



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

## **CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS EM FIM DE VIDA: A VIVÊNCIA DO CUIDADO COMO CONDIÇÃO IDENTITÁRIA<sup>1</sup>**

**Carolina Schmitt Colomé<sup>2</sup>, Mikaela Aline Bade München<sup>3</sup>, Fernanda  
Nardino<sup>4</sup>, Amanda Valério Espíndola<sup>5</sup>, Alberto Manuel Quintana<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Recorte de Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

<sup>2</sup> Aluna de Graduação em Psicologia (UFSM), bolsista PIBIC/Cnpq, e-mail: carolcolome@gmail.com

<sup>3</sup> Aluna de Graduação em Psicologia (UFSM), bolsista PROBIC/FAPERGS, e-mail: mikaelaaline@hotmail.com

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFSM), e-mail: fernanda.nardino@gmail.com

<sup>5</sup> Mestre em Psicologia (UFSM), e-mail: amndvesp@gmail.com

<sup>6</sup> Professor Orientador, Phd em Bioética, Curso de Psicologia (UFSM), e-mail: albertom.quintana@gmail.com

### **RESUMO:**

O paciente em fim de vida e sua família são considerados como uma unidade pelos Cuidados Paliativos. Em situações de internação domiciliar, demanda-se um cuidador informal, papel usualmente ocupado por um familiar. Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender as repercussões e significações das tarefas de cuidado executadas por familiares cuidadores de pessoas em fim de vida. Utilizou-se o método clínico-qualitativo. Participaram seis familiares cuidadores de pacientes vinculados a um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) lotado em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de entrevistas semidirigidas e a análise se deu através da análise de conteúdo. Identificou-se que devido às mudanças que o “assumir-se cuidador” demanda, os familiares sofrem alterações identitárias relacionadas ao cuidado. Ressalta-se a importância de se atentar para o sofrimento advindo do cuidado ininterrupto, pensando-se em estratégias de promoção de saúde física e mental para esses sujeitos.

### **INTRODUÇÃO:**

A ocorrência de importantes avanços tecnocientíficos no campo da saúde a partir do século XX relaciona-se a uma mudança global em relação às formas de adoecimento e morte. As doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis encontram-se nas posições de maiores índices de morbimortalidade, impulsionadas pela melhora nas condições de vida da população, concomitante ao advento de tecnologias que facilitaram o diagnóstico e o tratamento de diversas patologias. (CARMO, BARRETO; SILVA JR., 2003). É nesse contexto que se colocam os Cuidados Paliativos, a fim de oferecer maior conforto, qualidade e dignidade para os sujeitos que enfrentam o fim da vida (NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, 2013; MESQUITA, 2012; CAPELAS, et al. 2016).



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Compreende-se os cuidados paliativos como um contraponto aos procedimentos invasivos e intervenções fúteis em situação de fim de vida, como ocorre, muitas vezes, no caso das doenças crônico-degenerativas. Busca-se, assim, a melhora na qualidade de vida de doentes e familiares acometidos por doenças potencialmente ameaçadoras à continuidade da vida, através de um cuidado multidimensional, o qual compreende o sofrimento dos envolvidos como sendo de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002). Entende-se, a partir da perspectiva da palição, o doente e sua família como uma unidade, de maneira que o cuidado perpassa a ambos. (NAOKI et al. 2017; CAPELAS et al. 2016).

Nesse cenário, ressalta-se a importância da presença dos familiares com o propósito de prestarem apoio emocional e suporte às necessidades básicas ao familiar adoecido. Entende-se que o papel da família em situações de fim de vida é essencial, uma vez que a mesma se torna responsável, juntamente com a equipe de saúde, por possibilitar o referido conforto, qualidade e dignidade à terminalidade de seu familiar, como prevêem os Cuidados Paliativos (BERNAL, 2003).

Recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), passou a incluir os cuidados paliativos na abrangência da atenção básica em saúde, o que coloca a palição como uma assistência para além dos muros hospitalares. Assim, fica facilitada a implementação de uma outra política pública que também abarca os cuidados paliativos: a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que dispõe sobre os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Desse modo, passa-se a entender a palição como um dos eixos assistenciais dos SAD, exigindo, enquanto prerrogativa para admissão ao serviço, a implicação de um cuidador formal ou informal que execute ações assistenciais nos domicílios de usuários funcionalmente dependentes. Assim, a partir da possibilidade de amparo através das relações familiares, a atenção domiciliar funciona como um dispositivo de cuidado que busca promover a autonomia do sujeito que se encontra em situação de terminalidade, o qual não se limita a mero objeto de intervenção (BRASIL, 2011).

Como referido, a política de atenção domiciliar exige que haja pelo menos um cuidador no domicílio do paciente, a fim de que este possa assumir-se como cuidador principal. Em geral, esta posição é adotada por familiares, os quais realizam, de maneira informal, ações de cuidado à saúde de seus entes queridos. Salienta-se que os aspectos que predizem a definição do cuidador familiar associam-se comumente às relações de parentesco (cônjuges), às relações de gênero (mulheres), à proximidade física (residentes no mesmo domicílio) e ao vínculo afetivo (esposas, mães e filhas) (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Assim, levando-se em conta que o ideal paliativista coloca a família e o sujeito adoecido enquanto uma unidade familiar, evidencia-se a necessidade de direcionar um olhar e um cuidado de qualidade a esses sujeitos que assumem a tarefa de cuidar. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi compreender as repercussões das tarefas de cuidado realizadas por familiares cuidadores de pessoas em fim de vida, bem como as significações atribuídas pelos mesmos a essas ações assistenciais.

**METODOLOGIA:**



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

No que tange ao delineamento do estudo, optou-se pela utilização do método clínico-qualitativo, uma vez que a presente pesquisa corresponde a uma investigação científica que parte das ciências humanas para um contexto de saúde. (TURATO, 2013). Os participantes foram seis familiares adultos de pessoas em fim de vida, as quais estavam recebendo cuidados paliativos domiciliares através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul, no período de abril a setembro de 2017. A fim de se definir o familiar participante, foi solicitado ao grupo familiar que indicasse o cuidador principal. Estes familiares foram contatados inicialmente por telefone a partir de uma lista fornecida pelo SAD, de maneira que, posteriormente, agendou-se um encontro nos domicílios de cada um dos familiares que demonstraram interesse em contribuir. Aos participantes foram apresentados os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual explicava sobre os potenciais benefícios e prejuízos e acerca da possível desistência em participar da investigação a qualquer momento.

A coleta de dados se deu através do uso da entrevista semidirigida (TURATO, 2013), a qual foi composta por eixos norteadores a respeito de aspectos relativos ao processo de adoecimento e as repercussões às relações familiares, impressões quanto a tornar-se cuidador principal, sentimentos sobre a proximidade do fim de vida de seu familiar, dentre outros. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, seus nomes serão trocados pelo código: letra "F" seguida de um número que identifica o entrevistado.

As entrevistas foram integralmente transcritas e analisadas através da técnica de análise de conteúdo temática de Minayo (2010), por meio da qual o material foi organizado em categorias, sendo que no presente estudo será abordada a categoria denominada "O cuidado como uma condição identitária". Foram preservados os princípios éticos presentes na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que guia a ética em pesquisas com seres humanos nas áreas de Ciências Sociais e Humanas (BRASIL, 2016). Dessa maneira, foram respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa à comunidade científica e ao Estado. O estudo somente foi colocado em prática após a aprovação do Comitê de Ética da UFSM, sob o número CAAE: 63065216.9.0000.5346.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Ainda que não disponham de formação específica em área da saúde, os familiares cuidadores são os membros da família "escolhidos" como responsáveis por realizar o cuidado informal de seus familiares adoecidos. (CASTRO; SOUZA, 2016; FLORIANO et al. 2012). Disso resulta exposição a drásticas modificações na rotina, nos papéis sociais e nas organizações familiares, o que pode levar a mudanças identitárias, à medida que esses familiares passam a perceber o cuidado como parte de suas identidades. De acordo com a Teoria da Identidade do Cuidador os cuidadores familiares não apresentam modificações apenas em seus comportamentos, mas também na maneira como percebem os seus papéis na relação com aquele a quem dirigem seus cuidados, o que leva, portanto, a uma mudança em seus papéis identitários. (MONTGOMERY; KOSLOSKI,



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

2009). Nesse sentido, essa categoria busca descrever as significações atribuídas ao cuidado como uma característica identitária, a partir da perspectiva de familiares cuidadores.

