



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

CARLA MONIQUE LOPES MOURÃO

SUORTE SOCIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA
EM QUIMIOTERAPIA: UTILIZAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

FORTALEZA- CEARÁ

2016

CARLA MONIQUE LOPES MOURÃO

SUPORTE SOCIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM
QUIMIOTERAPIA: UTILIZAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de doutor.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.

Co-orientadora: Prof. Dra. Mariana Cavalcante Martins

FORTALEZA- CEARÁ

2016

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)

M89s Mourão, Carla Monique Lopes.
SUPORTE SOCIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM
QUIMIOTERAPIA: UTILIZAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL / Carla Monique Lopes
Mourão. – 2016.
120 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes.
Coorientação: Profª. Dra. Mariana Cavalcante Martins.

1. Suporte Social. 2. Entrevista Motivacional. 3. Cuidador.. I. Título.

CDD 610.73

CARLA MONIQUE LOPES MOURÃO
SUPORTE SOCIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM
QUIMIOTERAPIA: UTILIZAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do título de doutor. Orientadora: Prof. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes. Co-orientadora: Prof. Dra. Mariana Cavalcante Martins

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Míria Conceição Lavinias Santos (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Andrea Bezerra Rodrigues (2º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Deborah Pedrosa Moreira (3º Membro)
Centro Universitário Christus (Unichristus)

Prof. Dra. Catarina Nívea Bezerra de Menezes (4º Membro)
Centro Universitário Christus (Unichristus)

Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva (Suplente)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dra. Carolina Maria de Lima Carvalho (Suplente)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Aos meus pais Antônio e Juscileide e aos meus
irmãos Eduardo e Mourão Neto.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial ao meu irmão Mourão Neto, por ter caminhado grande parte comigo apoiando-me, impulsionando-me e fortalecendo-me para a finalização do doutorado e deste trabalho.

À minha orientadora e amiga Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes por todos os ensinamentos dados e a quem devo os diversos conhecimentos adquiridos na pesquisa, na área da saúde da mulher e do câncer de mama. Obrigada pela compreensão nos momentos de dificuldade e de dúvidas.

Ao meu companheiro de vida e esposo Daniel por estar o tempo todo ao meu lado, sempre me fazendo acreditar que eu alcançaria meus objetivos e por nunca me deixar cair nos momentos difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Mariana Cavalcante Martins pela disponibilidade em atuar na co-orientação deste estudo.

Às Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro e Anna Paula Sousa da Silva por todas as contribuições feitas durante à qualificação deste estudo e que aprimoraram fortemente a construção do mesmo.

À Prof.^a Dr.^a Eliane Maria Fleury Seidl pela gentileza em disponibilizar sua escala e sua experiência.

Às mulheres e cuidadores participantes do estudo por terem aceitado contribuir para o desenvolvimento e produção desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará por oportunizar a minha formação com a qualidade e a eficiência refletidos no excelente nível profissional do corpo docente que conta.

Aos meus amigos da Unichristus que de alguma forma contribuíram para a minha formação pessoal e profissional. Ninguém chega a lugar algum sozinho. Se aqui cheguei é porque, além do meu esforço próprio, na caminhada conheci pessoas que me deram suporte para vencer.

Aos meus amigos do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, ainda que eu não os cite nominalmente aqui, essas pessoas sabem que têm um espaço de gratidão reservado no meu coração.

Aos meus alunos que tive e que ainda terei, por me incentivarem e fazerem buscar cada vez mais ser melhor como docente e como pessoa.

"Se vi mais longe foi por estar de pé
sobre ombros de gigantes."

Sir Isaac Newton (1855)

RESUMO

O entendimento do impacto emocional que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama provocam na mulher e a identificação e o incentivo das relações de suporte e ajuda, podem refletir no atendimento integral às mulheres com câncer de mama. O desenvolvimento de estratégias de intervenção junto à cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia tende a possibilitar a definição de formas mais adequadas de atender as necessidades dessa clientela. Objetivou-se avaliar os efeitos da entrevista motivacional para a mudança de comportamento de suporte social junto aos cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia. Estudo quase experimental do tipo antes-depois realizado com 18 mulheres em tratamento quimioterápico para câncer de mama no Centro Regional Integrado de Oncologia, Fortaleza-CE, e com 18 cuidadores das respectivas mulheres entrevistadas. A intervenção foi a Entrevista Motivacional Breve (EMB) aplicada a 18 cuidadores indicados pelas pacientes em quatro sessões individuais, com intervalos semanais e duração de aproximadamente 30 minutos cada. O comportamento de suporte social foi avaliado pelas mulheres antes e depois da intervenção pela Escala de Suporte Social (ESS). Foram utilizados questionários socioeconômicos para as mulheres e para os cuidadores. Os resultados apontaram que o suporte social das mulheres se mostrou elevado tanto para a dimensão emocional quanto para a instrumental da ESS após a intervenção utilizada com os cuidadores (EMB). Os resultados obtidos nas correlações entre a satisfação com o suporte social e a variável “sexo”, “reside com a paciente”, “idade” e “escolaridade” com as respostas das mesmas após a intervenção indicaram que não houve diferença entre os valores obtidos nas duas dimensões de suporte social com relação às variáveis ($p > 0,05$). Em todas as comparações não foi possível detectar diferenças entre as categorias e as respostas após a intervenção, logo, o resultado foi o mesmo independente do sexo, de residir com a paciente, da idade e da escolaridade, todos, com aumento do nível de satisfação com o suporte recebido. Estes resultados contribuem para a prática clínica de diversas categorias profissionais, não só do enfermeiro, no sentido de utilizar estratégias de intervenção de baixo custo para a melhoria da qualidade de vida durante e após o tratamento de mulheres com câncer de mama, além de promover saúde, estimulando a adoção de suporte social instrumental e emocional de forma individualizada, personalizada e voltada para as necessidades da paciente e do cuidador. O presente estudo conclui que a intervenção utilizada, a EMB, promoveu de forma positiva a mudança comportamental no sentido de

melhorar o suporte social prestado pelos cuidadores às pacientes com câncer de mama e em realização de quimioterapia.

Palavras-chave: Suporte Social. Entrevista Motivacional. Cuidador. Câncer de Mama. Quimioterapia.

ABSTRACT

Understanding the emotional impact of the diagnosis and treatment of breast cancer cause in women and the identification and encouragement of supportive relationships and help, can reflect the comprehensive care to women with breast cancer. The development of intervention strategies for the caregivers of patients with breast cancer chemotherapy may allow the development of more appropriate ways to meet the needs of these patients. This study aimed to verify the effects of an intervention to change social support behavior with caregivers of patients with breast cancer chemotherapy. Quasi-experimental methodology conducted with 18 women undergoing chemotherapy for breast cancer in the Centro Regional Integrado de Oncologia [Integrated Regional Oncology Center], Fortaleza -CE, and their caregivers to each of the women interviewed. The intervention was Entrevista Motivacional Breve [Brief Motivational Interviewing] (EMB) and was used with 18 caregivers indicated by patients in four individual sessions at weekly intervals, lasting about 30 minutes each. The social support behavior was evaluated by women before and after the intervention by the Escala de Suporte Social [Social Support Scale] (ESS). Socioeconomic questionnaires were used for women and carers. The results showed that social support of women showed high both for the emotional dimension as instrumental to the ESS after intervention used with caregivers (EMB). The results in the correlations between satisfaction with social support and the variable " sex" , " lives with the patient," " age" and " education " with the answers of the same after the intervention showed no difference between the values obtained the two dimensions of social support with respect to the variables ($p > 0.05$). In all comparisons was not possible to detect differences between the categories and answers after the intervention , so the result was the same regardless of sex , living with the patient , age and education, all with increased satisfaction with the support received. These results contribute to the clinical practice of several professional categories, not only the nurse, to use low-cost intervention strategies to improve the quality of life during and after treatment of women with breast cancer and promote health stimulating the adoption of instrumental and emotional social support individualized , personalized and focused on the patient 's needs and caregiver. This study concludes that the intervention used, the EMB, promoted a positive behavioral change to improve the social support provided by caregivers to patients with breast cancer and undergo chemotherapy.

Keywords: Social Support. Motivational interviewing. Caregiver . Breast cancer. Chemotherapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 -	Metodologia da coleta de dados com pacientes e cuidadores.....	50
-------------------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS 1 E 2-	Distribuição em porcentagem das respostas das questões 1 e 2 da ESS, antes e depois da intervenção.....	62
GRÁFICOS 3 E 4-	Distribuição em porcentagem das respostas das questões 3 e 4 da ESS, antes e depois da intervenção.....	63
GRÁFICO 5-	Distribuição em porcentagem das respostas da questão 5 da ESS, antes e depois da intervenção.....	64
GRÁFICOS 6 E 7-	Distribuição em porcentagem das respostas das questões 6 e 7 da ESS, antes e depois da intervenção.....	65
GRÁFICOS 8 E 9-	Distribuição em porcentagem das respostas das questões 8 e 9 da ESS, antes e depois da intervenção.....	66
GRÁFICOS 10 E 11-	Distribuição em porcentagem das respostas das questões 10 e 11 da ESS, antes e depois da intervenção.....	68

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição da amostra de pacientes segundo situação conjugal, número de filhos e situação empregatícia.	55
-------------------	---	----

TABELA 2 -	Distribuição dos tipos histológicos de câncer prevalente nas mulheres participantes.	56
TABELA 3 -	Distribuição da resposta das mulheres quando questionadas quem era o seu cuidador.	57
TABELA 4 -	Distribuição dos cuidadores segundo situação conjugal, número de filhos e situação empregatícia.	58
TABELA 5 -	Distribuição das respostas das pacientes à Escala de Suporte Social, antes e após a intervenção (EMB).	61
TABELA 6-	Distribuição da diferença entre as respostas das mulheres antes e depois da intervenção	69
TABELA 7-	Distribuição da descrição do teste dos sinais para cada questão primária da Escala de Suporte Social.	70
TABELA 8-	Distribuição da comparação do nível de satisfação das mulheres, questões secundárias, com o suporte social recebido antes e após a intervenção	71
TABELA 9-	Distribuição da associação entre variáveis socioeconômicas e o nível de satisfação com suporte social antes e depois da intervenção.	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Questões primárias e secundárias da Escala de Suporte Social. 60
Fortaleza-CE, 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EM	Entrevista Motivacional
EMB	Entrevista Motivacional Breve
INCA	Instituto Nacional do Câncer
CRIO	Centro Regional Integrado de Oncologia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ESS	Escala de Suporte Social
CDI	Carcinoma Ductal Invasivo
CLI	Carcinoma Lobular Invasivo
H1	Hipótese alternativa
H0	Hipótese nula
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
PIS	Programa de Integração Social

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	18
2.	OBJETIVO	22
3.	HIPÓTESES	23
4.	CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL.....	25
5.	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	34
6.	MÉTODOS.....	40
7.	RESULTADOS.....	53
8.	DISCUSSÃO.....	74
9.	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS.....	90
	ANEXOS	104
	APÊNDICES.....	116

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama, assim como outros tipos de câncer, está associado a inúmeros fatores de risco, sendo os principais: o envelhecimento, história de câncer na família e menopausa tardia (após os 50 anos de idade). Devido à sua alta frequência e pelas repercussões psicológicas que acarreta, o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, uma vez que afeta a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal. Se detectado precocemente, pode ter seus efeitos atenuados, devido ao registro de tumores primários menores e número reduzido de linfonodos axilares invadidos pela massa tumoral (BRASIL, 2014).

A modificação no estilo de vida da população, destacando-se a adoção de hábitos de vida não saudáveis influencia de forma significativa no aumento de casos de câncer na população mundial e, dentre todos os tipos de câncer, a neoplasia mamária é a que se destaca entre as mulheres. O perfil desta neoplasia, sem dúvida, está mudando. Está afetando de maneira crescente as mulheres dos países com menores recursos. Hoje, mais de 55% das mortes por câncer de mama se apresentam nos países de recursos baixos e médios. Em 2020, por volta de 70% dos casos desta enfermidade se apresentarão no mundo em desenvolvimento (PORTER, 2008).

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, comorbidades e preferências). Geralmente, o tratamento do câncer requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos (BRASIL, 2014).

O princípio da terapia curativa do câncer de mama é a cirurgia. Embora a cirurgia não necessariamente tenha que ser a primeira abordagem, sempre que houver intenção de cura, a mesma deve fazer parte do tratamento. A terapia sistêmica, constituída pelas modalidades de quimioterapia, hormonioterapia e terapia com imunobiológicos, pode ser indicada tanto como medida pré-operatória para diminuir o tamanho do tumor e permitir uma cirurgia conservadora, como complemento ao tratamento cirúrgico curativo, ou ainda como tratamento paliativo (ZANDONAI, 2012).

O advento da quimioterapia veio contribuir para o tratamento microscópico, o que permitiu, nos últimos anos, uma nova abordagem na extensão da cirurgia para o câncer. A

quimioterapia representa um avanço na cura e controle do câncer, aumentando a expectativa e qualidade de vida da paciente. É essencial, no entanto, que os profissionais de saúde que atuam nessa área tornem efetiva a orientação quanto aos objetivos e efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, além, sobretudo, de oferecer suporte emocional (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Em estudo qualitativo que investigou o papel da quimioterapia nas relações das mulheres com câncer de mama, estas enfatizaram fortemente que a quimioterapia proporcionou isolamento social e falta de oportunidades de relacionamentos matrimoniais. Relataram ainda a necessidade de suporte social no lar e aceitação por parte da sociedade (NIZAMLI, 2011).

Durante o tratamento, a paciente vivencia perdas físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas, requerendo uma rede de suporte social para o enfrentamento da doença (LOTTI et al, 2008).

O suporte social pode ser entendido como o suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005).

Existem algumas hipóteses na literatura sobre o efeito benéfico que o suporte social, particularmente de amigos e familiares, pode provocar no indivíduo acometido pela doença. Uma delas afirma que pessoas que tem um forte suporte social em situações de estresse apresentam efeitos negativos menores em sua saúde e seu bem-estar social, podendo até mesmo nem senti-los quando comparados àqueles que possuem pouco suporte social ou a inexistência dele (HOFFMANN, 2006).

Uma segunda hipótese aponta que um bom suporte prestado por pessoas mais próximas pode até mesmo promover a saúde e o bem-estar do indivíduo, independente que esteja passando por situações estressantes ou não (SALOVEY et al, 2000).

Inúmeros trabalhos sugerem a existência da correlação entre suporte social e uma variedade de medidas dependentes, que são: a saúde, percepção de bem-estar (PIERCE, SARASON, & SARASON, 1992; EMMONS & COLBY, 1995; RAMOS, 2002; FUHRER & STANSFELD, 2002); redução do mal-estar; satisfação com a vida (SARASON, LEVINE, BASHAM, & SARASON, 1985); resistência a doenças e menor índice de psicopatologia e redução do risco de suicídio (GASPARI; BOTEGA, 2002).

Os estudos que focalizam o suporte social tendem a classificar a definição conceitual em dois aspectos: **o estrutural e o funcional**. Seidl & Tróccoli (2006) classificam os aspectos estruturais como os relacionados à presença de suporte social independente da ocorrência de eventos estressores, valorizando questões como o número de pessoas que integram a rede de suporte. O aspecto funcional do suporte social está relacionado com a disponibilidade e modalidade de suporte recebido, assim como o nível de satisfação do receptor, em relação à situações e contextos estressantes específicos. Assim sendo, um paciente pode receber suporte de muitas pessoas que promovem o suporte social em geral, mas está insatisfeita e não tem percepção de suporte em relação ao problema de saúde que o acomete, por exemplo.

Northouse (1989) já descrevia que as principais fontes de suporte para mulheres com câncer de mama, são os maridos e os membros da família, sendo também citados médicos e enfermeiros, principalmente no período de uma hospitalização. Mulheres com o mesmo diagnóstico são referidas como de grande ajuda na superação do sentimento de solidão e isolamento bem como a crença religiosa e a fé que são apontadas ainda como importantes fontes de suporte.

Matsukura, Marturano e Oishi (2002), pesquisando o suporte social de 113 mulheres com câncer de mama, encontraram resultados semelhantes: os maridos são os mais frequentemente citados como fonte de suporte, seguidos por amigos (as) (19%) e filhos (as) (18%). As demais fontes são distribuídas entre pessoas da família (tios, sogros, avós, entre outros), profissionais especializados (terapeuta, advogado, diretor da escola) e conselheiros religiosos. Familiares e amigos são mais frequentemente citados nas pesquisas como fonte de suporte significativa, mas a equipe de saúde também aparece como recurso importante para fortalecer a rede de suporte social.

O entendimento do impacto emocional que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama provocam na mulher e a identificação e o incentivo das relações de suporte e ajuda, poderá refletir no atendimento mais integrado às mulheres com câncer de mama.

Ao longo da experiência de aproximadamente dez anos em pesquisas como membro do Projeto Saúde Materna e Mamária e em contato com mulheres com diagnóstico e em tratamento do câncer de mama, consolidou-se o interesse pelo tema focalizado neste estudo. As observações e o acompanhamento a pacientes e familiares nesse período mostraram a importância do cuidador e/ou do suporte social no tratamento a essa clientela, após o diagnóstico, no período quimioterápico. O presente estudo foi realizado com o objetivo de avaliar os efeitos da Entrevista Motivacional Breve para a mudança de comportamento

relacionado à promoção de suporte social junto aos cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia. Para isso, foi utilizada como proposta interventiva a entrevista motivacional, para que o cuidador possa vir a fornecer suporte social adaptado às necessidades da paciente.

A intervenção terapêutica da Entrevista Motivacional (EM) foi inspirada pela grande atenção dada para o conceito de motivação, principalmente na área de dependência química (JURGERMAN; LARANJEIRAS, 1999). Essa intervenção é amplamente difundida nos Estados Unidos da América, na Europa e, recentemente, no Brasil. Os autores explicam que a motivação é vista como um grau de compromisso ou a aderência ao tratamento e/ou orientações de saúde. Assim, pode ser encarada como uma probabilidade de certos comportamentos acontecerem.

A teoria e prática da EM é um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, ajudando os mesmos a explorar e resolver sua ambivalência. Para tal, combina elementos de ambos os estilos: entusiasmo, empatia e técnica (questões chaves e escuta reflexiva). O ponto forte da EM é a mudança de comportamento (ROLLNICK; MILLER, 1995).

A EM utiliza-se de vários modelos teóricos (técnicas diretivas e não diretivas abordagens breves, etc.) que balizam o papel do profissional de saúde a estimular a motivação do cliente, no caso, o cuidador, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem, ao mesmo tempo, impor a pessoa um curso da ação (JURGERMAN; LARANJEIRAS, 1999). A aplicação da EM pode ser oferecida com sucesso, sozinha ou acoplada a outras técnicas e é considerada uma intervenção de baixo custo e facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade (SALES; FIGLIE, 2009).

É cada vez mais evidente que o provimento de cuidados de saúde com qualidade a pacientes com câncer de mama será uma das grandes preocupações das equipes de saúde neste século. Nesse contexto, a compreensão sobre como a enfermidade afeta a rede social do paciente será de grande importância para a compreensão acerca da evolução do seu quadro clínico.

Ressalta-se a relevância do estudo para a área, pois acreditamos que o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto a cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia possibilitará a definição de formas mais adequadas de atender as necessidades de suporte social dessa clientela.

As seguintes questões nortearam o estudo:

- A Entrevista Motivacional direcionada para cuidadores pode promover aquisição de condutas que promovam o suporte social na mulher com câncer de mama em quimioterapia?
- Houve mudanças no suporte social percebido pelas mulheres após a intervenção realizada com os cuidadores?

OBJETIVO

2. OBJETIVO GERAL

Avaliar os efeitos da Entrevista Motivacional Breve para a mudança de comportamento relacionado ao suporte social ofertado pelos cuidadores às pacientes com câncer de mama em quimioterapia.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o nível de satisfação com o suporte social recebido pelas pacientes antes e depois da intervenção.

Analisar a correlação entre o nível de satisfação com o suporte social recebido pelas pacientes com as variáveis dos cuidadores “sexo, idade, escolaridade e se reside ou não com a paciente”.

3. HIPÓTESES

3.1 Hipóteses H0

- O comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção (Entrevista Motivacional Breve) permaneceu o mesmo de antes da intervenção.

3.2 Hipóteses H1

- O comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção (Entrevista Motivacional Breve) foi mais efetivo do que antes da intervenção.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL

4. Contextualização do suporte social

4.1. O suporte social e o câncer de mama

De acordo com Yi (2013) poucas circunstâncias na vida de uma mulher adulta são tão estressantes quanto o tratamento de câncer de mama, e a família exerce um papel de suporte social importante no ajustamento psicológico e no manejo dos sintomas da doença e tratamento, pois ao longo deste, o paciente oncológico passa por diferentes tipos de perdas.

Para Simpson, Carlson, Beck e Patten (2002) a imagem de um corpo saudável e a sensação de bem-estar na mulher com câncer de mama em quimioterapia já não existem, pois ocorrem mudanças na aparência e nas funções do organismo; o paciente se torna dependente, sentindo-se culpado ou preocupado por se achar um fardo para seus familiares; as relações interpessoais se tornam restritas; em alguns casos, a expectativa de vida é alterada, o que pode causar profunda tristeza ou raiva. Os mesmos autores observaram um índice relevante, de 25% a 30%, de transtornos de ajustamento (ansiedade, depressão) nessas pacientes. Identificaram ainda que o sofrimento psíquico dessas mulheres está relacionado ao fraco suporte social referido por elas durante a fase de tratamento da doença.

Em situações de crise, como é o caso do diagnóstico e do tratamento para o câncer, Sluzki (1997) afirma que as pessoas necessitam ter assegurado o amor e o suporte emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade. Essas pessoas próximas, que fornecem o suporte necessário num momento difícil, configuram a chamada Rede de Suporte Social.

A Rede de Suporte é constituída pelo ser humano desde o início de sua vida. Pode ser considerada uma trama interpessoal que, tanto modela, como é modelada pelas pessoas. Esta trama é composta, primeiramente, pela família e, à medida que o indivíduo cresce, integram os amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, entre outros. Existem evidências de que a presença do câncer pode deteriorar a qualidade das relações sociais de uma pessoa. O tratamento do câncer, muitas vezes, é longo, o que gera um grande desgaste emocional e físico, requerendo persistência e esperança do paciente e de sua família (ANDERSON, 2006).

