

PERCEÇÃO DE PACIENTES ONCOGERIÁTRICOS SOBRE A FUNCIONALIDADE FAMILIAR

PERCEPTION OF ONCOGERIATRIC PATIENTS ON FAMILY FUNCTIONALITY

PERCEPCIÓN DE PACIENTES ONCOGERIÁTRICOS SOBRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Elen Ferraz Teston ¹
Ana Claudia Pereira da Silva ²
Sonia Silva Marcon ³

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR. Paranavaí, PR – Brasil.

² Enfermeira. Mestranda. Universidade Estadual de Maringá – UEM, Programa de Pós-graduação em Enfermagem-PSE. Maringá, PR – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora. UEM. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Elen Ferraz Teston. E-mail: elen-1208@hotmail.com
Submetido em: 31/03/2017 Aprovado em: 28/07/2017

RESUMO

O objetivo do estudo foi apreender como o paciente onco geriátrico percebe a funcionalidade familiar. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido com 21 idosos. Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2016, mediante aplicação da Escala APGAR de família e entrevistas semiestruturadas realizadas no ambulatório de Oncologia. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados mostram que a maioria dos idosos percebe boa funcionalidade familiar, inclusive refere que a doença promoveu a aproximação entre os membros. Alguns idosos, no entanto, sentem-se insatisfeitos com o tempo partilhado em família, com a necessidade de receber cuidados e com o comportamento impositivo de alguns familiares em relação ao tratamento. Considera-se importante que os profissionais de saúde reconheçam e valorizem as relações familiares dos pacientes onco geriátricos, já que estas comprometem diretamente a terapêutica proposta e o enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Família; Enfermagem; Neoplasias; Geriatria.

ABSTRACT

The objective of this study was to learn how oncogeriatric patients perceive family functionality. It is a descriptive-exploratory study, of a qualitative nature, developed with 21 elderly people. Data were collected from October to December 2016 using the APGAR Family Scale and semi-structured interviews performed at an oncology outpatient clinic. The interviews were transcribed in full and submitted to content analysis in the thematic modality. The results show that the majority of the elderly perceive a good family functionality, even referring the disease has promoted approximation between the members. Some elderly, however, feel dissatisfied with the time shared with the family, with the need to receive care and with the authoritative behavior of some relatives regarding the treatment. Health professionals should recognize and value the family relationships of oncogeriatric patients, since these directly affect the proposed therapeutics and coping with the disease.

Keywords: Family; Nursing; Neoplasms; Geriatrics.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue descubrir cómo el paciente onco geriátrico percibe la funcionalidad familiar. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, de naturaleza cualitativa llevado a cabo con 21 adultos mayores. Los datos fueron recogidos de octubre a diciembre de 2016, utilizando la Escala de Apgar familiar y entrevistas semiestructuradas realizadas en la consulta de oncología. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y sometidas al análisis de contenido, modalidad temática. Los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores percibe buena funcionalidad familiar, incluso que la enfermedad promovió la aproximación entre ellos. Algunos, sin embargo, se sienten insatisfechos con el tiempo compartido en familia, con la necesidad de recibir atención y con el comportamiento autoritario de algunos familiares en cuanto al tratamiento. Es importantes que los profesionales de la salud reconozcan y valoren las relaciones familiares de los pacientes onco geriátricos porque tales relaciones influyen directamente en el tratamiento propuesto y en el combate de la enfermedad.

Palabras clave: Familia; Enfermería; Neoplasias; Geriatria.

Como citar este artigo:

Teston EF, Silva ACP, Marcon SS. Percepção de pacientes onco geriátricos sobre a funcionalidade familiar. REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1032. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20170042

INTRODUÇÃO

O aumento mundial da expectativa de vida constitui-se em um importante fenômeno para a saúde pública.¹ Em 2012, a população idosa no Brasil correspondia a 11,5% da população geral e estima-se que em 2025 o Brasil já será o sexto país no mundo em número de idosos.^{1,2}

O envelhecimento é um processo inerente à vida e envolve mudanças nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais que se refletem na morbimortalidade, capacidade funcional e qualidade de vida.³ Nesse contexto, a promoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida é necessária para reduzir, prevenir e delongar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que lideram as taxas de óbito no país.⁴

