gerado pelo ato de prestar cuidado, podendo provocar problemas relacionados à saúde, acarretar problemas à vida pessoal, profissional e familiar em função da sobrecarga das atividades de cuidado, o que pode comprometer a qualidade do cuidado prestado (CARDOSO; ROSALINI; PEREIRA, 2010; FLORIANO *et al.*, 2012). Estudo aponta que os cuidadores podem passar por alguns conflitos no âmbito emocional, experimentando sentimentos positivos, como a satisfação por cuidar de uma pessoa da família e ao mesmo tempo sentimentos negativos, como sensação de impotência, tristeza, solidão e preocupação (BORN, 2008).

Analisando os escores da escala, percebeu-se que, apesar de os escores totais de conforto/bem-estar na amostra desse estudo apresentarem variabilidade (142-252), não foram obtidos valores próximos do mínimo da escala (49), o que indica conforme o instrumento, que piores níveis de conforto não estavam presentes nos cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama. No entanto, a ausência de participantes com níveis baixos de conforto/bem-estar, segundo GCQ, não invalida a importância de planejar e desenvolver

intervenções voltadas aos cuidadores familiares.

Diante dessas questões, compreender os fatores que contribuem para elevação do conforto, faz-se essencial. Assim, nesse contexto, um dos fatores que mais contribuiu para a elevação do conforto/bem-estar dos participantes da pesquisa, evidenciado pelos resultados obtidos no GCQ, era referente à relação entre o cuidador e o ser cuidado, com as questões: Nós estamos bem em nosso relacionamento (M=5,9) e quando olho para trás vejo que tivemos uma vida boa (M=5,6).

Assim, estudo realizado junto à cuidadores de pacientes com câncer apontou melhora da relação afetiva entre eles, com estreitamento de vínculos, após o adoecimento, mesmo diante das dificuldades enfrentadas (ARAÚJO *et al.*, 2009). No entanto, pesquisa afirmou que a convivência entre o cuidador e o paciente oncológico é cheia de sentimentos opostos, como carinho, zelo, gratificação, revelando a vontade do cuidador de estar ao lado do seu ente querido, o máximo de tempo possível, mas também de tristeza, incômodo e preocupação, que podem ser decorrentes da sensação de impotência, devido à gravidade da doença (FRATEZI *et al.*, 2011). Tais sentimentos surgidos, durante a prestação de cuidados, direcionam a uma necessidade que esse público possui de ter uma rede de apoio que os auxilie nessa experiência de cuidar.

Fratezi *et al.*, (2011) relata em seu estudo que redes de apoio são importantes para auxiliar o indivíduo a desenvolver estratégias e competências para lidar com as adversidades, ajudando em seu manejo e fornecendo suporte emocional, tendo como principais fontes de apoio: a família, os serviços de saúde e a espiritualidade.

Contudo, evidenciaram-se, nessa pesquisa, itens que obtiveram maiores escores do GCQ, que indicavam a presença de uma rede de apoio informal, como família e amigos, com os itens - Eu tenho pessoas especiais que fazem me sentir apoiada (M=5,8); - Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer (M=5,7). Os itens: - Eu sei o quanto sou amado (M=5,4); - Os amigos se lembram, por meio de recados e telefonemas (M=5,9); -Eu sou capaz de me comunicar com quem eu amo (M=5,7); - Eu me sinto capaz de falar para as pessoas aquilo que preciso (M= 5,4), demonstraram a importância dessa rede e apoio, apontando um impacto positivo no conforto.

Contudo, estudo aponta que o familiar que direciona para si todas as atividades relacionadas ao cuidado pode manifestar sentimentos de desconforto e solidão pela falta de apoio dos familiares, gerando uma crise no seu desempenho, em que a habitual relação de afeto e de reciprocidade, é substituída por uma relação em que predomina, de forma unilateral, a imperiosa necessidade de fazer pelo outro, praticamente sem nenhum retorno

pessoal (LUZARDO *et al.*, 2004).

Nakatani *et al.*, (2003) revelam a necessidade de incremento das modalidades de apoio aos cuidadores familiares, bem como informação, orientação, encaminhamento e apoio dos profissionais da área da saúde, da equipe multiprofissional. Resende e Dias (2008) acrescentam que a orientação e atenção ao cuidador trarão grandes benefícios à recuperação do paciente e proporcionarão maior tranquilidade e apoio técnico-emocional aos familiares que irão desempenhar a tarefa de cuidar no domicílio, o que é confirmado por Souza, Caldas (2008). Quando aconselhados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem que haja prejuízos à sua saúde física e emocional ou ao seu estilo de vida (CALVENTE, RODRÍGUEZ, NAVARRO, 2004).

Nota-se, portanto, que os cuidadores têm necessidades que podem ser diferentes das do paciente e que devem ser consideradas (DUARTE *et al.*, 2013). No entanto, Araújo *et al.*, (2009) colocam que, apesar dos cuidadores serem percebidos como benéficos ao tratamento, o foco da atenção profissional ainda é o indivíduo doente, como se os cuidadores soubessem cuidar do paciente naturalmente, sem necessitar de auxílio e apoio.

Estudo afirma que não ocorre um suporte especializado e o manejo adequado ao cuidador familiar pelos serviços e profissionais (QUEIROZ *et al.*, 2013). Contudo, os cuidadores utilizam-se da espiritualidade e religiosidade como formas de enfrentamento, que se mostram como fatores relevantes para o bem-estar do paciente e da família (PIRES *et al.*, 2013).

A rede de apoio funciona como uma importante fonte de recurso na promoção do bem-estar dos cuidadores familiares, diminuindo a sobrecarga física, emocional e conferindo maior satisfação com a vida. Em geral, os cuidadores são pessoas que não possuem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir os encargos desta função. No entanto, o convívio diário com o familiar doente permite-lhes adquirir certas competências e conhecimentos específicos possibilitando a prestação dos cuidados à pessoa com câncer (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Assim, o apoio social aos cuidadores é importante para prevenir implicações à saúde, sobrecarga, desgaste biopsicossocial e proporcionar condições favoráveis a sua qualidade de vida, ao permitir maior liberdade para desenvolver suas atividades cotidianas (ANJOS *et al.*, 2015).

Outro fator que influencia o conforto dos cuidadores é a espiritualidade e as crenças religiosas. As questões: - Deus está me ajudando (M=5,9); - Eu me sinto confiante espiritualmente (M=5,9) e - Minhas crenças me trazem paz de espírito (M=5,8), apresentaram

elevados escores no estudo em questão, corroborando o estudo de Rezende *et al.*, (2010), apontando que a presença da espiritualidade, como um evento que auxilia na promoção do conforto/bem-estar dos cuidadores.