O significado da doença, para Sluzki (1997), é um constructo psicossocial, visto que:

A família e o paciente chegam a um acordo em termos psicológicos e/ou organizacionais, com as mudanças permanentes apresentadas por uma doença crônica e desenvolvem um adequado *modus operandi*. Portanto, a tarefa chave deste período é a capacidade da família manter

uma aparência de vida normal na presença anormal de uma enfermidade crônica e de uma incerteza aumentada. (p. 378)

O indivíduo faz parte de um imenso universo relacional, que abrange os contextos culturais, históricos, políticos, econômicos, religiosos e outros. Em um nível microscópico, o autor define a rede social pessoal como a soma de todas as relações que um indivíduo soma da sociedade e que inclui todos os indivíduos com quem uma determinada pessoa relaciona-se em sua vida. Podemos sistematizar essa rede em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho/escolares e relações comunitárias (de serviço, de saúde e de religião). Através dessa rede o indivíduo se reconhece e obtém uma imagem de si próprio (SLUZKI, 1997).

Em estudo tradicional da década de 80, o autor pontuou que o suporte social se expressa de distintas formas e é evidente quando envolve expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão; envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada fortalecendo a autoestima; se oferece assistência, consideração e informação permitindo ações educativas, controle de ansiedade e possibilita diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais; se fornece ajuda material e/ou econômica; se promove integração social, de forma a favorecer a pessoa a se sentir parte de uma rede ou sistema de suporte, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca (WORTMAN, 1984).

Em publicações mais recentes podemos destacar duas hipóteses sobre os efeitos do suporte social: a hipótese do efeito indireto e do direto. No primeiro caso, pressupõe-se que a pessoa beneficiada com fortes sistemas de suporte social, quando experimenta um acontecimento de vida estressante, tem efeitos negativos menores em sua saúde e no seu bem-estar, ou mesmo não os tem em comparação aos indivíduos, para os quais o suporte social é pequeno ou inexistente. No caso do efeito direto, pressupõe-se que as relações sociais promovam a saúde e o bem-estar independentemente do nível de stress do indivíduo (BAE et al, 2004). Os autores consideram que ambas as hipóteses são possíveis e que, nos dois casos, a relação entre o suporte social e a saúde pode ser mediada, em parte, por mudanças na experiência emocional da pessoa.

Para Patnaik et al (2011) a família como suporte social assume um papel importante na saúde/doença, nomeadamente, nas situações de stress que as famílias de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico enfrentam. As alterações que o câncer provoca na dinâmica familiar podem ser amortecidas por um suporte social eficaz, que se constitui como

um fator de desenvolvimento dos mecanismos de adaptação da família. O suporte social funciona como uma estratégia de *coping*¹, atuando na diminuição do stress.

Diversos são os estudos que comprovam os benefícios do suporte social em diferentes tipos de câncer (UCHINO, CACIOPPO, & KEICOLT-GLASER, 1996), assim como especificamente em mulheres com câncer de mama (BETTENCOURT et al, 2007; NAUSHEEN, 2009). Os benefícios do suporte social incluem assistência, aconselhamento, tranquilidade emocional, e, possivelmente, a facilitação da função imune, que pode diminuir o risco de recorrência do câncer (LUTGENDORF et al., 2005).

O suporte social tem sido objeto de numerosos estudos em promoção da saúde. Foi exposto como um fator crítico para a promoção da saúde da mulher com câncer de mama (ADAMS et al, 2000;. ANDERSON et al, 2006;. BAE et al, 2004;. HURDLE, 2001;. SHIN et al, 2007). Entretanto, há uma escassez de estudos relacionando o suporte social recebido pela mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico.

Em um estudo recente, o suporte social, foi visto como uma influência interpessoal representando o mais forte preditor de qualidade de vida e promoção da saúde nas mulheres coreanas com câncer de mama. O resultado do estudo indicou que o sentimento de intimidade, de integração social, bem como de assistência deve ser levado em conta na qualidade de vida após o câncer. Os autores afirmam que o suporte social é o elemento mais importante em uma sociedade onde as relações interpessoais são interdependentes, como na sociedade coreana (YI et. al., 2013).

Para Simpson et al. (2002) o suporte social também é um fator importante na prevenção e alívio da depressão e ansiedade nos pacientes com câncer. Neste artigo, esses autores citam uma pesquisa com pacientes com câncer de mama mostrando que a ansiedade e a depressão, três meses após a cirurgia e durante o tratamento quimioterápico, estão relacionadas com o grau de suporte dos membros da família e da equipe de saúde.

No estudo de Biffi e Mamede (2004) os parceiros sexuais de mulheres com câncer de mama se perceberam como importantes elementos de suporte social para suas esposas, identificando que a objetivação desse suporte foi sempre permeada por uma série de dificuldades que funcionam tanto para aproximar como para distanciar a relação de ambos. Ficou evidente que para compreender como os parceiros sexuais, que ao mesmo tempo,

¹ São esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, de ameaça ou de desafio quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática. Apenas esforços conscientes e intencionais são considerados estratégias de *coping* e o estressor deve ser percebido e analisado não sendo assim consideradas respostas subconscientes (LAZARUS;FOLKMAN, 1984)

apresentam dificuldades, mas apreciaram e ofereceram suporte, foi necessário analisar a lógica das dificuldades encontradas por eles ou a lógica do suporte oferecido combinando as três dimensões: o suporte esperado, o suporte recebido e a relação do parceiro com a doença da esposa, e é na forma de como prestar o suporte social que fará a diferença para a mulher com câncer.

Para Manne et al (2003) o suporte da família e dos amigos durante a quimioterapia pode compensar a falta de suporte do parceiro, mas as pacientes com câncer de mama que não têm o suporte de todas as três fontes (parceiro, família e amigos) podem ser especialmente vulneráveis a problemas psicológicos. Um corpo crescente de pesquisas sugere que a falta de suporte social do parceiro, muitas vezes agrava as dificuldades de enfrentamento de uma série de doenças com risco de vida em que o paciente e seus parceiros enfrentam estressores únicos, dentre elas, o câncer (BERG & UPCHURCH, 2007; WALSH, 2005).

Para Wanderbroocke (2005) a família da paciente com câncer é apontada como a principal fonte de suporte para o paciente e o binômio paciente-cuidador considerado uma unidade de atenção, por ser um “invisível sistema de cuidado da saúde”, onde o câncer deve ser tratado como problema e questão familiar. O cuidador pode ser o cônjuge, outros membros familiares e amigos próximos que, participando ativamente, dão forma à experiência com a doença.

A preocupação com o cuidador familiar e a qualidade do cuidado prestado é essencial, pois isso terá um efeito significativo nos custos tanto para o sistema de cuidado à saúde como para as famílias, já que o preparo do cuidador familiar leva a diminuição das demandas médicas e de custos com tratamento hospitalar (GIVEN, 2001; ZARIT, 2004).

Em um estudo tailandês que investigou as necessidades de suporte de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, os autores concluíram que os principais domínios a serem supridos pelo suporte social adequado são a nível psicológico, físico, no auxílio das atividades de vida diária, necessidade de informação sobre a doença e necessidades sexuais. Apontam ainda em que enfermeiros oncológicos devem avaliar as necessidades dos pacientes e proporcionar-lhes suporte informacional individualizado, social, emocional e culturalmente acessível, a partir do diagnóstico de câncer de mama e nos primeiros quatro meses de tratamento (LIAO et al, 2012).

Pesquisadores têm procurado verificar a relação existente entre satisfação com o suporte social e melhoria do quadro clínico, não evolução da doença e adesão a comportamentos e orientações de saúde. De acordo com Straub (2005), a adesão ao tratamento refere-se à

disposição do paciente em adotar e seguir o regime terapêutico recomendado e conseguir fazê-lo. Em resumo, o fornecimento de suporte social contribui para a melhoria de condições de saúde, uma vez que tende a aumentar a adesão ao tratamento e orientações de saúde.

Pacientes com câncer de mama, submetidas ao tratamento quimioterápico apresentam frequentemente uma série de comprometimentos e alterações das funções corporais, os quais têm sido ressaltados pelos pacientes em estudos e também na prática assistencial, sendo decorrentes dos efeitos colaterais e reações adversas aos diferentes esquemas quimioterápicos utilizados. Os vários tipos de comprometimento apresentados pelas pacientes, decorrentes da quimioterapia, estão relacionados a maiores índices de mortalidade, morbidade e alterações na adesão e no progresso do tratamento (BARBOSA, TELLES FILHO, 2008). A literatura científica ressalta que o paciente orientado tem maiores chances de sucesso no tratamento e adere com maior facilidade à terapêutica proposta (OLIVEIRA et al., 2005).

As orientações são importantes, pois amenizam os efeitos colaterais que podem ser observados conforme os medicamentos utilizados. Autores têm enfatizado a importância das orientações no melhor enfrentamento destes efeitos colaterais e das reações adversas possíveis, trazendo subsídios adequados para a prevenção e manejo (GONÇALVES et al., 2009; SILVA et al., 2010).

Dentre as principais ações de adesão solicitadas ao paciente com câncer de mama em tratamento quimioterápico destacam-se: orientações para o enfrentamento das reações adversas, seguimento de um planejamento alimentar e ingestão líquida, controle do peso, hidratação da pele, uso de protetor solar, uso das medicações antieméticas prescritas pelo médico, controle do estresse, presença regular às consultas e realização de exames (SILVA et al., 2010).

As demandas de cuidado com a paciente no domicílio podem ser de cuidado direto: administração de medicação, cuidado de feridas e curativos, por exemplo; cuidado indireto como: obtenção de medicamentos, agendamento de consultas ou coordenação de cuidado; administração de sintomas e de conforto, com abordagens não farmacológicas e relato dos efeitos indiretos e efetividade do tratamento; necessidade de informação sobre a doença, tratamento, estratégias para resolução de problemas e recursos da comunidade. O que mais preocupa o familiar é o cuidado, como manter o conforto, quando informar mudança nas condições e como lidar com equipamentos. A família também se preocupa em equilibrar as demandas de cuidados com as outras responsabilidades e quer saber o que o futuro reserva para ela e para a paciente (FLORIANI, 2006).

Por fim, a literatura aponta que a intervenção direcionada ao fornecimento de suporte social adequado, desenvolvida com cuidadores de pessoas acometidas pelo câncer de mama e que estão em tratamento quimioterápico, pode contribuir para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das pacientes, uma vez que tende a aumentar comportamentos de autocuidado em saúde.

4.2. *Intervenção para desenvolvimento do suporte social*

Evidências apontam o papel do suporte estrutural e funcional na redução dos níveis de morbidade e melhoria da qualidade de vida, o que reforça a necessidade de intervenções adequadas na área. Estudos demonstram que as ações de intervenção interdisciplinares são efetivas e devem fazer parte da atuação conjunta entre todos os profissionais de saúde, junto aos pacientes e familiares (BRASIL, 2004).

As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. A equipe interdisciplinar deverá ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. A atuação interdisciplinar para a prevenção de complicações decorrentes do tratamento deve ser realizada em todas as fases: diagnóstico, durante e após o tratamento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades da mulher, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano (BRASIL, 2004).

A intervenção consiste em orientações domiciliares, tratamento ambulatorial, tratamentos hospitalares específicos e grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral (BRASIL, 2004).

Em revisão bibliográfica realizada no Brasil, as autoras concluíram que os trabalhos realizados por enfermeiros provenientes de outros países enfatizaram intervenções de suporte social proveniente de programas educativos, atividades grupais e recursos tecnológicos para a família da paciente com câncer, além de avaliar as necessidades e experiências dessas famílias, como cuidadoras. Porém, nas publicações de enfermeiros brasileiros há uma maior preocupação quanto à definição de conceitos e à identificação das necessidades das famílias da paciente com

câncer, visando ao planejamento de intervenções, evidenciando mais uma vez a necessidade dessas em nosso meio (SANCHÉZ et al, 2010).

Estudos têm apontado que intervenções psicoeducacionais melhoram a habilidade de enfrentamento, diminuem a sobrecarga e aumentam a qualidade de vida do cuidador. Os autores apresentam um Modelo Psicossocial que prepara profissionais para que possam responder efetivamente às necessidades dos cuidadores familiares, ensinando-os a cuidar do paciente em casa, que se compõe de: criatividade para distrair o paciente em relação à dor, otimismo, planejamento e informação especializada. A avaliação mostra aumento da qualidade de vida e diminuição da sobrecarga entre os familiares, pois prevê uma agenda de algumas horas por semana para o cuidador ter um tempo para o autocuidado e descansar. Além disso, a intervenção propicia a recuperação mais rápida da família após a morte do paciente (McMILLAN et al., 2006; NORTHOUSE et al., 2007).

Swartz e Keir (2007) em seu estudo com cuidadores de pacientes com tumores cerebrais apontaram que os cuidadores manifestam preferências por programas interventivos para reduzir o estresse, aprender técnicas de redução de estresse focadas no corpo, na mente e corpo e construção de habilidade de enfrentamento.

Programas interventivos de arte criativa para pacientes e família como cuidadores mostraram redução do estresse, diminuição da ansiedade e aumento de emoções positivas, enquanto que programas educacionais e de suporte, baseados em grupos, proveem informação sobre doença e tratamento e ensinam habilidades de enfrentamento, satisfazendo as necessidades do doente com câncer, seus familiares e amigos (FUGATE, 2005).

Um programa australiano de intervenção educativa e suporte para pacientes com câncer, familiares e amigos feito em seis sessões educacionais de 90 minutos semanais, apontou melhora do nível de ansiedade, conhecimento relacionado à doença e senso de significado em suas vidas, com alta satisfação por parte dos participantes (TODD, 2002).

A criação de uma central de informação sobre a assistência domiciliar pode oferecer suporte 24 horas, por telefone, internet e outros meios de comunicação à distância com: treinamento do cuidador, utilização de tecnologia de suporte na realização dos cuidados ao paciente, visando à sua independência total ou parcial e redução do desgaste físico do responsável pelo cuidado, suporte psicológico aos cuidadores como meio de alívio ao estresse, ansiedades, frustrações, revoltas, culpas e esgotamento físico e mental, suporte no ambiente domiciliar, no sentido de promover o mais rapidamente possível a condição funcional do paciente (RODRIGUES; ALMEIDA, 2005).

Outro modelo de intervenção buscou prover uma estrutura baseada no poder de recuperação, usando linguagem comum que facilitasse a solução de problemas e que contribuísse para a qualidade de vida dos familiares do paciente com câncer. Foram trabalhadas as questões: acalmando e evitando o desgaste físico e mental, minimizando relacionamento distorcido e enviesado entre pacientes e cuidadores, sustentando autonomia, preservando e redefinindo o desenvolvimento individual e familiar, dentro das restrições da doença e sustentando a união diante das perdas para enfrentar as questões de separação, morte, luto e reorganização depois da perda (ROLLAND, 2005).

Fontes como a internet têm sido largamente utilizadas como recurso para acessar informação e suporte, embora as informações nem sempre sejam confiáveis. Um estudo revelou o uso desse recurso de uma a duas vezes ao dia. O desenvolvimento de um protótipo utilizando a internet para comunicação família-provedor e família-família de cuidadores de crianças com câncer ofereceu uma abordagem inovadora para assistir cuidadores familiares no encontro de informações atuais e na necessidade de comunicação (LEWIS et al., 2005; LEWIS et al., 2006).

Assim sendo, a disponibilidade de certos recursos materiais, sociais e psicológicos pode ter um papel crucial na decisão do familiar como cuidador tanto em relação à continuidade do cuidado em casa, quanto à efetividade do seu cuidado e suporte. Assim, o desenvolvimento de uma intervenção para auxiliar o cuidador a promover suporte ao paciente com câncer, auxilia na compreensão da doença e favorece o planejamento de ações adequadas às necessidades da clientela.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

5. Referencial teórico metodológico

Técnicas advindas da análise aplicada do comportamento têm sido utilizadas no contexto para promoção da saúde e manutenção de comportamentos adequados. O behaviorismo tem suas origens nas contribuições teóricas de Skinner que vem sendo desenvolvidas há aproximadamente 50 anos. A análise do comportamento pretende, não somente observar e descrever um comportamento, mas também explicá-lo, predizê-lo e modificá-lo por meio da aprendizagem (SKINNER, 2005).

As técnicas de aprendizagem dentro dessa abordagem visam modelar e manter comportamentos que promovam a saúde física e mental do indivíduo. Tal fato torna análise do comportamento um campo promissor no contexto da saúde uma vez que esta se baseia fundamentalmente em estudos sobre processos e métodos de aprendizagem, ressaltando a importância de ajudar o paciente a construir novos repertórios comportamentais ou fortalecer repertórios adequados já existentes (VYGOTSKY, 2007).

A relação entre a descrição de eventos ambientais e o comportamento de auto-observação e auto monitoramento, esclarecendo que o indivíduo passa a observar o seu próprio comportamento ou suas variáveis controladoras quando é indagado pela comunidade verbal acerca do que fez, está fazendo ou está prestes a fazer. Seguindo essa linha de raciocínio, Skinner afirma que "todo o comportamento, seja ele humano ou não humano, é inconsciente; ele se torna consciente quando os ambientes verbais fornecem as contingências necessárias à auto-observação e auto monitoramento" (p.88) (SKINNER, 1991).

Ao mencionar o papel dos ambientes verbais na emissão de comportamentos conscientes, Zettle (1990) acrescenta que os questionamentos formulados frequentemente pela comunidade verbal acerca das práticas dos indivíduos estabelecem condições para que as descrições verbais oferecidas em resposta a tais questionamentos controlem o comportamento de quem fala. Albuquerque (2005) apresenta argumentos sugerindo que perguntas formuladas pela comunidade verbal podem interferir no desempenho do indivíduo, destacando que "quando o comportamento a ser explicado é o comportamento humano, os antecedentes são tão importantes quanto as consequências" (p.170).

De acordo com Amaral (2001) o profissional de saúde como agente da mudança comportamental é responsável por lidar com comportamentos que mantêm a doença e promovam a saúde. O foco de análise são as variáveis de controle imediatas, que ao serem alteradas podem alterar o comportamento. Em curto prazo, esse tipo de manejo comportamental

pode auxiliar na intervenção de outros profissionais e facilitar o trabalho multidisciplinar como um todo.

Já a médio e longo prazo o manejo deve contribuir para que o paciente desenvolva padrões de comportamento de adesão ao tratamento, prevenção de problemas de saúde e comportamentos de risco. Desta forma a intervenção comportamental pode atuar na prevenção, no tratamento e reabilitação, na coesão da equipe interdisciplinar e nas orientações às famílias dos pacientes (VENÂNCIO, 2004).

Estudos que utilizam princípios da análise do comportamento para modificar hábitos prejudiciais à saúde podem produzir resultados que propiciam a aquisição de comportamentos favoráveis ao estabelecimento e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. O modelo construcional de Goldiamond (1974) é um dos modelos de análise comportamental que propõe uma abordagem levando em consideração a análise da relação organismo-ambiente. Esse modelo visa à instalação e manutenção de comportamentos adaptativos e a técnica de automonitoramento é utilizada como ferramenta para a construção de repertórios adaptativos.

O automonitoramento corresponde à realização de registros sistemáticos do próprio comportamento (comportamento-alvo), que pode incluir a especificação dos seus antecedentes e dos seus consequentes. Os registros do comportamento-alvo podem abranger aspectos como a frequência, a quantidade e a duração e/ou intensidade do comportamento (BOHM, 2008; TOBIN, 1986).

As principais vantagens do automonitoramento são a ampliação do repertório de respostas de auto-observação, com o aumento da consciência do receptor sobre seus comportamentos, e o desenvolvimento de habilidades para realizar análises funcionais por meio da identificação de variáveis que controlam os comportamentos. Desse modo, pode também funcionar como estratégia de intervenção, uma vez que "a observação do próprio comportamento geralmente é acompanhada por mudanças positivas no comportamento observado e tende a acentuar as propriedades discriminativas de contingências mais adaptativas" (ABREU-RODRIGUES, 2004, p. 267). Em contrapartida, o automonitoramento pode ser de alto custo para o receptor, pois a realização dos registros requer tempo, compreensão e esforço (ADES, 2002; BOHM, 2008; KERBAUY, 2002).

Intervenções que promovam o automonitoramento das atividades (por exemplo, utilização de diários ou fichas) identificando os eventos que antecedem e sucedem seu comportamento poderiam possibilitar discriminações mais acuradas dessas situações e da maneira como o indivíduo reage a elas (MARTELL, ADDIS & JACOBSON, 2001; REHM,

1977). Informações advindas do automonitoramento proporcionam ao terapeuta ferramentas para que possa planejar intervenções que promovam a extinção dos respondentes condicionados pareados a estas contingências aversivas. Aprendizagem ou desenvolvimento do repertório discriminativo adequado permite que o indivíduo gradativamente volte a emitir comportamentos positivamente reforçados (ABREU, 2006).

O uso desta técnica na saúde pode ajudar tanto o paciente quanto o cuidador a desenvolver comportamentos de saúde adequados e compatíveis com o quadro clínico da pessoa. Dessa forma, a utilização da intervenção comportamental pode se mostrar relevante não só na construção de repertórios correspondentes ao estilo de vida da paciente, mas também na geração e no fortalecimento do suporte social adequado. Assim, parte-se do pressuposto de que é eficiente ensinar o cuidador a identificar as variáveis da qual seu comportamento é função e que promovem a saúde e o bem-estar da paciente.

5.1.A *Entrevista Motivacional na saúde*

A Entrevista Motivacional (EM) tem foco na mudança de comportamentos das pessoas, especialmente aquelas que não desejam mudar ou seguir orientações ou, ainda, que estejam numa situação de ambivalência entre mudar e não mudar. Pode ser feita numa única entrevista, mas é mais comum que seja realizada em um conjunto de 4 a 5 encontros individuais (DIAS, 2010).

O espírito geral da EM é descrito como uma abordagem colaborativa, evocativa e com respeito pela autonomia da pessoa usuária dos sistemas de atenção à saúde. A dimensão colaborativa institui-se numa relação parceira, horizontal e com decisões compartilhadas. A dimensão evocativa busca fazer aflorar o que a pessoa já tem, ativando sua motivação e seus recursos para a mudança. A dimensão pela autonomia da pessoa implica a aceitação de que ela é quem, afinal, decide o que fazer. Por outro lado, a EM estrutura-se em quatro princípios orientadores: resistir ao reflexo de fazer as coisas; entender e explorar as motivações das pessoas; escutar com empatia; e fortalecer a pessoa, estimulando a esperança e o otimismo (DIAS, 2010).

Há diferentes tipos de conversa sobre mudanças: o desejo da pessoa; a capacidade da pessoa em mudar, o que reflete sua força motivacional; as razões para a mudança; a necessidade da mudança; o comprometimento com a mudança; e os passos dados concretamente para a mudança. Na EM são utilizados três estilos de comunicação: o acompanhamento, um suporte à

pessoa em seu movimento por uma escuta qualificada; o direcionamento que implica um protagonismo maior do profissional; e a orientação em que o profissional sabe o que fazer e oferece alternativas para a opção da pessoa. Os estilos de comunicação são operados por meio das três habilidades comunicativas fundamentais: perguntar, escutar e informar (ROLLNICK; MILLER, 2009).

