

# O cuidador familiar de doentes com câncer

## *The family caregiver of patients with cancer*

Aline F. Ribeiro<sup>1</sup>; Célia A. de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem\*; <sup>2</sup> Enfermeira Docente\*

\* Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

**Resumo** Introdução: Considerando-se o câncer como uma doença crônica e tratável e que, em muitos casos pode ser curada, principalmente quando diagnosticada precocemente, ainda é uma doença bastante estigmatizada, cheia de mistérios e sofrimento não só para o paciente, mas para sua família. Objetivo: Este estudo descritivo teve como objetivo investigar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores familiares de doentes com câncer. Método: A coleta de dados foi realizada no período de Agosto de 2008 à Fevereiro de 2009 em uma central de quimioterapia de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo. Utilizamos um questionário contendo 14 questões fechadas abordando questões do apoio familiar para o cuidado, autoestima do cuidador, problemas financeiros, atividades diárias interrompidas pelo cuidador, problemas de saúde e desgaste do cuidador. Resultado: Verifica-se predominância de mulheres (60%) que em sua maioria são “donas de casa” e cônjuge do paciente. Dos quinze entrevistados 80% (n=12) responderam interromper suas atividades diárias para dar atenção ao doente. 60% (n=9) dispõem da colaboração da família. 66% (n=10) dos entrevistados responderam não ter escolhido cuidar, mas “tem” que cuidar. Conclusão: A escolha do cuidador familiar nem sempre é dialogada podendo se fazer de maneira espontânea ou por indicação dos membros da família, considerando-se os quesitos de laços afetivos, proximidade residencial, suporte financeiro e disponibilidade de tempo.

**Palavras-chave** Cuidadores; Câncer.

**Abstract** Introduction: Considering cancer as a chronicle and tractable disease and that in many cases it can be cured, especially when it is diagnosed earlier, cancer is still a very stigmatized disease, full of mysteries and suffering not only to the patients, but also to their families. Objective: This descriptive study was to investigate objectives difficulties experienced by family caregivers of patients with cancer. Method: Data collection was conducted from August 2008 to February 2009 in a central chemotherapy in a teaching hospital of the state of São Paulo. We used a questionnaire containing 14 closed questions addressing issues of family support in caring, the caregiver’s self-esteem, and financial problems, daily activities disrupted by the caregiver, health problems and burnout of the caregiver. Results: It is verified the predominance of women (60%) that in their majority are housewives and married to the patients. Of the fifteen interviewed people, 80% (n=12) said to have had interrupted their daily activities to pay attention to the patient. 60% (n=9) have the family collaboration. 66% (n=10) of the interviewed people said they did not choose to take care of the sick person, but they “had” to. Conclusion: The choice of a familiar caregiver not always is discussed; it can be done in a spontaneous way or by the family members’ indication considering requirements such as ties of affection, residential proximity, financial support and readiness of time.

**Keywords** Caregivers; Cancer.

### Introdução

Atualmente, o câncer é considerado uma doença crônica e absolutamente tratável e que, em muitos casos pode ser curada, principalmente quando diagnosticada precocemente. No entanto, ainda é uma doença bastante estigmatizada, cheia de mistérios e sofrimento. O enfrentamento a esta doença depende de atributos pessoais: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade

de resolução de problemas e práticas e apoio sociais. Assim, quando se estuda o processo de enfrentamento de uma pessoa ou família é preciso considerar suas características socioculturais<sup>1</sup>.

O apoio multidisciplinar no cuidado dessas pessoas há de se levar em consideração o núcleo familiar como unidade cuidadora. A constituição familiar não é formada apenas por parentes (pais, filhos, irmãos, primos, etc), mas também por outros que se junta

à família com vínculo e laços entre si. A esfera familiar é uma unidade formada por seres humanos ao longo de sua trajetória de vida, cuidando de si próprios e de outros, sendo que as maneiras de cuidar variam de acordo com os padrões culturais e se relacionam com as necessidades de cada indivíduo<sup>2</sup>.

