

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

CLARIANA LIMA SOUTO SILVA

**REPERCUSSÕES PARA O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA
IDOSA COM CÂNCER: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Santo Antônio de Jesus
2010

CLARIANA LIMA SOUTO SILVA

**REPERCUSSÕES PARA O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA
IDOSA COM CÂNCER: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Mcs. Claudia Feio da Maia Lima.

Santo Antônio de Jesus
2010

CLARIANA LIMA SOUTO SILVA

**REPERCUSSÕES PARA O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA
IDOSA COM CÂNCER: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, obtendo a nota _____.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

DEDICO ESTE TRABALHO...

A minha mãe, Jailda Maria, motivadora desta pesquisa.

A minha família, cuidadora inconstante.

A João Paulo, amigo e companheiro sempre presente.

A Deus, por mostrar-me que somos muito mais fortes do que pensamos ser.

AGRADECIMENTOS...

A Cláudia Feio da Maia Lima, orientadora dedicada, que atuou de maneira ímpar neste estudo.

A Camila Maria, amiga e familiar, sempre atenciosa e disposta a escutar-me, acrescentando aspectos significativos na construção deste estudo.

A Clara Clarice, minha irmã, que abrindo mão de seus objetivos particulares, pôde criar para mim um melhor conforto e tranquilidade para desenvolver este estudo.

“O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida”.

(Leonardo Boff, 1999)

SILVA, Clariana Lima Souto. **Repercussões do Cuidador Familiar da Pessoa Idosa com Câncer: um estudo bibliográfico**. 44 f. il. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, 2010.

RESUMO

O câncer ocupa um lugar de destaque no contexto das doenças crônicas e de caráter evolutivo, com mais de 11 milhões de casos novos e sete milhões de mortes, por ano, no mundo. Trata-se, portanto, de uma doença de alta prevalência global e, em nosso meio, verifica-se aumento significativo da mortalidade em especial, na população geriátrica, na qual se concentram as maiores taxas. Ao incremento da idade e da doença crônica podem seguir sequelas que comprometam a independência da população idosa, fazendo-se necessário o acompanhamento destes por um cuidador familiar. Este estudo tem como objetivo apresentar aspectos referentes às repercussões para o cuidador familiar que cuida da pessoa idosa com câncer. Como recurso metodológico foi utilizado à pesquisa bibliográfica, a partir da seleção de artigos por meio da busca de produção científica nos bancos de dados: LILACS, MEDLINE e SCIELO, além de sites oficiais - INCA e DATASUS, entre o período de 2003 e 2009, para saber a produção dessa temática na área da enfermagem. Como resultados foram observados que nos últimos dois anos houve um aumento nos estudos referentes ao cuidador familiar, além de que o cuidador familiar sofre inúmeras repercussões, a partir dos estudos bibliográficos, envolvendo o estado físico, o estado emocional, a atividade e o repouso e as repercussões de enfrentamento individual comprometido. Acredita-se que este trabalho de pesquisa tenha subsidiado o entendimento das repercussões pelas quais o cuidador familiar da pessoa idosa com câncer enfrenta ao prestar cuidados, e tenha contribuído para a (re)construção de conceitos relativos às práticas de cuidados promovidas por este familiar cuidador, considerando suas possibilidades e limitações.

Palavras-chave: Idoso; Cuidador Familiar; Câncer.

SILVA, Clariana Lima Souto. **Repercussion of Family Caregivers of the Elderly with Cancer: a bibliographical study.** 44 f. il. 2010. Work for Completion of course. Federal University of Bahia Recôncavo, Health Sciences Center, Santo Antônio de Jesus, 2010.

ABSTRACT

Cancer occupies a prominent place in the context of chronic degenerative diseases, with more than 11 million new cases and seven million deaths per year worldwide. Thus it is a disease of high prevalence globally and in our society there is a significant increase in mortality, especially in the geriatric population which is the highest concentrations of deaths. The increase of age and the chronic disease may follow by sequels that compromise the independence of the elderly population, making necessary a caregiver, which may be a family caregiver. This study aims to present aspects related to the repercussions for the family caregiver, who cares the elderly with cancer. As methodological approach was used literature search, based on a selection of articles through the pursuit of scientific production in databases: LILACS, MEDLINE and SCIELO, in addition to official sites such as INCA and DATASUS between the period of 2003 thru 2009, to know how are the scientific productions in that subject, with focus on the context of nursing. The results showed that in the last two years have seen an increase in studies related to the caregiver family, further more the family caregiver suffers numerous consequences, based in the bibliographical studies, that involves physically and emotionally situation, activity and rest, and the repercussions of compromised individual coping. It is believed that this research has subsidized the understanding of the impact for which the family caregiver of the elderly person with cancer faces in providing care, and has contributed to (re) construction of concepts relating to care practices promoted by family caregiver considering their possibilities and limitations.

1.
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.

Keywords: Elderly; Family Caregivers; Cancer

SUMÁRIO

- 1 INTRODUÇÃO**
- 2 PERCURSO METODOLÓGICO**
- 3 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA**
- 4 DESVELANDO OS ACHADOS**
 - 4.1 TRAÇANDO O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR
 - 4.2 CUIDADOS DESEMPENHADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR E SUAS REPERCUSSÕES
 - 4.2.1 Repercussões do Estado Físico**
 - 4.2.2 Repercussões do Estado Emocional**
 - 4.2.3 Repercussões entre Atividade e Repouso**
 - 4.2.4 Repercussões de Enfrentamento Individual Comprometido**
- 5 CONCLUINDO**
- REFERÊNCIAS**

INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver este trabalho surgiu das experiências vivenciadas durante os cuidados prestados ao meu familiar acometido por câncer. Sentimentos advindos da dor e angústia gerados pelo processo da doença, da expectativa a cada novo procedimento terapêutico e seus efeitos foram, aos poucos, motivando-me a entender mais de perto os enfrentamentos vivenciados pelos familiares que cuidam de seus entes com câncer.

Há dez anos enfrento ao lado da minha família o que é conviver com um ente muito querido acometido pelo processo neoplásico. Acompanhando e persistindo em novos tratamentos, cirurgias, quimioterapia, radioterapia, e também em cuidados alternativos, rotinas incansáveis a procura de cada especialista qualificado para dar-nos mais uma esperança, ou amenizar quaisquer conseqüências desta doença no meu familiar.

Muitas vezes, eu e meus familiares nos deparamos com situações difíceis, em que por conta de cuidarmos, mudanças repentinas eram necessárias nas nossas vidas. Ao passo que, como atuante do processo de cuidar, era necessário saber como agir, por exemplo, num pós-operatório, ou durante os períodos de quimioterapia, e saber como cuidar no domicílio, e como conduzir de maneira efetiva as atividades básicas de cuidado de vida diária, como higiene, banho e alimentação.

Como graduanda do curso de enfermagem, e entendendo que esta tem no cuidado seu foco central de ação, senti-me na obrigação de agir como orientadora de minha família e de todas as pessoas que passam ou passarão pela minha vida, enfrentando tal situação. Partindo também do interesse em refletir, estudar e transmitir, orientação, educação, assistência e cuidado a família dos doentes com várias patologias, principalmente o câncer, que é uma doença que compromete a dimensão biológica, social, emocional, afetiva e cultural das pessoas envolvidas neste processo.

Além disso, considerando o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, o câncer surge como uma doença de alta prevalência global, especialmente na população

geriátrica, constituindo um problema de saúde pública. Pode-se considerar que com o aumento desta população, segue-se uma transição epidemiológica que mostra um incremento nos indicadores de morbi-mortalidade de doenças crônicas, tais como a diabetes e suas complicações, enfermidades isquêmicas e hipertensivas, acidentes vasculares e neoplasias já citadas. Esses problemas são típicos da terceira idade, caracterizam-se por sua tendência a co-morbidade e pelo comprometimento da capacidade funcional do idoso, a ponto de impedirem que ele cuide de si próprio (BIAZIN, 2006).

