

APOIO INFORMACIONAL À FAMÍLIA DO IDOSO COM CÂNCER

Informational Support in the Family of the Elderly with Cancer

Juliana Stoppa Menezes Rodrigues¹, Simone Camargo de Oliveira², Noeli Marchioro
Liston Andrade Ferreira³, Giselle Dupas⁴, Monika Wernet⁵.

-
1. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
 2. Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
 3. Professora, Doutora do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.
 4. Professora, Doutora do Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

► **CONTATO:** Juliana Stoppa Menezes Rodrigues | R. Nestor de Campos, 861, Ap. 1 - Planalto Paraíso | São Carlos | São Paulo | CEP 13562-101 | Telefone: (19) 8265-0357 | Fax: (16) 3351-8334 | E-mail: julianastoppamenezesrodrigues@gmail.com

Resumo

Esta pesquisa objetivou compreender como a família do idoso com câncer percebe o apoio informacional recebido da equipe de saúde. Os referenciais que embasaram o estudo foram o Interacionismo Simbólico e a Análise Temática de Bardin. Foram entrevistadas sete famílias de idosos com câncer, emergindo 11 categorias: Ficando satisfeito com a informação recebida, Recebendo a informação do médico, Recebendo informação de outros profissionais, Recebendo atenção dos profissionais, Ficando sem a atenção esperada, Percebendo pressa no atendimento, Identificando dificuldades na comunicação, Recorrendo a outras fontes de informação, Acreditando estar bem informado, Recebendo informação incompleta e Sentindo-se ignorada. A compreensão das formas simbólicas de sentir e perceber da família de idoso com câncer possibilitou entender os processos que permeiam a interação com os profissionais. É fundamental que a comunicação entre eles seja eficaz, pois o apoio informacional é alicerce do processo terapêutico, envolvendo desde a escuta cuidadosa à interpretação coerente.

PALAVRAS-CHAVE: Família, Comunicação, Idoso, Neoplasias, Apoio social.

Abstract

The main goal of this study was to understand how the families of the elderly with cancer perceive the informational support provided by the health care team. This study was based on Symbolic Interactionism as a theoretical framework and Bardin's Content Analysis as a methodological framework. Seven families of elderly individuals with cancer were interviewed and 11 categories were emerged:

Being satisfied with the information received, Receiving doctor's information, Receiving information from others professionals, Receiving attention from professionals, Not receiving expected attention, Perceiving hurry in attendance, Identifying communication difficulties, Peering additional ways to get informed, Believing being informed, Getting incomplete information and Feeling ignored. Understanding symbolic forms of feeling and perceiving from the elderly family with cancer enabled understand the processes that permeate the interaction with professionals. Effective communication is essential and informational support shall be foundation of treatment process, ensuring consistent interpretation and careful listening.

KEYWORDS: Family, Communication, Social support, Aged, Neoplasms.

Introdução

Atualmente a família é concebida como uma unidade, caracterizada pelas relações de seus membros, dentro de um contexto peculiar. Tais relações se expressam pelas influências interpessoais e ambientais, constituindo-se assim de um complexo sistema interacional, cujos sujeitos possuem funções sociais definidas¹⁻³. Nesta conjuntura, a família surge como um espaço privilegiado, onde cuidados de saúde e suporte à vida podem ser oferecidos aos seus membros. No âmbito da cronicidade, tal situação se acera, sobretudo na vivência de um câncer e, particularmente, quando associado à senilidade. Dentre as doenças crônicas, as neoplasias se tornam proeminentes, uma vez que 60% dos casos de óbitos ocorrem na terceira idade⁴.

Por conseguinte, a concepção da família como unidade de cuidado constitui-se de uma exímia estratégia de atenção à saúde para idosos com câncer. Ao revelar-se no contexto familiar, o câncer potencializa o desencadeamento de dificuldades a ele relacionadas; paralelamente, as transformações nas políticas de prestação da assistência à saúde têm cooperado para que a família assuma cada vez mais precoce, seu papel de provedor de cuidados, afetando-a substancialmente^{5,6}.