A doença oncológica tem um impacto negativo na vida das pessoas, não só pela sua repercussão social e econômica, mas também pelo sofrimento do paciente e sua família. Sabemos que 80% dos casos de neoplasias são diagnosticadas tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento são só paliativos. Esta situação limita a esperança de vida, contribui com a deterioração da autoimagem e sustenta o estigma de que câncer é uma doença incurável<sup>3</sup>.

Abordar a família implica examinar o indivíduo concebendo a individualidade como processo construído socialmente a partir de um contexto heterogêneo; ou a partir da necessidade de reconhecer a existência de processos de coordenação de diferentes subjetividades pessoalmente construídas. Tal processo, ocorrendo primariamente na família, imprime moldes, selos e estilos ao longo do desenvolvimento humano, qualificando resultados e contribuindo diretamente para a qualidade de vida do grupo familiar<sup>4</sup>.

Tomando como base essa preocupação com a família, a atenção deve ser voltada para aquele que será definido como cuidador, que poderá ser alguém com bases técnicas e científicas, definido como cuidador formal, ou alguém que tenha ou não experiência por tentativas de erro e acerto, definido como cuidador informal. O cuidador também poderá ser classificado de acordo com o cuidado que irá prestar, primário se assumir as responsabilidades diretamente relacionadas aos cuidados mínimos como higiene e alimentação. Secundário aquele que auxiliar em eventuais necessidades do paciente caracterizado como não sendo primordial para a recuperação do paciente<sup>5</sup>.

São diversos os motivos que levam a delegação do cuidador, este pode ter grau de parentesco ou afim, ter relação afetiva, estar mais próximo do ambiente em que se encontra o paciente, por falta de outra possibilidade, autodelegação, entre outras. Se o cuidador for informal, com grau de parentesco, além da função de cuidar do doente, seu estado emocional poderá ficar mais comprometido, seja pela dor de presenciar o sofrimento do ente querido, seja pelo sentimento de incômodo, de se sentir obrigado, entre outros motivos<sup>5</sup>.

Atualmente, as publicações têm considerado como cuidadores todos os que dispensam cuidados a terceiros sendo então utilizada uma classificação para as multi qualificações desses indivíduos<sup>6</sup>.

Segundo a classificação de Wanderley existem vários tipos de cuidadores, listados abaixo com suas particularidades, porém a autora ressalta que não são categorias excludentes, mas sim complementares, podendo o cuidador apresentar mais de uma classificação: cuidador remunerado: recebe um rendimento pelo exercício da atividade de cuidar; cuidador voluntário: não é remunerado; cuidador principal: tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado; cuidador secundário: divide, de alguma forma, a responsabilidade do cuidado com um cuidador principal, auxiliando-o, substituindo-o; cuidador

leigo: não recebeu qualificação para o exercício profissional da atividade de cuidar; cuidador profissional: possui qualificação específica para o exercício da atividade (enfermeiro, terapeuta, etc.); cuidador familiar: tem algum parentesco com a pessoa cuidada; cuidador terceiro: não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada<sup>7</sup>.

Assim, o cuidador que denominamos formais pode ser entendido nesta classificação como cuidador remunerado, principal, leigo, profissional e terceiro uma vez que nesta classificação sobrepoem-se grau de parentesco, remuneração e formação<sup>6</sup>. Isto posto, a questão a ser trabalhada recai sobre esses cuidadores informais, qual é o perfil desses cuidadores, suas inquietações e quanto exigem pelo trabalho de cuidador.

### **Objetivo**

Investigar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores familiares de doentes com câncer em tratamento quimioterápico.

### **Casuística e Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva. O campo de estudo foi em um hospital de ensino de capacidade extra no interior de São Paulo. A unidade escolhida foi uma central de quimioterapia onde são atendidos pacientes adultos com câncer. O estudo foi submetido à autorização formal da instituição e do Comitê de Ética e Pesquisa (parecer nº 187/2008) Os dados foram coletados mediante a aceitação do cuidador por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicação de um questionário estruturado contendo 14 questões. Para facilitar a utilização e o posterior entendimento do instrumento de coleta, as questões foram agrupadas por categorias: apoio familiar; problemas financeiros; atividades diárias interrompidas; problemas de saúde/desgaste.

