

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**IONARA DE SOUZA JANUÁRIO**

**O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO  
UTILIZADAS POR FAMILIARES DE IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

CUITÉ - PB  
2014.

**IONARA DE SOUZA JANUÁRIO**

**O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO  
UTILIZADAS POR FAMILIARES DE IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Bacharelado em Enfermagem da Universidade  
Federal de Campina Grande – Campus Cuité  
como exigência parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. MS. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO**

CUITÉ - PB  
2014.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

J35i      Januário, Ionara de Souza.

O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico. / Ionara de Souza Januário. – Cuité: CES, 2014.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Isolda Maria Barros Torquato.

1. Câncer. 2. Idosos - câncer. 3. Idosos – câncer - tratamento. I. Título.

CDU 616-006

## **IONARA DE SOUZA JANUÁRIO**

### **O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR FAMILIARES DE IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pela aluna **Ionara de Souza Januário** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Isolda Maria Barros Torquato – UFCG  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. MSc. Bernadete de Lourdes André Gouveia - UFCG  
Membro Examinador

---

Prof<sup>º</sup>. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira – UFCG  
Membro Examinador



Dedico este trabalho **a todos os familiares** que lidam no seu dia-a-dia com um diagnóstico de câncer na família. Que estão presentes não apenas nas horas boas, mas principalmente nas difíceis, cuidando, dando apoio, amor, carinho e ajudando-os a superar e vencer o câncer.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, aos **meus pais**, **irmãs**, e toda **minha família**, pelo apoio e incentivo ao longo dessa jornada.

Ao **meu namorado**, pela ajuda nas horas difíceis e estressantes.

As **minhas amigas de curso**, companheiras fiéis de toda a graduação.

As **minhas companheiras de casa** por sempre estarem presentes nos momentos mais importantes da minha vida, especialmente na minha formação.

À minha orientadora **Isolda Torquato**, sem ela este trabalho não seria possível. Muito obrigada!.

A **todos os professores** que fazem o Curso de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde pelos ensinamentos distribuídos ao longo da graduação.

As **enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde de Cuité** pela ajuda, apoio e compreensão durante a realização da pesquisa.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde de Cuité** por me ajudarem a realizar as entrevistas, em especial Tomázia, Lourdenilza, Janaína e Marcelo. A contribuição de vocês foi fundamental.

À **Prefeitura Municipal de Cuité** e à **Secretaria Municipal de Saúde** pela parceria com a Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité e por permitirem a realização da pesquisa.

A **todos os familiares** que aceitaram participar desta pesquisa, por contar um pouco da sua história e contribuir grandemente para este estudo e para a minha formação pessoal e profissional.

A **Banca examinadora** pelas contribuições sugeridas.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa e concretização deste sonho.



*“O câncer me mostrou o que é a família”  
(Michael Douglas)*

## RESUMO

JANUÁRIO, I. D. S. **O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2014. 74f.

**Introdução:** O câncer configura-se como um evidente problema de saúde pública mundial, estando em ascendência entre o público idoso. Trata-se de uma doença crônico-degenerativa cujo diagnóstico traz consigo importantes repercussões no âmbito familiar, exigindo o uso de estratégias de enfrentamento que possibilitem o ajustamento psicológico gradual e a adaptação ao novo contexto. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo analisar o impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza transversal com abordagem qualitativa, realizado no município de Cuité – PB, na Rede de Atenção Primária do referido município. Participaram da pesquisa 10 familiares de idosos em tratamento oncológico, e os dados foram coletados mediante a realização de uma entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada, transcrita e analisada sob a ótica de Minayo na modalidade temática da análise de conteúdo e posteriormente discutidos a luz da literatura pertinente ao tema proposto. **Resultados:** Como resultado da análise dos dados obteve-se duas Unidades Temáticas Centrais intituladas Núcleo de Sentido I: *A revelação do diagnóstico de câncer e as repercussões na família* de onde emergiram três categorias: Categoria I: *O impacto do diagnóstico de câncer para a família: um conflito de sentimentos*; Categoria II: *A relação dialógica entre a família e o profissional de saúde frente ao diagnóstico de câncer*; e Categoria III: *Alterações na rotina e relações familiares: uma fase de perdas e ganhos*; Núcleo de sentido II: *Desvelando dificuldades e estratégias de enfrentamento familiares no tratamento do idoso oncológico*, deste núcleo emergiram ainda duas categorias: Categoria I: *O cuidado ao idoso com câncer: evidenciando dificuldades familiares* e Categoria II: *A fé em Deus, a religião e o apoio familiar como estratégias de Coping utilizadas pela família frente ao tratamento do câncer*. Os resultados evidenciaram conflitos de sentimentos no momento do diagnóstico, os quais foram potencializados mediante o contexto da revelação da doença, mudanças nas relações e no cotidiano familiar assim como dificuldades estruturais e financeiras durante o processo de tratamento do idoso. Contudo, estratégias de enfrentamento foram utilizadas pelos entrevistados, sendo a fé em Deus, a religiosidade e a busca pelo apoio familiar e de profissionais de saúde as mais importantes. **Conclusão:** Os familiares de idosos acometidos por câncer merecem uma atenção especial tendo em vista as singularidades presentes no intercurso de uma enfermidade complexa e de longa duração como o câncer. Por tratar-se de um momento delicado, a participação de uma equipe multiprofissional capacitada é de grande relevância para atuar durante todas as etapas e dificuldades vivenciadas pelos familiares desde o diagnóstico até o término do tratamento oncológico.

**Descritores:** Câncer. Idoso. Família.

## ABSTRACT

JANUÁRIO, IDS The impact of the diagnosis and the coping strategies used by families of elderly cancer treatment. Completion of course work (undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, PB-Cuité, 2014 74f.

**Introduction:** The cancer appears as an obvious public health problem worldwide, being in ancestry between elderly public. It is a chronic degenerative disease whose diagnosis brings with important repercussions within the family, requiring the use of coping strategies that allow the gradual psychological adjustment and adaptation to the new context. Thus, this research aims to analyze the impact of the diagnosis and the coping strategies used by families of elderly cancer treatment. **Methodology:** This was a descriptive exploratory study with a qualitative approach cross-cutting nature, conducted in the city of Cuité - CP at Primary Care Network of said municipality. 10 families participated in the survey of elderly in cancer treatment, and data were collected by means of a semi-structured interview, which was recorded, transcribed and analyzed from the perspective of Minayo in thematic content analysis and subsequently discussed light of the relevant literature to the proposed topic. **Results:** As a result of the data analysis yielded two protected Central Core Issue entitled Sense I: Disclosure of the diagnosis of cancer and the impact on the family from which emerged three categories : Category I: The impact of a cancer diagnosis for the family : a conflict of feelings ; Category II : The dialogic relationship between the family and the health professional 's diagnosis of cancer ; Category III : Changes in routine and family relations : a phase of losses and gains ; Core of meaning II : Unveiling difficulties and family coping strategies in the treatment of oncological elderly, this nucleus also fell into two categories : Category I: Caring for the elderly with cancer : evidence of family difficulties and Category II : Faith in God , religion and family support as coping strategies used by the family to the treatment of cancer . The results showed conflicting feelings at the time of diagnosis , which were exacerbated by the context of the development of the disease , changes in relationships and family life as well as structural and financial difficulties during the process of treatment of the elderly . However , coping strategies were used by respondents , with faith in God , religion and the search for family support and health professionals the most important. **Conclusion:** The relatives of elderly patients with cancer deserve special attention in view of the singularities present in the intercourse of a complex and long-term illness such as cancer. Because it is a delicate moment, attended by a skilled multidisciplinary team is of great relevance to act during all the stages and difficulties experienced by families from diagnosis to the end of cancer treatment.

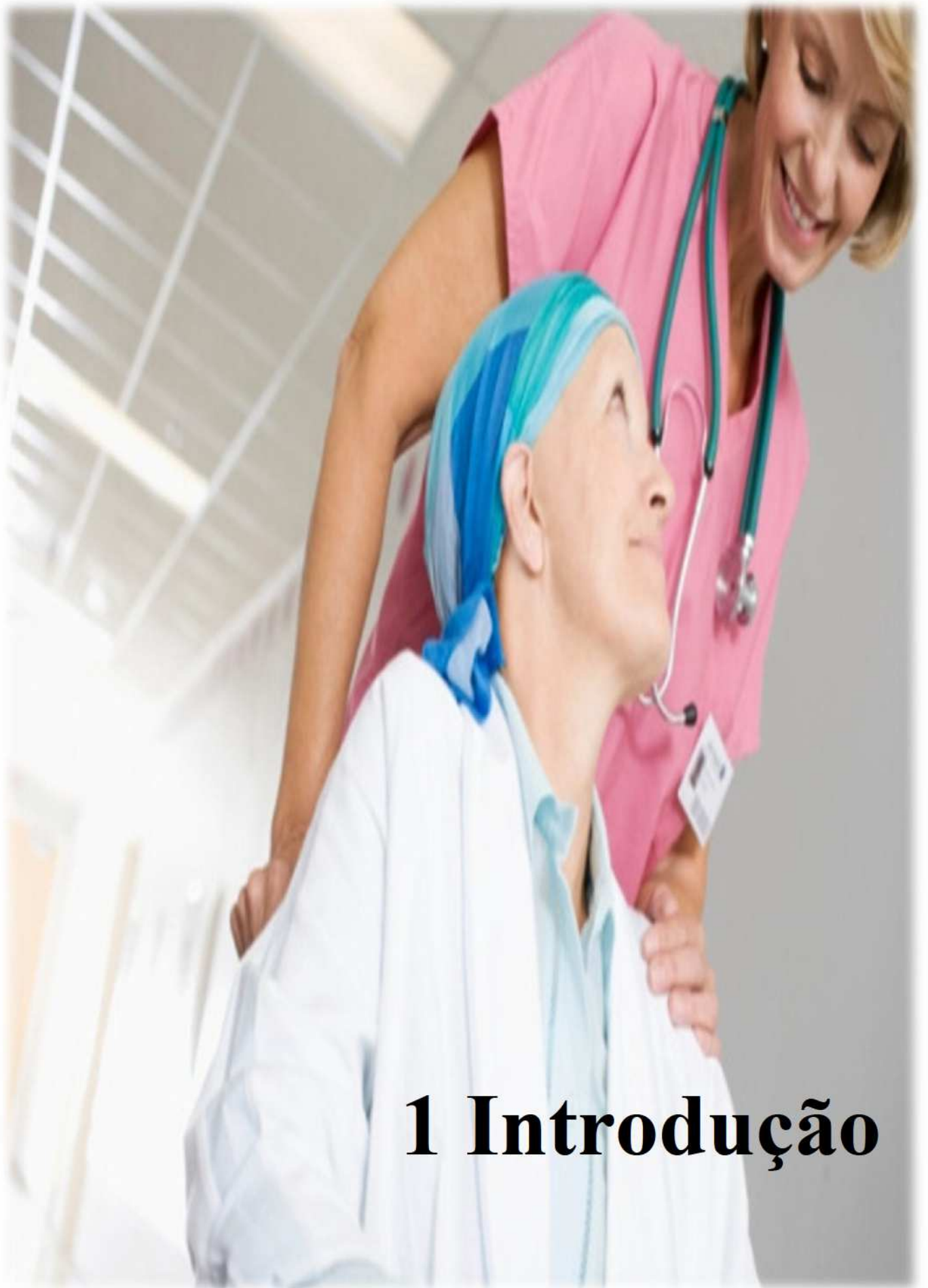
**Keywords:** Cancer. Elderly. Family.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Etapas do processo de carcinogênese.....	20
<b>Figura 2:</b> Tipos de crescimento celular.....	21
<b>Quadro 1:</b> Dados sócio-demográficos dos familiares de idosos com câncer. Brasil, Paraíba. Cuité, 2014.....	37

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa .....	11
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CÂNCER EM IDOSOS.....</b>	<b>17</b>
3.1.1 Aspectos conceituais, etiológicos e epidemiológicos do câncer na população idosa.....	17
3.1.2 Fisiopatologia e classificação do câncer.....	19
3.1.3 Tipos de câncer, diagnóstico e tratamento mais frequente em idosos.....	22
3.1.4 Assistência de enfermagem ao idoso com câncer.....	25
<b>3.2 A FAMÍLIA E O CÂNCER.....</b>	<b>27</b>
3.2.1 O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na conjuntura familiar: um enfoque ao idoso.....	27
3.2.2 A família como rede de apoio ao membro familiar com câncer: um enfoque ao idoso.....	29
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
4.1 Tipo de pesquisa.....	32
4.2 Participantes, local e duração da pesquisa.....	32
4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....	33
4.4 Análise dos dados.....	34
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>69</b>



# **1 Introdução**



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização do problema e justificativa da pesquisa

O envelhecimento, processo dinâmico, progressivo e irreversível, pelo qual perpassa o mundo atualmente, traz consigo importantes modificações fisiológicas nos diferentes órgãos e sistemas corporais, as quais podem refletir diretamente na saúde do ser humano (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009). Dentre as repercussões ocasionadas com o avançar da idade, destacam-se as denominadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo o câncer uma das mais incidentes neste segmento populacional (VISENTIN; LENARDT, 2010).

As neoplasias, nome genérico dado a um conjunto de mais de cem doenças, são resultantes de alterações no processo desordenado de proliferação celular as quais invadem tecidos e órgãos subjacentes (SILVA; SILVA, 2005).

Conforme Visentin e Lenardt (2010), o envelhecimento e a oncologia estão intimamente relacionados, pois diversas funções celulares são alteradas progressivamente com a idade, aumentando a suscetibilidade à transformação maligna. Devido a um aumento no número de casos nesta faixa etária, pode-se inferir que à medida que a população envelhece as estimativas para os novos casos se confirmam.

Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 foram válidas também para o ano de 2013 e apontaram a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, reforçando a magnitude deste tipo de doença no país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, e 17 milhões de mortes pela doença (BRASIL, 2011 a).

O câncer ocupa um lugar de destaque no contexto das doenças crônico-degenerativas, 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 um aumento importante da mortalidade a partir dos trinta anos de idade, em especial, na população geriátrica, na qual se concentram as maiores taxas (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

O Ministério da Saúde estimou, em 2007, 167.666 mortes por câncer, com 109.801 destes óbitos ocorrendo na população acima de sessenta anos (BRASIL, 2011 b).