Desse modo, pode-se observar, pelo relato da Familiar 4, que ela costumava assumir os cuidados de seus familiares, mesmo antes do adoecimento do familiar pelo qual ela encontra-se responsável: “Porque ele nunca se cuidou e eu tava sempre cuidando. Porque a maioria da minha vida sempre foi (...) Cuidar dos outros, cuidar de doença”. Assim, as relações de cuidado que assumiu em diferentes situações de adoecimento de seus familiares parecem delegar a ela a função social de cuidadora em sua família, função com a qual se identifica e se reconhece, compreendendo este papel como parte de sua vida e, portanto, de sua identidade. Sugere-se que esse papel assumido pelos cuidadores familiares provoca mudanças em seus comportamentos e na forma como percebem a si mesmos nas relações com seus entes adoecidos. Nesse sentido, pontua-se que alterações quanto à percepção de si dizem respeito a modificações na identidade desses cuidadores, o que pode ser melhor compreendido pelo entendimento que a construção das identidades se dá através das interações sociais (MONTGOMERY; KOSLOSKI, 2009; VALENTIM, 2008). A Familiar 4 ainda destaca os rearranjos que a tomada deste lugar de cuidadora provoca quando discorre acerca das mudanças que opera em sua rotina para dar conta deste papel. Ademais, identifica-se em seu discurso a percepção de que ela seria a responsável pelo exercício do cuidado, mesmo anterior aos diagnósticos de doenças em sua família, como se estivesse predeterminada a isso.

Salienta-se que a função de cuidador emerge de funções já assumidas no relacionamento entre doente e familiar cuidador em períodos anteriores ao adoecimento. Assim, em muitos casos, a função de cuidador familiar não seria um novo papel na gama das funções sociais executadas por algum membro familiar e, sim, uma transformação de papéis já exercidos naquele relacionamento, como demonstra a Familiar 5:

Eu disse ah, eu não posso abandonar minha vó né? Como que eu vou abandonar minha vó se toda a vida ela sempre fez tudo por mim né? [...] Não tinha, não existia uma possibilidade mínima que eu não fizesse isso por ela. (F5)

Percebe-se, assim, que a posição ocupada pelos familiares cuidadores pode ser a de quem sente que o comprometimento com os cuidados de seus familiares adoecidos é inerente a sua relação com eles, como, nesse caso, uma retribuição de afeto e carinho. Considera-se ainda que a proximidade imbuída nessa relação de cuidado pode configurar um dos mais importantes papéis sociais que esses cuidadores familiares (maridos e esposas, filhos, amigos) executarão em suas vidas, o que relacionar-se-á às significações que estes familiares atribuirão a essas ações de cuidado (MONTGOMERY; KOSLOSKI, 2009).

Entretanto, tendo em vista os cuidados contínuos demandados por pessoas em situação de fim de vida, por vezes o papel de cuidador principal é delegado pelos familiares àquele membro da família que dispõe de mais tempo para a assistência, como aposentados ou trabalhadores do lar, como é o caso de alguns participantes da pesquisa. Essa peculiaridade quanto à definição do



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

cuidador pode levar a situações em que o cuidador familiar e o doente não estejam conectados por laços afetivos profundos anteriores à relação de cuidado (FRATEZI;GUTIERREZ, 2011).

Observa-se que os cuidadores familiares além de compartilharem ocupações semelhantes, também são identificados por um gênero predominante. Em geral, o cuidado em fim de vida é executado por mulheres (MEIRA et al. 2017; NICHOLLS, HULBERT-WILLIAMS; BRAMWELL, 2014; OLIVEIRA ;CALDANA, 2012; WILLIAMS et al. 2017), o que também foi observado nesta investigação - à exceção do Familiar 2 (o qual estava substituindo a assistência realizada por uma mulher - sua esposa - que estava viajando), todas as outras cuidadoras familiares eram mulheres: esposas, irmã e neta.

