


Habilidade de cuidado de cuidadores informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico*

Ability to care for urban and rural informal caregivers of cancer patients

Capacidad de atención de cuidadores informales urbanos y rurales de pacientes en tratamiento oncológico

Fernanda Duarte Siqueira^I , Larissa de Carli Coppetti^{II} ,
Rafaela Andolhe^I , Naiana Oliveira dos Santos^I , Eliane Tatsch Neves^I ,
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini^I 

^I Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Ilumy Consultoria em Saúde, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil

* Extraído da dissertação "Habilidade de cuidado, sobrecarga, estresse e coping de cuidadores familiares urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2019.

Resumo

Objetivo: Correlacionar as diferenças na habilidade de cuidado de cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico associadas às características sociodemográficas. **Método:** Estudo transversal. Participaram 222 cuidadores familiares informais (n = 163 urbanos; n = 59 rurais) de pacientes com câncer dos setores de quimioterapia e radioterapia de um hospital universitário, no período de 2017 a maio de 2018. Utilizaram-se um formulário de caracterização sociodemográfica e de cuidados prestados e o Caring Ability Inventory. Para análise empregaram-se os testes Lilliefors, T de Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis e ANOVA. **Resultados:** Os cuidadores familiares informais urbanos apresentaram maiores médias na habilidade de cuidado total, no conhecimento, coragem e paciência. Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na habilidade de cuidado total e suas dimensões em todas as variáveis da caracterização sociodemográfica. **Conclusão:** Existe correlação significativa na comparação da habilidade de cuidado e suas dimensões conhecimento, coragem e paciência associada às características sociodemográficas. **Descritores:** Cuidadores; Neoplasias; População Rural; População Urbana; Enfermagem

Abstract

Objective: To correlate the differences in the care ability of informal urban and rural family caregivers of cancer patients associated with sociodemographic characteristics. **Method:** Cross-sectional study. Participants were 222 informal family caregivers (n = 163 urban; n = 59 rural) of cancer patients from the chemotherapy and radiotherapy sectors of a university hospital, from

2017 to May 2018. A sociodemographic and care characterization form and the Caring Ability Inventory were used. For analysis, the tests Lilliefors, T de Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis and ANOVA were used. **Results:** Informal urban family caregivers showed higher averages in total care ability, knowledge, courage and patience. Statistically significant differences in total care ability and its dimensions were identified in all variables of sociodemographic characterization. **Conclusion:** There is a significant correlation between the ability to care and its dimensions knowledge, courage and patience associated with sociodemographic characteristics. **Descriptors:** Caregivers; Neoplasms; Rural Population; Urban Population; Nursing

Resumen

Objetivo: Correlacionar las diferencias en la capacidad de cuidado de cuidadores familiares informales urbanos y rurales de pacientes en tratamiento oncológico asociadas a las características sociodemográficas. **Método:** Estudio transversal. Participaron 222 cuidadores familiares informales (n = 163 urbanos; n = 59 rurales) de pacientes con cáncer de los sectores de quimioterapia y radioterapia de un hospital universitario, en el período de 2017 a mayo de 2018. Se utilizó un formulario de caracterización sociodemográfica y de cuidados prestados y el Caring Ability Inventory. Para el análisis se utilizaron las pruebas Lilliefors, T de Student, Mann-Whitney, Kruskal Wallis y ANOVA. **Resultados:** Los cuidadores familiares informales urbanos presentaron mayores promedios en la capacidad de cuidado total, en el conocimiento, valor y paciencia. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de cuidado total y sus dimensiones en todas las variables de la caracterización sociodemográfica. **Conclusión:** Existe una correlación significativa en la comparación de la capacidad de cuidado y sus dimensiones conocimiento, coraje y paciencia asociada a las características sociodemográficas. **Descriptores:** Cuidadores; Neoplasias; Población Rural; Población Urbana; Enfermería

Introdução

À medida que a população envelhece, o número de pessoas que vivem com uma ou mais condições crônicas de saúde continua a aumentar nos cenários brasileiro e internacional. Dentre elas, estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), reconhecidas como um desafio contemporâneo, que representa a maioria das causas de morbimortalidade no mundo.¹ Neste contexto, o câncer é identificado como a segunda causa de morte associada às DCNTs e, devido à sua magnitude epidemiológica, social e econômica, constitui-se um problema de saúde pública complexo.² Além disso, trata-se de uma condição que afeta a saúde e a qualidade de vida das pessoas, em decorrência de seu elevado índice de incapacidades, podendo comprometer a independência para a realização de atividades de vida diária.³

Sob essa perspectiva, grande parte do cuidado prestado aos indivíduos durante o tratamento do câncer é realizado no domicílio. Nesse sentido, as demandas de cuidado acabam sendo atendidas, geralmente, por um dos membros da família, ou pessoa significativa, denominado cuidador, o qual pode ser classificado em formal e informal. O foco

deste estudo recai sobre o cuidador informal, que compreende um familiar, amigo, pessoa da comunidade ou vizinho o qual tem a incumbência de realizar as tarefas, sem vínculo empregatício ou remuneração, e que assume a responsabilidade de cuidar.⁴ Destaca-se que esta modalidade de cuidado de longo prazo, no domicílio e em tempo integral, mostra-se cada vez mais frequente nos contextos que envolvem adoecimento por câncer.⁵

Entretanto, como o compromisso de cuidar é uma tarefa física e emocionalmente extenuante, o cuidador busca maneiras de se ajustar e se adaptar às mudanças, reduzindo, para isso, seu tempo de lazer e convívio com familiares e amigos, precisando, muitas vezes, rever sua vida no trabalho e no dia a dia, necessitando de apoio, recursos e reconhecimento.⁶ Considerando essa situação, a habilidade de cuidar é compreendida como o potencial que a pessoa tem, em relação a assumir o papel de cuidador de outrem que se encontre em situação de doença crônica incapacitante. Esta habilidade abrange dimensões cognitivas, instrumentais e atitudinais, que podem ser identificadas e medidas segundo indicadores de conhecimento de si e do outro, e de habilidades técnicas, além da coragem para desenvolvê-las e da paciência, que permitem encontrar um significado no papel atribuído de cuidador.⁷

