



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**JOSEANY FEITOSA DE LIMA**

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM FAMILIARES  
ACOMPANHANTES DE PACIENTES ACOMETIDOS COM CÂNCER**

**CAJAZEIRAS- PB  
2013**

**JOSEANY FEITOSA DE LIMA**

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM FAMILIARES  
ACOMPANHANTES DE PACIENTES ACOMETIDOS COM CÂNCER**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em  
Enfermagem do Centro de Formação de Professores  
– CEP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem –  
UAEF, como pré-requisito para obtenção do grau de  
Bacharel em Enfermagem, sobre orientação da Prof.<sup>a</sup>  
MS. Maria Soraya Pereira Franco

**CAJAZEIRAS – PB  
2013**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

L732r Lima, Joseany Feitosa de  
Repercussões Psicológicas em familiares  
acompanhantes de pacientes acometidos com  
câncer./Joseany Feitosa de Lima. Cajazeiras, 2013.  
60f. : il.

Orientadora: Maria Soraya Pereira Franco  
Monografia (Graduação) – UFCEG/CFP

1. Câncer – repercussões psicológicas. 2. Saúde da  
família. 3. Cuidados – pacientes com câncer. I.  
Franco, Maria Soraya Pereira. II. Título.

UFCEG/CFP/BS

CDU- 616-006:159.9

**JOSEANY FEITOSA DE LIMA**

**REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM FAMILIARES  
ACOMPANHANTES DE PACIENTES ACOMETIDOS COM CÂNCER**

Aprovada em: 13/05/ 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ms. Maria Soraya Pereira Franco Adriano ETSC/UFCG

---

Membro: Prof.<sup>a</sup>. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento UFCG/CFP

---

Membro: Psicóloga Ms. Mônica Rafaela de Almeida ETSC/CFP/UFCG

**CAJAZEIRAS - PB**

**2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

*Aos meus amados pais, o meu muito obrigado por todo este tempo de dedicação, amor, compreensão, conselhos tantos e sempre bem empregados, embora eu não tenha seguido à risca a todos eles (faz parte da vida querer descobrir outros caminhos), por suas renúncias pessoais em prol de satisfazer meus sonhos, sonhando-os junto a mim, acreditando sempre na minha capacidade de alcançar cada um deles, por mais difícil que parecessem ser. Agradeço-os pela referência de família à qual conseguiram nos implantar, baseada na união, solidariedade, respeito ao próximo e amor, mola mestra de toda engrenagem da vida. Cresci acreditando numa base sólida de união entre um homem e uma mulher, aonde se vê amor e respeito mútuo, muitas vezes difíceis de serem encontrados nos relacionamentos. Acredito piamente que um filho sempre usa o referencial dos pais para projetar sua vida, sendo assim, que Deus permita-me poder ser um dia para os meus filhos tudo aquilo que vocês conseguiram ser para mim. Amo-os infinitamente.*

## ADECIMENTOS

À **Deus**, por conceder-me o Dom da Vida, pela sua misericórdia e benevolência, por me dar a cada dia a oportunidade de tornar-me uma pessoa melhor e por fornecer força suficiente para que eu possa carregar o peso da cruz, em especial pela família maravilhosa a qual faço parte.

**Zelita Feitosa de Lima (mamãe)**, por permitir que eu fosse concebida, pelas suas noites em claro durante meu processo de crescimento, que requer dedicação exclusiva e pelas suas tantas preocupações em proporcionar-me bem estar até os dias atuais, demonstrando seu amor incontestável de mãe e por ser este exemplo de força e otimismo, onde mesmo diante da fragilidade de sua doença sempre acreditou na sua cura através da fé em Deus. Ao senhor **João Mendes de Lima (papai)**, pelo seu exemplo de pai e amigo, pelo amor e dedicação a toda família, por me dar asas para voar, pois, para chegar até aqui precisei do seu apoio em todos os sentidos, por sempre estar presente quando necessito, pela sua compreensão ~~seus~~ conselhos, sua paciência e seus incentivos, sempre preocupado em proporcionar o m  
Aos meus pais o meu muito obrigada!

**Irmãos: Joselito Feitosa**, um exemplo de determinação, inteligência e competência e pela sua capacidade de demonstrar abertamente seus sentimentos. **Josenilda Rodrigues**, por ser companheira, amiga, fiel escudeira, pela sua capacidade de caridade, exemplo de mulher guerreira, tens uma força que nem mesmo sabes. Por ter me acompanhado durante as entrevistas realizadas. **Júnior**, pelo exemplo de ser humano, no mais profundo significado da palavra, pela capacidade de enxergar o outro empaticamente, pelo seu companheirismo, por ter feito parte direto da minha infância e estar presente até hoje, pelo tempo em que moramos juntos em João pessoa longe de papai e mamãe e você cuidava de mim igualmente eles faziam, pelo seu jeito ímpar de estar sempre a par da vida cotidiana de todos, tentando ajudar mesmo distante. Admiro-te em muitos aspectos, inteligência, por serdes um ótimo filho, irmão, pai, marido e pela sua competência profissional. **Josenilson Feitosa**, recordo-me bem das nossas disputas quando crianças, saudades dos velhos tempos, quando a preocupação era só em acordar, ir para escola e esperar chegar em casa primeiro que você para disputarmos a televisão (risos). Foi importante para nós dois a oportunidade de morarmos longe dos nossos pais para adquirirmos maturidade e acabarmos com as disputas da infância. Descobri em você um amigo em forma de irmão, aprendi a gostar ainda mais de ti e a te admirar pela sua

determinação em estar sempre buscando conhecimentos tantos, através das pesquisas da vida em prol da ciência. Uma vez nosso mestre Pai falou sabiamente que São Paulo seria pequena para você, no momento sorrimos, mas hoje temos prova que ele tinha razão (risos). Obrigado, por fazer parte de minha vida, ainda que distantes fisicamente. **Josenay Feitosa**, exemplo de honestidade, amiga, sentimental até os extremos (risos), corajosa. A todos vocês muito obrigado por fazerem parte direta da minha vida, vocês fazem toda a diferença.

**Sobrinhos: Rodrigo, Rogério, Lavínia (Lalazinha) e Sara Camilla (pirusqueta)**, a cada um de vocês tenho histórias para contar sobre cada um, e cada um tem em mim um lugar reservado em meu coração com capacidade de ama-los infinitamente. Sou feliz por tê-los em minha vida.

**Cunhadas: Diane Neves**, sempre encorajando-me a fazer o curso de enfermagem, amiga fiel a quem tenho uma enorme admiração por ser um exemplo de mãe e esposa, além de sua competência como profissional. **Sara Samita**, apesar de ter sido mãe tão jovem você mostra a cada dia o dom que tens para ser mãe, tarefa tão difícil. Agradeço-lhe muito por ter sido o veículo condutor para que eu conhecesse a doutrina espírita, hoje fundamental em minha vida e por fazer parte de minha família.

**Denise Neves**. Não tenho a menor dúvida que existem anjos na terra, nem muito menos que eles possam estar presentes em nossas vidas, você é a representação disto. Irmã em forma de amiga sempre confidenciando todos os momentos de vida comigo, os seus e os meus desde que nos conhecemos neta trajetória de doze anos. Na vida passamos por muitas provações, devido ao efeito montanha-russa, porém, permanece a essência de tudo que é verdadeiro nas relações. Obrigada, por caminhar ao meu lado durante esta e tantas outras batalha.

**Amigas de longas jornadas Jéssika Roberto e Cristina Pinheiro**, pelos tantos momentos bons e também árduos que dividimos, por sempre estarmos unidas em prol do benefício comum.

**Bruno**, pelas tantas vezes que solicitei sua ajuda para concertos do computador.

**Geralda Ricarte (prima)** pelo exemplo de bondade, dedicação, caridade e respeito ao próximo, pela paciência e apoio durante todo processo de adoecimento de minha mãe. Eternamente grata.

À minha orientadora **Soraya Franco**, sou grata pelos momentos de dedicação que teve comigo, mesmo na correria de sua vida, tendo que conciliar o trabalho, a função de mãe e sua pós-graduação. Nossos encontros foram bem corridos, porém, sempre muito proveitosos. Sou grata a Deus por tê-la colocado em minha vida, e em um momento tão fundamental, obrigada por ter dado a oportunidade de ser sua aluna.

**Mestres Acadêmicos**, pela dedicação depositada na nossa formação, a fim de formar não apenas profissionais qualificados para atuar em uma área específica, mas sim, profissionais que se enquadrem na totalidade das diversas áreas.

**Aissa Romina**, pela sua disposição em colaborar com os alunos sempre que é requisitada, pela sua competência como profissional, por ser amiga de todos e por ter sido o instrumento usado por Deus para levar-me até minha orientadora.



*Os "outros" não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual "eu" se isolaria os "outros", ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, ninguém se diferencia propriamente, entre os quais também se está.*

(MARTIN HEIDEGGER)

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAIBA

LIMA, J. F. **Repercussões psicológicas em familiares acompanhantes de pacientes acometidos com câncer.** 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

## RESUMO

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Através deste trabalho buscamos identificar quais os principais aspectos de sofrimento psíquico vivenciado pelos acompanhantes de paciente oncológico e as necessidades de um olhar pormenorizado referente a este público. Tivemos como objetivos a compreensão das repercussões psicológicas dos familiares acompanhantes de pacientes acometidos com câncer, através da verificação das dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores, identificação da forma que os familiares cuidadores percebem a doença, de que modo a questão sociocultural interfere no processo patológico e como foi feita a escolha do cuidador. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com indivíduos proveniente do grupo de apoio a pacientes com câncer, aos quais se aplicou um questionário semiestruturado de entrevistas e posteriormente realizou sua análise de acordo com a modalidade fundamentada de Bardin. A amostra foi constituída por sete acompanhantes, com predominância do sexo feminino. Os resultados demonstraram que houve um aumento da fragilidade emocional dos cuidadores, evidenciando estresse, ansiedade e depressão, durante o estadiamento do câncer no paciente. A associação dos resultados permitiu observar aumento das alterações psicológicas dos cuidadores de pacientes com câncer, devido ao período longo e incerto da doença. Espera-se que as experiências vivenciadas possam ser mais bem compreendidas e conhecidas, mostrando a vulnerabilidade e as necessidades evidenciadas destas famílias e dentro de tal perspectiva, haja elaboração de ações que favoreçam a este público alvo, trabalhando-se a questão da humanização do cuidado e inclusão da família no contexto do tratamento do paciente acometido por câncer.