Quanto à predominância do gênero feminino na execução do cuidado, pontua-se que as identidades são entendidas como produto das interações sociais, as quais determinam as aquisições de papéis e funções. Nesse sentido, sugere-se que, em contextos familiares, as mulheres foram historicamente encarregadas pela fecundidade, proteção, nutrição e abrigo como atribuições que garantiriam a continuidade da vida dos grupos, encargos que as aproximariam de uma posição que remete ao cuidado (MEIRA et al. 2017).

Entretanto, considera-se fundamental a discussão sobre o que leva à conexão inerente entre feminino e cuidado. Atribui-se ao senso moral da sociabilidade burguesa a naturalização das ações de cuidado como algo intrínseco ao feminino. Às mulheres cabem os encargos profissionais diversos ao cuidado, além da responsabilidade por cuidar de seus familiares em diferentes fases de desenvolvimento - ora por conta das necessidades subjacentes aos períodos da infância e adolescência, ora em decorrência de processos de envelhecimento ou adoecimento - em consequência da imposição de normas sociais historicamente predominantes (GUEDES; DAROS, 2009).

Já quanto à importância da identificação com esse papel de cuidador, observamos no discurso da Familiar 1 uma referência à gratidão pela possibilidade de executar o cuidado de seu marido:

Eu até agradeço a deus né, por mim tá cuidando dele né? Porque hoje eu me sinto bem de poder tá com ele, porque se eu não tivesse voltado e ele tivesse do jeito que ele tá, eu ia ficar muito triste, muito chateada, não ia poder tá do lado dele né? (F1)

Entende-se que os sofrimentos associados ao ato de cuidar demandam a busca por significados para essa ação, a fim de que se opere a continuidade da execução dessa tarefa a partir dos sentidos atribuídos a ela. Em relação a esse aspecto, evidencia-se que as significações outorgadas por familiares cuidadores ao ato de cuidar podem ser de crescimento, gratidão, doação, reparação, retribuição, obrigação, elaboração de conflitos, vontade de deus, aprendizado (SILVEIRA, CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Potencialmente relacionado aos sentidos atribuídos ao ato de cuidar, identifica-se uma resistência em parte de familiares cuidadores quanto a permitir que outras pessoas assumam tarefas de cuidado por seus entes queridos, o que pode levá-los a uma sobrecarga e, por conseguinte, à



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

vivência negativa dessa prestação de assistência em fim de vida, conforme depoimentos como o da Familiar 4:

Se a [filha] não tá em casa, eu não me animo de deixar com essa moça em casa, ela me ajuda em tudo, ela dá medicação e tudo, mas eu tenho receio, medo de me ausentar muito tempo de casa (F4).

Concernente a esta perspectiva de impossibilidade de compartilhar as tarefas de cuidado, pontua-se que familiares cuidadores costumemente apresentam dificuldades em dividir o cuidado com outras pessoas, assumindo-o completamente e evitando solicitar auxílio aos outros por imaginar que não devem, por acreditar que exercem melhor as tarefas assistenciais do que os demais, ou por supor que as pessoas deveriam procurá-las para oferecer ajuda (SILVEIRA, CALDAS; CARNEIRO, 2006; TESTON et al. 2013). Tais dificuldades impõem aos cuidadores, muitas vezes, situações de sobrecarga com as tarefas assistenciais, o que pode acarretar sofrimento psíquico àqueles que assumem uma postura de “viver para cuidar”, quando estes familiares cuidadores dedicam-se exclusivamente às ações de cuidado, abdicando de suas outras funções e papéis sociais (OLIVEIRA; CALDANA, 2012; CASTRO; SOUZA, 2016; PEREIRA; SOARES, 2015). Ademais, a sobrecarga pode ocorrer, por conta da exigência da assistência intermitente, a qual pode ser limitante às suas próprias vidas, levando, muitas vezes, a prejuízos em aspectos financeiros, laborais e sociais. Além disso, por encontrar-se num período de indisponibilidade de investimento em si mesmo, o cuidador principal pode vivenciar situações de extremo sofrimento, isolamento e frustração. (COSTA, MOURÃO; GONÇALVES, 2014; CASTRO; SOUZA, 2016; PERERIA; SOARES, 2015). Assim, o familiar que cuida acaba por ter que recusar-se a si mesmo – seus desejos, vontades, identidade, papéis e espaços ocupados anteriormente ao adoecimento – em prol do doente, o qual demanda cuidados concretos e imediatos, devido à progressão da doença e à sua debilidade:

Ah, pra mim tá... Ah, é difícil né, é cansativo, porque tu vê eu passo o dia inteiro, a noite... Toda né. Então assim, é difícil. Mas... Tem que fazer né? E... Daí de noite uma chama pra ir no banheiro, outra chama pra ir no banheiro, então é aquela coisa, né. Levanto seis, sete, oito vezes por noite. Tem dias que é bem complicado. E é difícil. Mas... Tem que cuidar, não adianta, né. (F6).

Dessa forma, percebe-se no relato de F6 que o cuidado assumido em benefício do familiar adoecido é reconhecido, muitas vezes como um fardo. Assim, Naoki et al. (2017) apontam que isso pode ocorrer em cuidadores que sentem que sua saúde física ou emocional, sua vida social e suas condições financeiras sofreram degradações como resultado do cuidado que ofereceram a seus familiares.

Pontua-se, nesse sentido, uma importante diferença entre a assistência em fim de vida profissional e a informal: a possibilidade que o cuidador profissional teria de sair da situação de cuidador, diferente do que acontece com familiares cuidadores, que permanecem continuamente nessa posição. Ainda, há para os profissionais um amparo técnico, baseado em suas formações, além de



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

que podem dividir o trabalho e as angústias com o restante da equipe interprofissional de cuidados paliativos (MARONESI et al. 2014). Enquanto isso, os familiares cuidadores de pessoas em fim de vida se dedicam, em geral, a um cuidado integral, intermitente e solitário.

Nesse sentido, ressalta-se a relevância do presente estudo, no sentido de proporcionar reflexões que possam desconstruir algumas concepções pré-estabelecidas acerca do cuidado e das expectativas que se colocam sobre o cuidador familiar. O estudo tem como finalidade chamar a atenção para a unidade familiar, a fim de que os profissionais paliativistas levem em consideração a atenção e assistência à família nas suas práticas, uma vez que o bem-estar do doente está diretamente relacionado com esta. Tendo em vista a dificuldade de defrontar-se com a finitude, somada às adversidades que os familiares cuidadores vivenciam cotidianamente, é visto que os mesmos necessitam do apoio da equipe para que consigam desempenhar seu papel de cuidado aos familiares em fim de vida, dispondo de saúde física e mental.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se o tamanho da amostra, relacionado ao caráter qualitativo do estudo, através do qual buscou-se responder a questões específicas do grupo investigado. Além disso, no presente estudo foram apresentadas apenas as perspectivas de familiares cuidadores, não sendo incluídas as concepções das pessoas em fim de vida, o que se considera relevante em termos de construção de intervenções e políticas que versam sobre a terminalidade.

## **CONCLUSÃO:**

Frente às alterações no campo de saúde, que implicam mudanças em relação às doenças que acometem os sujeitos e às terapêuticas utilizadas, surgem os Cuidados Paliativos, que trazem a concepção de um cuidado multidimensional que seja direcionado tanto a pacientes como a seus familiares. Pensando em formas de proporcionar maior conforto e qualidade de vida a esses sujeitos, dentro da lógica da palição, desponta a Atenção Domiciliar, que implica em um cuidado ofertado na própria residência do paciente por um cuidador formal ou informal. Quando esse papel é assumido por algum familiar, demanda mudanças na dinâmica familiar.

Uma vez expostos a tais mudanças na organização da família, bem como a mudanças sociais, laborais e financeiras advindas do fato de assumirem-se como cuidadores, os familiares responsáveis pelo cuidado podem vivenciar uma significativa modificação identitária atrelada a esse novo papel. Coloca-se que a decisão para o cuidado pode estar relacionada tanto à relação pré-existente entre o familiar adoecido e o cuidador, como a maior ou menor disponibilidade deste último para o cuidado, destacando-se que, na maior parte das vezes, essa função é assumida pelas mulheres.