A distribuição dos casos novos de câncer segundo a localização primária é bem heterogênea entre estados e capitais do país. As regiões Sul e Sudeste são as de maiores taxas, enquanto as regiões Nordeste, Centro Oeste e Norte mostram índices mais baixos com 57.890, 22.510 e 14.800 casos novos, respectivamente (BRASIL, 2011 a).

Segundo Góis e Veras (2010), os tumores mais incidentes para o sexo masculino acima dos 60 anos incluem o câncer de pele, próstata, pulmão, estômago, sistema linfático, cólon e reto. Para a população feminina o câncer de mama e o de colo de útero são considerados os mais comuns.

Trata-se de uma doença complexa de origem multifatorial, podendo ser de ordem interna ou externa ao organismo, estando ambas inter relacionadas. A sintomatologia entre os idosos é variável a depender do tipo e do estágio clínico do câncer. Entretanto, as queixas mais comuns referenciadas por este público incluem dor, fadiga, náuseas, vômitos e falta de apetite (BRASIL, 2011b).

As estratégias diagnósticas e de tratamento precoce aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos de cânceres e reduzem a morbidade resultante da doença. A terapêutica de escolha poderá envolver uma ou várias modalidades combinadas, as quais incluem principalmente o procedimento cirúrgico e as terapias complementares como a radio, quimio, imuno e a hormonioterapia (PAULA JÚNIOR; ZANINI, 2012).

Segundo Kholtdorf e Costa Junior (2008) o impacto da revelação diagnóstica de uma doença crônica no âmbito familiar, a exemplo do câncer, traz consigo importantes repercussões físicas e emocionais, exigindo o uso de estratégias de enfrentamento que possibilitem o ajustamento psicológico gradual e a adaptação ao novo contexto.

O diagnóstico assim como o tratamento onco-hematológico ocasionam impacto na rotina, relações familiares e na qualidade de vida dos envolvidos, visto que, o idoso e os membros envolvidos experienciam situações estressoras, que acarretam danos físicos, sociais, financeiros e psicológicos, a exemplo dos sentimentos de medo, angústia e incerteza gerados ao longo desse processo (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Neste contexto, a família, considerada uma das principais redes de apoio no processo do cuidar, busca através das estratégias de *coping*, sejam por meio de respostas cognitivas e comportamentais, administrar as demandas vivenciadas a fim de possibilitar o enfrentamento dos problemas e minimizar o impacto destes no cotidiano de familiares de idosos oncológicos (PAULA JÚNIOR; ZANINI, 2012).

De acordo com Teixeira e Lefèvre (2008), algumas das principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas famílias para a superação da doença estão voltadas para a fé religiosa, a espiritualidade e a busca do apoio por parte dos profissionais da saúde e de outros parentes próximos. Umpierrez e Marcon (2008) corroboram mencionando que as medidas de enfrentamento também podem ser realizadas utilizando-se de dimensões culturais por meio de crenças e valores socialmente construídos.

Nesta perspectiva, compreende-se que o envolvimento do profissional de saúde, inclusive da enfermagem, é um aspecto fundamental para o enfrentamento familiar da doença oncológica no idoso. Para tanto, torna-se necessário que a atuação deste e dos demais profissionais da área possam se sobrepor a intervenção técnica-tecnológica medicamentosa, visto que o processo de cuidar envolve necessariamente uma relação interpessoal (PREARO et al., 2011). Peterson e Carvalho (2011) ressaltam sobre a necessidade da comunicação adequada e efetiva junto à família provendo suporte psicossocial, conforto e cuidado, sendo este último expresso por demonstrações de carinho, respeito e calor humano.

Ao considerarmos que a revelação do diagnóstico e tratamento do câncer no idoso ocasiona mudanças no cotidiano, nas relações familiares e na maneira pelo qual a mesma buscará estratégias para enfrentar a doença justifica-se a realização desta pesquisa a fim responder aos seguintes questionamentos: Qual o impacto do diagnóstico de câncer no idoso para a família? Quais as medidas de enfrentamento utilizadas pela família mediante o diagnóstico do idoso com câncer? Qual a percepção da família quanto à abordagem dialógica do profissional de saúde na revelação do diagnóstico e tratamento do idoso com câncer? Quais as dificuldades vivenciadas pela família frente ao tratamento do câncer no idoso?

Acreditamos que, a partir da realização do estudo proposto, pudemos contribuir com a comunidade docente, discentes e demais profissionais da área da saúde identificando os impactos ocasionados pelo diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família junto ao idoso oncológico a fim de melhor compreendê-la e implementar uma assistência qualificada baseada em evidências. Atrelado a isso, almejou-se subsidiar futuras pesquisas que abordem a temática proposta como foco centralizador.





**2 Objetivos**

Na perspectiva de obtermos um maior aprofundamento acerca da temática em questão foram elencados os seguintes objetivos:

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Analisar o impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Caracterizar os participantes quanto aos aspectos sociodemográficos;
- Investigar a percepção dos familiares quanto à abordagem dialógica do profissional de saúde na revelação do diagnóstico do idoso com câncer;
- Verificar as mudanças no cotidiano familiar frente ao diagnóstico de câncer no idoso;
- Identificar as dificuldades vivenciadas pela família frente ao tratamento do câncer no idoso.



### **3 Referencial Teórico**

### 3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CÂNCER EM IDOSOS

#### 3.1.1 Aspectos conceituais, etiológicos e epidemiológicos do câncer na população idosa

Seguindo-se o padrão mundial, tem-se observado no Brasil uma importante transição demográfica justificada por uma redução nos índices de mortalidade, natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida. Com a população antes predominantemente jovem, passa-se a ser notória a nova distribuição etária da população e da pirâmide etária brasileira, com o expressivo crescimento do público idoso (MALTA; CEZARIO; MOURA, 2006).

Concomitantemente a este processo de transição demográfica, observa-se também no país um intenso processo de transição epidemiológica, cuja característica básica é a redução dos índices de mortalidade por doenças transmissíveis e um aumento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, das quais predominam os distúrbios cardiovasculares e as neoplasias, principalmente (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Quanto a doença oncológica especificamente, Cavalini et al. (2012) enfocam que esta passou a ser um importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento igualando o comportamento que tem nos países industrializados, com tendência de aumento da incidência, de todos os tipos de neoplasias, em todos os países e grupos etários, inclusive entre os idosos.

É sabido que o câncer, doença crônica degenerativa, é caracterizado por um conjunto de mais de 100 doenças e é decorrente de alterações no processo de morte celular ou também pela proliferação destas células gerando um crescimento desordenado das mesmas, inclusive ocasionando pontos de metástase (BRASIL, 2011b). Silva (2005, p. 08) corrobora considerando o câncer *“uma doença degenerativa resultante de uma mutação genética, em que as células doentes manifestam uma tendência agressiva e incontrolável, dividindo-se mais rapidamente que as células normais do tecido a sua volta”*.

Estima-se que, em termos mundiais, o câncer acomete anualmente cerca de 9 milhões de pessoas, sendo responsável por 12% da mortalidade mundial (ARAÚJO; GALVÃO, 2010). De acordo com Cavalini et al. (2012) a incidência do câncer pode aumentar em 50% para o ano de 2020, com 15 milhões de casos novos. Essa tendência de aumento vem sendo comprovada por estudos que demonstram esse aumento da importância do câncer no perfil epidemiológico nacional. Em 1980, as neoplasias malignas eram a quinta causa de morte,



sendo, atualmente, a segunda maior responsável pelos óbitos mundiais. Concomitantemente, as informações epidemiológicas demonstram um aumento da incidência das neoplasias em todo o Brasil e uma estabilização das taxas de mortalidade, sugerindo que podem existir falhas no sistema de saúde no que tange a implementação dos métodos de controle das neoplasias passíveis de intervenção e controle.

Segundo Nascimento e Alves (2011), o câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo. Cerca de 7 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência da doença. As estimativas, para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer no Brasil, sendo 90 mil casos no Nordeste. Voltando-se para o estado da Paraíba, segundo o Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2009), estimativas apontam para a ocorrência de 790/100.000 casos de câncer de próstata, 550/100.000 casos de câncer de mama feminino e 300/100.000 casos de câncer de colo de útero no estado no ano de 2010.

Corroborando os dados explicitados anteriormente Smeltzer e Bare (2008, p. 257), enfocam que *“mais de 58% de todos os cânceres ocorrem em pessoas com mais de 65 anos de idade, e cerca de dois terços de todas as mortes por câncer acontecem em pessoas com 65 anos de idade ou mais”*.

Sobre os tipos mais predominantes de neoplasias entre o público idoso, as análises epidemiológicas indicam que nos homens o câncer com maior incidência é o de próstata e o de pele não melanoma enquanto nas mulheres, predominam o de mama, colo de útero e pele não melanoma (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005). Salienta-se que, estimativas realizadas para o ano de 2012 mostraram a ocorrência de 11.550/100.000 casos novos de câncer de próstata, 8.970/100.000 novos casos de câncer de mama feminino e 5.050/100.000 de colo de útero no referido ano (BRASIL, 2011a).

A etiologia do câncer é complexa e envolve fatores genéticos, reprodutivos, psicológicos e ambientais, a exemplo dos agentes físicos e químicos, ou seja, sua origem é multifatorial, sendo o câncer o resultado de agressões ambientais em um indivíduo geneticamente suscetível (BRASIL, 2011b).

De acordo com Silva (2005, p. 10) *“todos esses fatores de risco, denominados de cancerígenos ou carcinógenos, atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células, iniciando-se o processo de carcinogênese, ou seja, de formação do câncer”*.

A partir do exposto, ou seja, das mudanças que os padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios especialmente o de melhorar o direcionamento das políticas públicas, no que tange a demanda das doenças, que precisam ser revistas. Diante

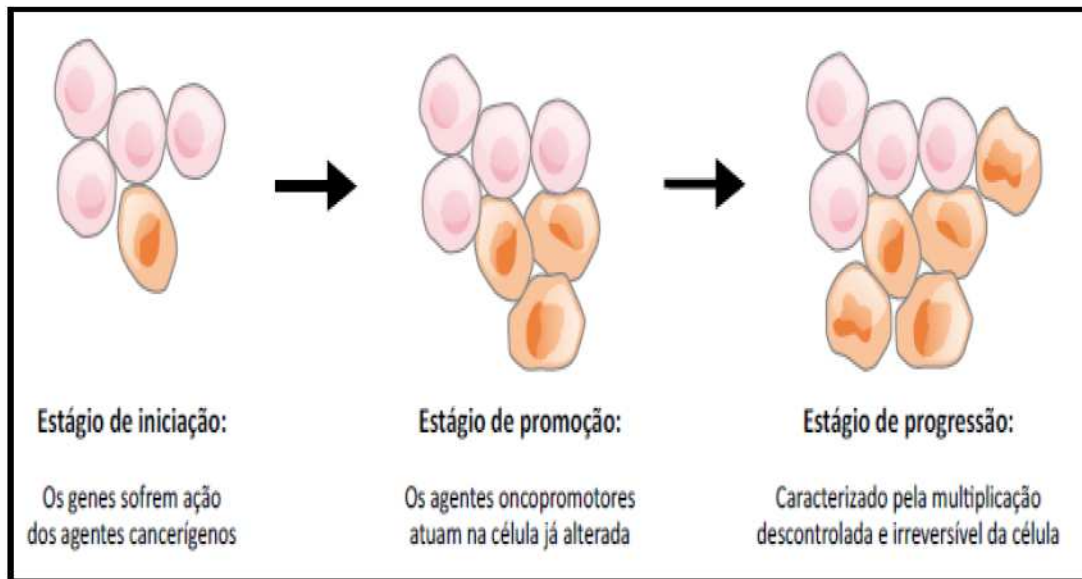


desta realidade é necessário implementar mecanismos estratégicos do processo de mudanças na maneira de lidar com a saúde/doença/cuidado, melhorando a capacidade de intervenção sobre a realidade sanitária (NASCIMENTO; ALVES, 2011).

### 3.1.2 Fisiopatologia e classificação do câncer

Segundo Smeltzer e Bare (2008), o câncer inicia-se quando uma célula anormal é transformada, através da mutação genética do DNA. A partir dela, surge um clone que também se prolifera de forma anormal e ignorando o sistema que regula o crescimento adjacente à célula. As células adquirem características invasivas que se perpetuam para os tecidos adjacentes, infiltram-se nos tecidos e chegam até os vasos linfáticos e sanguíneos, que por sua vez poderão transportar-se para outras partes do corpo. Ao processo de transformar as células normais em células malignas, dá-se a denominação de carcinogênese.

Sobre a carcinogênese, o INCA (2013b) delinea como um processo celular que ocorre em três etapas: *Estágio de iniciação*, em que as células sofrem ação dos agentes cancerígenos que irão provocar alterações nos seus genes; *Estágio de promoção*, as células que sofreram alterações no estágio anterior sofrem a ação dos agentes oncopromotores e transforma-se em maligna, este processo ocorre de forma lenta e gradual. No terceiro e último estágio, denominado, *Estágio de progressão*, ocorre a multiplicação desordenada das células e neste momento o câncer já encontra-se instalado. É válido ressaltar que todo esse processo ocorre lentamente, e para que uma célula cancerosa dê origem ao tumor visível podem durar vários anos (**Figura 1**).