A literatura aponta para possíveis diferenças relacionadas ao enfrentamento do cuidador e ao viver e adoecer com uma doença crônica, nos contextos urbano e rural.⁸⁻⁹ Essas diferenças podem ser nas percepções acerca do cuidado, no acesso a informações e serviços, na qualidade da saúde e bem-estar mental.¹⁰⁻¹² Estudos que se propõem a examinar as habilidades de cuidado dos cuidadores precisam ir além das definições, e são importantes contribuições para o desenvolvimento de intervenções que enfoquem a saúde e a preparação de cuidadores informais.¹³

Ainda, destaca-se que os cuidadores familiares informais necessitam frequentemente de suporte psicológico, devido à sobrecarga e ao estresse do cuidar, e de informações claras sobre a doença, tratamento e cuidados. No contexto rural, o acesso a serviços é limitado, carecendo-se de apoio prático no gerenciamento das atividades de vida diária do paciente.¹¹⁻¹² A experiência e os resultados do adoecimento por câncer podem variar entre os meios urbanos e rurais. No urbano, as pessoas têm acesso mais fácil a serviços de saúde especializados, centros de tratamento, tecnologias avançadas. Isso pode levar a diagnósticos precoces e a opções de tratamento e cuidado

de maior eficácia. No rural, as percepções culturais e estigmas em torno do câncer podem dificultar a busca por ajuda e o processamento emocional da experiência.⁸⁻¹⁰

Além disso, evidenciou-se que pesquisas comparativas sobre os cuidadores informais urbanos e rurais são incipientes e estão concentradas no contexto internacional,⁸⁻¹² indicando uma lacuna no conhecimento brasileiro e a necessidade de desenvolver investigações direcionadas a aprofundar conhecimentos nesta temática, para que os profissionais, em especial, os enfermeiros, movimentem ações de apoio e informações que favoreçam o desenvolvimento ou a melhoria da habilidade para o cuidado. Nesse âmbito, cabe ressaltar que a tarefa de cuidar, sem conhecimento e domínio de habilidades para executá-la, pode provocar consequências negativas como, sobrecarga e estresse.

A partir dessa constatação, questiona-se: Qual a associação da habilidade de cuidado dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais com as variáveis sociodemográficas? Nesse sentido, o objetivo do estudo foi correlacionar as diferenças na habilidade de cuidado de cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico associadas às características sociodemográficas.

Método

Estudo transversal, em que foram utilizadas as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology statement* (STROBE) para orientar a redação do presente documento.

A população de referência foi constituída pelos cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes com idade maior de 18 anos, em tratamento oncológico, selecionados nos setores de quimioterapia e de radioterapia de um hospital universitário localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de maio de 2017 a maio de 2018.

A seleção dos participantes se deu a partir do reconhecimento dos pacientes cadastrados no serviço de oncologia que apresentassem algum grau de dependência para a execução de atividades básicas de vida diária no domicílio, avaliado por meio do índice de Barthel (IB). Este instrumento, validado para o Brasil, pode ser aplicado a qualquer pessoa que apresente algum tipo de incapacidade funcional e mobilidade, em diferentes faixas etárias, e aborda dez atividades: alimentação; uso do banheiro; higiene

peçoal; banho; vestuário; controle de esfínteres (vesical e intestinal); deambulação ou cadeira de rodas; transferência da cadeira para a cama; e subir e descer escadas.¹⁴⁻¹⁵

Destaca-se que o local de residência – urbano ou rural – foi obtido a partir das informações referentes ao endereço cadastrado no prontuário do paciente, sendo posteriormente confirmado com os pacientes e/ou cuidadores familiares informais. Como residentes no contexto rural foram considerados aqueles que confirmaram residir em área situada fora de cidades, sedes de distritos ou vilas.

Como critérios de seleção para a amostra do estudo, definiram-se: ser o principal cuidador informal responsável pela assistência prestada no domicílio, na maior parte do tempo, independentemente do tempo de cuidado, apresentar idade igual ou superior a 18 anos e não receber remuneração para a prestação do cuidado. Na ocasião em que se encontrava mais de um cuidador responsável pelo cuidado, solicitava-se ao paciente para indicar o cuidador que prestava a maioria dos cuidados.

A amostragem utilizada foi a não probabilística por conveniência, realizada em duas fases. Na primeira, foram identificados todos os pacientes dependentes que estavam em atendimento nos serviços de oncologia no período de coleta de dados (n=264). Na segunda, foram contatados os cuidadores informais dos respectivos pacientes no ambulatório de radioterapia e quimioterapia, dos quais 35 não eram os cuidadores principais, dois eram menores de 18 anos e cinco não aceitaram participar do estudo. Assim, a amostra foi constituída por 222 cuidadores familiares informais urbanos e rurais, representando 84,1% da população de pacientes dependentes em tratamento oncológico durante a realização desta pesquisa. Além disso, conforme o local de residência dos cuidadores informais, a amostra foi dividida em dois grupos: cenário urbano (n=163) e cenário rural (n=59). Observou-se uma distribuição desigual entre os grupos, sendo o grupo rural menor (26,6% da amostra total). Essa diferença pode impactar o poder estatístico das análises, motivo pelo qual as relações entre variáveis foram interpretadas de forma correlacional, considerando a natureza transversal do estudo.

Para a coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos. O primeiro foi o questionário para caracterização sociodemográfica e com questões relacionadas ao cuidado prestado, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação ocupacional, renda, com quem reside, tempo de cuidado, período de

cuidado, auxílio de terceiros e experiência anterior de cuidado. O segundo instrumento aplicado foi o *Caring Ability Inventory* (CAI), na versão traduzida para o português.¹⁶ Destaca-se que foram mantidas a denominação original, em inglês, para o inventário e a sigla CAI-BR para a versão brasileira, conforme posição das autoras responsáveis pela tradução e adaptação transcultural do instrumento.¹⁶

O CAI-BR objetiva avaliar as habilidades de um sujeito a partir da percepção dele próprio sobre sua capacidade para prestar o cuidado, atentando para aspectos instrumentais e cognitivos. Esse instrumento foi criado em 1999⁷, e traduzido e validado para o português do Brasil em 2016.¹⁶ A confiabilidade e a validade do CAI original foram avaliadas pelo Alfa de Cronbach e teste-reteste, obtendo os valores de 0,84 e 0,80, respectivamente.⁷ Na versão em português, o Alfa de Cronbach obteve resultado de 0,78 e o Coeficiente de Correlação, um escore 0,76.¹⁶ No presente estudo, a consistência interna foi verificada pelo Alfa de Cronbach e apresentou os seguintes valores para habilidade de cuidado total e suas dimensões: CAI-BR total (0,68); Conhecimento (0,63); Coragem (0,67); e Paciência (0,65).