Participaram desta pesquisa os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão: cuidadores de ambos os sexos maiores de 18 anos, membro da família do paciente com doença oncológica, sem prejuízo da comunicação verbal.

Os dados obtidos nas quinze entrevistas foram analisados pelo pesquisador com ajuda do programa Excel 2003 e relacionados segundo os objetivos desta pesquisa.

No que se refere ao instrumento de coleta as questões foram agrupadas por categorias, que são:

#### **• Apoio Familiar**

A minha família colabora na divisão dos cuidados com ele (a)?  
Minha família me deixou sozinho (a) para cuidar dele (a)?  
Tem dispensado quantas horas por dia no cuidado com ele (a)?

#### **• Autoestima**

Você, alguma vez, já se sentiu ofendida e com raiva durante o cuidado com ele?  
Eu escolhi cuidar dele?  
Cuidar dele (a) me faz sentir bem?  
Sinto-me capaz de cuidar dele (a) como ele (a) realmente merece?

#### **• Problemas financeiros**

Você tem tido dificuldades financeiras para cuidar dele (a)?

### • Atividades diárias interrompidas

Minhas atividades diárias estão centradas em torno de cuidados com ele (a)?

Algumas vezes tenho que parar no meio das minhas tarefas diárias para dar atenção a ele (a)?

Apesar da atenção que tenho que dar a ele sobra tempo para cuidar de mim?

### • Problemas de Saúde/Desgaste

Muitas vezes não me sinto saudável para cuidar dele (a)?

Muitas vezes me sinto cansado (a) para cuidar dele (a)?

As minhas forças físicas estão no cuidado com ele (a)?

## Resultados

A faixa etária dos cuidadores estudados variou de 35 a 74 anos, a caracterização deles se fez pelo sexo, grau de parentesco, tempo de dedicação ao cuidado e ocupação.

Tabela 1 - Características dos cuidadores estudados. São José do Rio Preto, SP, 2009.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	40
Feminino	9	60
Total	15	100
<b>Grau de Parentesco</b>		
Marido/Esposa	8	53,3
Imão (ã)	2	13,3
Filho (a)	4	26,7
Outros	1	6,7
Total	15	100
<b>Tempo de dedicação ao cuidado</b>		
Menos de 6 meses	6	40
De 6 meses a 11 meses	4	26,7
Um ano a dois anos	5	33,3
Total	15	100
<b>Ocupações</b>		
Do lar/Aposentado	7	46,6
Serviços Gerais/Secretária/Faxineira	3	20
Pedreiro	1	6,7
Motorista	2	13,3
Professor	1	6,7
Músico	1	6,7
Total	15	100

Dos quinze entrevistados 80% (n=12) responderam interromper suas atividades diárias para dar atenção ao doente. 60% (n=9) afirmaram não ter tido dificuldade financeira. 67% (n=10) se

sentem saudáveis para cuidar do paciente. 60% (n=9) dos entrevistados não se sentem cansados para exercer o cuidado. 67% (n=10) responderam ter suas forças físicas no cuidado. 100% (n=15) dos cuidadores afirmaram se sentir bem cuidando. 80% (n=12) responderam não ter sofrido o abandono dos familiares para o cuidado com o doente.

Para facilitar a análise dos resultados, perguntas com mais de duas respostas foram tabuladas em suas respectivas categorias. A tabela 2 evidencia que 60% (n=9) dispõem da colaboração da família. 53% (n=8) responderam não ter apresentado sentimentos de ofensa e raiva de maneira alguma durante o cuidado. 66% (n=10) dos entrevistados responderam não ter escolhido cuidar, mas “tem” que cuidar. 86% (n=13) dos cuidadores afirmaram cuidar do doente como ele realmente merece. 60% (n=9) afirmaram ter as atividades diárias centradas em torno do cuidado. 73% (n=11) dos entrevistados responderam exercer o cuidado durante um dia inteiro. 74% (n=11) têm disponibilidade para o autocuidado.