**Figura 1:** Etapas do processo de carcinogênese.

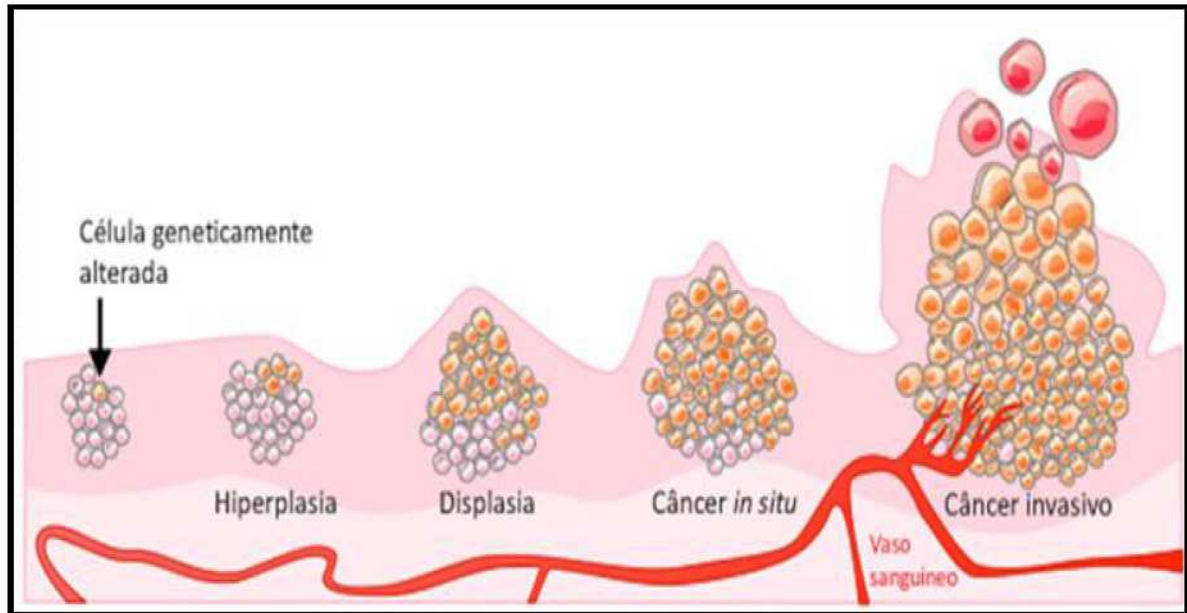
Fonte: BRASIL (2011b).

O crescimento dos tumores malignos caracteriza-se por invasão local, seguindo-se pelos órgãos vizinhos, terminando com a disseminação regional e sistêmica. Além disso, também possuem uma desorganização no crescimento, alto índice de multiplicação, rapidez e caráter infiltrativo (BRASIL, 2008).

Conforme o INCA (BRASIL, 2011b), a proliferação pode ser controlada ou não. Na primeira percebe-se que as células são normais ou apresentam pequenas alterações na sua forma e função. Geralmente possuem um crescimento localizado ou autolimitado do número de células de tecidos normais causado por estímulos fisiológicos ou patológicos, sendo a metaplasia, a displasia e a hiperplasia exemplos comuns do crescimento controlado (**Figura 2**). No crescimento não controlado, vislumbra-se um crescimento anormal de tecido, persistindo de maneira excessiva mesmo após a cessação de estímulos que o provocaram. Salienta-se que as neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) correspondem as formas não controladas.

Conforme o INCA (BRASIL, 2004), esta evidência levou a União Internacional Contra o Câncer (UICC) a desenvolver um sistema de estadiamento (também chamado de estágios) dos tumores: Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este tem como parâmetro a avaliação da extensão do tumor primário (T), o envolvimento e disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases a distância (M). Assim, para interpretação de cada fator devem ser analisadas as diversas variações que, para o tumor

primitivo corresponde de T1 a T4, para o comprometimento linfático, de N0 a N3, e, para as metástases à distância, de M0 a M1.



**Figura 2:** Tipos de crescimento celular.  
Fonte: BRASIL (2011b).

Ainda de acordo com (BRASIL, 2004), a conjunção dessas variantes (T, N e M) determina os estágios clínicos da doença, que na sua maioria varia de 0 e IV. O Estágio 0 ou Carcinoma *in situ*, corresponde a fase inicial, em que o tumor ainda está restrito a uma área. Estágio I: Tumor restrito a uma parte do corpo, sem comprometimento linfático. No Estágio II o tumor já está comprometendo o sistema linfático ou espalhado por mais de um tecido. No Estágio III, já se encontra espalhado por mais de um tecido e causando comprometimento linfático. O Estágio IV é caracterizado por ocorrer metástase a distância, ou seja, a neoplasia se espalhou para outros órgãos ou partes do corpo.

A classificação das neoplasias ajuda na definição do tratamento e prognóstico da doença, pois através do mesmo poderá ser identificado o estágio em que a doença se apresenta, além disso, essa classificação facilita na troca de informações entre os centros de tratamento (BRASIL, 2008).



### 3.1.3 Tipos de câncer, diagnóstico e tratamento mais frequente em idosos

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Entretanto, alguns órgãos são mais afetados do que outros, podendo ainda ser, cada órgão, acometido por diferentes tipos de tumores. Dentre os tipos de neoplasias mais comuns entre o público idoso está o *câncer de próstata*, sendo a idade avançada considerada o principal fator de risco para este tipo de neoplasia. Estudos mostram que quase 62% das ocorrências de câncer da próstata identificados mundialmente acometem homens com 65 anos ou mais, com isto, tendo em vista o aumento da expectativa de vida, espera-se que o número de casos novos acresça cerca de 60% até o ano de 2015 (BRASIL, 2011a). Para Stum et al., (2010, p. 90), este tipo de câncer *“representa um problema de Saúde Pública no Brasil devido à alta taxa de mortalidade, constituindo-se em uma patologia comum entre os homens, normalmente diagnosticada já em estágios avançados”*.

Muitos pacientes com câncer de próstata são assintomáticos, porém, quando vêm a surgir os sintomas da doença, estes se assemelham aos do crescimento benigno da próstata, a exemplo da presença de disfunção sexual, anemia, perda de peso, hematuria, dificuldade miccional (estrangúria), dor ao urinar (disúria), e aumento da frequência urinária diária e noturna (poliúria). Em estágio mais avançado da doença, outros sintomas podem ser somatizados aos demais como a presença de dor óssea, insuficiência renal, infecções generalizadas e sintomas urinários. A hipótese de um possível câncer de próstata deve ser confirmada após realização de um Antígeno Prostático Específico (PSA) sérico elevado e toque retal, visto que em 60% dos casos os pacientes são assintomáticos (SEVERO; GORINI, 2009).

O tratamento deste tipo de câncer dependerá do estágio clínico da doença. Entretanto, as intervenções mais utilizadas incluem o procedimento cirúrgico, a radioterapia e a terapia hormonal (INCA, 2013a).

Nas mulheres idosas, por sua vez, as neoplasias mamárias constituem o principal tipo de câncer entre este público. Dentre os fatores de riscos mais mencionados na literatura para a ocorrência desta doença está à idade avançada, a gravidez tardia, a menopausa após 55 anos, antecedentes familiares de câncer de mama e os fatores ambientais. A prevenção é a melhor maneira de evitar este tipo de neoplasia, podendo esta ser primária ou secundária. A primária baseia-se na eliminação dos fatores de riscos para este tipo de câncer, já na prevenção

secundária se sobressaem o diagnóstico e o tratamento realizados precocemente (CARVALHO et al., 2009).

De acordo com Conde et al. (2006), a prevenção e o diagnóstico precoce de câncer de mama evitam abordagens cirúrgicas de maiores proporções, como a mastectomia total, sendo as condutas de maior escolha a mastectomia radical, radical modificada e a cirurgia conservadora da mama. É relevante mencionar que o diagnóstico de câncer e os sintomas apresentados podem influenciar diretamente na qualidade de vida destas mulheres, a exemplo, da diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior lateral a lesão, sintomas vasomotores, falta de lubrificação vaginal, disfunções sexuais, presença de fogachos, fadiga e até mesmo sintomas depressivos. Qualquer alteração na pele que recobre a mama e/ou presença de secreção no mamilo são sinais de alerta.

Para a obtenção de um diagnóstico precoce, a mamografia é o método mais efetivo e preconiza-se sua realização a cada dois anos, para mulheres com 50 a 69 anos. Além da mamografia também se deve ressaltar a importância da realização do exame clínico das mamas em todas as faixas etárias. O acompanhamento clínico regular associado aos exames de imagens propiciam a aquisição de diagnóstico precoce e melhor prognóstico da doença (NOVAES; MATTOS, 2009).

Para a identificação deste e de outros tipos de neoplasias comuns entre a população idosa e em especial entre as mulheres, a exemplo do câncer de colo de útero, a realização de exames para rastreamento são indispensáveis. A incidência do câncer de colo uterino varia de 5 a 42 por 100.000 mulheres por ano, constituindo-se como a quarta causa de morte por câncer (ALMEIDA; SAKAMA; CAMPOS, 2006). De acordo com Floriano, Araújo e Ribeiro (2007), neste tipo de neoplasia, o carcinoma invasor tem sua incidência aumentada aos 60 anos de idade, sendo também nesta faixa etária as maiores taxas de mortalidade em mulheres por este tipo de neoplasia.

De acordo com Fernandes et al. (2011), o rastreamento de casos novos e o diagnóstico precoce são realizados por meio de exame de citologia oncológica cervicovaginal, colposcopia e realização de biópsia. Geralmente o carcinoma do colo do útero apresenta variabilidade clínica, com quadros assintomáticos ou ocorrência de sintomas pontuais como sangramento vaginal, corrimento vaginal sero-sanguinolento, anemia, perda ponderal, dor pélvica ou lombar, edema de membros inferiores e insuficiência renal pós-renal.

Após a confirmação diagnóstica inicia-se de imediato o tratamento com prévio estadiamento da doença a fim de identificar a localização, extensão, profundidade, tipo histológico e presença ou não de metástase. Caso o câncer apresente-se em seu estágio inicial

pode ser realizada a cirurgia para remoção completa do tumor com a associação ou não de radioterapia e/ou quimioterapia ao tratamento cirúrgico. Isso dependerá do estágio clínico da doença e das características tumorais (FLORIANO; ARAÚJO; RIBEIRO, 2007).

Tendo em vista que, o tratamento para os cânceres em sua maioria baseia-se no uso de quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia, é relevante conhecermos um pouco mais a respeito destas terapêuticas em idosos a fim de provermos uma assistência integral seja ela somática e/ou psicológica.

Na radioterapia, cujo objetivo consiste em utilizar a radiação ionizante para interromper o crescimento celular, novas técnicas estão sendo introduzidas a fim de reduzir possíveis efeitos colaterais próprios da toxicidade intrínseca das radiações em tecidos normais, especialmente entre os idosos que apresentam uma fragilidade maior devido as alterações fisiológicas próprias da idade. Os tratamentos irradiantes mais utilizados em idosos são para os adenocarcinomas de próstata, no homem, e os carcinomas de colo uterino, na mulher (CHEN; NADALIN, 2010).

De acordo com o INCA (2013a), além da radiação externa (os raios X são utilizados para destruir células cancerosas na superfície cutânea ou em localizações mais profundas do corpo) e da radiação interna ou braquiterapia (libera alta dose de radiação para uma área localizada), com o avanço da tecnologia, estão sendo indicados para pacientes idosos alguns outros tipos de radioterapia, a exemplo da radioterapia de feixe de intensidade modulada, na qual seu uso possibilita a redução dos efeitos colaterais referente à toxicidade das radiações, sem reduzir de maneira expressiva as doses nos alvos tumorais. Pode ser escolhido também tratamento de curso rápido, do tipo “Hipopfracionamento”, utilizando doses diárias mais altas e tempo total de tratamento menor. Esta alternativa é indicada tanto para tratamento paliativo/remissão em curto prazo, tanto como indicação curativa.

Ainda quanto à utilização dessa técnica em idosos Chen e Nadalin (2010, p. 328) enfocam que:

Embora fatores típicos da fisiologia dos idosos possam influenciar o curso do tratamento irradiante, sua identificação e seu manejo adequados, assim como o emprego de novos avanços técnicos da radioterapia, podem beneficiar estes pacientes, oferecendo menor toxicidade e maior eficiência e rapidez, por exemplo, colaborando para que a radioterapia não seja omitida quando indicada.



Sobre a quimioterapia, Smeltzer e Bare (2008) ressaltam que trata-se de um método de tratamento que utiliza agentes antineoplásicos na tentativa de destruir as células tumorais ou interferir as suas funções celulares, incluindo a replicação. É usada principalmente para tratar a doença sistêmica em locais de lesões localizadas que são apropriadas para a cirurgia ou radiação. A quimioterapia pode ser combinada com a cirurgia, radioterapia ou ambas com o propósito de reduzir o tamanho do tumor no período pré-operatório ou destruir células tumorais remanescentes no pós-operatório. As metas da quimioterapia em idosos são principalmente a cura e o controle tumoral através dos medicamentos compatíveis.

Finalmente, as cirurgias eletivas constituem os métodos mais utilizados para remover parte ou a totalidade do câncer, estando incluídos ou não os linfonodos regionais. A cirurgia comumente é o método primário de tratamento, sendo ela profilática, diagnóstica, paliativa ou reconstrutora. A cirurgia diagnóstica é realizada para coletar uma amostra de tecido para serem analisadas as células suspeitas de malignidade. Já as cirurgias profiláticas removem órgãos ou tecidos que não são vitais, e que são prováveis para desenvolver o câncer. Quando a cura não é mais possível, utilizam-se estratégias para que o paciente fique o mais confortável possível, neste caso, as cirurgias paliativas são empregadas a fim de aliviar complicações da doença. Também existe a cirurgia reconstrutora, realizadas após cirurgia curativa ou radical e visa melhorar a função do órgão/local (INSTITUTO DE TRATAMENTO DO CÂNCER, 2013).

É importante ressaltar que diante da demanda do paciente oncológico e independente do tipo de tratamento clínico elencado destaca-se a necessidade da atuação de uma equipe multidisciplinar tais como nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e assistentes sociais a fim de prover uma assistência de qualidade e que supra todas as necessidades físicas e emocionais do paciente idoso oncológico (KALIKS; HOLTZ; GIGLIO, 2011).

#### 3.1.4 Assistência de enfermagem ao idoso com câncer

Para a assistência de enfermagem a pacientes idosos em tratamento oncológico é relevante que o enfermeiro tenha conhecimento acerca do sistema de classificação e estadiamento dos tumores, para que assim seja traçado um plano assistencial que abranja as bases terapêuticas instituídas pelo tratamento proposto, bem como orientar adequadamente

acerca dos sinais e sintomas que o paciente poderá apresentar no decorrer da doença e por fim, estabelecer junto ao paciente e familiares uma relação profissional embasada no respeito e por discernimento realista (BRASIL, 2008).

Além de possuir conhecimentos específicos, a enfermagem possui habilidades práticas e responsabilidades para uma melhor efetivação das metas estabelecidas, que devem ser claras e focadas ao paciente e na sua família, visando minimizar o sofrimento de todos os envolvidos. Consoante a isto, o atendimento prestado deve ser humanizado, buscando sempre compreender e apoiar os familiares e o paciente no processo de adoecimento. *“Pode-se dizer então que o cuidado de enfermagem exige presença, flexibilidade, co-responsabilidade, partilha de sentimentos, conhecimentos e solidariedade”* (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008 p. 76).