O inventário consiste em 37 itens, com respostas organizadas em escala tipo Likert, que varia de 1 a 5, na qual 1 é “discordo fortemente” e 5, “concordo fortemente”. A pontuação total e de cada uma das dimensões do instrumento é obtida por meio da soma das respostas dadas aos itens que o compõem. O CAI-BR é organizado em três dimensões do cuidado: conhecimento (entendimento de si próprio e dos outros), coragem (habilidade para enfrentar o desconhecido) e paciência (tolerância e persistência), com 14, 13 e 10 itens, respectivamente.

As informações coletadas foram armazenadas e organizadas em planilha eletrônica no programa *Excel for Windows*, inseridas por dupla digitação independente. Após a verificação e correção das inconsistências, a base foi analisada com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science* versão 23.0. Os dados correspondentes ao local de residência dos cuidadores informais dividiram-se em dois grupos: cuidadores urbanos e cuidadores rurais. As variáveis qualitativas aparecem como frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, em medidas de tendência central e desvio padrão (DP). A normalidade dos grupos foi testada a partir do teste de Lilliefors. O Teste t de Student foi utilizado para a comparação dos grupos quando ambos apresentaram dados com distribuição normal, e o

teste Mann-Whitney quando assimétricos. Para a comparação dos grupos com três ou mais categorias, empregou-se o teste Kruskal Wallis quando estes não apresentaram uma distribuição normal, e o teste ANOVA quando a distribuição foi normal. Para todas as análises, considerou-se nível de significância $\leq 5\%$.

Destaca-se que este estudo é integrante de uma pesquisa mais ampla que investigou diferentes aspectos do cuidado prestado por cuidadores familiares informais de pacientes em tratamento oncológico. Este artigo tem como foco as diferenças na habilidade de cuidado dos cuidadores urbanos e rurais, analisando sua associação com características sociodemográficas. Dessa forma, amplia-se a compreensão sobre os fatores que influenciam a habilidade de cuidado e reforça-se a relevância de subsidiar o planejamento de intervenções de enfermagem direcionadas a essa população.

Os princípios éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados. A aprovação ética foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria no dia 22/03/2017, sob o Parecer nº 1.977.316 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 65195617.0.0000.5346. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 222 cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico. Na Tabela 1 estão expressos os resultados da caracterização dos cuidadores, apresentando semelhanças e diferenças entre os cenários. Dentre as semelhanças, identificou-se predomínio: do sexo feminino (urbanos: $n=133$, 81,6%; rurais: $n=43$, 72,8%); pessoas com idade de 48 a 76 anos (urbanos: $n=96$, 58,9%; rurais: $n=38$, 64,4%); com companheiro (urbanos: $n=124$, 76%; rurais: $n=48$, 81,4%); que não exerciam trabalho remunerado (urbanos: $n=108$, 66,3%; rurais: $n=37$, 62,7%); com renda familiar de até três salários mínimos (urbanos: $n=105$, 64,4%; rurais: $n=48$, 81,3%); residindo com o(a) paciente e outros familiares (urbanos: $n=81$, 49,7%; rurais: $n=24$, 40,7%); e com auxílio de terceiros para realizar o cuidado nas atividades de vida diária (urbanos: $n=114$, 69,9%; rurais: $n=42$, 71,2%). Destaca-se que, para apuração da renda familiar, considerou-se o salário mínimo em vigor no ano de 2018, que era de R\$ 954,00 reais.

As diferenças entre os cuidadores informais foram observadas nas variáveis: escolaridade (urbanos: 7 a 13 anos de estudo, n=84, 51,5%; rurais: 0 a 6 anos de estudo, n=33, 55,9%), tempo de cuidado (urbanos: 1 a 4 meses, n=62, 38%; rurais: mais de 8 meses, n=32, 54,2%) e experiência anterior (urbanos: com experiência prévia, n=94, 57,7%; rurais: sem experiência prévia, n=31, 52,5%).

Tabela 1 – Caracterização dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico (n=222). Brasil, 2025

Variáveis Cuidador	Categorias	n(%)	
		Urbano	Rural
Sexo	Masculino	30(18,4)	16(27,1)
	Feminino	133(81,6)	43(72,8)
Idade	18 a 47 anos	67(41,1)	21(35,5)
	48 a 76 anos	96(58,9)	38(64,4)
	0 a 6 anos	42(25,7)	33(55,9)
Escolaridade	7 a 13 anos	84(51,5)	21(35,5)
	≥ 14 anos	37(22,7)	5(8,4)
Situação Conjugal	Com companheiro	124(76)	48(81,4)
	Sem companheiro	39(23,9)	11(18,6)
Situação Ocupacional	Trabalha	55(33,7)	22(37,3)
	Não trabalha	108(66,3)	37(62,7)
Renda (*SM)	Até 3 SM	105(64,4)	48(81,3)
	4 a 6 SM	46(28,2)	11(18,6)
	>6 SM	12(7,36)	-
Com quem reside	Com o/a paciente	36(22)	17(28,8)
	Com o/a paciente e outros familiares	81(49,7)	24(40,7)
	Não reside com o/a paciente	46(28,2)	18(30,5)
Tempo de cuidado	1 a 4 meses	62(38)	16(27,1)
	5 a 8 meses	41(25,1)	11(18,6)
	> 8 meses	60(36,8)	32(54,2)
Auxílio de terceiros	Sim	114(69,9)	42(71,2)
	Não	49(30)	17(28,8)
Experiência anterior	Sim	94(57,7)	28(47,4)
	Não	69(42,3)	31(52,5)

*SM= Salário mínimo vigente no ano da coleta de dados; R\$ 954,00 reais

Na Tabela 2 apresentam-se os resultados da média, desvio padrão e o p-valor para as comparações dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais com as variáveis sociodemográficas e a habilidade de cuidado e suas dimensões.