A progressiva perda da capacidade funcional traz complicações que geram uma dependência de cuidados de longa permanência e alto custo. Diante dos problemas na saúde dos idosos e do seu aumento de riscos para incapacidades diversas, era esperado que os serviços públicos fossem melhorados no âmbito da assistência a essa população, fato que até o momento se mostram insuficientes para atender suas crescentes demandas (GUEDEA et al., 2009).

Nessa circunstância, a família torna-se o eixo fundamental do cuidado, especialmente porque tem sido considerada a primeira e mais importante unidade de saúde para seus membros, por possuir características especiais de proximidade e de convivência, o que favorece as condições para acompanhar o processo saúde/doença (ELSEN, 2002).

A família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece toda a família sofre e sente as conseqüências do momento vivenciado (INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

Assim, a família que convive, participa e se envolve com a história do seu familiar idoso com câncer sofre ao assistir a dor, as angústias e as limitações que podem acontecer no decorrer desta doença, aliadas à própria idade. Acredita-se que na família, alguém assume a responsabilidade direta pelo cuidado do seu familiar, acarretando para si uma sobrecarga de responsabilidades e repercussões para a sua vida, o que configura a problemática deste estudo (FLORIANI e SCHRAMM, 2006).

Neste contexto e considerando o problema de estudo supracitado, surgem questões norteadoras para que, em seguida, objeto e objetivo sejam apresentados: 1) Quem é o cuidador familiar da pessoa idosa com câncer?; 2) Quais os cuidados à pessoa idosa desempenhados pelo cuidador familiar?; 3) Quais as repercussões para o cuidador familiar que cuida da pessoa idosa com câncer?.

Desta forma, configura-se como objeto deste estudo as repercussões para o cuidador familiar que cuida da pessoa idosa com câncer, tendo como objetivo geral: realizar revisão de literatura acerca das repercussões para o cuidador familiar no cuidado prestado à pessoa idosa com câncer.

Acredita-se que esta pesquisa possa subsidiar o entendimento das repercussões pelas quais o cuidador familiar da pessoa idosa com câncer enfrenta ao prestar diversos tipos de cuidados, além de contribuir para (re)significação de suas práticas de cuidado promovidas, considerando suas potencialidades e limitações.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, de caráter qualitativo. Para Minayo (2004), as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar o significado e intencionalidade como inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

O estudo de natureza qualitativa se preocupa com o universo de valores, crenças, afirmações e significados envolvidos nas relações humanas e não podem ser quantificadas em dados numéricos e análises estatísticas. O mesmo ratifica que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantitativo. Por entender que o pesquisador não pode quantificar as repercussões sentidas e vivenciadas pelo cuidador familiar da pessoa idosa acometida pelo processo neoplásico, a escolha por tal metodologia pode ser justificada (MINAYO, 2004).

Por ser a presente pesquisa de revisão bibliográfica, neste sentido pode-se inferir que é através da junção e análise de outros trabalhos referentes ao objeto da pesquisa que se desenvolve a revisão de literatura. Esta por sua vez, almeja reunir referenciais teóricos para o estudo, através da identificação de autores, cujo pensamento constitui a base definidora do tema. (LUBISCO et al., 2008).

Para o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica foram adotadas etapas, como descreve Gil (2002): escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

A escolha do tema foi explicitada anteriormente, na apresentação deste estudo. O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de julho e agosto de 2010, e favoreceu na definição de contornos mais precisos do elemento em questão, auxiliando na formulação do problema.

A pesquisa se concentrou em artigos científicos da enfermagem em periódicos indexados nas bases: LILACS, MEDLINE e SCIELO, que versavam sobre a temática em questão, além de sites oficiais: Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da Saúde, Sistema de Informação DATASUS (Orgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde), que disponibiliza dados do Sistema Único de Saúde, através de ferramentas como tabwin e tabnet, que servem para coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

A busca dos artigos científicos foi voltada a estudos nacionais publicados entre os anos de 2003 a 2009, perfazendo sete anos de produção científica. Esta busca foi realizada a partir da atribuição de palavras pesquisadas na fonte DECS (Descritores em Ciências da Saúde): Idoso, Cuidador Familiar e Câncer.

A partir da associação das palavras chave foram encontrados 40 artigos, dos quais 16 foram selecionados, por atenderem ao objeto da pesquisa. A seleção dos mesmos ocorreu em setembro de 2010, baseando-se na leitura dos títulos e resumos. Em outubro de 2010, realizou-se a leitura na íntegra e, em seguida, fichamento destes, no qual foram registrados dados obtidos nas pesquisas, identificação das obras consultadas, registro dos conteúdos relevantes, comentários e ordenação das informações.

***CONTEXTUALIZANDO
A TEMÁTICA***

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer - IARC/OMS, em 2008 o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. Foi estimado que ocorreriam 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. No Brasil, as estimativas, para o ano de 2010 serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, sendo 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Para o Estado da Bahia, em mesmo período, a estimativa é de 20.780 casos novos de neoplasia, sendo 6.490 o número de casos novos na capital. Espera-se que o câncer de pele do tipo não melanoma: 114 mil casos novos seja o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata: 52 mil, mama feminina: 49 mil, cólon e reto: 28 mil, pulmão: 28 mil, estômago: 21 mil e colo do útero: 18 mil (INCA, 2009).

O mesmo Instituto de referência, em mesmo ano afirma que, de todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos.

O câncer constitui, assim, problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e também para nações em desenvolvimento, nas quais a soma de casos novos diagnosticados a cada ano atinge 50% do total observado nos cinco continentes (OPAS, 2002).

Neoplasia (do grego, *neo*, novo + *plasma*, coisa formada) é o crescimento autônomo de tecidos que escaparam das restrições normais da proliferação celular e exibem graus variáveis de fidelidade a seus precursores (RUBIN, 2006).

O câncer desta forma é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira inesperada, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente que circunda a célula. As células adquirem características invasivas, e as alterações têm lugar nos tecidos circunvizinhos. Não é uma doença única com causa única; em lugar disso, é um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos (BRUNNER e SUDDARTH, 2005).

As causas de câncer são, portanto, variadas podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2006).

As neoplasias malignas mais comuns nos homens, em nosso país, são em ordem decrescente de incidência: câncer de pele não melanoma, próstata, pulmão, estômago e cólon e reto. Nas mulheres as mais comuns são as neoplasia maligna de pele não melanoma, mama, colo de útero, cólon e reto, e estômago. As maiores taxas de mortalidade estimadas, para os homens, são para o câncer de pulmão, seguidas pelo câncer de próstata, estômago, esôfago e cólon e reto; para as mulheres, estima-se que a maior taxa de mortalidade seja a do câncer de mama, seguida pelo câncer de pulmão, cólon e reto, colo de útero e estômago (FLORIANI, 2004).

No Brasil, conforme INCA (2006) a distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer.

O envelhecimento da população mundial é um fato relevante, recente na história da humanidade. Especificamente falando em relação ao universo de idosos, o número de pessoas com mais de 65 anos foi estimado, no ano 2000, em 420 milhões, com 59% deles vivendo em países em desenvolvimento. Estima-se que em 2050 o contingente populacional acima de 60 anos chegue a 1 900 milhões de pessoas. (IBGE, 2002).

Este envelhecimento e o prolongamento da expectativa de vida (INCA, 2006), são indicados por alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade. Essa mudança no perfil epidemiológico das populações deve-se a redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeados pelo processo global de industrialização.

A maior longevidade aliada a maiores exposições a fatores de risco levam a população ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à

transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos (INCA, 2006).

O câncer ocupa um lugar de destaque neste contexto, com mais de 11 milhões de casos novos e sete milhões de mortes, por ano, no mundo. Trata-se, portanto, de uma doença de alta prevalência global e, em nosso meio, verifica-se aumento importante da mortalidade a partir dos trinta anos de idade, em especial, na população geriátrica, na qual se concentram as maiores taxas. O Ministério da Saúde estimou, em 2002, 128.162 óbitos por câncer, com 81.152 (63%) destes óbitos ocorrendo na população acima de sessenta anos (SCHRAMM e FLORIANI, 2006).