A espiritualidade é um conceito difícil de ser definido, pois representa a busca individual do ser humano para compreender o sentido da vida e da existência (DEZORZI, 2006). Pode ser vista como energia, transcendência, plano superior, luz, e expressada de acordo com a religião adotada, por meio de orações, meditação e rituais que proporcionam o alívio para o sofrimento (LUZARDO, 2004).

A fé e a religião/religiosidade são fatores mediadores que auxiliam os familiares no enfrentamento do cuidado prestado (BRONDANI *et al.*, 2010). A religião é considerada, um importante aliado, atuando como apoio em todo processo da doença (BANDEIRA *et al.*, 2005). É relevante salientar que a espiritualidade está na essência do ser humano e se manifesta na relação com o outro e pode ser expressa no cuidado quando contempla a atenção, o carinho e o amor da cuidadora pelo doente, manifestando-se na capacidade de ouvir, dialogar e compreender o outro (LUZARDO, 2004).

Revisão integrativa aponta que a espiritualidade e a religiosidade são influências importantes no bem-estar dos cuidadores de pessoas com câncer, pois aliviam a pressão e eliminam os temores e a ressalta a religião como fonte de apoio social aos cuidadores e as pessoas com câncer, pois provê acesso às redes sociais e estabelece formas de assistência voltadas ao cuidado espiritual (preces, conforto de alguém da fé, obtenção de apoio de membros da igreja (SANCHEZ *et al.*, 2010). Outro estudo assinalou que muitos são aqueles que, independentemente de sua religião, buscam a cura do câncer na fé, na crença em Deus e na esperança de um milagre (GUERREIRO *et al.*, 2011).

O cuidado com a higiene corporal do familiar com câncer representado no item – Ele (a) está limpo e seco(a) (M=6,0), sugere que manter o ser cuidado com a melhor assistência possível constitui-se em um fator importante para o conforto/bem-estar do cuidador, Fratezi *et al.*, (2011) afirmam que dentre os sentimentos positivos que surgem ao prestar cuidado incluem: zelo, carinho e gratificação, revelando a vontade do cuidador de estar ao lado do seu ente querido o máximo de tempo possível. Mesmo que a tarefa seja dispendiosa, a relação de afeto entre o cuidador e o doente torna-se um fator que ameniza as dificuldades que o cuidar impõe.

A tranquilidade no ambiente do familiar também obteve altos escores no GCQ, com as questões - Eu gosto que o quarto dele (a) esteja tranquilo (M=5,9) e - a temperatura deste quarto é agradável, sugerindo a importância dos efeitos do ambiente para o conforto dos



cuidadores, reforçando a importância de manter um ambiente agradável e bem estruturado (FERREIRA *et al.*, 2011). O ambiente de cuidado, como dimensão contextual, tem diversos significados para os cuidadores. Para alguns, o ambiente representa apenas o espaço físico, uma boa iluminação, ventilação, instalações adequadas e seguras. Para outros, tem um significado maior, transcende ao elemento físico, representa um espaço de conforto, harmonia e bem-estar que contribuem positivamente para a recuperação do doente (SILVA, 1998). Rezende *et al.*, (2010) afirmam que medidas como o respeito ao silêncio, uma boa iluminação, uma limpeza adequada tornam o ambiente mais tranquilo e acolhedor.

Estudo ainda aponta que a falta de uma estrutura física adequada dificulta a realização de algumas atividades e acarreta o desgaste físico das cuidadoras manifestado por dores no corpo, resultantes do esforço para a realização das atividades diárias, tais como higiene corporal (SILVEIRA *et al.*, 2006). No entanto, os cuidadores são capazes de definir prioridades, realizar adaptações estruturais para superar as limitações do espaço físico, pois utilizam a criatividade, realizando adaptações na residência, com o objetivo de manter o doente no domicílio e proporcionar um ambiente favorável para o cuidado (SENA *et al.*, 2006).

Algumas questões do GCQ possuíam redação negativa e, para análise final tiveram o valor da média final invertido. A questão: - Eu me sinto culpado (a), com escore (M=5,3), evidenciou que, a sensação de não se sentir culpado favorece o conforto do cuidador, o item: - Ninguém me entende, com escore (M=5,2), aponta que o fato das pessoas lhe compreenderem também favorece a sensação de conforto, o item: -Eu me sinto desamparado (a), com escore (M=5,0), aponta que não se sentir desamparado também aumenta o conforto do cuidador.

Estudo afirmou que o fato de sentir-se responsável pelo adoecimento do seu familiar, influencia negativamente os cuidadores, podendo atuar como um elemento estressor e desencadear maiores índices de estresse (FARIA *et al.*, 2010). Em contrapartida, outra pesquisa relata que o amor e paciência são imprescindíveis para o cuidado, como a presença do respeito, da responsabilidade e do carinho com o familiar doente. O cuidado na dimensão afetiva pode ser manifestado por um gesto, um toque, um sorriso, ou por um olhar atento no momento da sua realização. Isso demonstra preocupação com o outro e confere qualidade à ação de cuidar (BRONDANI *et al.*, 2010).

Contudo, Melo *et al.*, (2009) mencionam em estudo, que a atuação da equipe determina a segurança do cuidador nos cuidados, enfatizando a importância da atuação da equipe de saúde não só no sentido de educar o cuidador, mas na compreensão das mudanças



que ocorrem em sua vida e do impacto do cuidado, para planejar estratégias facilitadoras da rotina e que permitam minimizar a sobrecarga.

A elevação do conforto/bem-estar também esteve relacionada à afirmação: - Eu me sinto suficientemente forte para fazer as coisas para ela (M=5,7), sugerindo que a percepção de poder ajudar seu familiar que está com a saúde debilitada pode promover o conforto dos cuidadores. Contudo, apesar dos cuidadores, muitas vezes, sentem-se sobrecarregados com o cuidar, alguns estudos identificaram consequências positivas na prestação de cuidados, como: a possibilidade de demonstrar amor, satisfação e sentimentos de realização, o reconhecimento de que cuidar do familiar faz diferença, a sensação de ter participado de uma experiência gratificante e significativa, fortalecimento das relações e crescimento pessoal (KOOP; STRANG, 2003; HUDSON, 2004; WONG; USSHER, 2009; THROMBRE *et al.*, 2010).

A questão: - Eu posso crescer com essa situação (M=5,01), indica que a tarefa do cuidador inclui aspectos positivos e de aprendizagem. E a questão: - Minha vida não vale a pena nesse momento (M=5,06) evidencia que mesmo vivenciando uma sobrecarga e estresse na prestação de cuidados, os cuidadores acreditam que sua vida está valendo a pena naquele momento. Contudo, compreende-se que o ato de cuidar de um familiar doente favorece o bem-estar/conforto dos cuidadores.