O câncer é uma DCNT em expansão que pode atingir qualquer pessoa em diferentes faixas etárias, porém sua incidência aumenta após os 60 anos. Nesse sentido, tanto o câncer quanto o envelhecimento são vistos como uma etapa estigmatizada, o que resulta na necessidade de atendimento específico às complexidades combinadas.⁵

No Brasil, em 2011, a taxa de mortalidade específica por neoplasias em idosos foi de 78,8%.⁶ Além de elevada mortalidade, o câncer afeta a funcionalidade dessa população, o desempenho das atividades cotidianas e, conseqüentemente, a qualidade de vida.⁷ Por sua vez, o envelhecimento associado ao comprometimento da capacidade funcional, muitas vezes advindo das doenças crônicas, afeta o cotidiano de toda família.⁸

A família é um sistema social complexo, constituído por pessoas que se relacionam e são influenciadas pelo meio social e cultural em que vivem; apresenta comportamentos distintos devidos às suas características específicas em sua maneira de ser e diante da necessidade de adaptação.^{9,10}

Mesmo sendo reconhecida como fonte primária de apoio e cuidado do indivíduo em situação de adoecimento, ela pode não estar preparada para assumir os cuidados necessários e encontrar dificuldades diante de fatores estressores referentes aos cuidados ao idoso com câncer, comprometendo a funcionalidade familiar.^{9,11}

Entende-se por funcionalidade familiar o modo como seus integrantes harmonizam as funções essenciais de forma apropriada à identidade de seus membros e em consonância com a realidade que prevalece no meio social. Assim, a classificação do sistema familiar em funcional ou disfuncional baseia-se no modo como as relações e adaptações acontecem mediante a necessidade de uma readequação familiar durante, por exemplo, o período de doença de um de seus entes.¹²

Nessa perspectiva, o levantamento de informações sobre a funcionalidade familiar do idoso com câncer possibilita à equipe de enfermagem conhecer a satisfação do idoso com relação ao cuidado dispensado pelos membros de sua família. A identificação de disfunções permite o desenvolvimento de estratégias de intervenção que possibilitem o fortalecimento das

relações familiares que conseqüentemente reflete na resposta terapêutica e na qualidade da assistência prestada. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer como o paciente onco geriátrico percebe a funcionalidade familiar.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, realizado com 21 idosos com câncer assistidos em um Ambulatório de Oncologia do interior de São Paulo. Participaram do estudo sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico confirmado de doença oncológica e conhecedores dessa condição, com capacidade para responder aos questionamentos.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2016 no ambulatório da instituição, por meio de entrevista semiestruturada, que objetiva coletar informações sociodemográficas e referentes à funcionalidade da família. Para tanto, foi aplicado um instrumento que permite mensurar a satisfação do respondente sobre sua família em relação a cinco componentes básicos no funcionamento familiar, provenientes do acrônimo APGAR: *Adaptation* (adaptação – satisfação com a atenção recebida), *partnership* (companheirismo – satisfação com a comunicação familiar na resolução de problemas), *growth* (desenvolvimento – satisfação com a liberdade disponível no ambiente familiar), *affection* (afetividade – satisfação com as interações emocionais e relação de intimidade na família) e *resolution* (capacidade resolutive – satisfação com o tempo compartilhado com a família).¹³

As respostas são apresentadas em uma escala do tipo Likert, de cinco pontos (0= nunca, 1= raramente, 2=algumas vezes, 3= quase sempre e 4= sempre). A pontuação de zero a oito indica elevada disfunção familiar; de nove a 12, moderada disfunção familiar; e de 13 a 20, boa funcionalidade familiar.¹³

Para conhecer a percepção do idoso sobre o funcionamento da família, antes e após o aparecimento do câncer e como este se vê no cenário familiar, foi solicitado ao entrevistado que justificasse a resposta dada em cada item do APGAR de família e, ao final, que respondesse outras três questões: o(a) senhor(a) notou mudanças nas suas relações familiares com o aparecimento do câncer? Fale sobre isso. Há algo que o(a) senhor(a) gostaria que fosse diferente em suas relações familiares? Como o(a) senhor(a) se sente por precisar receber cuidados por parte de seus familiares?

As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas ao processo de análise de conteúdo, constituída pelas fases de pré-análise e exploração dos dados, categorização dos dados em unidades de registros e tratamento e interpretação dos resultados conforme suas semelhanças.¹⁴

O desenvolvimento do estudo ocorreu em consonância com as diretrizes disciplinadas da Resolução 466/2012 do Conse-

Iho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 1.808.932). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e foram identificados com a letra P, indicativo de paciente, seguido pelo número da entrevista, letra M, referente ao sexo masculino, e F, ao feminino, e por fim a idade. Ex: P1, M, 71 anos.