A presença de um processo neoplásico modifica todos os aspectos da vida diária da família e do paciente. O equilíbrio emocional, os aspectos psicossociais e a manutenção do modo de viver podem se tornar restrito, e na grande maioria dos casos, de forma definitiva (MESSIAS, 2005).

O câncer, segundo esta mesma autora, tem impacto negativo na vida das pessoas, não só pela sua repercussão social e econômica, mas também pelo sofrimento do paciente e sua família. Para Bauer (1991 apud MESSIAS, 2005), 80% dos casos de neoplasia são diagnosticados tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento são só paliativos. Esta situação limita a esperança de vida, contribui com a deterioração da auto- imagem do idoso e sustenta o estigma de que o câncer é uma doença incurável.

Ao incremento da idade e da doença crônica podem seguir seqüelas que comprometam a independência da população idosa, tendo estas dificuldades de realizar atividades básicas da vida diária como alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro (RESENDE e DIAS, 2008).

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar, pelo menos, uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (KARSCH, 2003). Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 (IBGE, 2002).

Desta forma, pessoas idosas acometidas por doenças crônicas incapacitantes carecem de apoio ou de uma rede social de apoio para permanecerem inseridos socialmente ou correm o risco

de serem institucionalizados. O apoio social provindo da família é de fundamental importância para a sobrevivência desta população (NARDI e OLIVEIRA, 2008).

Como as condições crônicas estão atingindo uma importância crescente nos problemas relativos ao sistema de saúde, para minimizá-los, as famílias estão cada vez mais sendo solicitadas a desempenharem o papel de prestadora de cuidados (OMS, 2003).

O câncer é visto como uma condição crônica e como uma ameaça à instabilidade do indivíduo. Por outro lado, a família é vista como um grupo de pessoas relacionadas entre si, o que permite a percepção das modificações do indivíduo, como parte integrante desta família, sendo estas influenciadoras no restante do comportamento do grupo (SANTOS, 2003).

Assim, a família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece toda a família sofre e sente as conseqüências do momento vivenciado (INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

Para Messias (2005), a função de cuidar da família concretiza-se através de sua missão de proteção e socialização dos indivíduos, pois independente da forma e do desenho que a família contemporânea apresenta, ela constitui no espaço de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais.

Em sua publicação, a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) prevê que o cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida da pessoa idosa doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias; alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem, como cita os autores Vilaça et al. (2005, p. 223):

Há vários tipos de cuidadores, destacando-se o cuidador domiciliar, que é aquele que possui vínculos de parentesco com o paciente; o cuidador principal, aquele que tem maior responsabilidade pelos cuidados ao paciente; cuidador secundário, aquele que realiza atividades complementares. Defini-se ainda o cuidador formal e o informal, sendo o primeiro um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente, e o segundo, um membro da família ou da comunidade que presta cuidados de forma parcial ou integral aos idosos com déficit de auto cuidado.

Numa perspectiva mais atual, tem-se também a definição de cuidador familiar, como sendo a pessoa que assume a responsabilidade, direta ou não, pelo cuidado de um familiar doente e/ou dependente, que pode ser ligada por laços consanguíneos (pai, mãe, filhos), ou simplesmente

por vínculos emocionais. Considerando a história, a mulher é a cuidadora tradicional; geralmente as que residem no mesmo domicílio, tornando-se as cuidadoras de seus maridos, de pais e até mesmo de filhos. Devido a razões predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora ainda é uma atribuição esperada pela sociedade. (BICALHO, LACERDA e CATAFESTA, 2008).

Segundo Cereser (2002 apud VIEIRA, 2006), o papel de cuidador familiar que costuma ser desenvolvido pela mulher, principalmente a esposa, mãe ou filha, é como se fosse uma obrigação atrelada ao ser feminino, e exige qualidades especiais como capacidade de tomar decisões, dedicação e disposição. Este papel pode trazer o ônus da renúncia a projetos de vida pessoais e o benefício da gratificação de exercer um papel considerado importante no contexto familiar.

Independente de ser a mulher, o marido ou os filhos o cuidador familiar é o indivíduo que se recolhe a uma vida voltada ao ser doente, muitas vezes vivenciando conflitos internos em virtude da grande responsabilidade que assume. Ele vivencia grande sofrimento por conviver com a doença de seu ente, o que lhe causa um grande cansaço e lhe exige muita paciência para lidar com a situação. A tensão e o cansaço físico limitam as possibilidades e tempo para o seu lazer devido ao compromisso assumido na tarefa de cuidar (BICALHO, LACERDA e CATAFESTA, 2008)

A tarefa de cuidar de um familiar dependente invariavelmente expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador familiar. Existe uma variabilidade de respostas a essas mudanças, que divergem de indivíduo para indivíduo. Algumas pessoas são capazes de lidar mais adequadamente com as adversidades do cuidar, enquanto muitas reagem de maneira inapropriada, geralmente quando o estresse se sobrepõe, gerando sobrecarga (FONSECA, PENNA e SOARES, 2008).

Em geral, o cuidador familiar passa a assumir múltiplas funções, tornando-se cuidador único, eventualmente auxiliado em tarefas menores por outros membros da família. Ele acompanha a pessoa idosa em sua “jornada do câncer”, em suas várias etapas (diagnóstico, tratamento, recidivas da doença e retratamentos, encaminhamento para cuidados paliativos), atravessando-as, em geral, de modo árduo e penoso, motivado por esperança de cura, mas, também, com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada ao indivíduo, vivências que tendem a se intensificar com a evolução da doença (SCHRAMM e FLORIANI, 2006).

DESVELANDO

OS ACHADOS

TRAÇANDO O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR

Dentre os 16 artigos analisados são citadas 11 características que traçam o perfil do cuidador familiar da pessoa idosa com câncer, distribuídas entre gênero (14), motivos para exercer o papel de cuidador familiar (08), grau de parentesco (06), tempo dispensado para o cuidado (05), faixa etária (04), grau de escolaridade (03), ocupação (03), religião (02), condição social e econômica (02), personalidade (01) e situação conjugal (01). Em apenas 03 artigos não foram encontradas considerações sobre o perfil do cuidador familiar.

Estudos no Brasil e no mundo apontam que os cuidados prestados à pessoa idosa no domicílio são realizados geralmente por cônjuges e filhas, o que remete às mulheres, o papel de “grandes cuidadoras”, a quem foi atribuído esse papel cultural e social, ao cuidar dos filhos, marido e familiares. No entanto, é importante ressaltar que, como as mulheres vivem mais, compete a elas a tarefa de cuidar do esposo (KARSCH, 2003). No cenário domiciliar, estudos mostram que a esposa é, com frequência, a cuidadora primária de pessoas idosas, seguida da filha (NASCIMENTO et al., 2008).

Um estudo exploratório descritivo, realizado com 12 famílias em domicílios de Porto Alegre, relatou que 90% dos cuidadores familiares eram mulheres, sendo que o único cuidador masculino contava com o auxílio de ajudantes contratadas (THOBER, CREUTZBERG e VIEGAS, 2005). Em estudo desenvolvido por Moreira e Caldas (2007), que trata da importância do cuidador no contexto da saúde da pessoa idosa, foi constatado o predomínio de mulheres cuidadoras na família (73%), especialmente esposas e filhas.

Ainda neste contexto, Silveira, Caldas e Carneiro (2006), em seu estudo realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), unidade ambulatorial da Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro (UNATI; UERJ), verificou que a maior parte dos cuidadores é de mulheres, o que reflete um dado da nossa cultura.