As três habilidades comunicativas podem ser utilizadas em diferentes combinações: informando e perguntando, perguntando e escutando, escutando e informando. Essas combinações se unem para permitir um diálogo clínico mais produtivo que permita orientar ao invés de ordenar, incentivar ao invés de constranger e negociar ao invés de prescrever. A EM ajuda as pessoas em situação de ambivalência a buscar as motivações internas para a mudança dos comportamentos não saudáveis. Falando sobre as razões pró-mudança e como fazer a mudança, a pessoa pode se convencer a mudar. A EM apresenta cinco princípios: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, fluir com a resistência e apoiar a auto eficácia (DIAS, 2010).

Há evidências de que a EM tem produzido resultados em relação aos dependentes de álcool, à redução de peso e ao controle da pressão arterial (MILLER, 1993; NOONAN, 1997; ROLLNICK, 2000). A EM tem sido vista como particularmente efetiva em pessoas que apresentam baixa motivação para a mudança (BUTLER, 1999). Uma meta-análise que avaliou 72 ensaios clínicos sobre EM mostrou que essa técnica é muito efetiva em relação ao uso de drogas e encontrou efetividade em relação a outras condições como dieta, redução dos riscos para HIV, exercícios físicos e adesão a tratamentos (HETTEMA, 2005).

Alguns ensaios clínicos verificaram que a EM teve efeitos promissores na mudança de estilos de vida e em resultados sanitários em relação a abordagens como a educação em saúde, as intervenções de redução de riscos e os aconselhamentos (KNIGHT, 2006; BRITT, 2004).

Renisow et al. (2002) reforçam que o efeito da EM pode ser atribuído a elementos comuns, como o aconselhamento e a empatia, com impacto em diferentes etnias, idade e nível socioeconômico. Segatto et al. (2011) buscaram avaliar a efetividade da EM e de uma brochura educativa aplicadas em pronto socorros para reduzir o abuso e problemas relacionados ao álcool entre jovens e apontam que não houve diferença estatística entre os dois grupos, porém, houve uma redução significativa ($p < 0.001$) em problemas relacionados com o abuso do álcool encontrados em ambos os grupos.

A Entrevista Motivacional Breve (EMB) tem importante funcionalidade por ser uma forma de atendimento concisa, baseada na EM, que objetiva alcançar a mudança

comportamental do paciente e desencadear uma tomada de decisão e o comprometimento com a mudança (MILLER; ROLLNICK, 2001). Utiliza-se um inventário de estratégias oferecidas pelo entrevistador, ao paciente, para modificar seu comportamento problema de modo responsável.

A EMB consiste em uma a três sessões, que possuem impacto motivacional e precipitam mudanças de comportamento. Ela contém seis elementos: devolução; responsabilidade pessoal do paciente; conselhos claros para mudança de hábito; seleção de uma abordagem específica de tratamento, mas ofertando estratégias alternativas; empatia do terapeuta; e reforço da autoeficácia da esperança do paciente (MILLNER; ROLLNICK, 2001). A atuação do terapeuta ao conduzir uma EMB pauta-se em cinco princípios estruturantes: promoção da autoeficácia, expressão de empatia, desenvolvimento de discrepância, evitação de argumentação e acompanhamento da resistência.

Sales e Figlie (2009) concluem em seu estudo que aplicação da EMB pode ser oferecida com sucesso, sozinha ou acoplada a outras técnicas, quando comparadas com grupo controle. Acrescentam, ainda, que EMB oferecida juntamente com outra técnica, tem uma eficácia maior do que quando oferecida isoladamente. É uma intervenção de baixo custo e facilmente aplicável em qualquer ambiente de saúde ou na comunidade.

A EM tem sido proposta e utilizada no Brasil em mudanças de comportamentos não saudáveis e manutenção de comportamentos saudáveis (DIAS, 2010; OLIVEIRA, 2003; ALBERNAZ, 2001; OLIVEIRA, 2008; JAEGER, 2008; ANDRETTA, 2008), porém, não foram encontrados na literatura, dados de estudos que realizaram a EM para modificar comportamento de oferta de suporte social.

MÉTODOS

6. MÉTODOS

6.1. Tipo de estudo

O estudo teve como método de pesquisa o quase experimental do tipo antes-depois, que se baseia no pressuposto de que a intervenção estudada pode ser aplicada independentemente da necessidade de controlar variáveis externas e onde o indivíduo é seu próprio controle (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006). Esse tipo de estudo também é realizado quando não se pode formar aleatória a população do estudo, não tirando o mérito da pesquisa, pois a intervenção é realizada com a mesma cientificidade do estudo experimental, examinando relação de causa e efeito (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007).

Assim, o estudo se propôs a aplicar a Entrevista Motivacional Breve (EMB) com vistas à adequação do suporte social para os cuidadores de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e em tratamento de quimioterapia.

6.2. Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO). O CRIO está localizado dentro da Secretaria Executiva de Fortaleza Regional I, situado na rua Francisco Calaça, nº 1300 no bairro Álvaro Weyne e é habilitado pelo Ministério da Saúde como uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – Unacon.

É considerado um dos centros de referência em oncologia no estado do Ceará na prevenção, no diagnóstico e no tratamento e oferece serviços de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imagem, leitos hospitalares, intervenções cirúrgicas e unidades de terapia intensiva (UTI) além de atendimento ambulatorial de pacientes advindos tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto da rede particular. Possui uma equipe multidisciplinar formada por profissionais da área de Enfermagem, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Serviço Social, além de possuir um Centro de Pesquisa Clínica. O CRIO atende anualmente uma média de 390 pacientes com câncer de mama e que realizam quimioterapia.

6.3. População e amostra

A população do presente estudo foi composta pelas pacientes com diagnóstico de câncer de mama e em realização de quimioterapia do CRIO e de seus respectivos cuidadores que preencheram os critérios de elegibilidade.

Estiveram aptas a participar do estudo: mulheres alfabetizadas, portadoras de câncer de mama em tratamento quimioterápico, que estivessem pelo menos na segunda sessão do tratamento em diante, com idade acima de 18 anos, que não possuíssem diagnóstico médico prévio de doença psiquiátrica e que residissem na cidade de Fortaleza-CE e/ou regiões circunvizinhas, possibilitando o contato posterior.

Os seguintes critérios foram aplicados aos cuidadores: ter sido elencado pela paciente como seu cuidador, ser alfabetizado, com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico médico prévio de transtornos psiquiátricos, ser cuidador informal e que resida na cidade de Fortaleza-CE e/ou regiões circunvizinhas, possibilitando o contato posterior.

De acordo com Amendola (2008) o cuidador informal é concebido como o familiar ou amigo que é solicitado a assegurar a maior parte dos cuidados que o doente requer quando retorna ao seu contexto familiar. Já o cuidador formal é o profissional de saúde que assume formalmente o exercício de uma profissão, pela qual optou de livre vontade e para a qual teve preparação acadêmica e profissional.

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado a média mensal de 65 pacientes cadastradas para realização de quimioterapia no referido setor e que se enquadravam aos critérios de inclusão. Optamos por aleatorizar por amostragem emparelhada utilizando a seguinte fórmula:

$$n = \frac{\left((Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \cdot S_d \right)^2}{d^2}$$

Para definir o tamanho amostral, consideramos a proporção de satisfação com relação à intervenção. Assim, os parâmetros para o cálculo amostral foram: Z_{α} é o nível de confiança, Z_{β} é o poder do teste, S_d é o desvio-padrão e d é a diferença entre as pontuações. Vale ressaltar que o desvio-padrão e a diferença foram padronizados na distribuição normal padrão.

Dessa maneira, os valores considerados no estudo foram: coeficiente de confiança de 95%; poder de teste de 80%; uma diferença nos pontos de 0,165 e o desvio padrão de 0,25, feito

com base na curva de normalidade. Considerou-se para o desvio padrão o valor de maior variabilidade amostral.

Introduzindo esses números na fórmula encontramos total de 18 pacientes e 18 cuidadores, mediante critérios estabelecidos e considerando que cada mulher designou um cuidador para participar da pesquisa. As mulheres foram selecionadas após o cálculo da amostra. Para a seleção das pacientes, a pesquisadora compareceu ao setor de quimioterapia do CRIO e realizou uma triagem dos critérios de elegibilidade pelo prontuário, em seguida iniciava o contato perguntando se a mesma sabia ler e escrever e se poderia participar da pesquisa. Após o aceite, a mulher assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) inicialmente, e, posteriormente, respondia às questões da Escala de Suporte Social (ESS) (ANEXO 1), designando quem era o seu cuidador. A mesma deveria estar ciente que a intervenção seria aplicada ao seu cuidador, e, ao final da pesquisa, a mulher responderia novamente as questões da ESS.

O cuidador era abordado pessoalmente, quando já se encontrava no CRIO, ou via telefone. O mesmo era convidado a participar da pesquisa e assinava o TCLE após estar ciente que a intervenção seria com o mesmo, necessitando mais 3 ou 4 encontros futuros, de acordo com a literatura recomendada (DIAS, 2010).

A EMB aconteceu em sala reservada, somente com o cuidador presente. Quando o mesmo não estava presente no CRIO, a pesquisadora agendava o encontro em local de preferência do cuidador, que geralmente era em sua residência, e a EMB era realizada também em local reservado, sem contato da paciente. Os dados foram coletados nos meses de agosto a outubro de 2015.

Ressalta-se que, como preconizado na maioria dos estudos que utilizam Entrevista Motivacional Breve, foi realizado um curso teórico e prático com duração de 40h específico para a aplicação da EMB. Durante o mesmo foram abordados aspectos teóricos, conceitos e formas de aplicação da técnica de Entrevista Motivacional. Em seguida realizou-se exercício de fixação dos conhecimentos adquiridos com abordagem prática da técnica por meio de simulações de situações envolvendo pacientes em que poderiam ser aplicadas ferramentas simples e avançadas no uso da Entrevista Motivacional.

6.4. Coleta dos dados

6.4.1. Instrumentos utilizados

Foram utilizados materiais e instrumentos distintos, para as pacientes e para os cuidadores.

a) Instrumento para as **pacientes**:

- Questionário socioeconômico (ANEXO 2):

Apresenta questões referentes a sexo, idade, tipo de câncer, situação conjugal, existência de filhos, situação empregatícia e designação do cuidador.

- Escala de Suporte Social (ANEXO 1):

Para a avaliação do suporte social foi utilizada a Escala de Suporte Social (ESS) (ANEXO 1). A escala tem por objetivo avaliar a disponibilidade percebida e a satisfação acerca do suporte social instrumental e funcional. O instrumento foi traduzido e validado por Seidl & Tróccoli (2006) denominado Escala de Suporte Social para Pessoas com HIV/aids, que foi adaptada da *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (REHWICK & COLS, 1999). A escolha dessa escala para o presente estudo deveu-se à adequação de seus itens para análise do suporte social em contextos de saúde e doença, independente da patologia, e por não haver na literatura escala especificamente para o público alvo em questão (ABREU-RODRIGUES, 2008).

No instrumento brasileiro, são mensuradas duas categorias de suporte, totalizando 22 itens: (1) suporte social instrumental (10 itens, alpha de Cronbach igual a 0,84) - percepção da satisfação quanto à disponibilidade de suporte no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira; (2) suporte social emocional (12 itens, alpha de Cronbach igual a 0,92) - percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e suporte emocional. Pode ser usada na versão unifatorial (score geral) ou bifatorial. No presente estudo foram feitas análises dos dois fatores independentes e do score geral. As respostas foram dadas em escala Likert de cinco pontos para frequência do suporte (1=nunca; 5=sempre) e satisfação (1=muito insatisfeito; 5=muito satisfeito).

b) Instrumentos e materiais para os **cuidadores**:

- Questionário socioeconômico do cuidador (Anexo 3):

Apresenta questões referentes a sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e relação de parentesco com a paciente.

- Entrevista Motivacional Breve

Realizou-se uma Entrevista Motivacional Breve (EMB), com a finalidade de conhecer a percepção desses cuidadores sobre a compreensão do conceito de suporte social e sobre o papel que cuidadores poderiam ter no suporte à paciente com câncer de mama em quimioterapia. Aplicou-se a técnica da EMB em cada uma das quatro sessões com uma duração de 30 minutos, aproximadamente, apropriando-se das diretrizes propostas e previstas para sua aplicação no contexto do estímulo e motivação para ações de suporte social para pacientes com câncer de mama e em realização de quimioterapia.

Os princípios estruturantes da EMB foram utilizados pelo pesquisador: promoção da autoeficácia, expressão de empatia, desenvolvimento de discrepância, evitação de argumentação e acompanhamento da resistência.

A técnica de EMB consistiu em:

Aconselhar e clarificar os objetivos e a importância do conhecimento sobre a doença, tratamento e repercussões, informações e fornecimento de suporte social adequado para as mulheres com câncer de mama, além dos benefícios de uma atitude positiva em relação à melhora da percepção e satisfação do suporte social recebido. Para isto trabalhou-se com a estratégia de informar-verificar-informar: o profissional fornece algumas informações, verifica se o receptor entendeu e fornece mais informações. O valor está em verificar de forma respeitosa para ver se o receptor entendeu antes de avançar para as próximas informações. No uso do estilo de orientação, a etapa de verificar envolve um pouco mais que perguntar “entendeu?”. No lugar disso, deve-se buscar a perspectiva do receptor. Esse ritmo de buscar as respostas dos receptores entre as informações é adequado, por várias razões, pois continua a envolvê-los no aprendizado de fornecimento de suporte social adequado, transmite paciência e respeito e ajuda a detectar mal entendidos surgidos (MILLER, 2002).

Após fornecer as informações, eram elucidadas dúvidas e questionamentos que o cuidador apresentava.

Ainda como parte da EMB, abordou-se os benefícios da mudança comportamental de fornecimento de suporte social, através da técnica da Balança Decisional, em que o cuidador

era estimulado a apontar as vantagens e desvantagens em aderir à mudança do comportamento para ampliar a oferta de suporte social à mulher com câncer de mama e em tratamento quimioterápico. O pesquisador, então, fazia uma definição mais ampla, apontando a existência da ambivalência como algo normal frente à tomada de uma decisão difícil, ressaltando a importância de se ver os dois lados dos sentimentos ao mesmo tempo. Os cuidadores recebiam um papel com duas colunas para ser preenchido com os prós e os contras de modificar o comportamento de suporte social. Após preenchê-los, os cuidadores eram estimulados a dividir as suas respostas com o pesquisador. Esta técnica é uma das técnicas cognitivo-comportamentais que podem ser utilizadas no contexto da Entrevista Motivacional e que a partir da comparação entre aspectos positivos e negativos objetiva a decisão para a mudança cognitiva do indivíduo para que ele tenha um comportamento e atitude adequados em relação a determinado assunto (KNAPP, 2001).

- Ficha de registro e automonitoramento (REHM, 1999) (ANEXO 4):

Consiste em um *checklist* adaptado de Abreu-Rodrigues (2015) sobre o fornecimento ou não fornecimento de suporte social pelo cuidador, por um período de sete dias respondido pelo mesmo.

Essa ficha foi elaborada baseada nas categorias comportamentais que a paciente referiu na ESS como “nem satisfeita, nem insatisfeita”, “insatisfeita” e “muito insatisfeita”, como por exemplo: – tomar conta dos filhos/casa, consultas/tratamento, valorização da pessoa, suporte para conversar, informações de saúde, integração social, melhora do humor, companhia e lazer. Ressalta-se que foi realizada uma breve descrição individual das formas de fornecer suporte social em cada categoria, com base no que estava previsto para a paciente. Caso o cuidador tivesse emitido comportamentos compatíveis com o fornecimento de suporte social naquela categoria, ele faria o registro; isto é, marcaria um X na categoria correspondente ao dia específico. Essa ficha representava uma "tarefa de casa" e avaliava o período de três semanas.

Todas as entrevistas e intervenções foram realizadas pela pesquisadora e gravadas em áudio após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O procedimento foi realizado em quatro sessões individuais, com intervalos **semanais**, como descritas a seguir.

6.4.2. *Procedimento de coleta dos dados*

- **Momento 1:** Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) as pacientes designaram o seu cuidador para participar da intervenção. Em seguida responderam à entrevista iniciando pelo questionário socioeconômico e após a Escala de Suporte Social. Essa etapa teve uma duração média de 30 minutos e os dados registrados corresponderam à linha de base.
- **Momento 2 - Intervenção (1ª a 4ª sessão):** Inicialmente a pesquisadora fez contato prévio por telefone para agendar com os cuidadores os dias que ocorreriam as sessões/intervenção. A intervenção, Entrevista Motivacional Breve (EMB), ocorreu junto aos cuidadores em cada uma das **quatro** sessões individuais, com duração de aproximadamente 30 minutos cada.

1ª sessão: Os objetivos e a relevância da intervenção foram apresentados individualmente ao cuidador. Após a assinatura do TCLE foi feita uma sensibilização para fortalecer a participação no estudo e minimizar desistências. Em seguida responderam à entrevista iniciando pelo questionário socioeconômico (ANEXO 3) e posteriormente questões abertas com o objetivo de fazer um levantamento do repertório comportamental naquele momento do suporte social e das condutas dos cuidadores que poderiam ser adquiridas ou modificadas, para serem trabalhadas posteriormente. Além disso, buscou-se verificar a percepção do próprio cuidador quanto à quantidade e qualidade do suporte que vinha fornecendo, obtendo seu relato quanto aos tipos de suporte que já fornecia e a importância que atribuía aos mesmos. Foi investigada a compreensão sobre o conceito de suporte social e sobre o papel que cuidadores poderiam ter no suporte social à paciente com câncer de mama em quimioterapia, por meio da EMB, descrita anteriormente. Foi questionado, ainda, como poderia prover suporte compatível com as necessidades do paciente e em qual aspecto tinha mais dificuldade. Nessa sessão, ainda, foi estabelecido, em acordo mútuo, o dia e horário da segunda sessão. Assim, de acordo com as respostas da paciente na Escala de Suporte Social e com o primeiro contato com os cuidadores e realização de EMB, iniciou-se a elaboração da ficha de registro e automonitoramento individual (ANEXO 4) a ser realizada em um intervalo de sete dias e entregue no próximo encontro. A duração desta sessão foi a mais longa, 40 a 60 minutos, dependendo do caso.

2ª sessão: Nessa sessão (7 dias após a 1ª sessão) foram explanados aos cuidadores os conceitos de suporte social ao paciente com câncer de mama em quimioterapia aos cuidadores e como poderia fornecê-lo de forma compatível com as necessidades do paciente a fim de satisfazer suas necessidades individuais de suporte social. Foram verificadas as fichas de registro e de automonitoramento e os comportamentos (compatíveis, ou não, com as necessidades do paciente) de suporte social que ocorreram durante a semana. O registro e o automonitoramento tiveram como objetivos principais o desenvolvimento de respostas de auto-observação, de modo que os cuidadores pudessem ampliar seu conhecimento sobre suporte social e as variáveis que poderiam interferir nesta. Prosseguiu-se com a aplicação da técnica da EMB e, especificamente nesta sessão, utilizou-se a técnica da Balança Decisional em que o cuidador era estimulado a apontar as vantagens e desvantagens em aderir a mudança do comportamento para ampliar a oferta de suporte social à mulher com câncer de mama e em tratamento quimioterápico. Foi entregue nova ficha de registro e automonitoramento (complementando a ficha já elaborada na 1ª sessão) a ser preenchida em um intervalo de 7 dias. (ANEXO 4)

3ª sessão: Foram verificadas as fichas de registro e automonitoramento (7 dias após a 2ª sessão) discutindo as respostas e as demandas dos cuidadores e as contingências para emissão ou não de determinado comportamento pelo cuidador. Nessa sessão da EMB foram definidos os comportamentos de suporte a serem adotados pelo cuidador nas categorias: suporte na facilitação da realização do tratamento de saúde, questões financeiras, atividades práticas do dia a dia, cuidado de saúde, fazer sentir-se valorizada como pessoa, suporte para desabafo ou conversa sobre assuntos relacionados à enfermidade, informações de saúde, fazer sentir-se integrado socialmente, suporte para melhorar o humor e astral, companhia para diversão e lazer. Nessa sessão foram levantadas possíveis estratégias para solução de problemas relacionados, ou não, ao fornecimento de suporte social ou ao fornecimento de suporte inadequado. Tais estratégias foram levantadas com os participantes respeitando a individualidade e contextos nos quais estavam inseridos. O reforçamento diferencial de comportamentos relevantes e adequados foi disponibilizado pela pesquisadora de acordo com os relatos do cuidador. Tal reforçamento foi fornecido imediatamente após relatos adequados de fornecimento

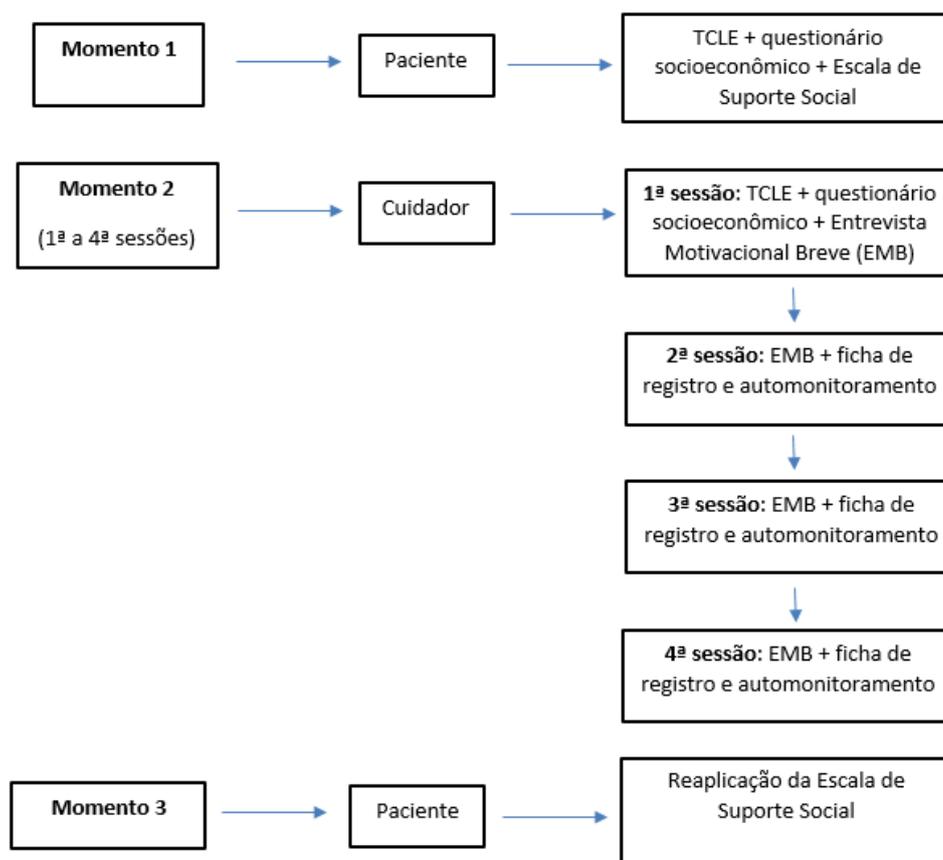
de suporte social compatível com o que foi trabalhado na sessão anterior. Foi entregue nova ficha de registro e automonitoramento (complementando a ficha já elaborada na 1ª e 2ª sessões) a ser preenchida em um intervalo de 7 dias

4ª sessão: Ocorreu a finalização da intervenção (7 dias após a 3ª sessão) com procedimento semelhante ao realizado na 3ª sessão, onde os cuidadores relataram um *feedback* sobre a intervenção recebida. Finalizada a intervenção, as pacientes foram imediatamente contactadas para dar prosseguimento com o terceiro e último momento da coleta dos dados.

