UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CAMILA ALESSANDRA DA SILVA MARCELO

NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

ALFENAS/MG

2022

CAMILA ALESSANDRA DA SILVA MARCELO

NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela da Universidade Federal de Alfenas. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Coorientadora: Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito.

ALFENAS/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Marcelo, Camila Alessandra da Silva.
Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer : estudo de método misto / Camila Alessandra da Silva Marcelo. - Alfenas, MG, 2022.
135 f. : il. -

Orientador(a): Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.
Bibliografia.

1. Neoplasias. 2. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Enfermagem Oncológica. I. Fava, Silvana Maria Coelho Leite, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

Ministério da Educação
Universidade Federal de Alfenas

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Bairro centro, Alfenas/MG - CEP 37130-001
Telefone: (35) 3701-9000 - http://www.unifal-mg.edu.br

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 134

Às 14:00 horas do dia 30 de novembro de 2022, foi realizada a sessão de defesa pública de dissertação da discente **Camila Alessandra da Silva Marcelo** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

A apresentação oral do trabalho ***"Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto"*** teve duração de 48 minutos.

De acordo com os requisitos legais, a comissão examinadora designada para proceder ao exame foi presidida pela orientadora, Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava - UNIFAL-MG e composta pelas professoras: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe – USP e Profa. Dra. Namie Okino Sawada – UNIFAL-MG.

A arguição teve duração total de 60 min. Em reunião secreta a Comissão Examinadora fez a apreciação da dissertação e considerou a candidata:

(x) Aprovada ( ) Aprovada condicionalmente ( ) Reprovada

Parecer final dos examinadores: (opcional)

Documento assinado eletronicamente por **Silvana Maria Coelho Leite Fava**, **Professor do Magistério Superior**, em 30/11/2022, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Helena Megumi Sonobe**, **Usuário Externo**, em 30/11/2022, às 15:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada**, **Presidente**, em 30/11/2022, às 15:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0854315** e o código CRC **BEA5674A**.

Esse documento não tem validade como homologação do título acadêmico

À minha família e ao meu futuro esposo,

Pelo amor e apoio em todos os momentos da minha vida,
vocês não mediram esforços para a realização deste sonho.
Muito obrigada por sempre acreditarem em mim.

Mãe, essa conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser tão bondoso comigo.

À Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, pela competência, dedicação e paciência em me instruir desde a graduação. Tenho orgulho de ter sido orientada por você e me sinto privilegiada pela oportunidade de ter acompanhado de perto o seu trabalho. Aprendi muito com você nos últimos anos. Você se fez presente diariamente, mesmo com a agenda repleta de compromissos. Sempre atenciosa, me encorajando diante a tantas adversidades. Muito obrigada pela parceria!

À Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito, pelas valiosas contribuições desde a iniciação científica, pela confiança nesse projeto, pela aptidão em ajudar, pelos ensinamentos durante esse percurso, por sua disponibilidade e exemplo. A sua dedicação foi decisiva para conclusão deste estudo. Muito obrigada!

Às pessoas com câncer, especialmente aquelas que aceitaram participar dessa pesquisa e voluntariamente compartilharam a sua experiência, tornando o período de coleta de dados leve e gratificante.

Às profissionais de saúde, pela atenção, pelo apoio e pela disponibilidade em participar do estudo, compreendendo a importância da pesquisa para o aprimoramento do cuidado.

Aos funcionários do Centro de Oncologia da Santa Casa de Alfenas, pela acolhida, pela atenção, pela prontidão em ajudar e pela oportunidade de realização do estudo.

À banca examinadora, Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe, Profa. Dra. Namie Okino Sawada e Prof. Dr. Rogério Silva Lima, pelas contribuições, atenção, disponibilidade e empenho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em especial ao corpo docente pelos ensinamentos, ao corpo discente pela partilha e convivência, e a secretária Viviane Borges pelo incentivo diário e esclarecimento de dúvidas.

Às colegas de trabalho, Bianca Peloso-Carvalho e Munyra Rocha, pelas inúmeras parcerias, pela troca de conhecimentos, pela escuta e pelo incentivo. A Bianca, em particular, por contribuir significativamente na coleta de dados.

À Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio, pelo exemplo, pela parceria, pelo apoio e palavras que me motivaram a ingressar no mestrado.

Às amigas, Alicia Lodi, Carla Carolina, Kérima Procópio, Lourdes Helena e Mariana Antoniassi, por serem luz na minha vida e pelo suporte fundamental durante essa trajetória, vocês são incríveis.

Aos discentes de graduação em Enfermagem e Servidores TAEs, que se fizeram presentes e me incentivaram a realizar este trabalho.

À FAPEMIG, pelo apoio financeiro fornecido para o desenvolvimento do projeto. O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).

À CAPES, pelo apoio financeiro fornecido para o desenvolvimento do projeto. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Não te ordeneis que sejas forte e corajoso?

Não tenhas medo, não te acovardes, pois o Senhor teu Deus,

estará contigo por onde quer que vás”.

(JOSUÉ, 1:9)

RESUMO

NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER: ESTUDO DE MÉTODO MISTO. Camila Alessandra da Silva Marcelo.

Anualmente milhões de pessoas com câncer e seus familiares precisarão de cuidados e pouco se conhece sobre as reais necessidades dessa população frente a sua singularidade. Investigou-se as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia. Trata-se de um estudo de método misto sequencial explanatório, de caráter descritivo-analítico e corte transversal. Tem como referencial teórico a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A pesquisa articulou as abordagens quantitativa e qualitativa, sendo idealizada nas seguintes fases: Fase 1: estudo quantitativo; Fase 2: estudo qualitativo; Fase 3: análise integrada dos dois conjuntos de dados. Estudo quantitativo: concluído em dezembro de 2020; participaram 255 pessoas com 18 anos ou mais, de ambos os sexos, em acompanhamento ambulatorial no Centro de Alta Complexidade em Oncologia de um município do Sul de Minas Gerais, com diagnóstico de câncer; utilizou-se como instrumentos um questionário para Caracterização Sociodemográfica e Clínica e a Escala *Supportive Care Needs Survey – Short Form* 34; dados tabulados no programa *Excel* 2010 e analisados pelo *software* Stata versão 13.0, com nível de significância de 5%. Estudo qualitativo: participaram oito profissionais de saúde em atuação serviço de saúde supracitado e que atuavam no cuidado às pessoas com câncer; coleta de dados individual, utilizado um formulário semiestruturado referente a caracterização dos participantes e três perguntas abertas referentes a entrevista qualitativa; os dados foram organizados no programa *Microsoft Office Word* (2010) e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. Posteriormente foi realizado um grupo focal, referente à Fase3, para análise integrada dos conjuntos de dados, segundo o referencial metodológico. Participaram três representantes das pessoas com câncer e dois representantes dos profissionais de saúde que identificaram, classificaram e votaram para a definição das necessidades prioritárias de suporte para o cuidado de pessoas com câncer. As necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer evidenciadas são respectivamente: 1) Físico e Vida Diária; 2) Psicológico; 3) Cuidado e Suporte; 4) Sistema de Saúde e Informação; e 5) Sexualidade. Neste contexto, o domínio Físico e Vida Diária deve ser tratado com prioridade. Recomenda-se aos serviços de oncologia um olhar crítico para o atendimento às necessidades dessas pessoas em vistas da qualidade do atendimento prestado. Aconselha-se que avaliação dos sintomas físicos

e dos níveis de sofrimento psíquico da pessoa com câncer sejam consolidados no processo assistencial, de modo a contribuir para o desenvolvimento de um ambiente de cuidado mais sensível no atendimento às necessidades de suporte para o cuidado. Para tanto, faz-se necessário a uma abordagem interdisciplinar e integrada da equipe de saúde.

Palavras-chave: neoplasias; determinação de necessidades de cuidados de saúde; assistência integral à saúde; enfermagem oncológica.

ABSTRACT

SUPPORT NEEDS FOR THE CARE OF PEOPLE WITH CANCER: A MIXED METHOD STUDY. Camila Alessandra da Silva Marcelo.

Annually, millions of people with cancer and their families will need care and little is known about the needs of this population in view of its uniqueness. The main support needs for the care of people with cancer were investigated from the perspective of these people and health professionals from an Oncology Center. This is an explanatory sequential mixed method study, with a descriptive-analytical and cross-sectional nature. Its theoretical reference is the Nursing Theory of Basic Human Needs by Wanda Horta. The research articulated the quantitative and qualitative approaches, being idealized in the following phases: Phase 1: quantitative research; Phase 2: qualitative research; Phase 3: contraposition of the two sets of data. Quantitative study: completed in December 2020; 255 people aged 18 or over, of both sexes, participated in outpatient follow-up at the High Complexity Center in Oncology in a municipality in the south of Minas Gerais, diagnosed with cancer; a questionnaire for Sociodemographic and Clinical Characterization and the Supportive Care Needs Survey – Short Form 34 were used as instruments; data tabulated in Excel 2010 program and analyzed by Stata software version 13.0, with a significance level of 5%. Qualitative research: eight health professionals working in the aforementioned health service participated in the study and who work in the care of people with cancer; individual data collection, using a semi-structured form referring to the characterization of the participants and three open questions referring to the qualitative interview; the data were organized in the Microsoft Office Word program (2010) and analyzed using Bardin's content analysis. Subsequently, a focus group was held, referring to Phase 3, to contrast the data sets, according to the methodological framework. Three representatives of people with cancer participated and two representatives of health professionals who identified, classified and voted for the definition of the main support needs for the care of people with cancer. The main support needs for the care of people with cancer highlighted are: 1) Physical and Daily Life; 2) Psychological; 3) Care and Support; 4) Health and Information System; and 5) Sexuality, respectively. In this context, the Physical and Daily Life domain must be treated with priority. Oncology services are recommended to take a critical look at meeting the needs of these people in view of the quality of care provided. It is recommended that the assessment of physical symptoms and levels of psychological distress of the person with cancer be consolidated in the

care process, in order to contribute to the development of a more sensitive care environment in meeting the support needs for care. Therefore, it is necessary to have an interdisciplinary and articulated approach of the health team.

Keywords: neoplasms; needs assessments, healthcare; oncology nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama representativo do desenho do estudo 32

Gráfico 1 - Distribuição das pessoas com câncer segundo a necessidade de suporte para o cuidado 50

Figura 2 - Convite entregue aos participantes do Grupo Focal 42

Figura 3 - Apresentação dos temas – Fase 2 ....., ... 54

Figura 4 - Distribuição das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas em tratamento no Centro de Oncologia – Fase 1 55

Figura 5 - Distribuição das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia – Fase 2 58

Figura 6 - Acolhimento aos participantes do grupo focal 58

Figura 7 - Resultado das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer estabelecido em grupo focal 59

Figura 8 - Apresentação da análise integrada dos dois conjuntos de dados obtidos nas fases anteriores e do consenso sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer estabelecido em grupo focal 60

Figura 9 - Apresentação dos temas – Fase 3 64

Figura 10 - Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sistema de Saúde e Informação 51

Quadro 2 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Psicológico 52

Quadro 3 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Cuidado e Suporte 53

Quadro 4 - Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Físico e Vida Diária 54

Quadro 5 - Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Físico e Vida Diária 61

Quadro 6 - Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Psicológico 61

Quadro 7 - Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Cuidado e Suporte 61

Quadro 8 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sistema de Saúde Informação 64

Quadro 9 - Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sexualidade 64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das pessoas com câncer segundo características sociodemográficas, de saúde e a necessidade de suporte para o cuidado 46

Tabela 2 - Escores médios e desvio-padrão das necessidades de suporte para o cuidado de acordo com o domínio 50

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEAF	Componente Especializado de Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	*Coronavirus Disease 2019*
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DP	Desvio Padrão
GF	Grupo Focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SCNS-SF34	*Supportive Care Needs Survey ® – Short Form*
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23

2 REVISÃO DA LITERATURA 25

2.1 CÂNCER 25

2.2 SITUAÇÃO DO CÂNCER NA REGIÃO 25

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS 26

2.4 NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO 27

3 JUSTIFICATIVA 29

4 OBJETIVOS 30

4.1 OBJETIVO GERAL 30

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 30

5 MÉTODO 31

5.1 TIPO DE ESTUDO 31

5.2 REFERENCIAL TEÓRICO 32

5.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO 33

5.4 FASE 1 – ESTUDO QUANTITATIVO 33

5.4.1 Delineamento do Estudo 33

5.4.2 Local do Estudo 33

5.4.3 Participantes do Estudo 34

5.4.4 Critérios de Elegibilidade 34

5.4.5 Procedimentos para Coleta de Dados 34

5.4.6 Instrumentos para Coleta de Dados 35

5.4.7 Análise dos Dados 36

5.5 FASE 2 – ESTUDO QUALITATIVO 36

5.5.1 Delineamento do Estudo 36

5.5.2 Participantes do Estudo 37

5.5.3 Critérios de Elegibilidade 37

5.5.4 Procedimentos para Coleta de Dados 37

5.5.5 Instrumentos para Coleta de Dados 38

5.5.6 Análise dos Dados 38

5.6 FASE 3 – ANÁLISE INTEGRADA 40

5.6.1 Análise Integrada de Consenso 40

5.6.2 Participantes do Estudo 40

5.6.3 Critérios de Elegibilidade 41

5.6.4 Procedimentos para Coleta de Dados 41

5.6.5 Instrumentos para Coleta de Dados 42

5.6.6 Análise dos Dados 43

5.6.7 Aspectos Éticos 43

6 RESULTADOS 44

6.1 FASE 1 – ESTUDO QUANTITATIVO 44

6.1.1 Caracterização Sociodemográfica e de Saúde das Pessoas Entrevistadas 44

6.1.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer 49

6.2 FASE 2 – ESTUDO QUALITATIVO 50

6.2.1 Caracterização Sociodemográfica e de Saúde das Pessoas Entrevistadas 50

6.2.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer 51

6.3 FASE 3 – ANÁLISE INTEGRADA 56

6.3.1 Síntese do Grupo Focal 56

6.3.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer 61

7 DISCUSSÃO 66

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS COM CÂNCER 66

7.2 NECESSIDADE DE SUPORTE PARA O CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER 69

7.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS 72

7.4 NECESSIDADE DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE 74

7.4.1 Sistema de Saúde e Informação 74

7.4.2 Psicológico 76

7.4.3 Cuidado e Suporte 77

7.4.4 Físico e Vida Diária 78

7.5 INTEGRAÇÃO DOS DADOS 78

7.5.1 Físico e Vida Diária 78

7.5.2 Psicológico 79

7.5.3 Cuidado e Suporte 84

7.5.4 Sistema de Saúde e Informação 86

7.5.5 Sexualidade 89

7.6 NECESSIDADE HUMANAS BÁSICAS 93

8 CONCLUSÃO 94

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA 95

REFERÊNCIAS 96

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARCICIPANTES DA FASE 2 114

APÊNDICE B – CODIFICAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS – FASE 2 .. 118

APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS – FASE 3 .. 120

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES PESSOAS COM CÂNCER DA FASE 3 123

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FASE 3 127

APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO 131

APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS 132

ANEXO A - INSTRUMENTO SNCS-SF-34 134

ANEXO B - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 135

ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL 136

1 INTRODUÇÃO

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), houve um aumento da expectativa de vida para o Brasil, o que corrobora para o aumento da incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BARRETO, 2015; BRASIL, 2019a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que ocorrem anualmente 38 milhões de mortes globais por DCNT, com destaque para quatro grupos: doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e câncer (WHO, 2014).

Tendo em vista que as estatísticas para o ano de 2030 apontam para 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes pela doença e 75 milhões de pessoas vivendo com essa enfermidade, o câncer é o objeto do presente estudo (BRASIL, 2019a; VICTOR; 2016). Sem dúvidas as neoplasias malignas constituem um problema de saúde pública, em virtude de sua amplitude epidemiológica, cujo controle e prevenção devem ser priorizados (INCA, 2014; WHO, 2017).

É oportuno dizer que o câncer é um conjunto de alterações desordenadas de células que invadem agressivamente um grupo de células e órgãos, chamados tumores malignos e benignos, no qual atingem tecidos epiteliais (carcinomas) e conjuntivos (sarcomas), ocorrendo uma modificação genética no DNA da célula, causando assim o surgimento dessa patologia (INCA, 2020a; INCA, 2020b).

Embora a terapêutica demonstre ser um procedimento capaz de diminuir a morbidade e mortalidade pela doença, também pode impactar negativamente na qualidade de vida e na funcionalidade da pessoa com câncer (SAWADA *et al*., 2016). Entre os principais tratamentos para o câncer, destaca-se a quimioterapia, conhecida pelos seguintes efeitos adversos: fadiga, sintomas gastrointestinais, perda ou aumento de peso, feridas bucais, alopecia e vertigens (BRASIL, 2019b). Assim, a terapia antineoplásica afeta demasiadamente o bem-estar físico e psicossocial da pessoa com câncer e seus familiares, causando grandes modificações em suas rotinas e emergindo questionamentos direcionados à vida, à doença e à morte (HAUN *et al.*, 2017).

Nesse contexto, ressalta-se que o diagnóstico de câncer tem usualmente um efeito devastador, com o domínio de sentimentos negativos, os quais provêm, sobretudo, do desafio que essa doença representa para as pessoas com câncer, suas famílias e profissionais de saúde, mesmo após a conclusão do tratamento (HAUN *et al.*, 2017).

A complexidade da assistência oncológica exige que o cuidado seja centrado na pessoa, com boa comunicação, que inclua a família e cuidadores e se aplique à experiência do câncer, desde o diagnóstico, o tratamento, a sobrevivência e até o fim da vida (OLVER *et al*., 2020). Todavia, melhorar os cuidados às pessoas com condições crônicas, em especial o câncer, constitui um grande desafio, pois implica em mudanças no processo de trabalho, nas políticas públicas e na formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

A avaliação das necessidades de suporte, incluindo aspectos físicos e psicológicos de pessoas com câncer, representa o primeiro passo para uma intervenção adequada (NAKAGUCHI *et al.* 2013). O constructo Necessidade de Suporte para Cuidado avalia as necessidades das pessoas com câncer em cinco domínios: Psicológico, Sistema de Saúde e Informação, Físico e Vida Diária, Cuidado e Suporte e Sexualidade (VIEIRA, 2017).

Pesquisa anterior descreveu a prevalência de diferentes necessidades de cuidados de suporte no câncer, tais quais: problemas emocionais e a necessidade de informações médicas adicionais sobre a doença (VIEIRA, 2017). Dessa maneira, os serviços e profissionais de saúde devem estar aptos para ofertar suporte através da prevenção e a gestão dos efeitos do tratamento, buscando minimizar os problemas vivenciados por estas pessoas (LEITE, 2014).

Evidenciou-se na literatura a incipiência de estudos nacionais que abordem as necessidades de pessoas com câncer considerando os diferentes domínios de vida que podem ser afetados (LEITE, 2014); e a carência de trabalhos internacionais que investiguem essas necessidades na perspectiva de pessoas com câncer e profissionais de saúde de forma integrada, visto que outros estudos não ampliaram as discussões nesse sentido.

Portanto, observou-se a importância de um método de identificação e análise das necessidades das pessoas com câncer que possibilite o acesso a essas informações e possa contribuir para uma assistência em saúde qualificada, individualizada e com repercussões positivas na qualidade de vida dessas pessoas. Frente a isso, surgiu o questionamento: quais as necessidades da pessoa com câncer?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2. 1 CÂNCER

Câncer é um termo que se refere a um conjunto de doenças malignas caracterizadas pelo crescimento celular anormal e desordenado, estas células podem atingir tecidos próximos e órgãos distantes (BRASIL, 2020).

O tecido de origem, a velocidade de multiplicação e a capacidade de disseminação para outros locais são características que determinam os variados tipos de câncer. É denominado sarcoma quando a doença tem início em tecidos conjuntivos, tais como osso, músculo ou cartilagem. É nomeado carcinoma se originado em tecido epitelial, como pele ou mucosa. E aqueles com maior velocidade de multiplicação celular e maior capacidade de propagação para tecidos e órgãos próximos são conhecidos como metástases (BRASIL, 2020).

A doença se destaca por estar entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países, sua incidência e a mortalidade aumentaram nos últimos anos, o que é relacionado ao crescimento populacional, ao envelhecimento e à mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco para o câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2019a). Constatou-se uma transição dos principais tipos de câncer, com um aumento dos tipos de câncer associados à melhoria das condições socioeconômicas por meio da incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (como o sedentarismo e a alimentação inadequada) em detrimento de outros dos tipos associados a infecções (BRAY *et al*., 2018).

2.2 A SITUAÇÃO DO CÂNCER NA REGIÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo. Estima-se que o Brasil terá 625 mil casos novos da doença a cada ano do triênio 2020-2022, representando a segunda maior causa de morte natural no país, atrás apenas das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2018; INCA, 2019a).

De acordo com as informações divulgadas para o mesmo triênio, o câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada) e cólon e reto (41 mil). O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres (BRASIL, 2019a). Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%),

cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) estarão entre os principais (BRASIL, 2019a).

A distribuição da incidência por região geográfica revela que, no Brasil, a Região Sudeste concentra mais de 60% dos casos da doença, seguida pelas Regiões Nordeste (27,8%) e Sul (23,4%). Pode-se afirmar que há grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes regiões do país. Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e mama feminina, bem como, o de pulmão e de intestino (BRASIL, 2019a).

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS

Para além dos números de incidência e prevalência, quando se discute as repercussões do câncer na vida da pessoa adoecida, percebe-se a doença como uma das mais temidas por estar relacionada a um conjunto de sentimentos associados a dor, medo e reação traumática, desordem, castigo e fatalidade, seja pela perda funcional da autonomia ou mesmo a morte (NAKAGUCHI, 2013).

Por consequência, o diagnóstico de câncer tem usualmente um efeito devastador, com o domínio de sentimentos negativos referentes ao enorme desafio que essa doença representa para as pessoas com câncer, suas famílias e profissionais (HAUN *et al.*, 2017).

Os tratamentos mais comuns para o câncer são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A cirurgia é considerada curativa quando indicada nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos. A radioterapia utiliza radiações para eliminar o tumor ou impedir que suas células se multipliquem. E a quimioterapia utiliza medicamentos para destruir as células neoplásicas, constituindo-se na principal escolha para obter cura, controle ou paliação. Os efeitos adversos do tratamento interferem significativamente na qualidade de vida da pessoa com câncer, os quais destacam-se: fraqueza, náusea, vômito, diarreia, alopecia, perda/aumento de peso, lesões na boca e vertigem (BRASIL, 2019b).

Pesquisas internacionais evidenciaram a importância de avaliar as necessidades de cuidados de suporte de pessoas com câncer, que podem ser definidos como requisitos de cuidados que surgem durante a doença e tratamento para controlar os sintomas e efeitos adversos, para permitir a adaptação e enfrentamento e para minimizar as manifestações da doença (NAKAGUSHI, 2013).

Por essas razões, a identificação e o tratamento precisos dos sintomas físicos e psicológicos experimentados pelas pessoas que recebem quimioterapia são cruciais para a obtenção do tratamento antineoplástico apropriado (SOARES, 2009). Desse modo, refletir sobre a necessidade de suporte da pessoa com câncer é imprescindível para a qualificação dos tratamentos e consequente melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

2.4 NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO

O constructo Necessidade de Suporte para Cuidado envolve cinco domínios: Psicológico, Sistema de Saúde e Informação, Físico e Vida Diária, Cuidado e Suporte e Sexualidade. Estes domínios correspondem as seguintes questões: 1) Físico e Vida Diária: inclui o enfrentamento de sintomas e efeitos colaterais do tratamento; 2) Psicológico: auxílio nas necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte; 3) Sexualidade: necessidade de ajuda quanto às questões ligadas a sexualidade vivida e a necessidade de receber informações sobre as relações sexuais; 4) Cuidado e Suporte: necessidade de suporte em relação à família, aos amigos e a profissionais; 5) Sistema de Saúde e Informação: informação sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares, questões financeiras (VIEIRA, 2017).

A complexidade do tratamento oncológico exige conhecimentos, habilidades e atitudes que influenciam o desenvolvimento da assistência prestada à pessoa com câncer (SMITH *et al*., 2008). Embora o tratamento do câncer esteja progredindo com resultados satisfatórios, o estigma relacionado a doença e suas manifestações clínicas comprometem as dimensões físicas, mentais, sociais e espirituais com grandes impactos na vida dessas pessoas (TENG; HUMES; NAVAS, 2005).

À vista disso, a necessidade de suporte de cuidado faz-se fundamental para um bom diagnóstico e tratamento do câncer (HAUN *et al.*, 2017). Para implementar suporte de cuidados é preciso identificar as necessidades da pessoa com câncer para oferecer cuidados de qualidade e que atendam às demandas dessas pessoas. Nota-se estudos dessa natureza sendo desenvolvidos em âmbito internacional (OLIVEIRA *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2016) e os resultados revelam que pessoas com câncer têm muitas necessidades de suporte de cuidado não atendidas em diferentes domínios, contudo, estas necessidades são relatadas com diferentes enfoques, o que pode ser justificado pela influência cultural.