**Palavras chaves:** Câncer. Cuidador. Família.

LIMA, J. F. Psychological repercussions in family caregivers of patients with cancer. 60 f. Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2013.

### ABSTRACT

Cancer is the name given to a set of over a hundred diseases that have in common the uncontrolled growth of cells that invade tissues and organs. Through this work we identify the main aspects of psychological distress experienced by caregivers of cancer patients and needs of a detailed look concerning this public. Had as objective the understanding of the psychological repercussions of family caregivers of patients with cancer by checking the difficulties experienced by family caregivers, identifying the way that family caregivers perceive illness, how the sociocultural issue affects the disease process and how was made choice of caregiver. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach, conducted with individuals from the support group for cancer patients, to which was applied a questionnaire and semi-structured interviews subsequently conducted its analysis according to the modality based Bardin. The sample consisted of seven caregivers with female predominance. The results showed that there was an increase in caregivers' emotional fragility, showing stress, anxiety and depression during the staging of the cancer patient. The combination of the results allowed us to observe increased psychological changes of caregivers of cancer patients, due to the long and uncertain period of the disease. It is hoped that the experiences can be better understood and known, showing the vulnerability and needs of these families and highlighted within this perspective, there is elaboration of actions favorable to this target audience, working up the issue of humanization of care and inclusion of the family in the context of the treatment of patients affected by cancer.

**Keywords:** Cancer. Caregiver. Family.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo gênero</b>	<b>34</b>
<b>Gráfico 2 - Distribuição segundo faixa etária</b>	<b>35</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Características sócio demográficas dos cuidadores</b>	<b>32</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIÇÕES

<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico.
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística.
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer.
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde.
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
<b>UFCG</b>	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS .....	18
2.2 - DIAGNÓSTICO E O IMPACTO NAS RELAÇÕES FAMILIARES .....	19
2.3 TRATAMENTO.....	21
2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....	22
2.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA E AOS SEUS FAMILIARES .....	23
2.6 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DO CUIDADO .....	25
<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>27</b>
3.1 TIPOS DE ESTUDO .....	27
3.2 - LOCAL DO ESTUDO .....	27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	28
3.5 INSTRUMENTOS E MÉTODOS.....	29
3.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	29
3.7 CONDIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>31</b>
4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	31
4.2 NARRATIVAS .....	36
4.2.1 A presença do estigma do câncer para a família.....	36
4.2.2 Sentimentos diante do sofrimento.....	38
4.2.3 Alterações psicológicas referentes a trajetória do cuidado .....	39
4.2.4 Desafios dos cuidadores frente os cuidados.....	41
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>

## 2.3 TRATAMENTO

As opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer devem ser baseadas em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer. A gama de possíveis métodos de tratamento pode incluir a erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula cancerosa – controle ou alívio dos sintomas associados à doença – paliativo (SMELTZER; BARE 2005). O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, cirurgia diagnóstica, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (INCA, 2013).

A remoção cirúrgica de todo câncer permanece como sendo o método de tratamento ideal e mais frequentemente utilizado. No entanto a abordagem cirúrgica específica pode variar por inúmeros motivos. A cirurgia diagnóstica é o método definitivo de identificação das características celulares que influenciam todas as decisões de tratamento. A biópsia, geralmente é realizada visando obter uma amostra tissular para análise das células suspeita de serem malignas. Na maioria dos casos, a biópsia é realizada a partir do tumor real (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem. Estas radiações não são vistas, e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos no tratamento dos tumores. A quimioterapia utiliza medicamentos para combater o câncer. Eles são aplicados, em sua maioria, na veia, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal. Os medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo. O transplante de medula óssea serve como tratamento para algumas doenças malignas que afetam as células do sangue. Ele consiste na substituição de uma medula óssea doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição de uma nova medula.

Infelizmente os tratamentos têm efeitos colaterais dolorosos que geram profundo desconforto aos pacientes, levando a manifestações de comportamentos que merecem a



atenção, uma vez que podem incluir estados ansiosos, depressivos, dolorosos, o que por sua vez resultarão em manifestações emocionais diversas, que antes não eram levadas em consideração como aspectos a serem cuidados, porém estão sendo incluídos ao tratamento de pacientes oncológicos, tratamentos para alívio dos sintomas psíquicos através dos suportes de apoio psicológico.

## 2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Desde os primórdios da civilização, quando o homem adquiriu a consciência e passou a somatizar o seu sentir, ele se viu em meio a muitas dúvidas e medos. Dentre elas, o adoecer e o morrer são as que geram grandes fobias existenciais. A morte sempre perseguiu o homem, e, por mais natural que ela possa parecer estar diante desta possibilidade é tornar-se ciente do próprio fim (SILVA, 2005).

Segundo Campos (2010), é importante lembrar que ainda hoje o diagnóstico do câncer é visto por muitos como uma sentença de morte, como uma ameaça à estabilidade e à segurança do indivíduo e sua família. Ainda sobre a autora supracitada, muitas crenças e mitos cercam o câncer até hoje, o que contribui para que o medo e a desinformação passem a ocupar o imaginário das pessoas gerando angústia e desestabilizando seu equilíbrio psíquico.

O impacto psicológico é previsto a partir da intensidade da doença percebida. A maneira como as informações são transmitidas ao paciente em toda a trajetória da doença (desde o surgimento dos sintomas, diagnósticos, estágio inicial, recorrência, adaptação em longo prazo ou morte) é de suma importância e os profissionais precisam fazer uma ponte entre a comunicação de más notícias, esclarecimentos e o futuro sofrimento psicológico. O manejo responsável das informações fornecidas e esclarecidas aos pacientes pode facilitar não apenas a adesão ao tratamento, mas o processo como um todo, de adesão à cura (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Potter e Perry (2009) dizem que os efeitos físicos do câncer e seu tratamento às vezes se estendem e causam graves dificuldades psicológicas. No contexto do câncer estas dificuldades se definem por uma experiência emocional desagradável, multifatorial de

natureza psicológica, social e/ou espiritual, que interfere com a capacidade de lidar efetivamente com o câncer, seus sintomas e tratamento.

Tanto o paciente oncológico quanto a família experimentam as alterações psicológicas geradas a partir do diagnóstico da doença. A forma despontada como ambos irão reagir diante do diagnóstico de tal patologia está relacionada ao tipo de educação que receberam, às experiências acumuladas ao longo do curso de vida e a inserção socio-cultural a que pertencem.

A intensidade da reação emocional, assim como o tempo necessário ao estabelecimento de novo equilíbrio emocional, é governado pelo nível de funcionamento da integração emocional no momento do aparecimento do câncer ou da morte. Uma família bem integrada pode demonstrar mais abertamente suas reações no momento que requer mudanças, podendo se adaptar as novas necessidade mais rapidamente. Uma familia menos integrada pode demonstrar poucas reações no momento, e responder mais tarde com sintomas de adoecimento físico, emocional, ou ainda distúrbios de comportamento social (MAIA, 2005).

As crenças espirituais são de grande relevância em todo processo da doença, independentemente da religião. Quando se diz: “A fé remove montanha” implicitamente isto quer dizer que a fé é algo que dar força e encorajamento, quem dela se nutre tem maior facilidade de enfrentamento dos obstáculos, porque consegue compreender a dinamicidade da vida, sua finitude e as limitações do ser humano. A forma como se encara a doença está intrinsecamente relacionada com o processo psíquico-evolutivo individual e a crença em Deus está envolvida neste contexto de evolução, gerando no ser humano uma sensação de amparo, revigoração de suas energias, servindo de nutrição para alma e sustentação para o corpo físico e psíquico.

## 2.5 O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA E AOS SEUS FAMILIARES

De acordo com Vieira e Marcon (2008) entende-se por doença crônica uma enfermidade que tem como característica ser de longo curso, pode ser incurável e, na maioria das vezes, causa sequelas e limitações funcionais, demandando adaptações individuais e familiares.

cuidadores percebem a doença, compreender as limitações dos acompanhantes diante da impossibilidade de amenizar o sofrimento do outro durante o processo patológico, verificar a ocorrência de alterações psíquicas nos cuidadores e entender como os familiares realizam a escolha do cuidador.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

O câncer não é uma doença de causa única, mas um nome usado para descrever as mais virulentas formas de neoplasia, um processo de doenças caracterizado por proliferação celular descontrolada, que leva a uma massa ou tumor (neoplasma). Entretanto para que um neoplasma seja câncer, ele deve também ser maligno, o que significa que seu crescimento não é mais controlado e o tumor é capaz de progredir invadindo tecidos vizinhos ou espalhando-se (metastatizando) para locais mais distantes, ou ambos (NUSSBAUM et al, 2008).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), determinadas categorias de agentes ou fatores implicam na carcinogênese inclusive vírus e bactérias, agentes físicos, agentes químicos, fatores genéticos ou familiares, fatores da dieta e agentes hormonais.

No Brasil, as estimativas de câncer para o ano de 2012, validas também para o ano de 2013, apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510, casos novos, sendo esta a terceira causa de morte na população brasileira, precedido apenas pelas doenças cardiovasculares e pelas causas externas (INCA, 2011).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2005), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente essas células, tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasia maligna.

De acordo com Nussbaum et al (2008), o câncer é fundamentalmente, uma doença genética e as mutações são centrais para sua etiologia e progressão. Quase todo tipo de câncer possui uma base familiar. Isto pode ser gerado pela genética, ambientes compartilhados, fatores culturais, estilo de vida ou apenas por acaso. Aproximadamente 5 a 10% dos cânceres da fase adulta e infância demonstram uma pré-disposição familiar (SMELTZER; BARE, 2005).

As células cancerosas são descritas como neoplasias malignas. Elas demonstram crescimento celular desordenado que não segue a demanda fisiológica. Os crescimentos benignos e malignos são classificados e nomeados pelo tecido de origem e diferem em muitas características de crescimento celular, inclusive o método e a velocidade de crescimento, a capacidade de metastatizar ou disseminar (SMELTZER; BARE, 2005).