- **Momento 3:** Nesse momento (cerca de 1 mês após a primeira aplicação da ESS) foi reaplicada a Escala de Suporte Social em todas as pacientes do estudo após a realização da intervenção com os cuidadores.

Os passos foram resumidos na figura a seguir:

Figura 1: Metodologia da coleta de dados com pacientes e cuidadores. Fortaleza-CE, 2016.



6.4.3. *Análise dos dados*

Para a análise estatística dos dados utilizou-se como desfecho a Escala de Suporte Social. As respostas dos pacientes foram comparadas, para a identificação de ocorrência de diferença nos escores das medidas de suporte social antes e depois das intervenções realizadas com os cuidadores.

Instrumento cuja estrutura foi analisada por Seidl (2006) por intermédio da adaptação de um instrumento canadense (RENEWICK & COLS, 1999).

O instrumento brasileiro é dividido em dois fatores:

- Fator 1, **suporte social instrumental** (10 perguntas (5 primárias (analisaram a percepção) e 5 secundárias (analisaram a satisfação)); $\alpha = 0,84$) – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de suporte no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira.

- Fator 2, **suporte social emocional** (12 perguntas (6 primárias (analisaram a percepção) e 6 secundárias (analisaram a satisfação)); $\alpha = 0,92$) – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e suporte emocional em relação à patologia;

A escala possui três etapas de questões, na qual as perguntas primárias e secundárias utilizando uma escala do tipo *Likert* com as seguintes variações:

1. Questões Primárias: (1) nunca, (2) raramente, (3) às vezes, (4) frequentemente e (5) sempre
2. Questões Secundárias: (1) muito insatisfeita, (2) insatisfeita, (3) nem satisfeita nem insatisfeita, (4) satisfeita a (5) muito satisfeita.

Logo, escores mais altos indicam relatos de maior disponibilidade percebida e satisfação com o suporte social.

3. Questões abertas: “*Você tem recebido algum outro tipo de suporte? Qual?*” e “*Você gostaria de fazer algum comentário?*”. Ressalta-se que as questões abertas foram descritas ao longo dos resultados, mas não foram analisadas.

Foi utilizado também o teste dos sinais para análise de amostras dependentes. Logo, esse teste é uma alternativa para o teste “t” para amostras dependentes. É aplicado em situações em que o pesquisador deseja determinar se duas condições são diferentes. O teste se baseia em atribuir valores “+” quando a diferença é positiva e “-” quando a diferença é negativa. Considerou-se 5% como nível de significância no estudo, isto é, se o valor-p for menor que 0,05 há evidências para aceitar a hipótese alternativa (H1), se for maior que 0,05 aceitamos hipótese nula (H0).

Utilizou-se também o teste de Mann-Whitney para comparar o efeito da associação da característica “sexo” e “reside com a paciente” com as respostas das pacientes após a intervenção. O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para a variável “escolaridade” para o mesmo objetivo. Fez-se a correlação da idade com a diferença de médias (antes e depois) para o nível de satisfação com o suporte social recebido nos domínios instrumental e emocional aplicando a correlação não paramétrica de Spearman. Aplicou-se um teste de hipótese a fim de verificar as correlações, com base na significância de 5%.

6.4.4. *Aspectos éticos*

O estudo foi realizado procurando atender aos preceitos ético-legais recomendados na resolução 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de

Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e, definindo os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo, levando em consideração os aspectos de autonomia, beneficência e justiça.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará – Complexo Hospitalar Walter Cantídio sob o parecer de nº: 0965.281/2015. (ANEXO 5)

Foram dadas às participantes do estudo, bem como aos seus cuidadores, todas as informações pertinentes sobre a pesquisa a ser desenvolvida, como também, a informação de que a sua participação seria de forma voluntária, sendo garantido o total sigilo e anonimato, como também a possibilidade de desistência, caso desejasse, em qualquer momento da pesquisa.

Foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um foi apresentado às pacientes e outro aos cuidadores, que continham os objetivos da pesquisa, duração estimada, sigilo quanto às informações prestadas.

RESULTADOS

7. RESULTADOS

Participaram 18 mulheres e seus respectivos cuidadores (N=18), não houve perda amostral. A apresentação dos resultados foi realizada de maneira a contemplar a sequência dos objetivos estabelecidos para este estudo. As pacientes são identificadas pela letra “P” e pelo número na amostra (P1 a P18). As mulheres foram abordadas na sala de realização de quimioterapia após verificação prévia dos critérios de elegibilidade no prontuário, responderam ao questionário socioeconômico e a Escala de Suporte Social e, logo em seguida, designaram o cuidador para participar do estudo.

O cuidador foi abordado pessoalmente, quando já se encontrava no CRIO acompanhando a paciente que estava em realização da quimioterapia, ou via telefone, quando o acompanhante no momento não era o cuidador designado a participar do estudo. Os cuidadores responderam ao questionário socioeconômico e foi dado prosseguimento à intervenção (EMB), que ocorreu de forma individual, em cada uma das quatro sessões com uma duração de 30 minutos, aproximadamente, apropriando-se das diretrizes propostas e previstas para sua aplicação no contexto do estímulo e motivação para ações de suporte social para pacientes com câncer de mama e em realização de quimioterapia. Os princípios estruturantes da EMB foram utilizados pela pesquisadora: promoção da autoeficácia, expressão de empatia, desenvolvimento de discrepância, evitação de argumentação e acompanhamento da resistência.

Ressalta-se que os encontros com os cuidadores para a realização da EMB obedeceram ao intervalo de 7 dias. Assim sendo, o intervalo entre a aplicação da Escala de Suporte Social nas pacientes com câncer de mama em quimioterapia, antes e depois da intervenção com os cuidadores, foi de aproximadamente 1 mês.

Por fim, a Escala de Suporte Social, tem duas questões abertas: *“Você tem recebido algum outro tipo de suporte? Você gostaria de fazer algum comentário?”* que foram abordadas no momento 01, início da pesquisa e momento 03, última etapa. As mesmas não foram analisadas qualitativamente, porém foram descritas ao longo dos resultados para contextualizar os dados.

7.1. Caracterização socioeconômica e de saúde das pacientes

Apresenta-se a descrição das características socioeconômicas da amostra das pacientes. Na Tabela 1 encontram-se os dados relacionados à situação conjugal, número de filhos e situação empregatícia, sendo descritos em valores percentuais e absolutos.

Verifica-se que em relação à situação conjugal, 61% (n=11) são casadas, seguida por 39% (n=7) enquadram-se na categoria de solteiras (viúva, solteira e separada). Tal dado reflete em se supor que o respectivo cônjuge se trata do cuidador, o que é fato na maioria dos casos, porém, posteriormente veremos que muitas pacientes contam com a ajuda dos filhos e amigos como principais cuidadores.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pacientes segundo situação conjugal, número de filhos e situação empregatícia. Fortaleza-CE, 2016.

Variáveis socioeconômicas	Frequência (n)	Percentual (%)			
Situação conjugal					
Casada	11	61			
Viúva	4	22			
Solteira	2	11			
Separada	1	6			
Nº de filhos					
2 a 4	9	50			
Somente um	4	22			
5 ou mais	3	17			
Nenhum	2	11			
Situação empregatícia					
Não trabalha	10	55			
Aposentada	7	39			
Tem emprego fixo	1	6			
Total	18	100			
Idade	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínima	Máxima
Total= 18 mulheres	52,2	53,5	11,3	35	74

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Com relação ao número de filhos, 50% (n=9) da amostra tem de 2 a 4 filhos. Acredita-se que o convívio familiar é um fator de proteção para o enfrentamento da doença e do tratamento, tendo em vista que as relações afetivas estão associadas aos menores índices de estresse e sentimento de solidão e revelam que a preocupação com os filhos, para alguns pode favorecer a adesão ao tratamento, e levam as pessoas a assumirem com responsabilidades as mudanças no cotidiano terapêutico (LANGENDORF et al. 2011).

Quando se trata de situação empregatícia, observa-se que a maioria, 55% (n=10) não trabalha, seguido por 39% (n=7) que são aposentadas. Ainda existe pouca informação

relacionada aos direitos do paciente com câncer, visto que muitas mulheres relataram não trabalhar e agora depender somente do provento da família e cuidadores.

Ainda na Tabela 1, apresentam-se os dados referentes à variável idade, com valores máximos e mínimos, média, mediana e desvio padrão. Em relação à **idade** das respondentes, observa-se que houve uma variação entre 35 a 74 anos (DP=11,3). A média foi de 52,2 anos.

Tabela 2- Distribuição dos tipos histológicos de câncer prevalente nas mulheres participantes. Fortaleza-CE, 2016.

Tipo de câncer	Frequência	Percentual (%)
Carcinoma ductal invasivo	11	61
Carcinoma lobular invasivo	5	28
Outro	2	11
Total	18	100

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

De acordo com a Tabela 2, observa-se que o tipo de câncer de mama mais prevalente na amostra é o carcinoma ductal invasivo (CDI) com 61% (n=11), seguido pelo carcinoma lobular invasivo (CLI) com 11% (n=2). O CDI e o CLI, na sua apresentação pura ou em combinação com outros tipos, são as formas mais comuns de carcinoma de mama.

Ressalta-se que quando dois ou mais diferentes tipos de células estão presentes, o tumor é usualmente classificado de acordo com aquele tipo que se apresenta mais numeroso. As pacientes com CDI apresentam normalmente um maior envolvimento linfático e um pior prognóstico que aquele verificado nos pacientes com tipos menos frequentes de carcinoma invasivo de mama (VÁSQUEZ, 2005).

Tabela 3- Distribuição da resposta das mulheres quando questionadas quem era o seu cuidador. Fortaleza-CE, 2016.

Quem é seu cuidador?	Frequência	Percentual (%)
Filho/filha	8	44
Marido	5	28
Mãe	1	6
Outro	4	22
Total	18	100

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Foi questionado às mulheres, no momento 1 da coleta de dados, quem era o seu cuidador (a), e a mesma designava-o (a) para participar do presente estudo. A maioria dos

cuidadores era constituído geralmente pelos filhos, que representou quase a metade da população total de cuidadores (44%), seguida do marido, mãe e outros (amigos e vizinhos).

Esses resultados também são encontrados na literatura, que descreve os cuidadores de paciente com câncer de mama ou genital, em geral, como mulheres adultas ou cônjuges (SOOTHILL, 2012).

5.2. Caracterização socioeconômica dos cuidadores

De acordo com a tabela 4, observa-se que em relação ao sexo do cuidador é notória a prevalência do sexo feminino com 72% (n=13), o que reforça a função social historicamente determinada para as mulheres: a de cuidar. A família costuma ser a principal origem do cuidador e as mulheres adultas e idosas preponderam neste papel, contudo, foram apontadas vizinhas e amigas como principal cuidador.

Tabela 4- Distribuição dos cuidadores segundo as variáveis socioeconômicas. Fortaleza/CE, 2016.

Variáveis socioeconômicas	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	13	72
Masculino	5	28
Idade		
31 a 41	12	67
42 a 52	4	22
53 a 63	2	11
Grau de escolaridade		
5 a 10 anos	8	44
11 anos ou mais	6	34
Menos de 5 anos	4	22
Reside com a paciente		
Sim	12	66
Não	6	34
Total	18	100

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Na literatura existem mais mulheres exercendo o papel de cuidadoras de seus familiares do que homens (RIBEIRO & SOUZA, 2010). Nos cuidadores do sexo masculino, o marido foi o tipo de parentesco mais frequente (N=3), seguido do filho (N=2), em alguns casos.

Quanto à faixa etária, observa-se na Tabela 4 que 67% da amostra de cuidadores (N=12) tem idade no intervalo de 31 a 41 anos, o que revela um perfil jovem de cuidadores. Com relação ao grau de escolaridade dos cuidadores 44% (N=8) estudou de 5 a 10 anos, seguido de 34% (N=6) que estudou 11 anos ou mais. A baixa escolaridade dificulta a compreensão por parte do cuidador do que acontece com a mulher e o que o tratamento causa em seu organismo, contudo, a atribuição do cuidado informal, muitas vezes, pode se dar pelo fato do indivíduo com baixa escolaridade ter mais dificuldade de se inserir no mercado de trabalho, sendo, portanto, mais provável que este assuma o cuidado.

É importante, mas não obrigatório, que o cuidador resida com a paciente, ou pelo menos próximo de sua residência, visto que o tratamento quimioterápico pode ocasionar efeitos adversos, tais como fadiga, cansaço, mal-estar geral, fazendo necessário o acompanhamento de perto por alguém responsável. Na amostra observa-se que 66% (N=12) dos cuidadores residem com a paciente, tal dado corrobora com o da Tabela 3 que afirma que a maioria dos cuidadores são os filhos e marido das mulheres, o que facilita o cuidado integral.

O perfil do cuidador é de grande relevância, pois traça em quais pontos a assistência profissional deve priorizar suas demandas, o que pode contribuir para melhorar a qualidade do cuidado e preservar a integridade física e psicológica do cuidador e de quem é cuidado.

5.3. Análise do suporte social antes e após a intervenção

Com o objetivo de avaliar os efeitos da EMB como uma intervenção para a mudança de comportamento relacionado ao suporte social junto aos cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia, resumimos no quadro 1 as onze questões primárias da Escala de Suporte Social, na qual as pacientes responderam Antes e Depois da aplicação da intervenção escolhendo entre cinco itens (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre).

Os estudos que abordam sobre suporte social dividem-se em duas categorias, de acordo com a conceituação e o tipo de medida focalizada: aspectos estruturais e emocionais/funcionais do suporte. As questões 1 a 5 da Escala de Suporte Social versam sobre a percepção do suporte social estrutural, da satisfação quanto à disponibilidade de suporte no manejo ou resolução de

questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira.

As questões 6 a 11 da Escala de Suporte Social versam sobre o suporte social emocional que, por sua vez, refere-se à extensão em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Assim, a análise dos aspectos emocionais do suporte social volta-se para a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de suporte recebido.

As questões secundárias da ESS referem-se ao nível de satisfação com o suporte social recebido em cada categoria, conforme observa-se no quadro 01.

Quadro 1. Questões primárias e secundárias da Escala de Suporte Social, segundo as categorias estrutural e emocional. Fortaleza-CE, 2016.

QUESTÕES PRIMÁRIAS e SECUNDÁRIAS DA ESS	SUPORTE SOCIAL
1. Você tem recebido suporte de alguém em situações concretas , facilitando a realização do seu tratamento de saúde? 1.1. Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	ESTRUTURAL
2. Você tem recebido suporte de alguém em questões financeiras , como divisão das despesas da casa, dinheiro doado ou emprestado? 2.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
3. Você tem recebido suporte de alguém em atividades práticas do seu dia a dia ? 3.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
4. Você tem recebido suporte de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde ? 4.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
5. Você tem recebido suporte de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade ? 5.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
6. Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir valorizada como pessoa? 6.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	EMOCIONAL
7. Você tem recebido suporte de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade ? 7.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
8. Você tem recebido suporte de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde ? 8.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
9. Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir integrado socialmente ? 9.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
10. Você tem recebido suporte de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor , seu astral? 10.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	
11. Você tem recebido suporte de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer? 11.1 Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?	

Seidl e Tróccoli (2006)

Os estudos que investigam os aspectos estruturais detêm-se na frequência ou quantidade de relações sociais, interessados, portanto, na integração da pessoa em uma rede social (*social network*). De modo geral, trabalham com indicadores como tamanho da rede (número de pessoas envolvidas), homogeneidade, reciprocidade, acessibilidade e frequência do contato, além dos tipos de papéis sociais que as pessoas desenvolvem na rede, incluindo a participação em instituições como família, grupos religiosos, comunitários, entre outros. As medidas dessa

modalidade de suporte analisam, em suma, o nível de integração versus o de isolamento da pessoa em uma rede social (THOITS, 1995).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorremos da análise descritiva de tabelas e gráficos.

Observa-se na tabela abaixo (tabela 5) que após a intervenção (EMB) as mulheres escolheram as opções **frequentemente** e **sempre**, havendo melhora evidente na qualidade do suporte social prestado pelos cuidadores.

Tabela 5: Distribuição das respostas das pacientes à Escala de Suporte Social, antes e após a intervenção (EMB). Fortaleza-CE, 2016.

Questões	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Questão 1				
Às vezes	3	16,7	0	0,0
Frequentemente	12	66,7	14	77,8
Sempre	3	16,7	4	22,2
Questão 2				
Nunca	1	5,6	0	0,0
Raramente	1	5,6	0	0,0
Às vezes	6	33,3	0	0,0
Frequentemente	9	50,0	7	38,9
Sempre	1	5,6	11	61,1
Questão 3				
Às vezes	9	50,0	0	0,0
Frequentemente	7	38,9	6	33,3
Sempre	2	11,1	12	66,7
Questão 4				
Raramente	2	11,1	0	0,0
Às vezes	4	22,2	0	0,0
Frequentemente	12	66,7	3	16,7
Sempre	0	0,0	15	83,3
Questão 5				
Raramente	3	16,7	0	0,0
Às vezes	2	11,1	0	0,0
Frequentemente	9	50,0	1	5,6
Sempre	4	22,2	17	94,4
Questão 6				
Às vezes	9	50,0	0	0,0
Frequentemente	6	33,3	8	44,4
Sempre	3	16,7	10	55,6
Questão 7				
Raramente	1	5,6	0	0,0
Às vezes	9	50,0	0	0,0

	Frequentemente	8	44,4	5	27,8
	Sempre	0	0,0	13	72,2
Questão 8					
	Nunca	1	5,6	0	0,0
	Às vezes	9	50,0	0	0,0
	Frequentemente	8	44,4	12	66,7
	Sempre	0	0,0	6	33,3
Questão 9					
	Raramente	2	11,1	0	0,0
	Às vezes	9	50,0	0	0,0
	Frequentemente	6	33,3	7	38,9
	Sempre	1	5,6	11	61,1
Questão 10					
	Raramente	2	11,1	0	0,0
	Às vezes	8	44,4	0	0,0
	Frequentemente	7	38,9	5	27,8
	Sempre	1	5,6	13	72,2
Questão 11					
	Raramente	3	16,7	0	0,0
	Às vezes	9	50,0	0	0,0
	Frequentemente	6	33,3	7	38,9
	Sempre	0	0,0	11	61,1

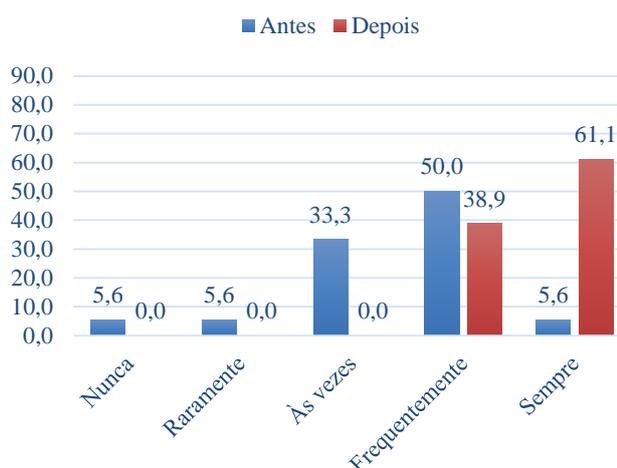
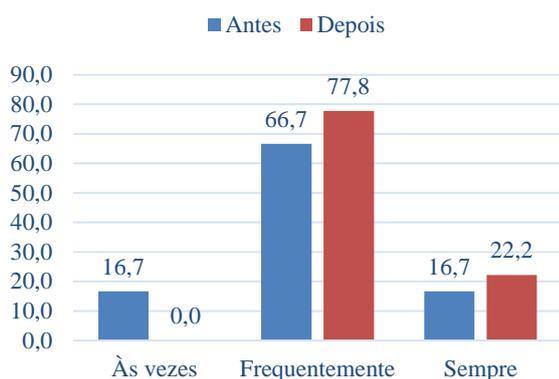
Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Para melhor entendermos as relações das respostas analisou-se nos gráficos abaixo a porcentagem das respostas à Escala de Suporte Social (ESS) pelas mulheres antes e depois da aplicação da intervenção com os cuidadores.

Gráficos 1 e 2: Distribuição em porcentagem das respostas das questões 1 e 2 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

Gráfico 01

Gráfico 02



Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

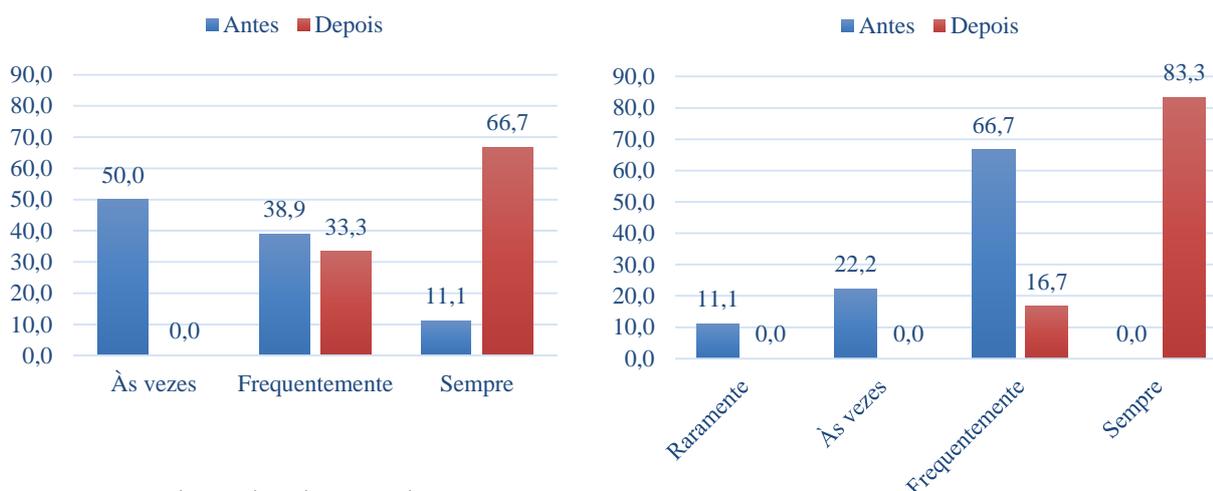
No gráfico 1, respondendo à questão 1 da ESS “*Você tem recebido suporte de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?*”, observou-se que antes da intervenção as mulheres responderam “frequentemente” em grande porcentagem (66,7%), pois a pergunta era seguida de exemplos (tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação ampla) e as mesmas já consideravam o suporte satisfatório antes da intervenção. Após a intervenção, as respostas continuaram com alta porcentagem em “frequentemente” (de 66,7% para 77,8%) e passaram também para “sempre” (de 16,7% para 22,2%), evidenciando pouca mudança no suporte pelo cuidador nesse aspecto.