Tabela 2 – Correlação da habilidade de cuidado total e suas dimensões dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais de pacientes em tratamento oncológico com as variáveis sociodemográficas (n=222). Brasil, 2025

	CAI- BR TOTAL			CONHECIMENTO			CORAGEM			PACIÊNCIA		
	Média (DP)		p-valor	Média (DP)		p-valor	Média (DP)		p-valor	Média (DP)		p-valor
	U*	R*		U*	R*		U*	R*		U*	R*	
Sexo												
Masculino	139,2 (8,1)	134,2 (6,2)	0,121†	52 (4,4)	46,7 (3,2)	0,175†	46,3 (4,2)	44,1 (5)	0,717†	40,8 (2,7)	39,3 (1,9)	0,053†
Feminino	138,8 (7,8)	135,4 (7,5)	0,111†	52,6 (3,4)	48 (3,7)	<0,001†	46 (4,4)	43,7 (4,3)	0,004†	40,2 (2,8)	39,7 (2,5)	0,317†
Idade (anos)												
18 a 47	139,3 (8,0)	134,4 (6,7)	0,088‡	52 (4,1)	46,9 (3,3)	0,046‡	46,5 (4,5)	44,1 (4,4)	0,355‡	40,8 (2,6)	39,4 (1,8)	0,387‡
48 a 76	138,6 (7,7)	135,4 (7,4)	0,003‡	52,9 (3,7)	48,1 (3,7)	<0,001‡	45,7 (4,3)	43,7 (4,5)	0,004‡	40 (2,8)	39,6 (2,6)	0,111‡
Escolaridade (anos de estudo)												
0 a 6	136,9 (5,9)	134,9 (6,9)	0,047§	52,4 (2,7)	48,1 (4,0)	<0,001§	45,7 (3,6)	43,5 (3,9)	0,092§	39,8 (2,5)	39,3 (2,5)	0,964§
7 a 13	139,3 (8,1)	134,6 (7,4)	0,058§	52,8 (3,8)	46,8 (2,2)	<0,001§	46 (4,5)	43,8 (5,6)	0,129§	40,5 (2,9)	39,8 (2,2)	0,160§
≥ 14	140,2 (8,9)	138,6 (7,8)	0,068§	52,1 (5,0)	48,4 (5,1)	0,013§	47,8 (4,3)	45,6 (2,6)	0,018§	40,3 (2,6)	40,4 (1,7)	0,096§
Situação Conjugal (companheiro)												
Com	138,7 (7,2)	135,8 (7,3)	0,001†	52,6 (3,3)	47,5 (3,5)	<0,001†	45,8 (4,3)	43,8 (4,7)	0,001†	40,2 (2,8)	39,4 (2,4)	0,002†
Sem	139,5 (9,8)	135,3 (6,4)	0,365†	52,2 (5,4)	48,2 (4,0)	0,023†	46,8 (4,6)	43,8 (3,6)	0,088†	40,5 (2,8)	40,3 (1,9)	0,847†
Situação Ocupacional (trabalho)												
Com	138,9 (7,8)	135,2 (6,0)	0,496†	51,9 (3,9)	46,8 (3,0)	0,001†	46,8 (4,6)	43,9 (4,7)	0,140†	40 (2,6)	39,5 (1,7)	0,805†
Sem	138,9 (7,9)	135,8 (7,6)	0,001†	52,8 (3,9)	48,2 (3,8)	<0,001†	45,7 (4,2)	44,4 (4,3)	0,013†	40,4 (2,9)	39,6 (2,7)	0,037†
Renda (SM = Salário Mínimo)												
Até 3	137,9 (7,2)	135,1 (7,5)	0,027§	52,1 (3,6)	47,7 (3,6)	<0,001§	45,8 (4,5)	43,7 (4,8)	0,020§	40 (2,7)	39,6 (2,4)	0,355§
4 a 6	139,9 (8,5)	135 (4,8)	0,056§	52,8 (4,3)	47,4 (3,5)	0,001§	46,4 (4,1)	44,3 (2,4)	0,077§	40,7 (2,9)	39,4 (2,1)	0,142§
>6	143,1 (9,3)	-	-	54,5 (4,9)	-	-	47,4 (4,1)	-	-	41,2 (3,0)	-	-
Com quem reside (indivíduo cuidado)												
Com	138,9 (8,7)	134 (6,8)	0,063§	52,6 (4,1)	47 (3,2)	<0,001§	46,3 (4,5)	44,4 (4,5)	0,239§	40,1 (2,5)	39,8 (2,8)	0,076§
Com e mais	137,8 (7,2)	138 (7,1)	0,032§	52,4 (3,8)	49,3 (3,2)	<0,001§	45,5 (4,2)	44,6 (4,5)	0,385§	39,8 (2,8)	40,2 (2,4)	0,675§
Não reside	140,8 (8,0)	131,9 (6)	0,763§	52,7 (3,9)	46,1 (3,5)	<0,001§	46,9 (4,5)	43,2 (4,1)	<0,001§	40,2 (2,8)	39,5 (1,5)	0,019§
Tempo de cuidado (meses)												