No estudo realizado por Araújo et al. (2009), foram entrevistados 53 cuidadores familiares, destes, 48 eram do sexo feminino (correspondendo há um pouco mais de 90%), e 05 eram do sexo masculino. Para GONÇALVES et al, (2006, p. 571):

Na maioria dos países, observa-se ao longo da história que o cuidado à pessoa idosa é exercido por mulheres. Também em nosso meio as cuidadoras são principalmente, as esposas, as filhas e as netas. Tal fato pode ser explicado pela tradição de no passado recente as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família. Contudo, essa realidade vem sendo modificada em função da inserção social da mulher participando progressivamente no mercado de trabalho.

Em contrapartida, Karsh (2003), concorda que, historicamente, a mulher é a cuidadora tradicional; geralmente as que residem no mesmo domicílio, tornam-se as cuidadoras de seus maridos, de pais e até mesmo de filhos. Porém, a autora discorre que, devido a razões predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora ainda é uma atribuição esperada pela sociedade.

Considerando o tempo e o avanço da neoplasia na pessoa idosa com câncer, conforme Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), o comprometimento de todos acaba sendo ineficaz, e então, faz-se necessária a opção por um dos membros da família em assumir essa tarefa. Mais uma etapa é vivenciada pela família, a escolha de quem deverá ser o cuidador familiar, o provedor e o apoio nas relações entre familiares. Nota-se, predominantemente, que o cuidado passa a ser executado pelo cônjuge, que entende ser este o seu papel junto àquele que durante anos dedicou-se em plena

saúde e que agora necessita de cuidados. Na grande maioria das vezes, o cuidador familiar é a pessoa que está mais próxima do ser cuidado ou doente. Para Silva e Acker (2007, p. 152),

A escolha do cuidador pode ser definida pelos membros da família, seguindo critérios pré-determinados e oriundos da educação familiar, tais como: aquele que dispõe de mais tempo para o cuidado ou aquele que, ao assumir o cuidado, sofrerá menos interferências na situação familiar e econômica.

Em trabalho realizado por Araújo et al. (2009), revelou-se que, quanto ao grau de parentesco, apenas 03 cuidadores eram amigos de paciente e os demais entrevistados eram membros da família, sendo, 55% filhos, 15% cônjuge, 30% outros graus de parentesco - 04 irmãos(as), 03 sobrinhas, 03 mães, 01 tia, 01 neta e 01 cunhada.

Para situação conjugal dos cuidadores familiares da pessoa idosa, Gonçalves et al. (2006) revelam em sua pesquisa que 58,2% eram casados, 37,3% separados ou solteiros, e 3,4% viúvos.

Em concordância, Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009) discorrem que a maioria dos cuidadores familiares é casado e reside com o paciente. Pimenta et al. (2009) apontam em seu estudo com cuidadores familiares da pessoa idosa, que a maior proporção eram casados, seguidos de divorciados: separados ou solteiros, e pequena porção de viúvos, embora estes últimos sejam geralmente mulheres, muitas vezes cuidadoras de seus próprios cônjuges idosos.

No trabalho realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), unidade ambulatorial da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), da Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cuidadores familiares entrevistados alegam diferentes motivos para estarem no lugar de cuidador principal. Os cônjuges alegam que têm de cuidar, entendendo-se, por diversos indícios nos relatos, que eles cuidam em decorrência do acordo que fizera no casamento, de um cuidar do outro. Em seus relatos, identificam-se os contratos, as promessas feitas no altar por ocasião do matrimônio e as marcas de uma época em que a maioria dos casais se mantinha junto até a morte (JABLONSKI, 1991 apud SILVEIRA, CALDAS e CARNEIRO, 2006).

Outro estudo, no qual foram entrevistados 24 cuidadores familiares da pessoa idosa, não foi observado que algum deles tenha se tornado cuidador familiar por falta de opção. Os filhos justificam desempenhar este papel pelo lugar que ocupam na família. Os entrevistados deste estudo acharam que eles é que teriam que cuidar. Não importando por que razão, em todas as entrevistas foi constatado dívidas de reciprocidade, alguns legados, transmissões geracionais,

mitos, regras, características comuns ao cuidador familiar e acordos implícitos (BOWEN; NEUBURGER; 1978, 1999 apud SILVEIRA, CALDAS e CARNEIRO, 2006).

Para Vilaça et al. (2005), o cuidador familiar assume este papel por motivos diversos como por vontade, por instinto e por conjuntura. Aquele que assume por vontade é motivado a satisfazer seus sentimentos através da relação com o outro. Aquele que faz por instinto o faz impulsivamente visando atender a necessidade de sobrevivência da comunidade ou do indivíduo e o por conjuntura quando não há outra pessoa para atuar no cuidado.

Gonçalves et al. (2006) descreve como motivos que contribuem para uma pessoa se tornar um cuidador familiar a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das vezes, por força das circunstâncias; dificuldades financeiras como no caso de filhas desempregadas que cuidam dos pais em troca de sustento.

O estudo exploratório descritivo realizado com 12 famílias em domicílios de Porto Alegre, corroborando com aspectos já citados, cita que, entre os motivos que levam um familiar a assumir o cuidado principal da pessoa idosa está à obrigação moral, questões religiosas, culturais, a designação ou ainda a experiência. Dentre as famílias entrevistadas, o cuidado foi expresso como uma obrigação do cuidador, tanto bem aceita como não tão bem vinda; como uma obrigação religiosa um serviço prestado a Deus, ou uma forma de humanidade para com quem necessita mais; como gratidão ao familiar idoso e zelo por seu bem-estar (ALVAREZ, 2001 apud, THOBER, CREUTZBERG e VIEGAS, 2005).

Assim, ser cuidador familiar implica em processo que envolve todo o sistema familiar, existindo todo um movimento na família que vai influir na decisão de quem vai cuidar. Essa ação, quando reconhecida pela família e até pela pessoa idosa, gera um sentimento de satisfação no cumprimento de sua obrigação e a motivação para permanecer nessa função.

No que se refere ao tempo que o cuidador familiar se dedica ao ser cuidado com neoplasia, Silva e Acker (2007) apontaram na sua pesquisa, que o tempo médio dispensado ao cuidado varia conforme a evolução da doença, ou seja, quanto maior é o tempo da evolução da doença maior é o tempo que os cuidadores familiares prestam o cuidado.

Para Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009), ser um cuidador familiar da pessoa com câncer requer dedicação exclusiva, porém muitas vezes não há uma única pessoa para assumir tal papel,

considerando as necessidades e limitações financeiras, todos da família necessitam trabalhar e o revezamento torna-se a opção.

Araújo et al. (2009), discorrem em sua pesquisa que, 77% dos cuidadores familiares de pessoas com câncer informaram passar todo o dia com o ser cuidado, sendo que os demais (23%) cuidavam durante um período (manhã, tarde ou noite).

Observa-se que o cuidador familiar constitui figura ativa no processo de doença e participa em todos os aspectos, acompanhando o paciente “o tempo todo” e buscando alternativas para melhor cuidar. Sabe-se que diante de uma enfermidade grave, como o câncer, a família funciona como uma unidade que se comove em relação ao tipo de padecimento do membro afetado (SILVA e ACKER, 2007; INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

A busca de recursos e informações para a viabilização da realização dos cuidados demonstra a insegurança e a necessidade de esclarecimento deste familiar que antes era apenas um membro da família e, após o diagnóstico da doença oncológica, passa a ser o responsável pela manutenção do estado do ser cuidado (INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

Para estes mesmo autores, os cuidados direcionados a pacientes com câncer demandam demasiado tempo de dedicação pelo cuidador familiar, e isto faz com que ele abandone grande parte de suas atividades cotidianas, tendo que se adaptar a uma nova rotina que inclui as exigências e demandas do tratamento. Nesse contexto o cuidador familiar percebe-se “deixando sua vida de lado”.

O estudo de Pimenta et al. (2009) revelou que, a maioria dos cuidadores familiares de pessoas idosas (73%), desenvolvia o cuidado de modo permanente, ou seja, dedicavam-se diuturnamente à atenção à pessoa idosa, investindo cinco horas ou mais nas atividades de cuidado direto.