No gráfico 2, as mulheres responderam à questão 2 relacionada ao suporte financeiro “*Você tem recebido suporte de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro doado ou emprestado?*”. Verificou-se que antes da intervenção, muitas responderam “às vezes” (33,3%) e “frequentemente” (50%) e que depois, houve mudança de categoria das respostas para “frequentemente” (de 50% para 38,9%) e “sempre”, (de 5,6% para 61,1%). A diminuição da porcentagem da categoria “frequentemente” após a intervenção foi atribuída ao aumento da categoria “sempre” e isso pode ser atribuído ao fato de muitas mulheres estarem trabalhando no momento do diagnóstico e início do tratamento e, posteriormente, passaram a receber incentivos financeiros de aposentadoria e pensão, assim como suporte financeiro dos cuidadores, que em sua grande maioria, são membros da família.

Gráficos 3 e 4: Distribuição em porcentagem das respostas das questões 3 e 4 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

Gráfico 03

Gráfico 04

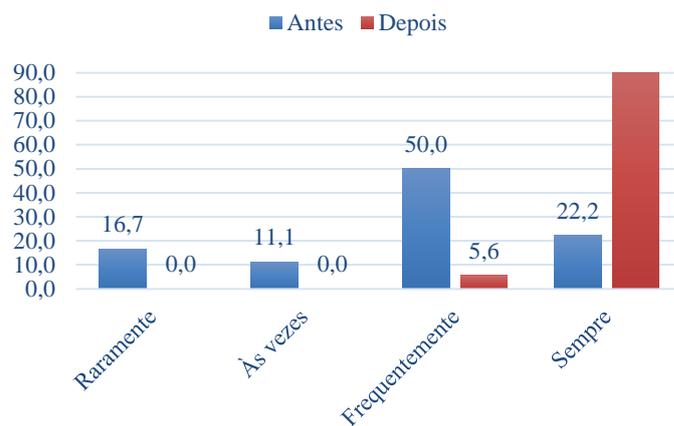


Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

No gráfico 3 visualiza-se as respostas antes e depois para a questão 3: “*Você tem recebido suporte de alguém em atividades práticas do seu dia a dia?*” E observa-se uma grande porcentagem de respostas “às vezes” (50%) e “frequentemente” (38,9%) antes da intervenção. Este dado foi muito relevante para a construção das fichas de registro e automonitoramento durante a aplicação da intervenção, visto que pôde-se focar no comportamento que merecia maior mudança estrutural para proporcionar suporte social adequado à cada situação, tais como arrumar a casa, ajudar a cuidar dos filhos, preparar refeições. Os cuidadores referiram estes comportamentos como sendo fáceis de modificar e registrar nas fichas. As respostas após a intervenção que permaneceram em “frequentemente” (38,9% para 33,3%), mas que reduziram nesta categoria para aumentar a resposta para “sempre” (11,1% para 66,7%) refletem a mudança qualitativa na forma de prestar suporte social estrutural, de forma positiva.

No gráfico 4 observa-se as respostas para a questão 4 “*Você tem recebido suporte de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?*”. Esta pergunta já contava com uma grande porcentagem de respostas “frequentemente” (66,7%) antes da intervenção, pois os exemplos utilizados para contextualizá-la foram: “lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou em qualquer outra situação” e, dada a fragilidade do processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama a família se disponibiliza prontamente em suprimir essa lacuna do “cuidado com os remédios”. Após a intervenção houve uma mudança de resposta para a resposta “sempre” (0% para 83,3%), não visualizada antes, o que revela mudança positiva do suporte social após a intervenção.

Gráfico 5: Distribuição em porcentagem das respostas da questão 5 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.



Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

No gráfico 5 verifica-se a porcentagem das respostas para a questão 5: “*Você tem recebido suporte de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?*” e nota-se a presença de “às vezes” (11,1%), “raramente” (16,7%), “sempre” (22,2%) e “frequentemente” (50%) antes da intervenção. Essa também foi uma questão muito trabalhada nas fichas de registro e automonitoramento com os cuidadores nas intervenções, pois os mesmos não percebiam essa lacuna no suporte social que estavam proporcionando. Após a intervenção as respostas saíram das categorias “raramente” (16,7% para 0%) e “às vezes” (11,1% para 0%), modificando para “frequentemente” (50% para 5,6%) e, mais acentuadamente, para a categoria “sempre” (22,2% para 94,4%), demonstrando a efetividade da intervenção na mudança de comportamento de prestação de suporte.

As questões 6 a 11 da Escala de Suporte Social versam sobre o suporte social emocional que, por sua vez, refere-se à extensão em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Assim, a análise dos aspectos emocionais do suporte social volta-se para a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de suporte recebido.

Dessa forma, a percepção das interações sociais de suporte baseia-se na avaliação subjetiva quanto às necessidades e às expectativas de suporte social da pessoa (McNally & Newman, 1999), percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e suporte emocional.

Gráficos 6 e 7: Distribuição em porcentagem das respostas das questões 6 e 7 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

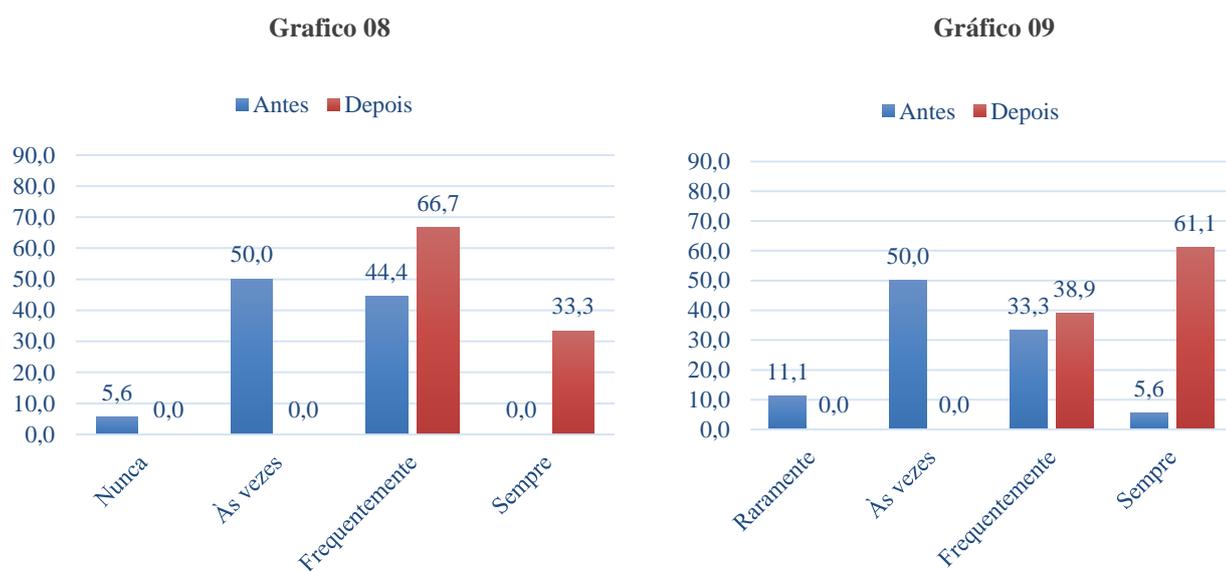


Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

O gráfico 6 explana a porcentagem das respostas para a questão 6: “*Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir valorizada como pessoa?*”. Observa-se que as respondentes marcavam a opção “às vezes” em 50% das respostas antes da intervenção e que após a mesma, 55,6% passaram a responder “sempre”.

No gráfico 7 visualiza-se as respostas para a pergunta 7: “*Você tem recebido suporte de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?*”. Nenhuma das mulheres respondeu a opção “sempre” antes da intervenção, porém, após esta, a opção passou de zero para 72,2%.

Gráficos 8 e 9: Distribuição em porcentagem das respostas das questões 8 e 9 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.



pena”, que apesar de saberem que estão com câncer de mama, não queriam ser identificadas pela doença. Observamos tal fato nas falas abaixo:

P6 [...] Após essas conversas meu marido que cuidava bem parou de ter pena de mim e agora cuida melhor ainda. Mesmo sabendo que vou morrer quero me sentir bem até lá e isso me ajudou muito [...]

P15 [...] Minha filha está mais cautelosa e zelosa comigo, com meus remédios, está puxando mais conversa e antes era mais distante por medo da doença, agora conversamos muito e eu estou bem melhor [...]

P16 [...] Melhorou o jeito que ela me trata, está mais "conversadeira", pergunta como estou, me ouve, me chama e leva pra sair, quer me animar, não sou acostumada mas estou gostando [...]

No gráfico 8 observam-se as respostas para a pergunta 8 da ESS “*Você tem recebido suporte de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?*”. Percebe-se que antes da intervenção, somente uma mulher escolheu a opção “*nunca*” e que a grande maioria (94,4%) se concentrou na opção “*às vezes*” e “*frequentemente*”. Após a intervenção, as respostas que estavam na categoria frequentemente passaram de 44,4% para 66,7%, e a categoria sempre que não havia pontuado antes da intervenção passa de 0% para 33,3%.

Percebe-se a expressão positiva no fornecimento de suporte social nesse aspecto nas falas a seguir:

P5 [...] Minha filha melhorou muito a ajuda comigo como se tivesse feito um curso, além de amiga virou uma referência de sabedoria e do bem [...]

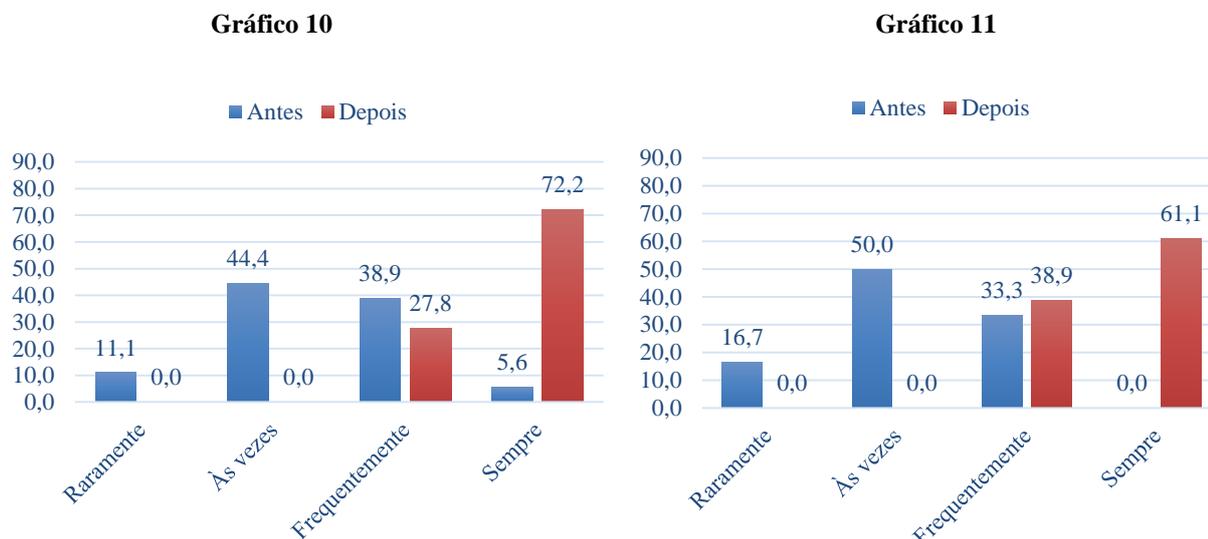
P17 [...] Meu filho além de cuidar muito bem de mim é muito inteligente, mas agora me informa sobre a doença e o tratamento. Após os encontros percebi ele mais próximo, conversa mais, me ouve mais. Graças a doutora está tudo melhorando[...]

Um dos objetivos da EMB utilizada como intervenção é a mudança do comportamento, no caso o suporte social. Foi concentrada atenção especial em explicar o tratamento do câncer de mama que a paciente estava recebendo e os efeitos esperados, sucintamente, para que o cuidador pudesse dar suporte de conhecimento sobre a doença e tratamento quando a mesma solicitasse.

No gráfico 9 observam-se as respostas para a questão 9: “*Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?*”. As respostas como “*raramente*” e “*às vezes*” perfazem 61,1% antes da intervenção. Após, observamos aumento do percentual das respostas “*frequentemente*” e “*sempre*”, 38,9% e 61,1%, respectivamente. Alguns cuidadores não conheciam formas e meios de integração social, tais como grupos de suporte, redes familiares e redes sociais na internet nem como promover essa reintegração social durante o tratamento quimioterápico. É sabido que uma maior rede social e o suporte estariam associados positivamente a melhor qualidade de vida, melhor *status* funcional e menor presença de

depressão e estariam associados a uma atitude mais positiva das pacientes durante o tratamento (FERREIRA, 2015).

Gráficos 10 e 11: Distribuição em porcentagem das respostas das questões 10 e 11 da ESS, antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.



Nos gráficos 10 e 11 verifica-se as porcentagens das respostas para as perguntas 10 e 11 da ESS: “*Você tem recebido suporte de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?*” e “*Você tem recebido suporte de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?*”, respectivamente.

No gráfico 10 observa-se aumento substancial da resposta “*sempre*” (de 5,6% para 72,2%) após a intervenção. No 11, verifica-se também aumento da resposta “*frequentemente*” de 33,3% para 38,9% e da resposta “*sempre*”, de 0,0% para 61,1%. Esse resultado foi obtido após os cuidadores perceberem importância da valorização do humor e lazer, mesmo em tempos difíceis. Sales et al. (2001) ao pesquisarem a qualidade de vida das mulheres tratadas de câncer de mama à luz do funcionamento social, evidenciaram que as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais dessas mulheres são provocadas mais por problemas psicológicos do que físicos.

Em continuidade com a análise, sentiu-se necessidade de conhecer o percentual de diferença entre as respostas Antes e Depois da intervenção, no qual se entende na tabela o (-1) significando que a resposta piorou após a intervenção, o “zero” significando que não houve

mudança na resposta após a intervenção, e “maior que 0” que a resposta melhorou após a intervenção (Tabela 06).

Notou-se que em todas as questões, exceto na questão 1, houve melhora significativa no suporte social ofertado pelo cuidador, isso significa dizer, por exemplo, se a paciente escolheu antes da intervenção a resposta “nunca”, após a intervenção a resposta foi pelo menos “raramente”.

Tabela 06: Distribuição da diferença entre as respostas das mulheres antes e depois da intervenção. Fortaleza-CE, 2016.

Questão		-1	0	Maior que 0
1. Você tem recebido suporte de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?	N	2	12	4
	%	11,1	66,7	22,2
2. Você tem recebido suporte de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro doado ou emprestado?	N	0	6	12
	%	0,0	33,3	66,7
3. Você tem recebido suporte de alguém em atividades práticas do seu dia a dia?	N	0	5	13
	%	0,0	27,8	72,2
4. Você tem recebido suporte de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?	N	0	3	15
	%	0,0	16,7	83,3
5. Você tem recebido suporte de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?	N	1	3	14
	%	5,6	16,7	77,8
6. Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir valorizada como pessoa?	N	1	4	13
	%	5,6	22,2	72,2
7. Você tem recebido suporte de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	N	0	2	16
	%	0,0	11,1	88,9
8. Você tem recebido suporte de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	N	0	3	15
	%	0,0	16,7	83,3
9. Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	N	0	3	15
	%	0,0	16,7	83,3
10. Você tem recebido suporte de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?	N	0	1	17
	%	0,0	5,6	94,4
11. Você tem recebido suporte de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	N	0	2	16
	%	0,0	11,1	88,9

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

O impacto da mudança foi positivo em todas as questões primárias utilizadas neste estudo, com destaque para as questões do suporte social emocional (6 a 11). A percepção da melhoria do suporte social recebido foi referida pelas pacientes como comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia. Tais comportamentos ou atitudes contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada.

Utilizou-se o teste dos sinais (Tabela 07) para reforçar o teste das hipóteses levantadas no presente estudo. Considerou-se 5% como nível de significância no estudo, isto é, se o valor de P for menor que 0,05 há evidências para aceitar a hipótese alternativa (H1), se for maior que 0,05 aceitamos a hipótese nula (H0). Sendo:

H1: O comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção foi mais efetivo do que antes da intervenção;

H0: O comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção permaneceu o mesmo de antes da intervenção.

Tabela 07: Distribuição da descrição do teste dos sinais para cada questão primária da Escala de Suporte Social. Fortaleza-CE, 2016.

Questão	Valor-P
Questão 1	0,687
Questão 2	<0,001
Questão 3	<0,001
Questão 4	<0,001
Questão 5	0,001
Questão 6	0,002
Questão 7	<0,001
Questão 8	<0,001
Questão 9	<0,001
Questão 10	<0,001
Questão 11	<0,001

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Diante do resultado exposto na tabela 07 evidencia-se que, exceto na questão 1, existe efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na intervenção realizada, isto é, houve uma melhora no comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às

pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção, o que nos faz aceitar e confirmar a hipótese testada.

A Escala de Suporte Social possui questões primárias, que se abordou até o presente momento e questões secundárias, na qual para cada primária tem a seguinte questão secundária: *Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?* Tendo como opções de resposta: *muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita e muito satisfeita.*

Para facilitar a compreensão e análise foi feita recodificação para *insatisfeita (muito insatisfeita e insatisfeita)* e *satisfeita (satisfeita e muito satisfeita)* (Tabela 08), diante do fato de que nenhuma das mulheres havia respondido a opção indiferente “*nem satisfeita nem insatisfeita*”.

Visualiza-se na tabela 8 maior porcentagem de insatisfação com o suporte social recebido antes da intervenção nas questões 6, 7 e 11 (55,6%, 55,6% e 66,7%), todas pertencentes ao suporte social emocional.

Tabela 08: Distribuição da comparação do nível de satisfação das mulheres, questões secundárias, com o suporte social recebido antes e após a intervenção. Fortaleza/CE, 2016.

Questão	Antes da intervenção				Após a intervenção			
	Insatisfeito		Satisfeito		Insatisfeito		Satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	11,1	16	88,9	0	0,0	18	100,0
2	4	22,2	14	77,8	0	0,0	18	100,0
3	4	22,2	14	77,8	0	0,0	18	100,0
4	4	22,2	14	77,8	0	0,0	18	100,0
5	3	16,7	15	83,3	0	0,0	18	100,0
6	10	55,6	8	44,4	1	5,6	17	94,4
7	10	55,6	8	44,4	0	0,0	18	100,0
8	9	50,0	9	50,0	0	0,0	18	100,0
9	7	38,9	11	61,1	0	0,0	18	100,0
10	6	33,3	12	66,7	0	0,0	18	100,0
11	12	66,7	6	33,3	0	0,0	18	100,0

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Tal achado reflete a dificuldade que o cuidador sente quando se trata de apoiar o emocional, visualiza-se na fala da paciente 13 este fato:

P13 [...] Os meninos (filhos) me ajudavam mais nessa parte de acompanhar pras sessões, de ir comprar um remédio, de varrer uma casa, mas quando eu estava triste, pra baixo, eles não sabiam o que fazer, sentiam pena mas não sabiam como cuidar dessa parte, na maioria das vezes ligavam a televisão e me deixavam quieta, mas agora eles estão bem mais próximos de mim, conversam, entendem a doença, me apoiam muito mais nesse lado humano [...]

Em tempo, ainda referente à tabela 08, observa-se que os achados relacionados à satisfação com o suporte social após a intervenção são categoricamente positivos, tanto na dimensão do suporte social emocional e estrutural, refletindo a satisfação e melhoria no suporte prestado pelos cuidadores. De acordo com Bishop (1994), Lakey & Drew (1997), a satisfação com o suporte social é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar e melhoria da qualidade de vida.

Tabela 09: Distribuição da associação entre variáveis socioeconômicas e o nível de satisfação com suporte social antes e depois da intervenção. Fortaleza/CE, 2016.

Cuidador	Instrumental				Emocional			
	Antes	Depois	Diferença	P-valor	Antes	Depois	Diferença	P-valor
Sexo do cuidador								
Feminino	2,89	3,65	0,75	0,418	2,54	3,64	1,10	0,105
Masculino	3,16	3,76	0,60		2,60	3,43	0,83	
Reside com a paciente								
Não	2,97	3,73	0,77	0,829	2,47	3,69	1,22	0,081
Sim	2,97	3,65	0,68		2,60	3,53	0,93	
Idade								
Até 40 anos	2,93	3,67	0,73	0,746	2,54	3,63	1,09	0,517
Acima de 40 anos	3,00	3,69	0,69		2,57	3,54	0,96	
Escolaridade								
Menos de 5 anos de estudo	3,00	3,70	0,70	0,475	2,75	3,71	0,96	0,899
5 a 10 anos de estudo	2,90	3,70	0,80		2,54	3,63	1,08	
11 anos ou mais de estudo	3,03	3,63	0,60		2,44	3,44	1,00	
Média global	2,97	3,68	0,71	<0,001	2,56	3,58	1,03	<0,001

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Conforme observado na tabela 09, decidiu-se selecionar as variáveis sociodemográficas que haviam sido apontadas na literatura como tendo associação com a satisfação com suporte social. Assim, analisou-se as relações entre as medidas de suporte social (instrumental e emocional) e as variáveis sexo, se reside ou não com a paciente, idade e escolaridade. Foi realizado o cálculo da média das cinco questões do domínio instrumental e das seis questões do

domínio emocional, antes e depois da intervenção, e, posteriormente, a média da diferença dessas médias em comparação com as características socioeconômicas.