1 a 4	139,3 (7,5)	135,1 (5,4)	0,026§	52,8 (4)	47,7 (3,4)	<0,001§	46,1 (4,7)	44,2 (3,5)	0,146§	40,4 (2,6)	39,1 (1,2)	0,051§
5 a 8	139,6 (7,7)	138,8 (6,8)	0,911§	52,7 (3,7)	47,8 (3,1)	<0,001§	46,5 (4,2)	46,4 (2,8)	0,669§	40,3 (2,9)	40,5 (2,9)	0,718§
>8	137,9 (8,3)	134,8 (7,7)	0,024§	52,1 (4,0)	47,6 (3,9)	<0,001§	45,7 (4,2)	43,8 (5,0)	0,002§	40,2 (2,8)	39,5 (2,6)	0,288§
Período de cuidado (turnos)												
Integral	138,6 (7,6)	135,8 (7,1)	0,456§	52,8 (3,6)	48,2 (3,4)	<0,001§	45,6 (4,3)	44,4 (4,5)	0,030§	40,1 (2,7)	39,4 (2,6)	0,565§
2 turnos	139,7 (8,2)	134,8 (6,8)	0,328§	52,2 (4,6)	46,3 (3,8)	0,003§	46,9 (4,0)	43,6 (4,3)	0,087§	40,6 (2,8)	40 (1,6)	0,423§
1 turno	138,1 (8,4)	-	-	51,6 (2,6)	-	-	46,1 (5,6)	-	-	40,4 (3,4)	-	-
Auxílio de terceiros												
Sim	138,9 (7,6)	134,2 (6,5)	0,001†	52,5 (3,6)	47,7 (3,7)	<0,001†	46 (4,4)	43 (4,1)	0,001†	40,5 (2,9)	39,5 (2,3)	0,053†
Não	138,8 (8,5)	137,3 (8,3)	0,490†	52,7 (4,5)	47,6 (3,4)	<0,001†	46,3 (4,4)	44,8 (4,9)	0,654†	39,8 (2,4)	39,8 (2,5)	0,788†
Experiência anterior												
Sim	138,7 (7,5)	138,3 (6,2)	0,744†	52,8 (4,1)	49,5 (3,5)	<0,001†	45,9 (3,9)	44,4 (4,0)	0,043†	40 (2,7)	40,3 (2,2)	0,640†
Não	139 (8,4)	132,2 (6,7)	0,001†	52,1 (3,6)	46 (2,8)	<0,001†	46,3 (4,9)	44,4 (4,9)	0,028†	40,7 (2,8)	39,3 (2,3)	0,003†

U* = Urbano; R*= Rural. CAI-BR = Caring Ability Inventory versão Brasileira; DP = Desvio Padrão; † Teste Mann-Whitney: comparações entre dois grupos com distribuição não normal. ‡ Teste t de Student: comparações entre dois grupos com distribuição normal. § Testes ANOVA (distribuição normal) ou Kruskal-Wallis (não normal) para variáveis com três ou mais categorias. Nível de significância ≤ 5%.

Na comparação da habilidade de cuidado total e suas dimensões com as variáveis sociodemográficas, constata-se que os cuidadores familiares informais do contexto urbano, de maneira geral, obtiveram maiores médias na habilidade de cuidado total e nas dimensões conhecimento, coragem e paciência, quando comparados aos cuidadores rurais. Esse resultado indica que o contexto urbano pode favorecer o desenvolvimento de habilidade de cuidado, possivelmente devido ao maior acesso a informações, aos recursos de apoio, aos serviços de saúde e aos profissionais para esclarecimento.

Dentre os resultados estatisticamente significativos, observou-se que as mulheres do contexto urbano apresentaram maior conhecimento ($p < 0,001$) e coragem ($p = 0,004$) em relação às mulheres do meio rural, podendo sugerir que a exposição frequente aos serviços de saúde e às informações relacionadas ao cuidado pode ser um fator que contribui para um melhor preparo no desempenho da função de cuidadora.

Com relação à idade, as diferenças significativas foram apresentadas nos cuidadores informais urbanos e rurais com idade entre 48 e 76 anos na habilidade de

cuidado total ($p=0,003$), nas dimensões conhecimento ($p<0,001$) e coragem ($p=0,004$) ou, na faixa etária de 18 a 47 anos, na dimensão conhecimento ($p=0,046$). Isso pode evidenciar que o avanço da idade pode estar associado a maior maturidade emocional e experiência prévia, o que pode favorecer o enfrentamento das demandas do cuidado.

No que se refere à escolaridade, a diferença significativa foi verificada na habilidade de cuidado total ($p=0,047$) entre os cuidadores informais dos contextos urbano e rural com tempo de estudo de 0 a 6 anos. Na dimensão conhecimento, houve diferença significativa no tempo de estudo de 0 a 6 anos ($p<0,001$), de 7 a 13 anos ($p<0,001$) e maior de 14 anos ($p=0,013$). Na dimensão coragem, identificou-se diferença significativa nos cuidadores informais com mais de 14 anos de estudo ($p=0,018$).

A partir desses resultados foi possível observar que quanto maior o nível de escolaridade, maior a habilidade de cuidado total, bem como o conhecimento e a coragem dos cuidadores informais urbanos e rurais. Tais achados podem indicar que níveis mais elevados de escolaridade contribuem para melhor compreensão das necessidades do paciente e maior confiança na atuação diante das situações de cuidado.

Na análise da situação conjugal dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais, nota-se que, nos com companheiro, a habilidade de cuidado total ($p=0,001$), a dimensão conhecimento ($p<0,001$), coragem ($p=0,001$) e paciência ($p=0,002$) exibem diferenças significativas. Também foi verificado que, entre os cuidadores sem companheiro, existe diferença significativa na dimensão conhecimento ($p=0,023$).

Esses resultados evidenciam que ter companheiro está associado a maior habilidade de cuidado total, conhecimento, coragem e paciência. A presença de um companheiro representa um fator de apoio e compartilhamento das responsabilidades, fortalecendo emocionalmente o cuidador e ampliando sua capacidade de lidar com as exigências do cuidado.

Considerando a situação ocupacional, as diferenças significativas foram identificadas dentre os cuidadores informais urbanos e rurais que não exerciam atividade remunerada, tanto na habilidade de cuidado total ($p=0,001$), quanto nas dimensões conhecimento ($p<0,001$), coragem ($p=0,013$) e paciência ($p=0,037$). Assim, pode-se verificar que essas diferenças sugerem que a dedicação exclusiva ao cuidado possibilita maior envolvimento e disponibilidade para atender as demandas de cuidado do paciente. Além disso, os cuidadores familiares informais que possuíam trabalho

apresentaram diferença significativa na dimensão conhecimento ($p=0,001$), o que pode refletir no desenvolvimento de habilidades técnicas e na resolução de problemas adquiridos no âmbito laboral.

Em relação à renda dos cuidadores informais urbanos e rurais, os resultados mostram diferença significativa na habilidade de cuidado total ($p=0,027$), nas dimensões conhecimento ($p<0,001$) e coragem ($p=0,020$) entre aqueles com renda menor que três salários mínimos. Na dimensão conhecimento, a diferença significativa foi verificada entre os cuidadores que recebiam de quatro a seis salários mínimos ($p=0,001$).

