



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**A RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS  
E O NÍVEL DE CONFORTO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA  
EM TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por

Fernanda Maria Simões Dantas, N° 361605052

Novembro, 2010





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**A RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS  
E O NÍVEL DE CONFORTO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA  
EM TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

por

Fernanda Maria Simões Dantas, N° 361605052

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Co-Orientação de Professora Patrícia Pontífice de Sousa

Novembro, 2010



## RESUMO

A enfermagem enquanto ciência tem desde sempre procurado contextualizar os seus cuidados de forma a que possam adaptar-se a qualquer pessoa e circunstância. Todas as nossas acções são planeadas e implementadas com o objectivo de proporcionar conforto nas várias dimensões da pessoa, no contexto e meio onde está inserida. A Teoria do Conforto de K. Kolcaba apresenta uma visão holística orientada para a prática dos cuidados, que se adapta a várias realidades. O cancro da mama é o segundo cancro mais diagnosticado em Portugal, com impacto na qualidade de vida pessoal, familiar e sócio-laboral da mulher, de grande complexidade. A enfermagem deve aprofundar conhecimentos nesta área de forma a prestar cuidados de enfermagem mais eficientes.

Assim realizamos um estudo com o objectivo de avaliar o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia e relacionar o mesmo com os factores sócio-demográficos, recorrendo a uma abordagem quantitativa descritivo-correlacional. Aplicámos um questionário de caracterização sócio-demográfica e a escala de conforto da mulher com cancro da mama a realizar quimioterapia (EACDQ) construída por J. Apóstolo e Gameiro, numa Unidade de Oncologia, a nossa amostra (N=46) é probabilística accidental ou de conveniência.

No estudo verificámos que o conforto global médio foi de 3,35 (DP=0,60) e que os factores sócio-demográficos determinantes para o nível de conforto das mulheres com cancro de mama a fazer quimioterapia foram a idade ( $r_s=0,329$ ;  $p=0,026$ ), o número de filhos ( $r_s= -0,389$ ;  $p=0,008$ ) que com estas mulheres coabita e o seu nível de escolaridade ( $r_s= -0,382$ ;  $p=0,009$ ). Por outro lado, podemos perceber que o facto das mulheres em estudo serem ou não activas, não influencia o nível de conforto global [ $z(14,32) =0,645$ ;  $p=0,159$ ], assim como não é determinante para o nível de conforto ser mastectomizada ( $p=0,263$ ) ou estar há mais ou menos tempo em tratamentos de quimioterapia ( $p=0,702$ ).

Pensamos que este estudo pode contribuir com sugestões para a prática, para a formação e para a investigação.

**Palavras Chave** – Conforto, enfermagem, cancro da mama, quimioterapia, factores sócio-demográficos



## **ABSTRACT**

As a science Nursing has always aimed at contextualizing the care it provides so that it can adapt to anyone under any circumstances. Moreover, all our caring procedures are planned and carried out aiming at the person's comfort. K. Kolcaba's theory of comfort presents a holistic approach to nursing care that can adapt to several situations. Breast cancer is the second most diagnosed cancer in Portugal and it has a huge impact on women's personal, familiar and socio-professional life. Nursing has to improve knowledge in this area so that it can provide a better and more effective care.

Thus, we have conducted a survey with the aim of evaluating the level of comfort among women with breast cancer, who are being submitted to chemotherapy. We also aimed at relating that level of comfort to the socio-demographic factors, making use of a correlated-descriptive and quantitative approach. We have implemented a questionnaire focusing on the socio-demographic characterization and on the comfort scale of women with breast cancer under chemotherapy (EACDQ) built by J. Apóstolo e Gameiro. It was conducted in an Oncology Centre among women with breast cancer who composed our non-probabilistic accidental sample.

According to the data provided, we concluded that the medium global comfort averages 3,35 (DP = 0,60) and the socio-demographic factors that were decisive to determine the level of comfort were the age ( $r_s=0.329$ ,  $p=0.026$ ), the number of children ( $r_s=-0.389$ ;  $p=0.008$ ) still living with them and the women's qualifications. On the other hand, we can see that having an active life or not ( $z(14.32) = 0.645$ ;  $p= 0.159$ ), having been submitted to a mastectomy ( $p= 0.263$ ) or being under chemotherapy for long ( $p=0,702$ ) are not determinant features to measure the level of comfort.

We believe that this survey can contribute with suggestions to the practice, training and research.

**Keywords** - Comfort, nursing, breast cancer, chemotherapy, socio-demographic





*“Ter esperança é...  
esperar...  
pelos resultados dos testes e radiografias, pelas consultas, pelas cirurgias,...  
É saber que alguém está a fazer um esforço para ajudar, que alguém luta ao nosso  
lado,  
que a família nunca está longe demais.  
É saber que o sistema cuida ...  
É ser atendido por pessoas que compreendem que cuidar marca uma diferença,  
uma incomensurável diferença...  
É saber que se continuará a cuidar quando os limites da ciência forem atingidos,  
porque no cuidado o “já não vale a pena”, não existe.  
É negar ser tratado como um número,  
manter aberta a possibilidade de ser a exceção.  
É querer a vida e as suas mil pequenas coisas.  
Ter vontade de abraçar a vida apesar dos riscos.  
É acreditar que há lufadas positivas na adversidade,  
É transformar os Bojadores em Cabos da Boa Esperança.  
Ter esperança é ... esperar continuar a ter esperança.”*

**(Magão, 2000)**



## **Agradecimentos**

À minha família pelo suporte.

Aos meus amigos por creditarem e em especial à Sandra e à Raquel pela motivação e apoio.

Aos professores pela orientação e incentivo.

A todas as mulheres com cancro da mama pela sua coragem e força de viver, em especial às que tornaram possível concretizar este projecto. Porque um trabalho, por muito simples que seja, não é possível realizar-se somente com empenho, dedicação e esforço de uma única pessoa. Este, em particular, envolveu esforço e sofrimento por parte de quem convive diariamente com o cancro da mama, mas que com as suas experiências de vida e disponibilidade contribuíram para a sua realização.

A todos o meu bem haja.



## INDICE

	<b>Página</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>23</b>
<b>1. CONFORTO O CONCEITO AO LONGO DO TEMPO .....</b>	<b>24</b>
<b>2. TEORIA DO CONFORTO.....</b>	<b>31</b>
<b>3. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA ONCOLÓGICA – O CANCRO DA MAMA .....</b>	<b>39</b>
3.1. TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA .....	42
3.2. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA FAMÍLIA.....	46
3.3. AUTO-CONCEITO .....	50
<b>PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>55</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>56</b>
4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	58
4.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	58
4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO .....	62
<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>63</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	63
5.2. ANÁLISE DO NÍVEL DE CONFORTO .....	68
5.3. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE CONFORTO .....	73
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>83</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

	<b>Página</b>
<b>Figura 1</b> – Estrutura taxonómica (adaptado de KOLCABA, 2003:15) .....	37
<b>Figura 2</b> – Teoria de Conforto de Kolcaba estruturada a partir da teoria de pressão humana de Murray (adaptado de Kolcaba, 2003:81) .....	38
<b>Figura 3</b> – TMN classificação e estadiamento (Adaptado – DIXON, 1998:115) .....	41
<b>Figura 4</b> – Distribuição de itens EACDQ (Adaptado de Gameiro e Apóstolo, 2004) ..	59

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Página</b>
<b>Quadro 1</b> – Caracterização da amostra relativamente à idade .....	63
<b>Quadro 2</b> – Caracterização da amostra de acordo com o grupo etário.....	64
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da amostra de acordo com o estado civil.....	64
<b>Quadro 4</b> – Caracterização da amostra de acordo com a existência de agregado familiar .....	65
<b>Quadro 5</b> – Caracterização da amostra de acordo com o agregado familiar.....	65
<b>Quadro 6</b> – Caracterização da amostra de acordo com o número de filhos que coabita	66
<b>Quadro 7</b> – Caracterização da amostra de acordo com as habilitações académicas .....	66
<b>Quadro 8</b> – Caracterização da amostra de acordo com a actividade profissional .....	67
<b>Quadro 9</b> – Caracterização da amostra de acordo com a manutenção da actividade profissional .....	67
<b>Quadro 10</b> – Caracterização da amostra de acordo com a evidência de mastectomia..	67
<b>Quadro 11</b> – Caracterização da amostra de acordo com o tempo em tratamento com quimioterapia.....	68
<b>Quadro 12</b> – Distribuição do nível de conforto total, por contexto e por estado .....	69
<b>Quadro 13</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto físico .....	69
<b>Quadro 14</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto psico-espiritual .....	70
<b>Quadro 15</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto ambiental .....	70
<b>Quadro 16</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto socio-cultural.....	71
<b>Quadro 17</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado alívio .....	71
<b>Quadro 18</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado tranquilidade .....	72
<b>Quadro 19</b> – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado transcendência .....	72
<b>Quadro 20</b> – Correlação entre o nível de conforto e a idade (N = 46).....	74
<b>Quadro 21</b> – Relação do nível de conforto com facto de viver sozinha (N = 46).....	75

**Quadro 22** – Relação do nível de conforto total com o estado civil (N = 46).....**Erro!**  
**Marcador não definido.**

**Quadro 23** – Relação do nível de conforto com o número de filhos (N = 46).....**Erro!**  
**Marcador não definido.**

**Quadro 24** – Relação do nível de conforto com as habilitações académicas (N = 46) . 77

**Quadro 25** – Relação do nível de conforto com a manutenção da ocupação laboral (N = 46)..... 78

**Quadro 26** – Relação do nível de conforto total com a evidência de mastectomia (N = 46)..... 79

**Quadro 27** – Relação do nível de conforto total com o tempo de tratamento de quimioterapia ..... 79



## **INDICE DE APÊNDICES E ANEXOS**

**Página**

<b>APÊNDICES</b> .....	<b>87</b>
<b>APÊNDICE I</b> – Instrumento de colheita de dados .....	<b>89</b>
<b>APÊNDICE II</b> - Submissão do estudo a aprovação .....	<b>93</b>
<b>APÊNDICE III</b> - Consentimento informado .....	<b>99</b>
<b>APÊNDICE IV</b> - Quadro de estatística descritiva de conforto .....	<b>105</b>
<b>APÊNDICE V</b> - Quadro de correlações entre as várias dimensões de conforto com a idade, número de filhos e habilitações literárias.....	<b>109</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>113</b>
<b>ANEXO I</b> – Documento comprovativo de autorização para a utilização da escala ....	<b>115</b>
<b>ANEXO II</b> – Carta de autorização da Comissão de Ética do HFF para aplicação do estudo.....	<b>119</b>

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

HFF – Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, EPE

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

## INTRODUÇÃO

Cuidar é um acto inerente à vida humana e uma das primeiras experiências da humanidade. É algo histórico e universal. “ (...) *desde que existe a vida existem cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer. (...) Cuidar é, e será sempre indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social.*” COLLIÈRE (1999:27). É uma atitude, uma maneira de estar que requer um olhar verdadeiro para o outro e para o mundo. Ao longo da vida, cuidamos de nós e daqueles que nos rodeiam uma vez que “*cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.*” COLLIÈRE (1999:236). Cuidar de uma pessoa para assegurar a continuidade da espécie é um acto da vida desempenhado desde sempre, diferente do cuidar com o intuito de promover a recuperação ou a adaptação da pessoa a uma alteração de saúde, desenvolvendo com ela potenciais e estratégias para a resolução de problemas ao nível físico, mental, social e espiritual.

Na enfermagem a perspectiva e o objectivo de cuidar tem vindo a modificar-se ao longo do tempo. A enfermagem enquanto ciência tem desde sempre procurado conceptualizar os seus cuidados de forma a que possam adaptar-se a qualquer pessoa e circunstância, na procura do bem estar baseando-se em necessidades humanas básicas ou actividades de vida diárias na prevenção, tratamento, recuperação ou adaptação, de forma a manter o equilíbrio da sua saúde. A atitude do cuidar reflecte um sistema de valores e transmite-se pela cultura num processo de aprendizagem ao longo da vida. Desde sempre, a forma como cada indivíduo percebe a vida e a sua existência, como se relaciona com o que o rodeia e as suas experiências, determinam a forma como cuida. O indivíduo que cuida empiricamente já foi cuidado, o que terá constituído uma experiência e uma aprendizagem para cuidar de si e dos outros, seja através de actos de assistência ou de suporte, sem que seja necessário recorrer a modelos teóricos. Por outro lado, o cuidar em enfermagem implica uma atitude profissional por parte do enfermeiro e práticas orientadas por um conjunto de saberes. Exige aptidões, competências e uma conduta ética que permite o verdadeiro encontro com o outro respeitando sempre a sua singularidade, a sua dignidade e a sua liberdade, sem o exercício do poder do conhecimento e sem o aproveitamento da fragilidade de quem está afectado.

O cuidar como relação interpessoal pode ser entendido como uma interacção entre o enfermeiro e a pessoa que é cuidada, em que a relação entre ambos traduz a própria essência do cuidar. Nesta interacção estão presentes sentimentos e comportamentos de assistência e ajuda. Significa, como refere HESBEEN (2000:103), “(...) *elaborar com a pessoa que é cuidada e consoante a sua situação, com os seus familiares, um projecto de cuidados, ou seja, identifica com ela um horizonte para o qual pretende progredir.*” O cuidar como intervenção terapêutica compreende as expectativas sociais do desempenho profissional da enfermagem. Esta perspectiva engloba o saber ouvir, o saber ensinar, o estar presente e a competência técnica. Ao doente é reconhecida a sua dimensão pessoal sendo integrado como elemento da equipa de saúde multidisciplinar.

O conforto é uma preocupação central do cuidar em enfermagem, todas as nossas acções são planeadas e implementadas com o objectivo de proporcionar conforto ao cliente nas várias dimensões da pessoa, no contexto e meio onde está inserida. O conceito do conforto como objectivo do cuidar em enfermagem tem sido explorado por vários autores e teóricos desde Florence Nightingale. Na revisão da literatura sobre o conceito encontramos na Teoria do Conforto de K. Kolcaba uma visão holística orientada para a prática dos cuidados, onde existem instrumentos que medem o nível de conforto e ajudam o enfermeiro a identificar necessidades e desenvolver competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A enfermagem torna-se numa disciplina universal, vasta e complexa porque para além do conjunto de competências que lhe é conferida, são-lhe requeridas especificidades dentro dos diferentes contextos, culturas, crenças, valores, hábitos e costumes que definem o mundo de cada um e se assumem como fundamentais na vida das pessoas. Há situações particulares em que o enfermeiro necessita de procurar respostas adequadas a fim de poder contribuir eficazmente para a qualidade dos cuidados como acontece na especificidade da mulher que vive o cancro da mama.

O cancro da mama é uma doença que em 2004 afectou uma população de 4358 mulheres (última análise estatística publicada pela Direcção Geral Saúde), sendo o segundo cancro mais diagnosticado em Portugal, que potencialmente implica uma cirurgia mutilante, que lhes trará para sempre alguma incapacidade, para a qual têm de procurar adaptar a sua vida pessoal, familiar e sócio-laboral. Estas mulheres vivem frequentemente um processo de doença/tratamento, que envolve várias fases, num contexto sócio-cultural próprio, com reacções físicas e emocionais únicas, que exigem do enfermeiro competências específicas, apoiadas em evidência científica que sustente a sua acção.

Os tratamentos de quimioterapia para o cancro da mama são maioritariamente realizados em contexto ambulatorio, com efeitos secundários descritos que, inevitavelmente, vão surgir mas que se desconhece a intensidade da sua manifestação em cada pessoa e como ela irá reagir. As intervenções de enfermagem incidem no apoio e acompanhamento da mulher, envolvendo a família nos tratamentos e cuidados, disponibilizando informação e realizando ensino sobre as sensações desagradáveis que poderá sentir, as alterações físicas, nomeadamente na sua imagem corporal e estratégias para melhor se adaptar à sua condição de saúde na realização das suas actividades.

Segundo os pressupostos de K. Kolcaba, os doentes trazem para o contexto dos cuidados factores que o enfermeiro não pode alterar e que têm impacto directo no sucesso das intervenções. Tendo como base o Questionário Geral do Conforto (GCQ) de K. Kolcaba, J. Apóstolo e Gameiro construíram uma escala para avaliar o nível de conforto da mulher com cancro da mama a realizar quimioterapia. Essa escala foi aplicada no nosso estudo associada a um questionário, por nós elaborado, que identifica os factores sócio-demográficos que relacionamos com o conforto.

Tendo como ponto de partida a teoria do conforto aplicada às mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia, definimos como objectivos:

- Avaliar o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia.
  - Analisar a relação entre as características sócio-demográficas (idade, habilitações literárias e agregado familiar) e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia.
  - Analisar a relação entre a manutenção da ocupação profissional e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia.
  - Analisar a influência da mastectomia no nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia.
  - Analisar a influência do tempo de tratamento no nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia.

O local escolhido para realizar o estudo foi HDO do HFF, onde foram diagnosticados 208 novos casos de cancro de mama em 2007, mas não foi possível identificar de forma exacta o número de mulheres em tratamento com quimioterapia. Estima-se que seriam cerca 100, na altura da recolha de dados. Neste estudo apresentamos os resultados da avaliação efectuada com o questionário sócio-demográfico e a aplicação da escala de conforto, analisando o nível de conforto experimentado pelas mulheres com cancro da mama a fazer quimioterapia e os factores sócio-demográficos que interferem no conforto.

O trabalho está dividido em duas partes. Na primeira parte de enquadramento teórico fazemos a revisão da literatura sobre a evolução do conceito de conforto na enfermagem ao longo do tempo, apresentamos a teoria de conforto de K. Kolcaba, fazemos uma breve abordagem clínica sobre o cancro da mama e as possíveis vertentes de tratamento para esta patologia, o impacto da doença oncológica na família e a importância do auto conceito e da auto imagem na mulher com cancro da mama. A segunda parte do trabalho incide no percurso metodológico, tipo de estudo, objectivos, metodologia utilizada, limitações, caracterização da amostra, apresentação e análise dos resultados, assim como a sua discussão e aplicabilidade.

Na conclusão procuramos salientar os aspectos principais deixando algumas sugestões e implicações do estudo para a prática, para a formação e para a investigação.

## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## 1. CONFORTO O CONCEITO AO LONGO DO TEMPO

A palavra conforto é utilizada na linguagem comum com um sentido que se associa frequentemente à dimensão física da pessoa baseando-se em algo experimentado, como a ergonomia do vestuário, do mobiliário, condições do ambiente e/ou à sensação interior de bem estar, numa perspectiva mais abstracta. O conceito de conforto pode ser utilizado como verbo, sujeito, adjectivo, advérbio, objectivo, processo e resultado. Segundo dicionário da Porto Editora online, conforto é uma palavra que deriva do latim, forma do verbo confortar no presente do indicativo, na primeira pessoa do singular, substantivo masculino que significa acto ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar, auxílio, consolo na aflição.