Atenta-se, porém, para aspectos que envolvem a sobrecarga do familiar cuidador, o qual costuma encarregar-se sozinho dos cuidados. Ainda que a palição compreenda o doente e sua família como uma unidade, muitas vezes as intervenções dirigem-se, em geral, ao paciente. Assim, propõe-se que esses cuidadores sejam também assistidos pelas equipes de saúde, buscando-se intervenções que os aproximem de suas redes de suporte familiar e comunitário, tendo em vista



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

que o cuidado domiciliar ocorre em seus territórios.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados Paliativos; Relações Familiares; Psicologia.

**AGRADECIMENTOS:**

Ao PIBIC/Cnpq.

**REFERÊNCIAS:**

BERNAL, I. L. La familia en la determinación de la salud. **Rev. Cub. de Salud Pública**. n. 1, v. 29, p. 48-51. 2003. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. 2011. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. 2016. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 2017. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

CAPELAS et al. Cuidados paliativos: o que é importante saber. **Patient Care**. P. 16-20. 2016. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: desafios para o novo século. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 2, v. 12, p. 63-75. 2003. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000200002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200002)>. Acesso em: 08 de agosto de 2018.

CASTRO L. M.; SOUZA. D. N. Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. **Interacções**, n. 42, p. 150-162. 2016. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

COSTA, J. L.; MOURÃO, V.; GONÇALVES, M. D. O impacto da “vulnerabilidade extrema” dos doentes nos seus cuidadores principais: uma perspectiva multidimensional. **Revista Kairós**, n. 1, v. 17, p. 27-43. 2014. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, n. 21, v. 3, p. 543-548. 2012. Disponível em: <



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300008&script=sci_abstract&tlng=pt)>.  
Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, v. 7. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf> >. Acesso em: 05 de fevereiro de 2019.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, n. 12, v. 1, p. 122-134. 2009. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, v. 15, p. 1497-1508. 2010. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

MARONESI, L. C. et al. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n. 3, v. 14, p. 877-892. 2014. Disponível em: . Acesso em: 08 de julho de 2018.

MEIRA, E. C. et al. Vivências de mulheres cuidadoras de idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Escola Anna Nery**, n. 21, v. 2, p.1-8. 2017. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

MESQUITA, A. S. L. **O Psicólogo em Cuidados Paliativos: intervenção em fim de vida**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto. 2012. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONTGOMERY; KOSLOSKI. Caregiving as a Process of Changing Identity: Implications for Caregiver Support. **Journal of the American Society on Aging**, n. 33, v. 1, p.47-52. 2009. Disponível em: . Acesso em: 05 de fevereiro de 2019.

NAOKI, Y. et al. Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home. **Palliative and Supportive Care**, p. 1-9. 2017. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE. **Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care**. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2013. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.

NICHOLLS, W., HUBERT-WILLIAMS, N.; BRAMWELL, R. The role of relationship attachment in adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. **Psychooncology**, n. 23, v.10, p.83-95. 2014. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.



**Tipo de trabalho:** TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

OLIVEIRA; CALDANA. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. **Revista Saúde e Sociedade**, n. 21, v. 3, p. 675-685. 2012. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

PEREIRA L. S. M.; SORARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v. 12, p. 3839-3851. 2015. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

SILVEIRA, CALDAS; CARNEIRO. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 22, v. 8, p.1629-1638. 2006. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

TESTON, E. F. et al. A vivência de doentes crônicos e familiares frente à necessidade de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, n. 12, v. 1, p.131-138. 2013. Disponível em: . Acesso em: 05 de fevereiro de 2019.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2013.

VALENTIM, J.B. Identidade pessoal e social: entre a semelhança e a diferença. **Revista Psychologica**, n. 47, p. 109-123. 2008. Disponível em: . Acesso em: 06 de fevereiro de 2019.

WILLIAMS, L. A. et al. 'Because it's the wife who has to look after the man': A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life. **Palliative Medicine**, n. 31, v. 3, p. 223-230. 2017. Disponível em: . Acesso em: 05 de fevereiro de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines. Geneva: WHO. 2002. Disponível em: . Acesso em: 08 de agosto de 2018.