Assim, compreende-se que quando o cuidador familiar se disponibiliza para exercer tal função, a experiência de cuidar de um familiar doente possibilita conforto emocional e mudança de perspectiva de vida (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

Gonçalves *et al.*, (2006) mencionam que os cuidadores percebem o cuidado como algo que os dignifica como pessoas, além de representar cumprimento de dever moral e religioso. Estes cuidados também possibilitam ao cuidador o desenvolvimento de novas habilidades e posturas frente à vida, trazendo reflexões e questionamentos acerca do modo de viver. Tal postura pode ser considerada atitude de resiliência ao propiciar a descoberta de potencialidades para o enfrentamento da situação, criando para si alternativas que favoreçam mudanças na maneira de conduzir sua vida (FERNANDES *et al.*, 2012).

### **5.3 Avaliação do conforto, segundo itens que obtiveram os menores escores da escala, causando impacto negativo no conforto dos cuidadores familiares**

Entre os itens que obtiveram menores escores e que causaram impacto negativo na sensação de conforto/bem-estar dos cuidadores familiares encontra-se o item: - Eu me

preocupo com minha família, onde apresentou um escore médio (M=1,1), que é um dos itens redigidos de forma negativa. Tal item demonstra a preocupação que o cuidador possui com sua família, levando a considerar que outras questões relacionadas as suas famílias os preocupam, podendo levar a um estresse e sobrecarga emocional (FERREIRA, 2011).

O cuidador familiar tem importância fundamental no processo de relação do paciente com a doença, com o tratamento, considerando-o um aliado no acompanhamento do paciente crônico, pois é ele quem irá conviver com o paciente e sua doença, compartilhando juntos suas perdas e limitações, buscando apoio e conforto nas horas difíceis. Tal pesquisa aponta que mesmo que a ação de cuidar esteja embasada no amor, há momentos conflituosos em que os familiares cuidadores sentem-se tristes, e buscam auxílio em Deus ou procuram conversar com amigos ou familiares sobre suas preocupações e anseios (VOLPATO *et al.*, 2007).

O pensamento constante no desconforto do indivíduo com câncer, evidenciado no item: - Eu penso no desconforto dela (e) constantemente (item invertido) (M=1,2) - também foi um dos aspectos que se opõe ao conforto/bem-estar dos cuidadores participantes do estudo. Esse dado também aponta a preocupação do cuidador ao presenciar os desconfortos físicos e emocionais do ente com câncer (SOUZA *et al.*, 2008). Contudo, compreende-se que o cuidador ao vivenciar o sofrimento do ser com câncer, passa a compartilhar de sua dor física (SENA *et al.*, 2011).

A necessidade de informações sobre a condição da paciente, com o item: - Eu tenho necessidade de ter mais informações sobre a condição dela (item invertido), apresentou média (M=1,3), observa-se, portanto, que tal item influencia negativamente na sensação de conforto pelo cuidador.

Volpato e Santos (2007) acrescentam que os cuidadores familiares são pessoas com propensão a adoecerem com maior facilidade, pelo fato de estarem em contato direto com o paciente, acarretando sofrimento psíquico devido ao sofrimento que a doença pode ocasionar. A literatura aponta ainda que, além da sobrecarga advinda do ato de cuidar, a falta de informações acerca da condição do paciente e a imprevisibilidade do que pode vir a acontecer são fatores preponderantes para o declínio do conforto/bem-estar global do cuidador (Rezende *et al.*, 2010).

Os itens: - Tenho preocupações com a parte financeira (M=1,9) e – Gostaria de ter mais contato com o médico (item invertido) (M=1,8), também apresentaram baixos escores na escala, indicando impacto negativo na sensação de conforto. A preocupação com a parte financeira está relacionada ao abandono do trabalho pelo cuidador para se dedicar

integralmente à prestação de cuidados (ALMEIDA *et al.*, 2013). Essa preocupação pode também estar relacionada aos altos custos que podem ter com o tratamento de seus pacientes (ARAÚJO *et al.*, 2009). E, em relação à necessidade de maior contato com o médico, pode estar relacionada a informações insuficientes e não compreendidas passadas por tais profissionais, diminuindo a sensação de conforto/bem-estar dos cuidadores (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Contudo, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, no âmbito multiprofissional, de informar aos cuidadores acerca da doença e sua evolução e instruí-los a respeito de maneiras práticas para o manejo com os pacientes pode aumentar a percepção de controle da situação e diminuir sua ansiedade (SILVA; HORTALE, 2006).

Assim, constata-se a necessidade de incluir esses cuidadores nos cuidados nos serviços de saúde, oferecendo apoio e suporte para dispensar seus cuidados, pois eles são desafiados por inúmeras demandas e passam a ter restrições em relação à própria vida, o que contribui para o aparecimento da sobrecarga e redução do bem-estar/conforto.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados expostos nesta pesquisa apresentaram tanto a relação entre a associação do conforto do cuidador e os seus dados sociodemográficos e suas características de cuidado quanto à relação da associação do seu conforto com as variáveis sociodemográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama avançado. Mostrou também a avaliação do conforto, segundo os escores médios da escala.

Identificou-se que a população de cuidadores familiares estudada se constituiu predominantemente por mulheres, na faixa etária média de 39, 9 anos, casados, com ensino médio completo, desempregados, com renda entre 1 a 2 salários mínimos, com religião católica, não possuíam lazer e nem praticavam atividade física, cuidavam apenas de uma pessoa, com tempo entre 1 a 2 anos de prestação de cuidados, a maioria eram os filhos das mulheres com câncer de mama avançado, moravam com a paciente e prestavam de 7 a 8 horas de cuidado.

Constatou-se que a variável que apresentou associação estatística significativa com a escala GCQ, foi a variável parentesco e a menor média de conforto estava relacionada a outros tipos de parentesco, como mãe, irmã, prima, sobrinha, nora, sogra, neta, cunhada, indicando uma redução do conforto/bem-estar dos cuidadores.

O uso de instrumentos de avaliação holística multidimensional com cuidadores de pacientes com câncer pode ser útil em equipes multiprofissionais de prática clínica à medida que buscam melhorar a prestação de cuidados aos cuidadores.

Assim, foi possível com a utilização do questionário GCQ, junto a cuidadores familiares de mulheres com câncer de mama avançado, identificar os itens que causaram impacto positivo e negativo no conforto/bem-estar desses indivíduos. Questões que envolveram a relação de cuidador e ser cuidado, da existência de uma rede de apoio e da espiritualidade, da tranquilidade do ambiente, bem como o ato de cuidar em si impactaram positivamente na sensação de bem-estar/conforto dos cuidadores. Já os itens que envolveram a preocupação com a família, com o desconforto físico e emocional da mulher e a necessidade de mais informações acerca da condição da paciente, tiveram os menores escores, indicando impacto negativo no conforto do cuidador.

Nesse contexto, percebe-se a necessidade de refletir sobre a importância da inclusão do cuidador no processo de cuidar nos serviços de saúde e na equipe multiprofissional, estimulando e valorizando os cuidadores, de modo a aumentar a resiliência e reduzir o sofrimento.