Na enfermagem o termo conforto assume uma dimensão mais alargada numa dimensão holística do Ser Humano. O conceito conforto é utilizado diariamente na linguagem e registos dos enfermeiros, para indicar maioritariamente a perspectiva do bem estar físico da pessoa de quem cuidam.

Na história da enfermagem, a palavra conforto vem escrita nos manuais, desde Florence Nightingale (2005), que menciona o conforto físico, psicológico e social dos doentes como um resultado desejável a alcançar através dos cuidados de enfermagem. A habilidade da enfermeira poderia ser avaliada pelos níveis de conforto que o doente obtinha com a aplicação dos seus cuidados. Florence Nigthingale foi observando as vantagens e os ganhos em número de vidas pela atenção das enfermeiras a aspectos relacionados com a *“utilização correcta de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio, e a selecção adequada tanto da dieta como da forma de a administrar – tudo com o mínimo de dispêndio de energia vital do doente”*. (NIGHTINGALE, 2005:21). Nigthingale valorizou o ambiente como factor determinante para a manutenção da saúde e recuperação na doença, prestando cuidados globais à pessoa.

Nos dias de hoje, na enfermagem, o conforto é muito mais do que um posicionamento correcto, a manutenção da temperatura, o alívio da dor, assegurar a alimentação ou a eliminação. Proporcionar conforto é chegar a todas as dimensões do Ser Humano, aliviar não só o desconforto imediato mas encontrar estratégias com a pessoa que produzam efeito a longo prazo e medidas de adaptação que potencializem a capacidade da pessoa para manter o seu conforto.



O conceito tem assumido ao longo dos tempos diferentes significados. Olhando para a evolução dos cuidados podemos verificar que se passa de uma visão biomédica, onde o foco da acção dos profissionais de saúde se centrava na resolução do problema físico da “máquina” Humana, evoluindo para uma perspectiva bio-psico-social onde é valorizada a vertente psicológica e social do Ser Humano, mas não lhe é dada a possibilidade de decidir mantendo a pessoa doente “prisioneira” da decisão dos profissionais. Só é possível falar verdadeiramente de conforto nos cuidados de saúde se pensarmos e agirmos de acordo com uma visão holística, dando à pessoa doente a possibilidade de decidir de forma consciente sobre os cuidados que lhe são prestados. O papel dos profissionais é informar e preparar a pessoa para desenvolver potenciais e processos de adaptação. O conforto é uma sensação que pode ser medida e avaliada mas sempre através de quem recebe os cuidados e não pelo seu significado (percepção ou ideia) da sensação de conforto do cuidador.

O pensamento teórico desenvolvido na enfermagem teve a influência de ramos de pensamento com a vertente sócio-cultural e do desenvolvimento das ciências humanas e sociais que emergiram, como a sociologia e a psicologia, que influenciaram a visão da saúde em cada época.

Com Florence Nightingale iniciou-se uma linha de pensamento na enfermagem. O seu objectivo era clarificar conceitos e “*ajudar as enfermeiras a adquirir por si próprias uma maior capacidade de raciocínio*” (COLLIÈRE, 1999:212), uma reflexão sobre os cuidados que prestavam. A definição de conceitos relacionados entre si, gerou um corpo de conhecimentos que foram o alicerce da prática de cuidados de enfermagem fundamentada, onde havia lugar para a interrogação. Assim, surge a primeira filosofia em enfermagem de onde partiu o desenvolvimento de modelos, teorias e mais tarde outras filosofias.

Desde Florence Nightingale que o metaparadigma da enfermagem se centra nos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. “*O metaparadigma é o nível mais abstracto do conhecimento. Determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina.*” (ALLIGOOD, 2002:6) Os conceitos são palavras que representam a realidade, descrevem imagens mentais e facilitam a comunicação sobre estes, independentemente de serem concretos ou abstractos. A clarificação do campo específico da enfermagem enquanto profissão, depende de como o enfermeiro entende os conceitos e a relação entre eles.

Os teóricos centram-se em três paradigmas em saúde ao longo dos tempos que orientam o pensamento da disciplina de enfermagem: a categorização, a integração e a transformação.

Iremos analisar sucintamente de que forma as correntes do pensamento influenciaram o metaparadigma da enfermagem na evolução dos conceitos centrais: ambiente, saúde, pessoa e cuidar.

Na perspectiva da categorização, os fenómenos não estão inseridos no contexto em que ocorrem, sendo medidos isoladamente. Nesta época um dos progressos da ciência é a descoberta dos agentes patogénicos e sua relação com as patologias. As condições de higiene do ambiente são uma prioridade para a condição de saúde da população, assim como a salubridade das habitações e instituições, surgindo o interesse pela saúde pública. A ciência trabalha com enfoque na doença e suas consequências para o órgão afectado. A saúde é um estado de equilíbrio e o seu oposto é a doença. A pessoa é igual à soma das partes, sem interacção ou influência de factores externos.

Esta orientação biomédica da saúde traduz-se na enfermagem como a capacidade de executar tarefas delegadas pelo médico (fazer para a pessoa), valorizando o acto técnico. A enfermagem é uma arte porque não requer uma formação formal. Florence Nightingale estabelece pela sua acção nesta época, a fronteira entre o cuidado doméstico e o cuidado de enfermagem, utilizando a perspectiva de que as condições ambientais onde o doente está inserido influenciam a recuperação da saúde.

Assim, o conforto centra-se nas condições sanitárias da comunidade e do meio envolvente onde o enfermeiro manipula factores externos como o ar fresco, a luz, a limpeza, a temperatura, a dieta e a água, promovendo tranquilidade.

O paradigma da integração surge em 1950 até 1975, era de transição para o pós modernismo. O pós-modernismo é inicialmente uma corrente ligada à arquitectura e que posteriormente, se estendeu a outras artes como a literatura e as artes plásticas. O objectivo desta corrente arquitectónica é estabelecer fórmulas culturais próprias para as sociedades tecnologicamente avançadas.

É nesta época que se desenvolvem as ciências humanas e sociais, valorizando-se o Ser Humano em sociedade. É uma época de grande desenvolvimento tecnológico e a teoria dos sistemas é a base do desenvolvimento de muitas teorias em enfermagem. A pessoa deixa de ser encarada como uma soma de órgãos e passa a ser encarada como Ser bio-psico-socio-cultural, ou seja, o todo é maior do que a soma das partes e procura condições ideais de saúde e bem-estar, podendo influenciar com o meio a sua saúde.

A saúde é diferente de doença, há uma perspectiva dinâmica de equilíbrio constante, surgindo a importância da manutenção da saúde como um ideal a atingir. Os cuidados de saúde são encarados numa perspectiva de agir com a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades, utilizando a relação de ajuda. No entanto o profissional é soberano das decisões e o doente é informado de todos os procedimentos. O doente pode optar por comportamentos de saúde adaptados à sua condição e que contribuem para o equilíbrio em toda a dimensão de Ser Humano, podendo atingir níveis óptimos de bem-estar. Começam a desenvolver-se os meios de comunicação e emergem sistemas de segurança social.

Na enfermagem, Virginia Henderson distancia os cuidados de enfermagem técnicos prescritos pelo médico e valoriza as actividades autónomas que são da responsabilidade das enfermeiras, com o objectivo de ajudar o Ser Humano a realizar as actividades que não consegue fazer, de forma a satisfazer as suas necessidades. Uma pessoa que tem as suas necessidades satisfeitas no que respeita a si própria, ao ambiente que a rodeia, ao trabalho e ao lazer, vive num estado global de conforto.

O paradigma da transformação surge em 1975 e vigora até aos nossos dias, caracterizando-se pela abertura da ciência ao mundo. Esta abertura refere-se à livre circulação de pessoas, bens e informação, pela política e economia vigentes, que proporcionam a interacção e a integração de várias culturas entre si. A pessoa tem o direito e o dever de participar de forma individual e colectiva na protecção e manutenção da saúde e enquanto comunidade utilizadora dos recursos deve ser ouvida nas medidas de planeamento.

A pessoa é um Ser bio-psico-socio-cultural-espiritual, único e indissociável do seu universo, em constante movimento. A interacção da pessoa com o universo é simultânea e recíproca. A saúde é um processo de equilíbrio constante e não simples ausência de doença, é um valor que depende do contexto da pessoa, da família, da sociedade, da cultura e das suas experiências anteriores. O significado de saúde depende da perspectiva de cada um. Surge o conceito da educação para a saúde onde a pessoa tem responsabilidade de se informar para melhor escolher. A preocupação com a saúde vai além da pessoa e do seu ambiente restrito, passa a ter uma dimensão globalizante, a nível da humanidade e do planeta. O modelo de cuidados de saúde que se preconiza é o holístico, onde o doente participa na decisão dos cuidados de saúde que recebe, devendo o profissional informar e preparar a pessoa para decidir sobre a sua saúde e sobre os cuidados que recebe.

A enfermagem recebe influência desta abertura ao mundo com a evolução de teorias provenientes de outras ciências humanas e sociais. Há cada vez mais necessidade de

progredir com a investigação para obter mais conhecimentos e responder aos fenómenos de enfermagem na procura de uma melhor adaptação da pessoa e das populações às suas necessidades. Baseia-se na identificação dos potenciais da pessoa, para ajuda a desenvolver as suas capacidades. Cuidar implica conhecer os valores culturais, crenças e convicções de cada pessoa, sendo o conforto um resultado que pode ser atingido e monitorizado.

A enfermagem foi influenciada pela cultura, valores, leis e princípios vigentes em cada época. Os conceitos centrais sofreram alterações com a evolução do pensamento e da ciência. Os contributos de disciplinas como a filosofia, psicologia, sociologia, antropologia, entre outras, foram responsáveis por essas mudanças ao introduzirem uma nova visão nos conceitos de Homem e factores que o influenciam, assim como na interacção do Homem com o ambiente e com o mundo. Através das teorias que surgiram e se desenvolveram, a disciplina de enfermagem foi enriquecendo e ao longo do tempo nasceram várias escolas de pensamento em enfermagem onde o conceito do conforto está presente de forma implícita ou explícita. Suzanne Kérrouac no seu livro “El Piensamiento Enfermero” (1996) descreve as várias escolas:

- ***Escola das Necessidades*** (1955-1961), a filosofia de Virgínia Henderson centra-se na capacidade da pessoa ser independente na satisfação das necessidades fundamentais, onde o enfermeiro ajuda a pessoa ou o grupo a atingir o bem-estar.
- ***Escola da Interacção*** (1952-1968), baseada nas relações interpessoais da teoria de Hildegard Peplau, como um processo activo entre quem presta e recebe cuidados. A relação enfermeiro-doente assenta na capacidade do enfermeiro compreender o comportamento do outro e ajudar a pessoa a identificar as suas dificuldades, mais tarde corroborada pelo modelo de I. Orlando, que refere que a reacção do enfermeiro a cada doente não se repete e que o seu objectivo é detectar as necessidades afectadas do doente e intervir de imediato para que estas sejam satisfeitas ou responder aos pedidos de ajuda do doente. O Conforto é o resultado do alívio do mal-estar físico e mental pela satisfação das necessidades.
- ***Escola dos Efeitos Desejados*** (1958-1975), considera que a enfermagem promove a estabilidade e o equilíbrio para preservar a energia. Várias foram as teóricas que deram contributos a esta escola. Referimos o modelo de sistema comportamental desenvolvido

por Dorothy Johnson que tem como foco de acção da enfermagem a manutenção da organização do comportamento da pessoa. M. Levin desenvolveu o modelo de conservação onde refere que a pessoa responde de forma integrada às mudanças, preservando a sua identidade. O modelo de adaptação de C. Roy defende que a pessoa está em interacção permanente com o ambiente e as intervenções de enfermagem orientam as respostas e promovem uma adaptação eficaz. B. Neuman desenvolveu o modelo de sistemas onde a pessoa é sistema dinâmico bio-psico-social e espiritual e o enfermeiro actua na resposta do indivíduo ao stress. O conceito de conforto desenvolvido por estas teóricas reporta a pessoa no seu todo incidindo no desenvolvimento de potencialidades para o incrementar continuamente.

- ***Escola da Promoção da Saúde*** (1963), L. Hall desenvolve o modelo de núcleo cuidar e curar que é uma filosofia de enfermagem. Segundo esta escola, os cuidados de saúde que se prestam ao doente devem ser alargados à família. O papel do enfermeiro é promover e facilitar processos de aprendizagem para a manutenção e promoção da saúde da pessoa/família e comunidade.
- ***Escola do Ser Humano Unitário*** (1970-1980), inspirada na abertura ao mundo e no paradigma da transformação. M. Rogers no seu modelo conceptual “seres humanos unitários”, diz que deve promover o bem-estar e a saúde de todas as pessoas. M. Neuman na sua teoria “modelo da saúde”, refere que o enfermeiro ajuda a pessoa a identificar os seus padrões habituais na interacção com o meio e assim encontra as respostas aos seus problemas. R. Parse inspirou-se em M. Rogers na sua teoria “tornar-se humano” onde a enfermagem tem como base as relações com o outro enquanto pessoa, grupo ou comunidade promovendo a qualidade de vida da forma como cada um individualmente a percebe.
- ***Escola do Caring*** (1978-1979), centra-se nos conceitos de cuidar e cultura. A enfermagem deve olhar a pessoa na dimensão corpo-alma-espírito. Jean Watson, na filosofia da ciência do cuidar, refere que na prestação de cuidados tem de se ter em consideração os valores humanos reconhecendo a sua singularidade os quais estão orientados para a prevenção da doença, promoção e recuperação da saúde. O conforto faz parte do desenvolvimento interno e externo da pessoa, sendo uma variável que o enfermeiro pode controlar. M. Leininger apresenta a teoria do cuidar cultural: “teoria da

diversidade e da universalidade”, onde os cuidados estão centrados na pessoa tendo em consideração a sua individualidade cultural. O conforto faz parte do cuidar.

A história do conforto como diagnóstico de enfermagem não teve sucesso. No sistema de classificação desenvolvido pela NANDA, poderia assumir uma denominação de “alteração do conforto” indicando uma acção que levaria o enfermeiro a identificar a necessidade e planear acções que tivessem como resultado a sua satisfação. A NANDA em 1978 limitou-se a considerar a “alteração do conforto” associado ao descritivo dor, que mais tarde evoluiu para dor crónica ou dor aguda. Em 1990 o diagnóstico passou a ser denominado apenas dor associada ao descritivo crónica ou aguda. (KOLCABA, 1992)

A CIPE surgiu em 2000 onde o conforto tem o relevo de ser um foco da prática de enfermagem, como um tipo de sensação, ou seja, é uma área de atenção que a enfermagem deve considerar com o descritivo “*sensação de tranquilidade física e bem estar corporal*”. (CIPE, 2000)

## 2. TEORIA DO CONFORTO

Katharine Kolcaba na prestação de cuidados aos doentes sentiu necessidade de encontrar uma forma própria de conceptualizar os cuidados. Ao analisar a prática diária identificou que o conforto era a chave que conjugava os cuidados adequados ao nível físico e psicológico, num ambiente favorável para as pessoas atingirem um estado óptimo de bem estar. Para desenvolver a Teoria do Conforto foi necessário começar pela análise do conceito ao longo do tempo de forma a clarificar o significado do conforto na linguagem comum e na enfermagem (prática, teoria e investigação).

Considerando o conforto como um objectivo dos cuidados de enfermagem, Kolcaba ponderou a existência de intervenções específicas que aumentam o conforto das pessoas, que só fazem sentido se existir a possibilidade de as medir/avaliar.

Pensando no conforto como um resultado positivo e importante da prestação de cuidados de enfermagem, Kolcaba verificou que foram vários os teóricos de enfermagem que ao longo do tempo corroboram desta perspectiva. Orlando reflectiu sobre como as enfermeiras identificam as necessidades de conforto e como avaliam se o resultado da intervenção foi alcançado. Henderson descreve a importância de satisfazer as necessidades para a manutenção das actividades ou para uma morte serena. Paterson refere que o conforto é um estado em que o paciente é livre para controlar e planificar o seu destino, de acordo com o seu potencial num determinado momento e em cada situação em particular. (KOLCABA, 1992)

No contexto da Teoria do Conforto Kolcaba define os conceitos do metaparadigma de enfermagem como:

- **Enfermagem:** Avaliação intencional das necessidades dos pacientes, família ou comunidade. Delinear medidas para satisfazer as necessidades de conforto e fazer a sua reavaliação após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha base anterior.
- **Paciente:** indivíduo, família ou comunidade com necessidade de cuidados de saúde a qualquer nível de actuação.

- **Ambiente:** qualquer aspecto que envolva o paciente, família ou comunidade que pode ser manipulado para obter ganhos em conforto.
- **Saúde:** funcionamento óptimo do paciente, família ou comunidade facilitado pelo aumento de conforto. (KOLCABA 2003:68)

Os pressupostos da teoria descritos são:

1. Os Enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipa, identificam as necessidades não satisfeitas dos pacientes no sistema de suporte existente.
2. Os Enfermeiros, em conjunto com os outros membros da equipa definem intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades.
3. Outras variáveis são consideradas na definição das intervenções por serem determinantes para o sucesso das mesmas.
4. O objectivo intencional de aumentar o conforto é conseguido se as intervenções forem apropriadas e implementadas de forma correcta. Desta forma o paciente experimenta de imediato um ganho em conforto como resultado da intervenção.
5. Os pacientes e os enfermeiros concordam sobre o que é desejável e realista nos comportamentos de procura de saúde.
6. O aumento do conforto é atingido quando os pacientes intensificam o compromisso de procura de comportamentos de saúde. (KOLCABA,2003:82)

K. Kolcaba elabora a teoria do conforto estruturando um grupo de conceitos, através do raciocínio lógico: indução e dedução que iremos abordar seguidamente.

### ***Indução***

A indução surge quando se observam situações específicas e a partir destas se fazem generalizações. Kolcaba (1991, 2201, 2003) desenhou a prática dos cuidados prestados numa unidade de doentes com Alzheimer, através de conceitos e da sua relação mas verificou que não conseguia espelhar o que se fazia. O seu diagrama inicial continha os termos de ambiente facilitador, incapacidades excessivas e função óptima. Faltavam as acções de enfermagem para evitar as incapacidades excessivas e a avaliação dessas acções.



Desta forma dividiu as incapacidades no domínio físico e mental, introduziu o conceito de conforto (por lhe parecer que transmitia o que pretendia que os doentes sentissem) e tentou observar a relação entre o conforto e o funcionamento óptimo, dentro de um ambiente facilitador proporcionado pelos cuidadores.

O conforto é entendido como um conceito positivo, um sentimento agradável que pode ser indicativo de uma evolução relativamente à condição anterior. O conceito de conforto está frequentemente implícito no contexto da literatura em enfermagem e muitas vezes considerado como uma meta ambiciosa. (KOLCABA, 1991)

Numa primeira revisão da literatura Katharine Kolcaba descreve seis significados para o conceito do conforto.

- **Primeiro significado:** a causa do alívio do desconforto ou estado de conforto. Intervenção sobre a causa do desconforto, eliminando-a de forma a surgir o alívio que se traduz em conforto.
  