Essas necessidades podem ser atendidas pela própria pessoa com câncer, e ações para promoção do autocuidado devem ser desenvolvidas nessa perspectiva, mas há casos em que a

demanda por cuidados é maior que a capacidade que a pessoa tem de realizar o autocuidado, sendo necessária a atuação dos serviços de saúde (RAINBIRD *et al.*, 2009).

3 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que anualmente mais de 100 milhões de pessoas, entre familiares e pacientes oncológicos, necessitarão de cuidados e menos de 8% terão acesso a esses serviços (INCA, 2014). Contudo, mesmo quando as pessoas com câncer têm acesso e são atendidos pelo sistema de saúde, pouco se conhece sobre as reais necessidades dessa população frente as suas particularidades (ANNUNZIATA *et al*., 2015). Um pré-requisito para uma assistência de qualidade é a identificação das necessidades de cuidados que essas pessoas apresentam, tanto nas dimensões físicas, como emocional e social (WATSON, 2012; NAKAGUCHI, 2013).

Esta pesquisa investigou as necessidades de suporte para o cuidado na perspectiva das pessoas com câncer e dos profissionais de saúde que atuam na assistência à essas pessoas.

É importante ressaltar o vínculo pessoal que a pesquisadora possui com o tema. Através de sua vivência, a partir da Iniciação Científica e do Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvidos em um Centro de Oncologia durante o período de graduação, a autora identificou necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer não atendidas. Ainda, a participação em projetos e programa de extensão universitária que tem com eixo temático a cronicidade, e do grupo de pesquisa “Processo Saúde-Doença na Perspectiva Sociocultural”, permitiu atentar-se para a pluridimensionalidade dessa condição crônica. Isto posto, a magnitude da doença e a complexidade da assistência à pessoa com câncer motivaram este projeto.

Diante da incipiência de estudos acerca das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer e a carência por trabalhos, nacionais e internacionais, que investiguem essas necessidades na perspectiva de pessoas com câncer e profissionais de saúde de forma integrada (LEITE, 2014), espera-se que este trabalho contribua para o fortalecimento do domínio do tema proposto, assim como a formação de profissionais da saúde e a educação permanente.

Considerando que outras pesquisas abordaram essas necessidades apenas na perspectiva das pessoas com câncer em tratamento antineoplásico, este estudo demonstra o seu potencial para identificar as mudanças necessárias para um sistema que contemple as necessidades percebidas por essas pessoas e profissionais de saúde que atuam na assistência oncológica.

Nesse sentido, este estudo torna-se relevante aprofundamento sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer, contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de assistência à saúde e favorecer a atenção integral à essa população.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Caracterizar o perfil de pessoas com câncer e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia;
b) Analisar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer atendidas em um Centro de Oncologia na perspectiva dessas pessoas;
c) Apreender as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia;
d) Analisar as prioridades das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia;
e) Comparar as percepções de pessoas com câncer e profissionais de saúde de um Centro de Oncologia acerca das prioridades das necessidades de suporte para o cuidado do paciente oncológico.

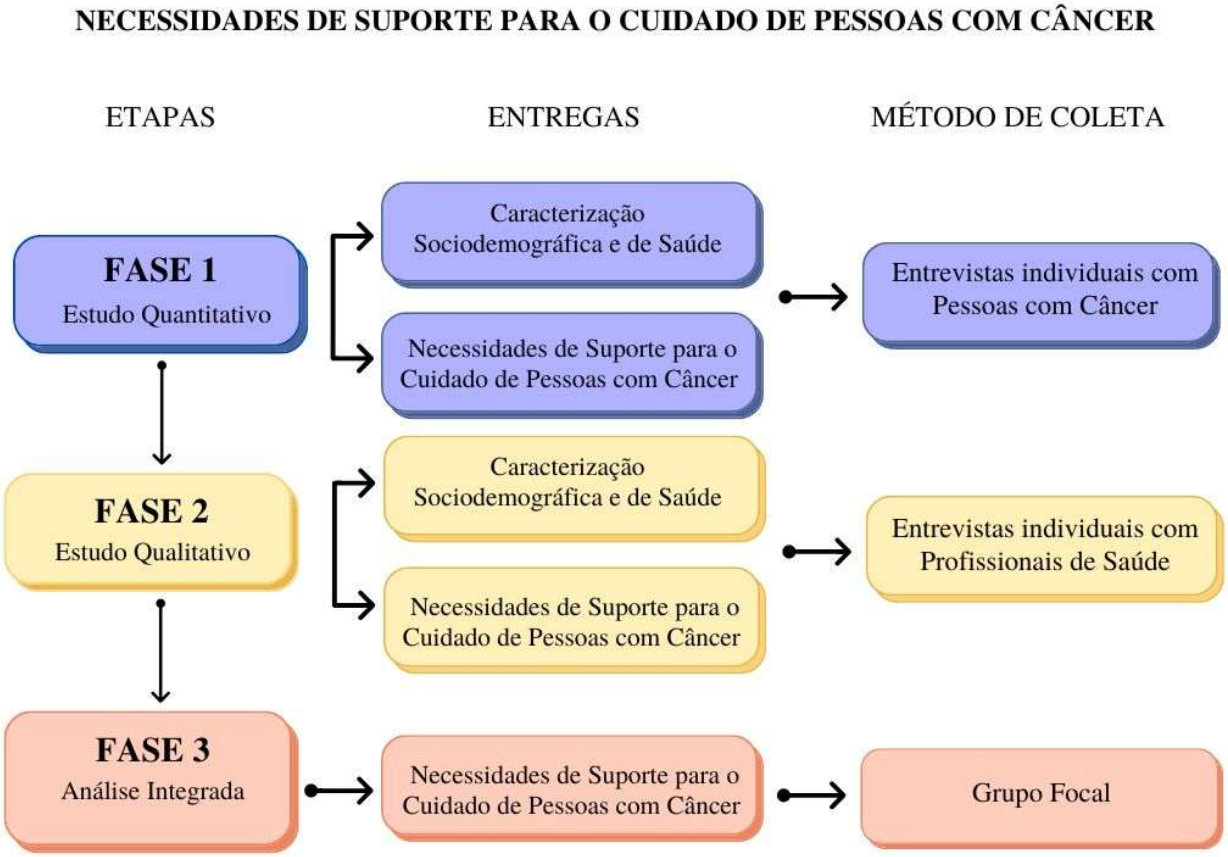
5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de método misto sequencial explanatório, de caráter descritivo-analítico e corte transversal. A pesquisa visa articular as abordagens quantitativa e qualitativa, QUAN (qual), para identificar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer a partir da perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia, sendo idealizada nas seguintes fases:

a) Fase 1: estudo quantitativo de corte transversal;
b) Fase 2: estudo qualitativo;
c) Fase 3: análise integrada.

Figura 1 - Diagrama representativo do desenho do estudo.



Fonte: Da autora (2022).

A articulação destas abordagens com ênfase para a parte quantitativa, é entendida por Rosa (2015, p. 766-767) como:

> Nesse método, a abordagem metodológica que possui uma ênfase maior no estudo é primária, sendo escrita com letras maiúsculas (QUAN) enquanto a abordagem que possuí uma ênfase menor é secundária, sendo escrita com letras minúsculas (qual). Assim, as informações geradas pelos dados primários e vice-versa. Então, os pesquisadores e investigadores podem determinar o mesmo peso ou *status* para as abordagens quantitativa e qualitativa (*desing* com ênfase iguais) ou podem determinar um peso maior para cada uma dessas abordagens (*desing* com ênfase diferentes).

5.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referencial teórico a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (1979), advinda das concepções teóricas de Abraham Maslow e de João Mohana, estudiosos da classificação e hierarquização das necessidades humanas no século XX, abrangendo leis gerais como a do equilíbrio, da adaptação e do holismo (HORTA, 1979).

Os conceitos centrais desta teoria são: Enfermagem, Ser humano, Ambiente, Saúde/Doença, Necessidades Humanas Básicas, Assistir e Cuidar em Enfermagem (RODRIGUES, 2009).

A autora estabelece uma relação direta e atuante da enfermagem diante dos problemas apresentados pelos pacientes. Nessa abordagem, a observação, a interação e a intervenção são atributos do enfermeiro, deste modo, este é responsável por cuidar das necessidades básicas levantadas e buscar satisfazê-las (HORTA, 1979).

A classificação das necessidades básicas, na enfermagem, considera: necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, sendo os dois primeiros níveis comuns à todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica e o terceiro nível, dentro dos conhecimentos atuais, característica única do homem (HORTA, 1979).

De acordo com Horta (1979), estar com saúde é estar com as necessidades em equilíbrio, de forma dinâmica, no tempo e no espaço. Logo, a doença seria um estado de desequilíbrio dessas necessidades do ser humano e deste com o mundo à sua volta, o que resultaria em problemas de enfermagem como o estado de desconforto, a insatisfação e a necessidade da assistência de enfermagem.

Diversos estudos concluem que mesmo diante de tantos avanços tecnológicos na área da saúde, de modo especial no tratamento do câncer, tal doença continua representando um desafio que requer medidas de enfrentamento e formas que suavizem os efeitos adversos

provocados pela terapêutica (SOARES *et al.,* 2009). No entanto, existem poucos trabalhos sobre a capacidade dos enfermeiros de avaliar as necessidades de cuidados de suporte dos pacientes e os sintomas físicos e psicológicos de forma abrangente, corroborando para opção desta teoria (NAKAGUSHI, 2013).

Adotou-se o instrumento *Supportive Care Needs Survey* ® - *Short Form* 34 (SCNS-SF34), validado para o português brasileiro, por este apresentar a perspectiva coerente com a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta (1979).

5.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Ao que diz respeito ao referencial metodológico, a utilização de *designs* mistos de pesquisa é uma tendência metodológica crescente em pesquisas e investigações que permite aos pesquisadores e investigadores entenderem e compreenderem de maneira holística os problemas complexos enfrentados pela sociedade, pois a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa contribui para uma compreensão abrangente da problemática investigada (CRESWELL; CLARK, 2007).

Os estudos mistos são classificados de acordo com a sequência em que os diferentes tipos de dados são coletados. Na perspectiva sequencial explanatória, existe uma assimetria temporal entre a coleta de dados quantitativos e qualitativos. O estudo quantitativo precede o qualitativo, e a análise qualitativa deve ser realizada a partir dos resultados preliminares produzidos via análise quantitativa (CRESWELL; CLARK, 2007).

5.4 FASE 1 – ESTUDO QUANTITATIVO

5.4.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo quantitativo com delineamento transversal do tipo analítico com pessoas, de ambos os sexos, em acompanhamento ambulatorial no Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de um município do Sul de Minas Gerais, com diagnóstico de câncer.

5.4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Oncologia no Sul de Minas Gerais em dezembro de 2020, local de atuação da pesquisadora durante o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso e Iniciação Científica enquanto discente da graduação. A instituição é referência para o atendimento de pessoas com diagnóstico de câncer de 24 municípios da macrorregião de saúde, com média anual de 742 atendimentos. É composta por seis andares, sendo o primeiro andar destinado à radioterapia, o segundo andar para quimioterapia e hormonioterapia e os demais andares destinados para internação com 84 leitos equipados. Dispõe de equipe composta por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas que atuam de forma integrada.

5.4.3 Participantes do Estudo

Os participantes foram selecionados por razões inerentes ao fluxo das pessoas ao ambulatório, à demanda dos atendimentos, bem como a diversidade clínica/emocional configurada no perfil das pessoas assistidas. A abordagem aos potenciais participantes foi por amostragem não probabilística, do tipo por conveniência.

5.4.4 Critérios de Elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; com diagnóstico confirmado de câncer, em tratamento ou acompanhamento no Centro de Referência de Oncologia no Sul de Minas Gerais. O critério de exclusão foi apresentar condições cognitivas que impossibilitem responder aos questionários. De acordo com o cálculo amostral, a amostra deveria ser composta por 254 pessoas com câncer (nível de confiança de 95%), sendo ultrapassada em um participante (n=255).

5.4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi concretizada por meio de entrevista pessoal, realizada por alunos da graduação e de pós-graduação treinados pelos pesquisadores do projeto. Para a realização da entrevista, os entrevistadores convidaram as pessoas que aguardavam pelo atendimento ambulatorial no Centro de Oncologia para participarem como voluntários na pesquisa. Aqueles

que aceitaram o convite, foram encaminhados a uma sala reservada/consultório indiferenciado para a realização da entrevista.

Os entrevistadores avaliaram as condições cognitivas dos participantes por meio de um questionário simples composto por quatro perguntas abertas sobre o dia da semana, o mês, a data de nascimento e endereço do participante, sendo aplicado os questionários na integra aos que responderam adequadamente. Identificou-se oito perdas devido a esse critério, e estas pessoas tiveram sua participação encerrada após responderem as perguntas do questionário de caracterização sociodemográfica.

A coleta e o registro dos dados foram realizados por meio da plataforma eletrônica Google Forms (serviço de domínio público para a criação de formulários online), uma vez que os instrumentos utilizados neste estudo foram digitalizados por meio desta ferramenta.

5.4.6 Instrumentos para Coleta de Dados

Adotou-se um questionário abrangente, separado em blocos por questão organizacional, sem alteração do instrumento, contendo questões referentes às seguintes categorias:

a) Identificação e características sociodemográficas: nome, endereço, tipo de domicílio, idade/data de nascimento, gênero, estado civil, raça, religião, renda mensal, ocupação anterior e atual, trabalho, alfabetização, escolaridade, número de filhos e arranjo domiciliar.
b) Estado geral de saúde: Autorrelato de doenças crônicas diagnosticadas por médico; uso de medicamentos; hábitos de vida (tabagismo e alcoolismo); avaliação subjetiva de saúde global.
c) Necessidades de Cuidados: foi utilizado o *Supportive Care Needs Survey* ® – *Short Form* 34 (SCNS-SF 34). O instrumento foi desenvolvido na Austrália por Bonevski *et al*. (2000) em 2000 e validado no Brasil por Leite (2014) em 2014. Trata-se de uma escala composta por 34 itens e estruturada em cinco domínios: Físico e Vida Diária; Psicológico; Sexualidade; Cuidado e Suporte e Sistema de Saúde e Informação.

Evidências que avaliaram a estrutura interna do instrumento indica que as necessidades são avaliadas da seguinte forma: Necessidades Físicas e da Vida Diária – incluem o enfrentamento dos sintomas e efeitos adversos do tratamento; Necessidades Psicológicas – necessidades percebidas pela pessoa com câncer quanto aos problemas psicológicos e emocionais; Necessidades sexuais – necessidade de ajuda quanto às questões ligadas a

sexualidade vivida e a necessidade de receber informações sobre as relações sexuais; Necessidades de cuidado e suporte – representam a percepção da necessidade do suporte familiar, amigos e serviços profissionais; Necessidades de informação sobre a saúde – necessidades de informações referentes ao diagnóstico, exames, problemas físicos, familiares e financeiros (VIEIRA, 2017).

O domínio Físico e Vida Diária corresponde as cinco primeiras questões (1, 2, 3, 4 e 5); o domínio Psicológico é composto por dez questões (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 17); o domínio Sexualidade possui três questões (15, 16 e 31); o domínio Cuidado e Suporte por cinco questões (18, 19, 20, 21 e 22); e o domínio Sistema de Saúde e Informação por onze questões (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33 e 34).

Cada item é precedido de uma questão, com as seguintes opções de resposta: “Não preciso, não aplicável” (1); “Não preciso, satisfeito” (2); “Baixa necessidade (3); “Moderada necessidade” (4) e “Alta necessidade.

O escore da escala é obtido por meio da soma da pontuação dos itens segundo resposta dos particpantes. Quanto maior a pontuação maior a necessidade de cuidados de suporte. Para a classificação consideram-se os seguintes escores: Satisfeito > 34 ≤ 68 pontos; Necessidade baixa ≥ 69 ≤ 127 pontos; Necessidade moderada ≥ 128 ≤ 169 pontos e Necessidade elevada = 170 pontos (BOYES, 2009).

5.4.7 Análise dos Dados

Os dados foram digitados no programa *Excel* e analisados no software Stata versão 13.0. Na análise descritiva dos dados foram estimadas as proporções e as diferenças entre os grupos foi testada por meio dos testes Exato de Fisher e $\chi 2$ de Pearson, com nível de significância de 5%.

5.5 FASE 2 – ESTUDO QUALITATIVO

5.5.1 Delineamento do Estudo

Nesta fase foi realizada um estudo qualitativo por meio de entrevistas individuais com profissionais de saúde do serviço de saúde supracitado que atuavam no cuidado às pessoas com câncer com o objetivo de completar o entendimento dos dados coletados no estudo quantitativo

na Fase 1. Está fase cumpriu os critérios estabelecidos pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

5.5.2 Participantes da Pesquisa

A população foi composta por oito profissionais de saúde de nível superior do serviço de saúde supracitado e que atuavam no cuidado às pessoas com câncer, a fim de apreender as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer, sob a perspectiva desses profissionais, no sentido de subsidiar a construção de uma visão mais holística dos desafios enfrentados pelas pessoas com câncer.

A abordagem aos potenciais participantes foi realizada mediante a autorização prévia à administração da Instituição, em que todos os profissionais de saúde de nível superior membros efetivos do quadro de funcionários do Centro de Oncologia foram abordados, de acordo com à demanda dos atendimentos e a rotina do serviço, sendo informados verbalmente sobre os objetivos da pesquisa e convidados a colaborar com o estudo.

5.5.3 Critérios de Elegibilidade

Atualmente o serviço conta com dez profissionais de saúde de nível superior e oito destes aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser profissional da saúde de nível superior do quadro efetivo do Centro de Oncologia na instituição. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos do estudo dois participantes devido ao período de férias e a incompatibilidade de agenda.

5.5.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Foi realizada uma visita prévia no Centro de Oncologia, para encontro com a gestão da equipe de saúde, com vistas a liberação dos profissionais para participação das entrevistas, bem como, para a definição do período de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu durante o primeiro trimestre de 2022. Os profissionais de saúde foram abordados durante o expediente de trabalho, em conformidade com as recomendações da gestão do serviço. As entrevistas ocorreram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e tiveram a duração média de sete

minutos e máxima de 20 minutos, sendo conduzidas pela pesquisadora principal em uma sala reservada com a presença somente da pesquisadora e da participante. A pesquisadora conhecia duas profissionais da equipe.

Para a documentação e registro de cada entrevista, foi utilizado um gravador de voz e um aparelho celular, de propriedade da pesquisadora, de forma simultânea. Os relatos foram transcritos na íntegra, obedecendo a oralidade e expressões utilizadas pelos participantes, gerando 11 páginas digitadas, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples.

5.5.5 Instrumentos para Coleta de Dados

Para coleta de dados utilizou-se um formulário semiestruturado referente a caracterização dos participantes e três perguntas abertas referentes a entrevista qualitativa. O instrumento utilizado para caracterização dos profissionais de saúde trata-se de um questionário adaptado desenvolvido e validado por Bertini (2016) e (ANEXO B). No que se refere a entrevista qualitativa, utilizou-se das seguintes questões norteadoras:

a) Na sua perspectiva, quais as necessidades de cuidado da pessoa com câncer atendida nesta instituição?

b) Me conte uma situação em que uma pessoa em tratamento oncológico neste serviço não teve a sua necessidade atendida.

c) Como você vê o suporte de cuidado oferecido por esse serviço para atender às necessidades da pessoa com câncer?

5.5.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados por meio dos programas *Microsoft Office Word* (2010) e *Microsoft Excel* (2010).

Os depoimentos foram analisados pelo referencial de Bardin, o qual consiste em uma técnica de análise de conteúdo frequencial que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

A análise de conteúdo é distribuída em três fases fundamentais, sendo elas*:* pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

a) *Pré-análise*: a primeira fase pode ser identificada como uma fase de organização. Nesta etapa é estabelecido um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos. Segundo a autora, faz-se necessário realizar uma leitura prévia do material, a fim de conhecê-lo; escolher os documentos que serão analisados; constituir a coletânea com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formular hipóteses e objetivos e preparar o material.

Os dados foram explorados por meio de uma rigorosa leitura dos depoimentos das entrevistas com auxílio do *Microsoft Office Word*.

b) *Exploração do material e tratamento dos resultados*: nesta etapa é realizada a codificação e a categorização do conteúdo, o que inclui o desenho das unidades de registro e de contexto. As unidades de registros podem ser a palavra, o tema ou objeto relacionado ao documento. Para seleção das unidades de contexto, devem ser considerados a pertinência e o custo. Ainda nessa fase, deve ser realizada a enumeração através da frequência. Após a codificação, deve ser feita a categorização de acordo com o critério léxico.

Adotou-se como ferramentas de apoio à análise textual a construção de tabelas no Programa *Microsoft Excel* para organização das unidades de registro e criação dos eixos temáticos.

Utilizou-se como regra de enumeração a análise frequencial simples, que parte do pressuposto de que a importância de determinada unidade de registro aumenta com a frequência de sua aparição.

c) *Inferência e interpretação:* a interpretação dos resultados obtidos pode ser feita por meio da inferência. De acordo com o referencial, a inferência poderá "apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor". Desta forma, é preciso atentar-se para o emissor, o indivíduo receptor da mensagem, a mensagem propriamente dita e o canal por onde a mensagem foi enviada.

A interpretação dos resultados foi realizada de maneira dedutiva, para favorecer a comparação dos resultados das fases quantitativa e qualitativa, fundamentada no constructo das Necessidades de Suporte para o Cuidados, considerando os domínios: Psicológico, Sistema de Saúde e Informação, Físico e Vida Diária, Cuidado e Suporte e Sexualidade. Após o tratamento dos dados segundo o referencial metodológico, compilou-se os dados das entrevistas em temas

relacionados a cada domínio do constructo, conforme demonstrado no Apêndice B. A análise foi processada de forma colaborativa por duas pesquisadoras.

5.6 FASE 3 – ANÁLISE INTEGRADA

5.6.1 Análise Integrada de Consenso

Neste tipo de integração, as informações obtidas na análise de um conjunto dos dados, como, por exemplo, um questionário quantitativo, podem ser utilizadas para informar a coleta subsequente de dados qualitativos como as entrevistas ou os grupos focais que visam aprofundar o entendimento ou a compreensão dos tópicos e temas tratados quantitativamente nos instrumentos de coleta aplicados anteriormente (ROSA, 2015).

Dessa maneira, a integração ocorreu por meio da combinação dos resultados quantitativos obtidos na fase analítica inicial com os resultados qualitativos obtidos na fase analítica final dessa pesquisa. A conexão dos dados foi obtida quando os pesquisadores e investigadores interpretaram os resultados quantitativos que auxiliam na interpretação de resultados qualitativos.

5.6.2 Participantes do Estudo

Na Fase 3 foram convidados para compor cada grupo focal: dez pessoas com câncer em acompanhamento no Centro de Oncologia, de forma aleatória, que integraram a amostra do estudo quantitativo, conforme item 5.4.3; e dois representantes dos profissionais de saúde de nível superior que aceitaram participar do estudo qualitativo, com profissões diferentes, indicados pela administração do serviço de saúde em estudo, de acordo com o item 5.5.3. O número de participantes para esta fase do estudo está em consonância com estudo realizado por Rossum (2020).

Os participantes, pessoas com câncer, que fizeram parte da Fase 1 foram convidados para a Fase 3. O contato destes participantes foi obtido a partir dos dados disponíveis (nome, endereço e telefone) em um banco de dados de propriedade da orientadora deste estudo, uma vez que participaram do estudo anterior. Os convites (Figura 2) foram entregues em envelope, em mãos, pela pesquisadora no domicílio das pessoas com câncer e no local de trabalho dos profissionais de saúde.

Todos os profissionais de saúde foram convidados para participar do GF. Dentre as pessoas com câncer residentes no município em estudo, identificou-se 30 pessoas elegíveis que participaram da Fase 1, sendo registradas 44,5% de perdas por óbito. Visando garantir que o número de participantes fosse alcançado, todas as pessoas com câncer elegíveis foram convidadas, sendo a maioria dos convites aceitos com confirmação de presença e sete convites entregues a familiares. Participaram do grupo focal três pessoas com câncer (dois homens e uma mulher) e duas profissionais de saúde.

Figura 2 - Convite entregue aos participantes do Grupo Focal.

Fonte: Da autora (2022).

5.6.3 Critérios de Elegibilidade

Foi considerado como critério de inclusão: pessoas com câncer e profissionais de saúde que participaram, respectivamente, das fases quantitativa e qualitativa anteriormente.

5.6.4 Procedimentos para Coleta de Dados

Foi realizado um grupo focal presencial para definição de prioridades, utilizando um processo interativo durante os quais os participantes identificaram, classificaram e votaram as principais necessidades de pessoas com câncer.

Foi realizada a aproximação com os participantes por meio de um grupo focal (GF). O GF é aplicado como técnica por pesquisador que tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo (KINALSKI *et al.*, 2017).

Foi realizada uma visita prévia ao Centro de Oncologia, para encontro com a gestão da equipe para solicitação da liberação dos profissionais para participação nos GF, assim como, a definição das datas para realização dos encontros. Após a definição da data, os convites individuais com as informações quanto à data e horário do GF foram entregues por meio de contato pessoal da pesquisadora com os participantes no ambiente de trabalho ou residência, com aproximadamente sete dias de antecedência.