Tais resultados apontam para a necessidade de incorporar algumas informações relevantes que podem ser utilizadas para planejar intervenções que promovam o conforto/bem-estar dos cuidadores, como intervenções acerca da espiritualidade e o fortalecimento das redes de apoio, oferecendo suporte na prestação de cuidados.

Nesse contexto, ressalta-se a importância de se valorizar o cuidador familiar e de incrementar políticas sociais e de saúde, uma vez que se observa a crescente corresponsabilização da família na prestação dos cuidados. Diante disso, a realização de novos estudos na temática, com realização de intervenções acerca da melhora do bem-estar e conforto desses cuidadores são de extrema importância para melhorar sua qualidade de vida.

Como limitações deste estudo, consideram-se as dificuldades na realização da coleta dos dados, muitas vezes as dificuldades do encontro com o cuidador familiar principal nos dias da coleta e poucas publicações relacionadas ao conforto/bem-estar de cuidadores familiares.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia educacional**. 5 ed. Braga: Psiquilíbrios, 2008.
- ALMEIDA, S. S. L.; MARTINS, A. M.; REZENDE, A. M.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Sentidos do cuidado: a perspectiva de cuidadores de homens com câncer. **Psico-USF**, v. 18, n. 3, p. 469-478, set/dez. 2013.
- AMARAL, A. V.; MELO, R. M. M.; SANTOS, N. O.; LÔBO, R. C. M. M.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicol. Hosp.**, v. 7, n. 2, p. 36-54, jun. 2009.
- American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.
- ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R.; PEDREIRA, L. C.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, V. C.; ROSA, D. O. S. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1321-1330, Mai. 2015.
- ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. The cancer chemotherapy experience in a patient's view. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33-40, feb. 2006.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de suporte social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p. 355-366, 2005.
- ARAÚJO, M. M. T. **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”; necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ARAÚJO, L. Z. S.; ARAÚJO, C. Z. S.; SOUTO, A. K. B. A.; OLIVEIRA, M. S. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n.1, p. 32-37, jan-fev, 2009.
- ARAÚJO, I. M.; PAUL, C.; MARTINS, M. M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 191-197, 2009.
- ARAÚJO, J. S.; VIDAL, G. M.; BRITO, F. N.; GONÇALVES, D. C. A.; LEITE, D. K. M.; DUTRA C. D. T.; PIRES, C. A. A. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 16, n. 1, p. 149-158, mar. 2013.
- AZEVEDO, F. B.; PINTO, M. H. Caracterização dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 174-178, 2010.
- AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. The burden of schizophrenia on caregiver: a review. **Pharmacoeconomics**, v. 26, n.2, p. 149-162, 2008.

BAKITAS, M.; LYONS, D. K.; HEGEL, M. T.; BALAN, S.; BROKAW, F. C.; SEVILLE, J. et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. **JAMA**. v. 302, n. 7, p. 741-749, 2009.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr.**, v. 54, n. 1, p. 34-46, Jan-Mar. 2005.

BAPTISTA, B. O.; BEUTER, M.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; BRONDANI, C. M.; BUDÓ, M. L. D.; SANTOS, N. O. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 147-156, Mar. 2012.

BARROS, S. M. M.; ANDRADE, M. A. C.; SIQUEIRA, F. A. A. Cuidar de um familiar com câncer: contribuições da terapia familiar sistêmica. **Pensando fam.**, v. 17, n. 2, p. 96-110, dez. 2013.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. B. M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade do cuidador. **Rev. Bras Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 670-675, 2007.

BELTRÃO, M. R. L. R.; VASCONCELOS, M. G. L.; PONTES, C. M.; ALBUQUERQUE, M. C. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento ao diagnóstico. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 562-566, 2007.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**, v.13, n.1, p.118-123, jan/mar, 2008.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.729-738, 2005.

BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional do Controle do Câncer de Mama**. Divisão de apoio a rede de atenção oncológica, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de sintomas**. Conduas do INCA/MS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 2, p. 191-211, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Controle de sintomas do câncer avançado em adultos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n.3, p. 243-256, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Instituto de Estudos Especiais PUC-SP. **Publicação do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo, 1998.

BRONDANI, C. M.; BEUTER, M.; ALVIN, N. A. T.; SZARESKI, C.; ROCHA, L. S. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente em internação domiciliar. *Texto Contexto Enferm.*, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2010.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade de demanda da família. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.773-781, mai/jun, 2003.

CARDOSO, C. C. L.; ROSALINI, M. H. P.; PEREIRA, M. T. M. L. O Cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **Serv. Soc. Rev.**, v. 13, n.1, p. 24-42, jul./dez. 2010.

CARVALHO, M. W. A.; ARAUJO, A. A.; NÓBREGA, M. M. L. Diagnóstico de enfermagem para pacientes com toxicidade hematológica pós-quimioterapia antineoplásica com base na CIPE. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 3, n. 4, p. 12-19, 2009.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção a família do paciente oncológico. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CALVENTE, M.M.G.; RODRÍGUEZ, I.M.; NAVARRO, G.M. El impacto de cuidar in La salud y la calidad de vida de las mujeres. **Gac Saniti**, v.18, n.2, p.83-92, jan, 2004.

COMARU, N. R. C.; MONTEIRO, A. R. M. O cuidado domiciliar à criança em quimioterapia na perspectiva do cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 423-30, 2008.

CHING, N. S. Self-perceived burden in palliative care. **Hong Kong Soc Palliative Medicine**, v. 3, p. 22-26, 2007.

DEMPSTER, M.; MCCORRY, N. K.; BRENNAN, E.; DONNELLY, M.; MURRAY, L. J.; JOHNSTON, B. T. Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. **PsychoOncol.**, v. 20, n. 7, p. 698-705, jul. 2011.

DEZORZI, L. W.; CROSSETTI, M. G. O. **Diálogos sobre a espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva**. 2006. Dissertação



(Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006

DOWN, K. H.; BULCHOLTZ, J. D.; IWAMOTO, R. R.; FIELER, V. K.; HILDERLEY, L. J. **Nursing care radiation oncology**. 2. ed. Philadelphia: W. B. SAUNDERS, 1997.

DUARTE, I. V.; FERNANDES, K. F.; FREITAS, S. C. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH.**, v. 16, n. 2, p. 73-88, dez. 2013.

DUGAS, B. W. Enfermagem prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.  
ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; PROSPERO, E. N. S.; BARCELLOS, W. B. E. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8,(supl), p. 11-22, 2009.

ENCARNAÇÃO, J. F.; FARINASSO, A. L. C. A família e o cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 137-148, jan./jun. 2014.

FARIA, A. M. B.; CARDOSO, C. L. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer – estresse e enfrentamento. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 13-20, mar. 2010.