- **Segundo significado:** estado de tranquilidade e pacífico contentamento, um efeito da acção de pessoas ou coisas que fornecem ajuda ou ânimo. O estado de conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento entre outros, como causa ou efeito de desconforto. O conforto é o contrário de desconforto. As causas de conforto iniciadas por pessoas ou produzidas por objectos são consideradas forças que contrariam ou neutralizam os efeitos do desconforto. Os enfermeiros frequentemente identificam e eliminam a fonte de desconforto antes que o doente sinta os seus efeitos e neste sentido pode surgir a acção de confortar sem que antes seja sentido o desconforto, proporcionando um estado de tranquilidade. Quando o desconforto não pode ser evitado é frequentemente compensado com medidas adicionais de promoção de conforto. (KOLCABA, 1991)
  
- **Terceiro significado:** alívio do desconforto. E este significado do conforto pode ser explicado através dos significados anteriores. O alívio do desconforto é proporcionar conforto, mas não significa um estado de conforto. O alívio pode ser incompleto (aliviar uma causa de muitas que causa o desconforto), parcial (o alívio pode ser um pouco menos desconfortável e não na totalidade) ou temporário (o alívio pode ser por um curto período de tempo). O estado de conforto pressupõe um nível elevado de alívio do desconforto que perdura ao longo do tempo. (KOLCABA, 1991)

- **Quarto significado:** algo que faz a vida mais fácil e agradável. Este significado é compatível com um objectivo hedónico que maximize o prazer. Este sentido é desconhecido na ciência de enfermagem, pelo que foi eliminado da pesquisa sobre o sentido técnico do conforto na enfermagem. (KOLCABA, 1991)
- **Quinto e sexto significado:** surge do significado da palavra oriunda do latim *confortare* “fortalecer grandemente”. No dicionário inglês surgem significados, segundo a autora, como: força, encorajar, ajudar, socorrer, suporte e ainda refrescar ou revigorar fisicamente. (KOLCABA, 1991)

Estes significados indicam renovação, ampliação de poder, sentimentos positivos e uma preparação para a acção. Podemos encontrar todos estes significados, com excepção do último, na literatura científica de enfermagem (KOLCABA, 1991)

Segundo Kolcaba, nos dias de hoje o conforto é uma parte importante dos diagnósticos de enfermagem. O conforto traduz-se frequentemente pela satisfação das necessidades do cliente a nível mental, psicológico, físico e das condições do ambiente em que estão inseridos. O conforto é muitas vezes avaliado através de intervenções de enfermagem que permitem promover um estado de conforto e tranquilidade à pessoa. Os protocolos de cuidados de enfermagem têm frequentemente como objectivo garantir a qualidade e monitorizar os cuidados prestados à pessoa através da satisfação das necessidades do cliente, tendo como finalidade o conforto.

Os estudos desenvolvidos por HAMILTON (1985) in KOLCABA (1992), são de grande importância qualitativa para o desenvolvimento da conceptualização holística do conforto. O estudo piloto realizado com 14 doentes terminais com cancro, pretendia explorar a perspectiva do conforto do ponto de vista da pessoa e que factores contribuíam para o conforto. Os níveis de conforto obtidos basearam-se na utilização de escalas analógicas, sendo uma avaliação subjectiva. Foi identificado neste estudo um amplo conjunto de factores que contribuem para o conforto: a relação com os outros, a doença e sintomas associados, sentimentos e o ambiente que os rodeia. Mais tarde outro estudo foi desenvolvido por Hamilton com entrevistas semi estruturadas a pacientes em internamento de longa duração, questionando o significado e a percepção de conforto e o que os fazia sentirem-se mais confortáveis. Nas entrevistas os significados que mais emergiram foram processos relacionados com: a doença (percepção de dor e alteração ou perda de

capacidades funcionais), a auto estima (sensações psicológicas, sentimento de independência, de ser útil e processos de adaptação), a posição adequada, aproximação e atitude da equipa que presta cuidados, a vida hospitalar (ambiente familiar, manutenção de contactos sociais, diversidade de actividades e as refeições).

Ainda outros estudos foram realizados dentro do mesmo âmbito mas noutros contextos e a mensagem destes estudos é clara, o conforto é multidimensional, com significados diferentes dependendo do entendimento e visão de cada pessoa.

O conforto como resultado dos cuidados de enfermagem é complexo, multidimensional, sensação única e pessoal com diferente intensidade e vários níveis. Operacionalizar a teoria do conforto é um desafio, assim como o seria se tentasse operacionalizar outro sentimento como a esperança, a alegria ou a segurança. (KOLCABA, 1992) A perspectiva de operacionalizar o conforto tem como base o significado de holismo na enfermagem. O holismo pressupõe que o cliente é um Ser físico, psíquico, espiritual e sociocultural. Na enfermagem a identificação de uma necessidade ou problema conduz a uma acção de planeamento de intervenções, com o objectivo de resolver essa necessidade ou problema com impacto globalmente positivo na pessoa (em todas as dimensões do Ser Humano). Para Kolcaba o conforto é positivo, holístico, bidimensional, teoricamente possível de definir e operacionalizar. (KOLCABA, 1992)

As teorias de enfermagem basearam frequentemente as suas intervenções nas necessidades do cliente. Katharine Kolcaba classificou a intensidade da satisfação das necessidades de conforto em três classes: tranquilidade, alívio e transcendência. (KOLCABA, 1991)

O alívio é a necessidade de estar confortável. É satisfazer a necessidade através do controlo de factores de carácter global que causam desconforto, podendo o cliente ficar num estado de calma ou contentamento, uma condição imediata. A autora apoia-se na teoria de Orlando, onde nos transmite que para definir as suas intervenções o enfermeiro deve avaliar as necessidades físicas e mentais do cliente.

A tranquilidade é satisfazer necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto, resultantes de uma experiência individual. A tranquilidade pressupõe uma condição mais duradoura e contínua, um estado de contentamento e bem-estar. A autora fundamenta-se em V. Henderson que definiu 14 necessidades que o cliente deve manter satisfeitas. O enfermeiro ajuda a pessoa, em qualquer condição de saúde a aprender, manter

e/ou recuperar, garantindo a satisfação das necessidades, podendo também proporcionar uma morte serena.

A transcendência, como o mais elevado estado do conforto, traduz-se na satisfação de necessidades de educação e motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas actividades com a máxima independência possível, adoptando hábitos de vida saudáveis. A autora menciona a teoria de Paterson & Zderad para se fundamentar, referindo que os enfermeiros podem encetar relações com as pessoas que desenvolvam a capacidade de superar as necessidades das mesmas e terem liberdade para controlar a sua vida.

O estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto. Para estar confortável é necessário paz de espírito e manutenção da capacidade física. (KOLCABA,1991). O conforto representa ainda o contexto em que ocorre ou pode ser experimentado. Assim, definiu quatro domínios de necessidades externas e internas à pessoa, com o seguinte significado:

- **Físico** – sensações do corpo;
- **Psico-espiritual** – consciência de si próprio, auto-estima e auto-conceito, sexualidade, significado da vida e relação com um ser supremo;
- **Ambiental**– condições e influências externas;
- **Socio-culturais** – relações interpessoais, familiares e sociais; engloba ainda aspectos financeiros e informações da vida social.

Kolcaba definiu os níveis de conforto que se podem atingir e o contexto onde estes podem ocorrer ou ser percebidos pela pessoa. A partir dessa análise construiu a estrutura taxonómica do conforto. (FIGURA 1)

A estrutura taxonómica do conforto é representada num diagrama de doze células e cada célula representa um atributo do conforto como um resultado positivo dos cuidados de enfermagem. Nesta estrutura do conforto cada célula traduz o conforto nas duas dimensões, de forma interdependente. A mudança ou alteração de um aspecto influencia a outra dimensão.

Estado de conforto Contexto no qual ocorre o conforto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<b>Físico</b>			
<b>Psico-Espiritual</b>			
<b>Ambiental</b>			
<b>Social-Cultural</b>			

**Figura 1** – Estrutura taxonómica (adaptado de KOLCABA, 2003:15)

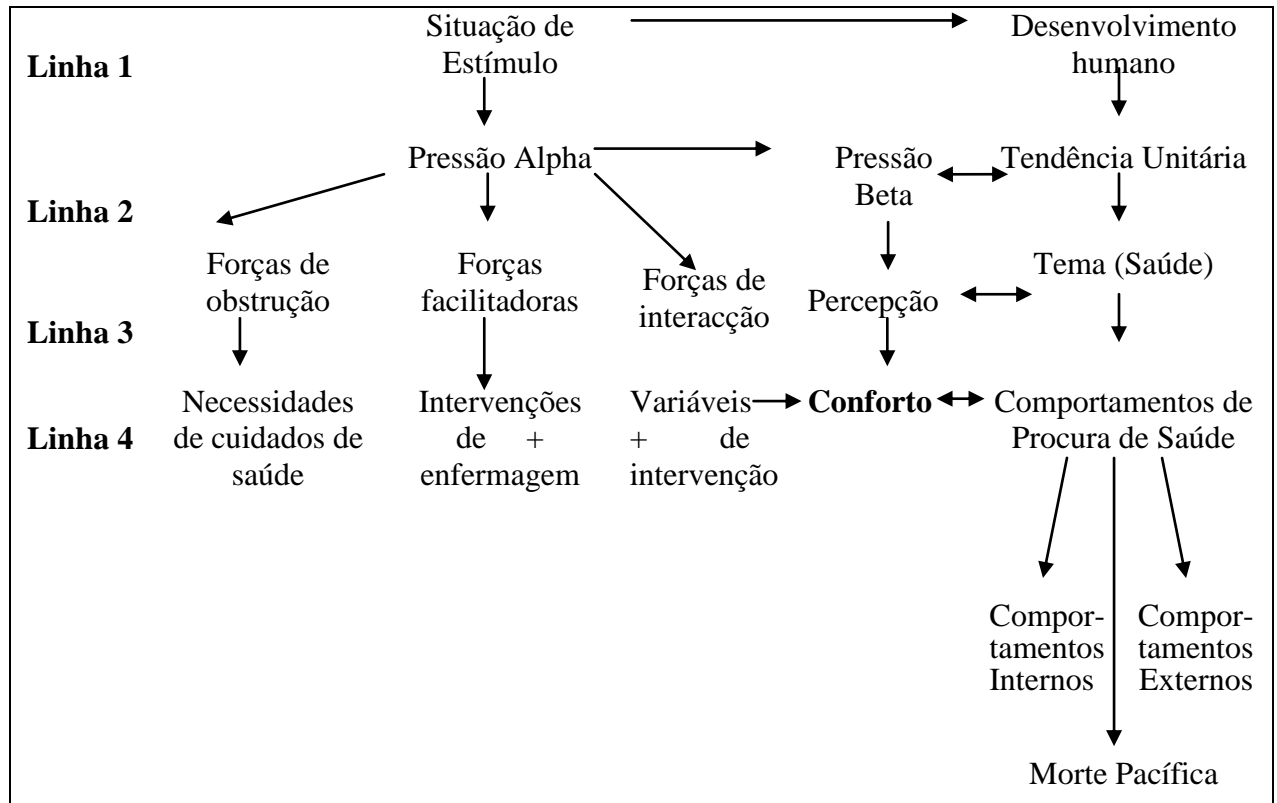
Foi com base nesta estrutura que foi desenvolvido o “*General Comfort Questionnaire - GCF*” para medir o nível de conforto da pessoa. Tendo em conta que o estado de conforto se pode alterar facilmente, o questionário desenvolvido tinha como objectivo avaliar o nível de conforto no momento e situação específica da sua aplicação. Os 68 itens do questionário têm 24 questões positivas e 24 questões negativas distribuídas pelas várias células da grelha de forma a avaliar todos os domínios. As questões são colocadas em formato de escala de Likert, variando de 1 a 5, entre o concordo plenamente e o discordo totalmente.

### ***Dedução***

Como forma de pensamento lógico, a dedução parte do geral para o particular, ou seja, as conclusões formam-se a partir de princípios mais gerais.

Nesta fase Kolcaba já havia definido o conceito de conforto baseada nos teóricos de enfermagem, mas sendo esta uma teoria de médio alcance necessitava de uma estrutura conceptual mais alargada e abstracta que sustentasse e fosse coerente com a teoria do conforto.

Assim, fundamentou-se na teoria da personalidade da pressão humana de MURRAY (1938) in KOLCABA (2003), um psicólogo que trabalhou esta teoria com base nas necessidades humanas, as quais sofrem pressões stressoras relacionadas com os cuidados de saúde. Esta teoria é representada num diagrama de 4 linhas, com sentido descendente, partindo dos conceitos mais gerais para os mais particulares, em duas partes, em que uma desenvolve o estímulo e a outra o desenvolvimento humano em interacção com esse estímulo, ao longo dos 4 níveis. (Figura 2)



**Figura 2** – Teoria de Conforto de Kolcaba estruturada a partir da teoria de pressão humana de Murray (adaptado de Kolcaba, 2003:81)

Na presença de um estímulo, o Ser Humano tem uma tendência de resposta unitária aos tipos de pressão que o estímulo provoca. A pressão está relacionada com factores internos (pressão beta), que é a forma de percepção da pessoa relativamente a uma situação ou tema, e com factores externos (pressão alpha) que representam as forças positivas ou facilitadoras, as forças negativas ou obstrutivas e as forças de interacção. No que respeita à área da saúde, as forças de obstrução são representadas pela necessidade de cuidados de saúde e as forças facilitadoras são as intervenções de enfermagem, que associadas a outras variáveis vão influenciar a percepção de conforto que a pessoa pode sentir ao nível físico, psico-espiritual, ambiental e social. O conforto experimentado através da redução das forças negativas e contributo das forças facilitadoras, conduz a uma tendência de procurar comportamentos saudáveis (*Health Seeking Behaviors - HSB*) internos e externos de forma a aumentar o nível de bem-estar ou a alcançar uma morte pacífica. A forma como cada pessoa percebe o conforto vai condicionar os comportamentos de procura de saúde e por sua vez as pessoas que se sentem confortadas têm maior probabilidade de adesão aos mesmos, existindo assim uma relação de reciprocidade entre o conforto e os comportamentos de procura de saúde. (KOLCABA, 2003)

### **3. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA ONCOLÓGICA – O CANCRO DA MAMA**

A doença oncológica caracteriza-se por uma mutação genética do ADN (célula que contém informação genética e controlam o funcionamento celular), de causas multifactoriais e ainda frequentemente desconhecidas, que promove o crescimento celular incontrolável. Este crescimento pode assumir características de proliferação local, invasiva (capacidade de afectar tecidos ou estruturas adjacentes) ou metastática (capacidade de afectar gânglios linfáticos e progredir pela rede linfática de forma a desenvolver lesões secundárias em órgãos à distância). O cancro da mama pode surgir em qualquer estrutura da mama e existem vários tipos, o que vai influenciar a forma como o mesmo se desenvolve e consequentemente o tratamento e os resultados.

O que determina o tipo de cancro é o estudo histológico do tecido da lesão encontrada, embora seja fundamental ter em consideração outros dados na história clínica: idade, antecedentes de saúde pessoais e história familiar.

As lesões mamárias têm uma primeira abordagem clínica de sinais e sintomas: presença de nódulo recente ou alteração de nódulo existente, ulceração, nódulos cutâneos, retracção ou outras alterações cutâneas da mama, eczema, retracção mamilar e/ou corrimento mamilar, dor ou empastamento que persiste após período menstrual, entre outros. No seguimento da avaliação clínica são realizadas análises clínicas e investigação imagiológica, através de mamografia e ecografia mamária. Sempre que se encontram imagens radiológicas suspeitas, realiza-se exame histológico e citológico através de biopsia da lesão (que pode ser realizada por punção aspirativa do nódulo ou pós tumorectomia).

O crescimento tumoral pode ser localizado ao tecido mamário ou pode invadir cadeias linfáticas e através desta promover a metastização. No cancro da mama a metastização ocorre com maior frequência nos ossos, nos pulmões e no fígado, embora possa ocorrer na pleura, no peritoneu ou no cérebro.

O carcinoma da mama mais frequente pode estar localizado na área ductal ou lobular, desenvolve-se de forma lenta e é habitualmente assintomático. Pode ser classificado como carcinoma não invasivo (in situ), caracteriza-se por estar encerrado no ducto ou glândula mamária não atingindo os tecidos adjacentes, ou invasivo porque afecta o tecido mamário adjacente e os gânglios linfáticos (ou tem essa capacidade celular) sendo localmente

avançado ou metastático. Existem ainda alguns tipos especiais de cancro da mama, que dependendo dos sinais, sintomas ou localização são classificados como:

- Medular – o crescimento deste tipo de tumor é rápido, tem frequentemente melhor prognóstico, porque desenvolve uma reacção imunitária ao mesmo;
- Inflamatório - é muito agressivo, como o nome indica apresenta sinais e sintomas inflamatórios cutâneos e pode estar localizado a nível ductal ou lobular;
- Carcinoma concomitante com a gravidez ou a lactação – desenvolvem-se rapidamente podendo ser dificultado o diagnóstico diferencial pelas alterações mamárias presentes na mulher associadas a esta fase;
- Papilar – são raros e têm um bom prognóstico. Desenvolve-se como uma massa de células no lúmen de um ducto que provoca um perda de sangue precoce pelo mamilo;
- Cístico – são raros e o prognóstico é variável. Há formação de um quisto cujo conteúdo pode ser aspirado e analisado microscopicamente;
- Doença de Paget – ocorre nos ductos junto da auréola mamilar. Pode ser confundido com um eczema que pode destruir o mamilo, não cicatriza e forma ulceração. (SMITH, 2003)

Após avaliar as características celulares do tecido tumoral é necessário avaliar a sua extensão e diferenciação. À avaliação da extensão do tumor local, regional e à distância, chama-se estadiar, utilizando-se para o efeito a nomenclatura TNM (T – tamanho do tumor, N – presença de gânglios linfáticos afectados à distância e M – presença de metástases à distância).

No carcinoma da mama o estadiamento, a determinação da presença de receptores hormonais e o estado hormonal da mulher (fase pré ou pós-menopausa), irão determinar não só a sua classificação mas também o prognóstico e a abordagem terapêutica a instituir.