Evidencia-se, assim, que há tendência de maior habilidade de cuidado, em especial na dimensão conhecimento, quando há maior renda. Esse resultado sugere que, embora o menor poder aquisitivo possa estar associado a condições adversas, a vivência cotidiana no cuidado pode favorecer o desenvolvimento de habilidades práticas e emocionais importantes.

Relativo à variável “com quem reside”, as diferenças significativas foram constatadas na habilidade de cuidado total nos cuidadores que residiam com o(a) paciente e outros familiares ($p=0,032$), podendo indicar que a convivência diária promove o vínculo e o aprimoramento da habilidade de cuidado. A dimensão conhecimento mostrou diferença significativa nas variáveis: cuidadores que residiam com o indivíduo cuidado ($p<0,001$), que residiam com o indivíduo cuidado e outros familiares ($p<0,001$) e os cuidadores que não residiam com o(a) paciente ($p<0,001$).

As dimensões coragem ($p<0,001$) e paciência ($p=0,019$) apresentaram diferença significativa entre os cuidadores que residiam com o(a) paciente, o que pode revelar que o distanciamento físico pode limitar a prática na experiência cotidiana e o envolvimento afetivo necessários no desenvolvimento dessas dimensões de habilidade.

Quando analisado o tempo de cuidado dos cuidadores informais urbanos e rurais, observa-se diferença significativa na habilidade de cuidado total ($p=0,024$) e nas dimensões conhecimento ($p<0,001$) e coragem ($p=0,002$) no grupo de cuidadores que cuidavam havia mais de 8 meses. Na habilidade de cuidado total ($p=0,026$) e na dimensão conhecimento ($p<0,001$), constata-se que as diferenças foram encontradas nos cuidadores que cuidavam desde 1 a 4 meses.

No grupo de cuidadores que cuidavam desde 5 a 8 meses, a diferença significativa foi verificada na dimensão conhecimento ($p<0,001$). Nesse contexto, o acúmulo de experiência ao longo do tempo parece favorecer o aprendizado, a confiança e a persistência frente às demandas diárias do cuidado.

No que concerne ao período de cuidado dos cuidadores familiares informais, cuidar em período integral exibiu diferença significativa nas dimensões conhecimento ($p<0,001$) e coragem ($p=0,030$), reforçando que o contato contínuo com o paciente contribui para melhor compreensão das necessidades e maior preparo emocional para lidar com situações complexas. E, na dimensão conhecimento ($p=0,003$), entre os cuidadores que cuidavam dois turnos diários a diferença significativa foi observada.

Quanto à variável auxílio de terceiros, os resultados entre os cuidadores familiares informais urbanos e rurais mostraram diferença significativa dentre aqueles que recebiam auxílio, na habilidade de cuidado total ($p=0,001$), nas dimensões conhecimento ($p<0,001$) e coragem ($p=0,001$). A dimensão conhecimento ($p<0,001$) apresentou diferença significativa, também, nos cuidadores que não recebiam ajuda de terceiros no cuidado. O apoio de familiares ou amigos pode reduzir a sobrecarga e proporcionar mais confiança e equilíbrio emocional para desempenhar o papel de cuidador.

Por fim, observou-se que há diferença significativa em não ter experiência anterior de cuidado nas dimensões conhecimento ($p<0,001$), coragem ($p=0,028$) e paciência ($p=0,003$) e na habilidade de cuidado total ($p=0,000$). Esse resultado pode indicar que, mesmo sem histórico de cuidado, os cuidadores familiares desenvolveram suas habilidades diante da necessidade imposta pela doença do paciente, refletindo um processo de adaptação e aprendizado.

Em síntese, as evidências indicam que os cuidadores do contexto urbano, predominantemente mulheres, com maior idade e escolaridade, com companheiro, que não exerciam atividade remunerada, apresentavam menor renda, dedicavam-se ao cuidado havia mais tempo e contavam com o auxílio de terceiros apresentaram maiores médias na habilidade de cuidado total e em suas dimensões conhecimento, coragem e paciência. Esses achados reforçam a influência das condições sociodemográficas e do contexto de vida no desenvolvimento da habilidade de cuidado, demonstrando grupos

potencialmente mais vulneráveis e a importância de estratégias de apoio e enfrentamento, especialmente aos cuidadores do contexto rural.

Discussão

As constatações deste estudo evidenciaram que os cuidadores familiares informais do contexto urbano apresentaram maior habilidade de cuidado total, conhecimento, coragem e paciência, indicando, assim, maior desempenho no papel de cuidador, quando comparados aos cuidadores do meio rural.

Na avaliação das características sociodemográficas dos cuidadores familiares informais urbanos e rurais, identificou-se diferença significativa entre os grupos quanto ao sexo, nas mulheres, naqueles com maior idade (48 a 76 anos) e tinham companheiro. E as mulheres do contexto urbano apresentaram maiores médias nas dimensões conhecimento e coragem em relação às mulheres do meio rural.

Esses resultados denotam que as mulheres urbanas, pela maior exposição a informações e experiências relacionadas ao cuidado, tendem a desenvolver maior autoconfiança e preparo técnico e emocional. Esses achados são corroborados pela produção científica¹⁶⁻¹⁷ que aponta que as mulheres, socioculturalmente, são consideradas as responsáveis no processo de cuidar, assumindo vários papéis na família e nas atividades no domicílio, apresentando, assim, maior disponibilidade para cuidar da casa e de seus familiares.

Embora não haja concordância na literatura, uma vez que estudos apontam que ser casado pode estar associado a maior sobrecarga, ter uma rede de apoio que inclua o companheiro para compartilhar as experiências pode constituir-se, a depender da qualidade do relacionamento, fator de proteção para a sobrecarga¹⁸ e, consequentemente, para fortalecimento da habilidade de cuidado.