O envolvimento diáfano do profissional de saúde, assim como o estabelecimento de uma relação horizontal com a família, permite a minimização de sentimentos negativos que permeiam esse contexto. Ao se preparar, o profissional torna-se capaz de identificar essa

ocasião como um ensejo para apreender o ambiente familiar e, assim, promover uma assistência integral focada nas reais necessidades e expectativas, da família e do idoso com câncer⁷.

Sabe-se hoje, que atuar atrelado à família proporciona efeitos extremamente benéficos, ressaltando que a inclusão da família na assistência, desde que, seja de seu agrado, é fundamental para um cuidado de qualidade. A competência dos familiares na identificação das reais necessidades do idoso é evidente, no entanto, para que esse fato se torne possível, é essencial que a família receba um apoio informacional sobre os aspectos que permeiam essa assistência.

Entende-se por apoio informacional conselhos, orientações, sugestões e informações com as quais a família pode contar⁸. Este é uma das dimensões propostas pelos autores, que em conjunto com o apoio material, afetivo, emocional e de interação social positiva, configuram o apoio social.

A dimensão funcional e qualitativa do apoio social permite perceber a funcionalidade das redes sociais, definida como um grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém vínculo social⁹. Tais definições são relevantes, pois uma rede de apoio social efetiva corrobora para que o indivíduo se sinta querido e estimado, encontrando força para o enfrentamento de situações adversas¹⁰.

Pela dupla situação de complexidade do cuidado inerente à senilidade associada ao

câncer, as famílias necessitam de maior aporte informacional, a fim de lidar com as diversas situações decorrentes da doença. Acredita-se que um apoio informacional adequado favorece a criação de vínculos e estabelece uma relação fundamental para a funcionalidade familiar.

Frente a isso, o objetivo deste estudo foi compreender como a família do idoso com câncer percebe o apoio informacional recebido da equipe de saúde, pois um aporte de informação adequado gera segurança para lidar com as diversas situações decorrentes deste contexto.

Métodos

Em virtude de acreditar que a compreensão dos significados dos fenômenos é essencial para o entendimento de como as famílias de idosos com câncer percebem o apoio informacional oferecido pelos profissionais de saúde, optou-se pelo Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico, uma teoria das relações humanas, focado no comportamento individual e grupal, representando a particularidade do ser humano interagir, interpretar, definir e agir no seu cotidiano de acordo com os significados que ele próprio atribui a uma situação vivenciada¹¹.

O Interacionismo Simbólico é uma abordagem teórica que elege, para seus estudos, detalhes concretos dos acontecimentos entre indivíduos permitindo buscar o significado que o mundo tem para cada um, e como tal fato influencia a tomada de decisões¹². Assim, pretende-se estudar a interação entre a família de idosos com câncer e os profissionais de saúde, responsáveis por oferecer informações e orientações que auxiliam na compreensão de todo processo da doença.

Como referencial metodológico, optou-se pela Análise Temática de Bardin¹³, utilizando a Regra da Representatividade, em suas etapas: pré-análise; exploração do material com tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, a leitura é flutuante e possibilita a formulação de objetivos e hipóteses iniciais que norteiam a interpretação final. A exploração do

material obtido compreende a leitura exaustiva de seu corpo para a confecção de uma resenha, dando clareza ao conteúdo do texto. A interpretação do conteúdo finaliza todo o processo analítico¹³. Utiliza-se de procedimentos exploratórios, que permitem apreender as ligações entre as diferentes variáveis, baseado no processo dedutivo, permitindo a elaboração de novas hipóteses¹³.

Os critérios de inclusão foram: no mínimo díades familiares de idosos com câncer, cadastrados em uma instituição pública de uma cidade no interior paulista. A população com essas características perfazia um total de 41 famílias. Para se determinar a amostra a ser consultada, foi realizado um sorteio aleatório. A coleta de dados e as entrevistas consentidas, do tipo aberta ou livre, utilizaram áudio e foram realizadas no domicílio em resposta à questão norteadora:

Os profissionais de saúde têm oferecido informações sobre a doença, o tratamento, os cuidados, enfim, tudo que a família precisa saber para prestar o cuidado?