A pesquisadora orientadora deste estudo atuou como moderadora, o que facilitou a contribuição de todos os membros do grupo com suas experiências e opiniões e impedindo a dispersão dos participantes da questão abordada no GF (BACKES *et al.*, 2011).

A coordenação do GF foi composta por três observadoras (mestranda, autora do estudo, doutorando colaboradora e docente coorientadora) e uma moderadora (orientadora do referido estudo), preparados por meio de grupo de estudo temático e metodológico e orientações coletivas, considerando suas experiências prévias (KINALSKI *et al.*, 2017). Foram apresentadas as necessidades de suporte na perspectiva das pessoas com câncer e dos profissionais de saúde, com vistas à convergência das necessidades prioritárias.

Para a documentação e registro do GF, foi utilizado um gravador de voz e um aparelho celular de propriedade da pesquisadora e um caderno para o registro das observações. As discussões do encontro foram exportadas para um notebook e, em seguida, transcritas na íntegra, obedecendo a oralidade e expressões utilizadas pelos participantes, gerando 32 páginas digitadas, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples.

O GF teve duração de 80 minutos. Ao final da coleta de dados, os participantes elencaram as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer por prioridade. Após a transcrição, foram analisadas as falas de cada participante a fim de identificar a frequência das necessidades da pessoa com câncer.

5.6.5 Instrumentos para Coleta de Dados

Para o GF, a pesquisadora apresentou os cinco domínios elencados com as necessidades de suporte para o cuidado levantadas nas fases anteriores. Os dados encontrados foram projetados na forma de apresentação de slides com auxílio do programa *Microsoft PowerPoint* e foi utilizado um banner com a figura de uma pirâmide e os domínios foram escritos em fichas separadas com fita adesiva no verso para fixar na pirâmide afim de representar as necessidades convergentes definidas no GF, realizado no encontro presencial.

5.6.6 Análise dos Dados

Foi utilizada a Análise de Consenso (ROMNEY; WELLER; BATCHELDER; 1986) para interpretação dos resultados encontrados na Fase 3. A análise integrada foi determinada por meio da frequência das respostas, sendo considerado consenso as necessidades apontadas como prioritárias por mais de 50% dos participantes dos grupos de consenso (MARQUES, 2003). Não houve divergência.

5.6.7 Aspectos Éticos

Essa pesquisa constituiu um desdobramento da série de trabalhos contidos no projeto "Vigilância em Saúde na Alta Complexidade Oncológica: Condições de Vida e Processo Saúde-Doença", aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFAL-MG sob o Parecer nº 2.397.931 e CAAE 78017717.9.0000.5142, como parte das atividades do Grupo de Pesquisa Processo Saúde-Doença na Perspectiva Sociocultural. Vale ressaltar que a partir da Iniciação Científica desenvolvida pela pesquisadora, no Centro de Oncologia supracitado, a pesquisadora coletou os dados quantitativos referentes necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer (Fase 1), oportunizada pela participação no respectivo grupo de pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 FASE 1 – ESTUDO QUANTITATIVO

6.1.1 Caracterização Sociodemográfica e de Saúde das pessoas com câncer

Os resultados relacionados ao perfil dos 255 participantes do estudo e sua necessidade de suporte de cuidado estão apresentados na Tabela 1. Os itens relacionados a percepção de saúde obtiveram menor número de respostas devido a opção de não responder estas perguntas.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas com câncer segundo características sociodemográficas, de saúde e a necessidade de suporte para o cuidado. Alfenas, 2020.

(continua)

Variável	**Categorias**	**Total n (%)**	**Índice de Necessidade de Suporte para o Cuidado**		***p***
			Satisfeito n (%)	**Necessidade baixa n (%)**	
Gênero	Feminino	125 (49,02)	90 (44,78)	35 (64,81)	**0,009**
	Masculino	130 (50,02)	111 (55,22)	19 (35,19)	
Idade	Adulto	98 (36,47)	68 (33,83)	25 (46,30)	0,091
	Idoso	173 (63,53)	133 (66,17)	29 (53,70)	
Cor da pele	Branca	143 (56,08)	121 (60,20)	22 (40,74)	**0,032**
	Parda	81 (31,76)	55 (27,36)	26 (48,15)	
	Negra	27 (10,59)	22 (10,95)	5 (9,26)	
	Amarela	4 (1,57)	3 (1,49)	1 (1,85)	
Situação conjugal	Com companheiro	163 (63,92)	127 (63,18)	36 (66,67)	0,636
	Sem companheiro	92 (36,08)	74 (36,82)	18 (33,33)	

(continuação)

Variável	Categorias	Total n (%)	Índice de Necessidade de Suporte para o Cuidado		*p*
			Satisfeito n (%)	Necessidade baixa n (%)	
Grau de Escolaridade	Analfabeto	20 (7,84)	17 (8,46)	3 (5,56)	0,719
	Ensino fundamental	160 (62,75)	128 (63,68)	32 (59,26)	
	Ensino médio	48 (18,82)	36 (17,91)	12 (22,22)	
	Ensino superior ou acima	27 (10,59)	20 (9,95)	7 (12,96)	
Religião	Católico	199 (78,04)	156 (77,61)	43 (79,63)	0,751
	Outros	56 (21,96)	45 (22,39)	11 (20,37)	
Arranjo familiar	Mora sozinho	27 (10,59)	21 (10,45)	6 (11,11)	0,888
	Mora com outras pessoas	228 (89,41)	180 (89,55)	48 (88,89)	
Relação com os familiares	Satisfatória	231(90,59)	186 (92,54)	45 (83,33)	**0,042**
	Insatisfatória	24 (9,41)	15 (7,46)	9 (16,67)	
Acompanhamento de cuidador	Sim	30 (11,76)	22 (10,95)	8 (14,81)	0,433
	Não	225 (88,24)	179 (89,05)	46 (85,19)	
Ocupação	Empregado	69 (27,06)	56 (27,86)	13 (24,07)	0,827
	Desempregado	47 (18,43)	36 (17,91)	11 (20,37)	
	Aposentado	139 (54,51)	109 (54,23)	30 (55,56)	

(continuação)

Variável	Categorias	Total n (%)	Índice de Necessidade de Suporte para o Cuidado		*p*
			Satisfeito n (%)	Necessidade baixa n (%)	
Renda mensal	Menos de um SM	40 (15,69)	31 (15,42)	9 (16,67)	0,717
	De um a três SM	194 (76,08)	152 (75,62)	42 (77,78)	
	Quatro SM ou mais	21 (8,24)	18 (8,96)	3 (5,56)	
Número de dependentes	Uma pessoa	41 (16,08)	31 (15,42)	10 (18,52)	0,910
	Duas pessoas	103 (40,39)	83 (41,29)	20 (37,04)	
	Três pessoas	60 (23,53)	47 (23,38)	13 (24,07)	
	Quatro pessoas	37 (14,51)	28 (13,93)	9 (16,67)	
	Cinco pessoas ou mais	14 (5,49)	12 (5,97)	2 (3,70)	
Percepção da situação financeira	Boa	115 (45,10)	97 (48,26)	18 (33,33)	0,151
	Regular	116 (45,49)	86 (42,79)	30 (55,56)	
	Ruim	24 (9,41)	18 (8,96)	6 (11,11)	
Comorbidades	Sim	100 (39,22)	74 (36,82)	26 (48,15)	0,088
	Não	155 (60,78)	127 (63,18)	28 (51,85)	

(continuação)

Variável	Categorias	Total n (%)	Índice de Necessidade de Suporte para o Cuidado		*p*
			Satisfeito n (%)	Necessidade baixa n (%)	
Medicamentos	Utilizam entre um a quatro medicamentos	185 (72,55)	143 (71,14)	42 (77,78)	0,583
	Polifarmácia	23 (9,02)	20 (9,95)	3 (5,56)	
	Não se aplica	47 (18,43)	38 (18,91)	9 (16,67)	
Estilismo	Sim	18 (7,06)	14 (6,97)	4 (7,41)	0,827
	Não	177 (69,41)	138 (68,66)	39 (72,22)	
	Não, mas já foi etilista	60 (23,53)	48 (24,38)	11 (20,37)	
Tabagismo	Sim	26 (10,20)	19 (9,45)	7 (12,96)	0,720
	Não	137 (53,73)	108 (53,73)	29 (53,70)	
	Não, mas já foi tabagista	92 (36,08)	74 (36,82)	18 (33,33)	
Percepção da saúde atual*	Boa	146 (57,71)	122 (61,31)	24 (44,44)	0,082
	Regular	83 (32,81)	60 (30,15)	23 (42,59)	
	Ruim	24 (9,49)	17 (8,54)	7 (12,96)	
Percepção da saúde em comparação com outras pessoas da mesma idade**	Melhor	108 (45,38)	88 (46,81)	20 (40,00)	**0,003**
	Igual	98 (41,18)	82 (43,62)	16 (32,00)	
	Pior	42 (13,45)	18 (9,57)	14 (28,00)	

			Índice de Necessidade de Suporte para o Cuidado		

(conclusão)

Variável	Categorias	Total n (%)	Satisfeito n (%)	Necessidade baixa n (%)	*p*
Percepção da saúde em comparação ao ano anterior*	Melhor	94 (37,15)	73 (36,68)	21 (38,89)	0,295
	Igual	72 (28,46)	61 (30,65)	11 (20,37)	
	Pior	87 (34,39)	65 (32,66)	22 (40,74)	

Nota: SM – Salário Mínimo; *n=253; **n=248. Fonte: Da autora (2020).

Nota-se o predomínio de homens (50,02%), pessoas idosas (63,53%), autodeclarados brancos (56,08%), estes se demonstraram mais satisfeitos com o atendimento que receberam (60,20%) em detrimento de outras etnias. Em relação a escolaridade, 62,75% dos participantes relataram ter ensino fundamental completo e incompleto, 7,84% são analfabetos e 10,59% têm nível superior. Constatou-se maior proporção de pessoas da crença católica (78,04%).

Verificou-se que a maioria correside com companheiro (63,92%), com predomínio de participantes que tem uma relação satisfatória com os familiares (90,59%) e moram com outras pessoas (89,41%).

Identificou-se a prevalência de aposentados (54,51%) e os participantes referiram não receber acompanhamento de um cuidador (88,24%). A renda mensal da maioria fica entre um e três salários mínimos (76,08%), com duas pessoas dependentes desta renda (40,39%). Os participantes consideraram sua situação financeira como regular (45,49%). Embora não haja diferença estatística relevante (p=0,151), percebeu-se que aqueles cuja percepção da situação financeira é boa (45,10%) ou regular (45,49%) referiram maiores níveis de necessidades de suporte para cuidado.

Ao que diz respeito à presença de comorbidades, constatou-se maior número de participantes que referiram exclusivamente neoplasia maligna (60,78%). No entanto, 16,47% dos participantes referiram comorbidades associadas, tais como: hipertensão arterial sistêmica, distúrbios cardíacos, diabetes *mellitus*, hipotireoidismo e depressão. Verificou-se que a maioria dos participantes referiu utilizar de um a quatro medicamentos (72,55%) e a polifarmácia em 9,02%.

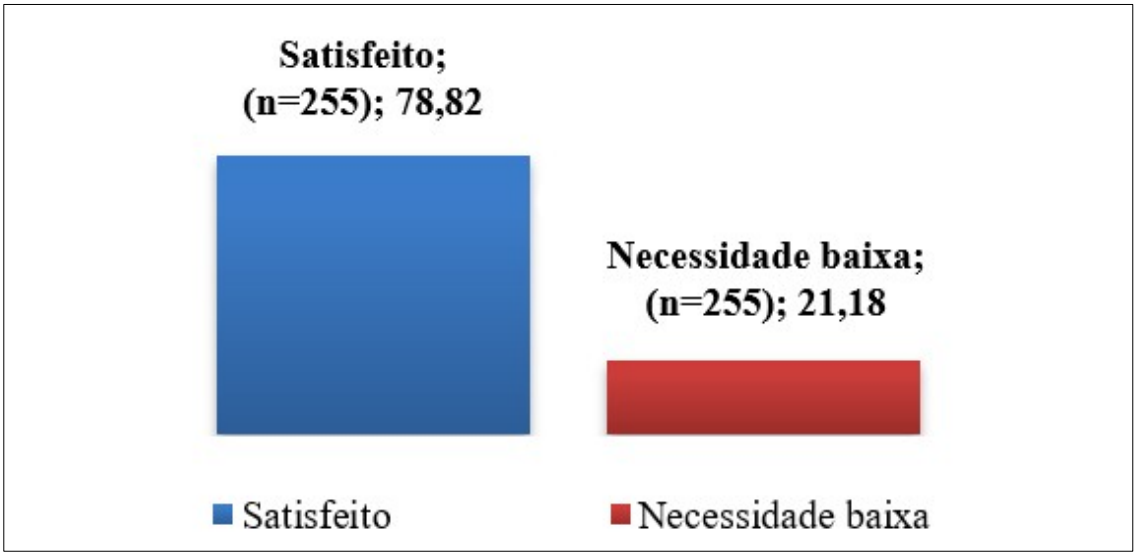
Quanto aos hábitos de vida, os participantes negaram etilismo (69,41%) e tabagismo (53,73%). Evidenciou-se que os participantes consideravam sua saúde atual como boa (57,71%), acreditavam que sua saúde é melhor em comparação a outras pessoas da mesma

idade (43,38%) e afirmaram que a saúde está melhor agora em relação ao ano anterior (37,15%), reforçando a concepção satisfatória sobre seu estado clínico.

6.1.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer

No que se refere aos resultados da SCNS-SF34, necessidade de suporte para o cuidado, observou-se que 54 (21,18%) dos participantes apresentaram uma necessidade de suporte baixa, com escore < 34 ≥ 68 pontos, e prevalece o número de participantes satisfeitos com o suporte que recebe, 201(78,82%), com escore ≥ 69 ≤ 127 pontos, como demonstra a Figura 1.

Gráfico 1 - Distribuição das pessoas com câncer segundo a necessidade de suporte para o cuidado (%). Alfenas, 2020.



Fonte: Da autora (2020).

Os resultados indicando o escore médio e o desvio-padrão estão apresentados na Tabela 2 distribuídos em cinco domínios. O escore médio varia de 0 a 100, sendo que a maior proximidade com o valor 100 equivalente a maior necessidade de suporte para o cuidado. Contudo, houve escore baixo em todas as dimensões, indicando baixa necessidade de suporte pelas pessoas com câncer.

Tabela 2 - Escores médios e desvio-padrão das necessidades de suporte para o cuidado de acordo com o domínio (n=255). Alfenas, 2020.

Domínio	**Escore médio (DP)**
Cuidado e Suporte	13,53 (14,55)
Físico e Vida Diária	24,25 (25,69)
Psicológico	21,16 (22,44)
Sexualidade	16,66 (27,13)
Sistema de Saúde e Informação	13,67 (14,45)

Nota: DP – desvio padrão. Fonte: Da autora (2020).

As necessidades prioritárias indicadas pelos participantes estão relacionadas ao domínio Físico e Vida Diária ($\bar{x}$=24,25), seguido pelo domínio Psicológico ($\bar{x}$=21,16). Por outro lado, evidenciou-se que as necessidades melhores atendidas estão relacionadas aos domínios: Cuidado e Suporte ($\bar{x}$=13,53), Sistema de Saúde e Informação ($\bar{x}$=13,67) e Sexualidade ($\bar{x}$=16,66).

6.2 FASE 2 – ESTUDO QUALITATIVO

6.2.1 Caracterização Sociodemográfica e de Saúde dos Profissionais Entrevistados

A amostra foi composta por oito profissionais de saúde de nível superior de um Centro de Oncologia, sendo: uma médica, uma enfermeira, duas nutricionistas, uma farmacêutica, uma psicóloga e duas assistentes sociais.

Participaram deste estudo mulheres (100%), com média de idade 33 anos, católicas (62,5%), com companheiros (75%) e sem filhos (75%).

Estas declararam cuidar de pessoas doentes (87,5%) de outra instituição (62,5%) ou no domicílio (25%).

A maioria referiu não ter problemas de saúde (62,5%). Contudo, três delas apresentaram alguma condição crônica, como hipertensão arterial, depressão e hipotiroidismo. Neste contexto, verificou-se que 50% faziam uso de algum medicamento de uso contínuo, entre eles anticoncepcionais, antidepressivos, anti-hipertensivos e medicamentos para reposição hormonal.

Quanto ao tipo de serviço de saúde que frequenta, declararam frequentar predominantemente o serviço público (62,5%), seguido pelo serviço privado particular (25%) e privado com convênio (12,5%).

6.2.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer

Após o tratamento dos dados segundo o referencial metodológico, compilou-se os dados das entrevistas em categorias apresentadas nas tabelas a seguir:

Quadro 1 – Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sistema de Saúde e Informação (n=08). Alfenas, 2022. (continua)

Tema 1 – Sistema de Saúde e Informação: o serviço está entre os melhores		
Sistema de Saúde e Informação: informações sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares e questões financeiras		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E8	A infraestrutura está entre as melhores	44
E2, E3, E5 e E8	O tempo de espera não é muito	8
E5, E6 e E8	O Hospital libera tudo para o paciente oncológico	6
E5 e E8	O benefício é a maior dificuldade/necessidade social	5
E8	Quando o tratamento do paciente não é oferecido aqui	5
E3 e E5	A maior necessidade é de informações	4

(continuação)

Fonte: Da autora (2022).

Ao que diz respeito ao tema “Sistema de Saúde e Informação: o serviço está entre os melhores”, as unidades de registro predominantes extraídas das falas dos participantes foram: “A infraestrutura está entre as melhores” com 44 verbalizações, seguida por “O tempo de espera não é muito” (8) e “O Hospital libera tudo para o paciente oncológico” (6).

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Psicológico (n=08). Alfenas, 2022.

Tema 2 – Psicológico: a base de tudo		
Psicológico: auxílio nas necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E3, E4, E5 e E8	Necessidade de ser ouvido	9
E1, E5, E6 e E8	O psicológico é a base de tudo	6
E1 e E8	O emocional fica muito abalado	5
E5 e E8	Precisa de um bom acolhimento	4
E1	Lidar com a própria doença e mudanças	3
E1	Necessidade/sofrimento espiritual	2
E1	Falta capelão	1

Fonte: Da autora (2022).

No que se refere ao tema "Psicológico: a base de tudo" evidenciou-se que as unidades de registros mais frequentes foram "Necessidade de ser ouvido" (9), "O psicológico é a base de tudo" (6) e "O emocional fica muito abalado" (5) respectivamente.

Quadro 3 – Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Cuidado e Suporte (n=08). Alfenas, 2022.

Tema 3 – Cuidado e suporte: relevância da família e da equipe multiprofissional		
Cuidado e Suporte: necessidade de suporte em relação à família, aos amigos e a profissionais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E3, E4, E5, E6 e E8	Equipe muito preparada	13
E1 e E2	Não falta nada	3
E2 e E3	Apoio dos familiares	3
E2	Muito bem tratado por médicos e secretárias	2
E2	Não são bem tratados por técnicos de enfermagem	2
E3 e E6	Tudo que é possível a gente faz	2
E1	Cuidada de forma integral	1

Fonte: Da autora (2022).

Em relação ao tema "Cuidado e Suporte: relevância da família e da equipe multiprofissional preparada" constatou-se um predomínio da unidade de registro "Equipe muito preparada" (13) com verbalizações de 75% das entrevistadas. Ainda, destaca-se a seguintes unidades de registro: "Não falta nada" e "Apoio dos familiares" com três verbalizações cada.

Quadro 4 – Distribuição das respostas dos profissionais de saúde de um Centro de Oncologia sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Físico e Vida Diária (n=08). Alfenas, 2022.

Tema 4 - Efeitos do adoecimento: enfrentamento da dor		
Físico e Vida Diária: inclui o enfrentamento de sintomas e efeitos colaterais do tratamento		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E4	Dor	2
E1	Lidar com os aspectos físicos	1

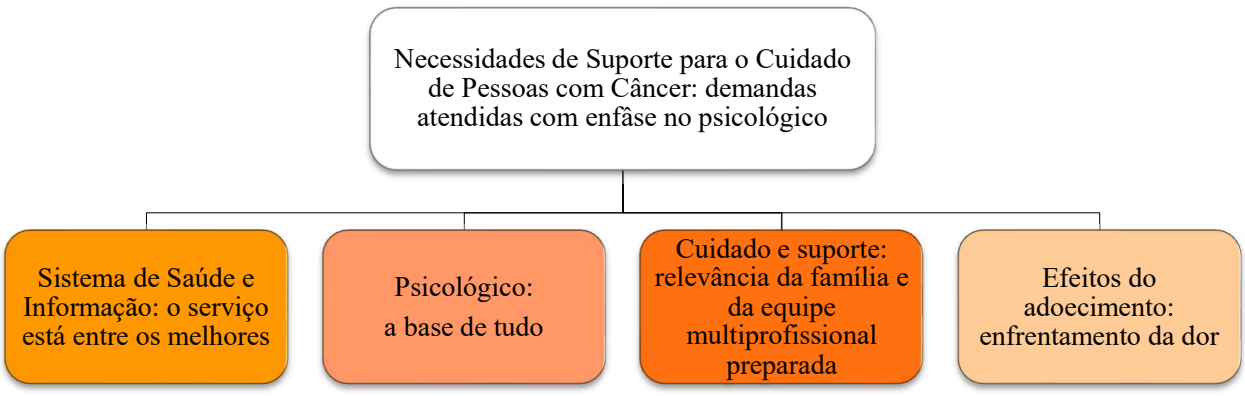
Fonte: Da autora (2022).

Acerca do tema "Efeitos do adoecimento: enfrentamento da dor" verificou-se o predomínio da unidade de registro "Dor" (2).

Neste estudo o domínio Sexualidade não foi contemplado pelas falas dos profissionais de saúde entrevistados.

Mediante a análise frequencial das unidades de registro foram construídos os seguintes temas:

Figura 3 - Apresentação dos temas – Fase 2.



Fonte: Da autora (2022).

6.3 FASE 3 – ANÁLISE INTEGRADA

Posteriormente a análise dos dois conjuntos de dados, segundo o referencial metodológico, os resultados das Fases 1 e 2 foram distribuídos por domínios, conforme apresentado abaixo.

Optou-se por apresentar as necessidades de suporte de cuidado encontradas em pirâmide, de maneira análoga a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Wanda Horta baseou-se no trabalho de Abraham Maslow para desenvolver sua teoria. Segundo Maslow, as necessidades humanas são um fenômeno fluido em que muitas necessidades podem se apresentar na mesma pessoa (HORTA, 1974).

A famosa hierarquia das necessidades consiste em um esquema em que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das de nível mais alto. Segundo este modelo, cada pessoa precisa realizar uma "escalada" hierárquica de necessidades para atingir a sua autorrealização plena, um aspecto de felicidade. Para Maslow, as pessoas se dedicam para satisfazer um nível superior ao que se encontram, estando sempre em estado de busca (MASLOW,1954).

Para as pessoas com câncer em atendimento neste Centro de Oncologia, a principal necessidade de cuidado está relacionada ao domínio Físico e Vida Diária, seguido pelos domínios Psicológico, Sexualidade, Sistemas de Saúde e Informação e Cuidado e Suporte, respectivamente, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 4 - Distribuição das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas em tratamento no Centro de Oncologia – Fase 1 (n=255). Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

Todavia, na perspectiva dos profissionais de saúde as necessidades relacionadas ao Sistema de Saúde e Informação merecem atendimento prioritário. Quanto ao domínio Psicológico, houve consenso, ambos acreditavam que as necessidades psicológicas demandam atenção, sendo considerada a segunda maior necessidade para o cuidado da pessoa com câncer. Assim, o domínio Cuidado e Suporte ocupou a terceira posição, seguido pelo domínio Físico e Vida Diária, conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 5 - Distribuição das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia – Fase 2 (n=8). Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

Com o propósito de integrar os dados, foi realizado um GF para a análise integrada das informações obtidas na Fases 1 e 2, visando a identificação das prioridades das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia.