Em relação ao nível de escolaridade, as análises realizadas revelaram que os cuidadores com maior nível de escolaridade apresentaram mais habilidade de cuidado total, conhecimento e coragem, especialmente no grupo urbano. Ressalta-se que esses aspectos podem influenciar positivamente no desempenho do cuidador informal, no desenvolvimento das habilidades técnicas, no manejo dos sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar informal em relação a cuidar do outro, na compreensão das

necessidades do familiar cuidado, e na busca de maneiras efetivas de enfrentar o tratamento oncológico.⁸

No que tange à situação ocupacional, as diferenças significativas foram evidentes entre os cuidadores urbanos e rurais que não desempenhavam atividade remunerada, uma vez que os mesmos, comumente, encontram dificuldades em conciliar a condição de cuidador com as responsabilidades laborais fora de casa, com tendência a se afastarem ou reduzirem a jornada de trabalho formal, para se dedicarem exclusivamente ao cuidado no domicílio.¹⁹

Essa condição leva os cuidadores informais a terem maior disponibilidade de tempo para atender às demandas do cuidado, com maior habilidade de cuidado, conhecimento, coragem e paciência. Acrescenta-se ainda que não poder contribuir com a composição da renda familiar representa uma das principais preocupações do cuidador familiar informal.²⁰

Os desfechos mostraram que os cuidadores familiares informais urbanos e rurais que não residiam com o indivíduo cuidado apresentaram menores médias nas dimensões conhecimento, coragem e paciência em comparação àqueles que viviam no mesmo domicílio do paciente. Esse achado sugere que a convivência diária com o familiar dependente favorece o desenvolvimento da habilidade de cuidado, uma vez que proporciona maior contato com as demandas físicas e emocionais do processo de adoecimento e amplia as oportunidades de aprendizado prático.

Por outro lado, o distanciamento físico pode limitar a experiência cotidiana, reduzindo o envolvimento afetivo e a familiaridade com as necessidades do paciente. Além disso, tais diferenças podem estar associadas ao nível de dependência funcional do familiar cuidado – quanto menor a necessidade de auxílio para as atividades básicas de vida diária, maior a autonomia do paciente e, conseqüentemente, menor a necessidade de atuação direta do cuidador¹⁹, o que repercute em menores médias nas dimensões avaliadas da habilidade de cuidado.

Em relação ao auxílio de terceiros, identificou-se que os cuidadores que recebiam ajuda apresentaram maior habilidade de cuidado total e maiores médias nas dimensões conhecimento e coragem, quando comparados àqueles que cuidavam sozinhos. Esse achado reforça a importância da rede de apoio, que contribui para a redução da

sobrecarga e promove equilíbrio emocional e confiança na função de cuidador.¹⁸ O auxílio aos cuidadores informais geralmente envolve apoio em consultas, sessões de radioterapia e quimioterapia, além de ajuda na alimentação, curativos, deslocamento de carro, ajuda financeira, entre outros.⁹

Estudo que comparou os cuidadores familiares urbanos e rurais, em diferentes áreas geográficas dos Estados Unidos, constatou, dentre outras características, que os cuidadores urbanos assumem mais responsabilidades de cuidado, possivelmente pela maior facilidade de acesso aos profissionais, e têm pior resultado de saúde do que seus pares rurais, que poderiam ser mais resilientes, embora, para estes, o fardo financeiro seja maior.¹²

Ainda nesse contexto, um estudo buscou investigar as experiências de cuidadores rurais na busca por apoio para sua saúde e bem-estar enquanto cuidavam de alguém com câncer. Ele identificou que participar das discussões sobre o cuidado do paciente consistia em fonte de apoio, pois ajudava a compreender sua função; no entanto, o isolamento social durante os deslocamentos para o tratamento, o fato de suas necessidades de apoio não serem reconhecidas e compreendidas pelos profissionais, além de desconhecerem o tipo de apoio que poderiam procurar, e onde, foram mencionados como barreiras para a busca de apoio e bem-estar.²¹

Referente ao tempo de cuidado, os dados mostraram que os cuidadores com mais de 8 meses de experiência apresentaram maiores médias na habilidade de cuidado total e nas dimensões conhecimento e coragem. Esse resultado evidencia que o tempo de convivência e prática no cuidado contribui para o aprimoramento de habilidades, fortalecendo a confiança, a paciência e a persistência no enfrentamento das situações do cotidiano.^{8,18,22}

Nesse contexto, é importante que haja o reconhecimento do papel do cuidador como relevante para o bem-estar do(da) paciente, dos envolvidos no cuidado e quanto aos possíveis desgastes advindos à sua saúde.^{8,22} Dentre as estratégias possíveis de serem desenvolvidas, destaca-se a oferta de treinamentos para que os cuidadores informais aprendam sobre cuidados específicos a pacientes oncológicos, como o manejo da dor.

Também, disponibilizar serviços de apoio psicológico, uma vez que eles podem enfrentar estresse e sobrecarga, e auxiliar no fortalecimento da rede de suporte dentro das comunidades. A inclusão de suporte aos cuidadores melhoraria, por conseguinte, a

qualidade de vida dos pacientes. Por fim, entende-se que integrar serviços de saúde com serviços sociais, para oferecer um apoio abrangente aos cuidadores e pacientes, pode facilitar o acesso a recursos.^{8,22}

Por se tratar de um estudo de delineamento transversal, esta pesquisa não permite estabelecer uma relação cronológica causal entre as variáveis e o desfecho. Além disso, ressalta-se a desigualdade entre as amostras dos contextos urbano e rural, com menor representatividade deste último grupo, o que pode ter reduzido o poder estatístico das análises e limita a generalização dos achados. Face ao exposto, as observações poderão servir como subsídio no desenvolvimento de intervenções de enfermagem na prática do cuidado e contribuir na adoção de estratégias para melhorar a habilidade de cuidado, orientar e preparar os cuidadores familiares informais para assumirem a responsabilidade de cuidar, considerando as particularidades do contexto no qual estão inseridos.

Sugere-se que os profissionais de saúde considerem as adversidades de cada contexto e as características sociodemográficas, bem como as singularidades do viver, adoecer e cuidar no contexto rural, especificamente, por serem fatores que podem influenciar no cuidado prestado ao paciente e na habilidade de cuidado dos cuidadores familiares.

Conclusão

As correlações deste estudo evidenciaram que a habilidade de cuidado dos cuidadores familiares informais é influenciada por vários fatores sociodemográficos. Contatou-se que os cuidadores do meio urbano, principalmente mulheres, com maior idade e escolaridade, com companheiro, sem atividade remunerada, com menor renda, que cuidavam havia mais tempo, em período integral, com auxílio de terceiros e sem experiência anterior de cuidado apresentaram maior habilidade de cuidado total e maiores níveis de conhecimento, coragem e paciência.