Nesta perspectiva Recco, Luiz e Pinto (2008) discorrem também sobre a importância da equipe de enfermagem diante os sentimentos e as emoções dos pacientes e familiares que podem surgir durante a doença. Perante o surgimento de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, a mesma deve-se fazer presente, dando todo o suporte necessário. Além disto, Silveira e Zago (2006) acrescentam, relatando a importância da presença do enfermeiro durante a avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares de idosos com câncer.

O cuidar é de grande importância quando dispensado ao cliente e torna-se mais relevante ainda, quando é direcionado a pessoas com neoplasias malignas. Percebe-se que as enfermeiras que assistem esses pacientes têm o desafio de encontrar significados e respostas aos questionamentos do processo de viver – adoecer, curar, morrer – e de implementar medidas para promover a vida ou aliviar o sofrimento (GARGIULO et al., p. 699, 2007).

Através do Processo de Enfermagem (PE) e utilizando-se todas as suas etapas o profissional poderá prestar uma assistência embasada em um cuidar científico e humanizado direcionado ao paciente oncológico e valendo-se da individualidade, crenças, valores culturais e estilo de vida de cada paciente (GARGIULO et al., 2007).

Eliopoulos (2005) elenca algumas metas apropriadas para o cuidado aos idosos com doenças crônicas, dentre elas a manutenção ou melhora da capacidade de autocuidado; incentivar os idosos a lidarem efetivamente com a doença, buscando mais conhecimentos sobre sua patologia; prevenir complicações; conseguir o mais alto nível possível de qualidade de vida e estimular a capacidade regenerativa do corpo. Além disso, a autora ainda relata que



após identificar os cuidados necessários, a enfermagem deve proporcionar e adotar medidas que promovam a inclusão da família no plano de cuidados para esses pacientes, pois a medida que a doença progride o paciente necessita cada vez mais do suporte e envolvimento familiar.

Destarte, Smeltzer e Bare (2008) expõem ainda como responsabilidades da equipe de enfermagem no cuidado a idosos com câncer: colaborar com todos os profissionais da equipe a fim de promover a continuidade do cuidado; realizar prescrições planejadas com o paciente e familiares; avaliar as necessidades de cuidado do paciente; sanar dúvidas e questionamentos do paciente; implementar um plano de cuidado de enfermagem compatível com as metas que foram estabelecidas; avaliar a compreensão do paciente quanto a sua doença; participar durante todo o tratamento e avaliar os resultados decorrentes do cuidado.

Neste interim é necessário destacar que a enfermagem deve possuir conhecimento técnico-científico específico e que são essenciais para a prática do cuidado a este público. A mesma deve desempenhar também um papel ímpar no cuidado ao paciente idoso com câncer e atitudes como um bom diálogo, atenção adequada, demonstração de afeto e respeito para com o paciente e sua família são primordiais para uma assistência de qualidade (FONTES; ALVIM, 2008).

## **3.2 A FAMÍLIA E O CÂNCER**

### **3.2.1 O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na conjuntura familiar: um enfoque ao idoso**

O momento da revelação do diagnóstico de câncer é considerado crucial para o paciente. E o modo como a notícia será transmitida pelos profissionais pode influenciar de forma significativa para a aceitação e o enfrentamento da mesma por parte da família e o idoso. Uma boa comunicação é base fundamental neste momento, tanto para os pacientes idosos quanto para os seus familiares. Assim, transmitir a notícia de um caso de câncer exige sensibilidade e preparo por parte dos profissionais da saúde, pois poderá gerar implicações psicológicas, físicas e interpessoais tanto para o paciente, quanto para os cuidadores (SILVA; ZAGO, 2005).

Partindo-se do pressuposto do princípio da autonomia, em que todos os pacientes têm o direito de ser informados sobre as suas reais condições de saúde e doença bem como das possíveis opções de tratamento, estudos realizados por Visentin, Labronici e Lenard (2007)

mostram, contudo, que por pressão das famílias, em alguns casos surge o dilema de contar ou não a respeito do diagnóstico de câncer para o paciente idoso, a fim de minimizá-lo quanto ao impacto da doença. Ainda conforme os autores, o real dilema diz respeito ao modo de como revelar a verdade, e como comunicar isto ao paciente, pois omitindo-a poderá influenciar diretamente na tomada de decisões quanto ao enfrentamento da doença.

Por se tratar de uma doença ainda muito temida na atualidade, diante o diagnóstico de uma neoplasia todos os envolvidos nesse processo perpassam sentimentos de medo, dúvidas, incertezas e angústias. Os danos podem ser físicos, psicológicos sociais e financeiros, pois os familiares lidam diariamente com situações que não eram corriqueiras no seu dia a dia. A rotina familiar comumente é alterada, pois o doente necessita de apoio familiar e exige determinados cuidados, como acompanhamento nas consultas médicas, apoio durante o tratamento contra a doença e hospitalizações (SALES et al., 2012).

Ainda sobre o impacto do diagnóstico do câncer Martins, Silva Filho e Pires (2011, p. 13) enfocam que:

o câncer, por ser uma doença crônica, acaba expondo não só a pessoa diagnosticada a um novo tipo de vida, mas também seus familiares, que veem sua rotina – não menos dolorosa que a do paciente – totalmente alterada pela situação e sofrem com o possível afastamento social que tanto eles quanto a pessoa doente podem enfrentar, por terem de passar a frequentar o hospital de forma rotineira.

Outros danos à saúde dos cuidadores e familiares são relatados pela literatura, dentre eles podemos destacar a sobrecarga física, ocorrência de depressão, apatia, distúrbios do sono, ansiedade, irritabilidade, medo, maior uso de psicotrópicos, rupturas de vínculos, isolamento, solidão, diminuição da participação social, hipersensibilidade emotiva, e perda do suporte social, pois estão lidando diretamente com situações estressoras e que suscitam impactos sobre a saúde dos mesmos (FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Entretanto, segundo Ferreira et al. (2010), apesar da doença ocasionar importantes consequências físicas e emocionais e ainda modificar as relações dos seus membros ela também pode repercutir de maneira positiva no sentido de viabilizar a união familiar. Segundo os autores, quando a família passa a aceitar o quadro clínico, estes buscam um aumento do conhecimento acerca dos cuidados necessários e as possíveis reações apresentadas pelos doentes no decorrer da patologia. À medida que a família passa a ter maiores conhecimentos acerca da doença, uma maior segurança passa a ser criada, tornando-

se assim mais instruídos para lutar contra a doença e resultando na melhoria da assistência prestada ao seu familiar.

Assim, diante o exposto, percebe-se que o câncer acarreta grandes impactos na vida das pessoas, tomando-se como base não apenas as repercussões sociais e econômicas, mas também todo sofrimento que circunda o doente e seus familiares (MESSIAS, 2005). Portanto, a forma como a família recebe o diagnóstico e percebe a doença é fundamental para determinação do modo de enfrentamento, tópico que será relatado na próxima seção.

### **3.2.2 A família como rede de apoio ao membro familiar com câncer: um enfoque ao idoso**

Tendo em vista todas as modificações ocorridas após diagnóstico de uma neoplasia, é oportuno destacar a importância da família como rede de apoio ao idoso com câncer, pois, em muitos casos, é através dela que o idoso enfrenta toda a jornada contra a doença. Além dos familiares, existem também os cuidadores que, em algumas situações não possuem nenhum vínculo familiar, mas tornam-se cuidador único e assumem diversas funções na lida com o paciente (FLORIANI; SCHRAMM, 2006). De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso entende-se por cuidador aquela pessoa, que remunerado ou não, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano (AZEVEDO; PINTO, 2010).

Assim, sabendo-se que os mesmos lidam diariamente com a doença e com as situações estressantes que a mesma acarreta é relevante conhecer as estratégias utilizadas por cuidadores e familiares para o enfrentamento do câncer. Os mesmos podem fazer uso do *coping*, para enfrentar os problemas vivenciados de maneira mais eficaz em sua vida e assim reduzir o impacto destes em sua saúde e bem-estar (PAULA JÚNIOR; ZANINI, 2012). Além de manter estáveis os estados físico, psicológico e social e controlar os eventos estressores (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

De acordo com a literatura *coping* é concebido como:

Conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas [...]. Nos últimos anos, o conceito de *coping* tem sido utilizado em vários estudos envolvendo seres humanos em situações estressantes e conflituosas, pois é cada vez maior o



interesse dos profissionais da área da saúde em avaliar a maneira como as pessoas lidam com essas situações (MARTINS et al, 2011, p. 13).

Conforme Lorencetti e Simonetti (2005), o *coping* pode ser classificado em físico (caminhar, nadar, uso de técnicas de relaxamento), psicointelectual (meditação, confecção de trabalhos artesanais, fantasias, reavaliação cognitiva), social (frequentar um clube, atividades de recreação em grupos, conversar com amigos) e espiritual (participar de atividades religiosas, ler livros religiosos, conversar com padres, pastores, rezar).

Ainda neste contexto, estudos realizados por Costa e Leite (2009) discorrem que o enfrentamento frente ao diagnóstico e tratamento oncológico é classificado em duas divisões: enfrentamento centrado no problema e enfrentamento centrado na emoção. As principais estratégias de enfrentamento focalizadas no problema por familiares e pacientes são: refletir sobre o problema, buscar atendimento médico, seguir corretamente o tratamento, realizar cuidados com o corpo e buscar informações. Estas estratégias atuam diretamente no problema a fim de solucioná-lo. Já as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção utilizam como apoio o suporte religioso, medidas de autocontrole, busca de suporte familiar, participação em grupos de idosos, comportamento aditivo, uso do bom-humor, distração e fatalismo, com o objetivo de retomar as emoções e manter o equilíbrio emocional que foi prejudicado devido à presença da doença. Para tanto, evidencia-se que a principal forma de enfrentamento centrado na emoção é o suporte religioso, e refletir sobre o problema foi a estratégia mais utilizada entre os mecanismos de enfrentamento focalizados no problema.

A família configura-se, portanto, como indispensável no processo de suporte ao idoso com câncer, principalmente porque a doença não é um problema a ser enfrentado somente pelo indivíduo, mas também pelos seus familiares, amigos e pessoas do seu convívio. Segundo Ferreira et al. (2010), toda a família deve estar unida em busca de um objetivo comum, participar no cuidado a ser prestado, dar apoio emocional, e ajudar em tudo que for possível para ajudar o doente a superar seus temores diante o diagnóstico e tratamento do câncer.



## **4 Metodologia**

#### 4.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza transversal, com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), o estudo exploratório-descritivo visa familiarizar-se, por meio de levantamento de opiniões, crenças e atitudes, com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão, visando o aprimoramento de ideias e intuições a partir da familiarização da problemática.

Sobre a pesquisa qualitativa Minayo (2009) enfoca que esta trata-se uma atividade da ciência, a qual visa a construção da realidade, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Segundo a mesma autora, este tipo de pesquisa busca elucidar questionamentos específicos por meio da escuta dos sujeitos, para que sequencialmente possa ser possível a interpretação dos fenômenos cujos significados estão vinculados a um dado contexto.

Dessa maneira, a opção por este tipo de estudo é justificável devido o objeto centrar-se na aquisição de pensamentos coletivos, onde a apreensão dos mesmos torna-se o foco da investigação.

#### 4.2 Participantes, local e duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cuité – PB, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba, especificamente na rede de atenção primária do referido município. Esta, conta com nove Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo quatro na zona rural e cinco na zona urbana (UBSF Abílio Chacon; UBSF Ezequias Venâncio da Fonseca; UBSF Luiza Dantas de Medeiros; UBSF Diomedes Lucas de Carvalho e a UBSF Raimunda Domingos de Moura), sendo na zona urbana onde se procedeu a pesquisa.

A escolha do cenário para a realização da pesquisa justificou-se devido à acessibilidade ao local (**ANEXO A**) e por tratar-se de um município que alberga uma população significativa de idosos, aproximadamente 2.406 (UBSF Abílio Chacon – 581

idosos; UBSF Ezequias Venâncio da Fonseca – 518; UBSF Luiza Dantas – 455; UBSF Diomedes Lucas – 467; e UBSF Raimunda Domingos – 385). A coleta de dados teve duração de três meses, ocorrendo entre dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Participaram da pesquisa 10 familiares de idosos com câncer submetidos a tratamento para o câncer, sendo selecionados dois familiares de cada uma das unidades mencionadas. A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória a partir de sorteio de prontuários disponibilizados pelas equipes da UBSF. Entretanto, para melhor homogeneidade do grupo pesquisado se estabeleceram critérios de inclusão a saber: Familiares acima dos 18 anos e que residam com o idoso; Familiares que acompanham o idoso desde o período do diagnóstico de câncer até o tratamento estabelecido; Foram excluídos da pesquisa: Familiares com transtorno mental e aqueles que se recusaram em participar da pesquisa.

Salientamos que as entrevistas foram realizadas no domicílio dos familiares nos turnos matutino (08:00 às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h) conforme a disponibilidade do acompanhante, do familiar e do pesquisador participante.

#### 4.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados mediante a realização de uma entrevista a qual foi devidamente gravada, sendo utilizado, para este fim, um aparelho de MP3 player, o qual garantiu maior fidelidade e veracidade das informações coletadas. Após essa etapa, o material foi transcrito na íntegra e analisado a luz da literatura pertinente.

O instrumento roteiro de coleta (**APÊNDICE A**) foi composto por 15 (quinze) questões objetivas e subjetivas, dividido em duas seções. A primeira, referente à identificação e caracterização sócio-demográfica dos familiares (Gênero, Idade, Estado civil, Escolaridade, Profissão e Renda Familiar) e a segunda composta por questões subjetivas, voltadas à abordagem da temática central do estudo. Assim, os participantes foram questionados a partir das seguintes questões norteadoras: Como foi para a família receber o diagnóstico de câncer no idoso? Como você percebe a abordagem do profissional frente à revelação do diagnóstico a família? Como é a convivência familiar atualmente com o idoso após o diagnóstico do câncer? Houve mudanças na rotina da família? De que maneira a família buscou/busca estratégias de enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento do câncer no idoso? Como



você percebe a participação da família no cuidado a ao idoso com câncer? Fale sobre dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso com câncer.