6.3.1 Síntese do Grupo Focal

O grupo focal foi realizado no dia 07 de outubro de 2022, no setor de quimioterapia do Centro de Oncologia em estudo, com duração de 80 minutos. Participaram do GF: três pessoas com câncer, sendo dois homens (58 e 71 anos) e uma mulher (61 anos); duas profissionais de saúde, sendo uma enfermeira (30 anos) e uma assistente social (35 anos); três observadoras, sendo duas discentes de pós-graduação (autora do estudo e colaboradora) e uma docente (coorientadora do estudo); e uma mediadora, docente e pesquisadora experiente (orientadora do estudo). Iniciou-se a recepção aos convidados às 14h00min. e acordou-se que o tempo de tolerância para a espera dos demais convidados seria de 30 minutos, durante este período os participantes puderam apresentar-se e conversar (Figura 6). Às 14h30min. a mediadora iniciou o encontro com a acolhida aos participantes presentes e apresentação das pesquisadoras. Em seguida, passou a palavra para a mestranda, autora do estudo, que apresentou os domínios elencados para análise das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer, a

hierarquia das necessidades dispostas em pirâmides e os resultados obtidos nas pesquisas anteriores (Fase 1 e 2). Posteriormente a essa explicação, às 14h43min., a mediadora assumiu a moderação reforçando a disparidade entre as perspectivas dos profissionais de saúde e pessoas assistidas na unidade. Neste momento, anunciou a proposta para o GF, apresentando o desenho da pirâmide a ser construída a partir das necessidades prioritárias a serem definidas por eles, ainda, enfatizou que as necessidades de nível mais baixo na pirâmide devem ser atendidas antes das de nível mais alto. A discussão iniciou-se com a definição da necessidade prioritária que ocuparia o primeiro degrau da pirâmide, as pessoas com câncer foram unânimes ao escolher o domínio Físico e Vida Diária com anuência dos profissionais de saúde. A partir de um debate elegeu-se por consenso as necessidades prioritárias por domínio: 1) Físico e Vida Diária; 2) Psicológico; 3) Cuidado e Suporte; 4) Sistema de Saúde e Informação; e 5) Sexualidade. Essas necessidades foram retratadas pela experiência da enfermidade e pela experiência dos cuidados que os profissionais ofertam às pessoas com câncer. Não houve discordância. Caminhando para o encerramento do GF, a mediadora recapitulou os relatos e validou com os participantes a representatividade do desenho construído, o qual evidencia as necessidades de cuidado e de suporte que deverão ser priorizadas no atendimento as pessoas com câncer na instituição em estudo (Figuras 7 e 8). Os participantes demonstraram-se satisfeitos com o resultado final do estudo. O encontro encerrou-se às 15h50min. com os agradecimentos a participação de todos, reforçando o convite para continuação do café da tarde.

Figura 6 - Acolhimento aos participantes do grupo focal. Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

Figura 7 - Resultado das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer estabelecido em grupo focal. Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

Figura 8 - Apresentação da análise integrada dos dois conjuntos de dados obtidos nas fases anteriores e do consenso sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer estabelecido em grupo focal. Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

6.3.2 Necessidade de Suporte para o Cuidado da Pessoa com Câncer

Posteriormente a análise dos resultados obtidos de acordo com o referencial metodológico, compilou-se as informações obtidas no grupo focal em categorias apresentadas nas tabelas a seguir:

Quadro 5 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Físico e Vida Diária. Alfenas, 2022.

Tema 1 – A quimioterapia faz um estrago		
Físico e Vida Diária: inclui o enfrentamento de sintomas e efeitos colaterais do tratamento		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3 e E5	O tratamento afeta o físico, a quimioterapia faz um estrago	40
E1, E2, E3 e E5	O mais importante é você estar bem fisicamente	19
E1, E2, E3, E4 e E5	Você precisa estar bem para ter sexualidade	19
E1, E2 e E3	O tratamento é dolorido	13
E1, E2, E3 e E5	É um cansaço grande	12
E3	Cuidar de si	1

Fonte: Da autora (2022).

O tema “A quimioterapia faz um estrago”, que diz respeito ao domínio “Físico e Vida Diária”, foi eleito pelos participantes como a necessidade prioritária para o cuidado de pessoas com câncer. Nesta categoria a unidade de registro de maior destaque foi “O tratamento afeta o físico, a quimioterapia faz um estrago” (40), seguido por “O mais importante é você estar bem fisicamente” (19) e “Você precisa estar bem para ter sexualidade” (19).

Quadro 6 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Psicológico. Alfenas, 2022.

(continua)

Tema 2 – O tratamento e a doença mexem com o psicológico		
Psicológico: auxílio nas necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	Mexe muito com o psicológico	67

(continuação)

E1, E2, E3 e E4	O psicológico tem que estar bem	31
E1, E2 e E3	Estou superando com Deus	21
E2, E3, E4 e E5	Falou a palavra câncer: morte	14
E1, E3 e E5	Mudança nos relacionamentos	7
E1, E3 e E4	O tratamento é muito sofrido	5

Fonte: Da autora (2022).

O tema "O tratamento e a doença mexem com o psicológico" foi o mais discutido entre os participantes, sendo representado pelas unidades de registro: "Mexe muito com o psicológico" (67), "O psicológico tem que estar bem" (31) e "Estou superando com Deus" (21).

Quadro 7 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Cuidado e Suporte. Alfenas, 2022.

Tema 3 – O acolhimento promove a cura		
Cuidado e Suporte: necessidade de suporte em relação à família, aos amigos e a profissionais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	O acolhimento promove a cura e a segurança	61
E1, E3, E5	O suporte familiar é a base de tudo	37
E1, E2 e E5	A ausência do suporte familiar atrapalha o tratamento	21
E4 e E5	Trabalhamos o familiar e o paciente	9
E2	Não são todos os profissionais que tratam bem	3
E5	Dificuldade de levantar as necessidades dos pacientes	2

Fonte: Da autora (2022).

No que se refere ao tema "O acolhimento promove a cura" foram elencadas as seguintes unidades de registro extraídas das falas dos participantes: "O acolhimento promove a cura e a segurança" (61), "O suporte familiar é a base de tudo" (37) e "A ausência do suporte familiar atrapalha o tratamento" (21).

Quadro 8 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sistema de Saúde Informação. Alfenas, 2022.

Tema 4 – Preocupações: acesso aos serviços e benefício		
Sistema de Saúde e Informação: informações sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares e questões financeiras		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	Negam o benefício, aposentar é difícil, preciso me manter	18
E1, E2 e E5	É muita gente, muita espera em outros serviços de saúde	13
E2	Falta de informação	6
E2, E3, E4 e E5	O sistema de saúde é importante	5
E2 e E3	Melhorou demais por ser na minha cidade	5
E2	A agulha precisa ser menor	4
E1 e E2	Tratamento de primeira, não tenho o que reclamar	2

Fonte: Da autora (2022).

O tema "Preocupações: acesso aos serviços e benefícios" emergiu das discussões acerca do domínio Sistema de Saúde e Informação, sendo representado pelas as unidades de registro: "Negam o benefício, aposentar é difícil, preciso me manter" (18) e "É muita gente, muita espera em outros serviços de saúde" (13).

Quadro 9 – Distribuição das respostas dos participantes sobre as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer referentes ao domínio Sexualidade. Alfenas, 2022.

(continua)

Tema 5 – Separação decorrente da doença e do tratamento		
Sexualidade: necessidade de ajuda quanto às questões ligadas a sexualidade vivida e a necessidade de receber informações sobre as relações sexuais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3 e E5	Separamos por causa do meu problema de saúde	22
E2 e E5	A sexualidade é um assunto delicado, não comenta	13
E3	Com o tratamento o esperma e o testículo diminuem, mas a ereção continua	7

(continuação)

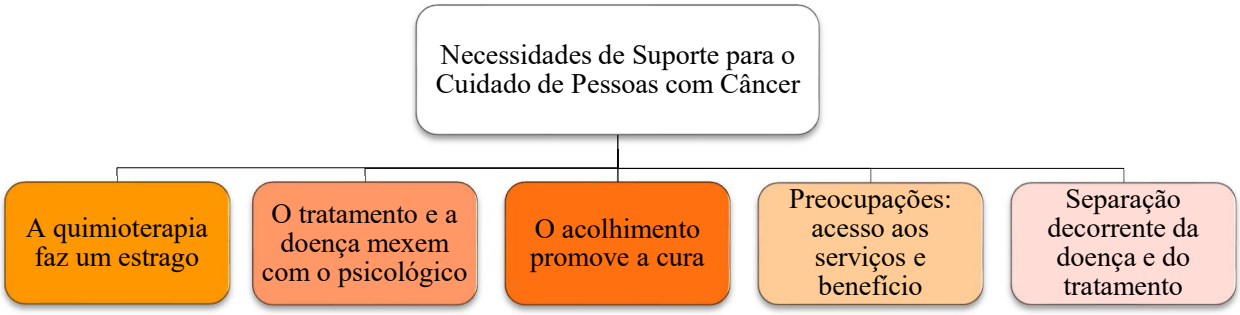
E2 e E3	Afeta o sexo	5
E2	Não posso ter filhos	2

Fonte: Da autora (2022).

Nesta pesquisa, o tema “Separação decorrente da doença e do tratamento”, referente ao domínio Sexualidade, evidenciou as seguintes unidades registro: “Separamos por causa do meu problema de saúde” (22) e “A sexualidade é um assunto delicado, não comenta” (13).

Após a análise frequencial das unidades de registro foi possível elencar os seguintes temas:

Figura 9 - Apresentação dos temas – Fase 3.



Fonte: Da autora (2022).

Neste contexto, é possível afirmar que as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer estão relacionadas aos seguintes domínios: 1) Físico e Vida Diária; 2) Psicológico; 3) Cuidado e Suporte; 4) Sistema de Saúde e Informação; e 5) Sexualidade, respectivamente.

Figura 10 - Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas. Alfenas, 2022.

Fonte: Da autora (2022).

Este resultado foi obtido mediante a um consenso estabelecido por pessoas em acompanhamento oncológico e profissionais de saúde do Centro de Oncologia, articulando as abordagens quantitativas e qualitativas, por meio de uma pesquisa de método misto.

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS COM CÂNCER

Evidenciou-se o predomínio de homens, condizente com as estimativas brasileiras que preveem um discreto aumento dos casos oncológicos masculinos em comparação aos femininos para 2020 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. 2019). A maior suscetibilidade ao câncer entre os homens justifica-se pelas diferenças hormonais e genéticas, diferentes exposições ambientais como hábitos alimentares e sociais e por negligenciarem o cuidado com a saúde (DORAK; KARPUZOGLU, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020).

As evidências geradas (p=0,009) apontam diferença estatística na percepção de necessidade de suporte para cuidado em relação ao gênero, dado que 64,81% das mulheres entrevistadas referiram uma necessidade baixa de suporte, enquanto entre os homens essa proporção diminui para 35,19% assim como em outros estudos (GÁLAN; LAVEGA; MIRÓ, 2016). Segundo pesquisas, a maior necessidade de suporte no sexo feminino é atribuída ao papel da mulher na organização familiar como principal cuidadora do lar, visto que ainda quando doente continua exercendo tais funções e se preocupa com os membros da família (SETTE, 2018).

A prevalência de pessoas autodeclaradas brancas condiz com os dados do último censo realizado no país para a região (IBGE, 2020). Estas demonstraram mais satisfeitas com o atendimento que recebem (60,20%) em detrimento de outras etnias. Por outra perspectiva, os pardos apresentaram maior demanda por cuidados em relação aos outros participantes, referindo uma necessidade de suporte baixa (48,15%). De acordo com a análise estatística (p=0,032), a cor da pele interfere na percepção de necessidades de suporte não atendidas, o que condiz com suposições sobre uma dificuldade de acesso a serviços de saúde na população que refere cor de pele parda e negra em virtude do racismo institucional por profissionais da saúde (VOLOCHKO, 2005).

Como é previsto por pesquisadores, 70% das neoplasias ocorrerão em indivíduos com mais de 60 anos nessa década, dado que com o avançar da idade aumenta o risco de desenvolver câncer (SOUSA-MUÑOZ, 2015). Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na pontuação da escala de necessidades de suporte entre o grupo de pessoas adultas e idosas (p=0,091), observou-se maior proporção de adultos que referiram necessidade de suporte,

conforme apontado em outros estudos em que os pacientes brasileiros acima de 70 anos receberam menos quimioterapia, radioterapia e cirurgia que os demais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017; WILLEMNS, 2016).

O fato da maioria corresidir com companheiro, sugere que estas pessoas podem ter uma fonte de segurança e estabilidade emocional que possibilita amenizar os sentimentos angustiantes decorrentes do tratamento oncológico, principalmente porque muitos relacionamentos se consolidam mediante a enfermidade, favorecendo para que essas pessoas manifestem baixos níveis de necessidades de suporte para o cuidado (SALCI, 2008).

Observou-se uma baixa escolaridade entre os participantes, conforme revelam pesquisas da mesma natureza (MAGALHÃES, 2017). Sobre a necessidade de suporte para o cuidado, vale ressaltar que as variáveis “Satisfeito” e “Necessidade baixa” se comportaram da mesma forma independente do grau de instrução, não sendo encontradas diferenças estatísticas relevantes (p=0,719) como presumem estudos anteriores (MATTOS, 2016).

A maior proporção de pessoas da crença católica consiste em uma informação relevante uma vez que outros trabalhos confirmam a influência da religião/espiritualidade na resiliência ao longo do processo de adoecimento (SORATTO, 2016). Ademais, um dos princípios do cuidado oncológico é proporcionar o alívio da dor e demais aflições, o que só é possível quando as necessidades espirituais e psicossociais forem supridas (SORATTO, 2016), salientando-se que atentar-se a essas dimensões do cuidado colabora para humanização da assistência em saúde (EDWARDS, 2014).

A relação satisfatória dos participantes com os familiares e o fato de morarem com outras pessoas foram considerados aspectos positivos, uma vez que o apoio social e a presença da família para a pessoa com câncer são indispensáveis neste período. Além de que estes contribuirão para a reorganização da vida do enfermo e possibilitam maior conforto durante o enfrentamento da doença (SMITH, 2008; DUTRA, 2019). Constatou-se maior proporção de necessidade de suporte entre as pessoas que referiram uma relação insatisfatória com seus familiares é (p=0,042), em consonância com estudos que associaram a falta de apoio familiar à prejuízos no tratamento e agravamento do quadro clínico da pessoa com câncer (DUTRA, 2019).

Dentre as ocupações, destaca-se o maior número de aposentados, característico da população idosa. Os participantes referiram, em sua maioria, não receber acompanhamento de

um cuidador, indicando que a maioria é capaz de realizar o autocuidado, resultado similar a um estudo anterior que constatou que 11,76% dos idosos necessitam de cuidados contínuos (NUNES, 2018).

A renda mensal declarada pelos participantes reitera as informações divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em sua última pesquisa, na qual as famílias da Macrorregião Sul Mineira apresentaram renda média per capita de aproximadamente 1,5 salários mínimos (BRASIL, 2010). Constatou-se que as famílias na qual duas pessoas são dependentes da renda se demonstraram mais satisfeitas acerca das necessidades de suporte em detrimento daquelas com três, quatro, cinco ou mais dependentes da renda mensal, como retratado em outros trabalhos que descrevem a relação positiva entre o domínio psicológico e o nível socioeconômico (OGLE, 2010).

Embora não haja diferença estatística relevante (p=0,151), percebeu-se que as pessoas cuja percepção da situação financeira é boa (45,10%) ou regular (45,49%) referiram maiores níveis de necessidades de suporte para cuidado, o que pode indicar que esta categoria apresenta maior grau de criticidade (MATTOS, 2016).

No que diz respeito à presença de comorbidades, A maior parte dos participantes apresentaram exclusivamente neoplasia maligna. No entanto, 16,47% dos participantes referiram comorbidade, o que é esperado, dado que é comum o idoso com câncer ter outras condições crônicas associadas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017). As pessoas com comorbidades podem apresentar complicações pós-terapêuticas em maior intensidade do que pacientes sem comorbidades, infere-se portanto, que a maior parte dos entrevistados por não possuírem outras doenças associadas ao câncer pode ter suas demandas por cuidados, reduzidas, contribuindo para que eles relatem uma baixa necessidade de suporte para o cuidado.

A maior parte dos participantes utilizava de um a quatro medicamentos, o que aponta para a necessidade de medicamentos como parte do tratamento oncológico e das comorbidades associadas. Embora haja uma linha tênue entre as comorbidades e a assistência à pessoa com câncer, faz-se necessário contemplar as peculiaridades de cada indivíduo em contribuição ao aumento da sobrevida da pessoa com câncer, como revelam as estatísticas (ESPIRITO SANTO, 2018).

No que diz respeito aos hábitos de vida, os participantes negaram etilismo e tabagismo, o que é benéfico à terapêutica em virtude de que estes hábitos representam riscos mais elevados

para o desenvolvimento de neoplasias (MAGALHÃES, 2017). Este resultado também pode indicar que o fato de ter o diagnóstico de câncer e estar em tratamento diminui a exposição a fatores de risco modificáveis para a doença, visto que 92 (36,08%) são ex-tabagistas e 60 (23,53%) são ex-etilista.

Os participantes consideravam sua saúde atual como boa e acreditavam que sua saúde é melhor em comparação a outras pessoas da mesma idade, semelhante a outros estudos realizados com pessoas com câncer (EDWARDS, 2014). Infere-se que o convívio com outros doentes corrobora para que eles tenham uma percepção mais otimista da sua saúde (WILLE3EMS, 2016).

Observou-se também que a proporção dos que avaliaram sua condição de saúde como pior do que a de outras pessoas da mesma idade foi maior entre os que relataram necessidade de suporte de cuidado (p=0,003). As crenças negativas a respeito da doença são comumente associadas a diminuição da qualidade de vida (GOMEZ, 2011). Neste contexto, incentivar e apoiar as pessoas com câncer a melhorarem a percepção da sua condição de saúde pode contribuir para resultados positivos em relação a sua capacidade funcional, desempenho físico, aspectos emocionais, aspectos sociais e evolução do estado de saúde (GOMEZ, 2011). Ainda, afirmaram que a saúde está melhor agora em relação ao ano anterior, reforçando a concepção satisfatória sobre seu estado clínico.

7.2 NECESSIDADE DE SUPORTE PARA O CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER

Evidenciou-se que entre aqueles que apresentaram necessidade de suporte para o cuidado, estas foram baixas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados com pessoas com câncer nos Estados Unidos, França e México (MEDRATO; WHITAKER, 2012; PÉREZ-FORTIS, 2018).

Embora a literatura estabeleça a magnitude do câncer e suas repercussões na vida das pessoas e seus familiares, alguns autores esclarecem que o início do tratamento é marcado por um declínio imediato da qualidade de vida seguido por um retorno gradual após o primeiro semestre (PÉREZ-FORTIS, 2018; SETTE; 2018). O fato de que a maioria dos participantes estava em tratamento há mais de seis meses explica as pontuações relativamente baixas em relação a suas necessidades de cuidados, mediante a atenuação dos sintomas com o tempo de acompanhamento (BRÉDART, 2016).

Os resultados sugerem que o fato dos participantes muitas vezes não compreenderem as especificidades da assistência oncológica e dependerem do sistema público para tratamento, contribui para que as pessoas sejam menos exigentes quanto aos seus direitos, sentindo-se satisfeitos por serem atendidos de forma agradável (SMTIH, 2008).

O câncer, pela sua terapêutica e agudização, afeta a dinâmica e a rotina da família, conduzindo para uma reestruturação dessas pessoas (BRÉDART, 2016). Esses familiares atendem as necessidades de suporte de pacientes que demandam cuidados decorrentes do processo saúde-doença, a fim de reduzir os sintomas e efeitos adversos, minimizar o sofrimento da pessoa, facilitar a compreensão e a tomada de decisões (VIERA, 2016). Portanto, a família constitui um importante recurso para a assistência em saúde (BRÉDART, 2016) e, o fato de os participantes deste estudo possuírem uma relação satisfatória com seus familiares (90,59%), pode contribuir para o atendimento de suas necessidades e para uma avaliação satisfatória do atendimento que recebem (78,82%).

A prevalência de idosos na população em estudo também pode ter influenciado nas necessidades de suporte para o cuidado, uma vez que essa característica representa maior complexidade e necessidade de especialização por parte dos serviços de saúde em decorrência das comorbidades associadas (KREUZ, 2016). Contudo, a presença de doença crônica não deve ser avaliada de forma isolada para definição de saúde ou não do idoso, uma vez que a maioria destes não apresentam limitações funcionais que impossibilitem o seu autocuidado (POLLEY, 2016). Ademais, pesquisadores afirmam que o adulto demonstra maior demanda por cuidados em comparação ao idoso pela vulnerabilidade e transitoriedade da condição humana, que tem caráter diferente naqueles com idade avançada em que a pessoa está mais resignada (POLLEY, 2016).

Foi descartada a possibilidade de que está baixa necessidade seja reflexo das características sociodemográficas, como o baixo nível de instrução e condição econômica uma vez que não houve relação entre essas variáveis.

O bem-estar da pessoa com câncer depende da satisfação de certas necessidades que estão relacionadas às características patológicas, terapêuticas e do estado geral do paciente (VIEIRA, 2014). Nesse contexto, essas pessoas podem apresentar necessidades em diferentes dimensões (físicas, emocionais, informacionais, sociais e espirituais) que precisam ser identificadas e avaliadas pela equipe de saúde (VEIRA, 2014; BEESLEY, 2018). Os resultados indicando o escore médio e o desvio-padrão referentes a cada item de assistência estão

apresentados na Tabela 1 distribuídos em cinco domínios. O escore médio varia de 0 a 100, sendo que a maior proximidade com o valor 100 equivale a maior necessidade de suporte para o cuidado, portanto a necessidade de suporte dos indivíduos avaliados foi baixa em todas as dimensões.

As necessidades prioritárias indicadas pelos participantes estão relacionadas ao domínio Físico e Vida Diária ($\bar{x}$=24,25), assim como apontado em outras pesquisas e no trabalho de validação da versão brasileira desse instrumento (VEIRA, 2014; BEESLEY, 2018; WILLIAMS, 2018). As necessidades físicas não atendidas são relacionadas ao controle de sinais e sintomas como a fadiga, o cansaço e a fraqueza decorrentes da doença (VIERA, 2014; PATERSON, 2016). Em um estudo escocês, homens com câncer relataram que esses efeitos adversos afetam suas vidas diárias e associam essa exaustão ao processo de envelhecimento, resignando-se (POLLEY, 2016). Deste modo, atuar na melhoria da condição física dessas pessoas com câncer constituí uma prioridade.

Os achados referentes ao domínio Psicológico ($\bar{x}$=21,16) foram semelhantes a outros trabalhos e revelam diversas necessidades não atendidas (BEESLEY, 2018; PRIMEU, 2017). Os problemas emocionais encontrados incluem: incertezas sobre o futuro, preocupação com pessoas próximas, medo da progressão do câncer, ansiedade e sintomas depressivos, sendo este o principal preditor de necessidades de cuidados segundo pesquisa. Logo, as necessidades psicológicas constituem importante demanda por suporte a ser avaliada (BRÉDART, 2016; POLLEY, 2016; PRIMEU, 2017).

Por outro lado, evidenciou-se que as necessidades melhores atendidas estão relacionadas aos domínios: Cuidado e Suporte ($\bar{x}$=13,53), Sistema de Saúde e Informação ($\bar{x}$=13,67) e Sexualidade ($\bar{x}$=16,66).

O domínio Cuidado e Suporte apresentou a menor necessidade de suporte para o cuidado segundo os participantes. Percebeu-se que a maioria dos participantes referiu ter um companheiro (63,92%), uma relação satisfatória com os familiares (90,59) e demonstrou-se satisfeito com o tratamento de recebe (78,82%), o que pode ter corroborado para a maior satisfação quanto as necessidades relacionadas à família, aos amigos e aos profissionais de saúde. Ademais, na oncologia, a proximidade com o sofrimento e vulnerabilidade da pessoa com câncer e seus familiares fortalece o desenvolvimento de vínculos emocionais fortes com a equipe de saúde, elevando o sentimento de empatia do profissional (RECH, 2015).

Nossos resultados diferem de vários estudos transversais anteriores que constataram necessidades não atendidas relacionadas ao Sistema de Saúde e Informação (VIERIA, 2014; WILLIAMS, 2018; BRÉDART, 2016). Essa divergência pode ser justificada pelas diferenças nos sistemas de saúde, visto que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, tornou o acesso integral à saúde um direito de todos os brasileiros (BRASIL, 2020). Como exemplo dessa divergência, uma pesquisa revelou que pacientes mexicanos não recebem informações detalhadas ou escritas sobre sua condição de saúde e as consultas são breves (BRÉDART, 2016).

Em consonância com outros estudos, o domínio Sexualidade apresentou poucas necessidades não satisfeitas (BRÉDART, 2014; WILLIAMS, 2018). Pesquisas canadenses concluíram que o câncer pode afetar diretamente o desempenho sexual, a imagem corporal, a fertilidade e o relacionamento do casal (WILLIAMS, 2018). Entretanto, estes estudos afirmam que a saúde sexual vai além da ausência de disfunção sexual e que estes sintomas não afetam negativamente a qualidade de vida da maioria das pessoas com câncer e seus conjugues (POLLEY, 2016; BRYANT-LUKOSIUS, 2010).

7.3 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Na busca pela promoção à saúde de pessoas com câncer faz-se necessário uma abordagem multidisciplinar (BRASIL, 2014; TANAKA; MEDEIROS; LILY, 2020). Assim, a equipe de saúde do CACON em estudo é composta por enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas que atuam de forma integrada, constituindo em um fator importante para o aumento da sobrevida (STONE *et al.*, 2018).

Ao que diz respeito a caracterização destes profissionais, obteve-se a totalidade de mulheres, como evidenciado em um estudo que buscou investigar o perfil de profissionais de saúde de um serviço de oncologia (RODRIGUES; ARAÚJO; SARDINHA, 2016). Tal fato está atribuído ao protagonismo feminino na área da saúde, as mulheres ocupam 65% dos cargos no setor público e privado, representando a principal força de trabalho na saúde. De acordo com o último censo brasileiro, carreiras como Nutrição e Serviço Social apresentam acima de 90% de participação feminina e na Enfermagem e Psicologia os percentuais ultrapassam 80% (CONASEMS, 2020; IBGE, 2010).