O câncer é considerado uma doença crônica e absolutamente tratável e que, em muitos casos pode ser curada, principalmente quando diagnosticada precocemente. No entanto, ainda é uma doença bastante estigmatizada, cheia de mistérios e sofrimentos (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Para Smeltzer e Bare (2005), as “condições crônicas” são definidas como condições médicas ou problemas de saúde com sintomas ou incapacidades associadas que exigem o tratamento a longo prazo.

O câncer é, de fato, um evento que transforma a vida de todos que estão direta (familiares) ou indiretamente (parentes e amigos) ligados ao paciente. Este grave problema de saúde pública é expressamente evidenciado devido à alta incidência, morbidade, mortalidade, dificuldade de acesso a um centro de tratamento especializado e o custo elevado deste tratamento.

## 2.2 DIAGNÓSTICO E O IMPACTO NAS RELAÇÕES FAMILIARES

Segundo Silva (2004), no séc. XVIII nasce o conceito de metástase, que em grego significa “mudança de lugar”. O sangue e a linfa foram caracterizados como o meio pelo qual a doença se disseminava, e este aspecto migratório, gerava o sentimento frente a doença. Ainda neste período o câncer era uma doença raramente diagnosticada, e quando o era, pouco havia a ser feito, pois não se dispunha de qualquer tratamento para combatê-la. A palavra câncer era tão ameaçada que o médico só revelava o diagnóstico para a família e não para o paciente.

O diagnóstico do câncer baseia-se nas alterações fisiológicas e funcionais e nos resultados da avaliação diagnóstica. Os pacientes com suspeita de câncer sofrem investigação extensa para: determinar a presença do tumor e sua extensão, identificar a possível

disseminação (metástase) da doença ou invasão de outros tecidos corporais, avaliar a função e órgão dos sistemas corporais envolvidos e não afetados, e obter tecidos e células para análise, inclusive a avaliação do estágio e grau tumoral. A avaliação diagnóstica é guiada por informações obtidas através de uma história completa e exame físico. O conhecimento de sintomas suspeitos e do comportamento de certos tipos de câncer auxiliam na determinação dos exames diagnósticos mais apropriados (SMELTZER; BARE, 2005).

O câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença, havendo dificuldades de lidar com a doença também devido ao estigma. O câncer, ainda hoje, é considerado uma das piores doenças, extremamente temida, sempre agregando a ideia de risco eminente de morte, o temor de tratamentos agressivos e mutilantes. Apesar dos avanços técnico-científicos conquistados, que possibilitam a prevenção, a detecção e tratamento precoce e cura de vários tipos de câncer, esse ideário social é ainda muito forte. E o estigma do câncer se reforça, continuamente, devido ao diagnóstico tardio da doença, o que limita as possibilidades de tratamento e cura da doença. Hoje tem-se altos índices de mortalidade por câncer, sendo a segunda causa de morte por doença, considerada um problema de saúde pública (CARVALHO, 2008).

O estágio em que uma neoplasia maligna é diagnosticada é dependente de variáveis tumorais (tipo de histopatológico, localização anatômica, velocidade de crescimento e potencial de invasão e disseminação), das condições de resistência imunológicas do organismo e da acessibilidade e qualidade de assistência dos serviços de saúde (INCA, 2003).

O recebimento do diagnóstico de câncer é considerado como um dos piores momentos, pois é quando o paciente se depara com uma avalanche de sentimentos que provocam um forte impacto emocional, acompanhados de tristeza, frustração, angústia e dificuldade de introjeção, aceitação e apreensão do que significa perceber-se um portador de câncer. Diante do dilema e perante a aceitação ou não da doença, inserida agora no paciente e em todo o seu contexto familiar, é preciso elaborar novos conceitos e adaptações à nova realidade. Esses sentimentos, também são experienciados por seus familiares, que vivenciam intenso estresse psicológico diante das possibilidades impostas pela doença (SALCI; MARCON, 2011).

APÊNDICE A – TERMOS DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	52
APÊNDICE B – TERMOS DE CONSETIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA.....	53
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	54
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	55
<b>ANEXO (S).....</b>	<b>56</b>
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL .....	57
ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA .....	58

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação gênica do DNA celular. As células adquirem características invasivas, e as alterações tem lugar nos tecidos circunvizinhos. As células infiltram esses tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos que as transportam até outras partes do corpo através do processo denominado metástase (SUDDARTH; BRUNNER, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2013), o câncer se tornará o problema maior nas próximas décadas; o número estimado de novos casos para 2020 é de 15 milhões. No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causas conhecidas, as estimativas para o ano de 2012 apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer.

O câncer é uma doença de características diferenciadas de outras doenças crônicas, já que pode provocar deformidades, dor e mutilação. Ademais traz em seu bojo um estigma que causa forte impacto psicológico sobre o indivíduo e sua família, que produz sentimento como medo, ansiedade, angústia, dúvidas, raiva e sofrimento emocional desde o momento do diagnóstico (FERNANDES et al, 2011).

A doença oncológica tem como impacto negativo na vida das pessoas, não só pela sua repercussão social e econômica, mas também pelo sofrimento do paciente e sua família. Sabe-se que 80% dos casos de neoplasias são diagnosticadas tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento são só paliativos. Esta situação limita a esperança de vida, contribui com a deterioração da autoimagem e sustenta o estigma de que o câncer é uma doença incurável (ZAGO et al, 2001).

Á família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimento do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece toda a família sofre e sente as consequências do momento vivenciado (INOCENTI et al, 2004).

É notório que em todo processo de desequilíbrio saúde-doença todo o núcleo familiar sofre abalo em sua estrutura psicológica, não ficando restrito, pois, somente ao portador da patologia. Tratando-se de uma doença oncológica este abalo psíquico pode ser ainda mais ressaltado, tendo em vista que o câncer é considerado uma doença crônica de tratamento prolongado, cansativo, doloroso e estigmatizado pelo potencial elevado de mortalidade.



O enfrentamento a uma doença depende de atributos pessoais, saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas e apoio sociais. Assim, quando se estuda o processo de enfrentamento de uma pessoa ou familiar é preciso considerar suas características socioculturais (PEDROLO; ZAGO, 2002).

Tendo como base a preocupação com a família, a atenção deve ser voltada para aquele que será definido como cuidador, que poderá ser alguém com bases técnicas-científicas, definido como cuidador formal, ou alguém que tenha ou não a experiência, definido como cuidador informal (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

A iniciativa de investigar as dificuldades enfrentadas pelo familiar cuidador de paciente oncológico partiu do fato de que este é potencialmente vulnerável a desenvolver desequilíbrio psíquico, tendo em vista que o mesmo acompanha todo o processo de sofrimento bio-psíquico do paciente, tendo que lidar com iminência constante de morte.

Sabendo-se que em todo processo de doença existe risco de desequilíbrio emocional entre os constituintes do núcleo familiar, não sendo exclusivo do sujeito patologicamente afetado, através deste estudo busca-se poder fazer com que o familiar-cuidador de paciente oncológico, entendido como sendo potencialmente susceptível a tal risco, possa ser percebido como alguém que necessita de cuidados especiais, durante o processo saúde-doença do paciente.

Mediante o exposto, em meio ao perfil epidemiológico apresentado, ainda existe poucos relatos na literatura sobre esta temática, fato que nos levou a pesquisar sobre a problemática frente os familiares/cuidadores a fim de poder contribuir com a assistência direcionada a este público e também servir de subsídio para pesquisas futuras que abordem esta temática.

Através deste estudo, espera-se que as experiências vivenciadas possam ser mais bem compreendidas e conhecidas, mostrando a vulnerabilidade e as necessidades evidenciadas destas famílias e assim, poder programar ações que favoreçam a este público alvo é de grande relevância, trabalhando-se a questão da humanização do cuidado e inclusão da família no contexto do tratamento do paciente acometido por câncer.

Neste sentido tem-se como objetivo geral as vivências psicológicas de familiares cuidadores de pacientes oncológicos, bem como identificar de que forma os familiares

O doente crônico enfrenta alterações no seu estilo de vida, provocadas pela doença em si e pelas recorrências de internações hospitalares. Este fato é compartilhado pela família, que o segue no seu dia a dia, tanto no domicílio como nos períodos de internação (SILVA, et al, 2002). Tudo isso pode ser considerado aliada no acompanhamento da doença, compartilhando perdas, limitações e cuidados, sofrendo abalos no ciclo familiar, mudando papéis e funções e reorganizando-se para adaptar-se e prestar auxílio (SOARES; KLERING; SCHUARTZ, 2009).

A enfermagem como profissão está intrinsecamente relacionada com a “arte do cuidar” e o cuidado é algo próprio do ser humano e sendo este um profissional da enfermagem ele terá o papel fundamental de estabelecer vínculo entre a clientela assistida, desenvolvendo as atribuições que lhes são cabíveis como: proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde. Entretanto, o cuidado não se restringe apenas ao sentido denotativo da palavra, sendo de extrema importância que se veja o “Ser” cuidado de forma holística, atendendo as necessidades físicas, mas também psíquicas e sociais.

A enfermagem pode atuar no sentido de apoiar o doente e o grupo familiar, possibilitando minimizar os medos e ansiedades e colaborando com a adequada participação de ambos no processo. Portanto, ao se planejar ações para controlar os impactos do câncer nos indivíduos e seus familiares, deve-se ter a sensibilidade e a capacidade de identificar desordens do campo físico, psíquico, social e espiritual. Para isso é importante que esse profissional esteja preparado tecnicamente e tenha sensibilidade para assistir o doente e sua família, que precisa de amparo e encontra na enfermagem o elo de confiança para lhe proporcionar conforto nesse momento difícil (VASCONCELOS, et al., 2012).

No contexto da doença crônica, o enfermeiro, ao interagir com a família que vivencia essa situação, depara-se com uma experiência que ele precisa compreender, reconhecendo como ela enfrenta as dificuldades e quais estratégias são utilizadas no enfrentamento de crises (FERREIRA et al, 2009).

Segundo Inocenti et al (2011), o enfermeiro deve inteirar-se das vivências não só do paciente, mas também do cuidador, e compreender os problemas enfrentados por ele, de modo que possa elaborar intervenções num contexto sistêmico, valorizando todas as instâncias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas.

## 2.6 A FAMÍLIA COMO UNIDADE DO CUIDADO

A família representa o pilar fundamental das sociedades humanas, na realidade, ela constitui a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constrói sua personalidade. Por isso, é essencial conceber e desenvolver um caminho para integrar a família nos cuidados de saúde das pessoas (MARTINS et al, 2010).