<b><i>Tumor</i></b>	
T 0	Não há tumor palpável
T 1	Tumor móvel até 2 cm
T 2	Tumor móvel de 2 a 5 cm
T 3	Tumor móvel com mais de 5 cm
T 4	Tumor de qualquer tamanho, fixo à parede do tórax, com ulceração cutânea ou inflamatório
<b><i>Gânglios Linfáticos</i></b>	
N 0	Sem evidência de metastização de gânglios axilares homolaterais
N 1	Gânglios axilares metastizados homolaterais, móveis
N 2	Gânglios axilares metastizados homolaterais aglomerados, fixos, com alteração da estrutura
N 3	Com presença de gânglios metastizados homolaterais axilares e envolvimento da cadeia mamária interna, supra ou infraclaviculares
<b><i>Metástases</i></b>	
M 0	Não há metástases à distância
M 1	Metástase à distância
<b><i>Estadiamento</i></b>	
I	T 1, N 0, M 0
II	T 1, N 1, M 0 ou T 2, N 0-1, M 0
III	Qualquer T, N 2 ou T 3, N 1, M 0, ou T 4, N 0-2, M 0
IV	Qualquer T, Qualquer N, M 1

**Figura 3** – TMN classificação e estadiamento (Adaptado – DIXON, 1998:115)

No estadio I, habitualmente não está indicado realizar mais exames complementares de diagnóstico. Em estadios mais avançados, é necessário realizar outros exames complementares de diagnóstico, não só para avaliar a extensão do tumor mas também para avaliar a condição global de saúde da mulher o que irá influenciar a estratégia terapêutica. Os exames mais comuns a que são submetidas são: Ecografia abdominal e por vezes pélvica, Tomografia Axial Computorizada, Ressonância Magnética, Tomografia de Emissão de Positrões, Cintigrafia óssea e cardíaca. Desta forma é avaliada a função cardíaca e/ou a presença de lesões no esqueleto, pulmões, fígado, cavidade pleural ou peritoneal. Por ser menos frequente a metastização cerebral, a avaliação desta área corporal é realizada quando surgem, clinicamente sinais focais de lesão neurológica.

### 3.1. TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA

O tratamento do carcinoma da mama depende da sua classificação, como já foi referido anteriormente. A abordagem pode ser cirúrgica, quimioterapia, radioterapia, terapêutica biológica, hormonoterapia ou uma combinação entre estas.

#### **Cirurgia**

Na remoção cirúrgica de um tumor é necessário remover cerca de 2 cm dos tecidos adjacentes, como margem de segurança, pelo que o tamanho da mama influencia o tipo de cirurgia. (SMITH, 2003)

A excisão cirúrgica do tumor pode ser conservadora, ou seja, remoção do tumor com a máxima preservação do tecido mamário possível (tumorectomia – só o tumor ou quadrantectomia – remoção de um quadrante da mama). Este tipo de cirurgia é mais utilizado para tumores com tamanho inferior a 3 centímetros e sem gânglios atingidos (carcinoma da mama *in situ*).

O carcinoma da mama invasivo localmente avançado com menos de 3 cm, pode ter uma primeira abordagem cirúrgica, mas se o tumor for de maior dimensão é frequente realizar quimioterapia antes da cirurgia para reduzir o seu tamanho. Independentemente do tamanho do tumor, o carcinoma invasivo conduz frequentemente a uma mastectomia total ou radical, ou seja a remoção de toda a mama com ou sem esvaziamento axilar. A avaliação do gânglio sentinela permite diagnosticar o envolvimento da cadeia ganglionar axilar adjacente para determinar se vai ser realizado o esvaziamento axilar. (SMITH, 2003)

#### **Quimioterapia**

A terapêutica sistémica com quimioterapia pode ser neoadjuvante (administrada antes da cirurgia com o objectivo de reduzir o tamanho do tumor), adjuvante (administrada após cirurgia com objectivo de diminuir o risco de recidiva) ou paliativa (em doença metastática com o objectivo de controlar a evolução da doença).

Os protocolos terapêuticos estão em permanente actualização de acordo com a investigação científica que promove o aparecimento de novas indicações terapêuticas para os fármacos existentes e/ou o desenvolvimento de novos fármacos. A decisão da quimioterapia a instituir

depende da classificação do tumor, da resposta da doença ao tratamento e da tolerância da mulher aos efeitos secundários.

A quimioterapia utilizada para o tratamento do cancro da mama provoca efeitos secundários, que variam com o fármaco. Os mais comuns são a alopecia, as náuseas e os vômitos, a neutropénia e a anemia, dores musculares e articulares, cansaço, alterações do humor e do sono. Em mulheres em idade reprodutiva pode causar amenorreia.

A administração de quimioterapia adjuvante varia entre 4 a 6 ciclos, a duração pode ser de 4 a 6 meses, mas pode variar se existirem intercorrências que impossibilitem a realização do tratamento dentro do tempo programado. Cada protocolo terapêutico tem uma duração de administração endovenosa que pode variar de 1 a 5 horas, com um intervalo de 22 a 28 dias.

Os efeitos adversos da quimioterapia são frequentemente temporários e reversíveis, embora o cabelo quando cresce possa apresentar características diferentes (mudar de cor e/ou alterar de liso para encaracolado ou vice versa). (SMITH, 2003)

### **Radioterapia**

A radioterapia é utilizada frequentemente após cirurgia da mama e/ou quimioterapia. As células tumorais são mais sensíveis que as células normais às radiações pelo que a sua utilização tem como objectivo destruir células microscópicas que possam ter permanecido após a cirurgia e a quimioterapia. A radioterapia é utilizada em mulheres com carcinoma invasivo ou doença localmente avançada. A área irradiada é determinada e previamente marcada. A radioterapia é dirigida para a região em redor da cicatriz da mastectomia, podendo também ser realizada na região axilar ou de outra cadeia ganglionar envolvida. (SMITH, 2003)

A maior complicação deste tratamento é a possibilidade de haver queimadura da pele que, para além do desconforto do momento, pode comprometer a técnica de reconstrução. A duração do tratamento é de cerca de 4 semanas diariamente, embora o tempo de exposição às radiações seja de apenas alguns minutos.

## **Hormonoterapia**

O desenvolvimento do cancro da mama é frequentemente associado a níveis hormonais de estrogéneo da mulher e ao funcionamento dos ovários. Assim, é determinado se o tumor é hormono dependente de forma a bloquear a segregação de estrogéneos e, conseqüentemente, prevenir o desenvolvimento e a multiplicação de células tumorais.

A terapêutica hormonal utilizada pode ser de primeira linha ou depois de ter sido realizada quimioterapia, radioterapia e/ou terapêutica biológica.

Durante a realização desta terapêutica a mulher sente habitualmente desconforto idêntico ao da menopausa (sensação de calor, rubor, suores, alterações de humor, secura de secreções vaginais, diminuição da libido). A duração do tratamento por via oral é de 5 anos e pode ser ou não concomitante com administrações de terapêutica subcutânea por um período de 3 anos. (SMITH, 2003)

## **Terapêutica Biológica**

A terapêutica biológica, são anticorpos monoclonais, ou seja, fármacos desenvolvidos para actuar em receptores específicos das células, de forma a inibir a sua multiplicação. No cancro da mama são utilizados se as células tumorais tiverem receptores para estes anticorpos independentemente do estadiamento. A duração do tratamento é de cerca de 1 ano em monoterapia ou concomitante com quimioterapia. A terapêutica biológica com indicação no cancro da mama é bem tolerada, a sua administração pode ser semanal ou a cada 3 semanas, sem efeitos adversos que promovam mal-estar, embora seja necessário monitorizar a toxicidade cardíaca.

## **Próteses**

O equilíbrio e o bem-estar físico, emocional, social e espiritual faz parte integrante do tratamento, permitindo a manutenção ou o desenvolvimento de uma atitude positiva e motivada para a adesão ao regime terapêutico e ultrapassar esta fase da vida.

As próteses são importantes para manter a imagem e a auto estima da mulher após mastectomia e/ou com alopecia. É fundamental que a mulher consiga cuidar da sua aparência de forma a manter-se segura no contacto familiar, social e laboral.

### **Próteses capilares**

As próteses capilares são uma das opções para a alopecia, embora existam outras como os lenços, os chapéus, entre outros adereços. Existe ainda a opção de não utilizar nada para esconder a alopecia, o importante é a forma como cada mulher se sente e vive esta alteração da imagem.

### **Próteses mamárias**

As próteses mamárias são importantes não só pelo impacto visual, como para o equilíbrio músculo-esquelético da coluna vertebral, evitando lesões. As próteses têm várias medidas (forma, peso e tamanho) para que se ajustem o melhor possível a cada mulher.

As próteses mamárias externas podem ser temporárias ou permanentes. As próteses temporárias, logo após a mastectomia são mais leves e de toque confortável para proteger o desconforto junto da incisão cirúrgica e por vezes são usadas de novo na fase da radioterapia. As próteses permanentes podem ser utilizadas 6 a 8 semanas após a cirurgia (SMITH, 2003), devem ser feitas de acordo com as medidas da mulher e para melhor ajuste é aconselhável a utilização de soutiens próprios para a sua aplicação.

Quando a mulher usa uma prótese mamária poderá ser necessário ajustar algum vestuário para minimizar a percepção da sua utilização e aumentar a auto confiança. Cada vez mais existem soluções nesta área para que a mulher possa manter a sua feminilidade e as suas rotinas ou actividades, como por exemplo, frequentar a praia.

### **Reconstrução da mama**

A reconstrução mamária após quadrantectomia ou mastectomia radical é outra fase cirúrgica a considerar. A cirurgia de reconstrução só poder ser imediata após mastectomia, se não estiver programada radioterapia após cirúrgica. Se for necessário realizar radioterapia a reconstrução terá de ser posterior à mesma. A cirurgia reconstrutiva da mama pode ser um processo complexo (que é composto por várias fases), dependendo da abordagem cirúrgica utilizada na mastectomia e na reconstrução, que ainda pode ser condicionada pela constituição física da pessoa e elasticidade da pele. (SMITH, 2003)

Nem sempre as mulheres optam por realizar a reconstrução mamária, é uma opção de cada pessoa condicionada pela adaptação à sua imagem corporal e/ou ao processo de doença. A

reconstrução é mais um processo demorado, em várias fases, que exige manter o contacto frequente com o hospital, intervenções cirúrgicas e internamento. Pode ser encarado como uma fase de grande ansiedade e stress que pode provocar mais sofrimento físico e emocional para o qual não estão preparadas. Há mulheres que se sentem bem com a sua imagem, estão adaptadas, não vendo vantagem na reconstrução.

### 3.2. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA FAMÍLIA

A doença oncológica tem impacto físico e psicológico na pessoa, o que modifica a forma como ela se auto percebe, bem como o meio onde está inserida. A pessoa doente faz parte integrante de uma família, é uma unidade inseparável. Quando se pensa em alguém doente tem sempre de se pensar no seu meio e contexto familiar. A doença afecta o doente e a sua família como um todo, provocando alterações no funcionamento familiar, reacções emocionais, cognitivas e sociais. Uma vez aproxima, outras vezes afasta os membros da família.

Segundo a CIPE/ICNP (2000:69) a família é

*“um conjunto de seres humanos considerados uma unidade social ou um todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”.*

Os processos familiares são padrões de relacionamento entre os membros da família que desenvolvem interacções positivas ou negativas, CIPE (2000:69). Na família estas interacções produzem constantes mudanças na função de desenvolvimento dos seus membros através do ciclo vital e contínuo dependência / independência, tendo como base um sistema de valores e crenças próprio, que pode ajudar as pessoas a crescer e a desenvolver processos de adaptação para agir de acordo com os padrões sociais em vigor no meio onde estão inseridas ou produzir comportamentos desajustados e que não são aceites.

A família é uma unidade dinâmica, estruturada e organizada, constituída por pessoas unidas por laços familiares, afectivos e/ou de interesses, que se percebem e convivem no espaço e no tempo, com direitos e responsabilidades (entre as quais apoiar, orientar e cuidar dos seus membros), num ambiente influenciado por condições sociais, culturais e económicas.

A família assume o papel principal na satisfação das necessidades integrais dos seus membros. A família ajuda cada um dos seus membros a desenvolver-se física, intelectual, emocional, social e espiritualmente.

Os conceitos de saúde e doença são adquiridos na família. Segundo MELO (2005:32) é importante ter noção da diferença entre estar doente (componentes biológicos e fisiológicos), sentir-se doente (alterações psicossociais de desorganização) e comportar-se como um doente (papel social, identidade). O impacto das alterações de saúde e reacção à doença, a interpretação dos sintomas e as estratégias de adaptação variam com os conceitos base de cada pessoa.

MYSTAKIDOU et Al (2002) refere que os aspectos culturais, os valores e os comportamentos associados às experiências de vida, à condição sócio-económica e personalidade dos membros da família, influenciam a forma como o doente e família interpretam o significado do diagnóstico de cancro e como se adaptam à doença.

A presença de doença num membro da família é factor de stress, desorganização e por isso uma ameaça à sua integridade. A doença oncológica implica mudança e adaptação constante pela alteração de capacidades e/ou autonomia da pessoa (de forma temporária ou definitiva) e sua consequente participação no seio da família. Vários são os factores que o doente e família têm de enfrentar: os sintomas, os exames e a espera pelos resultados, o diagnóstico, o tratamento (médico e/ou cirúrgico) que muitas vezes é prolongado e se acompanha de consultas e exames exigindo disponibilidade por parte do doente e de quem o acompanha, a possível separação espacial dos seus membros, a perda ou alteração de papéis sociais, alteração de responsabilidades e competências, alterações de aparência (transitória ou permanente), reacções emocionais e sentimentos, a recuperação ou a ameaça de morte.

A família é um sistema de interacções em constante mudança e adaptação, com projectos e fortes conexões, que dependem de redes de comunicação. Quando um membro se altera, isso repercute-se em todo o grupo, conduzindo a transformações no sistema que garante o equilíbrio e a estabilidade. Segundo COBOS et al (2002) para se conhecer as reacções da família à doença é importante conhecer o seu ciclo vital, o funcionamento familiar, as experiências de crise anteriores e os recursos humanos e materiais disponíveis. As famílias podem ter dificuldade de adaptação a novas situações.

A forma como cada pessoa reage ao stress e que estratégias encontra para se adaptar depende das características pessoais, do meio envolvente e de factores relacionados com a doença. A resposta pode ser biológica, comportamental ou cognitiva, pode estar centrada no problema ou na emoção e produzir respostas adequadas ou inadequadas e, nesta situação, iniciar de novo o processo de adaptação. O seu sistema de valores pode trazer dificuldades de comunicação, de reestruturação de papéis e distribuição de tarefas.

Pode dizer-se que a família passa por várias etapas no processo de adaptação à doença. O impacto do diagnóstico é sentido como um obstáculo, um factor de stress que desorganiza o equilíbrio da família, dificultando a capacidade de encontrar outros recursos ou apoios. Nesta altura o sentimento de descontrolo e desespero dificulta a manutenção dos papéis e a satisfação das necessidades da família. A procura de uma explicação racional e a busca de informação torna-se prioritária, é importante compreender o porquê. Esta situação causa muita pressão tornando a família vulnerável podendo unir-se ou afastar-se pelas perturbações emocionais que sofre. (PEREIRA E LOPES, 2002)

No estudo realizado por MOREIRA (2001) os sentimentos e emoções da família face à doença assumem 4 vertentes:

- ✓ **Social** - perda da identidade social, a família vive de acordo com as necessidades do seu ente querido e anula as suas próprias necessidades;
- ✓ **Cuidados de saúde** – revolta pelos cuidados que o sistema de saúde tem para oferecer, com informações ambíguas por parte dos profissionais e desprovidos de afectividade;
- ✓ **Em relação ao doente** – ambivalência de sentimentos e sobreprotecção do doente e de outros membros da família.
- ✓ **Em relação à família** - tristeza e angústia, desespero e impotência, sofrimento, negação, ocultação e revolta.

Os profissionais de saúde têm de estar atentos às necessidades do doente e da família como uma unidade, pois ambos necessitam de cuidados. A pessoa com cancro tem muitas necessidades e exige disponibilidade e tempo por parte de quem a cuida. Os cuidados que precisam são complexos a nível técnico e emocional. Envolve intenso sofrimento, problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.



O cuidador, como diz WALSH et al (2004) é alguém com laços estreitos com o doente e que se espera que cuide do doente de alguma forma. O cuidador é quem dá apoio físico, psíquico, emocional e espiritual, está presente, acompanha e presta cuidados globais ao doente. Para HUDSON (2003) o cuidador envolve mais do que pessoas relacionadas biologicamente ou por casamento, inclui também aqueles que são indicados pelo doente como pessoas chave na sua vida.

Conviver com a evolução da doença de um ente querido é uma sobrecarga emocional que é difícil de suportar. A qualidade da comunicação entre a pessoa doente, o cuidador e outros que o rodeiam é crucial para que a doença seja vivida de forma equilibrada e favoreça a adaptação da família à alteração de papéis, rotinas, projectos e perspectivas de futuro.

Os profissionais de saúde quando têm um doente em casa ao cuidado da família têm de a ter como membro da equipa e apoiá-la continuamente nas mudanças que ocorrem. Os profissionais de saúde têm de identificar as necessidades da família e promoverem processos de adaptação e resposta às necessidades dos doentes e dos cuidadores. Uma família informada que desenvolveu competências para cuidar de forma efectiva, sofre de menos ansiedade, adapta melhor as necessidades da pessoa doente na vida familiar, sente menos sobrecarga e encara a experiência de forma mais positiva.

Segundo MCMILLAN et al (2005) o estado psicológico do cuidador depende do estado psicológico do doente e vice-versa. A qualidade de vida dos cuidadores diminui com a progressão da doença e dependência do doente, a sobrecarga económica aumenta proporcionalmente com as necessidades de transporte, cuidados directos, apoio profissional de saúde e cuidados domésticos.

WENNMEN-LARSEN e tal (2002) referem que a fase em que os cuidadores esperam mais apoio dos profissionais de saúde é no início para que se possam adaptar à alteração de papéis. O suporte emocional e psicológico é importante para evitar o desgaste do cuidador. Quem cuida tem de ter espaço para expressar os seus sentimentos e dúvidas. A partilha do sofrimento do cuidador facilita a aceitação da doença. A relação e o envolvimento que os profissionais de saúde estabelecem com os cuidadores são cruciais para o sentimento de tranquilidade e segurança.

A família tem de estar junto do doente durante a consulta e os tratamentos, observar e participar na prestação de cuidados, em conjunto com os profissionais, para que possa aprender e tirar dúvidas. Os objectivos e as intervenções têm de ser planeadas em conjunto com os profissionais e famílias.

Os profissionais de saúde têm de acompanhar de perto os doentes e seus cuidadores e fazer adaptações nas intervenções planeadas sempre que necessário. É importante para os cuidadores não se sentirem sozinhos, terem a quem reportar alterações do estado de saúde do doente e terem alguém que os esclareça, ouça e ajude a tomar decisões. Os profissionais de saúde têm como primeiro objectivo a qualidade de vida do doente e a sua família.

A política dos cuidados de saúde mudou ao longo do tempo com a evolução da ciência e tecnologia, de forma paralela às mudanças sociais, económicas e familiares. A evolução do conhecimento na saúde proporciona o diagnóstico de patologias que não são curáveis e tratamentos que prolongam a vida

Os cuidados em que o objectivo é o conforto são da responsabilidade da família e dos profissionais. Estes cuidados necessitam de acompanhamento por parte dos técnicos de saúde onde a preparação e ensino do cuidador é fundamental para a manutenção da qualidade de vida da pessoa doente.

### 3.3. AUTO-CONCEITO

As primeiras referências do auto-conceito remontam ao domínio da filosofia. Filósofos, poetas e estudiosos procuraram definir o “EU”, a essência humana, apresentando o auto-conceito como sendo um aspecto da personalidade humana.