O procedimento da pesquisa constou de etapas que se iniciou mediante envio de um ofício (**APÊNDICE B**) à Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, informando-a sobre o estudo e solicitando sua autorização para a realização da pesquisa, assim como para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Após essa autorização, o projeto foi submetido para apreciação a Plataforma Brasil mediante envio do Termo de submissão do projeto (**ANEXO B**) e encaminhado para Comitê de Ética em Pesquisa designado pela Plataforma Brasil. Após a aprovação e de posse com a certidão provisória a pesquisa foi iniciada após a seleção e autorização voluntária dos participantes selecionados.

#### 4.4 Análise dos dados

Para a análise qualitativa dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, sob a ótica de Minayo (2009), o qual explicita etapas distintas: *a) Entrevista transcrita na íntegra e realização de leitura flutuante do material, com vistas à apreensão do todo;* *b) Determinação das unidades de análise, registro ou unidades de significados ou temas.* Segundo Oliveira (2008, p. 572), “as unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas objeto, personagem, acontecimento e documento”. Nesta etapa busca-se identificar pontos convergentes nos questionamentos e agrupamentos de ideias semelhantes; *c) Processo de categorização e sub-categorização*, caracterizada como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de proximidade, e que podem exprimir significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo; e *d) Análise propriamente dita do material empírico produzido.* Nesta etapa após a análise, possibilita-se a titulação da Unidade temática central ou núcleo de sentido, permitindo ao pesquisador propor inferências e interpretações relativas aos objetivos do estudo e descobertas advindas desta análise.

Sequencialmente, após a realização das etapas mencionadas anteriormente os dados foram analisados e discutidos a luz da literatura pertinente ao tema proposto.

#### 4.5 Aspectos éticos da pesquisa



A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS/UFPB) (**ANEXO C**) sugerido e designado pela Plataforma Brasil, conforme exigências estabelecidas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos.

O procedimento fez-se em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada familiar, onde foram explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE C**). O segundo ocorreu a partir da concordância para participar da pesquisa, sendo este documento assinado pelos familiares e pesquisadores responsáveis. Foi explicitado a livre opção em aceitar ou não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive o(a) participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização da coleta de dados. Salientamos ainda que ao participante foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Nós, pesquisadores, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas na Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares (**APÊNDICE D**), assinando também um termo de compromisso, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (**APÊNDICE E**).

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).



## **5 Resultados e Discussão**

## CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram deste estudo 10 (dez) familiares de idosos em tratamento oncológico, residentes e cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cuité - PB. A faixa etária dos participantes variou de 30 a 75 anos, sendo a maioria do sexo feminino, relação conjugal estável e com uma renda familiar superior a um salário mínimo, apesar de não exercerem atividades laborais fora do domicílio. O tipo de câncer predominante entre os idosos foi o de mama, cuja idade variou de 63 a 88 anos, sendo a maioria mulheres. Uma parte dos idosos foi diagnosticada com câncer há aproximadamente um ano ou mais, onde ainda permanecem em acompanhamento especializado nos centros de tratamento oncológico (Quadro 1).

**Quadro 1:** Dados sócio-demográficos dos familiares de idosos com câncer. Brasil, Paraíba. Cuité, 2014.

Familiar	Sexo	Idade	Estado Civil	Nível Escolar	Parentesco	Trabalho	Renda familiar	Idade do Idoso	Tipo de Câncer	Tempo de Diagnóstico
F1	F	63 anos	Casada	EF	Esposa	Não	MSM	67 anos	Laringe	10 anos
F2	M	63 anos	Casado	EF	Esposo	Não	MSM	64 anos	Mama	1 ano
F3	F	70 anos	Casada	EF	Esposa	Não	MSM	88 anos	Nariz/Próstata	6 anos
F4	F	30 anos	Casada	EM	Filha	Não	USM	65 anos	Laringe	1 ano
F5	F	43 anos	Solteira	EM	Filha	Sim	USM	84 anos	Linfoma NH	6 anos
F6	F	38 anos	Casada	ES	Nora	Sim	MSM	65 anos	Tireóide	1 mês
F7	F	35 anos	Casada	EM	Irmã	Sim	MSM	67 anos	Mama	4 anos
F8	F	59 anos	Casada	EF	Irmã	Não	USM	65 anos	Mama	7 anos
F9	M	75 anos	Casado	EF	Esposo	Não	USM	63 anos	Linfoma NH	7 anos
F10	F	38 anos	Solteira	ES	Filha	Não	MSM	70 anos	Mama	1 ano

**Nota:** F: Feminino; M: Masculino; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior; MSM: Mais que um salário mínimo; USM: Um salário mínimo; NH: Não-Hodking.

**Fonte:** Dados da pesquisa (2014).

As Unidades Temáticas Centrais ou Núcleos de Sentido definiram-se a partir da análise detalhada dos discursos dos participantes, intitulando-se: *A revelação do diagnóstico de câncer e as repercussões na família, Desvelando dificuldades e estratégias de enfrentamento familiares no tratamento do idoso oncológico*. Para possibilitar uma discussão mais aprofundada acerca dos referidos núcleos, mediante a técnica de Análise de

Conteúdo na Modalidade Temática, emergiram categorias, apresentadas a seguir, permitindo assim uma melhor discussão e direcionamento do estudo.

### **5.1 NÚCLEO DE SENTIDO I: A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E AS REPERCUSSÕES NA FAMÍLIA**

***Categoria I: O impacto do diagnóstico de câncer para a família: um conflito de sentimentos.***

O diagnóstico de uma doença grave pode gerar inúmeras repercussões a quem o recebe, seja ao paciente ou familiar. Este desconforto se agrava ainda mais quando se trata de uma doença como o câncer, comumente visto como um processo irreversível e associado a um desfecho fatal. Para a literatura, o diagnóstico de câncer é considerado uma situação trágica que acarretará em mudanças significativas na vida e no futuro das pessoas envolvidas com o ser acometido pela doença (PANOBIANCO et al., 2012).

Este diagnóstico traz implicações no âmbito físico, financeiro e interpessoal, afetando o comportamento, relacionamentos sociais, percepção do paciente e seus familiares, bem como no prognóstico da doença. Ademais, geralmente é acompanhado por grande estresse psicológico, pois os pacientes e familiares deparam-se com um diagnóstico cuja perspectiva de futuro é ameaçada (SILVA; ZAGO, 2005; SALCI; SALES; MARCON, 2008).

Para os familiares deste estudo, não diferente do que retrata a maioria das pesquisas relacionadas ao tema, o câncer é visto como doença grave e como sinônimo de morte iminente. Portanto, a revelação do diagnóstico foi uma situação negativa e inesperada para os familiares. Ao receberem a notícia, a família experienciou sentimentos e reações diversas como negação, choque, medo, incertezas, tristeza, impotência, angústia assim como demora na aceitação inicial do diagnóstico como revelaram os depoimentos:

*foi um choque muito grande para todos porque a gente não esperava e quando foi descoberto ficou todo mundo chocado [...] (F1).*

*para mim foi um choque, não quis acreditar logo de início sabe. É muito duro ouvir esse diagnóstico. Foi tanta coisa que me veio à cabeça, mas o medo e a incerteza do futuro tomou conta de mim na hora [...] (F4).*



*foi angustiante, porque ninguém podia fazer nada. A gente ficou triste demais e se sentiu impotente porque não podia fazer nada (F5).*

*foi muito difícil e ainda esta sendo, principalmente porque faz pouco tempo ainda. Eu fiquei chocada e sem reação na hora. Eu não quis aceitar no início e até demorei a aceitar, mas estou tentando ser forte sem ser e tem hora que a gente desmorona também. Não está sendo fácil. Na hora me deu uma tristeza, um medo tão grande que não gosto nem de lembrar. Para mim foi um choque muito grande (F6).*

*foi uma surpresa para gente. Ninguém esperava essa notícia. Ficamos chocados na hora, quando a gente soube ficou todo mundo doido, porque entra em pânico mesmo, angustiado e sem acreditar. Ninguém queria aceitar na hora [...] demorou para aceitarmos (F8).*

Como se pôde perceber a revelação diagnóstica de câncer para os familiares causou um forte impacto, cujo significado do termo, conforme Ferreira (2010) remete-se a choque, abalo psicológico ou moral causado por um determinado acontecimento. Para os familiares o momento do diagnóstico foi angustiante e de difícil aceitabilidade por tratar-se de uma condição de saúde inesperada e que alberga uma doença de características complexas.

Os sentimentos revelados neste estudo corroboram com os resultados obtidos por Martins, Filho e Pires (2011), os quais também evidenciaram por parte dos familiares receptores da notícia sentimentos de tristeza, angústia, impotência, preocupação e medo da perda do ente querido. Apesar de não evidenciá-las neste estudo, Visoná, Prevedello e Souza (2012) mencionam ainda a possibilidade da presença de manifestações psíquicas e comportamentais que podem surgir neste momento. Dentre as mais comuns encontram-se a ansiedade, frustração, desamparo, raiva, sentimentos de fracasso e vulnerabilidade.

Mesmo vivenciando a revelação do diagnóstico de câncer como um momento trágico e desesperador, os familiares compreenderam que manter-se fortes, não transmitir sentimentos de desesperança e tristeza para o idoso seria uma condição fundamental para que o mesmo pudesse sentir-se mais seguro e motivado a tratar-se e superar o câncer. Assim, foi unânime entre os entrevistados a necessidade em ultrapassar os sentimentos negativos e demonstrar capacidade de superação frente ao processo da doença.

*[...] a família quando se trata desses problemas de doença não pode se abater, e como o paciente recebe aquela notícia pra ele é pior do que pra gente, então diante dessa situação a gente tem que ser mais fortes do que eles, dá bastante força, não chorar na frente, não entrar em desespero [...] (F4).*

*o mundo estava caindo sobre mim, mas na frente dela eu era forte. Nunca demonstrei minha tristeza, ao contrário, sempre colocava ela para cima e dizia que iríamos superar tudo, mas não foi fácil [...] (F6).*

*a gente não procurou demonstrar para ele nada de ruim, sempre procuramos ser forte para ele (F7).*

Para Messias (2005), a família sofre imensamente com o adoecimento de um dos seus membros, porém o que se espera é que os demais integrantes da família busquem forças para dar apoio ao idoso que está passando por um momento difícil e bastante conturbado.

As famílias constituem-se como principal rede de apoio ao paciente e surgem neste contexto como uma proteção às alterações aos quais os pacientes com câncer estão sujeitos. Percebeu-se que os familiares deste estudo procuraram transmitir força e não demonstrar os sentimentos de negatividade na presença do idoso com intuito de poupá-los e não preocupá-los.

### ***Categoria II: A relação dialógica entre a família e o profissional de saúde frente ao diagnóstico de câncer.***

O modo como será comunicado aos familiares e pacientes o diagnóstico de uma doença, especificamente o de câncer, pode influenciar diretamente nos sentimentos que serão gerados a partir deste momento e na maneira como encarar a doença. Para Vita (2012) uma má notícia altera a visão de um paciente e certamente da família sobre si e seu futuro. Neste sentido, é fundamental que, todo o contexto de como esta informação será transmitida, seja ao paciente ou a família, deve ser levada em consideração pelo profissional de saúde.

As características da revelação de um diagnóstico são fundamentais para minimizar a dor, o sofrimento e viabilizar a aceitação da doença não apenas para o paciente como para os familiares envolvidos no momento da revelação (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

Para Silva (2005), a forma, o local e o tempo disponibilizado pelo profissional para a revelação da notícia são aspectos fundamentais para minimizar ou não a dor do familiar receptor. Muitos estudos evidenciam que o tempo é demasiadamente curto para a formação de vínculos entre profissionais e os familiares/paciente. Além disso, não possibilita condições

fundamentais de ouvir e se fazer ouvir. No presente estudo, os familiares consideraram o tempo disponibilizado pelos profissionais insuficiente, menos de quinze minutos, para que pudessem externar suas dúvidas e os caminhos que teriam que seguir daquele momento em diante. Isso causou desalento e aflição por parte da maioria dos entrevistados, visto que se sentiram desorientados naquele momento.

*a notícia foi rápida não durou mais que 15 minutos. Ele leu o resultado e me explicou o que era a doença e o tratamento, mas eu queria mais sabe... Eu queria perguntar tanta coisa, mas na hora fiquei sem rumo, meio fora do ar. Não deu tempo (F3).*

*o médico foi direto com a gente. Não demorou muito. Eu fiquei meio triste com isso também porque gostaria de mais tempo para poder perguntar mais. É que na hora é um choque e você não consegue perguntar muita coisa [...] queria um tempo maior para fazer perguntas, mas não deu (F9).*

*foi tudo tão rápido. Não deu tempo de perguntar muita coisa. Eu até queria, mas não consegui [...] foi tudo muito apressado (F6).*

Apesar de considerar a demanda de atendimento um entrave institucional inviabilizando atenção e mesmo um atendimento adequado por parte do profissional de saúde, especialmente o médico, ao paciente oncológico e a família, é preciso que se criem condições ideais frente às situações delicadas como o momento da revelação desta doença, por exemplo. O momento da notícia é importante para que a família possa suprir suas necessidades de informações. A variável tempo certamente é um ponto chave para que o profissional também possa expor de forma clara os aspectos que permeiam a doença como tratamento, prognóstico e outras especificidades que sejam importantes para a família.

Outro aspecto a ser considerado remete-se a variável comunicação. A forma de transmitir a informação pode influenciar a aceitação ou não da doença. Conforme exposto a seguir, o diagnóstico de câncer foi dado para as famílias de forma direta, objetiva e sem um preparo prévio. Assim, a relação dialógica estabelecida entre o profissional de saúde ocorreu de forma fria e não humanizada, repercutindo negativamente entre os entrevistados.

*ele foi dizendo o diagnóstico e pronto [...] poderia ter sido menos doloroso se ele tivesse preparado melhor a gente [...] (F2).*



*[...] eu achei da parte do médico, assim muito chato da forma que ele deu a notícia, porque ele não preparou a gente para dar a notícia, ele deu assim na lata. Ela está com um câncer e acabou... (F4).*

*foi triste, todos do hospital comentavam que o médico era muito grosso e ele realmente foi [...] quando estávamos na frente do médico, ele foi direto, na maior cara de pau [...] disse que ia tirar a mama dela porque estava com câncer (F8).*

*a primeira médica que não era especialista foi bastante direta e fria. Ela já disse que tinha 90% de chance de ser e não preparou a gente não. (F10).*

É necessário que os profissionais envolvidos neste momento estejam preparados e capacitados para transmitir esta notícia, visto que o modo como a qual será passada influencia no entendimento dos familiares e na tomada de decisões necessárias para o tratamento. É válido investigar junto à família o seu estado emocional e como esta poderá reagir diante de situações difíceis, para que assim haja uma preparação maior por parte do profissional antes desta comunicação.