Tabela 2 - Agrupamento por categorias. São José do Rio Preto, SP, 2009.

CATEGORIAS	N	%
<b><u>Apoio Familiar</u></b>		
Colaboração da família	9	60
na execução dos	4	27
cuidados.	2	13
Total	15	100
<b><u>Auto-Estima</u></b>		
Sentimentos de ofensa	8	53
e raiva durante a	4	27
execução do cuidado.	3	20
	0	0
Total	15	100
Eu escolhi cuidar dele?	4	27
Não, eu tenho que	10	66
cuidar.		
Não, eu fui escolhido.	1	7
Total	15	100
Capacidade de executar	13	86
o cuidado como o	1	7
doente merece.	1	7
Total	15	100
<b><u>Atividades diárias interrompidas</u></b>		
Atividades diárias	9	60
centradas em torno do	2	13
cuidado	4	27
Total	15	100
Horas dispensadas na	3	20
execução do cuidado.		
	1	7
Somente à noite.		
	11	73
Um dia todo.		
Total	15	100
<b><u>Problemas de Saúde/Desgaste.</u></b>		
Tempo para cuidar de si	11	74
apesar da atenção que	2	13
tem que dar ao	2	13
paciente.		
Total	15	100

## Discussão

Em relação ao perfil dos cuidadores, verifica-se na tabela 1 predominância de mulheres (60%) que em sua maioria são “donas de casa” e cônjuge do paciente. Esse dado é corroborado com um estudo realizado no departamento de oncologia de um grande hospital escola de Melbourne, na Austrália<sup>8</sup>. Dos 51 cuidadores que participaram da pesquisa, 56,9% (n=29) eram mulheres e 27,5% (n=14) eram esposas do paciente com câncer avançado<sup>7</sup>. Um estudo realizado no Hospital de Caridade de Carazinho/RS, durante o ano de 2004, também evidenciou que 89 (76,1%) dos 117 cuidadores eram mulheres<sup>9</sup>.

Cuidar do doente de câncer, em especial, na fase avançada da doença é descrita como tarefa que provoca desequilíbrio, sobrecarga física, social e econômica<sup>10,11</sup>. O estudo realizado no Hospital de Caridade de Carazinho/RS mostra que a principal dificuldade no ato de cuidar é o desgaste físico e emocional evidenciado por 41 (35%) dos 117 pesquisados e a menor dificuldade é atribuída às dificuldades financeiras e à falta de apoio<sup>9</sup>. Porém, no presente estudo, 67% (n=10) dos entrevistados afirmaram se sentir saudáveis para cuidar do paciente e 60% (n=9) desses entrevistados alegaram não sentir cansaço, sendo que 67% (n=10) dos cuidadores têm suas forças físicas no cuidado. Já no trabalho realizado pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, numa ONG com pacientes oncológicos e seus cuidadores, 87% (n=46) dos entrevistados responderam que a situação econômica piorou<sup>12</sup>. O trabalho de Carazinho/RS corrobora com os 60% (n=9) dos cuidadores desse estudo que afirmaram não ter tido dificuldade financeira e com os 80% (n=12) que responderam não ter sofrido o abandono dos familiares para o cuidado com o doente. As divergências encontradas no campo financeiro provém do paciente ser o responsável pelo orçamento familiar e ter seus custos elevados pelo adoecimento, não encontrando outro parente que assumisse essa responsabilidade<sup>9</sup>.

O significado da palavra família tem se modificado ao longo do tempo de forma mais ou menos intensa. Nos tempos passados, a família era vista no contexto da criação dos filhos sendo organizada de acordo com esta atividade principal e a mulher ocupava um papel importante pelas funções de mãe e esposa<sup>13</sup>.