O conhecimento do “EU” é multidimensional e tem essencialmente 4 componentes organizados de forma hierárquica e integrada:

- ✚ **Física** – o corpo é um elemento central e profundo do “EU”
- ✚ **Material** – outros elementos como a família e os próximos, como modelo do “EU”, fonte de reforços;
- ✚ **Social** – reconhecimento que o “EU” tem do meio onde está inserido e dos amigos;

- ✚ **Espiritual** – lugar do “EU” subjectivo, interno e íntimo da personalidade, constituído por emoções e desejos.

A pessoa tem uma consciência afectiva do seu valor. Habitualmente esse valor rodeia-se de sentimentos e emoções opostos entre si que traduzem satisfação e pesar, num contínuo onde se encontram pontos de equilíbrio. O auto-conceito varia de forma mais ou menos positiva de acordo com a satisfação que sentimos relativamente a nós próprios, associado ao sucesso ou insucesso, soma de prazeres ou pesares, podemos-nos sentir arrogantes ou humildes, modestos ou vaidosos, etc. O auto-conceito é como uma voz interna que determina o esquema de pensamento da pessoa, moldado por sentimentos e atitudes.

Outras correntes defendem o auto-conceito numa perspectiva mais social, como a imagem ou ideia da pessoa sobre o que os outros pensam sobre ela. Essa ideia pode ser formulada com base na aparência física, actos ou carácter. Esta forma de auto-conceito envolve uma representação social do “EU”.

A auto-avaliação que cada um faz de si e como se vê perante os outros, determina a sua acção e atitude social, gere os projectos e as expectativas da pessoa, determina a capacidade e forma de se relacionar e comunicar com outros, é uma *“percepção que o indivíduo tem de si mesmo e das suas competências nos diversos domínios”*. (VALENTE, 2002:38) As pessoas que se avaliam de forma positiva sentem-se mais competentes para a sua vida, relacionam-se mais facilmente com os outros e estão mais preparadas para lidar com os problemas de forma adaptativa. Pelo contrário, as pessoas que se auto-avaliam numa perspectiva mais negativa tendem a ter mais dificuldade em relacionarem-se e a encarar as adversidades da vida. Factores ainda importantes para o auto-conceito e processo de desenvolvimento pessoal são: o termo de comparação que cada um tem com os outros que o rodeiam (sentimentos de inferioridade ou igualdade de aptidões e competências), a avaliação das pessoas significativas e as experiências anteriores. Dependendo das experiências vividas pelas pessoas em diferentes contextos da vida *“A formação do autoconceito influencia o modo como o indivíduo se percebe a si próprio e ao mundo à sua volta. Tem por isso uma papel relevante no desenrolar da vida quotidiana”* (VALENTE, 2002:36)

O percurso, as vivências, as relações e a aprendizagem ao longo da vida constroem o auto-conceito que se estrutura na área académica (conhecimentos e capacidade de aprendizagem

– observação e avaliação que fazem sobre nós), social (reconhecimento e aceitação familiar e social - julgamento feito pelos outros, principalmente os mais próximos), emocional (domínio dos sentimentos e estado emocional, influenciado pelo quadro individual de crenças e valores) e física (avaliação e percepção do seu corpo e aspecto físico assim como os comentários sobre a identidade do sujeito), pela comparação que faz entre si e os seus pares.

A CIPE/ICNP (2000:58) define auto-conceito como “*disposições da pessoa para reter e abandonar atitudes ao longo do tempo, isto é, razões de segunda ordem para a acção*”.

Vários autores referem que o auto-conceito contempla a componente cognitiva, avaliativa e comportamental.

BRUGES (2007) descreve auto-conceito como uma organização individual e interna face às atitudes, que conduzem à análise de comportamentos básicos.

A componente cognitiva tem uma evolução que depende da idade e das capacidades desenvolvidas ao longo da vida.

A auto-estima é a componente avaliativa, é um aspecto afectivo do auto-conceito. BRUGES (2007) A auto-imagem centra-se na aparência física e no que é visível aos outros (atributos físicos, forma de se arranjar, vestir, comportar entre outras).

BRUGES (2007) refere que a auto-imagem se divide na vertente real (percepção da pessoa sobre as suas características), ideal (o que a pessoa gostaria de ser) e a social (reflecte a opinião do eu em função do que os outros pensam). A imagem corporal é a “*imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física*” CIPE/ICNP (2000:58). Uma auto-imagem positiva ou negativa está condicionada ao facto de se sentir ou não dentro do padrão e das expectativas sócio-culturais onde a pessoa está inserida.

Auto-estima é a “*opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades (...)*” CIPE/ICNP (2000:58). Reflecte o que a pessoa sente no que respeita aos seus valores, virtudes e qualidades dentro do quadro de referência pessoal e sócio-cultural aceite.

A auto-estima surge como uma consequência do que a pessoa sente e pensa da sua auto-imagem e realização pessoal (sentir-se bem sucedida ou não).

As componentes da auto-estima, segundo BRUGES (2007:77), são:

- ✚ **Competência** – capacidade de realizar ou atingir os objectivos;
- ✚ **Importância** – sentir aceitação e respeito por parte dos outros;
- ✚ **Coerência** – agir de acordo com as suas crenças e valores;
- ✚ **Poder** – capacidade de influenciar os que o rodeiam.

BRUGES (2007:78) também refere que percepção da auto-imagem é determinante para a auto-estima, que por sua vez influencia vários aspectos da vida, como a capacidade de:

- ✚ **Aprendizagem;**
- ✚ **Ultrapassar as dificuldades;**
- ✚ **Responsabilidade;**
- ✚ **Criatividade;**
- ✚ **Autonomia;**
- ✚ **Projectos para o futuro;**
- ✚ **Desenvolver a personalidade.**

A componente comportamental da pessoa define-se pelo comportamento que adopta e traduz a sua aceitação ou rejeição como pessoa. O equilíbrio é conseguido num processo dinâmico de auto-aceitação versus auto-rejeição, que produz auto-conhecimento. A pessoa tem uma atitude crítica sobre si e tenta mudar o que não gosta. Essa flexibilidade possibilita a auto-aceitação através da adaptação psicológica, crescimento pessoal e construção de identidade própria.

O cancro da mama tem impacto directo na imagem corporal da mulher a nível físico, psicológico, familiar e social. Como nos diz RAMOS (2005) *“a mama é um símbolo corpóreo da sexualidade por excelência, o que nos leva a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão leva a perda de auto-estima, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição”*. Fisicamente o cancro da mama muitas vezes altera o aspecto da mama e um dos tratamentos frequentes passa pela mastectomia que é uma agressão na percepção do corpo intacto e a funcionar plenamente. A nível psicológico a mulher sente perda da feminilidade que pode reflectir-se na sua sexualidade, com repercussões a nível

familiar, no seu papel de mulher e de mãe, podendo traduzir-se em sentimentos de inferioridade pelo sentimento de incapacidade e limitações na actividade. Estes sentimentos, limitações e a alteração da integridade corporal traduzem-se em problemas sociais reais. A mulher tem necessidade de adaptar vestuário, por vezes tem dificuldade de cumprir com a sua actividade laboral na íntegra e em alguns momentos ou situações tem necessidade de quebrar com regras da sociedade como é, por exemplo, a impossibilidade de utilizar o cinto de segurança, o que a obriga a expor-se sistematicamente.

O estudo elaborado por RAMOS (2005) concluiu “*que as participantes não revelam problemas no que respeita ao modo como valorizam a sua aparência*”. No entanto verificou que a valorização e aceitação da imagem corporal depende do tratamento cirúrgico (mastectomia radical ou conservadora). Nas mulheres submetidas a mastectomia radical é indispensável a intervenção psicológica no desenvolvimento de estratégias de coping que permitam a aceitação da perda corporal e as mudanças da sua imagem, na manutenção da sua feminilidade e sentimento de mulher completa. Níveis elevados de informação da mulher sobre a sua doença e tratamento demonstram ser importantes na preparação de todo o processo e na prevenção de dificuldades. Bons canais de comunicação, ouvir e compreender, ajuda no reajuste de funções e papéis.

O auto-conceito é uma característica da personalidade da pessoa que se desenvolve ao longo da vida, que envolve a percepção que cada um tem de si e da sua imagem no contexto físico e de relação com os outros, assim como aquilo que pensa sobre a opinião que os outros têm de si e que se traduz numa sensação positiva ou negativa de bem-estar e de sucesso. O auto-conceito não é estanque, pode modificar-se de acordo com vários factores ou situações como a saúde, actividade social, a relação com os outros, autonomia, projectos, papéis que desempenha, o envelhecimento entre outros, que podem melhorar ou diminuir o valor podendo promover alterações psicológicas que se reflectem na forma como nos comportamos e sentimos no nosso universo pessoal e público.

## **PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **4. METODOLOGIA**

A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo foi delineada tendo em consideração que se pretendia avaliar o nível de conforto das mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia. Assim estamos perante um estudo exploratório, descritivo-correlacional, com uma abordagem quantitativa que segundo FORTIN (1996:174) explora e determina se existe relação entre as variáveis em estudo com o objectivo de determinar factores ligados a um determinado fenómeno e descrever essas relações. No estudo descritivo-correlacional o investigador está interessado na descrição da relação entre as variáveis, não sendo necessário encontrar relações causais POLIT (2006:177). O estudo realizado analisa a relação entre os factores sócio-demográficos e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia onde se aplicou uma escala de conforto, desenvolvida com base na teoria do conforto de Kolcaba, previamente traduzida e validada para a população portuguesa no ano 2004. Com o intuito de contribuir para o aumento de conhecimento nesta área e explorar o nível de conforto das mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia, aplicámos a escala num serviço ambulatório de oncologia, com o objectivo de analisarmos a relação dos factores socio-demográficos dessa população com o nível de conforto experimentado. Para a análise e tratamento estatístico dos dados colhidos, utilizou-se o programa SPSS para Windows, versão 19.0.

#### **Questões de Investigação**

As questões de investigação foram formuladas para obter uma resposta para o problema de investigação. As questões orientam a resposta, direccionado a colheita de dados para obter a informação pretendida POLIT (2006). As questões de pesquisa são “*a reformulação directa das declarações da finalidade, elaboradas interrogativamente*” (POLIT, 2006:109).

A questão central desta investigação foi:

1. Qual é o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

Na teoria do conforto desenvolvida por Kolcaba, a pessoa tem vários contextos que interferem com o conforto a nível físico, social, ambiental, psíquico e espiritual, pelo que nos surgiram as seguintes questões de investigação:



**Q1:** Que relação tem a idade com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

**Q2:** Que relação tem a composição do agregado familiar e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

**Q3:** Que relação tem a manutenção da actividade profissional com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

**Q3:** Que relação têm as habilitações literárias com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

**Q5:** Que relação tem o ser mastectomizada com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

**Q6:** Que relação tem o tempo de tratamentos com quimioterapia com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia?

## **Variáveis**

A abordagem do estudo previa a relação entre características sócio-demográficas das mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia e o nível de conforto.

O conceito de variável implica que algo muda ou que se altera de uma pessoa para a outra. “A variável é, então, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores”. POLIT (2006:46) As variáveis podem ser características inerentes ao indivíduo.

As variáveis do estudo foram de atributo ou caracterização, o que nos permitiu conhecer as características da amostra em relação ao fenómeno do conforto. Essas variáveis foram:

- Idade;
- Habilitações académicas;
- Composição do agregado familiar;
- Manutenção da actividade profissional;
- Ser mastectomizada;
- Tempo em tratamento de quimioterapia.

#### 4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os dados foram colhidos pela investigadora no HDO do HFF, por ser o seu local de trabalho e facilitar a recolha dos mesmos. O questionário foi entregue e preenchido na sala de tratamentos, a uma amostra de 50 mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia identificadas diariamente no plano de trabalho e que reuniam os critérios para a aplicação do mesmo. O período de colheita de dados decorreu entre Janeiro e Abril de 2008.

Os critérios de inclusão definidos foram todas as mulheres com diagnóstico de cancro da mama que já tivessem realizado pelo menos um tratamento de quimioterapia, tendo ou não sido submetidas a cirurgia mamária, dominar a língua portuguesa, saber ler e escrever e ter a capacidade cognitiva para responder ao questionário.

O método de amostragem que utilizamos foi não probabilístico accidental ou de conveniência que como no diz FORTIN (1996:208) “*os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso*”. A selecção do tamanho da amostra pelo “*caminho do esforço mínimo*” HILL (2005:53) foi condicionada pelo tempo limite determinado para a colheita de dados, confinando a amostra à disponibilidade da mulher no local e no momento definidos para a colheita de dados bem como a sua vontade para participar no estudo. Outro factor que determinou o método e o tamanho da amostra foi não existir registo do número de mulheres com cancro da mama a fazer quimioterapia no local onde foram colhidos os dados. Este tipo de amostragem condiciona a análise dos dados e os resultados, não sendo possível generalizá-los para a população. No entanto, segundo FORTIN (1996:208), as amostras não probabilísticas de conveniência podem ser utilizadas em estudos exploratórios que não têm como finalidade a generalização dos resultados.

#### 4.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados (APÊNDICE I) é composto por duas partes, a primeira explora as questões sócio-demográficas e a segunda aplica a escala de conforto de Gameiro e Apóstolo (2004), construída com base no modelo operacional do conforto de Kolcaba, tendo sido solicitada autorização para a sua utilização, via correio electrónico, em 12 de Fevereiro de 2007. (ANEXO I)

### Avaliação sócio-demográfica

O questionário é constituído por 4 questões dicotómicas, 5 de escolha direccionada e 3 questões abertas. As questões abertas são a data de nascimento e o número de filhos a coabitar. As questões formuladas foram de caracterização sócio-demográfica de forma a obter dados relativos as variáveis em estudo. Após a elaboração das questões de caracterização do questionário este foi entregue a outros profissionais para revisão, que posteriormente transmitiram o seu parecer relativamente à formulação das questões, sendo o questionário modificando de acordo com as algumas sugestões obtidas.

O pré-teste foi efectuado em 4 mulheres da população em estudo, que não encontraram erros de formulação das questões que dificultassem a sua compreensão pelo que foi aplicado.

### Escala de Avaliação de Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia (EACDQ)

A escala de conforto que utilizámos deriva do questionário geral de conforto, validado para a população portuguesa por Gameiro, constituída por 33 afirmações. A validação da escala foi realizada em 2004, com uma consistência interna avaliada através do coeficiente alpha de Cronbach, “*relativa aos estados e contextos superiores a 0,70*”. (APOSTOLO, 2006). As afirmações são apresentadas pela positiva e pela negativa (itens invertidos) e cada afirmação avalia o conforto num estado e contexto específicos de forma a avaliar todos os seus domínios. O quadro abaixo apresenta a distribuição das afirmações de acordo com a estrutura taxonómica do conforto de Kolcaba, no EACDQ:

Estado de conforto \ Contexto do conforto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<b>Físico</b>	2*, 21*, 32	4, 31, 33	8*, 13, 14
<b>Psico-Espiritual</b>	1, 11*, 16*	15*, 25, 29*	5*, 9, 18
<b>Ambiental</b>	20, 27*, 28	7*, 17*, 30	
<b>Social-Cultural</b>	3, 23*, 24*	6, 12, 22*	10, 19, 26

**Figura 4** – Distribuição de itens EACDQ (Adaptado de Gameiro e Apóstolo, 2004)

\* item invertido

Na introdução dos dados foi necessário recodificar todos os itens cuja escala é invertida para a análise dos mesmos 2, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27 e 29.

A escala é do tipo Likert onde as participantes fizeram corresponder de 1 a 5 o grau de conforto/desconforto que percebem para cada uma das afirmações, variando da seguinte forma:

- 1 – **Não corresponde nada** ao que se passa comigo / **é totalmente falso**
- 2 – **Corresponde pouco** ao que se passa comigo
- 3 - **Corresponde bastante** ao que se passa comigo
- 4 - **Corresponde muito** ao que se passa comigo
- 5 - **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / **é totalmente verdadeiro**

Para medir os níveis de conforto, totais e parciais de acordo com os contextos e estados de conforto, facilitar o tratamento dos dados e análise de correlação das variáveis de caracterização, foi determinado o valores máximo e mínimo dos scores para as 33 questões do questionário, assim obteve-se:

- a) Conforto Total = o score total, soma nas 33 questões dos scores, varia entre 33 e 165 (33 questões);
- b) Contexto físico, Contexto psico-espiritual e Contexto sócio-cultural = o score parcial para o contexto físico, psico-espiritual e socio-cultural, varia entre 9 e 45 (9 questões);
- c) Contexto ambiente = neste contexto o score varia entre 6 e 35 (6 questões);
- d) Estado de alívio e Estado de tranquilidade = o score deste estados de conforto pode variar entre 12 e 60 (12 questões);
- e) Estado de transcendência = o score parcial para o contexto físico, varia entre 9 e 45 (9 questões).

A amostra é constituída por 46 questionários válidos, tendo-se optado por anular 4 onde se verificou que as mulheres não responderam a algum item do questionário EACDQ. No que concerne ao estado civil verificou-se que na amostra não existem viúvas, pelo que não foi considerado para a análise dos dados.

O questionário foi analisado utilizando uma estatística descritiva, descritiva bivariada e inferencial. Os dados quantitativos podem ser classificados pelo nível de mensuração, que determina a forma como tratamos os dados. No nosso estudo os dados são do tipo nominal porque *“envolve simplesmente o uso de números para a categorizar as características.(...) Os números atribuídos na mensuração nominal não transmitem informação quantitativa”* e ordinal visto que *“classifica os objectos segundo a sua posição relativa em um atributo*

*específico. (...) A mensuração ordinal não diz, entretanto, quanto um nível do atributo é maior do que o outro. ” Estes níveis de mensuração permitem operações matemáticas embora restritas. POLIT(2006:311)*

A estatística descritiva tem como objectivo descrever e sintetizar os dados de uma variável de cada vez, utilizando medidas de tendência central e de variabilidade, das quais utilizamos a média ( $M$ ), moda ( $Md$ ), mediana e desvio padrão (DP). A estatística descritiva bivariada, é utilizada para descrever a relação entre duas variáveis. O índice de correlação por nós aplicado na análise dos dados foi de *Spearman* ( $r_s$ ) por termos dados nominais e ordinais. As correlações perfeitas ( $r_s = 1,00$  e  $r_s = -1,00$ ) são raras e assim podemos dizer que quanto mais próximo estiver de 1,00 mais forte é a correlação e quanto mais perto estiver de 0,00 mais fraca é a correlação. A correlação pode ainda ser inversa ou negativa se valores com intervalo entre 0,00 a -1,00, ou seja, as variáveis estão inversamente relacionadas e quanto mais próximo estiver o valor de 0,00 mais fraca é a correlação e quanto mais perto estiver de -1,00 mais forte é a correlação. No nosso estudo só serão considerados valores  $r_s \geq 0,300$ . POLIT (2006:322) No que respeita à estatística inferencial, permite-nos chegar a conclusões baseadas nas Leis de probabilidade. Em todas as análises estatísticas foram utilizadas hipóteses bicaudais, pelo que definimos que serão aceites correlações com significância de  $\alpha=0,05$  POLIT (2006:328).; no entanto serão apresentados e estudados os resultados com probabilidade inferior a 0,10 (HILL,2005:56), enquanto expressão duma tendência de significado estatístico Os testes de significação estatística que aplicámos foram não paramétricos, pois são os que se aplicam a escalas nominais e/ou ordinais (POLIT, 2006:322). Assim, para testar a diferença da classificação dos scores de dois grupos independentes aplicámos o teste U Mann-Whitney e para testar a diferença da classificação dos scores de três ou mais grupos independentes, aplicámos o teste Kruskal-Wallis. POLIT (2004:338)

#### 4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O projecto foi apresentado à comissão de ética por envolver a participação de doentes, cumprindo as formalidades com a instituição (APÊNDICE II). A autorização para realizar o estudo foi concedida pelo Conselho de Administração, Direcção de Enfermagem e Comissão de Ética tendo-se iniciado a aplicação do pré-teste após a mesma (ANEXO II) e informada a equipa sobre a realização do estudo.