RESULTADOS

Os 21 indivíduos em estudo tinham idade que variou de 60 a 80 e se distribuíram quase igualmente entre os sexos; 17 deles se declararam católicos, 11 eram casados e referiram cor da pele parda.

Concernente à escolaridade, 13 apresentaram o ensino fundamental incompleto. Em relação à ocupação, 16 eram aposentados, com renda familiar de um a três salários mínimos e 10 declararam que duas pessoas são dependentes da renda mensal. Na busca por ajuda, devido à necessidade financeira, mais da metade (13) procurava os filhos, seguida de empréstimo em instituições bancárias (sete). Embora no dia do atendimento oito deles estivessem acompanhados pelo cônjuge, quando questionados sobre com quem poderiam contar para ajudar em seus cuidados, 10 deles referiram os filhos, sete o cônjuge, um o irmão, um a sobrinha e um a vizinha.

O câncer de próstata (seis) e de mama (seis) foram os mais predominantes entre os participantes, sendo o tempo de diagnóstico prevalente inferior a seis meses e o método mais utilizado para tratamento a quimioterapia. Quando questionados sobre outros problemas de saúde, os mais citados foram hipertensão arterial, artrose e diabetes.

Por meio da pontuação obtida com a aplicação da escala de APGAR, a maioria (19) dos pacientes apresentou boa funcionalidade familiar e os outros dois, moderada disfunção familiar.

Da análise dos dados surgiram as seguintes categorias: a) funcionalidade familiar percebida após o adoecimento; e b) sentimentos quanto à necessidade de cuidado familiar, as quais serão descritas a seguir.

OS FAMILIARES FICARAM MAIS PRÓXIMOS E DEMONSTRAM MAIS PREOCUPAÇÃO

A maioria dos entrevistados mostrou-se satisfeita com o apoio familiar relacionado aos componentes do APGAR de família, adaptação e companheirismo:

Eu posso contar sempre com minha família. Hoje mesmo eu vim com o meu filho, ele quem me trouxe. O carro da prefeitura estava cheio e ia ficar muito tarde, aí ele tem o carro e eu falei pra ele me levar (P5, F, 74 anos).

[...] eles continuaram me apoiando, fazendo tudo que podia fazer comigo, correndo também junto pra fazer os tratamentos que eu preciso. Meu genro que mora aqui junto comigo acompanhou tudo, depois do diagnóstico do câncer de próstata ele correu com tudo, porque eu trabalhava, eu não tinha tempo, eu não podia largar o serviço [...] Ele foi um apoio firme [...] (P8, M, 65 anos).

Observou-se que mesmo em situações cujo idoso reside sozinho, hábitos e rotinas criados pelos familiares são capazes de favorecer a satisfação com a relação familiar:

Eu moro sozinha, mas meus filhos fazem refeição na minha casa. Eles param sempre pra me ouvir, sempre me apoiam [...] (P11, F, 64 anos).

[...] de vez em quando a gente se encontra. Quando não tá junto a gente liga um pro outro. Liga, daí eles falam: cuidado com a vida, cuida de tomar o remédio (P1, M, 71 anos).

No entanto, um dos participantes refere estar raramente satisfeito com a relação de apoio oferecida pelos filhos homens:

Essa filha é a que mais ajuda, os outros nem falo nada para eles, porque os filhos homens, hum. Eles só falam: o senhor que sabe, pai [risos], eu que tomo a decisão (P9, M, 68 anos).

Além do apoio familiar, a maior parte dos entrevistados destaca outras fontes de apoio estabelecidas:

Eu conto com minha família, mas eu conto também com meu grupo de oração. A gente é como uma família formada num grupo de oração que reza terço, mas eu me sinto bem com o grupo porque todo mundo em cima de mim, pedi força [...] (P6, F, 67 anos).

Meus problemas eu falo com minhas amigas, porque minha filha já tem os problemas dela [choro]. Essas minhas amigas, nós moramos sete anos juntas, quando fazia faculdade em Bauru, ficamos uns 40 anos sem se ver. E eu nunca pensei que fosse receber tanta ajuda, quem tem amigo, tem um tesouro (P20, F, 69 anos).