Para Silva (2005), a maioria dos médicos, geralmente os responsáveis pela transmissão do diagnóstico, além de objetivos, utilizam termos técnicos de difícil compreensão para o ouvinte. Contudo, é necessário que o profissional leve em consideração os aspectos culturais e sociais do doente e dos familiares no momento da revelação de um diagnóstico, a fim de assegurar que ambos tenham compreendido o fluxo de informações. Conforme o autor a comunicação do diagnóstico tem um papel fundamental no processo de interação médico/paciente/família, sendo assim é indispensável que esta se estabeleça de forma simples, honesta e respeitosa.

A presença dessa equipe multiprofissional incluindo o psicólogo, assistente social e enfermeiros, pode facilitar o diálogo, visto que cada profissional tem uma maneira diferenciada de comunicação com os pacientes, favorecendo no manejo da problemática (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012).

Apesar de considerarmos que a participação de uma equipe multidisciplinar no momento do diagnóstico é essencial para minimizar o sofrimento e preparar melhor o paciente e a família para a descoberta da doença, Silva e Zago (2005), mencionam o médico como principal profissional revelador desta notícia, pois em grande parte dos casos é dele que os familiares preferem recebê-la. Contudo, os autores apontam ainda em seu estudo a preferência



pela figura do profissional de Enfermagem como revelador do diagnóstico. Esta preferência deve-se ao fato da enfermagem estar lidando nos cuidados diretos com os pacientes e por permanecer mais tempo em contato com o idoso e sua família, criando vínculos entre os mesmos.

Gargiulo et al. (2007) enfocam que a assistência de enfermagem no momento do diagnóstico está voltada para o aspecto emocional, sendo função da enfermagem assistir o paciente holisticamente e oferecer suporte as famílias através da humanização e do acolhimento.

Percebe-se que cada família reage de uma maneira peculiar diante o diagnóstico de câncer e que a forma como esta notícia será transmitida é de grande importância no contexto ao qual estão inseridos. Para tanto, não existe uma conduta profissional única para todos os casos, mas sabe-se que deve ocorrer de forma delicada, educada e compreensível, respeitando a individualidade e peculiaridade de cada paciente e sua família.

Assim, com a presença de uma equipe multiprofissional e capacitada para atuar nestas situações, certamente a relação dialógica entre família e profissionais ocorrerá de forma mais harmoniosa.

### ***Categoria III: Alterações na rotina e relações familiares: uma fase de perdas e ganhos.***

O diagnóstico de uma doença, especificamente o câncer, pode repercutir de diversas formas na conjuntura familiar. Corroborando os achados de Tavares e Trad (2009), constatou-se que o diagnóstico e o tratamento desta patologia acarretam mudanças na rotina familiar, que a princípio perpassa por uma gama de adaptações, pois se deparam com novos cuidados e tarefas que antes não desempenhavam. A maioria dos participantes da pesquisa mencionaram a necessidade de dedicação integral, aumento da responsabilidade, necessidade de planejamento do tempo para dividirem-se entre o trabalho, atividades domésticas e as demandas do idoso, como as principais alterações ocorridas na família.

*eu fico só cuidando dele, levando pra médico, atrás de exame [...] mudou sim minha rotina porque eu vivo só em casa mesmo, cuidando dele somente [...] a responsabilidade aumentou muito [...] (F1).*

*a correria aumentou porque tenho que me dividir entre ele, as coisas de casa, o marido, os filhos também. Meu tempo é todo cronometrado*

*e tem que ser assim porque se não for não consigo fazer tudo direito (F3).*

*Mudou porque tenho que me dividir entre ela e as coisas de casa e do trabalho. É muito corrido o meu dia-dia (F5).*

*todo mundo teve que mudar um pouco a sua rotina. Um foi no trabalho, outro foi em casa com a família, porque todo mundo tem suas coisas, mas teve que mudar por causa dela (F10).*

Estudos pontuam ainda a possibilidade de mudanças em outros aspectos como na relação conjugal e nos papéis familiares. Neste contexto, Sales et al. (2012) enfocam que o câncer representa um evento extremamente estressante para a família, podendo comprometer até mesmo a qualidade de vida desta, o que reforça a necessidade de que os profissionais que os assistem forneçam além de atendimento técnico, um suporte psicossocial reconhecidamente indispensável ao tratamento oncológico.

Neste estudo, os cuidados específicos geralmente foram realizados pela(o) esposa(o), filhos e irmã, em sua maioria do sexo feminino. Conforme Ribeiro e Souza (2010), estes cuidadores são classificados como primários, pois assumem todas as responsabilidades, incluindo os cuidados com higiene, alimentação, acompanhamento nas internações, exames e consultas de rotina.

Para Visoná, Prevedello e Souza (2012), as alterações somáticas ocasionadas pelo câncer fazem com que muitos pacientes se tornem condicionados ao cuidado integral, visto que se trata de uma patologia que, muitas vezes, requer um tratamento longo, com riscos de complicações e incapacidades funcionais.

Diante destas circunstâncias é importante considerar a divisão de tarefas entre os familiares, pois a concentração de atividades e o cuidado centralizado podem ocasionar prejuízos físicos, emocionais e em outras vertentes como nas relações familiares, na vida social, no lazer e no trabalho. Contudo, apesar das modificações e adaptações necessárias na rotina diária, percebeu-se que todas foram superadas a partir da colaboração dos membros da família. Neste caso, a descoberta do câncer no idoso serviu para torná-los mais unidos em prol da superação da doença.

*[...] todo mundo ajudou um pouco. Um fazia uma coisa, outro fazia outra e assim fomos superando tudo até hoje. Acho que se não fôssemos unidos não teria dado certo não (F3).*

*[...] apesar de ter sido tudo muito doído, uma coisa serviu essa doença, foi pra deixar a família mais unida ainda [...](F4).*

*está todo mundo (a família) empenhado em ajudar ela (a idosa) [...](F6).*

*[...] a gente se juntou mais ainda, nos tornamos mais unidas [...](F7).*

*[...] não esta sendo fácil, mas poderia ser ainda pior se todo mundo não ajudasse. Com a graça de Deus a família se uniu e estamos conseguindo seguir com ele (o idoso) dia após dia na luta (F8).*

*[...] Todo mundo se fez bastante ativo, até porque nossa família é muito grande, fizemos um rodízio e a gente sempre ficava revezando quem levava ela para o hospital, quem levava pra fazer exames, quem ficava com ela... tivemos que fazer esse rodízio de quem ia, de quem não ia, quem ficava qual dia... (F10).*

Segundo Ferreira et al. (2010), o tratamento oncológico fez vir à tona sentimentos que estavam poucos esquecidos ou não demonstrados, onde a família se une em busca de um objetivo comum: ajudar o idoso no tratamento contra o câncer.

Diante os depoimentos, constatou-se que a doença surge como uma fase de perdas e ganhos, uma vez que, apesar de repercutir negativamente na rotina e nos sentimentos dos familiares, ela também emergiu sentimentos de carinho, amor e dedicação, ou seja, as famílias se (re)organizaram para ajudar, unindo-se, aproximando-se, cooperando, estreitando laços e dividindo as tarefas. Certamente para o idoso receber o apoio emocional da família e vislumbrar que os mesmos estão unidos e participando diretamente no seu cuidado é de grande relevância para o enfrentamento do câncer. É através do apoio familiar que o paciente sente-se seguro e com esperança para vencer a doença.

Assim, percebe-se que o câncer traz repercussões para o doente e sua família, impondo mudanças, exigindo reorganização na dinâmica familiar para os cuidados que deverão ser realizados durante todo o trajeto da doença (CARVALHO, 2008; FERREIRA et al., 2010).

## **5.2 NÚCLEO DE SENTIDO II: DESVELANDO DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO FAMILIARES NO TRATAMENTO DO IDOSO ONCOLÓGICO**

***Categoria I: O cuidado ao idoso com câncer: evidenciando dificuldades familiares.***



O tratamento do câncer acarreta sofrimento para o idoso e sua família, ocasionando impacto negativo na vida de todos os envolvidos no processo de cuidar, além disso, surgem repercussões sociais, físicas, psicológicas e financeiras.

Por tratar-se de uma doença crônica e requerer tratamento complexo, especializado e de longa duração, a questão financeira dos familiares acaba por sofrer alterações. Este fator pode comprometer o seguimento do tratamento e os cuidados que a doença exige (CARVALHO, 2008). Para Floriani e Schramm (2006), esta sobrecarga econômica é um fator que costuma ser significativo ponto estressor para as famílias, corroborando os depoimentos do estudo em tela.

*é difícil porque a gente gasta muito e as condições são poucas, [...] a gente compra os remédios de tomar e passar no corpo, são quase 11 anos nessa luta (F3).*

*de certa forma uma doença prolongada dessa não é brincadeira, a gente chegou um ponto que acabou todas as reservas que tínhamos, meu filho ajudava muito, mas nosso salário era pouco, nós passamos dificuldade assim de não ter dinheiro, mas sempre arrumávamos ajuda (F9).*

*além da dor que a gente passa da doença tem uma grande dificuldade são os gastos. É dinheiro para uma coisa para outra e como não temos tanta condição é muito difícil (F7).*

Podemos observar nos depoimentos as dificuldades financeiras pelas quais perpassam as famílias estudadas. Os entrevistados mencionaram e queixaram-se dessa dificuldade principalmente para arcar com as despesas provenientes do tratamento com a doença. A maioria destas famílias possui renda familiar de um ou mais de um salário mínimo. Além dos gastos básicos com as despesas da casa, surgem ainda os custos do tratamento como alimentação especial, exames, internações, deslocamento para realização do tratamento, compra de insumos para os cuidados diários, dentre outros gastos.

Mesmo que todo o tratamento seja direito do paciente e devendo ser assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), muitos familiares decidem não esperar tendo em vista a burocracia enfrentada e o tempo de espera longínquo, optando por fazer alguns esforços e conseguir por conta própria, ou através da ajuda da família, recursos financeiros para a realização exames e/ou aquisição de insumos necessários para o tratamento.



*uma dificuldade que eu achei que teve, a forma das consultas no hospital e a demora para conseguir o tratamento. Só precisamos pelo SUS da radioterapia, porque a gente já tinha gastado muito com ela, não tinha mais como a gente pagar (F4).*

*uma coisa ruim disso tudo é a demora para conseguir as coisas do tratamento [...] como demora o jeito é conseguir algumas coisas particular mesmo (F8).*

Conforme Visoná, Prevedello e Souza (2012), muitas famílias não são informadas a respeito da proteção especial do Estado para o paciente com câncer, o que poderia diminuir a sobrecarga econômica para a família. Segundo os autores, existem leis de proteção e auxílio para a pessoa acometida por esta patologia e que ainda não são amplamente divulgadas para a população. Segundo o INCA (2012) alguns dos direitos são: auxílio doença e aposentadoria; redução dos impostos; tratamento fora do domicílio; saque de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço(FGTS); e do Programa e Integração Social (PIS). O paciente idoso oncológico tem direito ainda ao amparo assistencial referente a um salário mínimo mensal, isenção de imposto de renda e ao bilhete de viagem do idoso, que garante passagem interestadual gratuita ou 50,0% do valor.

Ressalta-se que a cidade de Cuité (PB), município em que os idosos e familiares referentes a este estudo residem, está localizada a 114 quilômetros de distância de Campina Grande (PB), cidade na qual os pacientes realizam tratamentos para o câncer como quimioterapia, radioterapia e em alguns casos procedimentos cirúrgicos. Devido ao município de Cuité não ofertar serviços especializados em oncologia, os pacientes são referenciados para outras cidades circunvizinhas. Neste contexto, os deslocamentos contínuos para os Centros Especializados de tratamento ficaram evidenciados como uma das dificuldades vivenciadas pelas famílias entrevistadas, devido aos desgastes físicos e financeiros.

*se deslocar daqui para outra cidade, aí eu acho isso muito difícil porque dá muito trabalho e gasta muito [...] quando estava no tratamento mesmo era mais difícil. Eu tinha que ir todos os dias. Eu passei três meses indo todos os dias porque ele fazia radio e quimioterapia, aí agora estou indo só as consultas de rotina, [...] é somente as dificuldades não tem nada fácil (F1).*

*[...] o deslocamento é desgastante não só pelo gasto que a gente têm, mas pelo desgaste físico nosso e dele também [...] (F4).*

*[...] foi difícilimo se deslocar daqui para Campina para o tratamento, nós ficamos quase sem nada, o salário só dava para a feira, pois ela tinha que se alimentar [...] sem falar no desgaste físico dele e nosso (F9).*

A ausência de um Centro Especializado em Oncologia na cidade onde se realizou a pesquisa consiste em uma dificuldade apontada pelos familiares, visto que a necessidade de deslocamentos diários repercute não apenas financeiramente, mas fisicamente para o paciente e os familiares que acompanham, pois enfrentam esta rotina diária.

É sabido, que este tipo de tratamento pode gerar reações adversas tais como náuseas, vômitos, mal-estar, dentre outros sintomas e para as famílias, o acompanhamento em algumas fases do tratamento como, por exemplo, durante a realização das sessões de quimioterapia foi um processo difícil e desgastante potencializado pela necessidade de deslocamento intermunicipal frequente.

*[...] quando ela ia pra Campina Grande e voltava era como se ela tivesse drogada, porque a quimio é muito forte. Quando ela chegava e comia ela vomitava botava tudo pra fora, era forte demais [...] enfrentar a estrada e ainda por cima os sintomas colaterais foi um das grandes dificuldades para a gente da família (F5).*

*[...] as sessões de quimioterapia eram difíceis, mas o pior ainda era que depois de enfrentá-las tínhamos que viajar, pois é enfrentar uma quimio e ter que viajar [...] isso acabava mais ainda com ele e com a gente também, foi muito desgaste [...] (F7).*

*[...] a maior dificuldade foi na época que o cabelo dela caiu tanto na primeira como na segunda vez que o câncer voltou, porque ela é muito vaidosa e isso mexeu muito com ela [...], além disso, tudo ficava mais difícil pelo tratamento ser distante [...] (F10).*

De acordo com Kohlsdorf e Costa júnior (2010), a dificuldade em lidar com os efeitos colaterais é algo bastante comum entre os familiares, especialmente durante as primeiras semanas de quimioterapia, corroborando os resultados da pesquisa em tela. Contudo, ao longo do tempo é natural a ocorrência do processo de adaptação que vêm aliados aos mecanismos de aprendizagem para lidar com tais efeitos.