De acordo com Maia (2005), uma unidade familiar só está em equilíbrio funcional quando está calma, e cada membro está funcionando com eficiência razoável naquele período. No momento de ruptura de seu equilíbrio e de ameaça a homeostase, pode supor que esta família está disfuncional. E nessas condições ela se transforma num sistema que precisa responder às exigências externas e também internas de mudanças, exteriorizando seu comportamento.

Ao se reconhecer a família como unidade de cuidado e como objeto de atenção, surge a necessidade de reconhecer que determinações sociais, políticas e econômicas permeiam as relações entre as famílias e os serviços de saúde, e a intervenção e recuperação apenas do corpo biológico se mostra insuficiente para atender às necessidades de saúde (FERREIRA et al, 2010).

Boff (2004) diz que cuidado se opõem ao descuido e ao descaso. Assim, cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo e, mais que um ato, é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Esses cuidados surgem somente quando a existência de outra pessoa tem importância para o indivíduo que cuida, o qual passa a dedicar-se a essa pessoa e a participar de sua vida, buscando estar junto nos sucessos e sofrimentos.

Segundo Sanchez (2010), os cuidados prestados a uma pessoa da família gravemente enferma é descrito pelos cuidadores como sendo uma atividade muito difícil. É uma situação que ele não pode mudar e essa angústia lhe causa um desgaste emocional e físico. As dificuldades estão intrinsecamente relacionadas à sobrecarga do cuidado, toda sua vida é afetada e renunciada, atendendo-se à rotina do cuidado diário. Cuidar de uma pessoa doente, ser responsável por ela, acompanhar a evolução da doença e o sofrimento da pessoa são experiências que, segundo os cuidadores, é impossível abstrair para realizar outras atividades.

A escolha do cuidador não costuma ser por acaso, sendo que a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas, muitas vezes, expressão de um desejo do paciente ou falta de outra opção. Ela pode, também, ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume esse cuidado, mesmo não se reconhecendo como um cuidador. Em geral, o cuidador passa a assumir múltiplas funções, tornando-se cuidador único, eventualmente, sendo auxiliado em tarefas menores por outros membros da equipe (VASCONCELOS et al, 2012).

O oferecimento de uma assistência holística aos cuidadores familiares, por meio de uma equipe multidisciplinar, consiste em uma função essencial dos cuidados paliativos (ZEN-MASCARENHAS, 2009). Os cuidados paliativos devem proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas; oferecer apoio espiritual e psicológico; fornecer uma rede de apoio para que o paciente possa ter uma vida ativa até que a morte sobrevenha e, também, dar apoio à família para que ela possa enfrentar a doença e o período de luto (BRASIL, 2006).

De acordo com Biffi e Mamede (2009), uma forma de assistir a família é ajudá-la a desenvolver novas maneiras de interação entre seus membros, pois à medida que alteram suas percepções sobre a enfermidade, seus comportamentos poderão mudar e facilitar o processo de adaptação à nova condição. Acrescem as autoras que uma das responsabilidades da enfermagem é facilitar o processo de mudanças no funcionamento familiar e desta forma colaborar com cada família.

O cuidador vivencia variadas situações durante o acompanhamento do paciente, dentre elas: aprendizado sobre o cuidado em si e sobre a doença, sentimento de culpa relacionado ao cuidado, por este demandar muita paciência e necessidade de renúncia pessoal, muitas vezes levando-o a buscar ajuda externa, como a religiosidade e relações de convívio, visando minimizar o fardo de suas responsabilidades.

Mesmo sabendo da importância fundamental do cuidador percebe-se que ainda não são reconhecidos como pessoas que passam por um processo doloroso e que necessitam de suporte de apoio, ajuda e orientações a fim de poder amenizar suas angustias e incertezas.

### 3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

#### 3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que para Triviños (2006), a pesquisa exploratória é aquela que aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica.

De acordo com Severino (2007), a pesquisa exploratória procura realizar descrições prescritas da situação e descobrir relações existentes entre os elementos pesquisados, busca levantar informações sobre um determinado objetivo, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações desse objeto.

Segundo Gil (1996), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever particularidades de determinadas população ou fenômeno. Utiliza-se de questionários e observação sistemática, para padronizar a coleta de dados. O método qualitativo pode ser caracterizado como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados (RICHARDSON, 2007).

#### 3.2 - LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Cajazeiras – PB que está situada no Sertão Paraibano há uma distância de 476 km da capital João Pessoa. O município possui 58.437mil habitantes entre zona rural e urbana, (IBGE, 2010). A escolha do local deu-se de forma intencional, onde a mesma foi realizada com parte dos integrantes de um grupo de apoio a pacientes acometidos por câncer intitulado por Amigos do Peito. O grupo é constituído por 56 integrantes, entre homens e mulheres, com predominância do gênero feminino, não possuem sede própria, as reuniões são realizadas em um espaço cedido pela prefeitura de Cajazeiras – PB.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pessoas envolvidas em um estudo científico têm informações cruciais para sanar nossas interrogações que, por sua vez, apenas podem ser obtidas através dos mesmos (MONTENEGRO, 2010).

População refere-se a grupos humanos definidos pelo seguinte conjunto de características comuns: sociais, culturais, econômicas, geográficas e históricas (MEDRONHO, 2009).

Segundo Gil (2006), a amostra é uma pequena parte dos sujeitos que compõe um universo. A amostra da pesquisa foi constituída por familiares acompanhantes de pacientes acometidos pelo câncer. Nesta perspectiva trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência das pessoas que aceitaram participar do estudo.

Para tanto, foi constituída por sete familiares acompanhantes de pacientes com câncer, mediante a apresentação dos objetivos e assinaturas prévias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndices A e B.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão para amostra foi estabelecido que o estudo fosse constituído por indivíduos acompanhantes ( $n=07$ ) de pacientes em tratamento para câncer; ter algum grau de parentesco com o (a) paciente em quimioterapia/radioterapia; ter idade acima de 18 anos; está acompanhando o (a) paciente a mais de um mês.

Esses indivíduos foram provenientes do grupo de apoio a pacientes acometidos por câncer, nomeado de Amigos do Peito, o mesmo é composto por 56 pessoas cadastradas atualmente, porém, sendo estes números variáveis, pois, depende do número de pessoas que entram e de pessoas que saem voluntariamente ou vem a óbito.

Os indivíduos foram informados do conteúdo da pesquisa, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A e B), e responderam um questionário

de pesquisa. Para tanto, este estudo foi submetido a avaliação por uma Comissão de Ética para Pesquisa em Seres Humanos.

Como Critério de Exclusão. Foram excluídos do estudo indivíduos que não apresentaram condições emocionais e cognitivas de responder ao questionário e os que de alguma forma não quiseram mais ser entrevistados.

### 3.5 INSTRUMENTOS E MÉTODOS

Para coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado de entrevista contendo duas partes: caracterização da amostra - dados sócio demográficos (Apêndice D) e as questões norteadoras da pesquisa, abrangendo temas mais específicos, que foram buscados através das narrativas dos participantes.

Marconi e Lakatos (2009) afirmam que o “questionário” é um instrumento essencial para a investigação social cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente dos entrevistados. Optou-se por este tipo de instrumento por acreditar-se que é a melhor forma de descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de cada um.

### 3.6 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de abril, após a liberação e autorização da Plataforma Brasil. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada entrevistado, através de agendamento prévio. Para tanto as mesma foram gravadas e posteriormente transcritas para análise qualitativa.

Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, fundamentada em Bardin (1977), tendo um significado mais amplo que um procedimento técnico. A técnica de análise de conteúdo temático é composta por três etapas: a

pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (BARDIN, 1977).

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Tratando-se de uma pesquisa que envolveu seres humanos, a mesma obedeceu à Resolução Nº. 196/96, do conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em vigor no país, que trata dos aspectos éticos envolvendo seres humanos. Foi levada em consideração também a Resolução 311/2007 que dispõe sobre as questões éticas do enfermeiro em pesquisas, onde os participantes foram convidados a concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) através de suas assinaturas (Apêndices B). Costa (2000) afirma que a resolução incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Assim, para cumprir com tais requisitos o TCLE desta pesquisa apresentou um teor informativo acerca do estudo, assim como uma solicitação de autorização para a coleta de dados.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram caracterizados de acordo com a narrativa do cuidador familiar de pacientes oncológicos, buscada através de um grupo de apoio a pacientes acometido por câncer - Amigos do Peito. Nesta perspectiva visou-se conhecer as seguintes questões: o que representar um paciente ter câncer, as impotências diante da amenização do sofrimento do paciente durante o tratamento, alterações psíquicas sofridas pelo acompanhante-cuidador e como se deu a escolha do cuidador.

Os dados obtidos propiciaram apresentar os resultados em duas partes: característica da amostra, com o intuito de estabelecer o perfil dos participantes e perguntas abertas que buscava através das narrativas aprender a compreensão acerca dos objetivos do estudo.

Segundo Fernandes, et al (2012) diz que a interação social é um processo de formação da conduta humana, e não simplesmente um cenário para colocá-la em ação; ou seja, os seres humanos ao interagirem uns com os outros, têm de dirigir sua conduta humana de acordo com o que os outros estão para fazer, pois assim as atividades dos outros resultam em fatores positivos para a formação da conduta.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A princípio buscou-se trabalhar com um número de 10 participantes, sendo que desses, 1 mudou-se e não foi localizado e 2 estavam acompanhando tratamento do paciente em João Pessoa.

Participaram deste estudo, sete familiares acompanhantes de pacientes em tratamento de câncer, com idade variando entre 21 e 64 anos, sendo três irmãs, três filhas e um esposo. Havendo apenas um cuidador do sexo masculino que cuida de sua esposa.

A maioria dos cuidadores reside com os pacientes, apenas duas cuidadoras não dependem financeiramente do paciente, dois cuidadores que dependem financeiramente do paciente vivem apenas da renda do auxílio à doença.