O tempo compartilhado com seus familiares, após o adoecimento, também foi destacado como motivo de satisfação pelos participantes:

[...] meu filho, todo dia cinco horas da manhã vai me ver, e o outro que não está trabalhando faz tudo [...] são muito legais (P14, F, 67 anos).

Eu vou na casa deles, eles vêm na minha. Me convidam pra almoçar na casa deles, eu não vou porque eu não quero [...] eles me tratam bem, falam pra eu não ficar sozinha (P16, F, 68 anos).

Entretanto, a insatisfação também foi mencionada, embora tenha sido justificada pelo reconhecimento das inúmeras obrigações dos familiares com a vida social, trabalho e estudos:

[...] passar mais tempo junto sinto falta, quando chega tudo assim, vou te falar, é um prazer que tem (P7, M, 78 anos).

[...] sinto falta dos netos, hoje em dia são meio desligados [...] eu tenho quatro netos [...] tenho um com dez anos, esse ainda é carinhoso, tá naquela fase de carinho da vó. Me abraça e me beija, agora os outros dois [...] já tem outros lugares pra ir, pra distrair (P18, F, 73 anos).

Frente aos desejos dos pacientes, a família foi referenciada satisfatoriamente:

Meus filhos respeitam minhas vontades e me incentivam. Inclusive eles pedem pra eu sair pra passear, porque eu sou sozinho [...]. (P3, M, 74 anos).

Eles falam o que é bom fazer, mas nunca fiz sem vontade, eu tenho autonomia da minha vida sempre eu faço meu desejo e eles não falam nada comigo. O que eu falar tá falado (P8, M, 65 anos).

Entretanto, quando o poder de decisão diz respeito à realização do tratamento do câncer, alguns idosos sentem-se insatisfeitos diante da postura impositiva dos familiares:

[...] elas [filhas] não vão gostar muito se eu falar que eu não quero mais tratar (P13, M, 63 anos).

[...] ninguém se intromete se quero fazer alguma coisa, só no tratamento, que eu acho que eles até me abandonam se eu falar que não quero fazer, às vezes eu paro e penso: vou largar tudo, mas nunca falei isso com eles [...] (P21, F, 60 anos).

Os idosos ressaltaram, ainda, que a condição de adoecimento aumentou a preocupação dos familiares:

[...] Depois do câncer parece que eles [...] têm medo de perder o "veio". Uma coisa fora do sério. Eles ficam mais preocupados, porque quando vou sair eles falam "ô pai

cuidado", os netos "Ô vô, cuidado"[...] E quando chego em casa, quem vai me encontrar é a bisneta, "ô biso, e aí, o senhor tá bem?"(P1, M, 71 anos).

[...] eles ficam assim, muito em cima [...]. Ficaram mais preocupados. Tem uma filha mesmo, a filha mais velha, mas ela se preocupa, nossa, a semana inteira ela tá lá em casa [...] (P5, F, 74 anos).

Essa preocupação foi identificada, por vezes, a partir de ações concretas de cuidado ofertadas pelos familiares:

[...] Eles visitam mais a gente, isso mudou, vai lá mais, liga mais. Acompanha mais, todo dia, eles ligam para saber. Mudou essa questão da preocupação. Eles ficam querendo saber mais. Vê se eu tá fazendo tudo certinho, tomando os remédios certo, mudou pro bem (P10, M, 69 anos).

Ah, mudou, mudou bastante. Eu percebo que eles me têm mais carinho. [...] mudou muito a nossa relação, me sinto mais amada (P11, F, 64 anos).

Além da preocupação, salientaram também mais aproximação entre os familiares após o adoecimento:

Eu notei que meus parentes ficaram mais chegados, eles já eram, mas querem me ver mais, agora minhas filhas não. Elas sempre foram o amor da minha vida. As filhas já eram preocupadas. Mas o rapaz ficou mais, eles não queriam nem que eu trabalhasse. [...] Eu sou muito amada, eu amo e sou amada [...] (P12, F, 63 anos).

[...] eu notei que teve mais união, mais apoio da minha família (P21, F, 60 anos).