À medida que esta questão foi respondida, outras foram formuladas, além da utilização de frases como: “como assim?” “me fale mais sobre isso”, visando aprofundar o tema.

O projeto foi aprovado pelos órgãos responsáveis do serviço e passou por análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Processo Nº 218/2010). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo interrompidas ao se conseguir a saturação teórica.

As informações foram analisadas minuciosamente com o propósito de apurar os dados relevantes, de verificar os temas emergentes e de observar que outros dados deveriam ser buscados. Desta forma, foram formadas categorias temáticas.

Resultados

Foram entrevistadas sete famílias de idosos com câncer, perfazendo um total de 14 pessoas. Quatro doentes eram do sexo masculino e portadores de neoplasia prostática, e três eram do sexo feminino, portadoras de câncer de pulmão, melanoma e

linfoma não-Hodgkin, sendo que a faixa etária variou entre 62 e 79 anos. Quanto aos membros familiares, cinco eram do sexo feminino, sendo três esposas e duas filhas, e dois do sexo masculino, sendo um esposo e um filho. A faixa etária dos familiares variou de 30 a 77 anos.

Através da análise detalhada das entrevistas, elaboraram-se categorias que permitiram um melhor esclarecimento sobre como a família percebe o apoio informacional recebido da equipe de saúde. A seguir serão apresentadas as categorias e as falas representativas identificadas com números arábicos para a pertença familiar e o grau de parentesco, respeitando-se o anonimato.

Ficando satisfeito com a informação recebida.

No contexto de enfermidades, receber a informação necessária e esperada traz tranquilidade à família. As informações fornecidas precisam ser precisas e de qualidade, a fim de elucidar dúvidas, sobretudo as que já existem. As famílias consultadas informaram que, em muitos momentos, sentiram-se satisfeitas com as informações que receberam no decorrer da doença, especialmente quando as buscaram.

Olha, eles [médicos] explicaram e as informações que me deram foi suficiente (Família 1 - doente)

A gente perguntava eles [médicos] respondiam tudo direitinho . (Família 1 - esposa)

Quando eu ia com ele [médico], perguntava as coisas, eles explicavam (...) A gente perguntava eles esclareciam, explicaram, tudo direitinho (...) (Família 3 - esposa)

O medico conversou com minha filha mais velha (...) no dia que eu estava lá até que ele explicou tudo também (Família 4 - doente)

... eles [médicos] explicaram direitinho (...) eles explicaram antes de operar e ele falou na hora

certinho, né? explicou na hora, tudo certinho, ah eu acho q eles falaram tudo... (Família 5 - doente)

Recebendo a informação do médico

O médico pode ser a primeira pessoa com quem a família conta para obter informação e orientação sobre o que está ocorrendo. Os entrevistados perceberam que as informações oferecidas pelos profissionais médicos foram prioritárias.

O médico que dava mais informação (...) eles me orientaram, é com ele que eu vou é com eles que eu falo (Família 1 - doente)

Perguntava tudo sempre para o médico... (Família 4 - doente)

Eu falei com o médico e ele falou "calma" (...) Foi o médico que me orientou sobre os remédios que iria tomar (Família 5 - doente)

O médico explicou tudo como ia ser (Família 7 - filho)

Recebendo informação de outros profissionais

Outras classes de profissionais da saúde também estão capacitadas para fornecer informações às famílias, principalmente durante a realização de procedimentos ou dieta a ser seguida. Dentre os profissionais citados pelas famílias no decorrer das entrevistas estão os enfermeiros e os nutricionistas.

Mas quando ele ficou internado, também tinham as enfermeiras (Família 1 - esposa)

Os médicos falavam primeiro, depois, as enfermeiras... As enfermeiras também são boas... (Família 3 - doente)

Tem enfermeiros que às vezes falam... Quando foi para eu sair, veio a enfermeira chefe e falou como eu deveria tomar os remédios (Família 5 - doente)

A enfermeira explicou sobre a radioterapia (Família 6 - doente)

A nutricionista conversou bastante com a gente (Família 7 - doente)

Deram [enfermagem] até um livrinho com as instruções (Família 6 - doente)

Ela [nutricionista] deu até um livrinho (Família 7 - doente)

Recebendo atenção dos profissionais

As orientações, ao serem transmitidas, em conjunto com o respeito e a atenção esperados pela família, geram um sentimento de acolhimento e segurança. As famílias apontam que não esperam apenas a informação em si, mas anseiam algo a mais dos profissionais, sendo essa conduta fundamental para um enfrentamento positivo da situação.