Na aplicação do questionário foram preservados os princípios de bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça). Assim as mulheres com cancro da mama que se dirigiram ao HDO do HFF no momento da colheita de dados, foram abordadas no sentido de saber se tinham interesse em participar no estudo. As participantes foi explicado em que consistia o estudo, qual a finalidade e objectivos, que benefícios esperávamos e, perante a concordância em participar as mulheres assinaram um consentimento informado, sabendo que tinham a opção de desistir em qualquer momento. Os questionários garantiram o anonimato e a privacidade das participantes, sendo codificados posteriormente com a atribuição de um número de ordem.

## 5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A mulheres com cancro da mama enfrentam alterações na sua vida relacionadas com o seu aspectos físico, factores psicológicos e sociais, que afectam a pessoa doente e a sua família. A problemática do cancro da mama é muito particular e exige cuidados que vão ao encontro das necessidades das mulheres. A enfermagem cuida numa perspectiva holística, assim os cuidados devem prever intervenções no âmbito das alterações ou sintomas físicos, na gestão de emoções, na preparação para as alterações da rotina e eventual modificação no seu papel familiar e sócio-laboral, habilitando a mulher de forma global para se adaptar a uma nova condição de saúde e de vida. Ao longo deste estudo fez-se pesquisa que nos ajudasse a contextualizar esta problemática, para explorar e analisar a influência de factores sócio-demográficos com o nível de conforto tendo como base conceptual a teoria de conforto de Kolcaba. Neste capítulo pretendemos apresentar os resultados obtidos, e a sua análise, que segundo FORTIN (1999:364), “*a análise dos dados é o conjunto dos métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos*”, procedendo-se posteriormente, à discussão dos mesmos.

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### Idade

Pela análise do quadro 1, constata-se que a idade das inquiridas varia no intervalo [30,76] demonstrado uma amostra abrangente (M=49,04; Md=47 anos; DP=12,66).

**Quadro 1** – Caracterização da amostra relativamente à idade

Variável	Média	D.P.	Mínimo	Máximo	Mediana
Idade	49,04	12,66	30	76	47

Distribuídas as mulheres em grupos etários com intervalos de 10 anos podemos verificar, no quadro 2, que o grupo etário com maior frequência na população em estudo é dos 40-49 anos (n=15; 32,6%), o grupo etário dos 30-39 anos e dos 50-59 anos têm a mesma frequência que corresponde a 23,9% (n=11) da amostra. Verificou-se uma redução

progressiva do número de casos depois dos 60 anos, no grupo dos 60-69 anos (n=6) 13,1% e dos 70-79 anos (n=3) 6,5%.

### Quadro 2 – Caracterização da amostra de acordo com o grupo etário

Grupo Etário	Nº	%
30 – 39	11	23,9
40 – 49	15	32,6
50 – 59	11	23,9
60 –69	6	13,1
70 – 79	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Verificámos que relativamente à idade a amostra deste estudo tem semelhanças com o estudo efectuado anteriormente por APOSTOLO (2006) que apresenta uma amostra com idades dos 30 aos 74 (M=51,94; DP=12,41). Assim como, vem ao encontro dos dados publicados pelo International Journal of Câncer (2009), que reportam a 2001, a idade com maior incidência de cancro da mama, em Lisboa e Vale do Tejo é dos 45 aos 70 anos, não havendo dados relativamente a Portugal na sua globalidade. Dados do INE referente ao ano de 2000, estimam que dentro de 20 anos, 70% dos casos de cancro ocorrem em indivíduos com menos de 65 de idade.

### Estado Civil

No que respeita ao estado civil da população em estudo (Quadro 3) verificou-se que a moda corresponde ao grupo casada em 76,1% (n=35) da amostra, 15,2% (n=7) são solteiras e 8,7% (n=4) são divorciadas.

### Quadro 3 – Caracterização da amostra de acordo com o estado civil

Estado Cível	Nº	%
Solteira	7	15,2
Casada	35	76,1
Divorciada	4	8,7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>



### Constituição do Agregado Familiar

Relativamente ao agregado familiar (quadro 4) constatou-se que apenas 4 mulheres (8,7%) vivem sozinhas e 42 mulheres (91,3%) vivem na companhia de terceiros.

**Quadro 4** – Caracterização da amostra de acordo com a existência de agregado familiar

Vive Sozinha	Nº	%
Sim	4	8,7
Não	42	91,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Das 42 mulheres, 59,5% (n=25) vive com cônjuge e filhos, 26,2% (n=11) vive com o cônjuge, 7,1% (n=3) das mulheres vive apenas com os seus filhos, 4,8% (n=2) vive com os pais e 2,4% (n=1) vive com outras pessoas (Quadro 5).

**Quadro 5** – Caracterização da amostra de acordo com o agregado familiar

Agregado Familiar	Nº	%
Cônjuge	11	26,2
Filhos	3	7,1
Cônjuge e filhos	25	59,5
Pai e Mãe	2	4,8
Outros	1	2,4
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Em relação ao número de filhos que coabita com as mulheres em estudo, a M=2 e verifica-se e na análise do quadro 6, que 39,1% (n=18) não tem filhos na sua companhia, 37% (n=17) tem 2 filhos, 17,4% (n=8) tem um filho, e 6,5% (n=3) tem 3 filhos.

**Quadro 6** – Caracterização da amostra de acordo com o número de filhos que coabita

Nº de Filhos	Nº	%
0	18	39,1
1	8	17,4
2	17	37,0
3	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### Habilitações Literárias

No Quadro 7 podemos verificar que relativamente às habilitações literárias da amostra, há uma maior frequência de mulheres com escolaridade até ao 9º ano, representando 37% (n=17), seguidamente o nível de escolaridade que mais se verifica é até ao 4º ano com 30,4% (n=14), com o ensino superior temos 26,1% (n=12) da amostra e até ao 12º ano 6,5% (n=3).

**Quadro 7** – Caracterização da amostra de acordo com as habilitações académicas

Habilitações Literária	Nº	%
Até 4ª classe	14	30,4
Até 9º ano	17	37,0
Até 12º ano	3	6,5
Ensino Superior	12	26,1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### Actividade Profissional

No que concerne à actividade profissional, apresentada no quadro 8, das mulheres que fazem parte da população em estudo 50% (n=23) trabalha. As domésticas e as reformadas têm a mesma frequência 23,9% (n=11) da amostra e a estudar tem-se (n=1) 2,2%.

**Quadro 8** – Caracterização da amostra de acordo com a actividade profissional

Actividade Profissional	Nº	%
Estudante	1	2,2
Trabalha	23	50,0
Doméstica	11	23,9
Reformada	11	23,9
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Verificou-se na análise dos dados do quadro 9 que a maioria das mulheres, 69,6% (n=32) não consegue manter a sua ocupação. A actividade profissional mantém-se para 30,4% (n=14) das mulheres.

**Quadro 9** – Caracterização da amostra de acordo com a manutenção da actividade profissional

Actividade Profissional Activo	Nº	%
Sim	14	30,4
Não	32	69,6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

**Mastectomia**

Analisando o Quadro 10 verificámos que na amostra em estudo, 56,5% (n=26) das mulheres não foi mastectomizada e 43,5% (n=20) fez mastectomia. Destas 90% (n=18) não fez reconstrução e (n=2) 10% fez reconstrução.

**Quadro 10** – Caracterização da amostra de acordo com a evidência de mastectomia

Mastectomia	Nº	%
Sim	20	43,5
Não	26	56,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

### Tempo de quimioterapia

O tempo que decorreu desde o início da quimioterapia foi em 78,3% (n=36) inferior a 1 ano e em 21,7% (n=10) superior a 1 ano.

**Quadro 11** – Caracterização da amostra de acordo com o tempo em tratamento com quimioterapia

Duração de tratamento com QT	Nº	%
≤ 1 ano	36	78,3
> 1 ano	10	21,7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

## 5.2. ANÁLISE DO NÍVEL DE CONFORTO

Em seguida iremos apresentar a análise do nível de conforto global, por contexto e estado, de forma a verificarmos em que âmbito existem níveis de conforto mais ou menos elevados.

A análise do nível de conforto global apresentou uma relação muito forte com os contextos ( $r_s = 0,643 < 0,781$ ) e estados de conforto ( $r_s = 0,740 < 0,830$ ).

Na análise descritiva do nível de conforto para cada uma das 33 questões da escala verifica-se que em todas as questões o valor máximo foi 5 e o mínimo foi 1, com a excepção da Q26 que tem um valor mínimo de 2. (APÊNDICE IV)

Na análise do quadro 12, verificámos que o nível de conforto global foi positivo com uma  $M=109,78$ , acima do nível mediano 99 (soma do score 3). No contexto ambiental foi onde se verificou um nível de conforto mais homogéneo ( $DP=3,70$ ) e o mais elevado no contexto sócio-cultural ( $M=33,43$ ). No contexto físico ( $DP=5,09$ ) verificou-se uma amostra menos homogénea e com menor nível de conforto ( $M=27,41$ ), considerando um nível médio de 27 (soma do score 3). O contexto ambiental foi o que apresentou níveis de conforto mais baixos ( $M=17,7$ ) do que o nível mediano (soma do score 3 =18). No que respeita aos estados de conforto verificou-se que a amostra foi globalmente menos homogénea. Ainda assim, onde

se verificou menor variância foi no estado mais elevado do conforto, a transcendência (DP=4,24) e a maior no estado alívio (DP=6,43).

**Quadro 12** – Distribuição do nível de conforto total, por contexto e por estado

Conforto	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Contexto Físico	15,00	36,00	27,41	5,09
Contexto Psicológico	22,00	41,00	31,17	4,53
Contexto Ambiental	10,00	27,00	17,76	3,70
Contexto Sócio-cultural	20,00	43,00	33,43	4,76
Estado Alívio	23,00	49,00	34,82	6,43
Estado Tranquilidade	29,00	52,00	40,22	5,40
Estado Transcendência	23,00	43,00	34,74	4,24
Conforto Total	81,00	137,00	109,78	13,24

O Quadro 13 apresenta o nível de conforto no contexto físico, verificando-se que globalmente todos os itens têm uma média superior ao valor médio do score à excepção da Q32 “*Neste momento já me sinto com energia e vigor físico*”. (M=2,91). A Q8 “*Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico*” onde a média foi mais elevada e onde se verificou menos variância (DP=1,159) foi na Q13 “*Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas*”.

**Quadro 13** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto físico

Contexto Físico	Média	Desvio Padrão
Q2	3,50	1,362
Q4	3,41	1,166
Q8	3,70	1,518
Q13	3,65	1,159
Q14	3,63	1,236
Q21	3,39	1,437
Q31	3,35	1,286
Q32	2,91	1,363
Q33	3,04	1,445

Na análise do quadro 14 verificou-se que as questões que tiveram uma média maior de conforto foram também onde a amostra era mais homogênea Q9 “*Sou capaz de pensar no*

*sucesso do meu tratamento*” (M=4,37; DP=0,928) e Q18 *“Sinto-me capaz de superar o meu actual problema de saúde”* (M=4,24; DP=0,970). Os níveis de conforto, neste contexto, com médias mais baixas verificaram-se em Q29 *“Tenho medo do que possa acontecer a seguir”* (M=2,50; DP=1,295) e em Q15 *“As alterações que tenho vivido deixam-me receosa”* (M=2,70; DP=1,190). A Q1 *“Sei que o meu mal estar é passageiro”* foi onde se verificou uma maior variância (M=3,65; DP=1,399).

**Quadro 14** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto psico-espiritual

Contexto Psicológico	Média	Desvio Padrão
Q1	3,67	1,399
Q5	2,98	1,358
Q9	4,37	0,928
Q11	3,24	1,268
Q15	2,70	1,190
Q16	3,67	1,323
Q18	4,24	0,970
Q25	3,93	1,104
Q29	2,50	1,295

No quadro 15 podemos verificar que o nível de conforto para o contexto ambiental apresentou médias acima do score 3 para todos os itens (M entre 3,15<4,59). A Q30 *“O ambiente em casa é-me agradável”* (M=4,45; DP=1,002) foi onde se verificou uma média mais elevada de conforto e com menor variância. A Q7 *“Os barulhos perturbam-me”* foi a que apresentou uma média mais baixa neste contexto (M=3,15; DP=1,264).

**Quadro 15** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto ambiental

Contexto Ambiental	Média	Desvio Padrão
Q7	3,15	1,264
Q17	4,22	1,263
Q20	3,26	1,421
Q27	4,33	1,194
Q28	3,61	1,273
Q30	4,59	1,002

Na análise do quadro 16 podemos verificar que o nível de conforto para o contexto sócio-cultural apresentou médias acima do score 3 para todos os itens (M entre 3,15<4,67). A Q3 “*O afecto das pessoas que me rodeiam reconforta-me*” (M=4,67; DP=0,790) foi onde se verificou uma média mais elevada de conforto e com menor variância. A Q24 “*Sinto-me dependente dos outros*” foi a que apresentou a média mais baixa e uma variância elevada neste contexto (M=3,50; DP=1,502). A variância mais elevada é DP=1,615 na Q23 “*Não foi suficientemente bem informada sobre o meu tratamento*” com uma M=3,72.

**Quadro 16** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no contexto sócio-cultural

Contexto Sócio-Cultural	Média	Desvio Padrão
Q3	4,67	0,790
Q6	4,26	1,182
Q10	4,61	0,829
Q12	4,13	1,128
Q19	4,52	0,913
Q22	3,93	1,373
Q23	3,72	1,615
Q24	3,50	1,502
Q26	4,39	0,906

No quadro 17 analisando o nível de conforto para o estado de alívio, verificou-se que médias mais baixas (Q32 – M=2,91; DP=1,363) foram nos itens do contexto físico e as mais elevadas para o contexto sócio-cultural (Q3 - M=4,67; DP=0,790).

**Quadro 17** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado alívio

Estado Alívio	Média	Desvio Padrão
Q1	3,67	1,399
Q2	3,50	1,362
Q3	4,67	0,790
Q11	3,24	1,268
Q16	3,67	1,323
Q20	3,26	1,421
Q21	3,39	1,437
Q23	3,72	1,615
Q24	3,50	1,502
Q27	4,33	1,194
Q28	3,61	1,273
Q32	2,91	1,363

No quadro 18 podemos verificar que o nível de conforto para o estado de tranquilidade apresentou médias mais baixas (Q15 – M=2,70; DP=1,190 e Q29 – M=2,50; DP=1,295) para itens do contexto psico-espiritual e as mais elevadas para o contexto ambiental (Q17 – M=4,22; DP=1,263 e Q30 - M=4,59; DP=1,002).

**Quadro 18** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado tranquilidade

<b>Estado Tranquilidade</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Q4	3,41	1,166
Q6	4,26	1,182
Q7	3,15	1,264
Q12	4,13	1,128
Q15	2,70	1,190
Q17	4,22	1,263
Q22	3,93	1,373
Q25	3,93	1,104
Q29	2,50	1,295
Q30	4,59	1,002
Q31	3,35	1,286
Q33	3,04	1,445

No quadro 19 podemos verificar que o nível de conforto para o estado de transcendência é o que apresentou globalmente menos variância. Na análise das médias, as mais baixas (Q5 – M=2,98; DP=1,358) são nos itens do contexto psico-espiritual e as mais elevadas no contexto sócio-cultural (Q10 – M=4,61; DP=0,829, Q19 - M=4,52; DP=0,913 e Q26 – M=4,39; DP=0,906).

**Quadro 19** – Estatística descritiva relativa ao nível de conforto no estado transcendência

<b>Estado Transcendência</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Q5	2,98	1,358
Q8	3,70	1,518
Q9	4,37	0,928
Q10	4,61	0,829
Q13	3,65	1,159
Q14	3,63	1,236
Q18	4,24	0,970
Q19	4,52	0,913
Q26	4,39	0,906



No que respeita aos níveis de conforto global e parcial do nosso estudo podemos verificar que são semelhantes aos níveis de conforto encontrados no estudo de APOSTOLO (2006). Assim, para o nível de conforto global, o mínimo e o máximo de conforto encontrado foi igual, com 1 e 5 respectivamente, com uma média de conforto global de 3,35 (DP=0,60) no estudo publicado e 3,33 (DP=0,40) no nosso estudo, sendo este resultado acima do valor médio da escala. SANTOS (2006:237) refere na discussão dos resultados do seu estudo que *”Apesar da magnitude de consequências associadas à doença oncológica e seu tratamento, a Qualidade de Vida foi percebida pelos doentes como positiva, ao longo de todo o percurso de doença avaliado”*. A dimensão do conforto onde este é mais elevado é a sócio-cultural, parecendo demonstrar que *“o apoio social é favorável a uma representação mais positiva da doença oncológica”* (SANTOS, 2006:247)

### 5.3. ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE CONFORTO

Apresentada a análise dos níveis de conforto encontrados, iremos relacionar os mesmo com as variáveis sócio-demográficas.