A NECESSIDADE DE SER CUIDADO DESPERTA SENTIMENTOS POSITIVOS E/OU NEGATIVOS

Com a necessidade de cuidado, verificou-se que a maioria dos indivíduos manifestou sentimentos positivos, como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] me sinto bem porque às vezes nem estou procurando, aí eles [filhos] chegam "pai, o senhor tá precisando de alguma coisa" [...] isso não me incomoda de jeito nenhum. Às vezes nem falo e eles já estão se oferecendo. A minha filha veio comigo uma vez aqui na radioterapia [...] (P1, M, 71 anos).

[...] não incomoda nada, porque elas [filhas] nunca mostraram que eu dou trabalho, sempre elas gostam. In-

clusive quando estou lá em casa, elas me ligam direto, a semana inteira tá ligando [...] (P4, M, 80 anos).

Esses sentimentos são favorecidos pela relação familiar estabelecida ao longo da vida:

[...] eu sinto bem, porque os filhos mesmo fala "pai, quer que eu lhe acompanhe" [...] Aí eu falo: "não precisa por enquanto, vocês me acompanharem não, eu tô bem" [...] todos eles trabalham, mas quando precisa, porque eu mesmo fiquei aqui um dia, quando eu fiz a cirurgia aí eles revezaram. Uma ficava a noite e a outra de dia, ia controlando assim, vinha tudo contente, tanto filho homem, quanto a filha mulher. A vida toda foi assim.... (P7, M, 78 anos).

Eu me sinto bem. Quando eu fiz quimio, ele (marido) vinha comigo, me ajudava ir no banheiro, segurava o sorinho, ajudava eu descer e subir a bermuda. Minha cunhada fazia o almoço. Isso não me incomodava (P15, F, 68 anos).

Entretanto, alguns idosos vivenciam o processo de adoecimento e a necessidade de cuidado permeada pelo sentimento de incômodo causado aos familiares:

A gente fica meio chateada [...] meu filho recebeu treinamento pra mexer na bolsinha (colostomia), ele faz normalmente. Ele fala que é assim mesmo, que tem que ter paciência, aí a gente fica achando que tá dando trabalho, entende? (P14, F, 67 anos).

[...] eu sinto às vezes alegre, às vezes triste porque a gente não espera uma coisa dessas [...] eu fico triste porque ficar dependendo dos outros, parece que a gente tá incomodando. Minha filha mesmo tem as preocupações dela, e eu não quero ficar dando trabalho. Porque vejo que ela sofre, por causa do meu problema [choro] (P21, F, 60 anos).

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo feminino corrobora os padrões brasileiros de maior representatividade feminina dentro do segmento populacional de idosos.² Por sua vez, a baixa escolaridade pode estar relacionada ao acesso restrito à educação para os indivíduos com mais de 60 anos e ao predomínio do sexo feminino, uma vez que as mulheres, em decorrência dos padrões culturais, eram impedidas de estudar e tinham como responsabilidade exclusiva as atividades domésticas e o cuidado com os filhos.^{2,15}

Nas falas de P5 e P8 pode-se observar o contentamento dos entrevistados com o apoio familiar, o que facilita a satis-

fação das necessidades materiais e afetivas do indivíduo. Uma família funcional tem mais flexibilidade para solucionar os problemas do grupo familiar e está mais apta a lidar com situações de vulnerabilidade, como em caso de adoecimento.¹⁵ Além disso, a boa funcionalidade familiar favorece a adoção de hábitos e rotinas capazes de favorecer a satisfação com a relação familiar mesmo em casos em que o idoso reside sozinho, como pode ser observado na fala de P1 e P11.

Entretanto, algumas vezes o padrão cultural, no qual existe a nomeação de um cuidador principal, que na maioria das vezes é representado pela esposa ou filhas do idoso, pode causar insatisfação em relação ao apoio oferecido por filhos homens,¹⁰ como reconhecido por P9. Além disso, relações familiares fragilizadas comprometem o apoio oferecido em situações de cronicidade de um de seus membros. Desse modo, as relações sociais extrafamiliares tornam-se uma alternativa importante ou um meio complementar de apoio, tanto para o enfrentamento da doença quanto para as ressignificações necessárias ao processo de envelhecimento.¹⁶

Nesse contexto, as relações extrafamiliares podem ser consideradas uma estratégia para a melhora da qualidade de vida, em especial do idoso adoecido, tanto no domínio físico quanto psicológico. Essas redes de apoio têm por função contribuir para o bem-estar e incentivar atitudes de autocuidado, as quais colaboram para o monitoramento da saúde e busca de novas possibilidades no caso de doença crônica.¹⁷