Nota-se que as profissionais de saúde declararam não ter filhos, mesmo em um relacionamento estável e em idade reprodutiva, o que corrobora com estudos que analisaram a queda da fecundidade no Brasil (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2014; CARMO *et al*., 2018). Na região sudeste, entre 2000 a 2020, o número de filhos por mulher decaiu de 2,08 para 1,56, indicando a redução de 25% na fecundidade (SEADE, 2021).

Em depoimento, uma das participantes alegou que o excesso de trabalho colaborou para o adiamento da maternidade. O maior nível de instrução é considerado fator determinante para o menor número de filhos, por proporcionar maior participação feminina no mercado de trabalho, despertar maior racionalidade reprodutiva e contribuir para a fecundidade mais tardia (YAZAKI, 2003; MENEZES, 2012).

O duplo vínculo empregatício relatado por 87,5% das participantes é uma prática comum entre trabalhadores da saúde brasileiros, na enfermagem ocorre em virtude dos baixos salários (MARINHO *et al.*, 2017). Cabe destacar que nos hospitais, o trabalho dos profissionais de saúde é ininterrupto, com diferentes jornadas e alternância de turnos, o que pode gerar maior estresse e promover um desequilíbrio hormonal devido a ativação do eixo hipotalâmico hipofisário (SILVA *et al.*, 2022, TAHERI, 2004).

Todas as participantes afirmaram professar alguma fé, o que foi considerado um aspecto positivo, uma vez que as práticas religiosas ajudam os profissionais de saúde no enfrentamento do estresse psicológico e oferecem conforto para as preocupações diárias (CAMARGO, 2021).

É comum que os trabalhadores da saúde experenciem situações estressantes. Em unidades oncológicas, a convivência com pessoas que enfrentam o câncer e frequentemente têm prognóstico ruim pode afetar a saúde física e mental dos profissionais deste serviço, neste caso, a predisposição a doenças mentais, sintomas psíquicos e exaustão é ainda mais grave (CAMARGO, 2021; ORTEGA-CAMPOS *et al.*, 2020; TOMAS *et al*., 2019; SAURA, 2022).

Entre as participantes que referiram alguma doença, foram mencionados: a hipertensão arterial, a depressão e o hipotiroidismo. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que 25% da população brasileira adulta têm pelo menos uma doença crônica, destacando a hipertensão arterial (21,4%) e a depressão (7,6%) como as doenças mais prevalentes, ambas com maior incidência em adultos na mesma faixa etária das participantes deste estudo (THEME FILHA; 2015; IBGE, 2013). Neste contexto, justifica-se o uso de medicamentos anticoncepcionais,

antidepressivos, anti-hipertensivos e medicamentos para reposição hormonal entre as participantes.

A maior parte das participantes utilizava o SUS, um dos maiores sistemas de saúde públicos, o que foi atribuído a sua garantia de assistência total e gratuita, associado ao fato que a instituição não oferece o plano de saúde como benefício aos seus colaboradores (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002; TANAKA; MEDEIROS; LILY, 2020).

7. 4 NECESSIDADE DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

7.4.1 Sistema de Saúde e Informação

Na perspectiva dos profissionais de saúde do presente estudo, o domínio que obteve maior destaque foi o Sistema de Saúde e Informação, o qual foi intitulado com o tema "O serviço está entre os melhores". Por se tratar de uma doença que exige cuidados complexos, observou-se um consenso sobre a importância de ter uma boa estrutura e serviços disponíveis para o funcionamento adequado da Rede de Atenção Oncológica, visto que este foi o tema recorrente nos discursos:

E3: *"A estrutura nossa aqui está entre as melhores. Além de ter um prédio novo, você tem os medicamentos. Aqui é o único lugar que nunca chegou a faltar medicamento nenhum. A gente ser uma entidade filantrópica e nunca um paciente sair sem medicamento, isso daí já é um troféu pra gente, né. O paciente tem o respaldo da internação, da cirurgia, da coleta da biópsia, do acompanhamento do exame de sangue dos marcadores tumorais, tem hormonioterapia aqui, tem atendimento domiciliar e tem a terapia infusional. As cadeiras todas na sala de quimioterapia são todas novas, a farmácia é muito bem equipada, a gente dispõe de duas cabines de segurança biológica e o sistema é totalmente informatizado. Então eu acredito que aqui a gente está muito bem atendido e os pacientes também... Eu como profissional do setor, eu estou super realizada e eu acho que qualquer paciente também".*

E1: *"Este serviço é muito completo. A gente consegue abranger esse paciente em várias áreas, com uma equipe multidisciplinar muito boa."*

Percebeu-se entre eles uma satisfação em relação ao serviço ofertado. Segundo estes profissionais, a instituição oferece a estrutura e serviços necessários para atender

completamente cada etapa da linha de cuidado, o que inclui o cuidado integral e integrado a pessoa com câncer (SILVA; OSORIO-DE-CASTRO, 2019).

As profissionais de saúde também consideraram o tempo para início do tratamento um diferencial:

E8: *"Um paciente chega com um tumor aqui, na mesma semana, o paciente já consegue a consulta com o médico, já faz os exames, já passa pela avaliação, já mostra para o médico o resultado e o médico já libera agenda, marcam na mesma semana. Em um mês, o paciente já fez exame, já foi atendido e já está com a cirurgia marcada".*

E3: *"Aqui o tempo de espera não é muito".*

E2: *"Sempre foi atendido a tempo".*

Com base nas afirmações, na unidade, o tempo de espera para o início do tratamento após o diagnóstico é de aproximadamente um mês. A legislação vigente garante a pessoa com câncer o início do tratamento no prazo máximo de 60 dias após a confirmação do diagnóstico, a maior parte dos estudos realizados no país utiliza o mesmo parâmetro, portanto, foi considerado que os pacientes são atendidos a tempo, corroborando para a percepção de eficiência do serviço (ASSENÇO; KLUTHCOVSKY; MANSANI, 2017; BRASIL, 2012b).

Outra característica apontada pelos profissionais foi a inexistência de barreiras na aquisição de insumos para o tratamento oncológico no município:

E6: *"Tudo que é possível a gente faz, até porque para paciente oncológico o Hospital libera tudo, é diferente. O paciente internado não faz colonoscopia, se é um paciente oncológico ele faz. Então, eu acredito que para o paciente oncológico não é difícil conseguir as coisas, aqui".*

E8: *"É muito rápido o atendimento, não tem barreiras, não tem o que impede".*

Foi mencionado pelos participantes que o serviço atende a necessidade de acesso aos medicamentos para o tratamento oncológico, constituindo um motivo de valor por tratar-se de uma instituição filantrópica. Durante o presente estudo, os recursos disponíveis para o setor de oncologia eram o financiamento pela União, via Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF), e a compra centralizada (BRASIL, 2017b).

7.4.2 Psicológico

O domínio Psicológico foi considerado pelos profissionais de saúde como a segunda maior prioridade para a assistência oncológica, sendo descrito como a base para a efetivação

do tratamento. As evidências revelam que os problemas psicológicos são pouco abordados em unidades oncológicas, diante disso, é fundamental atentar para o sofrimento vivido por essas pessoas (MENDONÇA et al., 2020).

Destacamos os seguintes depoimentos das participantes:

E8: "*A necessidade, a principal de todas, é a mental. É a primeira coisa que nós fazemos quando um paciente chega aqui, é encaminhar ele para atendimento psicológico, porque o emocional do paciente fica muito abalado [...] Assim que o paciente pega aquele exame, a maior necessidade dele é de ter um amparo psicológico/mental, porque o baque é muito grande".*

E3: *"O psicológico do paciente é a base de tudo, porque, dependendo, se ele não estiver com o emocional preparado, ele nem vem fazer esse tratamento".*

Em síntese, as pessoas com câncer enfrentam etapas estressantes, como aceitar o diagnóstico, realizar os tratamentos e lidar com seus efeitos colaterais, adequar a mudança da imagem corporal e suas repercussões na sexualidade e conviver com as incertezas sobre o futuro (DINAPOLI, 2021). Cientes dos processos experienciados por essas pessoas, é possível afirmar que o sofrimento psicológico da pessoa com câncer, transcende o sofrimento configurado pela própria doença (SILVA, 2008).

De acordo com as profissionais, esse complexo contexto a qual a pessoa com câncer está inserida predispõe a presença de alterações emocionais, bem como favorece o aparecimento de sintomas de ansiedade e/ou depressão (ZAYAT *et al.*, 2021). Tratando-se de pessoas idosas e resignadas, os níveis de ansiedade e depressão podem ser ainda maiores, resultante da baixa conformidade e da atitude de renúncia (HERNÁNDEZ *et al*., 2019).

A equipe de saúde relatou a necessidade da pessoa com câncer de ser ouvida:

E4: *"Eles têm uma necessidade muito grande de ser ouvido, as vezes eles vêm para consulta e após o exame físico eu fico ouvindo eles... Eles têm uma demanda muito grande por atenção, as vezes só querem conversar sobre o que estão passando e estão sentindo, não tem outra pessoa para falar sobre isso".*

E5: *"Os pacientes oncológicos são muito carentes de atenção, de conversa. Eu faço toda a minha avaliação nutricional, porém eu vejo que na maioria das vezes, na verdade, a gente não vai falar nada de alimentos, da minha parte no caso, mas acolher o paciente, entender a situação que ele está vivendo nesse momento. A gente tem que ter muita aquela questão da escuta".*

Sabe-se que o diagnóstico da doença é mais frequente em as pessoas com idade avançada, logo, a maior parte destas pessoas são aposentadas do trabalho e não são os cuidadores primários de seus filhos, parceiros e pais, o que pode restringir as possibilidades de contato (DINAPOLI *et al.,* 2021).

A falta de vínculo afetuoso durante essa fase pode intensificar o sentimento de solidão social e emocional, podendo exacerbar a angústia e comprometer o tratamento (MENDONÇA *et al.*, 2020). Nesta situação, as profissionais de saúde declararam promover um ambiente de cuidado mais sensível no atendimento às necessidades de atenção psicossocial e no acesso ao apoio.

7.4.3 Cuidado e Suporte

O domínio Cuidado e Suporte foi o terceiro mais comentado pela equipe de saúde. Para esses profissionais, o cuidado à pessoa com câncer exige além dos conhecimentos especializados sobre oncologia, pois demanda compreensão dos sentimentos e emoções relacionados ao adoecimento e competência para oferecer uma assistência integral, o que corrobora com a literatura (CRUZ; ROSSATO, 2015).

Deste modo, os profissionais de saúde devem adotar medidas para minimizar o sofrimento durante o processo de cuidar (LUZ *et al.*, 2016; BASTOS; QUINTANA; CARNEVALE, 2018). A humanização do cuidado e o acolhimento da pessoa com câncer e sua família foram mencionados como um dos objetivos institucionais praticados. Como revelado nesses discursos:

E8: *"A principal coisa que o paciente necessita é de um bom acolhimento, né, que aqui todos nós tentamos fazer o melhor possível. Nós fazemos um bom acolhimento, deixamos o paciente bem no aconchego".*

E3: "*O tratamento começa quando ele recebe o diagnóstico, e aí você já orienta o paciente e os familiares que cuidam dele para ser apoio também*".

Humanizar a assistência em saúde envolve a capacidade do profissional em atentar-se a singularidade de cada pessoa e agir de acordo com as suas necessidades, respeitando suas expectativas, ansiedades, inseguranças e medos (FUNES *et al.*, 2020). O acolhimento é caracterizado pela escuta qualificada e pela promoção do autocuidado perante o processo de

adoecimento, essa diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) trabalha as necessidades da pessoa assistida (BRASIL, 2004).

Acolher as pessoas em acompanhamento e seus familiares, bem como o estabelecimento de vínculos com estes, foi descrito como essencial para o enfrentamento da doença e para o sucesso do tratamento. Para as participantes, o suporte familiar desempenha um importante papel na maneira que a pessoa com câncer lida com essa situação e contribui para a consolidação do cuidado integral, em consonância com a literatura (ALMEIDA; FUNES; MORAES, 2018; PAULA *et al.*, 2019; MENIN; PETTENON *et al.*, 2015).

7.4.4 Físico e Vida Diária

O último domínio elencado foi o Físico e Vida Diária com o tema "Efeitos do adoecimento: enfrentamento da dor". Estas verbalizações relatadas por um enfermeiro, discorrem sobre a necessidade de suporte em relação aos aspectos físicos do tratamento oncológico com enfase na dor. Vale ressaltar que a dor é considerada o quinto sinal vital e a equipe de enfermagem atua diretamente no seu manejo (CHOTOLLI; LUIZE, 2015; OLIVEIRA, 2022).

A dor é conceituada como uma "*experiência desagradável, emocional e sensorial associada a lesões teciduais reais ou potenciais ou descritas nesses termos*" (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2010). Na oncologia, a dor é avaliada por uma perspectiva multidimensional, abrange as dimensões física, social, mental e espiritual, conforme o conceito de Dor Total proposto por Saunders (CORRÊA; MAZUKO; CLARK, 2019; CLARK, 2018). Assim, compreende-se que a dor é uma experiência subjetiva e individual, que pode ou não estar relacionada a um dano tecidual (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com os depoimentos, as pessoas com câncer buscam o serviço por causa da dor:

E4: *"Para a maioria dos pacientes com câncer a necessidade é a dor, eles procuram o Centro de Oncologia pela questão da dor".*

Em um estudo realizado no estado de Pernambuco, Brasil, com 150 pessoas a dor foi atingiu aproximadamente 75% a 100% das pessoas em estágios terminais da doença e cerca de 25 a 50% das pessoas recém diagnosticadas, sendo a dor nociceptiva de caráter visceral a mais prevalente (LIMA *et al.*, 2013). Outras pesquisas recentes, incluindo uma revisão sistemática,

confirmaram que a dor entre pessoas com câncer mantem-se elevada (MOREIRA, 2021; ZIELIŃSKA *et al.,* 2021).

Então, identificar a dor e tratá-la é fundamental para restabelecimento do bem-estar das pessoas com câncer (MOREIRA, 2021; PUETZLER *et al.*, 2014; TOMAS, 2021). A equipe multidisciplinar deve atuar de forma articulada para promoção de cuidados que aliviem totalmente a dor por meio de intervenções não medicamentosas e medicamentosas (COSTA; REIS, 2014).

7.5 INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A integração dos dados ocorreu por meio da combinação dos resultados quantitativos encontrados na fase analítica inicial com os resultados qualitativos obtidos na segunda fase analítica do estudo. A conexão dos dados foi obtida pela interpretação dos resultados quantitativos que contribuíram para a interpretação dos resultados qualitativos. Assim, foi possível comparar as percepções acerca das necessidades prioritárias de suporte para o cuidado de pessoas com câncer por meio das informações obtidas nas três fases deste estudo.

7.5.1 Físico e Vida Diária

O domínio Físico e Vida Diária, que compreende o enfrentamento de sintomas e efeitos adversos do tratamento oncológico, foi considerado a principal necessidade de suporte para o cuidado de pessoas com câncer. Evidenciou-se que a atenção às manifestações físicas da doença foi valorizada pelos participantes como objetivo primordial para o cuidado da pessoa com câncer, em consonância com a literatura (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020; STEINHAUSER *et al*., 2000).

Neste estudo, o tratamento oncológico, com destaque para a quimioterapia, foi visto como algo a ser suportado, como pode ser observado nas seguintes falas extraídas dos discursos dos participantes do GF, na fase 3:

E3: *"A quimioterapia afeta o físico da gente demais. [...] Mas a radioterapia faz um estrago também, [...] eu saía no Sol e parecia que estava mais quente que tudo, parecia que estava rasgando a minha 'carne'".*

E1: *"A mais sofrida é a quimioterapia. [...] Quando a gente está na quimioterapia a gente nem come. Eu passei com uma salada ou uma vitamina, porque o arroz, o feijão e a carne o meu estômago não aceitava"*.

E1: "*Olha meu desespero, eu começo a me coçar, dá aquelas 'bolinhas' e 'estoura'. Estou toda marcada*".

A definição do tipo de tratamento depende da natureza e extensão do câncer. Quando há a necessidade de associação de agentes quimioterápicos à terapêutica, as células saudáveis também são afetadas, em consequência de sua ação inespecífica (BRUTON; LAZO; PARKER, 2011). Sabe-se que o início do tratamento oncológico é marcado pelos efeitos colaterais que impõem a perda da autonomia e a desconstrução da autoimagem, o que é tolerado por essas pessoas devido importância para o controle da doença e manutenção da vida (BENITES; NEME; SANTOS, 2017; MENDONÇA *et al.*, 2020).

Os participantes também revelaram um cansaço progressivo relacionado ao deslocamento para o tratamento antineoplásico:

E2: *"Eu cansava muito de sair de casa às quatro da manhã, chegar lá no hospital às seis horas da manhã, enfrentar aquilo e sair de lá da Oncologia às três/quatro horas da tarde [...] No outro dia você não era ninguém, você estava com dor no corpo todo. Todo arrebentado"*.

Foi comentado sobre o esgotamento intenso associado ao início do tratamento e a falta de ânimo para as atividades de vida diária em consequência das longas sessões de quimioterapia, apesar de possuir diversas causas, o cansaço é frequentemente relatado por pessoas com câncer, em consonância com outros estudos (MENDONÇA *et al.*, 2020; SILVEIRA, 2021).

Nota-se a interferência da dor física na sexualidade. Para os participantes é necessário estar bem fisicamente para autorrealizar-se sexualmente, conforme demonstrado nos seguintes discursos:

E2: *"Mas que sexualidade, eu quero me recuperar! É só isso. Depois eu penso na sexualidade. [...] Você tem que estar bem pra caramba para ter uma sexualidade decente"*.

E3: *"Eu não sabia, a hora que você vai pro auge [do ato sexual] mesmo, ah... Mas eu vou te contar viu... Eu senti dor... Eu senti dor porque a próstata estava machucada do tratamento.*

E3: *"O mais importante é essas outras coisas. Você estar bem fisicamente, de cabeça, todas essas outras coisas, né. Então a sexualidade não é uma coisa assim não... Primeiro vamos cuidar do físico".*

Percebeu-se que a terapêutica possuí grande impacto nas condições físicas da pessoa com câncer, como já descrito anteriormente, são manifestações comuns: dor, náusea, fadiga, perda de apetite, alopecia, a insônia, entre outros (SILVEIRA *et al.*, 2021). Isto posto, identificar esses sintomas em pessoas com câncer e tratá-los, bem como promover educação de saúde afim de prevenir agravos, torna-se fundamental para minimizar os efeitos na qualidade de vida dessas pessoas (PUETZLER *et al.*, 2014).

Verificou-se 104 discursos extraídos das falas dos participantes relacionados as unidades de registro: "O tratamento afeta o físico, a quimioterapia faz um estrago", "O mais importante é você estar bem fisicamente", "Você precisa estar bem para ter sexualidade", "O tratamento é dolorido", "É um cansaço grande" e "Cuidar de si", enfatizando a necessidade de olhar para o domínio Físico e Vida Diária com prioridade.

7.5.2 Psicológico

As necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte, que compõem o domínio Psicológico, representaram a segunda maior necessidade de suporte para o cuidado de pessoas com câncer. Ademais, o fato de 45% não trabalhar ou estar empregado e não encontrar disposição para o trabalho mesmo em faixa etária ativa corroboraram para a percepção de maiores necessidades psicológicas

Na maior parte dos casos essas pessoas enfrentam os conflitos emocionais e espirituais desafiadores (MIRANDA, 2015), como exposto pelos participantes:

E1: *"Nossa, até hoje eu tenho muita ansiedade, qualquer coisinha eu já choro. [...] Eu fiquei nesse mundo, mexeu muito com o meu emocional. Mexeu demais comigo, eu não tinha isso, isso tudo foi depois da cirurgia e do tratamento. A gente sofre demais... O que a gente passou não saí da mente".*

E3: *"Quando vê aquilo ali [o câncer], fica baqueado, quer morrer, quer se matar... Isso passa. Eu tive o câncer mais novo, então faz 11 anos que graças a Deus eu tô insistindo vivo".*

E1: *"Quando eu descobri o meu câncer de mama eu fiquei depressiva".*

É possível afirmar que essas pessoas relacionam o diagnóstico do câncer a problemas psicológicos e ao sofrimento mental. Esses resultados assemelham-se aos achados de outra pesquisa que investigou os impactos da doença, evidenciando que o momento do diagnóstico de câncer foi considerado a situação mais crítica da vida dessas pessoas, principalmente pela associação da doença à terminalidade (SILVA *et al.*, 2005).

Pesquisas atuais relacionam as características sociodemográficas à incidência de transtornos psicológicos em pessoas com câncer. Tal como, ser do gênero feminino está relacionado a maior incidência de ansiedade e a depressão. Ainda, a idade avançada foi considerada como um fator importante para predispõe da depressão (YÜCE; DÖNER; MUZ, 2021). Para além dos atributos pessoais, outros trabalhos indicam uma relação entre o câncer de mama e ocorrência de depressão, por tratar-se de um problema multifatorial esta associação é complexa (VILAR *et al.*, 2017).

Embora as pessoas com câncer tenham uma boa percepção da sua saúde, nota-se que elas precisam de ajuda quanto as questões psicológicas. Percebe-se a necessidade de acesso aos cuidados psicossociais e apoio intensivo durante o processo saúde-doença, o que permeia todo o tratamento e até mesmo após a sua conclusão, para as pessoas em acompanhamento no setor de oncologia.

Observou-se nos relatos que a palavra "câncer" impacta diretamente essas pessoas por sua associação à morte:

E2: *"O câncer é pior coisa que tem, porque ele não ataca só o órgão que ele pegou, ele ataca a cabeça. A pessoa já fica toda, toda... Falou a palavra câncer: morri".*

E4: *"É um impacto muito forte para o paciente. Aqui a gente nem usa essa palavra câncer. Porque se a gente falar o câncer, a pessoa já começa a chorar ali naquele momento... Já começa a entrar em desespero".*

Por representar a segunda causa de morte na maioria dos países ocidentais, as neoplasias são consideradas uma sentença de óbito e de aproximação com o fim de vida (BATISTA *et al.*, 2022). Consequentemente, as pessoas diagnosticadas com a doença compartilham inúmeras incertezas sobre o futuro e lutam pela sobrevida (SOUZA *et al.*, 2013; BATISTA; MENDONÇA, 2012).

A partir dos depoimentos, nota-se que a fé foi utilizada como estratégia de enfrentamento para a doença:

E1: *"Que eu fiquei muito mal, quando eu descobri eu fiquei mal demais, mas estou superando com Deus".*

E3: *"Graças a Deus ainda tem um caminho".*

Desde 1988 a espiritualidade está inclusa no conceito multidimensional de saúde, a partir disso, diversos autores defenderam a perspectiva de um ser humano biopsicossocial e espiritual, valorizando as experiências espirituais e religiosas, principalmente em pessoas com câncer (MIRANDA, 2015; SALSMAN *et al.*, 2015).

A literatura evidencia o aumento na autoestima, sensação de bem-estar, esperança, otimismo e melhora no suporte emocional e social como vantagens da espiritualidade (MIQUELETTO *et al.*, 2017). Também foi observada a redução dos níveis de estresse, ansiedade, depressão e medo (SILVA et al., 2016). Ainda, uma pesquisa recente confirmou a associação entre o enfrentamento religioso espiritual a uma maior qualidade de vida e melhor saúde mental (GREER *et al.*, 2020).

A busca ou a reaproximação da espiritualidade contribui para maiores níveis de sobrevida, pois, promovem conforto para o sofrimento e equilíbrio frente a convivência com as adversidades relacionadas ao adoecimento, significando uma importante fonte de suporte para as pessoas com câncer (BATISTA *et al.*, 2022; LINARD; SILVA; SILVA, 2002). A partir disso, confirmou-se a relevância da fé ao longo do tratamento oncológico.

Observou-se que a espiritualidade proporciona crescimento em meio a situações difíceis, relacionando-se ao processo de resiliência (CALVETTI *et al.*, 2012). A resiliência teve destaque como um processo de proteção à saúde, como relatado nos seguintes discursos:

E2: *"Quantas vezes eu vi a pessoa tocar o sino e falarem: 'Tá curado'. Eu disse: 'graças a Deus, ele está curado porque ele soube trabalhar com a mente dele muito bem, ele soube trabalhar com o psicológico dele muito bem".*

E2: *"Você tem uma mente para controlar".*

Ser resiliente significa ter capacidade para recuperar-se psicologicamente diante as adversidades, e tem como característica a versatilidade e flexibilidade com uma visão positiva

do desenvolvimento humano (PINHEIRO *et al.*, 2004). Ademais, pesquisas confirmaram que a capacidade de enfrentamento e autoeficácia são fatores que promovem melhora na qualidade de vida de pessoas com doenças graves como o câncer (CALVETTI *et al.*, 2012; HENOCH *et al.*, 2007; LIAO *et al.*, 2014).

7.5.3 Cuidado e Suporte

O domínio Cuidado e Suporte ocupou o terceiro lugar entre as necessidades prioritárias para o cuidado de pessoas com câncer. Estas necessidades se referem ao suporte relacionados à família, aos amigos e aos profissionais de saúde. Percebeu-se que os adultos apresentaram maiores necessidades de suporte para cuidado, mesmo que sejam baixas.