#### **Idade – Nível de Conforto**

Ao analisar a relação do nível de conforto global com a idade, Quadro 20, verificámos que, relativamente à amostra, existia relação com forte significado estatístico ( $r_s=0,329$ ;  $p=0,026$ ), no entanto, se relacionarmos a idade com os contextos do conforto verificámos que existia relação com significado estatístico no contexto ambiental ( $r_s=0,335$ ;  $p=0,023$ ), mas não existia relação com os contextos físico ( $r_s=0,237$ ;  $p=0,113$ ), psico-espiritual ( $r_s=0,264$ ;  $p=0,206$ ) e sócio-cultural ( $r_s=0,094$ ;  $p=0,536$ ). No que respeita aos estados do conforto, a idade tinha relação com forte significado estatístico no estado tranquilidade ( $r_s=0,367$ ;  $p=0,012$ ) e não apresentou relação com os estados alívio ( $r_s=0,196$ ;  $p=0,191$ ) e transcendência ( $r_s=0,185$ ;  $p=0,218$ ). (APÊNDICE II)

**Quadro 20** – Correlação entre o nível de conforto e a idade (N = 46)

EACDQ	Idade	
	$r_s$	$p$
Contexto Físico	0,237	0,113
Contexto Psico-espiritual	0,264	0,076
Contexto Ambiental	0,335	0,023
Contexto Sócio-cultural	0,094	0,536
Estado de Alívio	0,196	0,191
Estado de Tranquilidade	0,367	0,012
Estado de Transcendência	0,185	0,218
<b>Conforto Total</b>	<b>0,329</b>	<b>0,026</b>

A idade está relacionada com o nível de conforto global ( $r_s=0,329$ ;  $p=0,026$ ), ou seja, pessoas com mais idade atingem um nível de conforto global mais elevado, onde o contexto ambiental parece ser especialmente importante ( $r_s=0,335$ ;  $p=0,023$ ), por sua vez a relação da idade com o estado de conforto tranquilidade é o mais elevado ( $r_s=0,367$ ;  $p=0,012$ ). Consideramos que este resultado se deve ao facto da dimensão mais elevada do contexto ambiente ser o estado de tranquilidade.

A idade apresentou uma relação inversa proporcional com as habilitações académicas ( $r_s= -0,431$ ;  $p=0,003$ ). Podemos então afirmar que na nossa amostra, quanto mais idade, menor é o nível de escolaridade. Da mesma forma, a idade apresenta uma relação inversa com o número de filhos ( $r_s= -0,334$ ;  $p=0,023$ ) que coabita com as mulheres em estudo, ou seja, quanto mais idade menor é o número de filhos no agregado familiar.

#### **Composição do agregado familiar - Nível de Conforto**

Verificou-se que o facto das mulheres viverem sozinhas não tem relação ( $z(4,24)=0,195$ ;  $p=0,845$ ) com o conforto global. No que respeita à análise por contexto ( $p>0,378$ ) e estado ( $p>0,695$ ) de conforto também não se verificou relação com o facto de viverem sozinhas ou não (Quadro 21).

**Quadro 21** – Relação do nível de conforto com facto de viver sozinha (N = 46)

EACDQ	Vive sozinha	
	<i>z</i>	<i>p</i>
Contexto Físico	0,567	0,571
Contexto Psico-espiritual	0,293	0,769
Contexto Ambiental	0,881	0,378
Contexto Sócio-cultural	0,157	0,876
Estado de Alívio	0,274	0,784
Estado de Tranquilidade	0,059	0,953
Estado de Transcendência	0,392	0,695
<b>Conforto Total</b>	<b>0,195</b>	<b>0,845</b>

Ao analisar o quadro 22 verificámos que o agregado familiar não tem relação ( $p=0,411$ ) com o nível de conforto global.

**Quadro 22** – Relação do nível de conforto total com o estado civil (N = 46)

EACQD	Estado Civil	
	$\chi^2$	<i>p</i>
Conforto Total	1,779	0,411

No que respeita ao agregado familiar fomos analisar se o número de filhos que vivem com as mulheres que constituem a amostra tem influência no nível de conforto global (Quadro 23) e verificámos que o número de filhos tem uma influência inversa existindo relação ( $r_s = -0,389$ ) com muito forte significado estatístico ( $p=0,008$ ), ou seja, quanto mais filhos a mulher tiver a coabitar consigo menor é o nível de conforto. A análise da correlação com os contextos do conforto demonstra relação inversa com o contexto psico-espiritual ( $r_s = -0,305$ ;  $p=0,039$ ) e ambiental ( $r_s = -0,301$ ;  $p=0,042$ ), não existindo relação nos contextos físico ( $r_s = -0,221$ ;  $p=0,140$ ) e sócio-cultural ( $r_s = -0,241$ ;  $p=0,106$ ). Quanto à relação do número de filhos com os estados de conforto, verificamos que existe relação inversa com o estado de alívio ( $r_s = -0,319$ ;  $p=0,031$ ) e tranquilidade ( $r_s = -0,336$ ;  $p=0,023$ ), mas o mesmo não se verifica para o estado de transcendência ( $r_s = -0,167$ ;  $p=0,269$ ).

**Quadro 23** – Relação do nível de conforto com o número de filhos (N = 46)

EACDQ	Nº Filhos	
	$r_s$	$p$
Contexto Físico	-0,221	0,140
Contexto Psico-espiritual	-0,305	0,039
Contexto Ambiental	-0,301	0,042
Contexto Sócio-cultural	-0,241	0,106
Estado de Alívio	-0,319	0,031
Estado de Tranquilidade	-0,336	0,023
Estado de Transcendência	-0,167	0,269
<b>Conforto Total</b>	<b>-0,389</b>	<b>0,008</b>

O facto de a mulher viver sozinha, com o conjugue, com os pais ou outros, não tem relação com o nível de conforto global, assim como o estado civil não demonstrou qualquer relação com o nível de conforto das mulheres que constituíram a amostra, embora os estudos refiram que o “*suporte emocional familiar é insubstituível*” SANTOS (2006:37) em doentes com cancro, mas a família mais do que o agregado familiar.

No que respeita ao agregado familiar a única relação com o conforto está no número de filhos que coabita com as mulheres que participaram no estudo ( $r_s = -0,389$ ;  $p = 0,008$ ). Assim, verificou-se que quanto maior é o número de filhos a coabitar, menor é o nível de conforto global experimentado. A presença de doença num membro da família é factor de stress, desorganização e por isso uma ameaça à sua integridade. Pensamos que esta situação se deve ao facto da doença oncológica implicar mudança e adaptação constante pela possível alteração de capacidades e/ou autonomia da pessoa (de forma temporária ou definitiva) e sua consequente participação no seio da família com possível separação espacial dos seus membros, a perda ou alteração de papéis sociais, alteração de responsabilidades e competências. O número de filhos demonstra ter influência, particularmente, nos contextos psico-espiritual ( $r_s = -0,305$ ;  $p = 0,039$ ) e ambiental ( $r_s = -0,301$ ;  $p = 0,042$ ), levando a mulher a ter estados de conforto mais baixos, ou seja, alívio ( $r_s = -0,319$ ;  $p = 0,031$ ) e tranquilidade ( $r_s = -0,336$ ;  $p = 0,023$ ).

### Habilitações Literárias - Nível de Conforto

No Quadro 24, verificámos que as habilitações literárias têm relação inversa com muito forte significado estatístico no nível de conforto global ( $r_s = -0,382$ ;  $p = 0,009$ ), ou seja, quanto menos habilitações literárias, mais elevado é o nível de conforto. Ao analisarmos a relação das habilitações académicas com os contextos do conforto verificámos que existe relação inversa com muito forte significado estatístico com o contexto psico-espiritual ( $r_s = -0,367$ ;  $p = 0,012$ ) e ambiental ( $r_s = -0,376$ ;  $p = 0,010$ ), não existindo relação no contexto físico ( $r_s = -0,257$ ;  $p = 0,084$ ) e sócio-cultural ( $r_s = -0,166$ ;  $p = 0,270$ ). No que respeita aos estados de conforto as habilitações literárias têm influência nos estados de alívio ( $r_s = -0,318$ ;  $p = 0,031$ ) e transcendência ( $r_s = -0,317$ ;  $p = 0,032$ ). No estado de tranquilidade a relação é muito fraca e com pouco significado estatístico ( $r_s = -0,293$ ;  $p = 0,084$ ).

No que respeita às habilitações literárias verificámos que existe uma relação inversa com o nível de conforto global ( $r_s = -0,382$ ;  $p = 0,009$ ), ou seja, as mulheres com menor escolaridade apresenta níveis de conforto mais elevados, ao contrário SANTOS (2006:248) refere que o doente oncológico tende a compreender melhor a doença quanto maior for a escolaridade. Os contextos onde encontrámos níveis de conforto com maior relação com a escolaridade é o psico-espiritual e o ambiental.

**Quadro 24** – Relação do nível de conforto com as habilitações académicas (N = 46)

EACDQ	Habilitações Literárias	
	$r_s$	$p$
Contexto Físico	-0,257	0,084
Contexto Psico-espiritual	-0,367	0,012
Contexto Ambiental	-0,376	0,010
Contexto Sócio-cultural	-0,166	0,270
Estado de Alívio	-0,318	0,031
Estado de Tranquilidade	-0,293	0,048
Estado de Transcendência	-0,317	0,032
<b>Conforto Total</b>	<b>-0,382</b>	<b>0,009</b>

As habilitações académicas não influenciam o contexto sócio-cultural e físico onde se centra o conteúdo da maior parte da informação disponível. Pensamos que esta situação possa estar

relacionada com a disponibilidade de informação não controlada e o acesso à mesma pelas pessoas, principalmente pelas mais jovens.

### Actividade profissional - Nível de Conforto

Ao analisar a relação da manutenção da actividade profissional com o nível de conforto global (Quadro 25) não encontramos significado estatístico ( $p=0,113$ ). Verificámos que relativamente à amostra, o facto da mulher estar activa não influencia o nível de conforto global ( $z(14,32)=0,645$ ;  $p=0,159$ ). O mesmo se verifica para os itens relacionados com o contexto ou estados de conforto onde o  $p$  mais baixo obtido foi 0,213.

No que respeita à manutenção da actividade profissional podemos verificar que não existe relação com o nível de conforto global ( $p=0,072$ ) ou parcial: contextos ( $p>0,213$ ) e estados ( $p>0,302$ ). Assim podemos afirmar que o facto das mulheres que fizeram parte da amostra serem ou estarem profissionalmente activas não é determinante para o seu nível de conforto.

**Quadro 25** – Relação do nível de conforto com a manutenção da ocupação laboral (N = 46)

EACDQ	Ocupação laboral	
	Z	p
Contexto Físico	1,174	0,241
Contexto Psico-espiritual	0,587	0,557
Contexto Ambiental	0,288	0,773
Contexto Sócio-cultural	1,246	0,213
Estado de Alívio	0,647	0,518
Estado de Tranquilidade	0,443	0,658
Estado de Transcendência	1,031	0,302
<b>Conforto Total</b>	<b>0,072</b>	<b>0,942</b>

### Mastectomia - Nível de Conforto

Analisámos se havia influência no nível de conforto das mulheres da amostra em estudo e serem mastectomizadas. Como se verifica no quadro 26 não existe significado estatístico ( $p=0,263$ ) para essa correlação.

**Quadro 26** – Relação do nível de conforto total com a evidência de mastectomia (N = 46)

EACQD	Mastectomia	
	<i>z</i>	<i>p</i>
Conforto Total	1,120	0,263

Analisámos o impacto da mastectomia no conforto por estarmos convictos da sua influência no processo de doença, de tratamento, na condição física e emocional, com implicações na auto-imagem e qualidade de vida da mulher. Segundo SANTOS (2006:35) a doença oncológica “*implica irremediavelmente sintomas físicos e alterações funcionais. (...) alteração da imagem, implicando lesões profundas de autoconceito.*”, fazendo referência à representação do impacto da mastectomia na imagem corporal e autoconceito. No entanto verificámos no nosso estudos que não existe relação da mastectomia com o nível de conforto global, pelo que podemos afirmar que esta alteração da imagem não é determinante para o nível de conforto da amostra. O número de mulheres mastectomizadas da amostra e o tempo em tratamento parece-nos reflectir que estas mulheres estão em tratamento adjuvante ou neo adjuvante (tratamentos há menos de um ano), justificando a baixa percentagem de reconstrução mamária. Da mesma forma, o facto de permanecer em mais ou menos tempo em tratamentos com quimioterapia não parece influenciar o nível de conforto global.

#### **Tempo a realizar quimioterapia - Nível de Conforto**

No que respeita ao tempo decorrido em tratamento de quimioterapia, na amostra em estudo, não se verifica significado estatístico ( $p=0,702$ ) na análise desta variável (Quadro 27), dados concordantes com estudo realizado por APOSTOLO (2006).

**Quadro 27** – Relação do nível de conforto total com o tempo de tratamento de quimioterapia

EACQD	Tempo de QT	
	$\chi^2$	<i>p</i>
Conforto Total	0,146	0,702

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na enfermagem, cuidar significa olhar para aquele de quem cuidamos como um Ser único com características pessoais e inserido numa sociedade, também ela com particularidades. A enfermagem centra a sua atenção em focos de cuidados: a pessoa, a família e/ou a comunidade. As intervenções são planeadas em conjunto para que seja possível prevenir e resolver problemas de saúde e/ou desenvolver estratégias de adaptação a uma nova condição de vida.

As escalas desenvolvidas na teoria de conforto de Kolcaba medem e analisam o conforto em diversos estados e contextos, permitindo identificar as dimensões onde a pessoa está mais vulnerável, servindo de instrumento de apoio no planeamento das intervenções de enfermagem. No estudo efectuado, verificámos que na nossa amostra o domínio com conforto mais elevado foi o sócio-cultural e o estado de conforto mais sentido foi de tranquilidade. Podemos ainda verificar que há factores sócio-demográficos determinantes para o nível de conforto das mulheres com cancro de mama a fazer quimioterapia, como: a idade, o número de filhos que coabitam e o seu nível de escolaridade.

Por outro lado, o facto das mulheres em estudo serem ou não activas, não influencia o nível de conforto global, assim como não é determinante para o nível de conforto ser mastectomizada e o tempo em tratamentos com quimioterapia.

No que respeita às limitações do nosso estudo, poderemos apontar o tamanho da amostra e o facto dos dados serem colhidos apenas num único local. Estes factores não permitem a extrapolação dos dados para a população, pois desconhece-se a representatividade da amostra na população de mulheres portuguesas com cancro da mama a fazer quimioterapia e suas características sócio-demográficas. Outra limitação está relacionada com a inexperiência do investigador, percebendo que ao planear este trabalho deveria ser tido em consideração outros factores, nomeadamente, os relacionados com os efeitos secundários da quimioterapia que podem ter impacto na auto-imagem, na relação social com os outros e na qualidade de vida, como a alopecia, entre outros.



A avaliação do conforto reporta um estado que pode variar com o tempo e os contextos. O facto de estar a realizar o ciclo de quimioterapia pressupõe algum equilíbrio de sinais e sintomas físicos. Por outro lado, o local onde o questionário é aplicado bem como o modo como a mulher se sente no momento poderá ter implicações no resultado.

O ambiente da sala de tratamentos, assim como a relação com os profissionais, poderá influenciar a forma como a mulher percebe o conforto no momento, levantando-se a seguinte questão: será que se o questionário fosse respondido em casa, 2 a 3 dias, depois do tratamento quando os efeitos adversos se iniciam, o nível de conforto seria semelhante?

Seria importante realizar este tipo de estudo de forma mais abrangente para perceber se existe um padrão de factores sócio-demográficos na população portuguesa que possa influenciar o nível de conforto global e particularmente nos seus contextos ou estados, nomeadamente englobar outros factores que podem influenciar a imagem corporal, como por exemplo, a alopecia, a perda de pestanas e sobrancelhas, o aumento ou a perda de peso, os problemas com as unhas, entre outros.

Conhecendo as dimensões mais afectadas, na população portuguesa com cancro de mama a fazer quimioterapia, poderíamos avançar para estudos de intervenções de enfermagem direccionada aos contextos de forma a verificar quais proporcionam com maior frequência estados de conforto mais elevados.

Na prática diária poderá ser importante o enfermeiro planear as suas intervenções tendo em consideração que as mulheres mais jovens e com maior número de filhos a cargo podem experimentar níveis de conforto mais baixos, assim as habilitações literárias poderão ser um factor condicionante na gestão de informação. Este aspecto levanta outra questão de investigação: o acesso e a disponibilidade de informação poderá diminuir o nível de conforto global nas mulheres com cancro da mama?

O estudo desta questão é premente para avaliarmos como se deve intervir de forma geral e particular na gestão da informação sobre a doença, tratamento e prognóstico pois é controversa a forma como se deve gerir a informação.

A enfermagem é orientada por conhecimentos científicos, onde cuidar é produto e objecto de investigação traduzindo um agir consciente e intencional, orientado e sustentado no conhecimento, que procura na sua acção introduzir mudanças positivas no outro que é

cuidado. Mas para que isto aconteça, é necessário um olhar atento e singular que identifique as verdadeiras necessidades do outro, na sua situação particular, no seu contexto, na sua dimensão cultural, espiritual e social. A avaliação do conforto é de extrema importância para determinar áreas de intervenção na enfermagem, garantindo a melhoria dos cuidados, de forma a humanizar o cuidar, pelo que a teoria do conforto deveria ser abordada na formação base de enfermagem.

Os instrumentos de medida construídos com base na teoria de conforto podem ser aplicados e desenvolvidos para vários contextos de intervenção do enfermeiro, tornando-se uma ferramenta indispensável do conhecimento para a acção. Desta forma seria importante reflectir sobre as implicações do conforto em várias áreas de intervenção, através de formação contínua no contexto de trabalho e na organização de eventos centrados no conforto como um cuidado transversal, contribuindo para o desenvolvimento da teoria e aplicação prática da mesma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R., Tomey, A.M. 2002. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Trad. Ana Rita Albuquerque. 5ª Edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda. 750pps. ISBN 972-8383-74-6

Apóstolo, J. L. A., et al. 2006. *Sufrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia*. Referência. II Série – nº 3. p55-64

Bastos, J. et al. 2009. *The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008*. International Journal of Cancer. Volume 126: 2700-2715

Bruges, M.L. 2007. *Mastectomia e autoconceito*. Loures. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. 210pps. ISBN 972-8383-50-9

Cobos, F. M.; Almendro, J. M. E.; Strempell, P., Rosario, M. A. B. 2002 *Atención a la familia*. Aten Primaria. SERIES Cuidados paliativos. 30(9): 576-680

Collière, M.F. 1999. *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Trad. M<sup>a</sup> Leonor Braga Abecassis. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 385pps. ISBN 972-757-109-3

Conselho Internacional de Enfermeiras 2000. CIPE/ICNP® *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta. Trad. Adelaide Madeira, Leonor Abecassis, Teresa Leal. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros. 201pps. ISBN 972-98149-1-0

Dixon, M., Sainsbury 1998. *Diseases of the Breast*, London: Churchill Livingstone, 220 p. ISBN 0-443-06185-8

Fortin, M.F. 1996 *O processo de investigação. Da concepção à realidade*. Lisboa: Lusociência. 388 pps. ISBN 972-8383-10-X

Hesbeen, W. 2000. *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 201pps. ISBN 972-8383-11-8

Henderson, V. 2004. *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta. 74pps. ISBN978-989-8075-00-0

Hill, M. Hill, A. 2008. *Investigação por Questionário*. 2ª Edição, Lisboa, Edições Sílabo. 377pps

Hudson, P. 2003. *Home-based support for palliative care families: challenges and recommendations*. MJA. Vol 179, supplement palliative care. S35-S37

Kérouc, S., et al. 1996. *El Piensamiento Enfermero* - Barcelona: Nasson. 167pps. ISBN 84-458-0365-4

Kolcaba, K. 1991. *A taxonomic structure for the concept comfort*. Image, 23 (4), p.237- 240.