Para alguns idosos, como referenciado por P7 e P18, a ausência dos familiares causa solidão e isolamento. Embora a maioria perceba na família a principal fonte para lidar com mudanças advindas do adoecimento, observa-se que em situações que não se encontra suporte no seio familiar da maneira esperada emerge a necessidade de buscar outras fontes que favoreçam o aumento da resiliência para enfrentar os obstáculos da vida e situações de sofrimento.¹⁸

Por isso, é necessário que o enfermeiro estimule o idoso, independentemente de estar adoecido ou não, a estabelecer novos vínculos, como, por exemplo, a participação em grupos de convivência, a fim de que essa alternativa possa contribuir para o estímulo ao autocuidado e fortalecimento emocional, o que consequentemente irá aumentar a competência adaptativa frente ao processo de envelhecimento acompanhado da doença.⁹

Outros aspectos que contribuem para a qualidade de vida do idoso incluem a autonomia, a independência e a liberdade de decisão, condições estas que necessitam ser estimuladas e respeitadas nas relações familiares. Estudo realizado com 665 idosos atendidos em dois ambulatórios geriátricos no município de São Paulo revelou que a maioria dos idosos com câncer tinha autoestima elevada, mesmo em condição de adoecimento, o que esteve relacionado às condições de independência e sentimento de utilidade pelo idoso.¹⁹

Contudo, quando o poder de decisão está relacionado à realização do tratamento ou não, alguns idosos sentem-se insatisfeitos pela imposição da família. A terapêutica oncológica provoca alterações físicas e emocionais no indivíduo, que podem influenciar na decisão de continuá-la. No entanto, a família atua no desenvolvimento da convicção do paciente de que, mesmo diante dos agravos e efeitos colaterais, o tratamento é um aliado forte e poderoso para a cura do câncer.²⁰ A possível escolha de não continuar o tratamento é associada pelos familiares a como escolher a morte, por isso, na maioria das vezes não respeitam a autonomia do idoso em relação a essa decisão. Os depoimentos de P13 e P21 demonstram que a decisão de continuar o tratamento é influenciada pelo desejo dos familiares para que não abandonem o cuidado. É importante que os profissionais de saúde consigam identificar se a adesão ao tratamento é voluntária ou imposição dos familiares, pois isso pode causar muito sofrimento para o paciente.

Ao vivenciar o processo de adoecimento, a família experencia inúmeras incertezas. Desde o momento do diagnóstico, os familiares encontram-se em um momento de exacerbação da fragilidade emocional, em especial quando a doença é o câncer, por estar agregado à ideia de risco iminente de morte. Contudo, vivenciar o processo de adoecimento, em algumas situações, fortalece e aproxima a relação entre os membros familiares.²¹

Conforme se verifica nas falas de P10 e P11 e é reiterado na literatura, um cuidado que não descaracteriza a figura do idoso como membro da família e detentor de autonomia faz com que este perceba que o aumento da preocupação familiar em relação aos seus cuidados seja sinônimo de carinho e atenção.²⁰ Ademais, pode constituir fator de aproximação entre os membros familiares. Estudo realizado em Pernambuco com 83 indivíduos com câncer informou que após o adoecimento os indivíduos perceberam mais apoio, preocupação e presença familiar; as famílias apresentaram comportamento de flexibilidade em situações complexas, adequando-se às novas exigências impostas pela doença e se reorganizando para fornecer a ajuda adequada.²²

Diante desses achados, pode-se reiterar que o câncer é uma doença estigmatizada pelo medo e a boa funcionalidade familiar é percebida pelo idoso de forma positiva, no que concerne aos cuidados recebidos, desde que seja respeitada sua autonomia e poder de decisão. Além disso, o estabelecimento de relações extrafamiliares constitui importante fonte de apoio social e enfrentamento à doença. Por fim, a aproximação familiar contribuiu positivamente para a vivência desse momento na vida do idoso, permitindo o comprometimento com o tratamento proposto e mais envolvimento no enfrentamento do câncer.

O processo de envelhecimento acompanhado pelo câncer acarreta mudanças inevitáveis na condição de vida do idoso. Nesse contexto, os cuidados prestados pela família têm a finalidade de preservar a qualidade de vida do doente e adequá-la

às possibilidades do meio onde vivem.²³ Diante da necessidade de receber cuidados, a maioria dos indivíduos manifestou sentimentos positivos de carinho e afeto.