As famílias deparam-se com demandas distintas ao longo do tratamento do idoso com câncer e costumam lidar diferentemente com as dificuldades encontradas, buscando

estabelecer estratégias de enfrentamento a fim de superar as dificuldades e dar seguimento ao tratamento e a cura do ente querido.

A seguir discorreremos sobre as principais medidas de enfrentamento utilizadas pelas famílias para superar a doença.

***Categoria II: A fé em Deus, a religião e o apoio familiar como estratégias de Coping utilizadas pela família frente ao tratamento do câncer.***

Para enfrentar o adoecimento de um ente querido e adaptar-se melhor a nova rotina, os familiares podem fazer uso do *Coping*, o qual é definido como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a situações adversas, estressantes e conflituosas (MARTINS; FILHO; PIRES, 2011). Costa e Leite (2009) corroboram que estas estratégias de enfrentamento são usadas como mediadoras entre as demandas exigidas pela doença e as respostas que os indivíduos produzem frente à mesma.

No presente estudo, a fé em Deus surge como uma das estratégias de enfrentamento utilizada pelos familiares diante do diagnóstico e tratamento do câncer. Segundo Costa e Leite (2009), a religião e a fé ocupam um importante espaço na vida das pessoas, podendo auxiliá-las a encontrar o significado no mundo e respostas sobre o porquê da doença. Ademais é vislumbrada como uma estratégia para a recuperação da força perdida com as demandas da doença e do tratamento.

*a gente teve muita fé em Deus [...] logo somos muito católicos e foi a fé e a igreja que nos deu força para enfrentar tudo isso (F1).*

*foi a fé que moveu a família [...] ele passou por muita coisa, mas nunca perdemos a fé em Deus e graças a ela que conseguimos coragem para enfrentar a doença e vencer (F3).*

*agradeço muito a Deus, pois ele coloca anjos na nossa vida e pra gente não está sendo diferente não. Eu resumiria tudo isso em uma única palavra: Deus. A fé em Deus foi o que nos deu forças para seguir a luta [...] (F6).*

*Deus sempre [...] minha família é toda evangélica. A gente acredita muito nisso... Deus trás as coisas na hora certa e leva embora também na hora certa. Graças a nossa fé em Deus que conseguimos enfrentar as dificuldades (F7).*



*a principal forma foi através da igreja, nossa família é toda evangélica então a igreja foi um ponto de escape muito grande, onde a gente conseguia dar esperança a ela também né, levando ela pra igreja, animando ela, aí foi o maior apoio dentro da igreja (F10).*

Através dos depoimentos percebe-se que a fé ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas, e que os mesmos atribuem a Deus a principal forma de obter forças para encarar a doença. É também através do suporte de uma religião que as famílias encontram coragem para enfrentar as dificuldades e buscar esperança para repassá-la ao idoso doente.

Conforme Aquino e Zago (2007), buscar ajuda na religião através de práticas rituais ou pela invocação a Deus no momento da doença ou quando a mesma está se agravando é uma estratégia acessível, visto que os indivíduos visualizam o suporte religioso como uma forma para lidar com a doença com mais esperança.

Neste ínterim, percebe-se que as práticas religiosas são redes de apoio e suporte para a família e o idoso, e devido ao diagnóstico e prognóstico de uma doença grave os mesmos utilizam-se destas como uma estratégia de *Coping* frente ao tratamento e dificuldades experienciadas.

Segundo Teixeira e Lefèvre (2008), com o avançar da idade, os comportamentos religiosos são ainda mais observados e os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que estão prestando cuidados rotineiramente, devem estar atentos sobre a importância do uso da religião como uma forma de enxergar o mundo e enfrentar o estresse advindo da doença. Os idosos e familiares em tratamento oncológico utilizam a religiosidade como uma forma de enfrentar a doença e buscar alívio quando se encontram angustiados. Neste sentido, é importante que haja respeito, aceitação e o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia com os pacientes e aqueles que exercem a função de cuidar em saúde.

Outra estratégia de enfrentamento utilizada pelas famílias deste estudo foi à busca pelo apoio mútuo entre os familiares como evidenciam as falas:

*o apoio familiar foi muito importante diante da doença. Nós só conseguimos vencer por causa do apoio da nossa família. Se não fosse um se apoiando um no outro não teríamos conseguido (F2).*

*o apoio familiar foi fundamental para enfrentar a doença [...] todo mundo colaborou, ajudou no que foi possível. Esse apoio que buscamos um no outro foi, assim, muito importante para que tudo corresse bem e as coisas não desandassem na família (F5).*



*o apoio da família é fundamental [...] sem ele não tem como superar. Foi muito importante a união e o apoio de todos (F8).*

A família constitui-se como uma importante rede de apoio frente a situações de doença ou comprometimento do estado de saúde do indivíduo como mencionado anteriormente. Comumente, estão presentes nos momentos difíceis oferecendo suporte ao doente e a todos os seus membros para que juntos possam superar a doença e o processo de tratamento. Conforme Ferreira et al. (2010), o tratamento do câncer demanda participação e mobilização de toda a família, que deve atuar na formação da rede de suporte, reconhecendo-se como elemento de apoio responsável por transmitir afeto, cuidado, contribuir na tomada de decisões, nos afazeres domésticos e influenciar no enfrentamento e nas adversidades da doença.

Além do apoio familiar, três dos participantes também mencionaram a importância do apoio de amigos e dos profissionais da saúde na busca de informações a respeito da doença como medidas de enfrentamento utilizadas pela família.

*assim, eu me informei bastante sobre ela [a doença], porque logo no início quando a gente não é informado a gente acha que é uma doença que não tem cura [...] Então eu procurei muito me informar com os profissionais qual era a chance de cura, fez também os exames pra ver isso, então a gente tem que se informar a respeito da doença, porque a gente só sabe se informando, com informação. E se informando eu soube enfrentar bem melhor (F4).*

*alguns amigos ajudaram muito e isso foi importante para enfrentar a doença. O apoio deles principalmente no início e no tratamento foi fundamental para enfrentarmos tudo (F6).*

*durante o tratamento a gente cria vínculos com alguns profissionais (de saúde) e assim o apoio deles é muito importante [...] eles estimulam a gente e isso dá mais força para continuar na luta e enfrentar a doença (F2).*

Percebe-se que o apoio associado às informações disponibilizadas pelos profissionais de saúde constitui-se como uma importante medida de enfrentamento para a família, visto que esta se sentirá mais segura e motivada para continuar o tratamento e superar as dificuldades vivenciadas neste processo como evidenciaram os participantes.

Consoante a isto, é necessário que os pacientes e seus familiares sejam melhor informados a respeito da doença e todo o caminho a ser percorrido para a recuperação da saúde do idoso. Para isto, faz-se necessário que os profissionais estejam capacitados para atuar sanando todas as dúvidas e esclarecimentos necessários, para que desta forma a família esteja mais preparada para o enfrentamento da doença. Neste ínterim, Messias (2005) corrobora a necessidade de esclarecimentos e orientações relacionadas à doença e ao enfrentamento da mesma, incluindo as formas de tratamento e possibilidades de reabilitação.



## **6 Considerações Finais**

A partir dos dados obtidos neste estudo, pôde-se perceber que o diagnóstico de câncer no idoso acarreta importantes repercussões físicas, psicológicas e financeiras no âmbito familiar, tendo em vista a magnitude da doença e o modo como a mesma ainda é vista pela sociedade.

Ao receber o diagnóstico de câncer, os familiares vivenciam um conflito de sentimentos, dentre eles o choque, a negação, a insegurança, a ansiedade e a tristeza, os quais podem ser potencializados a depender do contexto como é transmitida a notícia.

O diagnóstico foi comunicado aos familiares por profissionais médicos, de forma direta e objetiva, o que tornou a aceitação da doença ainda mais difícil. Neste contexto, vislumbra-se a necessidade da capacitação das equipes de saúde para atuar frente à revelação diagnóstica de um câncer. Ademais, acredita-se que a presença de uma equipe multidisciplinar no momento da revelação do diagnóstico pode ser uma estratégia benéfica, visto que esta, através de seus membros, poderá dar suporte às demandas dos familiares e pacientes.

Neste contexto, a atuação da Enfermagem é fundamental, pois é através de uma comunicação clara, honesta e de um atendimento humanizado que a família poderá se sentir mais acolhida e confiante para enfrentar a doença.

Constatou-se também que o diagnóstico e o tratamento do câncer ocasionaram alterações na dinâmica e nas relações familiares. Contudo, apesar dos membros envolvidos no cuidar evidenciarem mudanças como potencialização de responsabilidades e abdicação do trabalho, as quais repercutiram de forma negativa para alguns, por outro lado, a doença emerge como uma fase também de ganhos familiares, tendo em vista que a família tornou-se mais unida e integrada para ajudar o idoso doente.

No que concerne aos cuidados ao idoso com câncer, foi possível evidenciar algumas dificuldades referidas, sendo a financeira e a distância no traslado aos Centros Especializados de tratamento nos município circunvizinhos as mais enfatizadas pelos familiares. Foi possível perceber também que, apesar do tratamento ser ofertado pelo SUS, a maioria dos familiares prefere, em alguns aspectos, realizá-lo pela iniciativa privada tendo em vista a burocracia e tempo de espera longínquo do serviço público. É importante ressaltar também, que existem direitos e auxílios que devem ser assegurados pelo Estado para o paciente idoso com câncer e cujos entrevistados, demonstraram não ter conhecimentos. Desta forma, faz-se oportuno enfatizar a relevância de uma maior divulgação destes direitos para a sociedade, em especial para a população acometida por esta doença.



Frente ao diagnóstico e o tratamento do câncer, a família do idoso utiliza algumas estratégias de *Coping* para o enfrentamento do tratamento oncológico. Dentre elas foi mencionada a busca pela fé em Deus, religiosidade, apoio de familiares, amigos e dos profissionais de saúde. Foi através destas estratégias que as famílias deste estudo buscaram superar a doença da melhor forma possível.

Diante ao exposto, acreditamos a partir dos resultados obtidos neste estudo, ser necessária uma maior atenção aos familiares envolvidos no tratamento oncológico, pois se percebe que a doença não atinge somente o idoso, mas toda a sua família. A participação de uma equipe multiprofissional é de grande relevância no decorrer deste processo, ofertando suporte emocional, explicitando sobre a doença, auxiliando na tomada de decisões, sanando todas as dúvidas, anseios e inquietações que possam surgir no âmbito da família.

Ademais, vimos à importância em conhecer o impacto do diagnóstico e as estratégias utilizadas pelas famílias frente ao tratamento do câncer, e sugerimos a realização de novas pesquisas na área objeto do estudo para que se ampliem os conhecimentos acerca desta temática.

A concretização e divulgação deste e de outros estudos relacionados ao tema abordado podem subsidiar os profissionais da saúde frente à revelação do diagnóstico, dificuldades enfrentadas durante o tratamento e as estratégias utilizadas pelos familiares a fim de auxiliar na atuação prática desses profissionais e de outras famílias que também estão vivenciando a doença oncológica.



**Referências**

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. G.; SAKAMA, A. T.; CAMPOS, R. G. de. A correlação do câncer do colo uterino com o papilomavirus humano. **Revista APS**, v.9, n.2, p. 128-135, 2006.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan-fev, 2007.

ARAÚJO, A. P. S. de GALVÃO, D. C. A. **Câncer ósseo: enfoque sobre a biologia do câncer**. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 359-363, 2010.

AZEVEDO, F. B.; PINTO, M. H. Caracterização dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Arq Ciênc Saúde**, v. 17, n. 4, p. 174-8, 2010.

BORGES, M. S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 113-126, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011 b.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

CARVALHO, C. M. R. G.; BRITO, C. M. S. NERY, I. S.; FIGUEIREDO, M. do L. F. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 62, n. 4, p. 579-582, 2009.

CARVALHO, C. S. A. U. de. *Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico*. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.54, n.1, p. 87-96, 2008.

CAVALINI, L. T.; CRUZ, P. da S.; SILVA, G. M. da.; SILVA, I. F. da. *Perfil da Assistência em um Hospital Universitário: Informações do Registro Hospitalar de Câncer, 2000-2009*. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 153-161, 2012.

CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M.; FREITAS JÚNIOR, R.; ALDRIGHI, J. M. *Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama*. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n.3, p. 195-204, 2006.

COSTA, E. F. de A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia**. 2003. *Revista da UFG on line*. Disponível em: [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br). Acesso em 07.07.13.

COSTA, P.; LEITE, R. de C. B. de O. *Estratégias de enfrentamentos utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras*. **Rev Brasileira de cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

CHEN, M. J.; NADALIN, W. *Peculiaridades da radioterapia em idosos*. **Radiol Bras.**, v. 43, n. 5, p. 324-329, 2010.

ELIOPOULOS, C. *Enfermagem Gerontológica*. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERNANDES, A. S. J.; LIMA, A. A. P. R.; LIMA, E. M.; HORTA, H. L.; COUTINHO, L. F. P.; SALLUM, L. F. T. A.; DERCHAIN, S. F. M.; SARIAN, L. O. Z.; SIMÕES, R. **Câncer do colo do útero - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, 2011.

FERREIRA, A. B. de H. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa – Edição histórica 100 anos*. 5 ed. São Paulo: Editora Positivo, 2010.

FERREIRA, N. M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D. B.; SANCHEZ, K. de O. L. *Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos*. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. *A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica*. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n.1, p.77-83, 2008.



FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 527-534, 2006.

FLORIANO, M. I.; ARAÚJO, C. de S. A.; RIBEIRO, M. de A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez, 2007.

GARGIULO, C. A.; MELO, M. C. S. C.; SALIMENA, A. M. O.; BARA, V. M. F.; SOUZA, Í. E. O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 696-702, Out-Dez, 2007.

GÓIS, A. L. B. de; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n. 6, p. 2859-2869, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA, G. A. e. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tratamento do câncer. 2013a. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 20.07.2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Como é o processo de carcinogênese?. 2013b. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=319](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319)>. Acesso em: 21.07.2013.