**Tabela 1** - Características sócio demográficas dos cuidadores.

Variáveis	F	%
<b>Grau de escolaridade</b>		
Alfabetização	01	14,29
Regular do Ensino Fundamental (1º ao 4º ano)	00	0,00
Regular do Ensino Fundamental (5º ao 9º ano)	02	28,57
Regular do Ensino Médio (1º ao 3º ano)	03	42,86
Regular do EJA- Educação de Jovens e Adultos	00	0,00
Superior	01	14,29
<b>Renda Familiar</b>		
Menos de Um Salário Mínimo	02	22,22
Um Salário Mínimo	03	33,33
Dois Salários Mínimos	02	22,22
Mais de Dois Salários Mínimos	00	0,00
<b>Profissão/ ocupação</b>		
Estudante	00	0,00
Professora	01	14,29
Do lar	03	42,86
Secretária do lar	01	14,29
Aposentado	02	28,57
Outras	00	0,00
<b>Cor/ Raça</b>		
Branca	02	28,57
Negra	01	14,29
Parda/Morena/Mulata	04	57,14
Indígena	00	0,00
Outras	00	0,00
<b>Total</b>	<b>07</b>	<b>100</b>

**FONTE:** Dados da Pesquisa 2013.

De acordo com os dados acima o número de acompanhantes alfabetizado é de 14,29%, os que concluíram o ensino fundamental correspondem a 28,57%, os que concluíram o ensino médio 42,86% e os que possuem nível superior é 14, 29%. Quanto menor o grau de instrução, maior o risco do diagnóstico tardio do câncer (PERES e SANTOS, 2006, apud MASCARELLO et al, 2012).

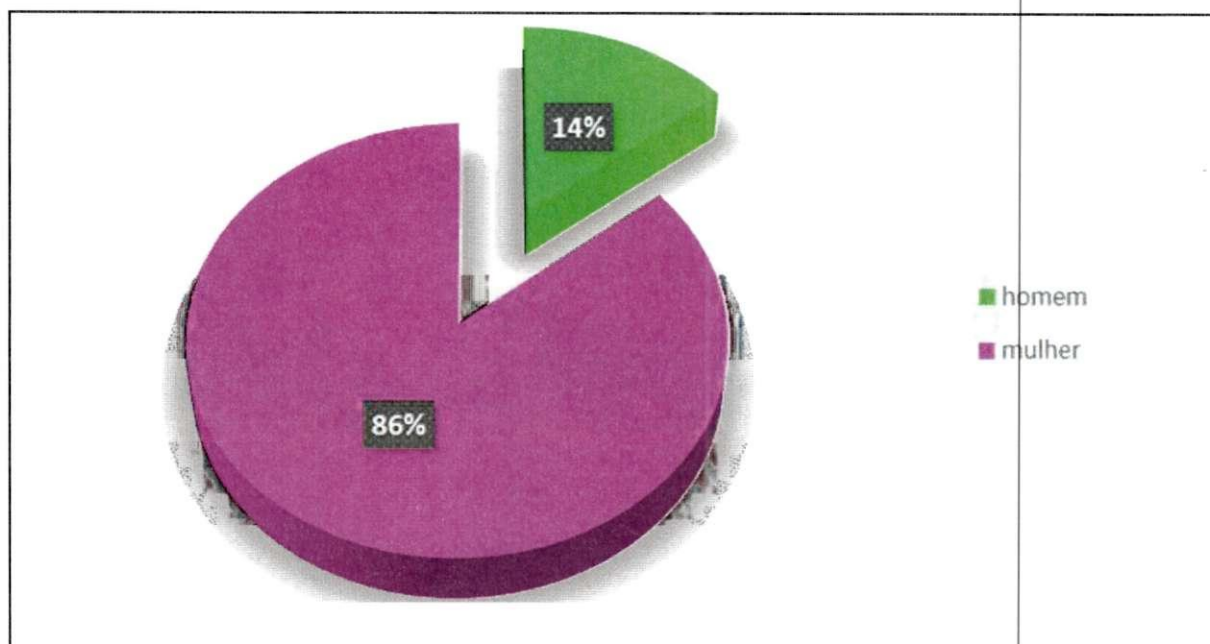
Durante a pesquisa foi possível detectar como o nível de escolaridade está diretamente relacionado com o poder de conhecimento sobre a doença, com a forma de entender ao que se foi perguntado durante a entrevista e até mesmo com as questões que afetam a dimensão psicológica durante o processo de enfrentamento da doença.

A construção dos valores culturais é a somatória das variadas situações vividas em ambientes diversos associados às experiências, influenciando individualmente na forma como cada “Ser” visualiza a questão do adoecimento.

Dentre os entrevistados 22,22% recebem menos de um salário mínimo, 33,33% recebem um salário mínimo e 22,22% recebem mais de dois salários mínimos, evidenciando que a renda familiar tem uma variação em torno de 678,00 à 1.356,00, tendo uma média aproximada de 450,00. O impacto da doença no cotidiano de vida do sujeito e de sua família, nas suas atividades laborativas e relações sociais, tem a ver diretamente com os contextos social, econômico e cultural dos pacientes e famílias, resultado das determinações sociais que estabelecem as desigualdades sociais no país (CARVALHO, 2008).

As profissões/ocupações variam entre 14,29% de professores, 42,86% trabalhadores do lar, 14,29% secretária do lar e 28,57% aposentados. Nenhuma profissão pode ser diretamente relacionada ao risco de desenvolver câncer; porém estudos prévios encontraram relação entre câncer de cavidade oral e orofaringe e o exercício de determinadas ocupações (SANTOS et al, 2011).

Quanto à cor/raça predominante encontra-se a parda/morena/mulata, totalizando 57,14%, seguindo-se pela cor branca com 28,57% e preta com 14,29%. Estudos demonstram que a variável cor/raça pode ser usada como marcador demográfico de desigualdade em saúde às quais os grupos sociais estão expostos (MASCARELLO et al, 2012).



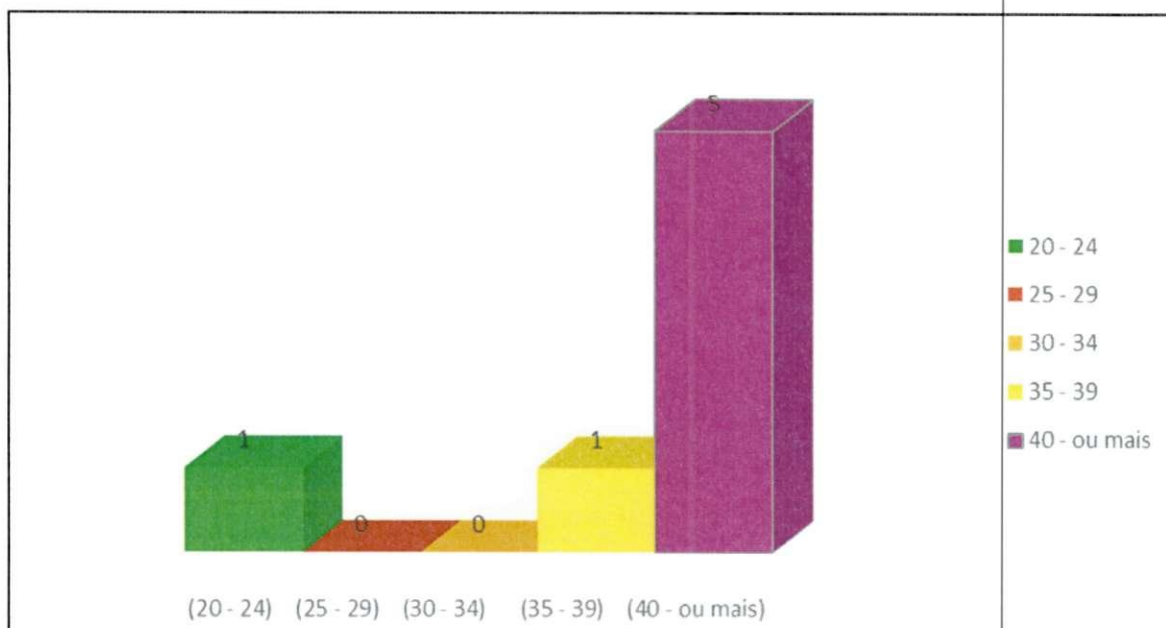
*Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo gênero. Cajazeiras – PB, 2013. FONTE: Dados da Pesquisa 2013.*

Através dos dados acima referidos percebe-se que 86% são cuidadoras do sexo feminino e apenas 14%) de cuidadores do sexo masculino, desta forma percebeu-se que o sexo influencia na questão da escolha do cuidador.

Enquanto a humanidade explorava novas fronteiras e eram registradas as grandes descobertas, as mulheres estavam em todos os lugares cuidando dos seus filhos, cozinhando, limpando, lavrando o campo e cuidando dos animais, curando doentes etc., como fazem até hoje (ALVES, 2002).

O cuidado historicamente continua atrelado a mulher, devido ao longo período em que ela passou tendo como função apenas as atividades domésticas e de criação dos filhos, o cuidar ficou associados como mais umas das suas atividades, tudo isso relacionado a uma questão cultural e de gênero onde se tinha uma definição de atribuições.

Na situação referida a esta pesquisa, a escolha do cuidador relacionado ao gênero feminino não se deu de forma intencional, de acordo com os relatos dos entrevistados, tendo em vista que estes eram a única opção no momento.



**Gráfico 2 – Distribuição segundo faixa etária. Cajazeiras - PB, 2013. FONTE:** Dados da Pesquisa

Percebeu-se que a faixa etária entre os cuidadores tem predomínio em idades igual ou superior a 40 anos, seguidos em valores referenciais iguais aos da faixa de 30-34 anos e os de 35-39 anos.

De acordo com a pesquisa verificou-se que há grande relevância no fator idade na hora da escolha do cuidador, o que geralmente acontece é que estes são escolhidos em detrimento ao que se espera com relação a maior idade associados ao grau de maturidade e experiência tidos em relação aos cuidados paliativos, embora tenhamos percebido nem sempre haver sincronismo entre o que se esperava com a escolha do cuidador e o que de fato se tem.

Em alguns casos os cuidadores precisaram de atenções especiais durante o processo do cuidar, devido a problemas de saúde pré-existentes e que foram agravados neste período, portanto, deve ser levando em consideração que com o aumento da idade, naturalmente o “ser” necessitará de mais cuidados, independente de já terem associados alguma doença crônica ou não. Em se tratando de um cuidador de paciente com câncer deve ser levado em consideração que há uma certa tensão relacionada ao estigma da doença, o tempo prolongado do tratamento, a fragilidade de toda família e as incertezas com relação a cura.