Em relação à faixa etária, em 2004, um estudo com cuidadores de pessoas idosas de um serviço psiquiátrico revelou que a maioria dos cuidadores familiares possuía média de idade de 51,3 anos (MOREIRA e CALDAS, 2007).

Num estudo exploratório descritivo, realizado com 12 famílias em domicílios de Porto Alegre, a faixa etária de 75% dos cuidadores familiares de pessoas idosas estava acima de 50 anos, sendo que destes, 50% têm mais de 60 anos. Tal fato demonstra que pessoas idosas são cuidadas por outras idosas, deixando a saúde destes em constante risco (KARSH, 2003).

Na pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2006), a média de idade dos cuidadores familiares da pessoa idosa apresentada foi de 48,5 anos; no estudo de Araújo et al. (2009), a idade dos cuidadores familiares de pessoas com câncer variou de 18 a 66 anos, sendo a média de 38 anos e a mediana 39 anos; já na pesquisa de Silva e Acker (2007), a maioria dos cuidadores familiares de pessoas com câncer tinham mais de 43 anos.

Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores familiares, na pesquisa realizada por Gonçalves et al. (2006), com 115 cuidadores familiares, 50,3% cursaram somente o ensino básico, 32,1% ensino médio, 15,6% ensino superior e 1,7% referiram ser analfabetos. Silva e Acker (2007) trazem em seus achados que a maioria dos cuidadores familiares tem o ensino fundamental. Pimenta et al. (2009) revela em seu estudo que a maioria dos cuidadores familiares da pessoa idosa com fragilidade tem reduzida escolaridade, o que evidencia uma realidade comum nos estudos desenvolvidos, envolvendo pessoas idosas e seus cuidadores familiares.

A profissão também é citada como aspecto caracterizador dos cuidadores familiares da pessoa idosa, como o estudo de Silva e Acker (2007), no qual apontam que os cuidadores familiares têm diferentes profissões, mas, devido ao cuidado, abandonaram o emprego por não conseguirem coordenar as atividades ao mesmo tempo. Estas acabam exercendo a administração do lar atrelada ao cuidado da pessoa idosa com câncer.

Reportando-se à ocupação, Gonçalves et al. (2006), citam que 53% de cuidadores familiares entrevistados referiram não ter atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado da pessoa idosa doente e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos. Enquanto os demais (47%) conciliavam atividades de cuidados e de trabalho fora do lar. Em 2004, em estudo com cuidadores familiares de pessoas idosas de um serviço psicogeriátrico demonstrou que, a maioria destes, não possuía emprego ou eram "do lar" (MOREIRA e CALDAS, 2007).

Assim, muitos cuidadores familiares são obrigados a deixar o trabalho ou reduzir sua jornada para cuidar da pessoa idosa, que, em geral, exigia dedicação permanente, decorrente da complexa jornada de cuidados a serem prestados e mantidos no dia a dia.

Um dos aspectos que afetam o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras é a dificuldade financeira, sobretudo da camada mais pobre da população. Muitos cuidadores familiares estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria da pessoa doente, que em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas da própria pessoa idosa (CAMARANO, 2004 apud GONÇALVES et al. 2006).

A pesquisa realizada por Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009), traz uma variação da renda familiar entre 380,00 e 1.080,00 reais, havendo dependência de duas a cinco pessoas da família. Silva e Acker (2007) afirmam que a sobrecarga econômica é um aspecto que costuma ser significativo estressor para o cuidador familiar e sua família, sendo as famílias de pessoas idosas com doença crônica de caráter evolutivo e com dependência funcional as mais atingidas financeiramente, a exemplo de alguns tipos de câncer.

A religião também se torna presente na descrição dos cuidadores familiares, conforme o estudo de Silva e Acker (2007), quanto cita que os cuidadores familiares de pessoas idosas com neoplasias são de religião católica ou evangélica, oriundas de famílias tradicionais.

Na pesquisa realizada por Inocenti, Rodrigues e Miasso (2009), houve predomínio da religião católica, seguida pela espírita e evangélica, discorrendo que a fé em Deus aparece como sendo um dos pilares de fortalecimento e segurança no enfrentamento na situação de cuidar. Tal forma de enfrentamento revela-se em depoimentos que exprimem a crença na cura pela fé e na morte como sendo uma vontade divina.

CUIDADOS DESEMPENHADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR E SUAS REPERCUSSÕES

A família é fundamental no processo de prestação de cuidado à pessoa idosa, principalmente, nas situações de dependência impostas pela doença crônica, de caráter evolutivo, contribuindo para a humanização da assistência e a construção de um ambiente favorável para a vida, evitando, na medida do possível, à institucionalização.

Quanto às atribuições que os cuidadores familiares exercem junto à pessoa idosa com neoplasia, Araújo et al. (2009) encontraram como resultado em pesquisa que 85% desempenhavam todas as funções de cuidado: higiene do paciente, alimentação, administração de medicamentos e acompanhamentos aos serviços médicos, e os 15% demais exerciam pelo menos uma dessas funções. Entre os entrevistados, 90% deles informaram que promoviam a higiene, 88% eram responsáveis pela alimentação, 94% administravam os medicamentos e 40% os acompanhavam nos serviços médicos.

Nardi e Oliveira (2008), ao caracterizar o cuidado desempenhado pelos cuidadores familiares da pessoa idosa com câncer, revelaram que no apoio advindo dos filhos (as), as atividades estavam relacionadas à ajuda com a higiene, alimentação, banho, o fazer a barba, corte do cabelo, mobilização e transporte, ajuda financeira, afazeres domésticos e atividades externas, configurando-se em uma frequência regular e constante de atividades diárias.

Outro estudo também identifica que os cuidadores familiares da pessoa idosa desenvolvem tarefas envolvendo o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros, auxiliando-o na recuperação e na busca da qualidade de vida (KARSH, 2003).

Pimenta et al. (2009), corroborando com os autores, traz o cuidado direto à pessoa idosa em situação de fragilidade, desempenhado pelo cuidador familiar aqueles voltados a ajuda na deambulação e deslocamento, ao auxílio para higiene, ao encaminhamento ao sanitário, ao auxílio em situações de incontinência urinária, na ajuda no vestir-se/despir-se e no alimentar-se.

De forma geral, os cuidadores familiares da pessoa idosa frágeis pelo câncer têm a percepção de benefício (psicológicos e sociais) quanto de ônus (físico) acerca dessa experiência. Muitos cuidadores aprenderam através das dificuldades a adaptar sua vida e o ambiente para o cuidado.

Ao longo do período da doença, conforme Silva e Acker (2007) o cuidador vivencia diferentes situações, entre elas: aprendizados sobre o cuidado e sobre a real situação da doença; a culpa em relação ao cuidado, pela demanda necessária para o enfrentamento da dor, da dependência e do sofrimento físico e psíquico; a necessidade de obter forças externas, com apego à religiosidade, para superar a situação de angústia e sofrimento.

Com referência ao estudo de Fenandes e Garcia (2009), que trata sobre os atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, fez-se o alerta quanto às repercussões do cuidado para o cuidador familiar da pessoa idosa sobre o estado físico, o estado emocional, a atividade e o repouso, o enfrentamento individual comprometido, quando acometidos por câncer.

Repercussões do Estado Físico

O cuidador familiar, em virtude de sua exposição prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidado, está sob risco de apresentar problemas de saúde semelhantes aos evidenciados pela pessoa para a qual ele provê cuidado, tais como artrite, hipertensão arterial, doenças coronarianas, processos dolorosos, alterações ponderais, modificações no sistema imunológico, dispepsia, úlceras e outras (DOORNBOS, 2002 apud FERNANDES e GARCIA, 2009).