Kolcaba, K. 1992. *Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome*. Advances in Nursing Science, 15 (1), p.1-10.

Kolcaba, K. 1994. *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing. 19 (6), p1178-1184.

Kolcaba, K. 2001. *Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research*. Nursing Outlook, 49 (2), p86-92.

Kolcaba, K. 2003. *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Spriggen Publishing Company.

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. J. 1991. *An analysis of the concept of comfort*. Journal of Advanced Nursing, 16 (11), p1301-1310.

McMillan, S. C. 2005. *Interventions to facilitate family caregiving at the end of live*. Journal of palliative medicine. Volume 8, supplement 1. S-1. p32-139

Moreira, I. M. P. J. 2001. *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra. FORMASAU: Formação e Saúde, Lda. 154pps. ISBN 972-8485-22-0

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E. K., Vlahos, L. 2002. *The families evaluation on management, care and disclosure for terminal stage cancer patients*. BMC Palliative Care. 1:3

Nightingale, F. 2005. *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*, Trad. Carla Ferraz e Germano Couto. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 201pps. ISBN 972-8383-92-4

Pereira, M. G., Lopes, C. 2002. *O doente oncológico e a sua família*, Manuais Universitários 25: Climepri Editores, 1ªEd. 140pps. ISBN 972-796-064-2

Polit, D. et all .2006. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed. 487pps. ISBN85-7307-984-3

Ramos, A.S., Patrão, I. 2005. *Imagem corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual*. Análise psicológica 3 (XXIII): p295-304

Regateiros, J. F. et all 2004. *Enfermagem Oncológica*. 1ª edição. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda. 205-225pps. ISBN 972-8485-41-7

Santos, C. 2006. *Doença oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda. 299pps. ISBN 972-8485-77-8

Smith, J., Leaper, D. 2003. *Breast Lumps: A Guide to Diseases of the Breast*. Second Edition. London. 160p. ISBN 1 903378 08 7

Valente, I. 2002. *Auto-Conceito em estudantes de enfermagem*. Coimbra: Quarteto. 31-51pps. ISBN 972-8717-71-7

Walsh, S. M., Estrada, G. B., Hogan, N. 2004. *Individual telephone support for family caregivers of seriously III cancer patients*. Medsurg Nursing. Health & Medical Complete. Jun. Vol 13. No 3, p181-189

Wennman- Larsen, A., Tishelman, C. 2002 *Advanced home care for cancer patients at the end of live: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers*. Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci. 16, p240-247

Watson, J. 1985. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press.

## **SITES CONSULTADOS**

<http://www.dgs.pt>. *Portugal Saúde – Indicadores básicos – 2004*. Lisboa. Outubro. 2006.  
[19/02/2007]

<http://www.thecomfortline.com>

<http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/conforto>[17/10/2010]

<http://www.ror-sul.org.pt/> [17/10/2010]

## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados**



**Esta parte do questionário tem questões que deve responder de acordo com o solicitado da seguinte forma:**

- Questões 1, 3 e 11 - Deve escrever o número pedido no espaço
- Questões 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 - Colocar uma cruz na opção ou opções disponíveis

### Parte A - Caracterização Sócio-Demográfica

(Não preencher)

1. Data de Nascimento: |\_\_|\_| - |\_\_|\_| - |\_\_|\_|\_|\_|

2. Estado civil:

Solteira 1.  Casada 2.

Divorciada 3.  Viúva 4.

3. Vive sozinha: Sim 1.  (Se vive sozinha, não responda à questão nº 5) Não 2.

4. Com quem vive:

Cônjuge 1.  Filhos 2.  Quantos - |\_\_|\_|

Pai 3.  Mãe 4.

Sogro 5.  Sogra 6.

Outros 7.

5. Habilitações Académicas:

Até à 4ª classe 1.  Até ao 9º ano 2.

Até ao 12º ano 3.  Superior 4.

6. Ocupação:

Estuda 1.  Doméstica 3.

Trabalha 2.  Outros 4.

7. Mantém a sua ocupação:

Sim 1.  (Se sim, passe à questão nº 9) Não 2.

8. Situação profissional actual (Se é estudante ou doméstica não responda a esta questão):

Baixa médica 1.  Desempregada 2.  Reformada 3.

9. Mastectomia: Sim 1.  Não 2.

10. Fez reconstrução: Sim 1.  Não 2.

11. Há quanto tempo está em tratamento com quimioterapia:

Menos de um ano 1.  Meses |\_\_|\_|

Mais de um ano 2.  Anos |\_\_|\_| Meses |\_\_|\_|

### Parte B - EACDQ

Abaixo encontram-se algumas afirmações que podem corresponder à sua situação de conforto/desconforto. Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações corresponde (ou não) ao que verdadeiramente se passa consigo, marcando uma cruz na quadrícula respectiva de acordo com a legenda.

- 1- Não **corresponde nada** ao que se passa comigo / **é Totalmente falso.**
- 2- **Corresponde pouco** ao que se passa comigo.
- 3- **Corresponde bastante** ao que se passa comigo.
- 4- **Corresponde muito** ao que se passa comigo.
- 5- **Corresponde totalmente** ao que se passa comigo / **é Totalmente verdadeiro.**

01 – Sei que o meu mal-estar é passageiro.	1	2	3	4	5
02 – As náuseas são-me difíceis de suportar.	1	2	3	4	5
03 – O afecto das pessoas que me rodeiam reconforta-me.	1	2	3	4	5
04 – Sou capaz de dormir e descansar.	1	2	3	4	5
05 – Não me apetece fazer nada.	1	2	3	4	5
06 – Se precisar de ajuda tenho quem cuide de mim.	1	2	3	4	5
07 – Os barulhos perturbam-me.	1	2	3	4	5
08 - Evito sair de casa devido às alterações do meu aspecto físico.	1	2	3	4	5
09 – Sou capaz de pensar no sucesso do meu tratamento.	1	2	3	4	5
10 – A minha família / amigos ajudam-me a enfrentar a doença.	1	2	3	4	5
11 – A minha situação põe-me em baixo.	1	2	3	4	5
12 – As visitas das pessoas amigas dão-me prazer.	1	2	3	4	5
13 – Sinto-me capaz de continuar com as minhas tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
14 – Mantenho o meu apetite.	1	2	3	4	5
15 – As alterações que tenho vivido deixam-me receosa.	1	2	3	4	5
16 – Sinto-me deprimida.	1	2	3	4	5
17 – O ambiente em casa não me ajuda a sentir-me melhor.	1	2	3	4	5
18 - Sinto-me capaz de superar o meu actual problema de saúde.	1	2	3	4	5
19 – Saber que sou amada, dá-me ânimo para continuar.	1	2	3	4	5
20 – Os cheiros já não me incomodam.	1	2	3	4	5
21 – Sinto uma má disposição física que me impede de descansar.	1	2	3	4	5
22 - Ninguém me compreende verdadeiramente.	1	2	3	4	5
23 - Não foi suficientemente bem informada sobre o meu tratamento.	1	2	3	4	5
24 – Sinto-me dependente dos outros.	1	2	3	4	5
25 – Sinto que a minha situação está sob controlo.	1	2	3	4	5
26 – O estado de espírito das pessoas que me rodeiam dá-me alento.	1	2	3	4	5
27 – Até a luz normal me incomoda.	1	2	3	4	5
28 – Os alimentos sabem-me bem.	1	2	3	4	5
29 – Tenho medo do que possa acontecer a seguir.	1	2	3	4	5
30 – O ambiente em casa é-me agradável.	1	2	3	4	5
31 – Sinto o meu corpo relaxado.	1	2	3	4	5
32 – Neste momento já me sinto com energia e vigor físico.	1	2	3	4	5
33 – Sinto-me fisicamente bem.	1	2	3	4	5

Copyright – Escala construída por M. Gameiro e J. Apóstolo, segundo o modelo operacional do “conforto” desenvolvido por Kolcaba (1991 e 2002) e com a sua autorização.

**Obrigado pela sua colaboração/participação**

## **APÊNDICE II - Submissão do estudo a aprovação**



**À Direcção de Enfermagem do  
Hospital Fernando Fonseca**

**CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO**

Fernanda Maria Simões Dantas, enfermeira da Unidade de Oncologia do Hospital Fernando Fonseca, com o nº mecanográfico 511, contacto nº 934341356, vem por este meio e com o objectivo de elaboração de um estudo, intitulado: “ A relação dos factores socio-demográficos com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem que frequento na Universidade Católica – Instituto de Ciências da Saúde , solicitar a V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> que se dignem a conceder a autorização para aplicação dos formulários aos Utentes acima referidos.

**Justificação do tema:** O conforto é uma preocupação central do cuidar em enfermagem. Com base numa visão holística para a prática dos cuidados K. Kolcaba desenvolveu a Teoria do Conforto que tem motivado estudos em todo o mundo. Em Portugal APÓSTOLO et al (2006) desenvolveu um estudo sobre sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia tendo concluído que os ente queridos são fundamentais para o conforto, evidenciando que o contexto sócio-relacional deverá ser um foco de atenção na prestação de cuidados. Este estudo será fundamentado na teoria do conforto de K. Kolcaba.

**Questão central do estudo:** Qual a relação existente entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto experimentado pelas mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de quimioterapia.

Da questão central de investigação surgem outras:

**Q1:** Será que a idade tem influência com o nível de conforto experimentado pelas mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

**Q2:** Qual é a relação que existe entre a composição do agregado familiar e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

**Q3:** Será que a manutenção da actividade profissional está relacionada com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

**Q4:** Será que as habilitações académicas têm relação com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

**Q5:** Será que a mastectomia têm relação com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

**Q6:** Será que o tempo de tratamentos com quimioterapia têm relação com o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia?

### **Objectivos:**

- Avaliar o nível de conforto das mulheres com cancro da mama no segundo dia de tratamento com quimioterapia;
- Analisar a relação entre as características sócio-demográficas e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama no segundo dia de tratamento com quimioterapia.

### **Revisão da literatura**

A abordagem teórica deste trabalho incidirá essencialmente na Teoria do Conforto de K. Kolcaba e nos conceitos por ela desenvolvidos.



## **Metodologia**

**Tipo de estudo** - Pretendemos realizar um estudo exploratório, descritivo-correlacional, quantitativo para analisar a relação entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama após o segundo ciclo de tratamento com quimioterapia.

As **variáveis** do estudo são de atributo ou caracterização, que nos permitem conhecer as características da amostra em relação ao fenómeno do conforto, essas variáveis são:

- Idade;
- Habilitações académicas;
- Composição do agregado familiar;
- A manutenção da actividade profissional;
- Ser mastectomizada
- Tempo em tratamento de quimioterapia..

**Amostra** - O método de amostragem que pretendemos utilizar é não probabilístico acidental de conveniência tendo em conta o limite da disponibilidade de tempo para a colheita de dados. Os dados serão colhidos na Unidade de Oncologia do Hospital Fernando Fonseca estimando-se uma amostra entre 30 a 50 sujeitos.

**Instrumento Colheita de Dados** - Pretendemos aplicar o questionário construído por Gameiro e Apóstolo (2004) “*EACDQ – Escala de Avaliação do Conforto em Doentes a realizar Quimioterapia*”, tendo sido solicitada autorização via correio electrónico em 12 de Fevereiro de 2007, associado a dados de caracterização da amostra, pelo que será realizado um pré-teste.

Amadora, 10 de Setembro de 2007

---



## **APÊNDICE III - Consentimento informado**



**Universidade Católica Portuguesa – Escola Superior de Biotecnologia**

**2º Edição do Mestrado em Enfermagem**

## **QUESTIONÁRIO**

**“A relação entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia”**

**Lisboa**

**Novembro 2007**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmos Sras.

Este questionário faz parte de um estudo de investigação que está a ser realizado pela Enfermeira Fernanda Maria Simões Dantas, no âmbito da 2º Edição do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Escola Superior de Biotecnologia.

O tema do estudo é: *“A relação entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia”*.

Peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário. A sua resposta é muito importante e deve responder de forma sincera, tendo em conta o seu sentimento e a sua experiência pessoal no curso do seu processo de doença/tratamento.

Está garantida a confidencialidade das respostas.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado do propósito deste estudo.

Data \_\_\_\_\_.

Muito obrigado pela sua colaboração.





## **APÊNDICE IV - Quadro de estatística descritiva de conforto**



## Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
C_01	46	1	5	3,67	1,399
C_02	46	1	5	3,50	1,362
C_03	46	1	5	4,67	,790
C_04	46	1	5	3,41	1,166
C_05	46	1	5	2,98	1,358
C_06	46	1	5	4,26	1,182
C_07	46	1	5	3,15	1,264
C_08	46	1	5	3,70	1,518
C_09	46	1	5	4,37	,928
C_10	46	1	5	4,61	,829
C_11	46	1	5	3,24	1,268
C_12	46	1	5	4,13	1,128
C_13	46	1	5	3,65	1,159
C_14	46	1	5	3,63	1,236
C_15	46	1	5	2,70	1,190
C_16	46	1	5	3,63	1,323
C_17	46	1	5	4,22	1,263
C_18	46	1	5	4,24	,970
C_19	46	1	5	4,52	,913
C_20	46	1	5	3,26	1,421
C_21	46	1	5	3,39	1,437
C_22	46	1	5	3,93	1,373
C_23	46	1	5	3,72	1,615
C_24	46	1	5	3,50	1,502
C_25	46	1	5	3,93	1,104
C_26	46	2	5	4,39	,906
C_27	46	1	5	4,33	1,194
C_28	46	1	5	3,61	1,273
C_29	46	1	5	2,50	1,295
C_30	46	1	5	4,59	1,002
C_31	46	1	5	3,35	1,286
C_32	46	1	5	2,91	1,363
C_33	46	1	5	3,04	1,445
Valid N (listwise)	46				



**APÊNDICE V - Quadro de correlações entre as várias dimensões de conforto com a idade, número de filhos e habilitações literárias**



**Correlations**

Spearman's rho		Nº de filhos	Habilitações Académicas	Idade	C_TOT	C_FISICO	C_PSICO	C_AMBIENTE	C_SOCIAL	C_ALIVIO	C_TRANQUIL	C_TRANSCEND
Número de filhos	Correlation Coefficient	1,000	,137	-,334*	-,389**	-,221	-,305*	-,301*	-,241	-,319	-,336*	-,167
	Sig. (2-tailed)		,363	,023	,008	,140	,039	,042	,106	,031	,023	,269
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Habilitações Académicas	Correlation Coefficient	,137	1,000	-,431**	-,382**	-,257	-,367*	-,376*	-,166	-,318	-,293	-,317*
	Sig. (2-tailed)	,363		,003	,009	,084	,012	,010	,270	,031	,048	,032
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
Idade	Correlation Coefficient	-,334*	-,431**	1,000	,329	,237	,264	,335*	,094	,196	,367*	,185
	Sig. (2-tailed)	,023	,003		,026	,113	,076	,023	,536	,191	,012	,218
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_TOT	Correlation Coefficient	-,389**	-,382**	,329	1,000	,781**	,663**	,743**	,643**	,805**	,830**	,740**
	Sig. (2-tailed)	,008	,009	,026		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_FISICO	Correlation Coefficient	-,221	-,257	,237	,781**	1,000	,337*	,509**	,351*	,575**	,626**	,754**
	Sig. (2-tailed)	,140	,084	,113	,000		,022	,000	,017	,000	,000	,000
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_PSICO	Correlation Coefficient	-,305*	-,367*	,264	,663**	,337*	1,000	,471**	,236	,591**	,680**	,382**
	Sig. (2-tailed)	,039	,012	,076	,000	,022		,001	,115	,000	,000	,009
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_AMBIENTE	Correlation Coefficient	-,301*	-,376*	,335*	,743**	,509**	,471**	1,000	,330*	,539**	,708**	,494**
	Sig. (2-tailed)	,042	,010	,023	,000	,000	,001		,025	,000	,000	,000
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_SOCIAL	Correlation Coefficient	-,241	-,166	,094	,643**	,351*	,236	,330*	1,000	,650**	,414*	,429**
	Sig. (2-tailed)	,106	,270	,536	,000	,017	,115	,025		,000	,004	,003
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_ALIVIO	Correlation Coefficient	-,319	-,318	,196	,805**	,575**	,591**	,539**	,650**	1,000	,473*	,448**
	Sig. (2-tailed)	,031	,031	,191	,000	,000	,000	,000	,000		,001	,002
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_TRANQUIL	Correlation Coefficient	-,336*	-,293	,367*	,830**	,626**	,680**	,708**	,414*	,473*	1,000	,530**
	Sig. (2-tailed)	,023	,048	,012	,000	,000	,000	,000	,004	,001		,000
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
C_TRANSCEND	Correlation Coefficient	-,167	-,317*	,185	,740**	,754**	,382**	,494**	,429**	,448**	,530**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,269	,032	,218	,000	,000	,009	,000	,003	,002	,000	
	N	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).





## **ANEXOS**



**ANEXO I – Documento comprovativo de autorização para a utilização da escala**



---

**De:** Fernanda Dantas  
**Enviada:** quarta-feira, 14 de Fevereiro de 2007 17:19  
**Para:** 'joaoapostolo@eseaf.pt'  
**Assunto:** RE: Autorização para utilizar o questionário

Fernanda Dantas

Poderá utilizar a escala EACDQ no seu estudo.

Bom Trabalho

João Apóstolo

Sr. Prof. João Apóstolo,

Sou aluna do Mestrado de Enfermagem da Universidade Católica e venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a escala EACDQ, que foi validada por si, de forma a realizar um estudo sobre a “A relação entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia”

Obrigado, pela sua atenção

Fernanda Dantas

---

**De:** 'apostolo@eseaf.pt'  
**Enviada:** segunda-feira, 12 de Fevereiro de 2007 12:12  
**Para:** Fernanda Dantas  
**Assunto:** Autorização para utilizar o questionário

Sr. Prof. João Apóstolo,

Sou aluna do Mestrado de Enfermagem da Universidade Católica e venho por este meio solicitar a sua autorização para utilizar a escala EACDQ, que foi validada por si, de forma a realizar um estudo sobre a “A relação entre factores sócio-demográficos e o nível de conforto das mulheres com cancro da mama a realizar quimioterapia”

Obrigado, pela sua atenção

Fernanda Dantas



**ANEXO II – Carta de autorização da Comissão de Ética do HFF para aplicação do estudo**





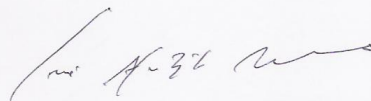
Exma. Senhora  
Enf<sup>a</sup>. Fernanda Maria S. Dantas  
Unidade de Oncologia

Amadora, 26 de Novembro de 2007

Vimos por este meio informá-lo que relativamente ao Projecto de Investigação "A Relação entre Factores Sócio-Demográficos e o Nível de Conforto de Mulher com Cancro da Mama com Tratamento de Quimioterapia" do qual é investigadora principal, foi aprovado na reunião da CES de 26 de Novembro de 2007.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do HFF



Dr. Luís Dutschmann