O fato dos participantes do presente estudo referirem um relacionamento estável e que coresidir com outras pessoas, as quais tinham uma relação satisfatória, pode ter contribuído para que as necessidades de cuidado e suporte não seja uma prioridade e ocupe a terceira colocação.

Ao que diz respeito ao GF, evidenciou-se a unidade de registro "Acolhimento promove a cura e a segurança" como o assunto mais comentado, com 61 relatos, dentre os quais ressaltamos os seguintes discursos:

E4: *"Na hora que terminou a triagem eu dei um abraço nele e ele começou a chorar de soluçar mesmo. Aí eu falei: 'mas por que que o senhor está chorando?' E ele falou assim: 'Você não sabe o tanto que significa esse abraço'".*

E3: *"A gente via os profissionais, via como eles agiam com a gente, tratando bem. Isso transmite para a pessoa uma segurança grande. É uma esperança grande de cada um ali para poder seguir o caminho."*

E2: *"Ela coleta o sangue da gente, mas eu pelo menos, eu chego lá com o maior gosto. Falo: 'toma!', oferecendo o meu braço para ela coletar o sangue, porque ela brinca, ela conversa, conta caso. Não é todo mundo".*

E3: *"Eu acho muito bonito o trabalho de vocês. O enfermeiro tem aquela paciência, aquele amor, aquele carinho... Quando um paciente morre, ele sente, ele se doou tanto ali, mas infelizmente não pode. Eu rezo pra que Deus sempre ilumine, cada enfermeiro ali é um anjo de guarda que a gente tem."*

E2: *"Até hoje eu e o doutor temos uma amizade, assim, de poder falar".*

Percebe-se nestes discursos a sensibilidade da pessoa com câncer em relação ao sentir-se acolhido, com implicações terapêuticas diretas para seu tratamento. Conhecer os princípios para o controle dos sintomas físicos e dos cuidados interdisciplinares e ter habilidades clínicas para realização da avaliação completa são atributos essências para qualquer profissional de saúde (CHOUDHRY; FLETCHER; SOUMERAI, 2005). Contudo, todo profissional do setor de oncologia deve ter a competência para reconhecer a complexidade do tratamento oncológico e o contexto de fim de vida relacionado ao câncer para promoção da empatia e compaixão (HEGARTY *et al.*, 2011).

Por isso, as pessoas com câncer e seus familiares carecem de uma gama de profissionais de saúde para interagir, salientando a necessidade da integração de uma equipe multidisciplinar neste cuidado (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020). Para tanto, além do acolhimento, outros cuidados inovadores estão sendo desenvolvidos pelos profissionais deste serviço, como a escuta qualificada, o diálogo e o estabelecimento de vínculo com as pessoas atendidas e seus familiares, afim de valorizar as experiências dessas pessoas e melhor compreendê-las quanto as suas necessidades (MAYNART *et al.*, 2014).

Esses recursos possibilitam que os profissionais de saúde sejam capazes de ouvir atentamente, responder as emoções e identificar as preferências das pessoas atendidas, ajudando-os no gerenciamento das suas preocupações por meio da tomada de decisão compartilhada (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020; HEGARTY *et al.*, 2011)

Outro ponto discutido pelos participantes foi a relevância do suporte familiar para a adesão ao tratamento e o alcance da cura, como observado nesses depoimentos:

E5: *"Pra nós profissionais a base é o suporte familiar, porque nós sabemos que vai atrapalhar o tratamento do paciente. Muita coisa que acontece no lar deles atrapalha. Tem muitos pacientes que desistem do tratamento. Eles vão embora, desistem porque a família não dá apoio".*

E1: *"A gente sempre conta com o apoio da família em primeiro lugar. A minha irmã deixou a vida dela na roça e veio cuidar de mim, ela me dava banho, me ajudava a vestir roupa e me acompanhou em tudo".*

E2: *"Quando se tem pessoas boas do lado, família, amigo e quando a gente tá fazendo o tratamento aqui e tá sendo bom, a cura vem mais depressa. A cura vem".*

Os familiares de pessoas com câncer podem oferecer suporte nas dimensões física, mental, emocional, espiritual e financeira (THOMAS *et al.*, 2021). Tratando-se de pessoas idosas, o apoio familiar é fundamental para a qualidade de relacionamento social e promoção

de bem estar, e sobretudo para pessoas dependentes que recebem ajuda para suas necessidades básicas (CAMPOS *et al.*, 2017).

Nota-se que as pessoas mais velhas recebem mais apoio de pessoas que corresidem com elas, especialmente filhos, sendo o apoio de amigos e outros familiares menos frequente e com oscilações (ALENCAR, 2009). Também, há evidências que para os idosos dependentes este apoio está relacionado as necessidades de cuidados para realização das suas atividades diárias e para os idosos independes é ofertado apoio emocional e companhia (BRITO *et al.*, 2019).

Na maioria dos casos de pessoas em cuidados paliativos, os cuidados de fim de vida dependem da comunidade, onde familiares e amigos assumem o papel de cuidador (ROSENWAX *et al.*, 2003; GYLLENHAMMAR *et al.*, 2003). Dessa maneira, os cuidadores de pessoas com câncer são imprescindíveis para equipe de saúde e apresentam-se suscetíveis aos contratempos atribuídos às suas responsabilidades de cuidar (THOMAS *et al.*, 2021). Com isso, os cuidadores também podem enfrentar problemas como a privação de sono, isolamento social, ansiedade, depressão e aumento da mortalidade, em decorrência do seu papel de cuidador (ADELMAN *et al.*, 2014; PERKINS *et al.*, 2013).

Cientes disso, os profissionais de saúde revelaram a necessidade de incluir os familiares no atendimento:

E4: *"O familiar ele sofre também com isso. 'Ah, ele ta ali esperando', ele não está ali esperando porque ele quer. Então eu peço muito pra minha equipe ter paciência. Aqui a gente trabalha o familiar e o paciente".*

E5: *"Nós também oferecemos suporte familiar, não só para o paciente, mas para a família".*

Os profissionais de saúde podem ofertar apoio e buscar atender as necessidades pessoais, comportamentais e ambientais desses cuidadores (THOMAS *et al.*, 2021). No entanto, oferecer um suporte adequado aos pacientes e seus familiares é algo complexo (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020). Instrumentos validados de avaliação das necessidades de cuidados podem auxiliar a equipe de saúde a reconhecer quando as pessoas com câncer e seus familiares precisam de apoio adicional ou outros serviços (WALLER *et al.*, 2010).

7.5.4 Sistema de Saúde e Informação

O domínio Sistema de Saúde e Informação foi considerado a quarta maior necessidade de suporte para o cuidado de pessoas com câncer. Este domínio engloba a necessidade de informação sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares e questões financeiras. Sobre essa temática, as unidades de registro de maior frequência foram: “É muita gente, muitas espera em outros serviços de saúde” e “Negam o benefício, aposentar é difícil, preciso me manter”.

Foi relatada a experiência dessas pessoas com câncer quanto a demora no atendimento em outras instituições, conforme apontado nestes discursos:

E2: *“A vantagem que eu tenho nesse hospital é de não ter aquela espera. Em São Paulo, por dia deve ser umas cinco mil pessoas mais ou menos aguardando atendimento”.*

Em pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama em um Centro de Referência da Saúde da Mulher de São Paulo, Brasil, a média do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 74,7 dias (dp = 212,6) e mediana de 45 dias, o que foi decisivo para os desfechos de recidiva e metástase (SOUZA, 2015). Em outro estudo realizado no principal Centro Oncológico do Rio de Janeiro, Brasil, com 856 mulheres com câncer de colo de útero, o tempo médio do diagnóstico até o início do tratamento foi de 114 dias (SILVA; SILVA; KOIFMAN, 2019).

Já no estado do Piauí, Brasil, 71,6% das mulheres com câncer de mama iniciaram o tratamento em um estágio avançado da doença e não tiveram acesso ao tratamento no tempo preconizado, neste trabalho o intervalo de tempo encontrado foi de 12 dias a 550 dias, o equivalente a 1 ano e 5 meses de espera para o início do atendimento (SOUSA *et al.*, 2019). Principalmente em oncologia, o atraso no atendimento está diretamente relacionado a um pior prognóstico, consequentemente a morosidade na disponibilização do cuidado pode significar perdas de vidas (CAPUCHO *et al.*, 2022; HANNA *et al.*, 2020).

No Brasil, a demora no atendimento das pessoas com câncer tem múltiplas facetas, assim como ocorre em outros países (CAPUCHO *et al.*, 2022; COCA-PELAZ, 2021; SOUZA *et al*., 2015). É premente a necessidade de melhoria no processo de disponibilização do tratamento oncológico de modo que promova a ampliação do acesso ao cuidado para essas pessoas em tempo apropriado.

Constatou-se também que algumas pessoas com câncer precisaram deslocar-se para receber o tratamento para o câncer, o que ocorre em várias regiões do país em decorrências das desigualdades na oferta de serviços de saúde no SUS, principalmente para as doenças que demandam por cuidados complexos, onerosos e prolongados como o câncer (CUBERO *et al.*,

2018). Como essa situação pode ter grande impacto econômico e social, nota-se a pertinência da descentralização dos cuidados especializados, afim de evitar deslocamentos entre as cidades do interior e as capitais.

A integralidade do cuidado é prevista como princípio do SUS, está inclusa na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com condições crônicas e é estabelecida pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, deste modo, é dever do Estado definir e agir em defesa de políticas públicas e organização das redes de atenção para garantir o funcionamento adequado nos serviços de oncologia (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013; BRASIL, 1990).

A dificuldade para conquistar a aposentadoria foi destaque entre as falas dos participantes, como mencionado nesses depoimentos:

E2: *"Eu tentei o benefício, nossa, é a coisa mais difícil que tem".*

E2: *"Eu chorei quando eu consegui aposentar. Não me envergonho de falar, eu chorei. Porque eu estava passando umas necessidades "bravas", eu já estava morando de favor".*

E5: *"É uma dificuldade tremenda de entrar no tratamento, a medicação e aí entra o benefício que o paciente necessita".*

As pessoas com câncer estão sob risco financeiro pessoal em virtude das novas despesas associadas ao tratamento, como transporte, medicamentos sintomáticos e insumos que não são cobertos pelo sistema de saúde (NIPP *et al.*, 2016).

Um estudo realizado com 334 mulheres quenianas com câncer ginecológico constatou que as participantes com ensino fundamental apresentaram maiores desafios financeiros em comparação a pessoas com outros níveis de instrução (OWENGA; NVAMBEDHA, 2018). De acordo com evidências, as repercussões negativas relacionadas a esses custos são comparáveis a outros efeitos devastadores do diagnóstico do câncer, o tratamento oncológico e seus efeitos adversos, pois são significativas para as pessoas com câncer e seus familiares, principalmente considerando a baixa renda média dos participantes (NEWTON *et al.*, 2018; ROSENZWEIG *et al.*, 2019).

Dado que o tratamento medicamentoso para o câncer é de alto custo e o sistema privado de saúde não atende essa necessidade, justifica-se a utilização de 100% do SUS entre as pessoas com câncer participantes deste estudo. Nesse contexto, embora os avanços da medicina levaram ao desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas para assistência oncológica, houve um acréscimo substancial nos custos de saúde em virtude dessas novas tecnologias adotadas, sendo

o tratamento do câncer considerado o segundo mais caro dos Estados Unidos, atrás apenas das doenças cardiovasculares (ARAÚJO, 2020; LENTZ; BENSON; KIRCHER, 2019; SOCIEDADE AMERICANA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2014).

Portanto, com o aumento crescente dos custos para o cuidado oncológico as preocupações financeiras de pessoas com câncer, seus familiares, profissionais e sistemas de saúde estão em evidência (SATIBI *et al.*, 2019). A melhor alternativa para redução dos custos do tratamento oncológico para essas pessoas é a prevenção do câncer e sua detecção precoce (ARAÚJO *et al.*, 2020). Ressalta-se que o fortalecimento dos programas de financiamento para assistência oncológica e a descentralização do acesso aos tratamentos oncológicos podem reduzir estes custos.

7.5.5 Sexualidade

O domínio Sexualidade foi elencada para o topo da pirâmide das necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer, ocupando a quinta posição. A satisfação das necessidades ligadas a sexualidade vivida e de receber informações sobre as relações sexuais foi considerada a autorrealização plena, algo a ser buscado quando todas as demais necessidades forem atendidas. Pressupõe-se que o fato de os participantes serem pessoas com idade avançada e mulheres sem filhos pode ter contribuído para que as necessidades relacionadas a sexualidade não sejam vistas como prioritária.

Para os participantes deste estudo a sexualidade foi considerada um assunto delicado, como citado nos depoimentos:

E5: “A sexualidade é considerada um assunto delicado”.

E2: “Toda vez que eu tenho relação dói muito. E o médico me disse: ‘você nunca me falou isso?’ E eu falei ‘Não, eu não achei que era uma coisa que você precisasse saber, só se fosse urologista”.

Um estudo de revisão identificou que as pessoas em tratamento oncológico esperam que os profissionais de saúde às informem sobre os riscos relacionados a fertilidade e querem receber informações completas sobre o tratamento para que não seja necessário buscar essas informações por si mesmos (ANAZODO *et al.*, 2019). Compreensivelmente, as pessoas com câncer não desejam se deparar com disfunções sexuais e problemas reprodutivos após o início

do tratamento sem que sejam informadas previamente (SILVA *et al.*, 2020; WYNS *et al.*, 2015).

Para que as pessoas com câncer se sintam à vontade para discutir diferentes questões, como a sexualidade, faz-se necessário estabelecer linhas de comunicação abertas, bem como promover momentos e locais apropriados, particularmente pelo fato de que por muito tempo a sexualidade foi considerada um assunto proibido (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020).

É competência dos profissionais de saúde perguntarem sobre o relacionamento conjugal como parte da avaliação inicial da pessoa assistida, a adição de uma simples pergunta sobre a satisfação com o casamento pode implicar na identificação de pessoas que estão em alto risco e no encaminhamento para especialistas e acompanhamento psicológico (DORVAL *et al.*, 1999).

A crença que os maridos abandonam as esposas que tem câncer não é incomum e foi evidenciado nos discursos dos participantes:

E1: *"Nós ficamos separados quase dois anos tudo por causa desse meu problema de saúde. Eu sofri sem ter o apoio dele [do marido]... Quando eu mais necessitava da compreensão dele, do coleguismo, do companheirismo, eu não tive essa parte..."*

E5: *"A família fica desestruturada. Tem muito esposo que abandona a esposa quando começa o tratamento. Isso tudo desestrutura o tratamento do paciente"*

Estudos de revisão recente fornecem evidências de um risco maior de divórcio após o diagnóstico de câncer (FUGMANN *et al.*, 2022; KIRCHHOFF *et al.*, 2012; SONG *et al.*, 2014). Entretanto, pesquisas anteriores afirmaram não haver maior risco de divórcio após diagnóstico de câncer (DORVAL *et al.*, 1999; JOLY *et al.*, 2002).

Todavia, o tipo de câncer também pode interferir no risco de separação. Segundo pesquisadores dinamarqueses, após análise dos registros de 46.303 pessoas com câncer foi verificado uma maior taxa de divórcio em pessoas com câncer cervical (CARLSEN *et al.*, 2007). Cabe ressaltar que os trabalhos aplicam uma definição mais ampla de separação, além dos divórcios oficiais, e o rigor metodológico foi respeitado.

Discutir o estado marital de pessoas com câncer se faz pertinente porque ser divorciado ou separado está associado a um grupo mais vulnerável, pois ser solteiro está relacionado a menor sobrevida e pior prognóstico para o câncer (KRAJC *et al.*, 2022). Vale ressaltar, a

necessidade de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde terem ciência do apoio social dos conjugues para essas pessoas.

Outro ponto discutido foi o fato que o tratamento oncológico afeta o sexo, conforme os relatos dos participantes:

E3: *"Você começa a fazer o tratamento e seu esperma já diminuí... Falam que o esperma da gente diminuí e é verdade mesmo. O esperma diminuí e o testículo diminuí também. Mas a ereção não, entendeu? A ereção continua".*

E3: *"O médico disse: 'Infelizmente o senhor não vai mais poder ter filhos...'. Do jeito que ele fala, já dá um "tapa na cara". Aí o 'caboco' já vai pra baixo, já cai lá em baixo."*

Segundo Carvalho (2020), o comprometimento ou a perda da capacidade para as atividades sexuais constitui um dos efeitos mais significativos para os homens com câncer de próstata, em virtude da influência sobre a sua identidade masculina. Para as mulheres com câncer de mama não é diferente, perder um seio está inerentemente ligado à identidade feminina, comprometimento da sexualidade e do ser mulher (DINAPOLI, 2021). Ainda, entre as sobreviventes do câncer de mama, 73,4% afirmaram ter disfunções sexuais, constituindo um grupo de risco (JING, 2019).

Deve-se considerar também a preocupação com a infertilidade após o tratamento quimioterápico, resultados de pesquisas indicaram que 37% das pessoas com câncer desejavam ter filhos no futuro, 51% se preocupavam com o risco de infertilidade e 26% disseram que este risco foi determinante em relação ao tratamento (RUDDY *et al.*, 2014).

Ademais, associa-se a ameaça a fertilidade ao sentimento de perda e luto, conflitos no relacionamento conjugal, diminuição do bem-estar psicológico e aceitação da doença, impactando de forma negativa na qualidade de vida de indivíduos sobreviventes de câncer, com destaque para aqueles sem filhos (USSHER, 2019; SILVA *et al.*, 2020). É válido enfatizar que as pessoas em tratamento oncológico sentem necessidade de que os profissionais da saúde os apoiem quanto as preocupações referentes à infertilidade após o câncer (ANAZODO *et al.*, 2019).

7.6 NECESSIDADE HUMANAS BÁSICAS

A teoria proposta por Horta emergiu do desgosto com a assistência de enfermagem oferecida e a necessidade de um referencial teórico que clarificasse o saber da Enfermagem visando direcionar o atendimento para as necessidades básicas das pessoas (HORTA, 1979). Apoiada nos trabalhos de Maslow e Mohana, a enfermeira conseguiu centralizar o processo de assistência no atendimento das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979).

A utilização de abordagens teóricas para direcionar a prática de enfermagem é enfatizada na literatura de enfermagem, tanto no que diz respeito a translação do cuidado, como no sentido de nortear o levantamento de dados das pessoas que serão assistidas.

De acordo com a teoria hierárquica da motivação humana de Maslow, as necessidades básicas se desenvolvem à proporção que a pessoa cresce e torna-se madura, deste modo, cada necessidade emerge quando a que está acima da lista é satisfeita, na seguinte ordem de necessidades: fisiológicas, de segurança, de pertencer e de amor, de estima e a autorrealização (BRUNER; SUDDARTH, 1990; ATKISIN; MURRAY, 1989).

Já o trabalho de Mohana, divide a dimensão psicológica em três níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual, os quais correspondem a necessidade intrínsecas da existência humana. Segundo Horta, as necessidades são comuns a todas as pessoas por serem universais, alterando apenas a maneira de satisfazê-las ou atendê-las. Para a teorista, os fatores que interferem na manifestação e no atendimento das necessidades são: singularidade, gênero, idade, cultura, nível de instrução, fatores socioeconômicos, processo de saúde-doença e o meio ambiente que a pessoa está inserida (HORTA, 1979).

No que diz respeito às necessidades psicobiológicas, estão inclusas as necessidades de sexualidade, uma parte integral do autoconceito que se refere ao comportamento sexual e a todas as atitudes que o mantém, relacionado a assuntos sexuais (ATKISIN; MURRAY, 1989).

Ao nível das necessidades psicossociais estão as necessidades físicas e de vida diária, as quais atendem a uma necessidade de proteção do organismo contra agravos físicos, as quais são consideradas as necessidades prioritárias para o cuidado de pessoas com câncer. De acordo com vários estudos o controle da dor e de outros sintomas, estar bem o suficiente para gastar tempo de qualidade com amigos e familiares e para lidar com situações inacabadas devem receber atenção prioritária (CURROW; AGAR; PHILLIPS, 2020; DAVIES et al., 2016; KHANDELWAL et al., 2017; PIDGEON et al., 2016; VIRDUM et al., 2015).

Entre as necessidades psicológicas também estão inclusas nas necessidades psicossociais, atribuídas a sensação de tranquilidade e de estado livre de medo, ansiedade e

angústia. Observou-se que a carga de sintomas físicos e psicológicos dos pacientes e o aumento das necessidades de atenção não atendidas relacionadas às atividades psicológicas, físicas e do cotidiano contribuíram para o desenvolvimento da ansiedade e da depressão (YÜCE; DÖNER; MUZ, 2021).

Outros trabalhos que evidenciaram que as maiores necessidades de apoio foram observadas no domínio psicológico seguidas das necessidades relativas ao sistema de saúde e à informação e ao domínio físico e vida diária (RENOVANS, 2017; FORD, 2012). Para a Horta, esses desequilíbrios são provocados por falta ou pelo excesso de atendimento (CIANClARULLO, 1987).

Ainda dentro das necessidades psicobiológicas, as necessidades de cuidado e suporte compõe esse nível, sendo definidas como todas as etapas envolvidas em uma relação dupla entre a pessoa e o ambiente (HORTA, 1979).

Em relação as necessidades psicoespirituais, essas são definidas pelas necessidades religiosas e espirituais.

As necessidades humanas básicas, por sua vez, são descritas por Horta como um estado de tensão resultante dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais, onde as manifestações das alterações das necessidades humanas básicas correspondem aos estados de desequilíbrios (HORTA, 1979).

No contexto do câncer, entende-se por manifestação das necessidades humanas básicas a condição ou situação apresentada pela pessoa com a doença, sua família ou comunidade que exige uma solução para que o equilíbrio seja reestabelecido. Esta manifestação pode ser aparente ou inaparente, verbalizada ou não, consciente ou inconsciente (CIAN'ClARULLO, 1987). A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde, e como tal mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio, no tempo e espaço (HORTA, 1979).

Este estudo apresentou limitações: não foi possível informar o tipo de câncer e o tipo de tratamento realizado pelas pessoas com câncer.

8 CONCLUSÃO

Neste estudo, buscamos investigar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia. Os achados revelaram que o cuidado de pessoas com câncer tem desafios únicos relacionados ao curso da doença e às necessidades dessas pessoas.

As necessidades prioritárias de suporte para o cuidado de pessoas com câncer evidenciadas são: 1) Físico e Vida Diária; 2) Psicológico; 3) Cuidado e Suporte; 4) Sistema de Saúde e Informação; e 5) Sexualidade, respectivamente. Neste contexto, o domínio Físico e Vida Diária deve ser tratado com prioridade.

Nos achados justificam-se pelo impacto dos sintomas físicos do tratamento nas atividades de vida diária da pessoa com câncer. O fato de que 45% dos participantes não trabalhavam e não tinham disposição para o trabalho, mesmo em faixa etária ativa, também pode ter corroborado para a percepção de maiores necessidades físicas e psicológicas.

Em compensação, por tratar-se de pessoas idosas, com companheiro, que demonstraram ter uma relação satisfatória com os familiares e com o tratamento que recebem pode ter favorecido para a maior satisfação quanto as necessidades de cuidado e suporte.

Ademais, destaca-se que os participantes eram, em sua maioria, pessoas com idade avançada e mulheres sem filhos, o que pode ter contribuído para que a sexualidade não seja vista como uma necessidade prioritária e algo a ser alcançado quando todas as demais necessidades forem satisfeitas.

9 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Como reflexo dessas prioridades definidas pelas pessoas com câncer e profissionais de saúde, recomenda-se aos serviços de oncologia um olhar crítico para o atendimento às necessidades dessas pessoas em vistas da qualidade do atendimento prestado.

Aconselha-se que avaliação dos sintomas físicos e dos níveis de sofrimento psíquico da pessoa com câncer sejam consolidados no processo assistencial, de modo a contribuir para o desenvolvimento de um ambiente de cuidado mais sensível no atendimento às necessidades de suporte para o cuidado. Para tanto, faz-se necessário a uma abordagem interdisciplinar e articulada da equipe de saúde para ofertar cuidados de alta qualidade para as pessoas com câncer.

Neste contexto, os resultados encontrados podem colaborar para educação permanente dos profissionais de enfermagem e da equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. M. Rede de apoio social dos idosos no município de São Paulo: estudo SABE. 2009. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. DOI:10.11606/D.6.2009.tde-30082021-145640. Acesso em: out. 2022.

ALMEIDA, F. A.; FUNES, M. M.; MORAES, M.W. A Vivência do enfermeiro no processo de morte e morrer do paciente com câncer. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7.; 2018 CIAIQ. Anais [...]. 2018.

ANAZODO, A. *et al.* How can we improve oncofertility care for patients? A systematic scoping review of current international practice and models of care. **Hum Reprod Update.** v. 25, n. 2, p. 159–179, 2019. DOI: 10.1093/humupd/dmy038.

ANNUNZIATA, M. A. *et al.* Is long-term cancer survivors' quality of life comparable to that of the general population? An italian study. **Support Care Cancer**, v. 23, n. 9, p. 2663–2668, 2015.