A partir de uma abordagem quantitativa, um estudo com 30 mulheres cuidadoras familiares de pessoa idosa com dependência, revelou que ao pensarmos em sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças de natureza crônica, as cuidadoras familiares manifestavam dores no corpo (28 cuidadoras familiares – 93,3%), predominando a dor na coluna vertebral; modificações no peso corporal (17 cuidadoras familiares – 56,7%); alterações no funcionamento intestinal (09 cuidadoras familiares – 30%); problemas cardiovasculares (08 cuidadoras familiares – 27,7%, predominando a hipertensão arterial); outras alterações, como dislipidemia, gripe frequente, hérnia de disco, osteoporose, problemas hepáticos, artrose e asma (08 cuidadoras familiares – 26,7%). Após assumirem o cuidado, 09 cuidadoras (30%) referiram agravamento de problemas de saúde prévios (FERNANDES e GARCIA, 2009).

Corroborando com este contexto, Araújo et al. (2009) analisaram em seu trabalho de pesquisa um rol de repercussões físicas, psíquicas e sociais relatadas pelos cuidadores familiares de pacientes oncológicos. Dentre as repercussões físicas, o cansaço intenso foi apontado por 70% dos sujeitos da pesquisa, 58% se referiram a ter tido dor de cabeça, 66% apresentavam irritabilidade, 64% tiveram problemas de coluna e 68% apontaram dificuldade para dormir. A maior susceptibilidade de cuidadores familiares de pessoas idosas pode modificar sua qualidade de vida aumentando seus riscos para o adoecimento físico e ao comprometimento do processo de saúde.

Repercussões do Estado Emocional

A convivência com a pessoa portadora de câncer expõe a família aos mesmos conflitos e sentimentos do doente, tais como o sofrimento psicológico, o medo do sofrimento físico, o medo da cirurgia e da morte, o desespero e a impotência diante da situação (SILVA e ACKER, 2007).

O câncer representa uma ameaça ao senso de segurança construído ao longo da vida e é gerador de ansiedade. É um corpo estranho muito particular: nasce e se desenvolve por um processo de invasão e de consumação interna, provocando perdas progressivas, que abrangem os espaços familiares e sociais da pessoa (VIEIRA e MARCON, 2008).

Para Inocenti, Rodrigues, Miasso (2009), diante da enfermidade e da dificuldade de se estabelecer um diagnóstico no início da doença, o cuidador familiar da pessoa idosa passa a levantar hipóteses a respeito da origem dos sintomas. Isso acaba gerando angústia e sofrimento, principalmente quando o diagnóstico é finalmente firmado e a doença é vista pela família como algo fatal. O estudo revelou que a ansiedade em relação ao futuro do paciente foi a repercussão mais citada por cuidadores familiares de pacientes com câncer.

Araújo et al. (2009) acrescentaram que dentre as repercussões do estado emocional para o cuidador familiar ao desempenhar o cuidado, 47% dos cuidadores familiares apresentavam depressão, 54% medo, 42% tiveram ruptura de vínculos, 27% fizeram uso de medicamentos para acalmar, 77% dos cuidadores disseram que houve uma significativa diminuição das atividades sociais, 13% sentiram isolamento, 44% solidão e 57% sentiram-se menos satisfeitos com a vida.

Corroborando com estes resultados, no estudo de Fernandes e Garcia (2009), foram evidenciadas alterações no estado emocional dos cuidadores familiares como depressão, ansiedade, baixa auto-estima situacional, culpa, ressentimento, pesar e irritabilidade emocional, no conjunto, analisadas de forma leve/moderada em 26 (86,7%) cuidadores familiares e acentuada em quatro (13,3%).

Morbidade psiquiátrica nos cuidadores familiares tem sido objeto de considerável interesse entre os pesquisadores, sendo a depressão e a ansiedade as condições clínicas mais frequentemente estudadas. Em qualquer contexto, uma parcela significativa desses cuidadores familiares pode estar sob risco de desenvolver desordens depressivas e ansiedade, principalmente as mulheres, que respondem mais intensamente à tensão e passam mais tempo engajadas nas atividades de cuidado do idoso e da casa (FERNANDES e GARCIA, 2009).

Existem dificuldades comuns entre as vivências dos familiares, como a falta de informação; a situação financeira; conflito entre o sentimento de quem cuida e de quem é cuidado; o adoecimento do cuidador em virtude das dificuldades enfrentadas no cuidado. Estas dificuldades podem ser exacerbadas com maior intensidade, quando a relação entre cuidador e

pessoa idosa estiver frágil, ou podem ser minimizadas através de informações básicas sobre o cuidado (SILVA e ACKER, 2007).

A relação do cuidador familiar com o seu ente é uma relação fundamentada em uma história anterior e a fragilidade gera novas percepções. Para a pessoa idosa pode gerar um sentimento de impotência frente à impossibilidade de fazer por si mesmo; para o cuidador familiar a percepção da necessidade de dependência é constante. Assim, ao mesmo tempo em que a dependência da pessoa idosa causa no cuidador familiar o peso da responsabilidade, pode surgir o sentimento de posse sobre o outro em detrimento de sua autonomia, levando a uma relação ambígua entre ambos (MENDES, 2000 apud THOBER, CREUTZBERG e VIEGAS, 2005).

O sentimento de pesar com relação à pessoa idosa foi evidenciado significativamente no estudo com 30 cuidadoras familiares, no qual 76,7% (23 sujeitos) afirmaram estar conscientes de que os problemas de saúde estavam levando a pessoa idosa à proximidade da morte, fazendo com que 73,3% (22 sujeitos) expressassem esse sofrimento emocional de forma antecipada (FERNANDES e GARCIA, 2009).

Alguns dos cuidadores familiares relatam efeitos negativos nas relações sociais e familiares, na sua participação no trabalho e atividades de lazer e uma gama de reações emocionais à sua situação de prestador de cuidados. A literatura aponta que a realização de cuidados no domicílio pode, ainda, ser exigente e desgastante o suficiente para afetar a saúde mental do familiar e limitar sua capacidade de continuar a ser um cuidador familiar (INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

Em contrapartida, Araújo et al. (2009), em sua pesquisa prospectiva com cuidadores familiares de pacientes oncológicos, obtiveram dentre as repercussões do cuidado mudança na relação afetiva entre ambos, revelando que 83% dos cuidadores familiares informaram que houve uma melhora na sua relação afetiva com o paciente e com os demais membros da família, após desempenharem o cuidado, estreitando os vínculos após a doença; 13 % disseram que não houve alteração; apenas 4% disseram que ficou mais difícil se relacionar afetivamente com o familiar doente, piorando a relação afetiva.

Para Silva e Acker (2007), o amor do cuidador familiar pela pessoa que está sendo cuidada pode ajudar a amenizar o sofrimento de ambos, desencadeado ou maximizado pelo processo de doença, ou pelos medos e preocupações relativas ao cuidado em si. Os sentimentos e

as emoções podem aflorar nesse momento, como traz Thober, Creutzberg e Viegas (2005, p. 440) que:

A habilidade e o conhecimento da atividade de cuidar são construídos na prática diária, na qual o familiar aprende com os seus erros e acertos, seguindo um caminho inverso da trajetória profissional, o qual primeiro tem contato com o conhecimento e é treinado e só depois está habilitado para exercer a atividade. A falta de preparo para o cuidado gera no cuidador uma ansiedade que é substituída por segurança, a partir do momento em que consegue organizar-se e perceber o cuidado como fácil. Essa situação, porém não é estável, posto que o estresse leve uma mesma pessoa a passar por experiências ambíguas em relação ao mesmo evento.

Sendo assim, o cuidador familiar age com intencionalidade, busca atender às necessidades do seu familiar e, quando não consegue fazer conforme gostaria, pode ter como repercussão o sentimento de culpa, que pode ser desencadeado pelo fato de exercer, concomitantemente, diferentes papéis familiares ou sociais (SILVA e ACKER, 2007).