Utilizou-se o teste de Wilcoxon com o propósito de avaliar se existe diferença entre as médias de antes e depois, considerando nível de significância estatística de 5%. Percebe-se pelos valores calculados que os valores de P para ambos os fatores instrumental e emocional foram $<0,001$, logo afirma-se existência de diferença na média entre as respostas antes e depois da intervenção, demonstrando um aumento da satisfação com o suporte social recebido após a intervenção. Em ambos os domínios (instrumental e emocional) observa-se aumento na média após a intervenção, independente do grupo de comparação.

Realizou-se a comparação do efeito da associação da característica “sexo” e “reside com a paciente” com as respostas das pacientes após a intervenção pelo teste de Mann-Whitney. Constatou-se que não havia diferença entre os valores obtidos nas duas dimensões de suporte social com relação ao sexo e o fato de residir com a paciente ($p>0,05$). O teste de Kruskal Wallis foi realizado para a variável “escolaridade” para o mesmo objetivo. Em todas as comparações não foi possível detectar diferenças entre as categorias e as respostas após a intervenção, logo, o resultado foi o mesmo independente do sexo, de residir com a paciente e da escolaridade, todos, com aumento do nível de satisfação com o suporte recebido.

Fez-se a correlação da idade com a diferença de médias (antes e depois) para o nível de satisfação com o suporte social recebido nos domínios instrumental e emocional aplicando a correlação não paramétrica de Spearman. Aplicou-se um teste de hipótese a fim de verificar as correlações, com base na significância de 5%. Encontrou-se p-valor de 0,746 e 0,517, respectivamente. Assim, essas ambas correlações são nulas, não havendo influência da idade nesses fatores. Assim, não houve relações que influenciassem nos resultados antes e depois da intervenção a insatisfação ou satisfação com o suporte social recebido.

DISCUSSÃO

8. DISCUSSÃO

Após a conclusão da análise dos resultados, constatou-se que o suporte social das mulheres se mostrou elevado tanto para a dimensão emocional quanto para a instrumental.

Esses resultados foram semelhantes àqueles obtidos com indivíduos portadores de HIV/AIDS, em estudo que utilizou a mesma escala de avaliação no Brasil (SEIDL, 2001).

Com relação à análise das características socioeconômicas da amostra das pacientes, verificou-se que a maioria 61% são casadas. Este achado é importante pois pode implicar em provável apoio material e operacional no tratamento de saúde, o que é facilitado pela divisão das despesas e pela proximidade espacial entre o provedor e o recebedor do suporte. Dantas (1999) e Boutin-Foster (2002) apresentaram em seus estudos que há maior disponibilidade percebida e satisfação com os suportes, em especial o instrumental, por parte das pessoas que vivem com seus cônjuges/companheiros.

Pesquisas têm detectado que indivíduos casados apresentam maior suporte emocional, sendo esse positivamente relacionado ao estado emocional (diminuindo a ansiedade e a depressão) e a melhora da qualidade de vida. Constatou-se o fato de pacientes solteiros com algum tipo de condição crônica terem maior risco de re-hospitalização, o que se justificaria pelo fato de morarem sozinhos, pelo isolamento social ou falta de sistema de suporte (BENNETT, 2001).

Contudo, outros pesquisadores têm questionado o quanto o fato do indivíduo estar casado ou ter alguém garante o suporte que ele necessita. Ressaltam que o fato do parceiro ter que ser a fonte de suporte mais disponível, pode gerar problemas entre adultos na fase reprodutiva os quais, geralmente, não esperam assumir o papel de cuidadores de seus companheiros nessa fase de suas vidas (ALLEN, 2000).

O estudo apontou que 89% das mulheres tem pelo menos 1 filho. Acredita-se que o convívio familiar é um fator de proteção para o enfrentamento da doença e do tratamento, tendo em vista que as relações afetivas estão associadas aos menores índices de estresse e sentimento de solidão e revelam que a preocupação com os filhos, para alguns pode favorecer a adesão ao tratamento, e levam as pessoas a assumirem com responsabilidades as mudanças no cotidiano terapêutico (LANGENDORF et al. 2011).

Referente à situação empregatícia, 55% das mulheres não trabalha, seguido por 39% que são aposentadas. Sabe-se que os direitos concedidos às mulheres com câncer de mama e em realização de quimioterapia ou outro tratamento podem amenizar algumas dificuldades, principalmente do ponto de vista financeiro, já que diversos cuidados essenciais ao longo do tratamento representam uma elevação dos gastos mensais e, conseqüentemente, uma redução do orçamento familiar, são eles: aposentadoria por invalidez, auxílio-doença, FGTS, isenção de imposto de renda na aposentadoria, isenção de impostos como ICMS, IPI e IPVA na compra

de veículos adaptados, PIS, quitação do financiamento da casa própria, transporte coletivo gratuito (BRASIL, 2016).

A idade das pacientes teve uma média de 52,2 anos, o dado aponta uma média de incidência que reflete a realidade mundial sobre câncer de mama. Os dados corroboram com os dados mundiais que afirmam que a incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, com exceção de países da Ásia (ADAM, 2008). A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade, conforme dados para o Brasil que mostram que na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 20 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é mais do que o dobro (BRASIL, 2015).

Contudo, em estudos brasileiros e internacionais observa-se que a incidência deste está cada vez maior em faixas etárias jovens. Pinheiro (2013) aponta um maior número de casos de câncer de mama à medida que aumenta a idade das mulheres, com um predomínio na faixa etária entre 36 e 39 anos. Outro estudo apontou que a incidência do câncer de mama aumentou entre 15 e 39 anos de idade e que 62,8% das pacientes jovens com câncer de mama situavam-se na faixa etária entre 35 e 39 anos (KEEGAN, 2012)

Com relação ao tipo de câncer mais presente nas mulheres, o CDI foi mais frequente com 61%. Esse dado corrobora estudos anteriores, que demonstram que o CDI é o tipo histológico mais comum tanto em mulheres jovens quanto em mulheres em idade mais avançada (PINHEIRO, 2013).

As pacientes do presente estudo designaram como seus cuidadores os filhos (44%), seguido dos maridos (28%). Segundo Ribeiro e Souza (2010), a afetividade, a proximidade residencial, a disponibilidade de tempo e o suporte financeiro são aspectos importantes na hora de definir quem será o cuidador familiar. Entretanto, nem sempre a escolha do cuidador é espontânea, uma vez que ela pode ocorrer por indicação da família ou por falta de outros cuidadores alternativos. Neste estudo os profissionais da saúde foram reconhecidos como terceira maior fonte de suporte, após as fontes de suporte provenientes dos filhos e do marido.

Em estudo de Sales et al. (2001), com o objetivo de identificar as modificações ocorridas no funcionamento social de mulheres em tratamento de câncer da mama e em intervalo livre da doença, os autores investigaram a respeito das fontes de suporte social e em resumo, as participantes reconheceram como fonte de suporte social os parentes, o marido, os filhos, a equipe de saúde e os amigos.

Com relação às características socioeconômicas dos cuidadores, verificou-se que quanto ao sexo do cuidador é notória a prevalência do sexo feminino. Oliveira (2006) reforça este dado em seu estudo, onde afirma que 70,3% dos cuidadores entrevistados eram mulheres, sendo que mesmo com a inserção da mulher no mercado de trabalho, ela ainda é a principal responsável pelo cuidado de dependentes. Tal fato reflete as relações de gênero que cada sujeito exerce frente a seus papéis na família, em que o princípio da divisão sexual tradicionalista do trabalho dita a predominância do padrão de domesticidade, que confere desvantagens às mulheres na vida social em geral.

Sabe-se, também, que algumas situações costumam determinar esta escolha: proximidade parental (esposos e filhas), proximidade física, proximidade afetiva e o fato de ser mulher (THOMAS, 2002).

Em um estudo cujo objetivo foi investigar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores familiares de pacientes com câncer mostrou que existe uma tendência de que a família eleja um cuidador principal, mesmo que ele não tenha concordado explicitamente, que é comum que a função de cuidador principal seja assumida pelo membro que já vinha realizando funções de cuidador, o papel de cuidador principal é assumido de acordo com a qualidade dos relacionamentos estabelecidos na história prévia da família, gerando um senso de sentido e coerência, e os principais motivos que levam ao cuidador assumir tal função estão relacionados à reparação, à retribuição e à manutenção do papel. Os cuidadores referiram ainda que se sentem satisfeitos em cuidar e não expressam sentimentos negativos quanto ao paciente (RIBEIRO & SOUZA, 2010).

Quanto à faixa etária, 67% da amostra de cuidadores (N=12) tem idade no intervalo de 31 a 41 anos, o que revela um perfil jovem de cuidadores. Tal fato é relevante visto que alguns estudos apontam que os cuidadores com idade mais avançada aparentam ser mais susceptíveis a sobrecarga e fadiga, porém, os mais jovens podem também ser afetados, pois podem sofrer isolamento social e sobrecarga quando a tarefa de cuidador informal se une ao seu trabalho remunerado (MANOEL, 2013; NASCIMENTO, 2011).

Com relação ao grau de escolaridade dos cuidadores 44% (N=8) estudou de 5 a 10 anos, seguido de 34% (N=6) que estudou 11 anos ou mais. Percebe-se pelo achado que a amostra possui anos de escolaridade superiores aos encontrados em estudos de perfil de cuidadores e tal fato é de grande relevância, uma vez que os mesmos vão receber informações e orientações da equipe de saúde e, em algumas vezes, acompanhar a paciente às sessões de quimioterapia (OSTIGUIN-MELENDZ, 2012; BASCIMENTO, 2011).

Detectou-se que a maioria dos cuidadores residem com a paciente, tal dado 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 refletem mais horas de cuidado por semana, e influenciaram negativamente a qualidade de vida do cuidador (PINTO, 2009).

Achados semelhantes foram demonstrados por autores ao afirmar que mulheres cuidadoras costumam sofrer maior impacto, possivelmente em razão das diferenças de tarefas desempenhadas por homens e mulheres. As mulheres assumem com mais frequência tarefas desgastantes, além de precisarem gerenciar as tarefas domésticas (CERQUEIRA, 2002; LUZARDO, 2006).

Para melhor entendermos as relações analisou-se individualmente as porcentagens das respostas à Escala de Suporte Social (ESS) pelas mulheres antes e depois da aplicação da intervenção com os cuidadores.

Com relação à questão 1 da ESS *“Você tem recebido suporte de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?”*, é sabido que as relações que tratam de investigação do suporte social estrutural detém-se na frequência de recebimento de suporte, tais como: limpar a casa, cuidar de um filho, etc. De modo geral, trabalham com indicadores como tamanho da rede (número de pessoas envolvidas), homogeneidade, reciprocidade, acessibilidade e frequência do contato, além dos tipos de papéis sociais que as pessoas desenvolvem na rede, incluindo a participação em instituições como família, grupos religiosos, comunitários, entre outros. As medidas dessa modalidade de suporte analisam, em suma, o nível de integração versus o de isolamento da pessoa em uma rede social (THOITS, 1995). O referido construto pode ser entendido como o apoio oferecido ao indivíduo por meio de atitudes práticas (como a assistência) ou de afetos capazes de fazê-lo se sentir amado, seguro e protegido (Chor et al., 2001).

Em resposta à questão 2 relacionada ao suporte financeiro *“Você tem recebido suporte de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro doado ou emprestado?”* Dentro desse contexto, sabe-se que a família cuidadora necessita de dois tipos de suporte social: o emocional/instrumental (afeto, estima, companhia/aconselhamento, ajuda prática, ou auxílio financeiro) e o suporte diário focado na orientação de problemas (NIJBOER, 2001). De alguma forma, a doença altera o papel social do sujeito enfermo e a dinâmica familiar. O paciente e sua família sofrem um grande impacto em suas vidas, não raro, dando lugar a sentimentos e a condições objetivas de desamparo.

Grande parte das mulheres atualmente não difere das participantes desta investigação, são provedoras de seus lares e durante o tratamento quimioterápico tiveram que se afastar de seus trabalhos. Nesse momento, aquelas que atuavam com vínculos precarizados ficaram ainda mais fragilizadas no que se refere à sua subsistência, necessitando recorrer às políticas públicas, em especial, aos programas de transferência de renda e ao auxílio financeiro de terceiros, para garantir o seu sustento e a continuidade no tratamento.

Quanto à questão 3: “*Você tem recebido suporte de alguém em atividades práticas do seu dia a dia?*”, estudos apontam que as mulheres com câncer de mama mudam suas vidas a partir do diagnóstico, deixam de fazer o que antes era rotina, evitam as atividades sociais e o trabalho, além de sentirem-se abandonadas pelas pessoas de seu convívio (BARROS, 2012).

As mulheres, por outro lado, parecem adotar estratégias diversas de adaptação à doença e ao tratamento, como realizar os afazeres domésticos na véspera das sessões de quimioterapia ou pedir dispensa do trabalho alegando outros motivos para ir ao hospital. A dupla jornada de trabalho, por vezes é entendida pelas pacientes como natural, já que segundo elas, cabe às mulheres assumirem mais encargos do que os homens. O cuidador e a família podem encontrar dificuldades para fornecer suporte em presença de uma doença inesperada e grave como o câncer. O suporte pode ser incipiente ou até mesmo ambivalente, dependendo das condições clínicas em que o indivíduo se encontra e da dinâmica familiar, o que pode tornar a família uma fonte de suporte ou de estresse (HOFFMANN, 2006).

Na questão 4 “*Você tem recebido suporte de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?*”, pela cultura de cuidados observa-se que esse tipo de suporte com o cuidado à saúde é o mais atingível para a maioria das pessoas que se tornam cuidadores, visto que é comum dentre as atividades de suporte realizadas pela rede familiar o acompanhamento em consultas médicas, colaboração na dieta e supervisão no uso de medicamentos, conforme observado em estudos desta natureza. (FAQUINELLO, 2011)

A questão 5: “*Você tem recebido suporte de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?*” notou-se a presença de respostas satisfatórias em maior quantidade após a intervenção, demonstrando a efetividade da mesma na mudança de comportamento de prestação de suporte.

Estudo recente aponta a família como suporte fundamental do cuidado, e constitui-se em rede informal de apoio, uma vez que realiza o cuidado voluntariamente, sendo parceira das redes formais de suporte social, que são constituídas por profissionais com formação para oferecer cuidados a estes indivíduos. A pessoa cuidada demonstra reconhecer o cuidador

familiar como alguém que está fazendo algo por obrigação, apesar do prazer demonstrado em ajudar. Dispensar cuidado a um indivíduo dependente envolve empenho biopsicossocial considerável, além do ônus financeiro que recai, comumente, sobre as famílias cuidadoras (ANJOS, 2015).

Com relação à questão 6: “*Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir valorizada como pessoa?*” e questão 7: “*Você tem recebido suporte de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?*”, observou-se que as mulheres marcavam a opção “às vezes” e após a intervenção prevaleceu a opção “sempre”.

De acordo com Costa e Ludermir (2005) o suporte emocional ou funcional fornecido pelo cuidador, família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação gera no indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. Ele se associa, portanto, à obtenção de recursos psicológicos auferidos na convivência com redes sociais (Rodriguez & Cohen, 1998), isto é, à quantidade de apoio emocional recebido no âmbito da família e do trabalho.

O suporte familiar diz respeito ao reforço emocional demonstrado, por exemplo, em conversas que confortam e diminuem a tensão familiar (GOLDSMITH, 2007).

Esta categoria de suporte social, denominada funcional ou emocional, como já descrita, diz respeito às crenças do indivíduo sobre a existência de pessoas confiáveis e comprometidas mutuamente, que se preocupam umas com as outras, como, por exemplo, no caso de cuidadores com vínculos afetivos. Quando se visualiza a Tabela 4 deste estudo, verifica-se que a maioria dos cuidadores são os filhos das pacientes (44%) e seus cônjuges (28%), os quais pôde-se trabalhar a intervenção voltada para estes aspectos que as mulheres apontaram como lacunas do suporte social e que, sendo os cuidadores pessoas leigas e que receberam essa missão após o diagnóstico do câncer de mama, não foram emocionalmente preparados para lidar com os aspectos emocionais do enfrentamento e cuidado.

Os cuidadores, por diversas vezes, se emocionam durante as sessões de intervenção, pois, segundo os mesmos, é mais fácil se propor a ajudar “acompanhando nas sessões de quimioterapia” ou “comprando um remédio” do que aceitar que sua mãe/esposa está com câncer de mama e adequar sua relação de cuidado sem reduzir a pessoa ao seu diagnóstico.

Em relação à questão 8 “*Você tem recebido suporte de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?*” e questão 9 “*Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?*”

Tem-se o fato de que o INCA busca constantemente promover ações de mobilização da população e sociedade civil em busca da informação sobre o rastreamento e a detecção precoce do câncer de mama, publicando cartazes, campanhas, folders e informação na mídia em geral. Tal informação se restringe ao ambiente hospitalar no momento em que a paciente tem o diagnóstico e inicia o tratamento, ficando a cargo do profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, em oferecer informações sobre a doença e o tratamento. (BRASIL, 2014)

Salimena (2012) aponta que o cuidado de enfermagem que se propõe proporcionar conforto a mulher com câncer de mama inclui, também, fornecimento de informações. Nessa perspectiva, torna-se necessária a interação efetiva entre o profissional e a paciente, como alicerce da relação de confiança propícia à expressão de seus temores, questionamentos e dúvidas sobre os procedimentos e situações que deverá enfrentar durante o tratamento.

Contudo, Ridder e Schreurs (1996) afirmam em seu estudo que o suporte social emocional relacionado a informações técnicas e de saúde, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável, o que contrapõe os achados do presente estudo.

Estudos demonstraram que a falha no suporte de redes sociais, um baixo nível de ajustamento ao câncer, alto nível de estresse e presença de sintomas depressivos diminuem a produção e atividade da célula *natural killer* (NK), um tipo de célula produzida pelo sistema imunológico responsável pela vigilância imunológica sobre o câncer, controlando a difusão das células malignas, tendendo a paciente a ter um pior prognóstico (VENANCIO, 2004; CUNNINGHAM, 2000)

Cabe diferenciar que redes sociais e suporte social são conceitos distintos ainda que possam estar diretamente interligados. As redes sociais se constituem na dimensão estrutural associada a um indivíduo tais como: sistema de saúde, vizinhança, instituições religiosas e escola. Por sua vez, o suporte social possui dimensão individual, sendo constituído pelos membros da rede social considerados efetivamente importantes para a pessoa e que estabelecem um contato sistemático com um indivíduo (SANCHEZ, 2010).

Na questão 10: “*Você tem recebido suporte de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?*” observou-se aumento substancial da resposta “*sempre*” (de 5,6% para 72,2%) após a intervenção, o mesmo acontecendo com a questão 11 “*Você tem recebido suporte de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?*”.

Um estudo sobre os linfócitos T, importantes na imunidade contra tumores, mostrou os efeitos de programas que estimulam o riso e o bom humor no aumento da atividade dessas

células do sistema imunológico, ao mesmo tempo em que os estados depressivos enfraqueciam esse aspecto da defesa orgânica (TAKAHASHI, 2001).

Nesse sentido, Berk e colaboradores (2001) também puderam estudar a modulação neuroimunológica durante e depois de pacientes serem submetidos a programas associados ao bom humor e ao riso. Concluíram que o riso e o bom humor podem ter efeitos benéficos na saúde, recomendando esse tipo alternativo de terapia para melhoria do bem-estar e como coadjuvante ao tratamento médico formal.

Para tanto, o impacto da mudança do suporte social foi positivo em todas as questões primárias utilizadas neste estudo, com destaque para as questões do suporte social emocional (6 a 11). A percepção da melhoria do suporte social percebido foi referida pelas pacientes a partir de comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia. Tais comportamentos ou atitudes contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada.

O suporte social percebido diz respeito ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível em caso de necessidade, sendo conceituado em termos cognitivos: o indivíduo tem a percepção geral de que é amado e valorizado, e de que tem a quem recorrer em caso de necessidade. Por outro lado, o suporte social recebido descreve o suporte que foi efetivamente recebido por alguém (RUSSELL, BOOTH, REED & LAUGHLIN, 1997). Neste contexto, frente às questões envolvendo o suporte social estrutural e funcional, o suporte social percebido pode ser considerado mais importante do que as formas específicas de ajuda.

A existência de estratégias como a de redes de suporte social pode reduzir as implicações negativas relacionadas ao ato de cuidar, dentro das quais os cuidadores, muitas vezes familiares, encontra auxílio e ajuda para satisfazerem suas necessidades em situações diárias e/ou de crise. O suporte social emocional abrange a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, sobretudo o grau de satisfação da pessoa com o suporte que recebe. Sua existência tem sido fortemente associada com desfechos positivos e relacionada à dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo (ANJOS, 2015).

De acordo com Pietrukowicz (2001) o suporte social emocional parece ter melhores resultados como protetor da saúde física e mental diante de acontecimentos negativos da vida, pois oferece tanto para quem recebe quanto para quem oferta, afeto através de expressões de respeito, admiração, afirmação e ajuda, reforçando o valor individual, a competência e a capacidade individual e a aliança entre as pessoas.

Quando se analisou o nível de satisfação com o suporte social (questões secundárias da ESS), conforme visualizou-se na tabela 8, observou-se maior porcentagem de insatisfação com

o suporte social recebido antes da intervenção nas questões 6, 7 e 11 (55,6%, 55,6% e 66,7%), todas pertencentes ao suporte social emocional. Este achado reflete a dificuldade que o cuidador sente quando se trata de apoiar o emocional.

Resultados de alguns estudos sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais, concluem que há evidência substancial de relação entre o suporte social e as relações sociais, e a sobrevivência de pessoas com câncer (AGNEESSENS, 2006; PIETRUKOWICZ, 2001; HENRIQUES, LIMA, 2003).

Para tanto, Ribeiro (2010) verificou a necessidade de construção de uma escala que avaliasse a satisfação com o suporte social recebido, pois o mesmo afirmou que o suporte social é uma variável importante para a saúde, mas não havia uniformidade quanto à maneira de o avaliar em nível de satisfação, nem era clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para avaliar. Para ele, a variedade das técnicas refletia a complexidade da concepção de suporte social.

Em estudos que comparam a relação entre diferentes estados de espírito e a mensuração da satisfação com o suporte social, observa-se que pessoas com mal humor ou estado de espírito negativo fazem avaliações negativas do seu suporte social recebido. Autores apontam que sujeitos em condição de depressão apresentam os resultados mais baixos de satisfação com suporte social (HENRIQUES, LIMA, 2003).