FERNANDES, R. A.; SILVA, M. S. S. J.; SCHWARTZ, E. O estilo defensivo dos cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 6, n. 2, p. 140-150, abr/mai/jun 2012.

FERNANDES, J. J. B. R. **Cuidar no domicílio e a sobrecarga do cuidador familiar**. 2009. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

FERREIRA, R. A. **Cuidados paliativos em onco-hematologia pediátrica: avaliação psicossocial de cuidadores e percepção de médicos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Desenvolvimento Humano e Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2011.

FERREIRA, V. A.; SILVEIRA, I. N. T.; GOMES, N. S.; RUIZ, M. T.; SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Rev. Rene**, v.16, n. 2, p. 266-274, 2015.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S. L.; NAIRA, D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011.

FITZELL A.; PAKENHAM, K. I. Application of a stress and coping model to positive and negative adjustment outcomes in colorectal cancer caregiving. **PsychoOncol.**, v. 19, n. 11, p.1171-1178, nov. 2010

- FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. **Ciências e saúde coletiva**, v.13, n.4, p.1175-1180, jul/ago, 2008.
- FONSECA, J. V. C.; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 180-184, 2011.
- FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O.; SUDRÉ, M. R. S. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.
- FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, Jul. 2011.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SILVA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.
- GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 53-59, fev. 2011.
- GUIMARÃES, C. A.; LIPP, M. E. N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Psicol. teor. prat.**, v. 13, n. 2, p. 50-62, ago. 2011.
- HEALEY, J. H.; BROWN, H. K. Complications of bone metastases. **Cancer**, v, 88, n. 12, p. 2940-2950, 2000.
- HUDSON, P. Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. **Int J Palliat Nurs**, v. 10, n. 2, p. 58-65, 2004.
- HUI, D.; ELSAYEM, A.; CRUZ, M.; BERGER, A.; ZHUKOVSKY, D. S.; PALLA, S. et al. . Availability and integration of palliative care at US Cancer Centers. **JAMA.**, v. 303, n. 11, p. 1054-1061, mar. 2010.
- HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015
- \_\_\_\_\_. **Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- IMAGINÁRIO, C. O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra: Formasau, 2008.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, June. 2003.

KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Dificuldades relatadas por cuidadores de crianças e adolescentes com Leucemia: alterações comportamentais e familiares. **Interação em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1-12, jun. 2010.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, 2003.

\_\_\_\_\_. Evolution of the middle range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, v. 49, n. 2, p. 86-92, 2001.

\_\_\_\_\_. The theory of holistic comfort for nursing. **J Adv Nurs**, v. 19, n. 6, p. 1178,1184, 1994.

KOLCABA, K.; APOSTOLO, J. L. A. The effects of guided imagery on comfort depression, anxiety and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of psychiatric nursing*, v. 23, n. 6, p. 403-411, 2009.

KOLCABA, K.; DIMARCO, M. A. Comfort theory and its application to pediatric nursing. **Pediatric Nursing**, v. 31, n. 3, p. 187-194, 2005.

KOLCABA, K.; FOX, C. The effects of guided imagery on comfort of women with early breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, v. 26, n. 1, p. 67-72, 1999.

KOLCABA, K.; PANNO, J. M.; HOLDER, C. Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, v. 19, n. 6, p. 53-60, 2000.

KOLCABA, K.; WILSON, L. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 19, n. 3, p. 164-173, 2004.

KOLCABA, K. **Definitions of concepts in Kolcaba's middle range Theory of Comfort**. 2010. Disponível em: <<http://www.thecomfortline.com/home/faq.html>.> Acesso em: 10 dez. 2016.

KOOP, P. M.; STRANG, S. V. The bereavement experience following home-based family caregiving for persons with advanced cancer. **Clin Nurs Res.**, v. 12, n.2, p. 127-144, maio. 2003.

LAMINO, D. A.; TURRINI, R. N. T.; KOLCABA, K. Cancer patients caregivers comfort. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 48, n. 2, p. 278-284, 2014

LOBIONDO-HOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação, crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LÔBO, S. A. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

- LOTTI, R. C. B.; BARRA, A. A.; DIAS, R. C.; MAKLUF, A. S. D. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008.
- LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Sci Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.
- MACHADO, A. L. G.; FREITAS, C. H. A.; JORGE, M. S. B. O. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 530-534, out. 2007.
- MALINOWSKI, A.; STAMLER, L. L. Confort: Exploration of the concept in nursing. **Journal advanced nursing**, v. 39, n.6, p. 599-606, 2002.
- MALUF, M. R. F.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.
- MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.2, p.254-262, abr/ jun, 2007.
- MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicol Saúde Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.
- MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, e3360014, 2016.
- MELO, T. M.; RODRIGUES, I. G.; SCHMIDT, D. R. C. Caracterização dos cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos no Domicílio. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n. 4, p. 365-374, dez. 2009.
- MICHELLI, M. M. M. Violência familiar: mitos e verdades. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Direito, História e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2009.
- MORAIS, H. C. C.; SOARES, A. M. G.; OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, C. M. L.; SILVA, M. J.; ARAÚJO, T. H. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 5, p. 944-953, Oct. 2012.
- MOREIRA, L. M.; FERREIRA, R. A.; COSTA JUNIOR, A. L. Discussão de Protocolo para Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 383, 392, set.-dez. 2012.
- MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução do conceito conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 72- 81, 2005.

NAKATANI, AY.K.; SOUTO, C.C.S.; PAULETTE, L.M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de Saúde da Família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.1, p.1-9, 2003.

NERI, C. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do Cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.:(Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 1ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-790.

NOVAK, B.; KOLCABA, K.; STEINER, R.; DOWD, T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. **American Journal of Hospice & Palliative Care**, v. 18, n. 3, p. 170-180, 2001.

OLIVEIRA, W. T.; MATSUDA, L. M.; SALES, M. C. A. Relationship between wellness and sociodemographic characteristics of caregivers of people with cancer. **Invest. educ. enferm.**, v. 34, n. 1, p. 128-136, Apr. 2016.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BUDÓ, M. L. D.; LUDTKE, M. F.; CASSEL, P. A.; WOTTRICHA, S. H. Familiares cuidadores e a terminalidade: tendência da produção científica na área da saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 588-594 out./dez. 2011.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico – necessidades, sentimentos e orientações recebidas. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 43-49, 2011.

OLIVEIRA, W. T.; SALES, C. A.; FERNANDES, C. A. M.; HADDAD, M. C. L. Avaliação do bem-estar de cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna no âmbito domiciliar. **Rev.Eletr.Enf.**, v. 17, n. 2, p. 310-319, 2015.

PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

PINTO, F. P.; BARBOSA, D. A.; FERRETE, C. E. L.; SOUZA, L. F.; FRAM, D. S.; BELASCO, A. G. S. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paul. enferm.**, v. 22, n. 5, p. 652-657, Oct. 2009.