Essas diferenças indicam que o contexto urbano, por oferecer maior acesso a informações, suporte profissional e recursos de saúde, tende a favorecer a construção de habilidades de cuidado. Por outro lado, os cuidadores do meio rural podem enfrentar maiores desafios, como o isolamento geográfico e menor disponibilidade de apoio formal, o que reforça a necessidade de estratégias de suporte específicas e contextualizadas para essa população.

Referências

1. Istilli PT, Teixeira CRS, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Assessment of premature mortality for noncommunicable diseases. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180440. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0440.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativas 2023: Estimativa e incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 nov 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
3. Koo MM, Swann R, McPhail S, Abel GA, Brookes LE, Rubin GP, et al. Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. *Lancet Oncol.* 2020;21(1):73-9. doi: 10.1016/S1470-2045.
4. Paz PP, Druzian JM, Duizith DGM, Rossato K, Silveira CS, Siqueira DF. Cuidadores familiares na atenção domiciliar: aspectos sociodemográficos, clínicos e de ansiedade. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2024;18(1). doi: 10.5205/1981-8963.2024.263028.
5. Torres-Tenor JL, Bernal-Hertfelder E, Pertejo-Fernández A, Ramon-Patiño J, Redondo A, Alonso-Babarro A, et al. Frequency and predictors of caregiver burden among patients with cancer receiving palliative cancer treatment. *Clin Transl Oncol.* 2025;27:3827-32. doi: 10.1007/s12094-025-03885-2.
6. Neller SA, Hebdon MT, Wickens E, Scammon DL, Utz RL, Dassel KB, et al. Family caregiver experiences and needs across health conditions, relationships, and the lifespan: a qualitative analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2024;19(1):2296694. doi: 10.1080/17482631.2023.2296694.
7. Nkongho N. Caring ability inventory. In: Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. 2nd ed. New York: Springer; 2009;10:117-24.
8. Siqueira FD, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Zanini RR, Santos EB, Dapper SN. Caring ability of urban and rural family caregivers: association with overburden, stress and coping. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03672. doi: 10.1590/S1980-220X2019019103672.
9. Silva TBQ, Fontana DGR, Jantsch LB, Colomé ICS, Costa MC. Home-based caregivers of people with intellectual disabilities in rural settings and their challenges. *Cogitare Enferm.* 2021;26:e72567. doi: 10.5380/ce.v26i0.72567.
10. Breivik E, Ervik B, Kitzmüller G. Ambivalent and heavy burdened wanderers on a road less travelled: a meta-ethnography on end-of-life care experiences among family caregivers in rural areas. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):1635. doi: 10.1186/s12913-024-11875-3.
11. Stratton L, Richter NS, Shelley MC, Margrett JA. Caregiver knowledge of long-term services and supports: effects of rurality and support. *Innov Aging.* 2020;4:356. doi: 10.1093/geroni/igaa057.1146.
12. Cohen SA, Ahmed NH, Ellis KA, Lindsey H, Nash CC, Greaney ML. Rural-urban and regional variations in aspects of caregiving, support services and caregiver health in the USA: evidence from a national survey. *BMJ Open.* 2024;7:14(10):e081581. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081581.
13. Dal Pizzol FLF, O'Rourke HM, Olson J, Baumbusch J, Hunter K. The meaning of preparedness for informal caregivers of older adults: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2023;80(6):2308-24. doi: 10.1111/jan.15999.

14. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics in Brazil. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011.
15. Kekäläinen T, Luchetti M, Sutin A, Terracciano A. Functional capacity and difficulties in activities of daily living from a cross-national perspective. *J Aging Health.* 2023;35(5-6):356-69. doi: 10.1177/08982643221128929.
16. Rosanelli CLSP, Silva LMG, Gutiérrez MGR. Cross-cultural adaptation of the Caring Ability Inventory to Portuguese. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(3):347-54. doi: 10.1590/1982-0194201600048.
17. Cohen AS, Ahmed NH, Brown MJ, Meucci MR, Greaney M. Rural-urban differences in informal caregiver resources, caregiving intensity, and health-related quality of life. *Innov aging.* 2022;38(2):442-456. doi: 10.1111/jrh.12581.
18. Choi JY, Lee SH, Yu S. Exploring factors influencing caregiver burden: a systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. *Healthcare (Basel).* 2024;12(10):1002. doi: 10.3390/healthcare12101002.
19. Riffin C, Wolff JL, Estill M, Prabhu S, Pillemer KA. Caregiver needs assessment in primary care: views of clinicians, staff, patients, and caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2021;68(6):1262-70. doi: 10.1111/jgs.16401.
20. Andrade JJC, Silva ACO, Frazão IS, Perrelli JGA, Silva TTM, Cavalcanti AMTS. Family functionality and burden of family caregivers of users with mental disorders. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20201061. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1061.
21. Johnston EA, Collins KE, Vicario JN, Sibthorpe C, Goodwin BC. "I'm not the one with cancer but it's affecting me just as much": A qualitative study of rural caregivers' experiences seeking and accessing support for their health and wellbeing while caring for someone with cancer. *Support Care Cancer.* 2024;32(11):761. doi: 10.1007/s00520-024-08947-9.
22. Coppetti LC, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Gutiérrez MGR, Dapper SN, Siqueira FD. Caring ability of family caregivers of patients on cancer treatment: associated factors. *Rev Lat Am Enferm.* 2018;26:e3048. doi: 10.1590/1518-8345.2824.3048.

Contribuições de autoria

1 – Fernanda Duarte Siqueira

Autor Correspondente

Enfermeira, Doutora – fesiqueiraenf@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Larissa de Carli Coppetti

Enfermeira, Doutora – lari_decarli@hotmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Rafaela Andolhe

Enfermeira, Doutora – rafaela.andolhe@ufsm.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Naiana Oliveira dos Santos

Enfermeira, Doutora – naiaoliveira07@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final

5 – Eliane Tatsch Neves

Enfermeira, Doutora – eliane.neves@ufsm.br

Revisão e aprovação da versão final

6 – Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini

Enfermeira, Doutora – nara.girardon@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Como citar este artigo

Siqueira FD, Coppetti LC, Andolhe R, Santos NO, Neves ET, Girardon-Perlini NMO. Ability to care for urban and rural informal caregivers of cancer patients. Rev. Enferm. UFSM. 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e43:1-20. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769290707>