A percepção de falta de suporte social torna o doente mais vulnerável e se encontra significativamente associada à presença de sintomas depressivos. As pacientes deprimidas e que relatam seu suporte social como insatisfatório mantêm os sintomas depressivos mais tempo do que aquelas que referem suporte social adequado e satisfatório (COELHO; RIBEIRO, 2000).

Para muitas pacientes o diagnóstico de câncer de mama e os efeitos do tratamento são relatados como sinais iminentes de uma sucessão de eventos punitivos, associados às consequências negativas de perdas, tais como: queda do cabelo, náusea, vômito, perda de parte ou total da mama, limitações do braço, discriminação e isolamento social. Os eventos caracterizados como punitivos possuem propriedades de privar as pacientes de comportarem-se de modo a produzirem e a terem contato com inúmeros eventos positivos / gratificantes em suas vidas, como por exemplo, aceitar suporte social (ANDRADE-LOPES, 1997).

Alguns autores apontam que as percepções de suporte são imprecisas e não refletem o suporte que está disponível ou o que foi realmente recebido (ANTONUCCI & ISRAEL; 1986). Boutin-Foster Heller (2002) teorizaram que a atividade de suporte, por si só, não é tão

importante como a forma como a atividade é percebida e interpretada, e isso pode influenciar o resultado e a satisfação geral com o suporte recebido.

Por outro lado, a crença de que se tem uma forte rede de suporte social pode ser um fator de proteção mais forte contra potenciais influências negativas sobre o estado mental e físico de alguém, do que o suporte social efetivamente recebido de outras pessoas (RZESZUTEK & SCHIER, 2014).

Pode-se supor, como já mencionado anteriormente, que a relação entre diferentes estados de espírito e a mensuração da satisfação com o suporte social, pessoas com mal humor ou estado de espírito negativo fazem avaliações negativas do seu suporte social recebido e que sujeitos em condição de depressão apresentam os resultados mais baixos de satisfação com suporte social (HENRIQUES, LIMA, 2003).

Por diversas vezes, o sentimento de solidão surge a partir de uma perceptível falta de suporte dos entes queridos e cuidadores. Observa-se que os pacientes relatam que seus familiares e sua rede de suporte são cruciais no enfrentamento da doença e que o suporte externo pode ser particularmente útil para reduzir a carga do cuidador (ROBINSON, CAROLL, & WATSON, 2005).

Os resultados obtidos nas correlações entre a satisfação com o suporte social e a variável “sexo”, “reside com a paciente”, “idade” e “escolaridade” com as respostas das mesmas após a intervenção indicaram que não houve diferença entre os valores obtidos nas duas dimensões de suporte social com relação às variáveis ($p > 0,05$). Em todas as comparações não foi possível detectar diferenças entre as categorias e as respostas após a intervenção, logo, o resultado foi o mesmo independente do sexo, de residir com a paciente, da idade e da escolaridade, todos, com aumento do nível de satisfação com o suporte recebido.

Diversos autores comprovam que a mulher é o principal cuidador familiar por motivos históricos e culturais (PERLINI, 2005; LAHAM, 2003). Homens que cuidam têm mais probabilidade de fazê-lo por falta de opção, por não terem familiares próximos ou por afastamento dos mesmos. Já outro estudo aponta que homens cuidadores têm mais paciência e demonstram menos estresse com as pacientes (SIMONETTI, 2008).

Em um estudo realizado com cuidadores de idosos, Rocha Júnior et al., (2011) relatam que, o nível de escolaridade do cuidador, tem influência significativa na qualidade do cuidado prestado. Chama atenção ainda para o fato de que, além do treinamento para cuidar do outro, o cuidador necessita de suporte para manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmo. No estudo de Santos (2007) realizado com pessoas com HIV/AIDS a avaliação foi mais positiva

quanto ao suporte recebido entre aqueles com maior escolaridade. No presente estudo, não houve correlação estatisticamente significativa.

Muitos estudos são categóricos em analisar a influência da idade do cuidador com características da sua própria qualidade de vida. Pinguart e Sörensen (2003) analisaram a frequência de níveis de depressão de cuidadores e constataram que foi maior em amostras mais velhas. Já Sanders e Adams (2005) indicam que cuidadores mais jovens referem maiores níveis de depressão do que os mais velhos. Schoeder e Remer (2007) verificaram que a idade do cuidador explicava a variância na sobrecarga dos cuidadores.

Assim, a entrevista motivacional breve como técnica foi capaz de incentivar e motivar a adoção e mudança de comportamentos de promoção de suporte social, desenvolvendo o exercício da reflexão e atitude crítica nos cuidadores sobre o suporte social prestado às mulheres com câncer de mama, sendo capaz de produzir resultados exitosos explicitamente comprovados pelos resultados do presente estudo.

Diante disto, acredita-se que a entrevista motivacional breve foi capaz de produzir os resultados significantes alcançados no estudo no que se refere à mudança de comportamento relacionado ao suporte social ofertado pelos cuidadores às pacientes com câncer de mama em quimioterapia.

Nota-se uma falha nos serviços de oncologia no que concerne à ausência de profissionais da saúde mental como terapeutas, com formas de atuar com maior apropriação do assunto no que diz respeito à saúde psíquica e emocional dos cuidadores. Assim, considera-se de extrema importância a formação de enfermeiros e outros profissionais da saúde para atuação com Entrevista Motivacional Breve, pois é uma intervenção de baixo custo e de alto impacto, principalmente quando associada à estratégias inovadoras e técnicas para que comportamentos sejam modificados com o intuito de melhorar a saúde física e psicológica da comunidade.

Estudos apontam que a disponibilidade e satisfação com o suporte social recebido são fundamentais para a melhora do quadro clínico e psicológico do paciente (BOUTIN-FOSTER, 2005). Os resultados obtidos no presente estudo mostraram que a intervenção junto aos cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia pode melhorar a disponibilidade e satisfação do suporte social a essa população.

A utilização da EMB permitiu o acompanhamento dos cuidadores na construção do repertório do fornecimento de suporte, por meio das fichas de registro e automonitoramento, possibilitando a aquisição e manutenção de comportamentos de suporte social compatíveis com as necessidades da mulher com câncer de mama. O investimento no suporte social e na

adequação deste por parte de profissionais de saúde poderá ser fundamental para a melhoria do prognóstico e qualidade de vida das pacientes.

CONCLUSÃO

9. CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que a intervenção utilizada, a Entrevista Motivacional Breve, promoveu de forma positiva a mudança comportamental no sentido de melhorar o suporte social prestado pelos cuidadores às pacientes com câncer de mama e em realização de quimioterapia.

Estes resultados contribuem para a prática clínica de diversas categorias profissionais, não só do enfermeiro, no sentido de utilizar estratégias de intervenção de baixo custo para a melhoria da qualidade de vida durante e após o tratamento de mulheres com câncer de mama, além de promover saúde, estimulando a adoção de suporte social instrumental e emocional de forma individualizada, personalizada e voltada para as necessidades da paciente e do cuidador. Promove segurança ao cuidador, que, como observou-se, em sua grande maioria

são leigos e pessoas da família, estimulando o suporte social adequado, fortalecendo os vínculos da paciente, e promovendo qualidade de vida para ambas as partes.

A Escala de Suporte Social pode contribuir de forma positiva nos serviços de saúde como estratégia de avaliação, apoio e avaliação de intervenções, pois permitiu identificar os principais aspectos sobre disponibilidade e satisfação com o suporte social recebido, podendo servir como alicerce para o aprimoramento do atendimento de enfermagem e multiprofissional realizado.

O presente estudo é pioneiro, visto que não existem estudos que utilizaram a EMB como intervenção para modificação/adequação do suporte social ofertado à pacientes com câncer de mama e em realização de quimioterapia. Os resultados encontrados são importantes para profissionais que atuam no acompanhamento de mulheres com câncer de mama e seus cuidadores, demonstrando a necessidade de atentar-se para o cuidado ao cuidador também, uma vez que este é um elo entre a qualidade de vida e comportamentos de saúde às pacientes.

Aponta-se como limitação deste estudo a inexistência de um instrumento específico para avaliação do suporte social em pacientes com câncer de mama. Sugere-se em futuros estudos a construção de uma ferramenta com essas características, visto que a assistência multidisciplinar ao paciente se beneficiaria do mesmo na medida em que este ampliaria a compreensão sobre os efeitos do suporte social promovendo intervenções individualizadas, eficazes e que suprissem as necessidades do público alvo em questão. Contudo, a escala utilizada foi adequada e satisfatória como medida do suporte social no presente estudo, baseado nos objetivos propostos. Ressalta-se como outra limitação a impossibilidade de seguimento das pacientes e seus cuidadores, para acompanhamento do processo de manutenção ou não, dos comportamentos de suporte social.

Diante dos resultados refuta-se a hipótese nula (H0) do estudo e se aceita a hipótese (H1) de que o comportamento de promoção de suporte social dos cuidadores dispensados às pacientes com câncer de mama em quimioterapia após a intervenção foi mais efetivo do que antes da intervenção. Assim, confirma-se a tese de que a utilização da Entrevista Motivacional Breve possibilita a mudança comportamental de promoção da saúde e suporte social.

O investimento na intervenção às pessoas que promovem o suporte social pode levar à manutenção de níveis satisfatórios de adesão às recomendações de saúde e, conseqüentemente, à melhoria da saúde e qualidade de vida da população. A entrevista motivacional breve como técnica foi capaz de incentivar e motivar a adoção e mudança de

comportamentos de promoção de suporte social, desenvolvendo o exercício da reflexão e atitude crítica nos cuidadores sobre o suporte social prestado às mulheres com câncer de mama, sendo capaz de produzir resultados exitosos explicitamente comprovados pelos resultados do presente estudo.

O objetivo do presente estudo foi alcançado, mas cabe ressaltar que os contextos psicossociais diversos em que os pacientes e cuidadores estão inseridos podem demandar diferentes habilidades e estratégias de intervenção. Nesse enfoque, sugere-se outras pesquisas para avaliar a intervenção de forma longitudinal a longo prazo em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABREU, P. R. Terapia analítico-comportamental da depressão: Uma antiga ou uma nova ciência aplicada? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n.6, v.33, p.322-28, 2006.
- ABREU-RODRIGUES, J.; BECKERT, M.E. **Autocontrole: pesquisa e aplicação**. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental – Práticas clínicas. São Paulo: Roca. 274p. 2004.
- ABREU-RODRIGUES, M. & SEIDL, E. M. F. A importância do suporte social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.18, n.40, p. 279-288, 2008.
- ABREU-RODRIGUES, M. ; SEIDL, E. M.F. Apoio social e ganho de peso pós-cirurgia bariátrica: estudo de caso sobre intervenção com cuidador. **Temas psicol.** Ribeirão Preto. V. 23, n.4, p. 1003-1016, 2015
- ADAMS, M.H.; BOWDEN, A.G.; HUMPHREY, D.S.; MCADAMS, L.B. Social support and health promotion lifestyles of rural women. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, Binghamptom, v. 1, p.28-40, 2000.

- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, p. 197-216, 2002.
- AGNEESSENS, F.; WAEGE, H.; LIEVENS, J. Diversity in social support by role relations: a typology. **Soc Networks**, New York, n. 28, p. 427-441, 2006.
- ALBERNAZ, A.L.G.; PASSOS, S.R.L. Uso de substâncias psicoativas. In: COUTINHO, M.F.G.; BARROS, R.R. (Organizadores). *Adolescência: uma abordagem prática*. São Paulo: Liv. Atheneu; 2001.
- ALBUQUERQUE, L. C. **Regras como instrumento de análise do comportamento**. Estudos do comportamento. Belém: EDUFPA. 176p. 2005.
- ALLEN S, GOLDSCHIEDER F, CIAMBIONE D. Gender roles, marital intimacy and nomination of spouse a primary caregiver. **Gerontologist**, Oxford, n.39, p. 150-158, 1999.
- AMARAL, V.L.A.R. **Análise contingencial como modelo de intervenção breve em Psicologia da saúde**. Psicologia clínica e da Saúde. Londrina: Granada APICSA, 293p. 2001.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A.; ALVARENGA, M. R. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.17, n.2, p. 266-72, 2008.
- ANDERSON, E.S.; WOJCIK, J.R.; WINETT, R.A.; WILLIAMS, D.M. Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church based health promotion study. **Health Psychology**, Washington, v.25, p.510-20, 2006.
- ANDRADE-LOPES, A. **Adaptação psicossocial de mulheres mastectomizadas**. Relatório Científico submetido à Comissão Permanente de Pesquisa da UNESP de Bauru (PROPP), 2002.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, p.45-53, 2008.
- 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**, Rio de Janeiro, v.20, n. 5, 2015.
- ANTUNES, C; FONTAINE, A M. Percepção de suporte social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala *Social Support Appraisals*. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, 2005.
- ANTONUCCI, T.C.; ISRAEL, B. A. Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, n. 54, v. 4, p. 432-437, 1986.

ARAÚJO, I.M.A.; FERNANDES, A.F.C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.664-71, 2008.

AZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 437 p.1984.

BAE, S.M.; JEONG, I.; KIM, J.; JEON, S.S. A study on influencing factors in health promoting behaviors of women workers at small-scale industries. **Journal of Korean Academy of Nursing**, Korea, v.34, p.964-73, 2004.

BARBOSA, L. G.; TELLES FILHO, P.C.P. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.3, p.370-75, 2008.

BARROS, A.F.; UEMURA, G.; MACEDO, J.L.S. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. **Femina**, Rio de Janeiro, n.40, v. 1, p. 31-36, 2012.

BENNETT, S.J.; PERKINS, S.M.; LANE, K.A.; DEER, M.; BRATER, D.C.; MURRAY, M.D. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. **Qual Life Res**, Switzerland, n.10, p. 671-82, 2001.

BERK, L.S.; FELTEN, D.L.; TAN, S.A.; BITTMAN, B.B.; WESTENGARD, J. Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful risada. **Altern Ther Health Med**, Minnesota, n.7, v. 2, p. 62-72, 2001.

BERG, C. A.; UPCHURCH, R. A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. **Psychological Bulletin**, Washington, v.113, p.920-54, 2007.

BERTERECHE, M. V. et. Al. Decreased taste sensitivity in cancer patients under chemotherapy. **Support Care Cancer**, Switzerland, v.12, p.571-76, 2004.

BETTENCOURT, B. A.; SCHLEGEL, R. J.; TALLEY, A. E.; MOLIX, L. A. The breast cancer experience of rural women: A literature review. **Psycho-Oncology**, Massachussets, v.16, p.875-887, 2007.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M.V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38, n.3, p.262-9, 2004.

BISHOP, G. **Health psychology: integrating mind and body**. London: Allyn and Bacon. 1994.

BOHM, C. H.; GIMENES, L. S. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. **Revista Psicologia**, Belo Horizonte, v.1, p.88-100, 2008.

BOUTIN-FOSTER, C.; CHARLSON, M.E. Getting to the heart of social support. A qualitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. **J Clin Epidemiol**, Switzerland, v.55, n. 6, p-629-39, 2002.

BRASIL. Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro v.50, n.2, p.77-90, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2013.

_____. Instituto Nacional Do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2014.

BRITT, E.; HUDSON, S.M.; NEVILLE, M.; BLAMPIED, N.M. Motivational interviewing in health settings: a review. **Patient Education and Counseling**, Illinois, v. 53, p. 147-55, 2004.

BUTLER, C.C.; ROLLNICK, S.; COHEN, D.; BACHMAN, M.; RUSSELL, I. et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. **Br. J. General Practice**, England, v.49, p.611-16, 1999.

CERQUEIRA, A.T.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol USP**, São Paulo, v.13, n.1, p.133-150, 2002.

COELHO, M. & RIBEIRO, J. Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva do bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.1, n.1, p. 79-87, 2000.

COSTA, A. G; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e suporte social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

CUNNINGHAM, A.; EDMONDS, C.; PHILLIPS, C.; SOOTS, K.; HEDLEY, D.; LOCKWOOD, G. A prospective, longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. **Psycho-Oncology**, New York, v. 9, p. 323-329, 2000.

DANTAS, R.A.S. **Reabilitação após cirurgia de revascularização do miocárdio**. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

DENMARK-WAHNEFRIED, W.; JONES, L.W. Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors, **Hematology/Oncology Clinics of North America**, Maryland Heights, v.22, n.2, p. 319-42, 2008.

DIAS RB, NONATO SM, CHAVES SR. **Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas**. In: Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais. Belo Horizonte: UnimedMG; 2010.

COSTA, R.T. (Organizadores). **Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais**. Belo

Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 5-10, 2007.

EMMONS, R.A.; COLBY, P.M. Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. **Journal of Personality and Social Psychology**, Indiana, v.68, n.5, p.947-59, 1995.

FAQUINELLO, P.; MARCON, S.S.; WAIDMANN, M.A.P. A rede social como estratégia de suporte à saúde do hipertenso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p. 849-856, 2011.

FERREIRA, D.B.; MATTOS, I.E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2015.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.527-34, 2006.

FUGATE, J. Art therapy with family caregivers of patients with cancer. **Kent Nursing**, Ohio, v.53, n.4, p.14-20, 2005.

FUHRER, R.; STANSFELD, S.A. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from close persons. **Social Science and Medicine**, Boston, v.54, p. 811-825, 2002.

GASPARI, V.P.P; BOTEGA, N.J. Rede de suporte social e tentativa de suicídio. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.51, n.4, 233-39, 2002.

GIVEN, B.A.; GIVEN, C. W.; KOZACHIK, S. Family support in advanced cancer. **A Cancer Journal for Clinicians**, Boston, v.51, n.4, p. 213-31, 2001.

GOLDIAMOND, I. Toward a construcional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. **Behaviorism**, England, v.2, n.1, p.1-84, 1974.

GONÇALVES, L.L.C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.575-80, 2009.

GUIMARÃES, A.G.C.; ANJOS, A.C.Y. Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.581-92, 2012.

HENSELMANS, I.; HELGESON, V. S.; SELTMAN, H.; DE VRIES, J.; SANDERMAN, R.; RANCHOR, A. V. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. **Health Psychology**, Washington, v.29, p.160-68, 2010.

HENRIQUES, A.M.P.; LIMA, M.L. Estados afetivos, percepção do risco e do suporte social: a familiaridade e a relevância como moderadores nas respostas de congruência com o estado de espírito. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.21, n.3, p. 375-392, 2003.

HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W.R. Motivational interviewing. **Annu. Rev. Clin. Psychol**, Kansas, v.1, p.91-111, 2005.

HOFFMANN, F.S.; MULLER, M.C.; FRASSON, A.L. Repercussões psicossociais, suporte social e bem estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v.7, n.2, p. 239-54, 2006.

HURDLE, D.E. Social support: a critical factor in women's health and health promotion. **Health and Social Work**, Chicago, v.26, p.72-9, 2001.

JAEGER, A.; OLIVEIRA, M.S.; FREIRE, S. D. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. **Temas em Psicologia**, Lisboa, v.16, p.97-106, 2008.

JURGERMAN, F. S.; LARANJEIRAS, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 197-207, 1999.

KAZAK, A.E.; SIMMS, S.; ALDERFER, M.A.; ROURKE, M.T.; CRUMP, T.; MCCLURE, K. et al. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. **Journal of Pediatric Psychology**, England, v.30, n.8, p.644-55, 2005.

KEEGAN, T.H.M.; DEROUEN, M.C.; PRESS, D.J.; KURIAN, A.W.; CLARKE, C.A. Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women. **Breast cancer Res.**, London, v.14, n.2, p.55-65, 2012.

KERBAUY, R. R. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, p. 11-28, 2002.

KNAPP, P.; LUZ, E.; BALDISSEROTTO, G. **Terapia cognitiva no tratamento da dependência química**. In RANGÉ, B. (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. p. 332-350. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

KNIGHT, K.M.; MCGOWAN, L.; DICKENS, C.; BUNDY, C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. **Br. J. Health Psychol**, United Kingdom, v.11, p. 319-32, 2006.

LAHAM, C.F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

LAKEY, B.; DREW, J. **A social cognitive perspective on social support**. Sourcebook of social support and personality. New York: Plenum Press. P.107-140, 1997.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEWIS, D.; COOPER, J.; GUNAWARDENA, S. Caring Connection: Internet resources for family caregivers of children with cancer. In: **Annual Symposium Proceedings**, 2006, Washington. American Medical Association, p.1007-1013, 2006.

LEWIS, D.; GUNAWARDENA, S.; HARRISON, J.H. J.R.; COOPER, J.; ELSAADAWI, G. Caring Connection: developing an Internet resource for family caregivers of children with cancer. In: **Annual Symposium Proceedings**, 2005, Washington. American Medical Association. p.1026-1030. 2005

LIAOA, M.; CHENA, S.; CHEN, S.; LIN, Y.; HSU, Y.; HUNG, H. et al. Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v.39, n.5, p.380-389, 2012.

LOTTI, R.C.B.; BARRA, A.A.; DIAS, R.C.; MAKLUF, A.S.D. Impacto do tratamento do câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.54, n.4, p. 367-71, 2008.

LUTGENDORF, S. K.; SOOD, A. K.; ANDERSON, B.; MCGINN, S.; MAISERI, H.; DUO, M. et al. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v.23, p.7105-13, 2005.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatria. **Texto & Contexto Enferm**, Santa Catarina, v.15, n.4, p.587-594, 2006.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, Salt Lake City, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MANNE, S.; OSTROFF, J.; SHERMAN, M.; GLASSMAN, M.; ROSS, S.; GOLDSTEIN, L. et al. Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. **Journal of Social and Personal Relationships**, New York, v.20, p.771-92, 2003.

MARTELL, C. R.; ADDIS, M. E.; JACOBSON, N. S. **Depression in context: Strategies for guided action**. New York: W. W. Norton, 2001.

MATSUKURA, T.S.; MARTURANO, E.M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.10, v. 5, 2002.

MCMILLAN, S.C.; SMALL, B.J.; WEITZNER, M.; SCHONWETTER, R.; TITTLE, M.; MOODY, L. et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. **Cancer**, Boston, v.106, n.1, p.214-22, 2006.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 3-24., 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512p., 2012.

MILLER, W.R.; BENEFIELD, R.G.; TONIGN, J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled study of two therapist styles. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, New York, v.61, p.455-61, 1993.

MILLER, W.R., ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people for change.** 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002.

MCNALLY, S.T.; NEWMAN, S. Objective and subjective conceptualizations of social support. **Journal of Psychosomatic Research**, Maastricht, v.46, p. 309-314, 1999.

NAUSHEEN, B.; GIDRON, Y.; PEVELER, R.; MOSS-MORRIS, R. Social support and cancer progression: A systemic review. **Journal of Psychosomatic Research**, Maastricht v.67, p.403-15, 2009.

NIZAMLI, F.; ANOOSHEH, M.; MOHAMMADI, E. Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: A qualitative study. **Nursing and Health Sciences**, New Jersey, v.13, p.481-487, 2011.