PIRES, L. C. B.; VARGAS, M. A. O.; VIEIRA, R. W.; RAMOS, F. R. S.; FERRAZZO, S.; BITENCOURT, J. V. O. V. Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 54-57, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTE, K. M. A. **Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem para pessoas com coronariopatias: diálogos profissionais pela pesquisa-cuidado e alcance da integridade institucional**. 2015, 184f. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

- PONTE, K. M. A.; SILVA, L. F. **Teoria do Conforto no cuidado clínico de Enfermagem: análise de conceitos e definições.** In: Seminário Internacional de Pesquisa e Enfermagem. O clássico e o emergente: desafios para pesquisa em enfermagem, 17<sup>o</sup> ed, 2013, Natal, Anais, Associação Brasileira de Enfermagem, seção Natal.
- POTT, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J. C. V.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 2, p. 174-179, 2013.
- QUEIROZ, A. H. A. B.; PONTES, R. J. S.; RODRIGUES, T. B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, set. 2013.
- RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, p. 85-97, jun. 2009.
- RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.785-800, jul, 2008.
- REZENDE, V. L. **Avaliação psicológica dos cuidadores principais de mulheres com câncer genital ou mamário na fase terminal da doença.** 2005. 126f. Tese (Doutorado) – Escola de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, São Paulo, 2005.
- REZENDE, T. C.; COIMBRA, A. M.; COSTALLAT, L. T.; COIMBRA, I. B. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. **Arch Gerontol Geriatrics**, v. 51, n. 1, p. 76-80, 2010.
- REZENDE, V. L.; DERCHAIN, S.; BOTEAGA, N. J.; SARIAN, L. O.; VIAL, D. L.; MORAIS, S. S.; PERDICARIS, A. A. M. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p. 229-237, ago. 2010.
- RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 22-26, jan-mar. 2010.
- RICATE, L. S. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no conselho da Ribeira Branca.** 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem)- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.
- RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceito.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- ROSA, L. M.; MERCÊS, N. N. A.; SANTOS, V. E. P.; RADUNZ, V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 410-414, 2008.
- SALES, C. A.; MATOS, P. C. B.; MENDONÇA, D. P. R.; MARCON, S. S. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010.



SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, N. M. L. A.; DUPAS, G.; COSTA, D. B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 2, p. 290-299, abr. 2010.

SENA, E. L. S.; CARVALHO, P. A. L.; REIS, H. F. T.; ROCHA, M. B. Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 774-781, 2011.

SENA, R. R.; SILVA, K. L.; RATES, H. F.; VIVAS, K. L.; QUEIROZ, C. M.; BARRETO, F. O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 124-132, 2006.

SILVA, A. L. **O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado.** In: Meyer DE, Waldow VR, Lopes MJM, Organizadores. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre (RS): Artmed, 1998.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos. Elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n. 10, p. 2055-2066, 2006.

SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicol USP.**, v, 14, n. 2, p. 169-194, 2003.

SILVA, S. O.; BUDO, M. L. D.; SILVA, M. M. Care concepts and practices from men's viewpoint. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 2, p. 389-396, June. 2013.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARENEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SORATO, D. B.; PERES, S. V.; MITSUYUKI, M. C.; DRUDE, F. S. Cuidar e ser cuidado pelo grupo de apoio Protege. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 4, p. 751-759, 2010.

SOUSA, I.R.; CALDAS, C.P. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.21, n.1, p.61-68, mar, 2008.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Rev Bras Cancerol.**, v. 53, n. 1, p. 31-41, 2008.

SOUSA, R. M.; TURRINI, R, N. T. Paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. **Rev. Enfermería Global**, v. 10, n. 2, p. 1-13, 2011.

TEMEL, J. S.; JACKSONS, V.; BILLINGS, A.; DAHLIN, C.; BLOCK, S. D.; BUSS, M. K. et al. Phase II study: Integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small lung cell cancer patients. **J Clin Oncol.**, v.25, n. 17, p. 2377-2382, jun. 2007.

THOMBRE, A.; SHERMAN, A. C.; SIMONTON, S. Religious coping and posttraumatic growth among family caregivers of cancer patients in India. **J Psychosoc Oncol.**, v. 28, n. 2, p. 173-188, fev. 2010.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. da Esc. de Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 311-316, June. 2007.

VOLPATO, F. S.; SANTOS, G. R. S. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Imaginário**, v. 13, n. 14, p. 511-544, jun. 2007.

WEINBERG, R. A. **A biologia do câncer**. Porto Alegre: Artmed; 2008. 728p.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev. Gauch. Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 335-342, 2010.

WONG, R. K.; FRANSSEN, E.; SZUMACHER, E.; CONNOLLY, R.; EVANS, M.; PAGE, B. *et al.* What do patients living with advanced cancer and their carers want to know? – a needs assessment. **Support Care Cancer**, v. 10, n. 5, p. 408-415, 2002.

WONG, W. K.; USSHER, J. P. J. Strength through adversity: bereaved cancer carers' accounts of rewards and personal growth from caring. **Palliat Support Care**, v, 7, n. 2, p. 187-196, jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. 2005. Disponível em:< [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)>. Acesso em: 10 dez. 2016

WUNSCH FILHO, V, W.; ANTUNES, J. L. F.; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 427-450, Sept. 2008.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A– FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### Dados sociodemográficos

- 1)Data da entrevista: (DD/MM/AA) DEN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 2)Data de nascimento: (DD/MM/AA) DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 3)Idade em anos: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_
- 4)Cor: 1 ( )Branca 2 ( )Parda, 3 ( )Amarela, 4 ( )Preta, 5 ( )Indígena RAC \_\_\_\_\_
- 5)Estado Civil: 1 ( )Solteira; 2 ( )Casada/União estável; 3 ( )Divorciada; 4 ( ) Viúva EC \_\_\_\_\_
- 6)Escolaridade em anos \_\_\_\_\_ (zero, se não estudou) ESC \_\_\_\_\_
- 7)Situação Ocupacional: 1 ( )Empregado; 2 ( ) Desempregado; 3 ( )Aposentado OCU \_\_\_\_\_
- 8)Procedência: 1 ( )Capital, 2 ( )Interior 3 ( )RM
- 9)Renda: 1. ( )1/2salários mínimos; 2. ( ) 3/4 salários mínimos; 3. ( ) 3/5 salários mínimos 4 ( )acima de 5 salários mínimos 5 (<1SM) REN \_\_\_\_\_
- 10)Número de Filhos: \_\_\_\_\_ (zero, se nenhum) FIL \_\_\_\_\_
- 11)Religião: 1. ( ) Católica; 2. ( ) Evangélica; 3. ( ) Espírita; 4. ( ) Outra REL \_\_\_\_\_
- 12)Fuma/Fumou: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO FUM \_\_\_\_\_
- 13)Ingere/Ingeriu Bebida alcoólica: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO ALC \_\_\_\_\_