## 4.2 NARRATIVAS

Foi concedida aos entrevistados a livre expressão dos sentimentos, dando-lhes total liberdade pra interromper a qualquer momento, porém, tentando sempre estabelecer laços de confiança, peça fundamental para o processo de pesquisa.

### 4.2.1 A presença do estigma do câncer para a família

Os familiares expressaram o significado do câncer como uma doença abominável, destrutível, geradora de medo. O câncer é entendido pelas pessoas, em geral, como sinônimo de dor, morte e sofrimento, conforme pode ser visto nos depoimentos abaixo:

*“Quando a gente descobre que alguém da família tem essa doença, parece que o mundo vai se acabar, é mesmo que soltar uma bomba em nossa cabeça...” (familiar V)*

*“Assim que eu soube que ela estava com câncer eu pensei: ela vai morrer... senti que nós não somos de nada...” (familiar VII)*

Muitas vezes, o familiar projeta os pensamentos além do momento presente, e visualização das possibilidades que o futuro lhe reserva podem ser sofridas, pois os planos para o futuro ficam ameaçados de não acontecer. Isso porque o câncer é uma doença percebida no senso comum como incurável, perigosa e horrível, além de provocar a morte após longo sofrimento e com isso transtornos em todo o contexto familiar (SALCI; MARCON, 2011).

Segundo Ferreira, et al (2010), o impacto inicial da doença crônica gera ansiedade e medo, não só do indivíduo doente, mas também em sua família, e esses sentimentos podem ser expressos na forma de raiva, tensão, incredulidade e negação prolongada, prejudicando uma adaptação bem sucedida.

A situação sociocultural interfere no modo como essas pessoas veem o câncer, de forma que em situações onde o entrevistado pertence a uma classe social com poder aquisitivo e nível de escolaridade mais elevado a doença em questão é menos pesada para a família, porque existe um certo conhecimento em relação ao tratamento da doença, estes também

encaram com maior facilidade o impacto da descoberta, não sendo isentos pois, do abalo inicial pela descoberta do câncer no seu familiar. Isto pode ser verificado nas falas a seguir:

*“Eu vejo o câncer como uma doença normal, é coisa da vida, pode acontecer com qualquer um.” (Familiar I)*

*“A pessoa sabe que é uma doença grande, mas tem que lutar, procurar ajuda e ir à luta...” (familiar IV)*

O câncer tem características peculiares, quando inicialmente detectado o resultado de resposta ao tratamento é geralmente eficaz, só que além do tempo, depende também de outros fatores como: idade do paciente, localização da neoplasia, início do tratamento, entre outros. A doença traz em si marcas de deterioração do corpo como alopecia e perda acentuada de peso em alguns casos, causando impacto negativo nas pessoas que veem, gerando denotação de que o câncer é própria morte.

Ao entrevistar uma acompanhante que já passou por três experiências de cânceres na família, sendo duas das experiências na condição de acompanhante e na outra experiência na condição de paciente, pode-se sentir o peso do câncer na vida desta e dos seus familiares, a representação simbólica do sofrimento quando o nome da doença é pronunciado, parece até a informação de que viverá novamente o mesmo drama. Sentiu-se uma expressão da alma, o sentimento avivado do medo, pavor, sofrimento, morte, dor. Certamente, tantas outras pessoas também tenham passado por experiências semelhantes na família, e essas representações expressas pelos sentimentos são transmitidas cada um com seu peso de dor, sofrimento e conhecimento sobre a doença, sendo interpretada de forma individualizada, porém, dentro de um contexto cultural, haverá um direcionamento no modo de captação e processamento destas informações.

A este respeito, Ambrósio, et al (2011) diz que existe uma relação estabelecida, a princípio indissociável, entre diagnóstico de câncer e morte, construída culturalmente ao longo da história, caracterizando o estigma social do câncer. Conhecer esta história de significados construídos pela família e as influências socioculturais que interferem nessas atribuições de significados é de extrema importância para que tais fatores sejam levados em consideração na trajetória da doença.

#### 4.2.2 Sentimentos diante do sofrimento

Diante do encontro não desejado com a doença, toda a família passa por um processo doloroso de sofrimento, desespero, medo, impotência e compaixão. É evidente que a experiência do câncer é um momento delicado tanto para o paciente quanto para os familiares, sendo comum a presença desta enfermidade gerar sentimentos negativos e dolorosos, como transparecem neste estudo, em detrimento as incertezas e expectativa de morte trazidas pela doença, é natural que a família expresse tais sentimentos, porém, é necessário encontrar um método que amenize todo o estresse ocasionado pela patologia.

*“É triste ver uma pessoa da nossa família passar por isso e não poder fazer nada, queria que tudo isso fosse um sonho pra quando eu acordar ele acabar...” (familiar IV)*

*“A gente sofre, quer fazer alguma coisa, mas não pode, aí naquilo sofremos. Só podemos entregar a Deus.” (Familiar III)*

*“Fiquei triste, com medo de que ela não fique boa, porque ela passar por tudo isso e depois essa doença poder voltar, tenho medo que ela morra”. (Familiar II)*

Diante do que foi descrito, Ambrósio et al (2011) referem que o diagnóstico de uma condição mórbida como o câncer produz na família, principalmente no primeiro momento, muita dor e sofrimento, uma vez que esta patologia está impregnada de significações negativas. O diagnóstico do câncer é visto pela família e pelo paciente como um espectro que ameaça a continuidade da existência, desfazendo os laços afetivos, interrompendo os projetos e privando a pessoa acometida do convívio familiar.

Observou-se nos depoimentos dos cuidadores, que o estigma do câncer relacionado à morte está presente em quase todas as falas, embora existam atualmente muitos estudos mostrando a evolução do tratamento ao longo dos tempos, verifica-se que tal medo ainda permanece.

Durante as entrevistas percebeu-se que o sofrimento é vivenciado por toda família, porém, o cuidador principal sofre um abalo emocional diferenciado dos demais, entrando aí suas próprias fragilidades, as do familiar, o conhecimento a respeito do tratamento, sobrecarga, entre outras. Quando o cuidador passa a está diretamente ligado ao paciente ele vivencia todas as situações de medo, angústia, sofrimento, ansiedade e incapacidade sentidas pelo paciente, sensações estas que algumas vezes se confundem com as suas. A família, ao



presenciar de perto as dificuldades, reconhece-as como uma verdadeira batalha e identifica sua própria fragilidade diante desse processo.

*“Toda vez que ele fazia o exame pra ver se tava alterado, eu entrava em desespero, começava a chorar, antes do médico dizer alguma coisa.” (Familiar V).*

De acordo com Salci e Marcon (2011) diante das mudanças provocadas pelo câncer, é notório que os problemas das pessoas que sobrevivem a patologia são únicos e multifacetados, incluem estresse físico, emocional e social, além de mudanças no estilo de vida, alterações do papel social, domiciliar e na família, acompanhado pelo temor da recorrência da doença. Dessa maneira, cada pessoa que vivencia o câncer tem necessidades ímpares, com bases na extensão da doença, efeitos do tratamento, significados atribuídos ao longo da vida às neoplasias e as condições de saúde.

Foi notório perceber o fato de que os cuidadores são afetados pelo processo de doença do paciente, estando atrelado a isso, à questão do tempo prolongado do estadiamento do câncer e a sobrecarga física e emocional dos mesmos. A maioria dos entrevistados relatou ter precisado de atendimentos médicos em alguma parte da trajetória enquanto acompanhavam e mesmo passando pelo processo de adoecimento, tiveram que superar seus limites para voltarem a ser cuidador por não existir um substituto. Pode-se ver isto nas falas abaixo:

*“Muitos momentos abalou minha saúde, sofri um pré-infarto na casa de apoio, o médico disse que era estresse...” (familiar II)*

*“Quando eu fui com ela pra fazer esse exame que diz se tem essa doença, fiquei muito neivoso e passei mal, desmaiei e descobri que tava com açúcar no sangue...” (familiar VI)*

Sabendo-se que o câncer representa modificações na vida do paciente e familiares, é necessário encontrar uma forma de readaptação diante da nova situação, buscando estratégias para o enfrentamento, voltadas para a forma de pensar e lidar dos indivíduos com relação ao câncer diante das situações de estresses por eles experimentadas.

#### **4.2.3 Alterações psicológicas referentes a trajetória do cuidado**

As experiências obtidas pelo contato com os acompanhantes de pacientes com câncer permitiu aprender e conhecer a influência que o adoecer exerce sobre eles, mostrando-nos como pensam e reagem frente a situação do câncer. O fator emocional está expressamente relacionado com a forma com os indivíduos irão interpretar e absorver todo percurso da doença.

Conviver com o paciente portador de câncer é colocar face-a-face a família aos mesmos sofrimentos do doente, dentre eles o sofrimento psicológico, medo da cirurgia, medo do sofrimento físico e medo da morte, trançando inconscientemente um quadro de impotência frente ao problema.

*“Quando a gente fica vendo a luta dela o tempo todo pra curar essa doença, e vê outros lá no hospital também muito grave, só passa coisa ruim na cabeça.” (Familiar III)*

*“Assim que o médico disse que era câncer, eu chorava muito, não comia, nem dormia, ficava só pensando que ela ia morrer” (familiar VI)*

Um dos sentimentos mais presentes nas falas dos entrevistados é o medo da morte, representando a finitude da vida, lidar com essa certeza junto a incerteza da cura do ente querido gera conflitos psicológicos expressos por toda família, em especial para quem acompanha a miúde o doente. Percebeu-se um nível de ansiedade elevado nos cuidadores – ocasionado pelas incertezas, estresse – devido à sobrecarga do cuidar e em alguns casos, depressão.

Encontrar-se com uma doença como o câncer é ter que aprender a enfrentar vários fantasmas de uma vez, tais como medos, incertezas, impotência, geralmente o indivíduo nunca está preparado. A família é afetada pela doença e a dinâmica desta família afeta o paciente.