Eles foram muito atenciosos (...) Ele foi muito bem atendido... pelo médico... Eu o procurei (médico) e ele deu as informações (Família 1 - esposa)

Ali [no hospital] tem uma orientação fabulosa (Família 2 - doente)

(...) tem hora que eles (médicos) atendem muito bem... eles tratam muito bem, com muito carinho (Família 3 - esposa)

O médico que fez a operação nele é muito bom, nossa, ele trata a gente bem (Família 5 - esposa)

Eles [médicos] falavam sim, explicavam com muita calma, foi muito atencioso com a gente, fui muito bem atendida, eles me explicavam bastante coisa, mas ela (médica) conversou tanto comigo, me disse que não precisava ficar preocupada, para ter paciência e tal, eu fiquei tranquila por que foi muito bem explicado (Família 6 - doente)

Ficando sem a atenção esperada

A informação e a atenção perpassam toda a relação interpessoal. A ausência de envolvimento profissional com a família é percebida pela forma com que a consulta médica é conduzida e o diagnóstico, as condutas e os tratamentos são

revelados, causando ressentimento na família por, em muitos momentos, não receberem a atenção esperada.

Chegava lá [UBS] e ele [médico] só me dava um remedinho (Família 1 - doente)

É... mas aqui pelo SUS não tem nada de bom não... (Família 3 - doente)

Por que no SUS tem médico bom, mas tem uns que tratam a gente como se fosse... (Família 3 - esposa)

Eles [médicos] tinham que me atender uma hora, não me atenderam, fui embora e não volto mais nele (...) graças a Deus ocorreu tudo bem, mesmo sem explicação... ele [médico] era muito ansioso, nervoso (...) eu fui depois mais umas duas vezes lá, mas, não me ajudou nada, depois que mudou de médico deu certo (Família 4 - doente)

Eles [médicos] não fazem nada, só olham e pronto... (Família 6 - esposo)

Falaram assim na lata (Família 3 - doente)

Ele falou, a doença, logo de cara assim... (Família 5 - doente)

Percebendo pressa no atendimento

Os inúmeros afazeres, a agenda cheia e o número elevado de pessoas aguardando atendimento concorrem para que não seja oferecida à família a atenção esperada. Os relatos trouxeram que a atenção oferecida pelos médicos à família do idoso com câncer ocorria de forma rápida e, muitas vezes, indiferente.

Num prazo de um minuto ele [médico] já receitava um remédio (Família 1 - doente)

Eles [médicos] não tem tempo (...) A gente vai no atendimento e tem 50 pacientes esperando para serem atendidos pelo médico (Família 2 - doente)

Os médicos daqui [UBS] fazem as coisas muito rápidas (...) bonzinho ele era, mas a consulta era rápida (Família 3 - doente)

Você sabe como é médico do SUS, né? A gente chegava lá, ele só olhava e já mandava embora, não falava nada (...) eles [médicos] não têm paciência, eles não consultam a gente... (Família 6 - doente)

Identificando dificuldades na comunicação

A comunicação efetiva compreende um processo de compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, possibilitando interações interpessoais, que produzem efeitos sobre o comportamento, a emoção e os sentimentos dos envolvidos. As falhas na comunicação estão diretamente relacionadas com o tempo disponível para que a informação seja transmitida, gerando dificuldade de comunicação entre a família do idoso com câncer e os profissionais de saúde.