ARAÚJO, J. K. L. *et al*. Assessment of costs related to cancer treatment. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 10, p. 1423–1430, 2020.

ASSENÇO, K. C.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; MANSANI, F. Atraso no diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer de colo de útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde em um centro de referência do Sul do Brasil. **Mundo Saúde**, v. 41, p. 692–702, 2017.

ATKISIN, L.; MURRAY, M. E. Fundamentos de Enfermagem- Introdução ao processo de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 1989.

BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438–442, 2011.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, v. 24, p. 129–146, 2011.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325–339, 2015. São Paulo (SP).

BASTOS, R. A.; QUINTANA, A. M.; CARNEVALE, F. Sofrimento psíquico experimentado por enfermeiros que trabalham com pacientes em processo de morte: um estudo clínico-qualitativo. **Tendências Psicol.** v. 26, n. 2, p. 795–805, 2018. DOI: 10.9788/tp2018.2-10pt.

BATISTA, S.; MENDONÇA, A. R. A. Espiritualidade e qualidade de vida nos pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. bioét.** (Impr.). 2012. 20(1):175-88. Disponível: https://bit.ly/3ClGFQJ. Acesso em: jun. 2022.

BATISTA, N. T. *et al.* Espiritualidade na concepção do paciente oncológico em tratamento antineoplásico. **Revista Bioética,** v. 20, n. 1, p. 175–188, 2012.

BEESLEY, V. L., *et al.* Perceptions of care and patient-reported outcomes in people living with neuroendocrine tumours. Support Care Cancer. 2018;26(9):3153-3161.

BENITES, A.; NEME, C.; SANTOS, M. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estud Psicol**, v. 34, n. 2, p. 269–279, 2017. DOI: 10.1590/1982-02752017000200008.

BERQUÓ, E. S.; CAVENAGHI, S. M. Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, p. 471–482, 2014.

BERTINI, G. S. Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes de um serviço de atenção domiciliar. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2016.

BÍBLIA SAGRADA. Investidura de Josué: missão de introduzir o povo na terra prometida. Tradução da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. São Paulo: Canção Nova, 2012.

BONEVSKI, B. et al. Evaluation of an instrument to assess the needs of cancer patients. **Cancer**, v. 88, n. 1, p. 217–225, 2000.

BOYES, A.; GIRGIS, A.; LECATHELINAIS, C. Brief assessment of adult cancer patients perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34), **J. Eval. Clin. Pract**, v. 15, p. 602–606, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Renda média domiciliar per capita: Minas Gerais por Macrorregião de Saúde segundo Município, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 2012*: seção 1*, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 19, de 3 de julho de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Diário Oficial da União 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013.** Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Diário Oficial da União 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Volume 1. Brasília – DF. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva. Como se comportam as células cancerosas? 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020.** 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva. O que é câncer? 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva. Tratamento do câncer. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

BRASIL. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe** sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017.** Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 45p.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. 1990.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology,** v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: **A Cancer Journal for Clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.

BRÉDART, A. *et al.* Identificação de grupos de trajetórias nas necessidades de cuidados de suporte das sobreviventes de câncer de mama, dificuldades psicossociais e recursos desde a conclusão do tratamento primário até 8 meses depois. **Apoio ao Câncer**. 2016;24(1):357366.

BRITO, T. R. P. et al. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 21, supl. 2, e180003, 2019.

BRUNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.

BRUTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **Goodman & Gilman's: a base farmacológica da terapêutica.** 12. ed. New York: McGraw-Hill, 2011.

BRYANT-LUKOSIUS, D. *et al.* Evaluating health-related quality of life and priority health problems in patients with prostate cancer: a strategy for defining the role of the advanced practice nurse. **Can Oncol Nurs J.** 2010;20(1):5-14.

CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C. N.; TIELLET, M. L. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão,** v. 27, n. 4, p. 706–717, 2007.

CAMARGO, G. G.; SAIDEL, M. G. B.; MONTEIRO, M. I. Exaustão psicológica de profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes com neoplasias. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, supl. 3, e20200441, 2021.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Funcionalidade familiar de idosos brasileiros residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 30, n. 4, p. 358–367, 2017.

CAPUCHO, H. C. *et al.* Incorporação de medicamentos no SUS: comparação entre oncologia e componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2471–2479, 2022.

CARLSEN, K. *et al.* (2007). Os sobreviventes do câncer têm um risco aumentado de divórcio? Um estudo dinamarquês de coorte. **Eur. J. Cancer.** 43, 2093-2099. doi: 10.1016/j.ejca.2007.05.024.

CARVALHO, B. M. P. Representações sociais sobre o câncer de próstata segundo homens em atendimento oncológico. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2020.

CHOTOLLI, M. R.; LUIZE, P. B. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. **Rev Dor.** 2015;16(2):109-13.

CHOUDHRY, N. K.; FLETCHER, R. H.; SOUMERAI, S. B. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. **Ann Intern Med** 142: 260-273, 2005.

CIAN'ClARULLO, T. W. Teoria das necessidades humanas básicas — um marco indelével na enfermagem brasileira. **Rcv. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 21 (no especial): 100-107, 1987.

CLARK, D. Cicely Saunders: a life and legacy. Oxford: Oxford University Press; 2018.

COCA-PELAZ, A.; TAKES, R. P.; HUTCHESON, K. Head and Neck Cancer: A Review of the Impact of Treatment Delay on Outcome. **Adv Ther** 2018; 35(2):153-160.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE -CONASESM. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. Gestão. Brasília – DF. 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/#:~:text=As%20mulheres%20s%C3%A3o%20a%20principal,hospitais%2C%20quanto%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica. Acesso em: out. 2022.

CORRÊA, S. R.; MAZUKO, C.; CLARK, D. Primary palliative care in southern Brazil: the legacy of Cicely Saunders. **Palliative Care:** Research and Treatment. 2019;12. doi:10.1177/1178224219825874.

CRESWELL, J. W. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2003.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks: Sage, 2007.

CRUZ, F. S.; ROSSATO, L. G. Atendimento prestado a pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia: conhecimento de enfermeiros de estratégia de saúde da família. **Rev Bras Cancerol** [Internet]. 2015;61(4):335-41.

CUBERO, D. I. G. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes oncológicos brasileiros atendidos por centro de referência em oncologia do sistema público de saúde e que migram em busca de cuidados adequados à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2018, v. 64, n. 9, pp. 814-818. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.09.814. Acesso em: out. 2022.

CURROW, D. C.; AGAR, M. R.; PHILLIPS, J. L. Role of Hospice Care at the End of Life for People With Cancer. J **Clin Oncol.** 2020;38(9):937-943. doi:10.1200/JCO.18.02235.

DAVIES, J. M. *et al.* Using routine data to improve palliative and end of life care. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 6, p. 257–262, 2016.

DINAPOLI, L. *et al.* Aspectos psicológicos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Current Oncology Reports,** v. 23, n. 3, p. 38, 2021.

DORAK, M. T.; KARPUZOGLU, E. Gender differences in cancer susceptibility. **Frontiers in Genetics**, v. 3, p. 268, 2012.

DORVAL, M. *et al.* Marital stability after breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 91, p. 54–59, 1999.

DUTRA, T. L. *et al.* A importância da assistência familiar a pacientes com câncer: relato de experiência. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico,** v. 4, n. 1, 2019.

EDWARDS, B. K. *et al.* Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975–2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer. Cancer. 2014;120:1290–314.

ERDOĞAN, Y. G.; DÖNER, A.; MUZ, G. Sofrimento Psíquico e Sua Associação com Necessidades Não Atendidas e Carga de Sintomas em Pacientes com Câncer Ambulatorial: Estudo Transversal. Seminários em enfermagem oncológica, 2021. 37(5), 151214. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151214.

JING, L. E. *et al.* Incidência e gravidade da disfunção sexual entre mulheres com câncer de mama: uma meta-análise baseada no índice de função sexual feminina. Câncer de apoio. 2019; 27:11-1180. doi: 10.1007/s00520-019-04667-7.17.

FINCHAM, L. *et al.* Supportive care: experiences of cancer patients. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 9, n. 3, p. 258–268, 2005.

FORD, E. *et al.* Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. **Neuro-Oncology**, v. 14, p. 392–404, 2012.

FUGMANN, D. *et al.* The effect of cancer on divorce rate: a systematic review. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 828656, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.828656.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Entre 2000 e 2020, o número médio de filhos passou de 2,08 para 1,56 por mulher. São Paulo: SEADE, 2021. Disponível em: https://www.seade.gov.br/. Acesso em: 31 mar. 2026.

FUNES, M. M. Caring for cancer patients facing death: nurse's perception and experience. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(Suppl 5):e20190686. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0686.

GALÁN, S.; LAVEGA, R.; MIRÓ, J. Needs of adolescents and young adults after cancer treatment: a systematic review. 2016.

GOMEZ, P. F. *et al.* Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 925–930, 2011.

GREER, J. A. *et al.* Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 38, n. 9, p. 915–925, 2020. DOI: 10.1200/JCO.19.00013.

GYLLENHAMMAR, E. *et al.* Predictive factors for home deaths among cancer patients in Swedish palliative home care. **Supportive Care in Cancer**, v. 11, p. 560–567, 2003.

HANNA, T. P. *et al.* Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **BMJ** 2020; 371:m4087.

HAUN, M. W. *et al.* Early palliative care for adults with advanced cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD011129, 2017.

HEGARTY, M. *et al.* Palliative care in undergraduate curricula: results of a national scoping study. **Focus on Health Professional Education**, v. 12, p. 97–109, 2011.

HENOCH, I. *et al.* The impact of symptoms, coping capacity and social support on quality of life in patients with lung cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 34, p. 370–379, 2007.

HERNÁNDEZ, R. *et al.* Differences in coping strategies between young adults and elderly with cancer. **Psychogeriatrics**, v. 19, p. 426–434, 2019. DOI: 10.1111/psyg.12420.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HORTA, W.A. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 5, n. 1, p. 7–15, 1974.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2020**. IBGE. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/notastecnicas.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero:** uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. IBGE. Rio de Janeiro. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf. Acesso em: out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil:** análises e tabelas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. 2019a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativas para 2020:** Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Assistência: além dos 60. **Rede Câncer**, n.39, 2017.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Washington: IASP, 2010.

JOLY, F. *et al.* Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. **Journal of Clinical Oncology,** v. 20, n. 1, p. 73–80, 2002.

JING, L. E. *et al.* Incidence and severity of sexual dysfunction in women with breast cancer: a meta-analysis. **Supportive Care in Cancer**, v. 27, p. 117–1180, 2019.

KHANDELWAL, N. *et al.* How often is end-of-life care in the United States inconsistent with patients' goals of care? **Journal of Palliative Medicine**, v. 20, p. 1400–1404, 2017.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 70, n. 2, p. 424–429, 2017.

KIRCHHOFF, A. C. *et al.* Marriage and divorce among young adult cancer survivors. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 6, p. 441–450, 2012.

KORNBLITH, A. B. *et al.* Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. **Psycho-Oncology**, v. 16, p. 895–903, 2007.

KRAJC, K. *et al.* Marital status and survival in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Cancer Medicine**, 2022. DOI: 10.1002/cam4.5003.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018.

LEHMANN, C.; KOCH, U.; MEHNERT, A. Psychometric properties of the German version of the SCNS-SF34. **Supportive Care in Cancer**, v. 20, p. 2415–2424, 2012.

LENTZ, R.; BENSON, A.; KIRCHER, S. Financial toxicity in cancer care: prevalence, causes, consequences, and reduction strategies. **Journal of Surgical Oncology**, v. 120, n. 1, p. 85–92, 2019.

LIAO, Y. C. *et al.* Quality of life and related factors in newly diagnosed advanced lung cancer patients: a longitudinal study. **Oncology Nursing Forum**, v. 41, p. E44–E55, 2014.

LIMA, A. D. *et al.* Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em hospital escola do Nordeste do Brasil. **Revista Dor**, v. 14, n. 4, p. 267–271, 2013.

LIMA, R. B.; HAHN, G. V. Câncer de próstata e sua relação com a sexualidade masculina: produção científica brasileira. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 8, n. 3, 2016.

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas ao tratamento para câncer de colo uterino: percepção de enfrentamento. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 48, n. 4, p. 493–498, 2002.

LUZ, K. R. *et al.* Estratégias de enfrentamento para enfermeiros oncológicos de alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 59–63, 2016.

MAGALHÃES, G. *et al*. Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama. **Revista Fund Care Online**, v. 9, n. 2, p. 473–479, 2017.

MANFRIM, A. F. N.; RASERA, E. F. Diálogos entre o discurso construcionista social e a terapia social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 25, n. 56, p. 34–48, 2016.

MARINHO, P. M. L. *et al.* Prevalência da utilização de tecnologias leves pela equipe de enfermagem. **Revista Rene**, v. 18, n. 4, p. 445–452, 2017.

MARQUES, A. C. Métodos de consenso em análise de dados. 2003. Trabalho apresentado no Congresso Galego de Estatística, Vigo, 2003.

MASLOW, A. H. Motivation and personality. New York: Harper, 1954.

MATTOS, K. *et al.* Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de pacientes oncológicos. **Revista Psicologia e Saúde**, 2016.

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 300–304, 2014.

MEDRADO, E. D. D.; WHITAKER, M. C. O. Experiências de familiares durante a hospitalização de crianças/adolescentes. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v. 12, n. 2, p. 123–130, 2012.

MENDONÇA, A. B. *et al.* Suffering among patients with cancer undergoing neurotoxic chemotherapy: a phenomenological approach. **Texto & Contexto Enfermagem,** v. 29, e20190285, 2020.

MENESES, N. S. Aspectos da redução da fecundidade em Aracaju. **Scientia Plena**, v. 8, n. 6, 2012.

MENIN, G. E.; PETTENON, M. K. Vida infantil terminal: percepções e sentimentos das enfermeiras. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 608–614, 2015.

MIQUELETTO, M. *et al.* Espiritualidade de famílias com ente querido em situação de final de vida. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1616–1627, 2017.

MIRANDA, S. L.; LARA, M. A. L.; CHIEPPE, F. W. Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 870–885, 2015.

MOREIRA, D. P. *et al.* Quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00002220, 2021.

NAKAGUCHI, T. *et al.* Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of patients undergoing chemotherapy. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 43, p. 369–376, 2013.

NEWTON, J. C. *et al.* Out-of-pocket expenses experienced by rural cancer patients in Australia. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 10, p. 3543–3552, 2018.

NIPP, R. D. *et al.* Financial burden in adult cancer survivors. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, suppl. 15, p. 6535, 2016.

NUNES, D. P. *et al.* Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 844–850, 2018.

OGLE, K. S. *et al.* Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. **Cancer**, v. 88, n. 3, p. 653–663, 2000.

OLIVEIRA, A. L.; PALMA, N. C.; SILVA, B. A. Manejo da dor do câncer pela equipe de enfermagem. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 219–222, 2016.

OLIVEIRA, R. A. A. *et al.* Sobrevivência ao câncer: o desembrulhar dessa realidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1602–1608, 2015.

OLVER, I. *et al*. Supportive care in cancer: a MASCC perspective. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 8, p. 3467–3475, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa: câncer. Disponível em: https://www.paho.org. Acesso em: out. 2022.

ORTEGA-CAMPOS, E. *et al.* Compassion fatigue, compassion satisfaction and burnout in oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. **Sustainability**, v. 12, n. 1, p. 72, 2020.

OWENGA, J. A.; NYAMBEDHA, E. O. Percepção de pacientes com câncer do colo do útero sobre desafios financeiros no Quênia. **BMC Health Services Research,** v. 18, p. 261, 2018.

PATERSON, C. *et al*. Management and treatment of men affected by metastatic prostate cancer. **International Journal of Urological Nursing,** v. 10, p. 44–55, 2016.

PAULA, D. P. *et al.* Câncer em crianças e adolescentes no ambiente familiar: percepções e experiências. **Revista Cuidarte,** v. 10, n. 1, p. 1–12, 2019.

PÉREZ-FORTIS, A. *et al.* Curso e preditores de necessidades de cuidados de suporte em pacientes com câncer de mama. **Psycho-Oncology,** v. 27, p. 2132–2140, 2018.

PIDGEON, T. *et al.* Patients' experience of pain and symptoms in palliative care services. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 6, p. 315–322, 2016.

PINHEIRO, D. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 67–75, 2004.

POLLEY, M. J. *et al.* Whole person approach to support people with cancer: a longitudinal study. **Integrative Cancer Therapies**, v. 15, p. 435–445, 2016.

PRIMEAU, C.; PATERSON, C.; NABI, G. Models of supportive care in metastatic prostate cancer: qualitative study. **Oncology Nursing Forum**, v. 44, n. 6, p. E241–E249, 2017.

PUETZLER, J. *et al.* Quality of life improvement through comprehensive cancer pain therapy. **Oncology Research and Treatment**, v. 37, p. 456–462, 2014.

RAINBIRD, K. *et al*. Needs of patients with advanced, incurable cancer. **British Journal of Cancer**, v. 101, n. 5, p. 759–764, 2009.

RECH, A. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem em oncologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 925–933, 2015.

RENOVANZ, M. *et al.* Supportive care needs in glioma patients in outpatient settings. **Journal of Neuro-Oncology**, v. 133, n. 3, p. 653–662, 2017.

RODRIGUES, A. L.; MARIA, V. L. R. Teoria das Necessidades Humanas Básicas: conceitos centrais. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2009.

ROMNEY, A. K.; WELLER, S.; BATCHELDER, W. H. Culture as consensus: theory of culture and informant accuracy. **American Anthropologist**, v. 88, n. 2, p. 313–338, 1986.

ROSA, M.; AZEVEDO DE OLIVEIRA, D. P.; OREY, D. C. Método misto em pesquisas em educação matemática. **Perspectivas da Educação Matemática**, v. 8, n. 18, p. 766–767, 2015.

ROSENWAX, L. K. *et al.* Hospital and emergency department use in the last year of life. **Medical Journal of Australia**, v. 194, p. 570–573, 2011.

ROSENZWEIG, M. *et al.* Financial toxicity among women with metastatic breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 46, n. 1, p. 83–91, 2019.

ROSSUM, K. *et al.* Mixed-methods study on improving care in hemodialysis patients. **Canadian Journal of Kidney Health and Disease,** v. 7, 2020.

RUDDY, K. J. *et al.* Fertility concerns and preservation strategies in young women with breast cancer. ***Journal of Clinical Oncology***, v. 32, n. 11, p. 1151–1156, 2014.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 544–551, 2008.

SALSMAN, J. M. *et al.* Religion, spirituality and mental health in cancer: a meta-analysis. **Cancer**, v. 121, p. 3769–3778, 2015.

SATIBI, S. *et al.* Comparação de custos reais e tarifários em pacientes com câncer no sistema de saúde indonésio. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 20, n. 1, p. 117–122, 2019.

SAURA, A. P. N. S. *et al.* Factors associated with burnout in a multidisciplinary oncology team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, e20210448, 2022.

SETTE, C. P. Suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 151–162, 2018.

SILVA, C. S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 332–343, 2016.

SILVA, I. F.; SILVA, I. F.; KOIFMAN, R. J. Cervical cancer treatment delays and associated factors. **Journal of Global Oncology**, v. 5, p. 1–11, 2019.

SILVA, A. F. *et al.* Qualidade do sono e hábitos de vida de enfermeiros hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, e3577, 2022.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos do feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231–237, 2008.

SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Assistência farmacêutica em oncologia no SUS. Interface – **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, e180297, 2019.

SILVA, S. *et al.* Fertilidade e contracepção em mulheres com câncer em quimioterapia. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, e20190374, 2021.

SILVA, V. C. E. Impacto da revelação do diagnóstico de câncer. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVEIRA, F. M. *et al.* Impacto da quimioterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE00583, 2021.

SMITH, A. W. *et al.* Cancer, comorbidities and quality of life of older adults. **Health Care Financing Review**, v. 29, n. 4, p. 41–56, 2008.

SOARES, L. C. *et al*. Quimioterapia e efeitos adversos: relato de pacientes. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 714–719, 2009.

SOCIEDADE AMERICANA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. Cancer progress timeline. Alexandria: ASCO, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Câncer em homens: incidência e mortalidade no Brasil. 2020.

SONG, H. Y. *et al.* Diferenças de gênero na dissolução conjugal em pacientes com câncer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, p. 6547–6552, 2014.

SORATTO, M. T. *et al.* Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 53–63, 2016.

SOUSA, L. *et al.* Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação Enfermagem**, n. 2, p. 17–26, 2017.

SOUSA, S. M. M. T. *et al.* Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama**. Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 727–741, 2019.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. Hospitalizações por neoplasias em idosos no SUS. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 479–491, 2015.

SOUZA, B. F. *et al.* Depressão e adesão ao tratamento em pacientes oncológicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 61–68, 2013.

SOUZA, C. B. *et al.* Tempo entre diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3805–3816, 2015.

STEINHAUSER, K. E. *et al.* Factors important at the end of life. **JAMA**, v. 284, p. 2476–2482, 2000.

STONE, E. *et al.* Multidisciplinary meetings and lung cancer survival. **Lung Cancer**, v. 124, p. 199–204, 2018.

TAHERI, S. Short sleep duration and hormonal changes. **PLoS Medicine**, v. 1, n. 3, e62, 2004.

TANAKA, H.; MEDEIROS, G.; GIGLIO, A. Multidisciplinary teams in oncology. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 4, p. 419–423, 2020.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; NAVAS, D. F. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 3, p. 149–159, 2005.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Doenças crônicas e autoavaliação de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 83–96, 2015.

THOMAS HEBDON, M. C. *et al.* Self-efficacy in cancer caregivers. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 52, 2021.

TOMAS, A. J. C. *et al.* Burnout em equipe oncológica e intervenções**. Journal of Clinical Oncology**, v. 37, supl. 27, p. 249, 2019.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. COREQ checklist for qualitative research. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349–357, 2007.

USSHER, J. M.; PERZ, J. Infertility-related distress after cancer. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 3, p. 607–614, 2019.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados paliativos no mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 267–270, 2016.

VIEIRA, R. A. C. *et al.* Instrumentos de avaliação das sequelas do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 3, p. 126–132, 2016.

VIEIRA, H. W. D. Validade do SCNS-SF34 em pacientes oncológicos. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

VILLAR, R. R. *et al.* Quality of life and anxiety in women with breast cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2958, 2017.

VIRDUN, C. *et al.* End-of-life care priorities in hospital settings. **Palliative Medicine**, v. 29, p. 774–796, 2015.

VITORIA REGIS, L. F. L.; PORTO, I. S. Maslow e satisfação no trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 565–568, 2016.

VOLOCHKO, A.; VIDAL, N. P. Desigualdades raciais na saúde em São Paulo. Boletim do Instituto de Saúde, v. 12, n. 2, p. 43–153, 2010.

WALLER, A. *et al.* Needs assessment tool for progressive cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 19, p. 726–733, 2010.

WATSON, J. Human caring science: a theory of nursing. 2. ed. Sudbury: Jones and Bartlett, 2012.

WERNECK FILHO, B. D. Construcionismo social em psicoterapia. **Psychiatry Online Brasil**, v. 15, n. 8, 2012.

WILLEMS, R. A. Unmet needs in cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 25, n. 1, p. 51–57, 2016.

WILLIAMS, N. *et al.* Supportive care needs of women with gynecological cancer. **BMC Cancer**, v. 18, p. 912, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Early cancer diagnosis saves lives. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems. Geneva: WHO, 2014.

WYNS, C. *et al.* Fertility preservation in pediatric males. **Human Reproduction**, v. 30, p. 2022–2030, 2015.

YAZAKI, L. M. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 65–86, 2003.

ZAYAT, C. G. *et al.* Preditores de sintomas em pacientes oncológicos. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, v. 37, e37441, 2021.

ZIELIŃSKA, A. *et al.* Manejo da dor em câncer colorretal. Critical Reviews in **Oncology/Hematology**, v. 157, p. 103122, 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES DA FASE 2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E -
Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto.
Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Pesquisadoras participantes: Enfa. Camila Alessandra da Silva Marcelo e Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito.

Nome do participante:

Data de nascimento: **CPF:**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa "*Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto*", de responsabilidade da pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava*. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo *Investigar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia.*

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá *em uma entrevista individual com perguntas relacionadas aos aspectos sociais, demográficos e clínicos, utilizando perguntas que direcionarão a conversa. A entrevista será realizada em seu ambiente de trabalho, em local reservado, com duração média de 20 minutos. Estarão presentes durante a entrevista uma pesquisadora, participante deste projeto, sendo ela responsável por fazer as perguntas. Haverá*

registro de áudio, por meio de dois gravadores, para transcrição da entrevista e análise das respostas.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos referentes: a possibilidade de desconforto, constrangimento e vergonha ao relatar as necessidades da pessoa com câncer a partir de sua prática profissional, que serão minimizados a partir da entrevista em um ambiente privativo, com a oferta de apoio emocional da pesquisadora, e se de alguma forma o participante ainda sentir-se desconfortável, o mesmo poderá interromper a sua participação e retirar-se da pesquisa; será orientado que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa e a Universidade de origem, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; será garantido ao participante a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores; em relação a dificuldade de interagir com estranhos serão adotadas como ações minimizadoras a esse desconforto, a garantia do respeito, com escuta atenta e acolhedora e serão feitas apenas as perguntas necessárias para a pesquisa; sobre a divulgação de dados confidenciais, será garantido o zelo e sigilo em relação as respostas dos participantes, por meio da não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; em relação a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento será garantida as explicações necessárias para responder as questões.