*“Eu ficava abalada, tomava calmante toda vida que ele se queixava de dor, porque pra mim, era mesmo que matar, vê ele sofrer.” (Familiar V)*

*“Desde o período que acompanhei meu pai e em seguida duas irmãs que tiveram câncer, eu nunca mais fui a mesma, mas, o antidepressivo tá aí pra poder sustentar a gente”. (Familiar IV)*

O foco da atenção na prática profissional, na maioria das vezes, é o indivíduo doente, cabendo ao cuidador uma posição mais à margem dos acontecimentos. Ainda hoje, os cuidadores familiares são percebidos como recurso em benefício do indivíduo, mas não como

alvo de atenção da equipe de saúde. É um indivíduo “rotulado”, para ajudar neste processo de cuidar. Espera-se que ele cuide “naturalmente”, mas o cuidador também é uma pessoa que está precisando de auxílio e apoio (BECK; LOPES, 2007).

O impacto gerado desde a descoberta até o fim do percurso do tratamento, com ou sem êxito, é desgastante para o paciente e sua família, há uma reavaliação de toda uma vida, alguns valores são reordenados, crenças são revistas e a família segue na tentativa de superar seus limites para assim poder ajudar ao seu ente que se encontra doente. As inquietações pairam sobre os indivíduos em associação as frustrações de perdas, formando o emaranhado de sofrimento, angustia e dor.

A Organização Mundial da Saúde (2010) considera o atendimento às necessidades dos cuidadores um dos principais objetivos dos cuidados paliativos e determina que se disponibilize um sistema de apoio para ajudar à família durante a doença do paciente e no processo de luto.

Os cuidadores de pacientes de doenças crônicas necessitam de um apoio psicológico para conseguirem dá suporte ao paciente, estes precisarão demonstrar bem estar, confiança e estar disposto a ajudar sempre que for requisitado e para isto precisam estar em equilíbrio emocional.

#### **4.2.4 Desafios dos cuidadores frente os cuidados**

Cuidar e ser cuidado é a essência do ser humano. O homem necessita de cuidados desde o nascimento até a morte, pois a ausência deste torna a vida sem sentido e desestruturada. Não deve-se pensar no cuidado como algo desvinculado de nós mesmos, mas sim, como algo que faz parte da estrutura pessoal e é permeado pela história de vida de cada indivíduo. Deve-se ter sempre em mente que o cuidador é um dos tripés dos cuidados paliativos e que este também deve receber suporte durante o processo da doença, morte e luto (SORATO et al., 2010).

O modo do cuidar do outro é bem característica dos nossos hábitos e a maneira que é disposto o cuidado ao outro desprendendo uma certa afeição de sentimento permitindo-nos “ouvir” profundamente o que sente o outro “ser”.

A função do cuidador familiar concretiza-se através de uma missão de proteção e socialização dos indivíduos, pois, independente da forma e desenho que a família contemporânea apresenta, ela se constitui nos espaços de iniciação e aprendizado dos fatos e das relações sociais (RIBEIRO e SOUZA, 2010).

O cuidador centra os seus cuidados no paciente, participando tanto das conquistas quanto dos sofrimentos. Sendo assim, as perdas, expectativas e preocupações também são divididas e vivenciadas pelos cuidadores, que passam por uma ruptura do seu cotidiano para acompanhar seus entes neste tratamento incerto (SORATO et al, 2010).

A escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e que a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas, muitas vezes, expressão do desejo do paciente, ou falta de outra opção, podendo também, ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume este cuidado, mesmo não se conhecendo como um cuidador. É comum a pessoa que se torna a cuidadora principal afirmar ter assumido esta responsabilidade espontaneamente, sem um questionamento prévio com o restante do grupo familiar sobre quem desempenharia os cuidados (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

*“Não escolhi cuidar deles, mas, só tinha eu. Meu pai descobriu que tinha câncer, depois veio uma irmã, depois a outra, eu era pra tudo...” (familiar IV).*

*“Só tem eu pra cuidar. Tenho dois irmão alcoólatras e uma irmã analfabeta, então não teve outra escolha, fui eu mesma.” (Familiar V).*

*“Eu escolhi cuidar dela, mesmo com todos os meus problemas de saúde tinha que acompanhar ela...” (familiar II).*

Obteve-se nesta pesquisa, na maioria das colocações dos acompanhantes é que o cuidador assumi a função por falta de alternativas, porém, a partir do momento em que assumi a função de cuidador, os cuidados sempre foram realizados de acordo com o melhor que cada familiar cuidador pôde oferecer ao seu paciente, na tentativa de lhe proporcionar conforto, amenizar os sofrimentos, passando-lhe confiança, embora nem sempre tivessem em si todos esses sentimentos. Os cuidadores demonstraram sobrecarga de estresse, ansiedade e depressão, tudo isso atrelado às diversas funções desempenhadas além de cuidar.

A literatura aponta que a realização de cuidados paliativos no domicílio pode, ainda, ser exigente e desgastante o suficiente para afetar a saúde mental do familiar e limitar sua capacidade de continuar a ser um cuidador (INOCENTE, et al, 2009). Nesse contexto a

família desempenha papel ambivalente, por vezes protetora do doente, por vezes “doente” com a enfermidade que surgiu em seu seio familiar e que aflige de forma grave um de seus membros. Tal aspecto reflete a importância e a necessidade dos familiares cuidadores receberem adequado suporte psicológico e emocional para que se sintam preparados nesse processo (SILVA e ACKER, 2007, apud INOCENTI et al, 2009).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada por toda família diante de uma doença crônica como o câncer é algo que gera desarranjo na estrutura emocional dos membros integrantes, evidenciando sentimentos de desespero, impotência e angústias. Tudo isso foi observado nas falas dos familiares, ficando ainda mais avivado no membro da família que está cuidando diretamente e ininterruptamente do paciente, porque algumas vezes os sentimentos do doente confundem-se com os seus. Mesmo sabendo da finitude humana, nunca se está preparado para lidar com o adoecimento, dor e morte, comum do processo do ciclo de vida.

A pesquisa proporcionou conhecimento sobre a trajetória enfrentada pelos cuidadores de pacientes oncológicos, mostrando a fragilidade emocional sofrida pelos mesmos, a forma como estes encaram a doença e a escolha do cuidador.

Os acompanhantes de pacientes com câncer sofrem impactos negativos durante a trajetória da doença, remetendo-os a alterações psíquicas decorrentes do estresse, ansiedade e em alguns casos depressão, ocasionados na maioria das vezes pelo tempo prolongado do estadiamento da doença, as incertezas diante da doença e o medo da morte.

Todo processo de cuidado requer abnegações, dedicação e comprometimento por parte do cuidador tendo que reorganizar sua vida para poder assumir o papel. Na maioria dos casos o cuidado é exercido por uma só pessoa, causando sobrecarga física e emocional. A escolha deste cuidador nem sempre é dialogada com os outros membros da família, se dar de forma espontânea, por indicação dos membros ou por falta de outra opção.

Diante desta perspectiva, pode-se traçar planos de suporte psicológico voltados para os acompanhantes de paciente acometidos por câncer, visando minimizar os danos psicossomáticos sofridos pelos mesmos.

Através deste estudo, espera-se que as experiências vivenciadas possam ser mais bem compreendidas e conhecidas, mostrando a vulnerabilidade e as necessidades evidenciadas destas famílias e dentro da tal perspectiva, poder programar ações que favoreçam a este público alvo, trabalhando-se a questão da humanização do cuidado e inclusão da família no contexto do tratamento do paciente acometido por câncer.

## REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio dos. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: Uma compreensão fenomenológica. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Out-Dez. Vol. 27 n°. 4. 2011. p. 475-484. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/11.pdf>>. Acesso em 22 de mar. de 2013.

ALVES, Sibele Queiroz da Cunha. **A mulher no contexto trabalho/família: Jornada dupla ou desafio?** Universidade Potiguar – UNP [online]. Natal – RN. Disponível em: <[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/7ff4db7574e364c803256ebc004add8c/09c058516e8470a003256fa90077639c/\\$FILE/NT000A4466.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/7ff4db7574e364c803256ebc004add8c/09c058516e8470a003256fa90077639c/$FILE/NT000A4466.pdf)> Acesso em 01 de maio de 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 1977.

BECK, Ana Raquel Medeiros; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade do cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Nov/Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/09.pdf>> Acesso em 26 de abr. de 2013.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado. A família cuidando do ser humano com câncer e sentido a experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. vol.56, n°.2, 2003. pp. 133-137. ISSN 0034-7167. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672003000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672003000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 12 de abr. de 2013.

BIFFI, Raquel Gabrielli; MAMEDE, Marli Vilela. Dinâmica familiar: percepção de famílias de sobreviventes de câncer de mama. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. Jan-mar. Vol. 13 (1). 2009. p. 131-139. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452009000100018&script=sci_arttext)> Acesso em 27 de fev. de 2013.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do ser humano-compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

\_\_\_\_\_. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Câncer no Brasil. Estimativa 2012. Disponível em:

<[http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tbregioes\\_consolidado.asp](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/tbregioes_consolidado.asp)> Acesso: 09 fev. de 2013.

\_\_\_\_\_  
Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Editora do Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual3\\_drac.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual3_drac.pdf)>. Acesso em 02 de mar. de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2010

CAMPOS, E. M.P. **A psico-oncologia: uma nova visão do câncer – uma trajetória**. Instituto de psicologia – Universidade de São Paulo, 2010.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(1): 87-96. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_7\\_pag\\_97a102.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf)> Acesso: 13 de mar de 2013.

COLZANI, V. F. **Guia para redação do trabalho científico**. 2 ed. Curitiba: Juruá, 2010.

FERNANDES, A. F. C; Et. al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Vol.16, nº.1, Rio de Jan-Mar. 2012. ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eann/v16n1/v16n1a04.pdf>>. Acesso: 10 de fev. de 2013.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston A. Et. al. Integridade cutâneo-mucosa: implicações para a família no cuidado domiciliário ao doente com câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro. Abr./jun. vol. 17(2). 2009. p. 246-51. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a19.pdf>>. Acesso em 26 de fev. de 2013.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Abr.-Jun. Vol. 26 nº. 2. 2010. p. 265-272. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>> Acesso em 15 de fev. de 2013.

GADELHA, Mario Inez Pordeus; COSTA, Milene R.; ALMEIDA, Rosimary T. Estadiamento de tumores malignos - análise e sugestões a partir de dados da APAC. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 51(3). 2005. p. 193-199. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo1.pdf)> Acesso em 02 de mar. de 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Ed. Atlas, 2006.



GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 4 ed. Campinas: Alínea, 2007.