Eles [médicos] davam a informação, mas do jeito deles... Eles não dão informação certa (Família 1 - esposa)

A gente [família] nunca sabe de verdade o que o médico tem a dizer (Família 2 - filha)

Contato principal mesmo com os profissionais é complicado (Família 2 - doente)

Mas ah, é aquela explicação... (Família 4 - paciente)

O último dia que eu fui lá [ambulatório] o médico falou qualquer coisa pra mim, ele fala muito enrolado eu não entendi (Família 5 - doente)

Eles [médicos] poderiam falar mais (Família 6 - doente)

Recorrendo a outras fontes de informação

Na conjuntura atual, as fontes de informação, escritas e/ou faladas, são incomensuráveis e disponibilizadas à população. Sabe-se, porém,

que nem sempre, podem ter uma confiabilidade absoluta. Não obstante, diante da dificuldade em receber informações, as famílias acabam por recorrer a outras fontes de informação para se sentirem seguras e aptas para cuidar.

Uma coisa que eu acho que hoje ajuda, apesar de não ser a fonte mais confiável do mundo é a internet (Família 2 - doente)

A gente sempre pegava um panfleto da doença, para saber alguma coisa a mais (Família 2 - filha)

Eu acompanho muito a televisão (Família 3 - doente)

Deram [enfermagem] até um livrinho com as instruções (Família 6 - doente)

Ela [nutricionista] deu até um livrinho (Família 7 - doente)

Acreditando estar bem informado

As novas tecnologias da informação integram o mundo em redes globais de comunicação e oferecem todo tipo de informação nem sempre garantindo a veracidade e fidedignidade. Assim também as famílias consultadas verbalizam sua impressão de que possuem todo conhecimento necessário, dispensando, à primeira vista, a busca por informações junto aos profissionais da saúde.

Eu quase que não tinha dúvida... eu já sabia, não perguntei muito (Família 1 - doente)

Eu estava esclarecido de tudo isso (Família 2 - doente)

Eu nunca fui atrás pra conversar, com nenhum profissional (Família 5 - doente)

Nunca fiquei com dúvida (Família 7 - doente)

Recebendo informação incompleta

A comunicação pode apresentar falhas quando são omitidas informações consideradas prioritárias para compreensão do contexto vivido. Em suas falas as famílias apontam que pensaram ter recebido a

informação completa, mas no decorrer do processo perceberam que não tinham conhecimento de alguns itens importantes.

Eles [médicos] explicam, mas não os riscos de você fazer... Cada médico vai falar uma coisa (Família 2 - doente)

O médico explicou mais ou menos como cuidar (Família 4 - filha)

Ele não chegou a explicar o que eu ia sentir (Família 4 – doente)

Ninguém falava nada (Família 6 - doente)

Sentindo-se ignorada

A presença da doença em um membro familiar atinge toda a família. Nessa circunstância, a família espera ser ouvida e incluída no processo de comunicação que se estabelece entre profissionais e doente. As famílias ouvidas mencionaram que, inúmeras vezes, embora tenham buscado, não foram atendidas para receber a informação necessária.

Eu tentei conversar com eles [médicos] varias vezes, mas (...) A gente fica que nem bobo pra lá e pra cá (Família 1 - esposa)

Eu percebo que hoje em dia, talvez até por causa da correria, o médico está mais voltado para o paciente do que com a própria família... Os pacientes têm que ter um cuidado, mas eu acho que a família precisa muito de amparo... A gente via tudo isso acontecendo e não tínhamos a noção do que era. A gente podia ver algumas coisas e entender um pouco mais, se tivéssemos um diálogo com eles [médicos]... Pra gente, isso é desesperador, por que a família sofre tanto quanto o paciente (...) o contato principal dos médicos era diretamente com ele (doente) (Família 2 – filha)

A família fica muito de mãos atadas (Família 2 – paciente)

Como minha filha ia junto, ela ouvia tudo, mas ela nunca recebeu atenção, não, nunca a chamaram pra conversar (Família 4 - doente)

Pra falar a verdade ele [médico] não falava comigo, não, só falava com ele [doente], é difícil... (Família 5 - esposa)

Acho que ele [médico] tinha que ter conversado mais com minha esposa... Ele só falou comigo (Família 5 – doente)

Discussão

A visão de mundo, seguindo a linha do Interacionismo Simbólico (IS), concebe a vida social resultante de interações mediadas simbolicamente, ou seja, os símbolos são construídos nas interações humanas¹¹. Por conseguinte, o ser humano age de determinadas maneiras em concordância ao modo como ele simboliza a situação vivenciada¹⁴.