NIJBOER, C.; TEMPELAAR, R.; TRIEMSTRA, M.; VAN DEN BOS, G.A.; SANDERMAN, R. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. **Cancer**, Boston, v.91, n.5, p.1028-1939, 2001.

NOONAN, W. C.; MOYERS, T. B. Motivational interviewing. **Journal of Substance Misuse**, Newark, v.2, p. 8-16, 1997.

NORTHOUSE, L.L. The impact of breast cancer on patients and husbands. **Cancer Nursing**, Washington, v.12, n.5, p. 276-84, 1989.

NORTHOUSE, L. L.; MOOD, D. W.; MONTIE, J. E.; SANDLER, H. M.; , FORMAN, J.D. et al. Living with prostate cancer: patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v.25, p. 4171-77, 2007.

NORWOOD, S. Research strategies for advanced practice nurses. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health. 2000.

OLIVEIRA, S.K.; LANDGRAF, JUNIOR F.J.; DELLAROZA, M.S.G.; YAMADA, K.N.; TRELHA, C.S.; CABRERA, M.A.S. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo Projeto Assistência Interdisciplinar a Idosos em Nível Primário – PAINP, Londrina-PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.2, p. 184-192, 2008.

OLIVEIRA, B.M.; VIANA, M.B.; ARRUDA, L.M.; YBARRA, M.I.; ROMANHA, A.J. Avaliação da adesão ao tratamento através de questionários: estudo prospectivo de 73

crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81, n.3, 2005.

OLIVEIRA, M.S.; LARANJEIRA, R.; ARAUJO, R.B.; CAMILO, R.L.; SCHNEIDER, D.D. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v. 16, p.265-70, 2003.

PATNAIK, J.L.; BYERS, T.; DIGUISEPPI, C.; DENBERG, T.D.; DABELEA, D. The influence of comorbidities on overall survival among older women diagnosed with breast cancer. **Journal of National Cancer Institute**, United Kingdom, v.103, p.1-11, 2011.

PERLINI, M.N.O.G.; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.39, n.2, p.154-163.

PIERCE, G.R.; SARASON, B.R.; SARASON, I.G. General and specific support expectations and stress as predictors of perceived supportiveness: an experimental study. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v.63, n.2, p.297-307, 1992.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2001.

PINHEIRO, A.B.; LAUTER, D.S.; MEDEIROS, G.C.; CARDOZO, I.R.; MENEZES, L.M.; SOUZA, R.M.B. et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n.3, p.351-359, 2013.

PINQUART, M.; & SÖRENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta analysis. **Psychology and Aging**, Washington, v.18, n.2, p. 250-267, 2003.

PINTO, F.P.; BARBOSA, D.A.; FERRETI, 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**, São Paulo, v.22, n.5, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PORTER, P. “Westernizing” women’s risks? Breast cancer in lower-income countries. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v.358, n.3, p. 213-216, 2008.

RAMOS, M. P. Social support and health among seniors. **Sociologias**, Porto Alegre, v.7, p.156-75, 2002.

REHM, L. P. Métodos de autocontrole. In V. E. Caballo (Org.), **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento** (pp.581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999.

- RENISCOW, K. et al. Motivational Interviewing in Health Promotion: It sounds like something is changing. **Health psychology**, Washington, v. 21, n. 5, p. 444-451, 2002
- RENWICK, R.; HALPEN, T.; RUDMAN, D.; FRIEDLAND, J. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychol Rep**, New York, v.84, n.6, p.663-673, 1999.
- REZENDE, V.L.; DERCHAIN, S.; BOTEAGA, N.J. SARIAN, L. O.; VIAL, D.L.; MORAIS, S.S.; PERDICARIA, A.A.M. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n.46, p. 229-237, 2010.
- RIDDER, D.; SCHREURS, K. Coping, social support, and chronic disease: A research agenda. **Psychology, Health and Medicine**, London, v.1, n.1, p. 71-82, 1996.
- RIBEIRO, A. F.; & SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, n.17, v.1, p. 22-27, 2010.
- ROBINSON, W. D., CARROLL, J. S., & WATSON, W. L. Shared experience building around the family crucible of cancer. **Families, Systems, & Health**, Washington, v.23, n.2, p.131-147, 2005.
- ROCHA, J.R.P.R. et al.; Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3131-3138, 2011.
- RODRIGUES, M.R.; ALMEIDA, R.T. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio- um estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, p.20-24, 2005.
- ROLLAND, J.S. Cancer and the family: an integrative model. **Cancer**, Hoboken, v.104 (sup 11), p.2584-95, 2005.
- ROLLNICK, S.; MASON, P.; BUTLER, C. **Health behavior change: a guide for practitioners**. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
- ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing. **Behav. cogn. Psychother**, United Kingdom, v. 23, n. 4, p. 325-34, 1995.
- RUSSELL, D. W.; BOOTH, B.; REED, D.; & LAUGHLIN, P. R. Personality, social networks, and perceived social support among alcoholics: A structural equation analysis. **Journal of Personality**, Farmington, v. 65, p. 649-692, 1997.
- RZESZUTEK, M.; SCHIER, K. Temperament traits, social support, and burnout symptoms in a sample of therapists. **Psychotherapy**, Chicago, v.51, n.4, p.574-579, 2014.
- SALES, C. M. B.; FIGLIE, N. B. Revisão de literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. **Psicol. Estud**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 333-340, 2009.

SALES, C; PAIVA, L.; SCANDIUZZI, D.; ANJOS, A.C. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.47, n. 3, p.263-272, 2001.

SALIMENA, A.M.O.; CAMPOS, T.S.; MELO, M.C.S.C.C.; MAGACHO, E.J.C. Mulheres enfrentando o câncer de mama. **Rev. Min. Enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.3, p. 339-347, 2012.

SALOVEY, P.; ROTHMAN, A.J.; DETWEILER, J.B.; STEWARD, W.T. Emotional states and physical health. **American Psychologist**, Washington, v.55, n.1, p.110-21, 2000.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw – Hill, 2006.

SANCHEZ, K.O.L.; FERREIRA, N.M.L.A.; DUPASI, G., COSTA, D.B. Suporte social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, p.290-9, 2010.

SANDERS, S.;ADAMS, K. B. Grief reactions and depression in caregivers of individuals with Alzheimer's disease: results from a pilot study in an urban setting. **Health & Social Work**, Plymouth, v.30, n.4, p.287-295, 2005.

SANTOS, E.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 2, 2007.

SARASON, I.G.; SARASON, B.; POTTER III, E.; ANTONI, M. Life events, social support, and illness. **Psychosomatic Medicine**, New York, v.47, n.2, p.156-63, 1985.

SCHOEDER, C. E.; REMER, R. Perceived social support and caregiver strain in caregivers of children with Tourette's disorder. **Journal of Child and Family Studies**, Boston, v.16, n.6, p. 888-901, 2007.

SEGATTO, M. L. et al. Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol-related problems: a randomized single-blind clinical trial. **Rev. bras. Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 225-33, 2011.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de escala para avaliação de suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, v. 22, n.3, p.317-26, 2006.

SEIDL, E.M.F. Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. 2001. (tese) Brasília (DF): Universidade de Brasília/UnB, Brasília, 2001.

SHIN, K.R.; KIM, J.S.; SUNG, M.S. Factors influencing health promoting behavior of the low-income elderly women in urban. **Journal of Korean Academy of Adult Nursing**, Korea, v.19, p.819-828, 2007.

- SILVA, C.B. et al. Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.2, p.227-36, 2010.
- SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.42, n.1, p. 19-25, 2008.
- SIMPSON, J.S.A.; CARLSON, L.E.; BECK, C.A.; PATTEN, S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. **Psychoncology**, Massachusetts v.11, p. 282-294, 2002.
- SKINNER, B. F. **Questões recentes na análise comportamental** (A. L. Neri, Trad.) Campinas: Papirus (Trabalho original publicado em 1989). 1991.
- SKINNER, B. F. Teorias de aprendizagem são necessárias? **Rev. Brasileira de Análise do Comportamento**, Pará, v.1, nº1, 2005.
- SLUZKI, C. E. **La red social: frontera de la practica sistematica**. Barcelona: Editora Gedisa, 168 p. 1997.
- SOOTHILL, K.; MORRIS, S.M.; HARMAN, J. et. al. The significant unmet needs of cancer patients: Probing psychosocial concerns. **Supportive care in Cancer**, United Kingdom, v.7, p.697-605, 2012.
- STRAUB, R. **Introdução à Psicologia da saúde**. Cap. 1. In: Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed, p. 21-51, 2005.
- SWARTZ, J. J.; KEIR, S.T. Program preferences to reduce stress in caregivers of patients with brain tumors. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, v.11, n.5, p.723-727.
- TAKAHASHI, K.; IWASE, M. YAMASHITA, K.; TATSUMOTO, Y.; UE, H.; KURATSUNE, H.; SHIMIZU, A.; TAKEDA, M. The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in a crossover designed study. **Int J Mol Med Dec**, Athens, v.8, n.6, p. 645-650.
- THOITS, P.A. Stress, coping and social support process: where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior**, Forty Years of Medical Sociology. New York, Extra Issue, p. 53-59.
- TOBIN, D. L.; REYNOLDS, R. V. C.; HOLROYD, K. A.; CREER, T. L. **Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research**. Orlando: Academic Press, 55p. 1986.
- TODD, K.; ROBERTS, S; BLACK, C. The living with cancer education programme I. Development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. **European Journal of Cancer Care**, United Kingdom, v.11, n.4, p.271-9, 2002.

UCHINO, B. N.; CACIOPPO, J. T.; KEICOLT-GLASER, J. K. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin**, Washington v. 119, p.488-531, 1996.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.124-131, 2006.

VÁSQUEZ, T.; KRYGIER, G.; BARRIOS, E.; CATALDI, S.; VÁSQUEZ, A.; ALONSO, R.; et al Análisis de sobrevivencia de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses. **Rev Med Urug**; Montevideo, v.21, p. 107-21, 2005.

VENÂNCIO, J.L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro v.50, n.1, p.55-63, 2004.

VYGOTSKY, L.S. **Formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 7 ed., 2007.

YI, M.; KIM, J. Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors. **European Journal of Oncology Nursing**, Canada, v.17, p.138-45, 2013.

WALSH, S. R.; MANUEL, J. C.; AVIS, N. E. The impact of breast cancer on younger women's relationship with their partner and children. **Families, Systems, & Health**, Washington, v.23, p.80-93, 2005.

WANDERBROOKE, A.C.N.S. Cuidando de um familiar com câncer. **Revista Psicologia Argumento**, Paraná, v.23, n.41, p.17-23, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 216 p, 2002.

WORTMAN, C.B. Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. **Cancer**, Hoboken, v.53, n.10 (suppl), p. 2339-2362, 1984.

ZANDONAI, A.P.; CARDOZO, F.M.C.; NIETO, I.N.G.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n.3, p. 554-61, 2012.

ZARIT, S. H. Family care and burden at the end of life. **Canadian Medical Association Journal**, Vancouver, v.170, n.12, p. 1811-22, 2004.

ZETTLE, D. R. Rule-governed behavior: A radical behavioral answer to the cognitive challenge. **The Psychological Record**, Illinois, v. 40, p.41-49, 1990.

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

Este questionário é sobre o suporte ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de suporte que tem recebido em relação ao câncer de mama e o tratamento e sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela colaboração.

1. **Você tem recebido suporte de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?** (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação).

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

- 1.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita
--------------------	--------------	------------------------------------	------------	------------------

2. **Você tem recebido suporte de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro doado ou emprestado?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

2.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

3. **Você tem recebido suporte de alguém em atividades práticas do seu dia a dia?** (Exemplo: arrumar a casa, ajudar a cuidar dos filhos, preparar refeições ou qualquer outra coisa do tipo).

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

3.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

4. **Você tem recebido suporte de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?** (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou em qualquer outra situação.).

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

4.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

5. **Você tem recebido suporte de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

5.1. Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

Com base nos tipos de suporte mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de suporte a você.

- esposo, companheiro ou namorado;
- pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- amigo(s)
- chefe ou colega(s) de trabalho
- vizinho(s)
- profissionais de saúde
- Outra pessoa. Quem? _____

6. Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir valorizada como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

6.1. Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

7. Você tem recebido suporte de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

7.1. Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

8. **Você tem recebido suporte de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

8.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

9. **Você tem recebido suporte de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

9.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

10. **Você tem recebido suporte de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

10.1. **Quão satisfeita você está em relação a esse suporte que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeita	insatisfeita	nem satisfeita nem insatisfeita	satisfeita	muito satisfeita

11. **Você tem recebido suporte de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

Com base nos tipos de suporte mencionados acima (questões 6 a 11), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de suporte a você.

- esposo, companheiro ou namorado;
- pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- amigo(s)
- chefe ou colega(s) de trabalho
- vizinho(s)
- profissionais de saúde
- Outra pessoa. Quem? _____

Você tem recebido algum outro tipo de suporte? Qual?

Você gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO 2

Questionário Socioeconômico da Paciente

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Grau de escolaridade em anos de estudo:
 - Menos de 5 anos de estudo
 - 5 a 10 anos de estudo
 - 11 anos ou mais de estudo

3. Situação conjugal atual:
 - Casada
 - Solteira
 - União estável
 - Separada

Viúva

4. Você tem filhos?

Não Sim Se sim, quantos? _____

5. Qual sua situação empregatícia?

Trabalho em emprego fixo, com todas os direitos trabalhistas

Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas

Trabalho por conta própria, regularmente

Não estou trabalhando

Sou aposentada

Tenho benefício continuado

Outra. Especifique _____

6. Quem você escolheria para participar desse estudo como sendo a pessoa mais próxima sua, que está mais presente na sua vida diária para lhe fornecer suporte?

7. Além dessa pessoa, existe mais alguém que você indicaria para participar dessa pesquisa?

ANEXO 3

Questionário Socioeconômico do Cuidador

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Grau de escolaridade em anos de estudo:

Menos de 5 anos de estudo

5 a 10 anos de estudo

11 anos ou mais de estudo

4. Qual o tipo de relacionamento você tem com a paciente?

sou esposo/companheiro

sou filho (a)

sou irmã (o)

sou pai

sou mãe

Outro

5. Você reside com a paciente

Sim Não

ANEXO 4

Ficha de registro e automonitoramento

Condutas*	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia

* Para cada cuidador foram escritas as condutas que seriam realizadas, segundo as necessidades das pacientes e recomendações médicas.

ANEXO 5

CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE SOCIAL DE CUIDADORES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM QUIMIOTERAPIA

Pesquisador: Carla Monique Lopes Mourão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 37229814.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 965.281

Data da Relatoria: 26/02/2015

Apresentação do Projeto:

Tratar-se-á de um estudo quase experimental do tipo antes-depois que será realizado com 75 mulheres em tratamento quimioterápico para câncer de mama no Centro Regional Integrado de Oncologia, Fortaleza-Ce, e com 75 cuidadores respectivos à cada uma das mulheres entrevistadas. Os dados serão coletados através de uma entrevista estruturada que será gravada abordando os dados sociodemográficos e, para as mulheres também será aplicada a Escala de Suporte Social de Seidl & Tróccoli (2006). O procedimento de coleta de dados será realizado em cinco sessões individuais com duração de aproximadamente 30 minutos cada, com intervalos semanais. Hipótese: Hipóteses H0- O comportamento de promoção de apoio social

elencado pela paciente como seu cuidador, ser alfabetizado, com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico médico prévio de transtornos psiquiátricos, ser cuidador informal e que resida na cidade de Fortaleza- CE, possibilitando o contato posterior.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os efeitos de uma intervenção para a mudança de comportamento de suporte social junto aos cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo será realizado procurando atender aos preceitos ético-legais recomendados na resolução 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e, definindo os direitos e deveres do pesquisador e dos participantes do estudo, levando em consideração os aspectos de autonomia, beneficência e justiça. Serão dadas às participantes do estudo, bem como aos seus cuidadores, todas as informações pertinentes sobre a pesquisa a ser desenvolvida, como também, a informação de que a sua participação será de forma voluntária, sendo garantido o total sigilo e anonimato, como também a possibilidade de desistência, caso deseje, em qualquer momento da pesquisa. A entrevista é um método que oferece risco mínimo à integridade psicológica do entrevistado, visto que pode acarretar estresse emocional. O estudo contará com equipe de pesquisa qualificada visando a previsão de riscos, acompanhamento ético e avaliação sobre a inclusão de pessoas vulneráveis no estudo.

Benefícios: O estudo se propõe a aplicar a Entrevista Motivacional com vistas a adequação do suporte social para os cuidadores de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. Esta técnica traz benefícios pois propõe intervenções terapêuticas individualizadas que visam o aumento da adesão ao comportamento,

Continuação do Parecer: 965.281

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 26 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

ANEXO 6

AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

RES: Autorização para utilização da ESS

↑ ↓ x

Prezada Carla Monique,

Agradeço o interesse pelo instrumento. Lembro que a escala foi validada e se direciona a pessoas com HIV/aids, tal como explicitado no artigo de Seidl e Tróccoli (2006). No entanto, vc poderá adaptar as instruções iniciais ao seus participantes de pesquisa.

Abaixo está a parte do texto que instrui sobre o preenchimento que deverá modificar, na palavra em realce. Poderá colocar **câncer de mama** e/ou **mastectomia**. O que pretende focalizar? A mastectomia ou a enfermidade câncer em sentido mais amplo?

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação à soropositividade e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

Acredito que já teve acesso ao artigo de validação do instrumento. Gostaria de prestar esclarecimento: a prática com esse instrumento nos levou a eliminar dois itens (um item do suporte operacional e aquele que avalia a satisfação com o apoio) que se mostraram pouco relevantes. Assim, temos usado a versão com 22 itens. Envio a escala e orientações para análise e composição dos escores (com 22 itens), bem como artigos sobre estudos que usaram essa escala como um dos instrumentos.

Envio ainda as orientações para obtenção dos escores da escala.

Estou à disposição para mais esclarecimentos. Fique à vontade caso precise de algum auxílio no processo de análise de dados.

Abraço e bom trabalho.

Eliane M F Seidl

PCL/IP/UnB

Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano/IP/UnB

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TCLE PACIENTE

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Prezada Senhora,

Estamos estudando como a orientação do comportamento influencia no fornecimento de suporte social e familiar adequado para a paciente em quimioterapia no trabalho intitulado “Suporte social de cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia”. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria do cuidado prestado às pessoas com câncer de mama e em tratamento de quimioterapia. A pesquisa está sendo coordenada pela Enfermeira, Doutoranda Carla Monique Lopes Mourão (monique.enf@hotmail.com) sob a orientação da Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (afcana@ufc.br) ou tel. 33668456 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Este é um convite para que a Senhora participe deste trabalho respondendo a uma entrevista e a um questionário que serão gravados e transcritos. Na entrevista perguntamos sobre a existência de algum tipo de suporte social para o enfrentamento do seu tratamento, e no questionário, são dados sobre a sua história de saúde e a solicitação de indicação de uma pessoa que a senhora considera como seu cuidador. Para isto, serão necessários dois encontros, com duração de cerca de 30 minutos no próprio serviço onde seu tratamento está sendo realizado. No primeiro encontro aplicaremos a entrevista e o questionário, onde você apontará o seu cuidador para participação na pesquisa. O segundo e último encontro será aplicada novamente a entrevista. Os dois encontros respeitarão sua conveniência e disponibilidade de tempo.

As informações fornecidas e todos os dados das participantes serão mantidas em segredo. A sua participação é voluntária e a senhora poderá interromper ou se retirar do estudo a qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência, sem prejuízo em seu atendimento nessa instituição. A participação nesse estudo não será remunerada. Esse estudo oferece risco mínimo, visto que no momento da entrevista alguns sentimentos de estresse emocional quanto à doença podem ser aflorados.

Os benefícios dessa pesquisa se darão pela possibilidade da mulher com câncer de mama e que esteja em realização de quimioterapia tenha um suporte social adequado às suas necessidades, fornecendo o cuidado à mulher com maior efetividade e proporcionando melhor

qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico. Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com a senhora e a outra com a equipe da pesquisa. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.** Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1127. Fone: (85) 3366-8344

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa contribuição para a realização deste trabalho. Atenciosamente,

Carla Monique Lopes Mourão
(pesquisador responsável)

Carla Monique Lopes Mourão
(Responsável por aplicação deste termo)

Sim, aceito participar deste estudo

Não aceito participar deste estudo

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE 2: TCLE CUIDADOR

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fortaleza, ____ de _____ de 2015.

Prezada Senhor (a),

Estamos estudando como a orientação do comportamento influencia no fornecimento de suporte social e familiar adequado para a paciente em quimioterapia no trabalho intitulado “Suporte social de cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia”. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas com o diagnóstico de câncer de mama e em tratamento de quimioterapia. A pesquisa está sendo coordenada pela Enfermeira, Doutoranda Carla Monique Lopes Mourão (monique.enf@hotmail.com) sob a orientação da Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (afcana@ufc.br) ou tel. 33668456 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

O Senhor (a) foi escolhido por seu familiar para participar do estudo por seu o seu cuidador. Serão quatro encontros individuais que irão abordar temas sobre fornecimento de suporte adequado à paciente com diagnóstico de câncer de mama em quimioterapia. Nesses encontros de, no máximo 30 minutos, trabalharemos a Entrevista Motivacional, onde buscaremos métodos para prestar suporte de uma forma eficaz e que traga qualidade de vida à paciente. Os encontros serão gravados e terão duração de aproximadamente 30 minutos e serão realizados no CRIO, respeitando sua conveniência e disponibilidade de tempo.

As informações fornecidas e todos os dados dos participantes serão mantidas em segredo. A sua participação é voluntária e o (a) senhor (a) poderá interromper ou se retirar do estudo a qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência, sem prejuízo no atendimento nessa instituição. A participação nesse estudo não será remunerada. Esse estudo oferece risco mínimo, visto que no momento da entrevista alguns sentimentos de estresse emocional quanto à doença podem ser aflorados.

Os benefícios dessa pesquisa se darão pela possibilidade da mulher com câncer de mama e que esteja em realização de quimioterapia tenha um suporte social adequado às suas necessidades, fornecendo o cuidado à mulher com maior efetividade e proporcionando melhor qualidade de vida durante o tratamento quimioterápico. Caso esteja de acordo em participar,

pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, nº 1127. Fone: (85) 3366-8344

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa contribuição para a realização deste trabalho.

Atenciosamente,

Carla Monique Lopes Mourão
(pesquisador responsável)

Carla Monique Lopes Mourão
(Responsável por aplicação deste termo)

Sim, aceito participar deste estudo

Não aceito participar deste estudo

Assinatura do sujeito da pesquisa