INOCENTI, Aline; RODRIGUES, Inês Gimenes; MIASSO, Adriana Inocenti. Vivência e experiência do familiar cuidador do paciente oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 11, nº 4. 2009. ISSN: 1518-1944 UFG. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf)>. Acesso em 27 de fev. de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso: 01 de ago. de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Maioria dos países não tem desenvolvimento políticas eficazes de prevenção do câncer**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/maioria\\_dos\\_paises\\_desenvolvimento\\_nao\\_tem\\_politicas\\_eficazes\\_de\\_prevencao\\_cancer](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/maioria_dos_paises_desenvolvimento_nao_tem_politicas_eficazes_de_prevencao_cancer)> Acesso em 10 de fev. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. **Tratamento de Câncer**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>. Acesso em 02 de mar. de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Secretaria de Atenção à Saúde: **Bases Técnicas para Autorização de procedimentos de Alta Complexidade-APAC, 2013**. [http://www.inca.gov.br/publicacoes/Manual\\_APAC\\_setembro\\_2003.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/Manual_APAC_setembro_2003.pdf) Acesso em: 02 mar. de 2013.

LAKATOS, E. M.; Marconi, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MAIA, S.A.F. **Câncer e morte. O impacto sobre o paciente e família**. Curso de Esp. em Psicologia – Hospital Erasto Gaertner. Curitiba, 2005. Disponível em: <<http://www.intercef.com.br/artigos/cancer-e-morte-o-impacto-sobre-o-paciente-e-a-familia.pdf>> Acesso em: 02 mar. de 2013.

MARQUES, R. M.; Mendes, A. **Política de incentivo do Ministério da Saúde a atenção básica**. Cad. Saúde Pública, Vol.18, n.1, p.163-171, 2002.

MARTINS, M.M.; et al. A família com o foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalares: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 65, nº 4. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a20v65n4.pdf>>. Acesso em: 02 de mar. de 2013.

MASCARELLO, Keila, Cristina. Et. al. **Perfil sócio demográfico e clínico de mulheres com câncer de colo do útero associado ao estadiamento inicial**. Disponível

em:<[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/11\\_artigo\\_perfil\\_sociodemografico\\_clinico\\_mulheres\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_associado\\_estadiamento\\_inicial.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/11_artigo_perfil_sociodemografico_clinico_mulheres_cancer_colo_uterio_associado_estadiamento_inicial.pdf)> Acessado: 01 de maio, 2013.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos e resenhas.** 11ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia.** São Paulo: Ateneu, 2009.

MENDES, Cibelle Borges; NUNES, Celso Roberto. Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero- relacionada à prática radioterápica. **Psicologia Revista.** Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. v.21, nº.1. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/13583/10090>> Acesso em 03 de mar. 2013.

NUSSBAUM, Robert L.; MCLNNES, Roderick R.; WILLARD, Huntington F. **Thompson & Thompson: genética médica.** Tradução: Luciane Farias de Souza Pontes et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PEDROLO, F. T; ZAGO, M.M. F. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia,** 2002. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_48/v01/pdf/artigo4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/artigo4.pdf)>.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar.** 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PY, Ligia. Cuidar do Cuidador: Transbordamento e Carência. **Revista brasileira de cancerologia.** 2004. Vol.50, Nº.04. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v04/pdf/secao6.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao6.pdf)>. Acesso em 15 de fev. 2013.

REZENDE, Vera Lucia. Et. al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Vol. 51(1). 2005. p. 79-87. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v01/pdf/revisao5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao5.pdf)> Acesso em 10 de fev. de 2013.

RIBEIRO, Aline F.; SOUZA, Célia A. de. **O cuidador familiar de doentes com câncer.** Arquivo de Ciências da Saúde. Jan-mar. Vol. 17 (1). 2010. p. 22-26. Disponível em:<[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-17-1/IDL3\\_jan-mar\\_2010.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf)>. Acesso em 10 de fev. de 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. **Revista Texto Contexto Enfermagem:** Florianópolis. 2008 Jul./Set.; Vol.

17(3). p. 544-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a16v17n3.pdf>>. Acesso em 15 de fev. 2013.

SANTOS, Ramila Alves. Et. al. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior**: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v01/pdf/05\\_artigo\\_avaliacao\\_epidemiologica\\_pacientes\\_cancer\\_trato\\_aerodigestivo\\_superior\\_relevancia\\_fatores\\_risco\\_alcool\\_tabaco.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/05_artigo_avaliacao_epidemiologica_pacientes_cancer_trato_aerodigestivo_superior_relevancia_fatores_risco_alcool_tabaco.pdf)> Acesso: 01 de maio, 2013.

SILVA, L.F.; GUEDES, M.V.C.; MOREIRA, R.P.; SOUSA, A.C.C. Doenças crônicas: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 15, nº 1. São Paulo, jan./mar. 2002.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. vol.15, nº.1. Rio de Janeiro, Jan/Mar. 2011. ISSN 1414-8145. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100025&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 de fev. de 2013.

SILVA, Valéria Costa Evangelista da. **O Impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão preto, 2005. 218f. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112949/pt-br.php>> Acesso em: 10 de fev. de 2013.

SIMONETTI, Ariane Lorencetti Janete Pessuto. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-americana de Enfermagem**. Nov./Dez. nº13 (6). 2005. p. 944-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf>. Acesso em 11 de fev. de 2013.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. Ed. 23. São Paulo: Cortez, 2007.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SORATO, Daniela Batista. Et. al. **Cuidar e ser cuidado pelo grupo de apoio protege**. **Psicol. Estud.** vol.15. nº.4, Maringá Out./Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722010000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400011)> Acesso em 10 de fev. de 2013.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de. **Representação social do câncer para familiares de pacientes oncológico**. Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro biomédico. Faculdade de Enfermagem. 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca../Maria\\_das\\_Gracas\\_representacoes\\_sociais.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca../Maria_das_Gracas_representacoes_sociais.pdf)>. Acesso: 14 de fev. de 2013.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. O Olhar que Olha o Outro...Um Estudo com Familiares de Pessoas em Quimioterapia Antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol.; 54(1). 2008. p. 31-34. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/artigo\\_5\\_pag\\_31a42.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/artigo_5_pag_31a42.pdf)>. Acesso em: 15 de fev. 2013.

SPENCE, R.A.J.; JOHNSTON, P.G.; **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TSUKAMOTO, Heloísa Freira. Et. al. A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. **Revista Saúde e Pesquisa**. Vol. 3, nº.1, 2010. Disponível <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1315/1042>> Acesso: 05 de fev. de 2013.

VASCONCELOS, Esleane Vilela; SANTANA, Mary Elizabeth; SILVA, Silvio Eder Dias da. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Enfermagem em Foco**. Vol. 3(3). 2012. p. 127-130. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/296>>. Acesso em 27 de fev. 2013.

VIEIRA, Maria Cristina Umpierrez; MARCON, Sonia Silva. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. Vol. 42(4). 2008. p. 752-760. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400019&script=sci_arttext)>. Acesso em 26 de fev. de 2013.

ZAGO, M. M. F.; ET AL. O adoecimento pelo câncer de laringe. **Revista de Enfermagem da USP**. Vol. 16, nº 2. São Paulo, jun. 2001. ISSN 0080-6334. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a02.pdf>>. Acesso em: 27 de fev. de 2013.

ZEM-MASCARENHAS, Sílvia Helena. BARROS Ana Claudia T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Vol. 11, nº 1. 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a06.pdf)>. Acesso em 27 de fev. de 2013.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer”**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho **Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer** tendo como objetivo geral: Verificar as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores de pacientes oncológicos.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder a um questionário semiestruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste trabalho científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9955 22 26 com **Joseany Feitosa de Lima** ou no número (83) 8803-7046 com a professora **Maria Soraya Pereira Franco Adriano**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, lido e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA

**Título da pesquisa: Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_, li a descrição do estudo "**Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer**" e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, de forma que concordo com a realização da pesquisa. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que a participação é voluntária e que posso desistir da continuação do estudo, assim como os sujeitos envolvidos diretamente na pesquisa. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que não comprometa ou identifique qualquer participante.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**APÊNDICE C**

---

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "**Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer**" desenvolvida pela discente **Joseany Feitosa de Lima** do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora **Maria Soraya Pereira Franco Adriano**.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

**Responsável**



## APÊDICE D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### 1. Identificação Sociodemográfica

<p><b>Idade:</b> _____ <b>Gênero:</b> ( ) Feminino ( ) Masculino</p> <p><b>Nível de escolaridade:</b></p> <p>( ) Alfabetização ( ) Regular do ensino fundamental (1º a 4º série/1º ao 4º ano)</p> <p>( ) Regular do ensino fundamental (5º a 8º série/6º ao 9º ano)</p> <p>( ) Regular do ensino médio (1º ao 3º ano)</p> <p>( ) Regular do EJA – Educação de Jovens e Adultos</p> <p>( ) Superior</p> <p><b>Renda Familiar:</b></p> <p>( ) Menos de um salário mínimo ( ) Um salário mínimo</p> <p>( ) Dois salários mínimos ( ) Mais de dois salários mínimos</p> <p><b>Estado civil:</b></p> <p>( ) Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Viúva ( ) Divorciada</p> <p><b>Cor/Raça:</b></p> <p>( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda/Morena/Mulata ( ) Indígena ( ) Outra</p> <p><b>Profissão/Ocupação:</b> _____</p>	
--	--

#### ENTREVISTA

1. O que representa pra você um paciente ter câncer?

2. Como você se sente ao ver que não tens controle sobre a trajetória tratamento, visto que o mesmo muitas vezes é bem doloroso para o paciente?

3. Em algum momento existiu comprometimento psicológico da sua parte, por estar acompanhando de perto todo processo da doença?

4. Você escolheu ser cuidador?

**ANEXOS**

## ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

**Título da pesquisa: Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes  
acometidos com câncer**

Eu, MARIA SORAYA PEREIRA FRANCO ADRIANO, Docente da UFCEG, portadora do RG 1.603.996 SSP/PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_  
**Orientador(a)**

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**ANEXO B**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA**

**Título da pesquisa: Repercussões psicológicas em familiares acompanhante de pacientes acometidos com câncer**

Eu, JOSEANY FEITOSA DE LIMA, discente da UFCC, portadora do RG 2676.339 SSP/PB e CPF 062.481.754-70, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

**Orientanda**

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2011.