Entretanto, há situações em que a necessidade de cuidado gera no idoso o medo de incomodar e sobrecarregar seus familiares, deixando-os envergonhados. Além disso, o próprio processo de envelhecimento pode causar uma inversão de papéis e uma reestruturação no ambiente familiar, ou seja, o idoso, que antes era o prestador de cuidados, agora é a pessoa que necessita do auxílio, o que gera sentimentos de inferioridade e baixa autoestima.²⁴

A dependência, mesmo que parcial, vivenciada pelo idoso com câncer pode causar sentimento de incômodo, insatisfação, tristeza e desconforto, por ele acreditar que sua condição acarreta desgaste físico e emocional à vida de seus cuidadores. Destaca-se como situação de incômodo a necessidade de manejo de dispositivos pelos seus familiares, dificuldades econômicas e o tempo dispensado com ele devido ao tratamento, conforme demonstrado nos depoimentos de P14, P20, e P21.

Diante disso, a família deve ser preparada em relação às atividades assistenciais necessárias a serem desenvolvidas no cuidado diário, até que esteja segura para assumi-las. Além disso, os profissionais de saúde necessitam ressaltar e estimular a importância de engajar o paciente onco geriátrico, considerando as possibilidades específicas dos diferentes casos nesse processo de cuidado, de forma que os mesmos não vivenciem de maneira negativa o cuidado prestado.²²

Conclui-se nessa categoria que as alterações advindas do adoecimento comprometem o indivíduo nos aspectos biopsicossociais e têm como consequência a necessidade de cuidados realizados pelos membros familiares, sejam eles parciais ou totais. Esses cuidados podem ser sentidos pelo doente como demonstração de carinho ou frustração e inutilidade; sentimentos estes que vão depender da dinâmica familiar na qual esse idoso está inserido e do preparo da família para executar os cuidados.

CONCLUSÃO

O conhecimento da funcionalidade familiar na perspectiva percepção do paciente onco geriátrico permitiu identificar algumas necessidades e anseios a serem explorados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado ao binômio família-paciente.

Mesmo a maioria dos idosos tendo avaliado a funcionalidade da sua família como “boa”, alguns se mostram insatisfeitos com o tempo compartilhado com os seus familiares, sendo importante elaborar estratégias para favorecer a qualidade do tempo de convivência entre o paciente e a família e, ainda, incentivar a participação dos idosos em grupos sociais, fortalecendo as relações extrafamiliares.

Quando se refere aos desejos do paciente, é necessário incentivar a comunicação familiar, pois quando se trata da possibilidade de não realizar o tratamento, o idoso percebe sua autonomia fragilizada. Os pacientes do presente estudo, embora vivenciem condições de cronicidade, são em sua maioria independentes. No entanto, quando necessitam de cuidados por parte de seus familiares, relatam sentirem-se incomodados. É preciso, portanto, que os profissionais de saúde atuem junto às famílias reforçando a importância de preservação da autonomia e poder de decisão do idoso como fator de promoção da qualidade de vida.

O enfermeiro deve orientar o paciente e a família sobre as mudanças relacionadas ao diagnóstico do câncer, de modo que a situação de dependência, embora seja acentuada no início do tratamento, passe com o tempo, a sofrer adaptações que favorecem o enfrentamento do novo, de maneira mais leve para o paciente e seus familiares.

Acredita-se que o estudo contribui para expandir a compreensão do impacto de adoecer pelo câncer e as interferências dessa condição no contexto familiar sob a percepção do idoso. Apresenta-se, porém, como limitação do estudo o tempo que foi dispensado aos entrevistados, supondo que, se esse tempo fosse maior, se estabeleceria uma relação de confiança, permitindo a verbalização de outros sentimentos que possam ter sido omitidos pelos pacientes.