#### Dados Clínicos

- 14)Tempo do diagnóstico: \_\_\_\_\_ (em meses) TDIAG \_\_\_\_\_
- 15)Local da Metástase: \_\_\_\_\_ MET \_\_\_\_\_
- 16)Fez cirurgia: 1 ( )SIM; 2 ( ) NÃO CIR \_\_\_\_\_
- 17)Se sim, qual tipo de cirurgia: 1 ( )Tumorectomia; 2 ( )quadrantectomia, 3 ( )mastectomia parcial, 4 ( )mastectomia radical TCIRU \_\_\_\_\_
- 18)Índice da Escala de Karnofsky: 1 ( )50; 2 ( ) 40; 3 ( ) abaixo de 40 IKFS \_\_\_\_\_
- 19)Tratamento que realiza atualmente: 1 ( ) radioterapia paliativa; 2 ( ) quimioterapia paliativa Tatal \_

20)ESTADIAMENTO:III();IV()

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO  
CUIDADOR FAMILIAR DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Dados sociodemográficos**

- 1)Data da entrevista: (DD/MM/AA) DEN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 2)Data de nascimento: (DD/MM/AA) DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 3)Idade em anos: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_
- 4)Sexo: 1 ( ) FEM ; 2 ( ) MASC SEX: \_\_\_\_\_
- 5)Cor: 1( )Branca 2( )Parda, 3( )Amarela, 4( )Preta, 5 ( )Indígena RAC \_\_\_\_\_
- 6)Estado Civil: 1( )Solteira; 2 ( )Casada/União estável; 3 ( )Divorciada; 4 ( ) Viúva EC \_\_\_\_\_
- 7)Escolaridade em anos \_\_\_\_\_ (zero, se não estudou) ESC \_\_\_\_\_
- 8)Situação Ocupacional: 1( )Empregado; 2 ( ) Desempregado; 3 ( )Aposentado OCU \_\_\_\_\_
- 9)Procedência: 1 ( )Capital, 2 ( )Interior 3 ( )RM
- 10)Renda: 1. ( )1/2salários mínimos; 2. ( ) 3/4 salários mínimos; 3. ( ) 3/5 salários mínimos;  
4. ( ) acima de 5 salários mínimos REN \_\_\_\_\_
- 11)Número de Filhos: \_\_\_\_\_ (zero, se nenhum) FIL \_\_\_\_\_
- 12)Religião: 1. ( ) Católica; 2. ( ) Evangélica; 3. ( ) Espírita; 4. ( ) Outra REL \_\_\_\_\_
- 13)Cuida de Quantas pessoas: 1. ( ) 1; 2 ( ) 2; 3 ( ) acima de 2 CUID \_\_\_\_\_
- 14)Tempo de Prestação de Cuidados: \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_
- 15)Qual parentesco com o paciente: 1 ( ) Filho; 2 ( ) Esposa/Esposo; 3 ( )Outro PAR \_\_\_\_\_
- 16)Reside com a paciente: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO RESI \_\_\_\_\_
- 17)Quantas horas de prestação de cuidados em horas: \_\_\_\_\_ HOR \_\_\_\_\_
- 18)Possui algum lazer: 1 ( ) SIM; 2 ( ) Não LAZ \_\_\_\_\_
- 19)Se sim, qual: \_\_\_\_\_
- 20)Realiza alguma atividade Física: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO ATIV \_\_\_\_\_
- 21)Fuma: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO FUM \_\_\_\_\_
- 22)Ingere Bebida alcoólica: 1 ( ) SIM; 2 ( ) NÃO ALC \_\_\_\_\_
- 23)Comorbidades:1( )Hipertensão Arterial;2( )Diabetes Mellitus;3( )HA/DM; 4( )Outra 5( ) NÃO COM\_

**APÊNDICE D – GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE (GCQ)**

**Questionário de Avaliação do Conforto - Cuidador.**

Obrigada por nos ajudar nessa pesquisa. Aqui está uma escala de número que vai de 1 a 6 para você indicar o quanto você discorda ou concorda com cada afirmação. Escolha o número que mais se aproxima com o que você está sentindo neste momento. Queremos saber sobre o seu bem-estar agora, neste momento que está respondendo o questionário.

	Discordo			Concordo		
	Totalmente			Totalmente		
	1	2	3	4	5	6
1 Meu corpo está relaxado agora						
2 Nós não temos privacidade o suficiente						
3 Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer						
4 Eu me preocupo com a minha família						
5 Minhas crenças me trazem paz de espírito						
6 As enfermeiras me trazem esperança						
7 Minha vida não vale a pena nesse momento						
8 Eu sei o quanto eu sou amado (a)						
9 Este ambiente é gostoso						
10 Eu tenho dificuldade para descansar						
11 Ninguém me entende						
12 É difícil suportar a dor que sinto						
13 Eu me sinto em paz						
14 Eu tenho medo de dormir						
15 Eu me sinto culpado (a)						
16 Eu não gosto disso aqui						
17 Eu não tenho apetite						
18 Eu sou capaz de me comunicar com quem eu amo						

19	Esse quarto me dar medo						
20	Eu sinto medo do que vem pela frente						
21	Eu tenho pessoas especiais que fazem eu me sentir apoiada						
22	Eu tenho passado por mudanças que me deixam Incomodado (a)						
23	Eu gosto que o quarto dela esteja seja tranquilo						
24	Gostaria de ter mais contato com o médico						
25	A temperatura deste quarto é agradável						
26	Quando esta situação terminar será difícil retornar minhas antigas responsabilidades						
27	Eu posso crescer com essa situação						
28	Esse ambiente é depressivo						
29	Eu preciso de uma poltrona ou uma cama confortável						
30	Essa situação me inspira						
31	Quando olho para trás vejo que vivemos uma vida boa						
32	Eu me sinto fora de lugar aqui						
33	Eu me sinto suficientemente forte para fazer as coisas para ela						
34	Eu penso no desconforto dela constantemente						
35	Eu me sinto confiante espiritualmente						
36	Eu tenho necessidade de ter mais informação sobre a condição dela						
37	Eu me sinto desamparado(a)						
38	Nós estamos bem em nosso relacionamento						
39	Esse ambiente tem ar fresco						
40	Eu me sinto só						
41	Eu me sinto capaz de falar para as pessoas aquilo que preciso						
42	Eu estou deprimido (a)						
43	Nós encontramos um significado em tudo isso que estamos passando						
44	Os amigos se lembram, por meio de recados e						

telefonemas						
45 O estado emocional dela me deixa triste						
46 Eu penso muito no futuro						
47 Ela está limpa e seca						
48 Tenho preocupações com a parte financeira						
49 Deus está me ajudando						

Existe alguma outra pergunta que gostaria que nós fizéssemos?