Seguindo esse referencial, buscou-se uma aproximação da compreensão do expressivo significado das relações sociais que permeiam o processo de comunicação, e mais especificamente o apoio informacional, ofertado por parte dos profissionais de saúde à família do idoso com câncer.

As famílias entrevistadas trouxeram sua trajetória com a doença, em um contexto que pôde ser evidenciado nas mais diversas situações vivenciadas, e que influenciaram os seus relatos, tornando-os aparentemente contraditórios, em muitos momentos, mas na verdade, representando sentimentos diversos a uma mesma situação de acordo com o significado atribuído no momento. Dessa forma, à medida que a família ia discorrendo sobre o tema proposto, ora dizia que estava **Ficando satisfeita com a informação recebida** e em outros momentos dizia estar **Recebendo informação incompleta**. Diante do desconhecido e das inúmeras dúvidas que surgem à família do idoso com câncer, receber um apoio informacional é um direito. Tal fato se evidencia pela necessidade que este idoso possui de receber cuidados específicos, advindos de seus familiares¹⁵⁻¹⁷.

A configuração do processo informacional entre profissionais e família exerce influência no processo da doença, seja no âmbito emocional,

enfrentamento, condutas ou, até mesmo, adesão ou não ao tratamento preconizado. Na especificidade do contexto da senilidade, uma informação eficaz é fundamental para a qualidade da assistência assumida no domicílio, prioritariamente pela família.

Com a senescência existe uma tendência à dependência. Tal situação torna-se ainda mais tensa na senilidade associada a doenças crônicas, como o câncer, demandando assistência específica. Um estudo¹⁸ identificou que idosos com alterações cognitivas podem apresentar dificuldades em compreender as informações, de maneira funcional, fato que torna a inclusão da família no apoio informacional ainda mais relevante.

É importante ressaltar que um apoio informacional remete impreterivelmente a uma comunicação eficaz. O processo de comunicação e a eficácia simbólica não se constroem apenas no encontro entre as pessoas que dialogam, mas há um conjunto de fatores que a antecede¹⁹. Em particular, sobre a comunicação médico-paciente, destaca-se a cultura médica e as diferenças entre a linguagem profissional e a linguagem dos pacientes, mediando as regras que estruturam o encontro entre intersubjetividades²⁰.

Nesse contexto, a categoria **Identificando dificuldade na comunicação**, trouxe por parte das famílias que houve um desequilíbrio entre a mensagem enviada pelos profissionais e o que eles puderam compreender sobre o que lhes foi comunicado. Estudos demonstram que o profissional de saúde necessita considerar a comunicação com a família do doente como um processo recíproco, já que o cotidiano no âmbito da saúde é marcado pelo processo comunicativo influenciado pelo contexto, podendo, assim, gerar distorções no decorrer desse processo²¹.

Além disso, pode ocorrer o que se define como barreiras da comunicação, decorrentes da falta de habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem²². O mesmo autor complementa que uma comunicação adequada provoca mudanças no modo de pensar, sentir ou agir das pessoas, contribuindo para um cuidado sistêmico e integral.

Logo, a maneira de falar e a escolha de palavras influenciam diretamente na qualidade não somente da comunicação, mas da assistência.

Por esse motivo, para que o apoio informacional seja realmente eficaz, além da informação em si, as famílias trouxeram que **Recebendo atenção dos profissionais** gera um sentimento de acolhimento e segurança fundamental para que se concretize a relação interpessoal do profissional com a família do idoso com câncer. Dessa forma, a empatia que se estabelece entre eles no processo de comunicação está associada também ao respeito mútuo, aos saberes e ao reconhecimento de seus papéis, já que a comunicação se dá através daquilo que nos faz sentido, ou seja, a pessoa ouve a mensagem e a traduz conforme o seu contexto sociocultural.