Atualmente, o interesse de várias áreas do conhecimento pela discussão sobre a família é crescente. Segundo Althoff “a família é uma unidade social complexa, e a diversidade dos aspectos que a envolve nos faz reconhecer que conhecemos somente parte de sua realidade”<sup>2</sup>. A enfermagem vem se preocupando com a família no sentido de assisti-la criando instrumentos próprios e valorizando as pesquisas nas situações concretas vivenciadas pela família em seu cotidiano, compreendendo as suas relações com o meio em que vivem e como elas correm na realidade<sup>14</sup>.

Em um estudo de famílias de pacientes dependentes (idosos) mostra que a escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e que a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas, muitas vezes, expressão de um desejo do paciente, ou falta de outra opção, podendo, também, ocorrer de um modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume este

cuidado, mesmo não se reconhecendo como um cuidador<sup>15</sup>.

É comum a pessoa que se torna a cuidadora principal afirmar ter assumido essa responsabilidade espontaneamente, sem um questionamento prévio ou discussão com o restante do grupo familiar sobre quem desempenharia os cuidados. Nesta decisão costumam ser explicitados fatores como relacionamento afetivo, grau de parentesco, morar junto ou próximo, maior disponibilidade de tempo ou indisponibilidade dos demais<sup>16</sup>. Essas afirmações corroboram com os 10 (66%) entrevistados que responderam não ter escolhido cuidar, mas “tem” que cuidar, numa forma de obrigação por motivos não explicitados.

A função de cuidador da família concretiza-se através de uma missão de proteção e socialização dos indivíduos, pois independente da forma e desenho que a família contemporânea apresenta, ela se constitui nos espaço de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais<sup>17</sup>.

Após o aparecimento da doença, as relações familiares ficam abaladas. Quando a estrutura familiar é sólida, a união surge e traz à tona sentimentos de carinho, cuidado, atenção, respeito e amor, que podem estar esquecidos ou pouco demonstrados. Entretanto, essa forma positiva de influência familiar pode não estar presente em todos os casos<sup>18</sup>. No presente estudo, 100% (n=15) dos cuidadores familiares afirmaram se sentir bem cuidando, 53% (n=8) responderam não ter apresentado sentimentos de ofensa e raiva de maneira alguma durante o cuidado e 86% (n=13) dos cuidadores afirmaram cuidar do doente como ele realmente merece. Esses achados fazem crer que os participantes da pesquisa exerciam o cuidado de maneira respeitosa e amorosa para com o doente. O estudo realizado pela UNCISAL afirma que 83% (n=44) dos cuidadores informaram que melhorou a relação com o paciente, estreitando os vínculos após a doença, 13% (n=7) disseram que não houve alteração e apenas 4% (n=2) disseram que ficou mais difícil se relacionar afetivamente com o familiar doente e que, portanto a relação piorou. No que se refere aos demais membros da família, 63% (n=33) dos cuidadores afirmaram que a relação afetiva entre eles melhorou<sup>12</sup>.

Há significativos estudos sobre o comportamento e as necessidades do cuidador no período de adoecimento do paciente com câncer, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento inicial, recidiva da doença, retratamento, sucessivas internações, até o encaminhamento para os cuidados paliativos. Essa etapa final, em geral, é árdua e penosa, motivada por esperança de cura, mas também com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada ao paciente, vivências que tendem a se intensificar com a evolução da doença<sup>19</sup>.

O cotidiano do cuidador abordado na literatura é abundante, estudos demonstram a sobrecarga que ele tem com sua estafante e estressora atividade de cuidados diários e ininterruptos.

O trabalho realizado com 133 cuidadores de pacientes sem possibilidades curativas, internados no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Campinas, avaliou a frequência de ansiedade e depressão desses cuidadores. Observou-se, entre outros fatores, que 84% referiram mudança na rotina pelo fato de cuidar. Este dado corrobora com os 80% (n=12) dos cuidadores que responderam interromper suas atividades diárias

para dar atenção ao doente e com os 60% (n=9) dos cuidadores que afirmaram ter as atividades diárias centradas em torno do cuidado<sup>20</sup>.