INSTITUTO DE TRATAMENTO DO CÂNCER. 2012. Disponível em: <<http://http://www.itcancer.com.br/site/index.php/tratamento-do-cancer/cirurgia>>. Acesso em: 23.08.2013.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Direitos sociais da pessoa com câncer / Coordenação Geral de Ações Estratégicas**. Divisão de Comunicação Social. - 3a ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2012.

KALIKS, R.; HOLTZ, L.; GIGLIO, A. D. **Paciente com câncer**. 2011. Disponível em: <<http://www.pacientecomcancer.com/capitulo/5/>>. Acesso em: 21.07.2013.

- KOHLSDORF, M.; COSTA JÚNIOR, A. L. da. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia Campinas**, v. 25, n. 3, p. 417-429, 2008.
- KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Dificuldades Relatadas por Cuidadores de Crianças e Adolescentes com Leucemia: Alterações comportamentais e familiares. **Rev Interação em Psicologia**, v. 14, n.1, p. 1-12, 2010.
- LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 944-950, 2005.
- MALTA, D. C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-64, 2006.
- MARTINS, C. B. S.; FILHO, N. S.; PIRES M. L. N. Estratégias de coping e o impacto sofrido pela família quando um dos seus está em tratamento contra o câncer. **Advances in Health Psychology**, v. 19, n. 1-2, p. 11-18, Jan-Jun, 2011.
- MESSIAS, D. X. A experiência da família frente ao idoso com câncer. Denise Xavier Messias; orientador Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha. - Ribeirão Preto, 2005. 97 f.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2009.
- NASCIMENTO, L. R. do N.; ALVES, S. V. Análise do Funcionamento do Registro Hospitalar de Câncer em Três Cidades do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 4, p. 473-482, 2011.
- NOVAES, C. O. MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.105-115, 2009.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p. 569-576, out./dez. 2008.

PANOBIANCO, M. S.; PIMENTEL, A. V.; ALMEIDA, A. M. de.; OLIVEIRA, I. S. B. Mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero: enfrentando a doença e o tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 517-523, 2012.

PAULA JÚNIOR, W. de; ZANINI, D. S. Pacientes em radioterapia: um estudo de *coping*. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 480-493, 2012.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. de. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 4, p. 692-697, 2011.

PREARO, C.; GONÇALVES, L. de S.; VINHANDO, M. B.; MENEZES, S. L. Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia. **Arq Ciênc Saúde**, v. 18, n. 1, p. 20-27, 2011.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. de. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 17, n. 1, p. 22-26, jan-mar, 2010.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.46-51, jan/mar, 2009.

SALES, C. A.; SANTOS, G. M.; SANTOS, J. A.; MARCON, S. S. O impacto do diagnóstico do câncer infantil no ambiente familiar e o cuidado recebido. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n.4, p. 841-849, 2012.

SANTOS, H. dos S.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. **Envelhecimento**: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SEVERO, I. M.; GORINI, M. I. P. C. Alterações no modo de viver de idosos com câncer. **J. Nurs on line**, v. 8, n. 2, 2009.

SILVA, V. C. E. da. **O impacto da revelação do diagnóstico do câncer na percepção do paciente**. 2005. Dissertação de Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal de Londrina. 2005. 218f.

SILVA, M. M. da; SILVA, V. H. da. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arq. Med. ABC**, v. 30, n.1, p. 11-8, 2005.

SILVA, V. C. E. da; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 476-480, jul-ago, 2005.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 614-619, jul-ago, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Volume 2. 10 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2008.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 75-82, Jan/Mar, 2008.

STUMM, E. M. F.; SCHERER, J. A.; KIRCHNER, R. M.; BERLEZI, E.; FRANZ, L. B. B. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 89 - 102, 2010.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 13, n. 9, p. 395-408, 2009.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

UMPIERREZ, M. C. V.; MARCON, S. S. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p.752-760, 2008.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 509-513, 2007.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n.1, p. 145-155, Jan/Abr, 2012.

VITA, F. C. C. A comunicação de más notícias entre médicos e pacientes no universo oncológico. **Rev científica da faminas**, v. 8, n. 2, p. 67-91, maio-ago, 2012.





# Apêndice

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM – CAMPUS CUITÉ

## Título da Pesquisa:

**“O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico”**

## I-ASPECTOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:

Entrevista número: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino.

2. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos).

3. Escolaridade:

- a) ( ) Sem escolaridade
- b) ( ) Ensino fundamental
- c) ( ) Ensino Médio
- d) ( ) Ensino Superior

4. Estado civil

- a) ( ) Casado
- b) ( ) Solteiro
- c) ( ) Divorciado
- d) ( ) Viúvo

5. Renda Familiar:

- ( ) Um salário mínimo
- ( ) Até um salário mínimo
- ( ) Mais que um salário mínimo

6. Trabalha fora do domicílio?

- ( ) Sim
- ( ) Não

7. Qual o seu parentesco com o idoso com câncer? \_\_\_\_\_

8. Qual a idade e o tipo de câncer que o idoso apresenta? \_\_\_\_\_

## II-PERGUNTAS NORTEADORAS:

9. Há quanto tempo foi descoberto o diagnóstico? Qual o tipo de câncer? Qual o sexo do idoso?

10. Como foi para a família receber o diagnóstico de câncer no idoso?

11. Como você percebe a abordagem do profissional frente à revelação do diagnóstico de câncer à família?;

12. Houve mudanças na rotina e nas relações familiares após o diagnóstico do câncer do idoso? De que forma?

13. De que maneira a família buscou/busca estratégias de enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento do câncer no idoso?;

14. Como você percebe a participação da família no cuidado a ao idoso com câncer?

15. Fale sobre as facilidades e dificuldades que sua família enfrenta no cuidado ao idoso com câncer.

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## OFÍCIO

Cuité, 10 de Setembro de 2013.

Ofício n.º 47/2013

Ilma Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité - PB  
Joseane da Rocha Dantas Cavalcante

É com grande estima que venho por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico” da aluna **Ionara de Souza Januário** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato** para fins de conclusão do referido curso. Certa de que o referido estudo trará importantes contribuições aos acadêmicos, profissionais de enfermagem e a sociedade principalmente, agradecemos desde já a vossa compreensão e apoio na concordância do pleito.

Certa da sua atenção agradece antecipadamente.

*Drª Isolda Mª Barros Torquato*  
Professora UFCC  
Enfermeira  
CDREN 222506/EMF  
*Isolda Maria Barros Torquato*

**Isolda Maria Barros Torquato**  
Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem  
Matrícula SIAPE: 1577240



**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Sr(a).

Você foi convidado(a) para participar da pesquisa **“O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico”**, realizada pela acadêmica do Curso de Bacharelado em enfermagem **Ionara de Souza Januário** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – Campus Cuité) sob a orientação da professora **Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: Analisar o impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico. Sobre os objetivos específicos elencam-se: Caracterizar os idosos e os familiares quanto aos aspectos sócio-demográficos; Investigar a percepção dos familiares quanto à abordagem dialógica do profissional de saúde na revelação do diagnóstico do idoso com câncer; Verificar as mudanças no cotidiano familiar frente ao diagnóstico de câncer no idoso; Identificar os fatores determinantes que dificultam e/ou facilitam o enfrentamento da família no cuidado ao idoso em tratamento oncológico.

Este estudo pode proporcionar informações reais sobre as principais dificuldades encontradas por familiares frente ao diagnóstico e tratamento do câncer no idoso. Além disso, as informações prestadas serão importantes para a melhoria do apoio prestado à família no sentido de compreender as estratégias de enfrentamento utilizada por familiares envolvidos no cuidado do indivíduo idoso.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada, gravada e guiada por um formulário contendo 15 questões objetivas e subjetivas. Ressaltamos que, sua identidade e privacidade serão preservadas e que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos apenas mediante autorização.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você ou para o serviço que lhe oferta assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o(à) senhor(a) isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa. Informamos ainda que as pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a sua participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pelas pesquisadoras, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Isolda Maria Barros Torquato  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Ionara de Souza Januário  
Pesquisadora Participante

\_\_\_\_\_  
Testemunha



**Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:**

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.

Olho D'Água da Bica s/n – Centro. Cuité-PB. Cep: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

**Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:**

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. João Pessoa – PB. Cep: 58030-150.

**Endereço Residencial do Pesquisador Participante:**

Rua Napoleão Laureano, nº 194. Centro. Cuité – PB. Cep: 58175-000 – Telefone: (83) 9654-9285

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)**

Endereço Universitário S/N. Bairro: Castelo Branco. Cep: 58.051-900. João Pessoa – PB – Telefone: (83) 3216.7791

e-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com



**APÊNDICE D****TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: **“O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico”**

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (SIAPE 1577240), portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033.326.024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

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

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

*Dr<sup>a</sup> Isolda M<sup>a</sup> Barros Torquato*  
Professora UFCC  
Enfermeira  
COREN 222506-ENF  
*Isolda Maria Barros Torquato*  
Isolda Maria Barros Torquato  
Autora orientadora da pesquisa

**APÊNDICE E****TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR (ES)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autora orientadora (**Isolda Maria Barros Torquato**) e orientanda da pesquisa (**Ionara de Souza Januário**).

Intitulada “**O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico**” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada em 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa avaliador determinado pela CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao mesmo, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

*Dr<sup>a</sup> Isolda M<sup>a</sup> Barros Torquato*

Professora UFCC

Enfermeira

COREN 222506-ENF

*Isolda Maria Barros Torquato*

Isolda Maria Barros Torquato

Autora orientadora da pesquisa

**Ionara de Souza Januário**

Orientanda



**Anexo**

## ANEXO A



## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

## SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000  
CNPJ: 08.732.174/0008-27

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado “**O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico**” desenvolvida pela aluna **Ionara de Souza Januário** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité sob a orientação da professora mestre **Isolda Maria Barros Torquato**, estando autorizada a realização do referido estudo na **Rede Estratégia Saúde da Família** do Município de Cuité – Paraíba.

Cuité, 12 de Setembro de 2013.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti  
Coordenadora da ESF  
COREN 354337 - PB

*Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti*  
Joseane da Rocha Dantas Cavalcante  
Coordenadora da Estratégia Saúde da Família



**ANEXO B****TERMO DE SUBMISSÃO DO PROJETO DE TCC NA PLATBR**

Declaro, para fim de proceder à submissão na PLATBR do Projeto de Pesquisa do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **Ionara de Souza Januário** intitulado “**O impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico**”, que foram realizadas todas as modificações propostas pela Banca Examinadora e aprovadas pela aluna, autora do trabalho e sua orientadora, estando o mesmo pronto para submissão a PLATBR para apreciação ética nesse Comitê de Ética em Pesquisa, aguardando o pronunciamento deste, para o início da pesquisa.

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso em foco, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

*Dr<sup>a</sup> Isolda M<sup>a</sup> Barros Torquato*  
Professora UFCG  
Enfermeira  
COREN 222506-ENF  
*Isolda Maria Barros Torquato*  
**Isolda Maria Barros Torquato**  
Autora orientadora da pesquisa

## ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR FAMILIARES DE IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

**Pesquisador:** Isolda Maria Barros Torquato

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22028513.9.0000.5188

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 465.202

**Data da Relatoria:** 22/10/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza transversal, com abordagem qualitativa. A pesquisa será realizada no município de Cuité, com 10 sujeitos. Os dados serão coletados mediante a realização de uma entrevista a qual será devidamente gravada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

-Analisar o impacto do diagnóstico e as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de idosos em tratamento oncológico.

Objetivo Secundário:

-Caracterizar os familiares quanto aos aspectos sócio-demográficos; -Investigar a percepção dos familiares quanto à abordagem dialógica do

profissional de saúde na revelação do diagnóstico e tratamento do idoso com câncer; -Verificar as mudanças no cotidiano familiar frente ao diagnóstico de câncer no idoso; -Identificar os fatores determinantes que dificultam e/ou facilitam o envolvimento da família no cuidado ao idoso em tratamento oncológico.

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** eticaccs@ccs.ufpb.br, elianemduarte@hotmail.com

## ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 465.202

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esta pesquisa é isenta de riscos aos participantes que concordem em participar do estudo.

Benefícios:

Este estudo pode proporcionar informações reais sobre as principais dificuldades encontradas por familiares frente ao diagnóstico e tratamento do câncer no idoso. Além disso, as informações prestadas serão importantes para a melhoria do apoio prestado à família no sentido de compreender as estratégias de enfrentamento utilizada por familiares envolvidos no cuidado do indivíduo idoso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É uma pesquisa importante um tema pertinente, metodologia bem definida. Critério de Inclusão:

-Familiares acima dos 18 anos e que residam com o idoso; -Familiares que acompanham o idoso desde o período do diagnóstico de câncer até o tratamento estabelecido;

Critério de Exclusão:

Familiares com transtorno mental e aqueles que se recusem em participar da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão presente no projeto: TCLE, Cronograma, Instrumento de coleta de dados, Orçamento, Folha de Rosto.

**Recomendações:**

Recomendo incluir o endereço do Comitê de Ética no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O TCLE falta o endereço do Comitê de Ética, conforme a resolução 466/12, diante do exposto considero o projeto pendente.

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PARECER DO CEP/CCS/UFPB:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do CEP- CCS, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do CNS 466/12 manifesta-se por aguardar o atendimento às questões

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com

## ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
PARAÍBA - CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 465.202

acima para emissão de seu parecer final.

Situação: Pendente

De acordo com a Res. 466/12, as pendências devem ser respondidas exclusivamente pelo pesquisador no prazo de 60 dias, a partir da data da emissão do parecer pelo CEP- CCS. Após esse prazo, o protocolo será arquivado. A resposta do pesquisador principal deve ser avaliada pelo CEP com emissão de parecer substanciado e, se aprovado, deve ser encaminhado para a CONEP. Solicita-se ainda, que as respostas sejam enviadas de forma ordenada, conforme os itens das considerações desde parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE. Ressaltamos que ao usar o TCLE na pesquisa, se o referido documento, tiver mais de uma página, as primeiras páginas, devem ser rubricadas pelo pesquisador responsável e pelo sujeito da pesquisa.

JOAO PESSOA, 22 de Novembro de 2013

---

Assinador por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa**  
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N  
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br; elianemduarte@hotmail.com