Com relação ao sentimento de culpa por algo envolvido na situação de cuidado, no estudo realizado por Fernandes e Garcia (2009) com 30 cuidadoras familiares, 08 (26,7%) referiram experimentar tal sentimento casualmente e 05 (16,7%) regularmente. Ainda a esse respeito, 19 (63,3%) cuidadoras familiares expressaram culpa decorrente de sua forma de agir, em relação à pessoa idosa sob seus cuidados, dentre as quais 15 (86,7%), ressaltaram que, às vezes, sentiam que deveriam ter agido de maneira diferente, e 04 (13,3%), sentiam frequente sensação de culpa por algumas das atitudes tomadas (FERNANDES e GARCIA, 2009).

O medo do desconhecido, por sua vez, é citado como uma das principais dificuldades do cuidador familiar, especialmente, até que ele se sinta capaz de desempenhar a nova função do cuidado familiar. Além da dificuldade em relação ao cuidado propriamente dito, evidencia-se a que pode estar associada à falta de conhecimento sobre a própria doença. É comum, a manifestação de que as dificuldades seriam menores, se os cuidadores familiares soubessem antecipadamente as possíveis situações que podem ocorrer com a pessoa idosa (SILVA e ACKER, 2007).

Diante da necessidade do cuidado domiciliar, alguns ajustes podem ser necessários na rotina da casa, como, por exemplo, nos horários de refeições, de lavagem de roupas, de limpeza da casa, de compras, já que as tarefas que o indivíduo não pode cumprir em decorrência da doença são atribuídas a outros. Desse modo, a sobrecarga do cuidado restringe algumas

atividades, trazendo repercussões (preocupação, insegurança e isolamento) e aumentando o risco de cansaço e estresse (INOCENTI, RODRIGUES e MIASSO, 2009).

Silva e Acker (2007) percebem que o cuidador familiar sofre muito com a dor manifestada pelo paciente. Para superá-la, busca forças externas, visando sublimar as dificuldades que surgem no dia-a-dia, especialmente, quando se sente cansado, triste, enfraquecido, ou quando dispõe de pouco tempo para o cuidado.

Repercussões entre Atividade e Repouso

No estudo de Fernandes e Garcia (2009), o desequilíbrio entre atividade e repouso foi identificado em cuidadores familiares do sexo feminino, através da investigação de fadiga e, distúrbio do sono. No tocante à fadiga, 28 (93,3%) deles referiram indisposição para realizar as atividades cotidianas usuais, sendo 16 (53,3%) de modo frequente e 12 (40%) casualmente. Da mesma forma, 28 delas (93,3%) relataram cansaço físico e mental, como resultado da provisão de cuidado, sendo 18 (60%) quase sempre e 10 (33,3%) em alguns momentos.

Com relação às alterações no sono, verificou-se que 20 (66,7%) delas tinham dificuldade para adormecer, 23 (76,7%) acordavam na madrugada e não conseguiam adormecer novamente, e 17 (56,7%), ao acordarem pela manhã, se sentiam cansadas ou não repousadas (FERNANDES e GARCIA, 2009).

O distúrbio do sono é um fenômeno comum entre cuidadores familiares, especialmente quando estes manifestam depressão e ansiedade, resultando em prejuízo do funcionamento cognitivo e perceptivo (memória, concentração, julgamento), controle emocional reduzido, irritabilidade e desorientação, diminuição do limiar de dor, além de afetar a produção de catecolaminas, corticosteroides e hormônios, substâncias que podem exacerbar o nível de tensão dos cuidadores familiares (DOORNBOS, 2002 apud FERNANDES & GARCIA, 2009).

Repercussões de Enfrentamento Individual Comprometido

No estudo de Fernandes e Garcia (2009), observou-se que todos os sujeitos expressaram sinais ou evidências biopsicossociais de efeitos deletérios sobre sua vida/saúde, decorrente do exercício do papel de provedor de cuidados à pessoa idosa dependente. Observou-se que o enfrentamento individual comprometido foi demonstrado pelo baixo senso de controle sobre a situação; pouca adesão a atividades de autocuidado e uso de medicamentos, de álcool e fumo. Quanto ao senso de baixo controle sobre a situação, 13 (43,3%) deles afirmaram controlar algumas vezes a situação de cuidado, sem problemas para si, enquanto 07 (23,3%) referiram não possuir nenhum controle nesse contexto. Além disso, 14 (46,7%) controlavam, apenas casualmente, as demandas do cuidado com suas próprias necessidades.

Cuidar da pessoa idosa em situação de dependência e por tempo prolongado exige exposição constante dos cuidadores familiares a riscos de adoecimento, principalmente para os que são cuidadores únicos (PIMENTA et al., 2009).

Tal sobrecarga compromete o autocuidado, como se constata na pesquisa de Gonçalves et al. (2006), na qual 22,5% de cuidadores familiares estudados disseram não ter mais tempo para cuidar de si próprios; 43,1% tiveram que reduzir seu tempo de lazer, 33,6% relataram cansaço constante, 24,1% não podiam sair de férias e 22,4% sentiam sua saúde piorada.

Neste sentido, os sentimentos evocados pelos cuidadores familiares, no âmbito do cuidado, interferiam no seu bem-estar e na sua habilidade de autocuidado. A não adesão a comportamentos de promoção à saúde pelo cuidador familiar merece atenção especial, pois a sua competência para prover cuidados pode ser determinada por sua capacidade de cuidar de si primeiro (FERNANDES e GARCIA, 2009). Contudo, existem relatos que contrapõem essa afirmação, aliando a sobrecarga, sentimentos também de satisfação, conforme traz Moreira e Caldas (2007, p. 523):

O cuidador familiar, apesar de vivenciar a sobrecarga, pode experimentar sentimentos de prazer e conforto quando se envolve no cuidar e vê que sua prática tem resultados positivos no tocante à melhora das condições da pessoa idosa. Além disso, ao cuidar de uma pessoa idosa com câncer, o cuidador depara-se com o seu próprio processo de envelhecimento e com sua própria finitude.

No estudo de Fernandes e Garcia (2009), que também avalia o uso de medicamentos após assumirem o cuidado familiar, foi percebido que 15 mulheres cuidadoras (50%) faziam uso de soníferos ou calmantes. A utilização de substâncias medicamentosas para outras finalidades, após

o envolvimento no cuidado, foi identificada em 20 (66,7%) dessas mulheres. Os medicamentos citados incluíram anti-hipertensivos, hormônios, hipoglicemiantes, antidepressivos, anti-inflamatórios, analgésicos, miorrelaxantes e vitaminas. Tal achado decorreu tanto do agravamento de doenças, como pelo surgimento de novas enfermidades ou de sintomas psicossomáticos nas cuidadoras familiares. No tocante ao uso de substâncias não medicamentosas, após a inserção dessas mulheres na atividade do cuidar, 07 (23,3%) passaram a fumar, seis (20%) passaram a ingerir bebida alcoólica (FERNANDES e GARCIA, 2009).

Assim, o cuidado constante dispende do cuidador praticamente todo o seu tempo, as suas forças, o seu lazer e até as suas emoções, causando a perda da sua identidade, além da incapacidade, muitas vezes, de entender as limitações diante da doença e da dependência da pessoa idosa, acarretando na dificuldade para adaptação da sua vida e de suas atitudes.

CONCLUINDO

Este trabalho enfocou o estudo sobre as repercussões do cuidador familiar da pessoa idosa com câncer, a partir de uma revisão da literatura, cujo resultado confirma que na família alguém assume a responsabilidade direta pelo cuidado deste familiar com câncer, acarretando para si uma sobrecarga de responsabilidades e efeitos diversos para a sua vida.

De início foi possível traçar o perfil do cuidador familiar, e inferir-se algumas considerações tais como a questão de gênero do cuidador familiar da pessoa idosa com câncer, que fora a característica mais citada dentre os artigos analisados (87,5% dos artigos), trazendo a mulher como a maior provedora de cuidados, confirmando a função histórica feminina de cuidadora dos filhos, dos pais, da família.

Ainda sobre o perfil do cuidador familiar, percebeu-se que quanto ao grau de parentesco, este é exercido pelo membro mais próximo da família. Quanto ao tempo dispensado, observou-se que o cuidador familiar em sua maioria tem dedicação exclusiva a pessoa idosa com câncer, sendo figura ativa no processo de doença participando em todos os aspectos da vida do indivíduo.