Neste contexto, as famílias entrevistadas trouxeram, em diversos momentos, uma percepção da falha na comunicação em **Ficando sem a atenção esperada e Sentindo-se ignorada**, pois mesmo buscando a informação não a encontravam. Em um estudo²³, observou-se que cuidadores de idosos esperam orientação para oferecer um cuidado efetivo ao seu familiar doente, sejam essas informações sobre o tratamento em si, ou mesmo para lidar com as dificuldades comportamentais do idoso. Os autores ressaltam ainda, que não necessariamente as informações esperadas estão relacionadas ao cuidado em si, mas que os cuidadores expressam a necessidade, até mesmo, de receber um apoio informacional para a resolução de conflitos familiares.

Embora haja uma comprovação de que a inclusão da família no processo de cuidar seja essencial para uma assistência integral^{24,25}, os sentimentos que emergiram dos relatos dos entrevistados demonstraram que, na maioria das vezes, a família se sente excluída do processo de cuidar. Nessa perspectiva, trabalhos apontam falhas no preparo de profissionais da saúde no quesito comunicação, tanto nos cursos de medicina²⁶, como nos de enfermagem²⁷, principalmente com relação a técnicas de comunicação e em especial à comunicação do diagnóstico²⁸.

Não é raro os doentes e seus familiares se depararem com profissionais pouco acolhedores, e muitas vezes indelicados, o que gera insegurança, insatisfação e frustração²⁹. Tal situação desencadeia sentimentos negativos na família, prejudicando a adesão ao tratamento. Nesta categoria a questão da abordagem do profissional, no momento do diagnóstico, foi relevante. Na comunicação de "más notícias", ainda há um despreparo dos profissionais, podendo acarretar repercussões negativas no âmbito físico, social e emocional, tanto para o doente quanto para o familiar³⁰.

Outro aspecto a ser destacado aparece nas categorias **Recebendo a informação do médico e Recebendo informação de outros profissionais** evidenciando o quanto o pensamento medicocêntrico permeia ainda o sistema de saúde na população ouvida. Observou-se uma ênfase no apoio informacional oferecido pelos médicos, sendo esse reconhecido e legitimado pelas famílias. A participação de outros profissionais, como enfermeiros e nutricionistas, foi pouco mencionada, não obstante sejam aptos e capacitados a oferecer um apoio informacional de qualidade.

Nesse aspecto, uma dificuldade apontada pela família, **Percebendo pressa no atendimento**, deixa claro o quanto esse fator prejudica a qualidade da informação oferecida. Uma pesquisa realizada²¹ identificou que as consultas médicas são realizadas em um tempo exíguo, mesmo na atenção primária, o que favorece uma superficialidade entre o profissional e o doente.

Dessa forma, frustrações de expectativas acabam por conformar um profissional cético quanto à necessidade de uma assistência humanizada. O fato é que muitos profissionais dariam o melhor de si se houvesse condições adequadas de trabalho. Uma dificuldade consequente é que ao não obter o apoio informacional que procuram, as famílias buscam supri-lo, **Recorrendo a outras fontes de informação**, caracterizada pela busca de outros meios de comunicação.

As novas tecnologias da informação e comunicação se constituem os principais meio

da globalização e representam a maior fonte de informações disponíveis às pessoas³¹. Sabe-se porém, que esse meio permanece restrito ao âmbito daqueles que detém o conhecimento pois, embora as informações, captadas via internet, permitam uma infinidade de respostas aos diversos assuntos, quando realizada a busca por pessoas não treinadas, é possível se deparar com informações inconsistentes ou divergentes³², podendo representar riscos para o processo terapêutico.

Além disso, tal fato gera nas famílias uma falsa segurança diante dos fatos que permeiam a doença e **Acreditando estar bem informado** julgam desnecessária a busca de um apoio informacional advindos da equipe de saúde. Novamente essa falsa segurança pode significar um risco para o doente, especialmente no que diz respeito à assistência oferecida pela família que, ao não contar com um suporte profissional, se sujeita a possíveis falhas.

Conclusões

Ao iniciar esse trabalho havia a intenção de se compreender como o apoio informacional oferecido pelos profissionais de saúde era percebido pela família do doente com câncer. Porém, ao dar voz à família, foi constatado que novamente o pensamento medicocêntrico aparece presente no imaginário da família dos idosos com câncer, mostrando ênfase na expectativa por atenção e cuidado prioritariamente advindo do profissional médico. Mesmo assim, a compreensão das formas simbólicas de sentir e de perceber da família do idoso com câncer tornou possível contextualizar a situação em estudo, permitindo a construção de um saber estratégico na busca pela compreensão dos processos de interação advindos do relacionamento entre essas famílias e os profissionais.