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam as relações familiares dos pacientes acompanhados no serviço, já que estas comprometem a terapêutica proposta e o enfrentamento da doença. A partir disso, poderão planejar ações direcionadas para cada realidade, a fim de inserir a família de maneira positiva na prestação de cuidados ao doente, reconhecendo os vínculos estabelecidos e as redes de apoio utilizadas e se estas estão fragilizadas ou rompidas. O paciente e a família devem estar preparados para lidar com as mudanças e dificuldades impostas pelo câncer e seu tratamento, de modo a contribuir para uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014[citado em 2016 ago. 8];19(8):3317-25. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Santos SSC, Lopes MJ, Vidal DAS, Gautério DP. International Classification of Functioning, Disability and Health: use in nursing care for the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2013[citado em 2016 ago. 12];66(5):789-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/21.pdf>
- Luz FE, Santos BRM, Sabino W. Estudo comparativo de mortalidade por doenças cardiovasculares em São Caetano do Sul (SP), Brasil, no período de 1980 a 2010. *Cienc saude colet*. 2017[citado em 2017 mar. 10];22(1):161-68. Disponível em: http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1413-81232017000100161&tlng=pt&lng=en
- Rocha LS, Beuter M, Neves ET, Leite MT, Brondani CM, Perlini NMOG. Sef-care of elderly cancer patients undergoing outpatient treatment. *Texto & contexto enferm*. 2014[citado em 2016 ago. 22];23(1):29-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100004>
- Datasus. Sistema de Informações de Mortalidade. [Citado em 2017 jan. 17]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>
- Assis CMRB, Melo HMA, Albuquerque-Melo AM, Kitner D, Júnior JIC. Geriatric oncology: concepts, trends and challenges. *Geriatr Gerontol Aging*. 2011[citado em 2016 set. 09];5(2):106-11. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/252/en-US/geriatric-oncology--concepts--trends-and-challenges>
- Vera I, Lucchese R, Munari DB, Nakatani AYK. Using the family APGAR score to evaluate family relationships in the elderly: an integrative review. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014[citado em 2016 set. 13];16(1):199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22514>
- Santos AL, Cecílio HPM, Texto EF, Marcon SS. Knowing the Family functionality under the view of a chronically ill patient. *Texto Contexto Enferm*. 2012[citado em 2016 set. 18];21(4):879-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>
- Santos AA, Pavarini SCI. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. *Rev Esc Enferm USP*. 2012[citado em 2016 set. 29];46(5):1141-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/15.pdf>
- Costa GM, Pessoa CKL, Soares CA, Rocha SAM. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. *Cadernos ESP*. 2014[citado em 2016 set. 29];8(1):41-57. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/169/88>
- Paiva ATG, Bessa MEP, Moraes GLA, Silva MJ, Oliveira RDP, Soares AMG. Evaluation of functionality in families with elderly members. *Cogitare Enferm*. 2014[citado em 2016 out. 10];16(1):22-8. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/21107/13933>
- Smilkstein G. The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978[citado em 2016 jan. 12];6(6):1231-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011
- Silva DM, Vilela ABA, Souza AS, Alves MR, Silva DM, Sousa TO. Evaluation of Family functionality of elderly. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013[citado em 2016 nov. 10];7(9):5550-6. Disponível em: 10.5205/reeuol.3529-29105-1-SM-0709201324
- Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013[citado em 2016 nov. 02];16(1):159-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100016
- Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin MLC. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015[citado em 2016 nov. 14];18(4):809-19. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14042>
- Rocha ACAL. A espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso [dissertação]. Escola de enfermagem da USP; 2011. 86 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-29112011-152813/pt-br.php>
- Cozin SK, Sousa CS, Poveda VB, Turrini RNT. Self-esteem of elderly patients in geriatric ambulatory. *Rev Enferm UFPI*. 2015[citado em 2016 nov. 22];4(3):11-7. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3367>
- Maia FES, Silva Maia FE. A família frente aos aspectos do câncer. *Rev Aten Saúde*. 2016[citado em 2016 nov. 27];14(50):63-9. Disponível em http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3801

21. Oliveira MM, Trezza CSF, Santos RM, Monteiro FS. Apreensões da família que cuida do seu familiar com câncer no domicílio. *Rev Enferm UFPE online*. 2014[citado em 2016 nov. 18];8(4):827-33. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4184/pdf_4837
 22. Melo MCB, Barros EN, Campello MCVA, Ferreira LQL, Rocha LLC, Gomes da Silva CIM, *et al.* O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicol. Rev.* 2012[citado em 2016 nov. 22];18(1):73-89. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n1/v18n1a07.pdf>
 23. Batista NC, Crispim NF. A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: um enfoque no idoso hospitalizado. *Rev Kairós Gerontol.* 2012[citado em 2016 dez. 12];15(5):169-89. Disponível em:<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/10254/11436>
 24. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto Contexto Enferm.* 2015[citado em 2016 dez. 16];24(1):128-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002170013>
-