**APÊNDICE E – ESCORES TOTAIS DOS CUIDADORES FAMILIARES NA ESCALA  
GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE.**

Número	Somatório GCQ
1	210
2	241
3	220
4	215
5	228
6	217
7	223
8	243
9	221
10	210
11	217
12	198
13	201
14	219
15	209
16	245
17	214
18	233
19	203
20	240
21	217
22	183
23	231
24	204
25	142
26	167
27	237
28	231
29	225
30	235
31	252
32	243
33	223
34	193
35	227
36	203
37	237

38	146
39	227
40	208
41	201
42	205
43	197
44	210
45	241
46	231
47	209
48	248
49	233
50	238
51	225
52	218
53	221
54	207
55	220
56	227
57	225
58	226
59	226
60	218
61	217
62	218
63	214
64	211
65	208
66	213
67	213
68	217
69	223
70	226

\*Referente a tabela 12

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) por CAROLINE BATISTA DE QUEIROZ AQUINO, sob orientação da Enfermeira Professora Doutora Míria Conceição Lavinias Santos, a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa que será realizada tem como título: “**Avaliação do Conforto do Cuidador familiar de mulher com câncer de mama avançado**”, que tem como finalidade avaliar o conforto do cuidador de mulher com câncer de mama avançado, em um centro especializado em oncologia, na cidade de Fortaleza-Ceará.

Assim, gostaria de contar com a sua participação, permitindo que seja realizada uma entrevista com você (a) para responder a um instrumento de dados.

Esclarecemos que: As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, sendo a sua participação voluntária, tendo você liberdade de desistir a qualquer momento da pesquisa. A sua recusa não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. As informações ficarão em sigilo e o seu anonimato será preservado. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com você. Existe um desconforto e risco mínimo para você, porém essa pesquisa poderá trazer benefícios, com relação a melhorar e ampliar o cuidador e a assistência aos cuidadores de mulheres com câncer de mama. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Gostaria de colocar que a sua participação será de extrema importância para realização desta pesquisa. Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

<p><b>Nome:</b> Caroline Batista de Queiroz Aquino <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará  <b>Endereço:</b> Rua Alexandre Baraúna, 949 – Rodolfo Teófilo <b>Telefone:</b> (85) 33668057  <b>Email:</b> <a href="mailto:carolaquino@hotmail.com">carolaquino@hotmail.com</a> .  <b>Nome:</b> Míria Conceição Lavinias Santos <b>Instituição:</b> Universidade Federal do Ceará  <b>Endereço:</b> Rua Alexandre Baraúna, 949 – Rodolfo Teófilo <b>Telefone:</b> (85) 33668057  <b>Email:</b> mlavinias@fortalnet.com.br</p>
--

<p><b>ATENÇÃO:</b> Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da UFC. Rua Coronel Nunes Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo.  Telefone: (85) 33668344</p>
--



Fortaleza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Nome do voluntário

---

Assinatura do voluntário

---

Nome do pesquisador

---

Assinatura do pesquisador

---

Nome da Testemunha  
(caso o voluntário não saiba ler)

---

Assinatura da Testemunha  
(caso o voluntário não saiba ler)

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONFORTO DO CUIDADOR DE MULHER COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO

**Pesquisador:** Caroline Batista de Queiroz Aquino

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56026/116.3.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.552.752

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal a ser realizado no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), com cuidador familiar/informal de mulheres com diagnóstico de câncer de mama avançado, realizando tratamento paliativo de quimioterapia e/ou radioterapia na referida instituição.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

- Analisar o conforto dos cuidadores informais de mulheres com câncer de mama avançado, aplicando-se a escala de conforto: General Comfort Questionnaire (GCQ), instrumento já traduzido e validado para a língua portuguesa do Brasil (Rezende et al., 2005).

##### Objetivo Secundário:

- Descrever associações entre o conforto dos cuidadores e suas características sociodemográficas;  
- Descrever associações entre o conforto de cuidadores e as características sociodemográficas e clínicas das pacientes.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: Segundo a pesquisadora, este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. O participante não terá

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60400-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3266-6344

E-mail: comicea@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ**



Continuação do Parecer nº 202.702

nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, e poderá retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento.

- **Benefícios:** Para a pesquisadora, a partir da identificação das informações acerca do conforto do cuidador familiar informal, a equipe de enfermagem poderá incluir maiores cuidados a essa população e aumentar as pesquisas acerca da temática, que ainda são escassas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo pertinente, considerando o conforto dos familiares cuidadores informais que acompanham as mulheres com câncer de mama em tratamento paliativo de quimioterapia e/ou radioterapia.

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

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Não há.

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

Aprovado.

**Considerações Finais e antário do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F PROJETO_702557.pdf	12/05/2016 13:28:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_cep_FINAL2.pdf	12/05/2016 13:26:13	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Cronograma	Cronograma_cep_final.pdf	09/05/2016 15:09:08	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_CEP .pdf	09/05/2016 14:55:25	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cep.pdf	09/05/2016 14:55:12	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/05/2016 13:14:57	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.406-078

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (081)306-6044

E-mail: comcep@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.552.752

Outros	Declaracao_orientadora.pdf	02/05/2016 12:44:39	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_concordancia.pdf	02/05/2016 12:43:34	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Outros	GCG.pdf	02/05/2016 12:21:31	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Outros	Formulario_Cuidador.pdf	02/05/2016 12:20:51	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Outros	Formulario_Paciente.pdf	02/05/2016 12:20:16	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_QUIMIO.pdf	02/05/2016 12:19:00	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_RADIO.pdf	02/05/2016 12:18:18	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Outros	Declaracao_Custo.pdf	02/05/2016 12:16:44	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_FIEL_DEPOSITARIO.p df	02/05/2016 12:14:42	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/05/2016 12:11:26	Caroline Batista de Queiroz Aquino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 20 de Maio de 2016

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000  
Bairro: (Rodolfo Teófilo) CEP: 60.405-275  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (081)3665-6344 E-mail: conep@ufc.br

## ANEXO B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

## DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Sully Maranhão Barros D. Kubrusly, diretor do Centro Regional Integrado de Oncologia - CRIO, fiel depositário dos prontuários médicos dos pacientes em atendimento na referida instituição, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, autorizo CAROLINE BATISTA DE QUEIROZ AQUINO a coletar dados dos prontuários e por entrevista direta com os pacientes, para fins de seu estudo: "CONFORTO DO CUIDADOR DE MULHER COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO", cujo objetivo é: Avaliar o conforto do cuidador de mulheres com câncer de mama avançado e associações com as características clínicas das pacientes.

Fortaleza, 24 de fevereiro de 2016.

SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE  
CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA - CRIO



Assinatura do diretor do CRIO