E quanto à faixa etária, discorreu-se que geralmente os cuidadores familiares têm idade a partir dos 39 anos.

Quanto à motivação para o cuidado, notou-se na literatura que ela não ocorre ao acaso, nem por escolha do paciente. Ela pode ser desencadeada por diversos fatores, incluindo a falta de outra opção, a decisão familiar, a opção pessoal, a obrigação matrimonial, a situação social e econômica, o tempo disponível para o cuidado, o lugar que o cuidador familiar ocupa na família, e a obrigação moral, alicerçada em aspectos culturais e religiosos.

Assim, a descrição do perfil do cuidador familiar da pessoa idosa pode subsidiar os serviços de saúde no planejamento e implementação de orientações destes, considerando-os também como clientes usuários que necessitam de atenção de saúde como suporte para o desenvolvimento das atividades voltadas ao cuidar.

Em seguida, as tarefas desempenhadas pelo cuidador familiar foram abordadas, sendo elas as atividades de vida diária (cuidado de higiene, alimentação, medicação do paciente, acompanhamento ao médico). Alguns achados revelaram que a condição de ser cuidador familiar da pessoa idosa com câncer denota sobrecarga de trabalho, vinculado ao número de atividades assumidas e à falta de informações necessárias ao desempenho dos cuidados prestados.

O aprendizado para ser cuidador familiar da pessoa idosa com câncer é um processo lento e é ajustado às necessidades do indivíduo e aos recursos familiares disponíveis. Estes cuidadores são obrigados a desenvolver habilidades e aprender sobre medicamentos, materiais e todo um arsenal de coisas que nunca imaginariam precisar saber. Desta forma, é comum o medo e a dúvida sobre como desempenhar este papel. Enquanto a pessoa não se sente apta para desempenhar os cuidados nessa situação de doença, as dificuldades não são vencidas e, certamente, isso repercute em maior sobrecarga e sofrimento.

As repercussões do estado físico deixam claro o desgaste do cuidador familiar da pessoa idosa com câncer. A literatura discorre que sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças de natureza crônica e evolutiva são manifestações relatadas, por conta do nível de exposição, nas mais diversas situações de cuidado. Em função disso, fica evidente que é preciso diferenciar as necessidades físicas deste cuidador e da pessoa idosa com câncer.

A revisão de literatura revelou que os cuidadores familiares da pessoa idosa e com câncer enfrentam sentimento de ansiedade em relação ao futuro; medo e pesar; efeitos negativos nas relações sociais e familiares; alterações na relação afetiva entre ambos; ruptura de vínculos;

insatisfação com a vida; solidão, depressão e baixa auto-estima situacional; culpa, ressentimento e irritabilidade emocional; fadiga e distúrbio do sono, demonstrando baixo senso de controle sobre a situação, com a ocorrência de pouca adesão a atividades de autocuidado e uso de medicamentos, álcool e fumo.

Neste contexto, o cuidador familiar da pessoa idosa e com câncer precisa ser alvo de orientações pela equipe de saúde para ajudá-lo a lidar com as mudanças em sua vida, já que além de ser responsável por si, passa a se responsabilizar pelo seu ente familiar.

É importante a formação de grupos de apoio aos cuidadores familiares da pessoa idosa e com câncer, nos quais é possível a troca de conhecimento e das experiências de cuidar proporcionando a melhoria das condições psicoemocionais e físicas, além da conscientização da necessidade de compartilhar essa ação com outros familiares.

Espera-se que este estudo contribua para a sensibilização dos profissionais de saúde no entendimento da complexidade que é cuidar da pessoa idosa e com câncer na dimensão da família, fazendo com que estejam atentos as várias possibilidades de significação do cuidar, de maneira ampla e holística.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. Z. S. et. al. **Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 1, p. 32-37, jan-fev. 2009.

BIAZIN, D. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos.** Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BICALHO, C. S.; LACERDA M. R.; CATAFESTA, F. **Refletindo sobre quem é o cuidador familiar.** Cogitare Enfermagem, Paraná, v. 13, n.1, p. 118-123, jan/mar. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria no.1395, de 13 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DF) dez 1999;(237-E) Seção 1:20.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer,**

Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/objetivos.pdf>> Acesso em: 25 maio 2010.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em: 28 jul. 2010.

_____. **Taxa de mortalidade por neoplasia maligna no Brasil**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acessado em: 28 jul. 2010.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.133.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I., MARCON, S.S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá. EDUEM. 2002.

FLORIANI, C. A. **Cuidador de idoso com câncer avançado: uma abordagem bioética**. 2004. 136f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-399, maio-jun. 2009.

FLORIANI, C. A. **Cuidador Familiar: sobrecarga e proteção**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, n.4, p. 341-345, 2004.

FLORIANI, C. A.; Schramm, F.R. **Cuidador do idoso com câncer avançado um ator vulnerável**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 527-534, mar. 2006

FONSECA, N. R.; PENNA, A. L. G.; SOARES, M. P. G. **Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2008

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, L. H. T. et al. **Perfil da família cuidadora de idoso doente / fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC**. Revista Texto e Contexto de Enfermagem, Florianópolis v.15, n.4, p. 570-577, out-dez, 2006.

GUEDEA, M. T. D. et. al. **Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos**. Psicologia e Sociedade, v. 21, n. 2, p. 242-249, maio 2009

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação, 2002.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. **Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2001**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 19 abr. 2009.

INOCENTI, A.; RODRIGUES. I. G.; MIASSO, A.I. **Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n.4, p. 858-865, 2009.

LUBISCO, N. M. L. et al. **Manual de estilo acadêmico: Monografias, dissertações e teses**. 4 ed. Salvador: EDUFBA, 2008.

KARSCH, U. M.; **Idosos dependentes: famílias e cuidadores**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai/jun, 2003.

MACHADO, A. L. G. et al. **O fazer do cuidador familiar: significados e crenças**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 5, p. 530-534, set-out, 2007.

MYNAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: Vozes; 2004.

MESSIAS, D. X. **A experiência da família frente ao idoso com câncer**. 2005. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. **A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, set. 2007.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA. M. F. L. **Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008.

NASCIMENTO, L. C. et al. **Cuidador de Idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 4, p. 514-517, jul-ago, 2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília, 2003.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde) **26ª Conferência Sanitária Pan- Americana** (54ª sessão do Comitê Regional). Washington (DC), 2002

PIMENTA, G. M. F. et al. **Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal**. Revista da Escola de Enfermagem- USP, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, 2009.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. **Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, jul. 2008.

SANTOS, P.A **doença crônica incapacitante e dependente na família**. Trabalho realizado no âmbito do sexto curso de Mestrado de Saúde Pública 2002/2004. Lisboa, 2003.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. **O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 2, p. 150-154, mar-abr 2007.

SILVA, L. W. S. et al. **O cuidado na perspectiva de Leonardo Booff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul-ago, 2005.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T.F. **Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006.

SOUZA, M. G. G.; SANTO, F. H. E. **Um olhar que olha o outro...Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 54, n.1, p. 31-41, 2008.

THOBER, E.; CREUTZBER, M.; VIEGAS, K. **Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar**. Revista Brasileira de Enfermagem, v.58, n. 4, p. 438-443, jul-ago, 2005.

RUBIN, E. **Patologia: bases clinicopatológicas da medicina**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1625 p.

VIEIRA, M. C. U.; **Sentimentos, saberes e fazeres do cuidador principal do idoso com câncer**. 2006. 221f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

VIEIRA, M. C. U.; MARCON, S. S. **Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer**. Revista da Escola de Enfermagem-USP, São Paulo, v. 42, n.4, p. 752-760, 2008.

VILAÇA, V. M. et al. **O autocuidado de cuidadores informais em domicílio- percepção de acadêmicos de enfermagem**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Minas Gerais, v.7, n.2, p.221-226, 2005.