No que se refere, no presente estudo, ao tempo que os cuidadores se dedicavam ao paciente, 73% (n=11) dos entrevistados informaram que passavam o dia inteiro com o paciente e 27% (n=4) apenas um período. Esses achados condizem com o estudo da UNCISAL no qual 77% (n=41) dos entrevistados também cuidavam o dia inteiro do paciente e os demais 23% (n=12) durante um período (manhã, tarde ou noite)<sup>12</sup>.

### Conclusão

Diante do exposto, evidencia-se, pela pequena amostra, o papel de cuidadora que a mulher exerce perante a sociedade. A escolha do cuidador familiar nem sempre é dialogada podendo se fazer de maneira espontânea ou por indicação dos membros da família, considerando-se os quesitos de laços afetivos, proximidade residencial, suporte financeiro e disponibilidade de tempo. O apoio familiar dependerá de como se desenrola a relação do cuidador e do doente com os demais membros da família, a afetividade é primordial para que haja o apoio.

A mudança no cotidiano é evidente pelas atividades diárias interrompidas e pelo tempo dispensado para o cuidado, às vezes a rotina é mudada por completo. A fadiga e o desgaste físico e emocional não foram um fator de destaque relacionado a esse novo cotidiano. Apesar de todas as mudanças, tanto na rotina quanto no campo financeiro, os cuidadores se sentem satisfeitos em cuidar e o afeto entre cuidador e paciente é notado pela ausência de sentimentos de raiva e ofensa durante o cuidado.

### Referências Bibliográficas

- 1-Pedrolo FT, Zago MMF. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. *Rev Bras de Cancerol* 2002;1(48):49-56.
- 2-Althoff CR. Delineamento uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.
- 3-Zago MMF, Barichello E, Hannickel S, Sawada NO. O adoecimento pelo câncer de laringe. *Rev Esc de Enferm USP* 2001;35(2):108-14.
- 4-Bastos ACS, Trad LAB. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1998;3(1):106-15.
- 5-Santos SMA, Portela CM. O cuidado ao cuidador familiar de portadores de transtornos de humor na rede básica de atenção à saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
- 6-Kawasaki K, Diogo MJDE. Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal. *Rev Esc Enferm USP* 2001;35(3):257-64.
- 7-Wanderley MB. Publicização do papel do cuidador domiciliar. São Paulo: IEE/PUC-SP, Brasília, Secretaria de Assistência Social - MPAS; 1998.
- 8-Milne DJ, Mulder LL, Beelen HCM, Schofield P, Kempen GIJM, Aranda S. Patients' self-report and family caregivers' perception

of quality of life in patients with advanced cancer: how do they compare? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;15(2):125-32.

9-Zart VB, Rodrigues MS, Kerber CA. Cuidado familiar: desafios no processo de cuidar. *Logos* 2006;17(1):21-9.

10-Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad Saúde Pública* 2006;22(3):527-34.

11-Wanderbroocke ACNS. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Psico (Porto Alegre)* 2002;33(2):401-12.

12-Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev Bras Enferm* 2009;62(1):32-7.

13-Carter B, Mcgoldric M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

14-Marcon SS, Waidman MAP. A enfermagem frente a problemas de relacionamento na família. *Rev Bras Enferm* 2003;56(2):248-53.

15-Wennman-Larsen A, Tishelman C. Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scand J Caring Sci* 2002;16(3):240-7.

16-Mendes PBMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995 apud Wanderbroocke ACNS. Cuidando de um familiar com câncer. *Psicol Argumento* 2005;23(41):17-23.

17-Felício JL. As famílias de pacientes com doenças crônicas e graves: funcionamentos mais característicos. *Mundo Saúde* 2003;27(3):426-31.

18-Hayashi VD, Chico E, Ferreira NMLA. Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. *Rev Enferm UERJ* 2006;14(1):13-20.

19-Thomas C, Morris SM, Harman JC. Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. *Soc Sci Med* 2002;54(4):529-44.

20-Rezende V et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Rev Bras de Ginecol e Obstet* 2005;27(12):737-43.

---

### Correspondência

Rua: Atílio Luiz Fazanelli, 385. Ap 22 – Jd. Panorama  
15091-300 São José do Rio Preto - SP

---