Em consonância com o Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período da Pandemia do Coronavírus (ANEXO E), considera-se necessário o cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, serão adotadas medidas sanitárias: seguir o protocolo de biossegurança institucional, de acordo orientações da Saúde/ Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual; definir o uso obrigatório de máscara de proteção facial por todos os participantes e pesquisadoras, preferencialmente no modelo N95 ou máscara cirúrgica; divulgar orientações sobre o uso correto das máscaras para todos os participantes; e a pesquisadora utilizará faceshield como medida de prevenção ao contágio, conforme orientação da autoridade sanitária; garantir adequada comunicação visual de proteção e prevenção de risco à COVID-19; disponibilizar álcool em gel ou preparação alcoólica a 70% para higienização das mãos antes e após as entrevistas; disponibilizar termômetro para aferição das temperaturas das pesquisadoras e do participante antes de cada entrevista; manter sempre o distanciamento recomendado de no mínimo um metro entre as pessoas, de acordo com as orientações do Ministério da Educação, do Conselho Estadual de Educação e dos Conselhos Municipais de Educação; manter ambientes arejados por ventilação

natural (portas e janelas abertas), sempre que possível; adotar medidas de redução de acesso e circulação desnecessária de colaboradores durante a entrevista, permitindo a presença exclusiva das uma pesquisadora e um participante por entrevista presencial; certificar-se que pesquisadora e participantes tenham recebido, no mínimo, a segunda dose da vacina contra a COVID-19; proceder a limpeza das superfícies presentes no ambiente com álcool 70% antes e após cada entrevista. Antes de iniciar a entrevista serão informadas as seguintes recomendações aos participantes: retirar sua participação caso apresente sintomas sugestivos da COVID-19; a importância de manter o distanciamento social e da higienização frequente e correta das mãos; a obrigatoriedade do uso das máscaras durante o encontro.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.

4. Ao participar desse trabalho você *poderá contribuir para o avanço do cuidado na área da saúde para as pessoas com câncer;*

5. Sua participação neste projeto terá a duração *média de 20 minutos.*

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo a entrevista totalmente gratuita; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3°, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos, AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( ) a coleta do som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava,* no seguinte telefone (12) 98851-1728 ou e-mail *silvana.fava@unifal-mg.edu.br* e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, _____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura do participante da pesquisa)

_____

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE B – CODIFICAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS – FASE 2

Tema 1 – Sistema de Saúde e Informação: o serviço está entre os melhores		
Sistema de Saúde e Informação: informações sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares e questões financeiras		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E8	A infraestrutura está entre as melhores	44
E2, E3, E5 e E8	O tempo de espera não é muito	8
E5, E6 e E8	O Hospital libera tudo para o paciente oncológico	6
E5 e E8	O benefício é a maior dificuldade/necessidade social	5
E8	Quando o tratamento do paciente não é oferecido aqui	5
E3 e E5	A maior necessidade é de informações	4

Fonte: Da autora (2022).

Tema 2 – Psicológico: a base de tudo		
Psicológico: auxílio nas necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E3, E4, E5 e E8	Necessidade de ser ouvido	9
E1, E5, E6 e E8	O psicológico é a base de tudo	6
E1 e E8	O emocional fica muito abalado	5
E5 e E8	Precisa de um bom acolhimento	4
E1	Lidar com a própria doença e mudanças	3
E1	Necessidade/sofrimento espiritual	2
E1	Falta capelão	1

Fonte: Da autora (2022).

Tema 3 – Cuidado e suporte: relevância da família e da equipe multiprofissional		
Cuidado e Suporte: necessidade de suporte em relação à família, aos amigos e a profissionais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E3, E4, E5, E6 e E8	Equipe muito preparada	13
E1 e E2	Não falta nada	3
E2 e E3	Apoio dos familiares	3
E2	Muito bem tratado por médicos e secretárias	2
E2	Não são bem tratados por técnicos de enfermagem	2
E3 e E6	Tudo que é possível a gente faz	2
E1	Cuidada de forma integral	1

Fonte: Da autora (2022).

Tema 4 - Efeitos do adoecimento: enfrentamento da dor		
Físico e Vida Diária: inclui o enfrentamento de sintomas e efeitos colaterais do tratamento		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E4	Dor	2
E1	Lidar com os aspectos físicos	1

Fonte: Da autora (2022).

APÊNDICE C – CODIFICAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS – FASE 3

Tema 1 – A quimioterapia faz um estrago		
Físico e Vida Diária: inclui o enfrentamento de sintomas e efeitos colaterais do tratamento		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3 e E5	O tratamento afeta o físico, a quimioterapia faz um estrago	40
E1, E2, E3 e E5	O mais importante é você estar bem fisicamente	19
E1, E2, E3, E4 e E5	Você precisa estar bem para ter sexualidade	19
E1, E2 e E3	O tratamento é dolorido	13
E1, E2, E3 e E5	É um cansaço grande	12
E3	Cuidar de si	1

Fonte: Da autora (2022).

Tema 2 – O tratamento e a doença mexem com o psicológico		
Psicológico: auxílio nas necessidades emocionais, incluindo aconselhamento e suporte		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	Mexe muito com o psicológico	67
E1, E2, E3 e E4	O psicológico tem que estar bem	31
E1, E2 e E3	Estou superando com Deus	21
E2, E3, E4 e E5	Falou a palavra câncer: morte	14
E1, E3 e E5	Mudança nos relacionamentos	7
E1, E3 e E4	O tratamento é muito sofrido	5

Fonte: Da autora (2022).

Tema 3 – O acolhimento promove a cura		
Cuidado e Suporte: necessidade de suporte em relação à família, aos amigos e a profissionais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	O acolhimento promove a cura e a segurança	61
E1, E3, E5	O suporte familiar é a base de tudo	37
E1, E2 e E5	A ausência do suporte familiar atrapalha o tratamento	21
E4 e E5	Trabalhamos o familiar e o paciente	9
E2	Não são todos os profissionais que tratam bem	3
E5	Dificuldade de levantar as necessidades dos pacientes	2

Fonte: Da autora (2022).

Tema 4 – Preocupações: acesso aos serviços e benefício		
Sistema de Saúde e Informação: informações sobre diagnóstico, exames, apoio psicológico, assuntos familiares e questões financeiras		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3, E4 e E5	Negam o benefício, aposentar é difícil, preciso me manter	18
E1, E2 e E5	É muita gente, muita espera em outros serviços de saúde	13
E2	Falta de informação	6
E2, E3, E4 e E5	O sistema de saúde é importante	5
E2 e E3	Melhorou demais por ser na minha cidade	5
E2	A agulha precisa ser menor	4
E1 e E2	Tratamento de primeira, não tenho o que reclamar	2

Fonte: Da autora (2022).

Tema 5 – Separamos por causa do tratamento		
Sexualidade: necessidade de ajuda quanto às questões ligadas a sexualidade vivida e a necessidade de receber informações sobre as relações sexuais		
Participantes	**Unidades de Registro**	**Frequência**
E1, E2, E3 e E5	Separamos por causa do meu problema de saúde	22
E2 e E5	A sexualidade é um assunto delicado, não comenta	13
E3	Com o tratamento o esperma e o testículo diminuem, mas a ereção continua	7
E2 e E3	Afeta o sexo	5
E2	Não posso ter filhos	2

Fonte: Da autora (2022).

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES PESSOAS COM CÂNCER DA FASE 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E -
Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto.
Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Pesquisadoras participantes: Enfa. Camila Alessandra da Silva Marcelo e Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito.

Nome do participante:

Data de nascimento: **CPF:**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa "*Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto*", de responsabilidade da pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava*. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo *Investigar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia.*

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá *em uma entrevista em grupo com perguntas sobre as necessidades da pessoa com câncer. A entrevista será realizada no Centro de Oncologia o qual você está vinculado, em local reservado, com duração máxima de 50 minutos. Estarão presentes durante a entrevista duas pesquisadoras, participantes deste projeto, sendo uma delas responsável por fazer as perguntas, dez pessoas em atendimento na instituição e*

mais um profissional de saúde. Haverá registro de áudio, por meio de dois gravadores, para transcrição da entrevista e análise das respostas.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos referentes: a possibilidade de desconforto, constrangimento e vergonha ao relatar as suas necessidades no grupo que serão minimizados a partir da entrevista em um ambiente privativo, com a oferta de apoio emocional da pesquisadora, e se de alguma forma você ainda sentir-se desconfortável, poderá interromper a sua participação e retirar-se da pesquisa; será orientado que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa e a Universidade de origem, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; será garantido a você a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores; em relação a dificuldade de interagir com estranhos serão adotadas como ações minimizadoras a esse desconforto, a garantia do respeito, com escuta atenta e acolhedora e serão feitas apenas as perguntas necessárias para a pesquisa; sobre a divulgação de dados confidenciais, será garantido o zelo e sigilo em relação as suas respostas, sem identificação nominal dos dados coletadas, a fim de garantir o seu anonimato, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; em relação a interferência na vida e na sua rotina será garantida as explicações necessárias para responder as questões; será garantido a vocês o direito de acesso ao teor do conteúdo da entrevista antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Os dados obtidos nesta pesquisa serão armazenados em "nuvem" e ficarão sob a responsabilidade do pesquisadora responsável por um período de cinco anos. Uma vez concluída a coleta de dados, a pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo registro no ambiente compartilhado na plataforma virtual, afim de assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa; você poderá ter como risco alterações na autoestima provocadas pelas lembranças de sua condição de saúde, para tanto será respeitada a sua fala e lhe será garantido um ambiente reservado, tranquilo e seguro.

Em consonância com o Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período da Pandemia do Coronavírus, considera-se necessário o cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, serão adotadas medidas sanitárias: seguir o protocolo de biossegurança institucional, de acordo orientações da Saúde/ Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual; definir o uso obrigatório de máscara de proteção facial por todos os participantes e pesquisadoras, preferencialmente no modelo N95 ou máscara cirúrgica; divulgar orientações sobre o uso correto das máscaras para todos os

participantes; e a pesquisadora utilizará faceshield como medida de prevenção ao contágio, conforme orientação da autoridade sanitária; garantir adequada comunicação visual de proteção e prevenção de risco à COVID-19; disponibilizar álcool em gel ou preparação alcoólica a 70% para higienização das mãos antes e após as entrevistas; disponibilizar termômetro para aferição das temperaturas das pesquisadoras e do participante antes de cada entrevista; manter sempre o distanciamento recomendado de no mínimo um metro entre as pessoas, de acordo com as orientações do Ministério da Educação, do Conselho Estadual de Educação e dos Conselhos Municipais de Educação; manter ambientes arejados por ventilação natural (portas e janelas abertas), sempre que possível; adotar medidas de redução de acesso e circulação desnecessária de colaboradores durante a entrevista, permitindo a presença exclusiva das uma pesquisadora e um participante por entrevista presencial; certificar-se que pesquisadora e participantes tenham recebido, no mínimo, a segunda dose da vacina contra a COVID-19; proceder a limpeza das superfícies presentes no ambiente com álcool 70% antes e após cada entrevista. Antes de iniciar a entrevista serão informadas as seguintes recomendações aos participantes: retirar sua participação caso apresente sintomas sugestivos da COVID-19; a importância de manter o distanciamento social e da higienização frequente e correta das mãos; a obrigatoriedade do uso das máscaras durante o encontro.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.

4. Ao participar desse trabalho você *poderá contribuir para o avanço do cuidado na área da saúde para as pessoas com câncer;*

5. Sua participação neste projeto terá a duração *máxima de 50 minutos.*

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo a entrevista totalmente gratuita; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá

ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. 10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3°, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos: AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( ) a coleta do som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava,* no seguinte telefone (12) 98851-1728 ou e-mail *silvana.fava@unifal-mg.edu.br* e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701-9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, _____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura do participante da pesquisa)

_____

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FASE 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E -
Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto.
Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava.
Pesquisadoras participantes: Enfa. Camila Alessandra da Silva Marcelo e Profa. Dra. Tábatta Renata Pereira de Brito.

Nome do participante:

Data de nascimento: **CPF:**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa "*Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto*", de responsabilidade da pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava*. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra a pesquisadora responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo *Investigar as necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde de um Centro de Oncologia.*

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá *em uma entrevista em grupo com perguntas sobre as necessidades da pessoa com câncer. A entrevista será realizada no Centro de Oncologia o qual você recebe atendimento, em local reservado, com duração máxima de 50 minutos. Estarão presentes durante a entrevista duas pesquisadoras, participantes deste projeto, sendo uma delas responsável por fazer as perguntas, mais nove pessoas que estão em atendimento nesta instituição e dois profissionais de saúde. Haverá registro de áudio, por meio de dois gravadores, para analisar as respostas.*

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos mínimos referentes: a possibilidade de desconforto, constrangimento e vergonha ao relatar as necessidades da pessoa com câncer a partir de sua prática profissional, que serão minimizados a partir da entrevista em um ambiente privativo, com a oferta de apoio emocional da pesquisadora, e se de alguma forma você ainda sentir-se desconfortável, poderá interromper a sua participação e retirar-se da pesquisa; será orientado que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a equipe de pesquisa e a Universidade de origem, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio; será garantido a você a liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, sem penalização alguma por parte dos pesquisadores; em relação a dificuldade de interagir com estranhos serão adotadas como ações minimizadoras a esse desconforto, a garantia do respeito, com escuta atenta e acolhedora e serão feitas apenas as perguntas necessárias para a pesquisa; sobre a divulgação de dados confidenciais, será garantido o zelo e sigilo em relação as respostas a suas respostas, por meio da não identificação nominal dos dados, a fim de garantir o seu anonimato, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos; em relação a disponibilidade de tempo para responder a entrevista e a interferência na vida e na sua rotina será garantida as explicações necessárias para responder as questões; será garantido ao participante de pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo da entrevista antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Os dados obtidos nesta pesquisa serão armazenados em “nuvem” e ficarão sob a responsabilidade do pesquisadora responsável por um período de cinco anos. Uma vez concluída a coleta de dados, a pesquisadora responsável fará o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo registro no ambiente compartilhado na plataforma virtual, afim de assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

Em consonância com o Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no Período da Pandemia do Coronavírus (ANEXO E), considera-se necessário o cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, serão adotadas medidas sanitárias: seguir o protocolo de biossegurança institucional, de acordo orientações da Saúde/ Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual; definir o uso obrigatório de máscara de proteção facial por todos os participantes e pesquisadoras, preferencialmente no modelo N95 ou máscara cirúrgica; divulgar orientações sobre o uso correto das máscaras para todos os participantes; e a pesquisadora utilizará faceshield como medida de prevenção ao contágio, conforme orientação da autoridade sanitária; garantir adequada comunicação visual

de proteção e prevenção de risco à COVID-19; disponibilizar álcool em gel ou preparação alcoólica a 70% para higienização das mãos antes e após as entrevistas; disponibilizar termômetro para aferição das temperaturas das pesquisadoras e do participante antes de cada entrevista; manter sempre o distanciamento recomendado de no mínimo um metro entre as pessoas, de acordo com as orientações do Ministério da Educação, do Conselho Estadual de Educação e dos Conselhos Municipais de Educação; manter ambientes arejados por ventilação natural (portas e janelas abertas), sempre que possível; adotar medidas de redução de acesso e circulação desnecessária de colaboradores durante a entrevista, permitindo a presença exclusiva das uma pesquisadora e um participante por entrevista presencial; certificar-se que pesquisadora e participantes tenham recebido, no mínimo, a segunda dose da vacina contra a COVID-19; proceder a limpeza das superfícies presentes no ambiente com álcool 70% antes e após cada entrevista. Antes de iniciar a entrevista serão informadas as seguintes recomendações aos participantes: retirar sua participação caso apresente sintomas sugestivos da COVID-19; a importância de manter o distanciamento social e da higienização frequente e correta das mãos; a obrigatoriedade do uso das máscaras durante o encontro.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.

4. Ao participar desse trabalho você *poderá contribuir para o avanço do cuidado na área da saúde para as pessoas com câncer;*

5. Sua participação neste projeto terá a duração *máxima de 50 minutos.*

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo a entrevista totalmente gratuita; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito a buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos pelas pesquisadoras.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3°, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos, AUTORIZO ( ) / NÃO AUTORIZO ( ) a coleta do som de voz para a presente pesquisa.

12. Você poderá consultar a pesquisadora *Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava,* no seguinte telefone (12) 98851-1728 ou e-mail *silvana.fava@unifal-mg.edu.br* e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, _____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura do participante da pesquisa)

_____

(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Eu, Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, como pesquisadora responsável do projeto intitulado "Necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer: estudo de método misto" declaro conhecer e cumprir os termos da *Resolução CNS N.º 466/2012* e/ou da *Resolução CNS Nº 510/2016*, bem com suas complementares.

A pesquisa terá a duração de 12 meses, com previsão de início em dezembro/2021 e término em novembro/2022.

Comprometo-me a zelar pela privacidade e sigilo das informações, utilizar os materiais e os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo da pesquisa acima referido e a publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.

Responsabilizo-me pela condução científica do projeto, considerando a relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração de todos os interesses envolvidos.

Assumo o compromisso de comunicar o CEP-UNIFAL, via Plataforma Brasil, sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, enviando relatórios parciais, por meio de notificação e/ou emenda. Assumo também o compromisso de enviar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil em formato de relatório final.

Será garantido que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes dessa pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Comprometo-me também a iniciar a pesquisa somente após a aprovação do projeto pelo Sistema CEP/CONEP no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br .

Alfenas, 28 de setembro de 2021.

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Eu, Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava, CPF 523.477.106-72 e RG 2072881, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER: ESTUDO DE MÉTODO MISTO", submetido/aprovado ao CEP/CONEP sob número CAAE ..... estou ciente enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, planejados para serem realizados no período de dezembro/2021 a novembro/2022, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos: seguir o protocolo de biossegurança institucional, de acordo orientações da Saúde/ Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual; definir o uso obrigatório de máscara de proteção facial por todos os participantes e pesquisadoras, preferencialmente no modelo N95 ou máscara cirúrgica; divulgar orientações sobre o uso correto das máscaras para todos os participantes; e a pesquisadora utilizará faceshield como medida de prevenção ao contágio, conforme orientação da autoridade sanitária; garantir adequada comunicação visual de proteção e prevenção de risco à COVID-19; disponibilizar álcool em gel ou preparação alcoólica a 70% para higienização das mãos antes e após as entrevistas; disponibilizar termômetro para aferição das temperaturas das pesquisadoras e do participante antes de cada entrevista; manter sempre o distanciamento recomendado de no mínimo um metro entre as pessoas, de acordo com as orientações do Ministério da Educação, do Conselho Estadual de Educação e dos Conselhos Municipais de Educação; manter ambientes arejados por ventilação

natural (portas e janelas abertas), sempre que possível; adotar medidas de redução de acesso e circulação desnecessária de colaboradores durante a entrevista, permitindo a presença exclusiva das duas pesquisadoras e um participante por entrevista presencial; certificar-se que pesquisadoras e participantes tenham recebido, no mínimo, a segunda dose da vacina contra a COVID-19; proceder a limpeza das superfícies presentes no ambiente com álcool 70% antes e após cada entrevista. Antes de iniciar a entrevista serão informadas as seguintes recomendações aos participantes: retirar sua participação caso apresente sintomas sugestivos da COVID-19; a importância de manter o distanciamento social e da higienização frequente e correta das mãos; a obrigatoriedade do uso das máscaras de proteção facial durante o encontro.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

Alfenas, 28 de setembro de 2021.

Profa. Dra. Silvana Maria Coelho Leite Fava

ANEXO A – INSTRUMENTO SNCS-SF-34 VERSÃO PORTUGUÊS BRASILEIRO

Domínio	Número	Questão
Físico e Vida Diária	1	Dor
	2	Falta de energia ou cansaço
	3	Sentindo-me mal a maior parte do tempo
	5	Não ser capaz de fazer as coisas que costumava fazer
Psicológico	7	Sentindo-se deprimido ou para baixo
	8	Sentimento de tristeza
	9	Medos sobre o câncer se espalhar
	10	Preocupação de que os resultados do tratamento estão além de seu controle
	14	Sentimentos sobre a morte e o morrer
	17	Preocupações sobre os receios/ inquietações das pessoas próximas a você
Controle e Visão Positiva	12	Aprendendo a sentir-se no controle de sua situação
	13	Mantendo uma visão positiva
Sexualidade	15	Mudança no desejo sexual
	16	Mudança na atividade sexual
Cuidado e Suporte	18	Escolha sobre o médico responsável pelo tratamento
	19	Escolha sobre o hospital onde faço o tratamento
	20	Receber informação da equipe médica sobre o que eu sinto é normal
	21	Equipe do hospital atender prontamente as minhas necessidades físicas
	22	Equipe do hospital reconhecer e mostrar sensibilidade aos meus sentimentos e necessidades emocionais
Sistema de Saúde e Informação	23	Receber informação escrita sobre os aspectos importantes de meu cuidado
	24	Receber informação (escrita, esquemas, desenhos) sobre os aspectos do cuidado com a doença e efeitos colaterais em casa Recber informação sobre os exames
	25	Receber informação sobre os resultados dos exames, logo que possível.
	26	Receber informação que o câncer está sob controle ou diminuindo
	27	Receber informação sobre coisas que eu possa fazer para ficar bem
	28	Ter acesso a aconselhamento profissional (por exemplo, psicólogo, assistente social, enfermeiro) se eu, família ou amigos necessitar
	29	Ser tratado como uma pessoa não apenas mais um caso ou número
	30	Ser tratado em um hospital ou clínica o mais agradável possível
	32	Ser tratado como uma pessoa não apenas mais um caso ou número
	33	Ser tratado em um hospital ou clínica o mais agradável possível
	34	Ter um membro da equipe do hospital com quem você possa conversar sobre todos os aspectos de sua condição, tratamento e acompanhamento
Itens Individuais		
	6	Ansiedade
	4	Trabalhar
	11	Incerteza sobre o futuro
	31	Receber informação sobre relações sexuais

ANEXO B – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação de Profissionais da Saúde

1. Nome: _____
2. Sexo: (1) feminino (2) masculino.
3. Filhos: (1) sim (2) não. Se sim, quantos? ___
4. Estado civil: (1) com companheiro (2) sem companheiro.
5. Religião: _____
6. Ocupação: _____
7. Renda familiar: _____
8. Quantas horas de sono por dia? _____. (1) continuo (2) interrompido.
9. Cuida de outras pessoas doentes: (1) sim (2) não. Se sim especifique:
10. Tem algum problema de saúde (1) sim (2) não. Se sim, qual? _____
11. Faz uso de medicamentos? (1) sim (2) não. Se sim, qual? _____
12. Que tipo de serviço de saúde frequenta? (1) público (2) privado (convenio) (3) privado (particular)

Bertini, 2016 (adaptado).

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000
Fone: (35) 3701 9153

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Alfenas – MG, 23 de dezembro de 2021.

Ao Excelentíssimo Senhor, Dr. Allen Lopes Petrini
Centro de Oncologia da Santa Casa de Alfenas

Prezado Senhor, Dr. Allen Lopes Petrini, venho por meio deste, solicitar vossa autorização para a realização de uma pesquisa cujo objetivo geral é **investigar as principais necessidades de suporte para o cuidado de pessoas com câncer na perspectiva dessas pessoas e de profissionais de saúde**. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada a partir de aspectos sociodemograficos e clínicos e, utilizando-se perguntas norteadoras em entrevistas.

Para o alcance dos objetivos **solicita-se a autorização institucional para proceder a coleta de dados no ambiente hospitalar, por meio de entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde e usuários em atendimento no Centro de Oncologia.**

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Eu, Dr. Allen Lopes Petrini, Representante do Centro de Oncologia da Santa Casa de Alfenas, estou ciente, de acordo e autorizo a execusão da pesquisa intitulada **"NECESSIDADES DE SUPORTE PARA O CUIDADO DE PESSOAS COM CÂNCER: ESTUDO DE MÉTODO MISTO"**, coordenada pela pesquisadora **Profª. Drª. Silvana Maria Coelho Leite Fava**, no período de 01/12/2021 a 31/03/2022.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 e nº 510/2016, com a Lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que tratam dos aspectos éticos em pesquisa e tratamento de dados pessoais envolvendo seres humanos e afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, e também nos sigilo das informações coletadas, bem como dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Afirmo ainda que todo procedimento envolvendo participante de pesquisa a ser desenvolvido neste instituto/organização será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, responsável pelo acompanhamento ético de pesquisas com seres humanos, localizado na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala O 314-E, Alfenas/MG, no telefone (35) 3701-9153, ou no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br.

Allen Lopes Petrini

Dr. Allen Lopes Petrini
Centro de Oncologia da Santa Casa de Alfenas

Autorizado em: Alfenas-MG, 23 de dezembro de 2021.