Diante de tais considerações, entende-se a necessidade de se buscar estabelecer uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e às famílias, adequando a informação às necessidades específicas de cada caso levando

em conta a realidade de vida e a sua forma de enfrentamento.

Conclui-se então que o apoio informacional é essencial, no decorrer de todo o processo terapêutico, envolvendo a escuta cuidadosa e a interpretação coerente, constituindo-se como um alicerce primordial para que o processo de cuidado seja efetuado de forma eficaz e efetiva.

Além disso, os aspectos inerentes ao processo de comunicação nos remetem a repensar uma assistência que não se enquadre apenas no modelo biomédico, sendo essa uma condição fundamental para um cuidado sistêmico.

Referências bibliográficas

1. Alarcão M. (Des)equilíbrios Familiares: uma visão sistêmica. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2002.
2. Hanson SMH. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. 2ª ed. Lisboa: Lusociencia, 2005.
3. Minuchin S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
4. Vieira MCU, Marcon SS. Significado do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42 (4):752-60.
5. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. SEER Cancer Statistic Review 1975-2003. In: Bethesda MD. National Cancer Institute; 2006. Disponível em: <http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003/> Acesso em: 22 jun. 2010.
6. Edwards BK, Howe HL, Ries LA, Thun MJ, Rosenberg HM, Yancik R, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on US cancer burden. *Cancer* 2002;94:2766-92.
7. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq Med ABC* 2006;31(2):73-7.
8. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine* 1991;32(6):705-714.
9. Bowling A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A. ed. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 1997. p.91-109.
10. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology* New York: Oxford University Press 2000. p.137-173.
11. Charon JM. *Symbolic Interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
12. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California; 1969.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3th ed. Lisboa: Edições 70; 2000.
14. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP São Paulo* 2005;39(1):103-108.
15. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Rev Bras de Cancerol* 2004;50(4):341-345.
16. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad Saúde Pública* 2006;22(3):527-534.
17. Wanderbroocke ACNS. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Psico* 2002;33(2):401-412.
18. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde; 2001. p.183

19. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas. 2nd. ed. Edusp: São Paulo; 1996.
20. Deslandes SF, Mitre RMA. Communicative process and humanization in healthcare. *Interface - Comunic., Saude, Educ* 2009;13 Suppl 1:641-9.
21. Caprara A, Rodrigues J. A relação médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. Saúde Colet* 2004;9(1):139-46.
22. Stefanelli MC. Comunicação com Paciente: teoria e ensino. 2nd Ed. São Paulo: Robe Editorial; 1993.
23. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal, MMM, Marcobich PO, Hernandez A, Lizárraga LV, Flores EI. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicologia & Sociedade* 2009;21(2):242-249.
24. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam. Saúde Desenv* 1999;1(1/2):7-14
25. Antunes MJM, Egry EY. O Programa Saúde da Família e a Reconstrução da Atenção Básica no SUS: A Contribuição da Enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enf* 2001;54(1):98-107.
26. Almanza-Muñoz J.J, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. *Guía clínica práctica basada en evidencia. Rev Sanid Mil* 1999;53(3):220-24.
27. Corner J. Nurses' experiences of cancer. *Eur J Cancer Care* 2002;11(3):193-99.
28. Stuart TP, Ávalo JG, Abreu MCL. La información médica al paciente oncológico. *Rev. Cuba Oncol.* 2001;17(2):105-10.
29. Tesser CD. Three considerations about "bad medicine". *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2009;13(31):273-86.
30. Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto e contexto – enfermagem* 2005;14(1):33-37.
31. Miranda LM, Farias SF. As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2009;13(29):383-94.
32. Lewis, T. Seeking health information on the Internet: lifestyle choice or bad attack of cyberchondria? *Media Cult Soc* 2006;28(4):521-39.