

CUIDADOS DE SAÚDE E RESILIÊNCIA FAMILIAR NA PERSPETIVA DE PESSOAS MAIS VELHAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

HEALTH CARE AND FAMILY RESILIENCE FROM THE PERSPECTIVE OF OLDER PEOPLE WITH CANCER

ATENCIÓN SANITARIA Y RESILIENCIA FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MAYORES CON CÁNCER

Ana Frias¹

Ana Jorge²

¹Instituto Politécnico de Coimbra (IPC), Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC), Centro de Investigação e Inovação em Educação (inED), Portugal, Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), Portugal (acfrias@esec.pt) | <https://orcid.org/0000-0002-9774-0501>

²Instituto Politécnico da Guarda- Escola Superior de Saude; UDI | <https://orcid.org/0000-0001-8646-0718>

Corresponding Author

Ana Carolina Morgado Ferreira de Frias
R. Dom João III, Fonte da Cheira
3030-329 Coimbra, Portugal
acfrias@esec.pt

RECEIVED: 30th April, 2025

ACCEPTED: 24th April, 2026

PUBLISHED: 31st May, 2026

Servir, 2(14), e41497

DOI:10.48492/servir0214.41497

2026



RESUMO

Introdução: As doenças oncológicas nas pessoas mais velhas representam, em Portugal, uma das principais causas de incapacidade e de sofrimento físico, psicológico, social, com impacto na saúde familiar. Na vivência destas doenças, as famílias, enquanto sistemas abertos em permanente interação com múltiplos sistemas ao seu redor, podem construir processos de resiliência, relevantes para a sua saúde e desenvolvimento. A resiliência familiar depende não apenas da capacidade dos elementos da família como também dos recursos da comunidade, tendo os profissionais de saúde um importante papel.

Objetivo: Analisar percepções de pessoas mais velhas com doença oncológica face aos cuidados de saúde recebidos e sua influência na construção dos processos de resiliência familiar.

Métodos: Estudo, de cariz qualitativo descritivo, inserido numa investigação sobre resiliência familiar e saúde na região Centro de Portugal. Foi realizada uma entrevista em profundidade a 10 famílias, pela pessoa idosa com doença oncológica, selecionadas na comunidade por *snowball*. Procedeu-se à análise temática, apoiada no enquadramento conceitual de resiliência familiar de Froma Walsh, gerando-se um mapa temático com três temas: “cuidados omissos”; “vivências positivas nos cuidados recebidos”; “cuidados promotores da resiliência familiar”.

Resultados: Tanto no momento inicial da doença como durante os tratamentos, as pessoas mais velhas sentiram, por vezes a) a omissão de cuidados, pela falta de humanização, idadeísmo e comunicação pouco clara; mas também b) vivências positivas, reconhecendo a presença dos profissionais em momentos dolorosos, intervenções educativas relevantes e o respeito pela privacidade; e que a) alguns cuidados contribuíram para a resiliência familiar, pela promoção da aceitação, da esperança e da comunicação intrafamiliar.

Conclusão: As conclusões evidenciam a premência de cuidados de saúde que reconheçam as necessidades das pessoas mais velhas e do seu sistema familiar no decorrer da doença oncológica, promotores da resiliência e saúde.

Palavras-chave: oncogeriatria; promoção da resiliência; saúde familiar; humanização dos cuidados; empatia.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, cancer in older people is one of the main causes of disability and physical, psychological and social suffering, with an impact on family health. When experiencing these illnesses, families, as open systems in permanent interaction with multiple systems around them, can build resilience processes that are relevant to their health and development. Family resilience depends not only on the capacity of family members but also on community resources, with health professionals playing an important role.

Objective: To analyze the perceptions of older people with cancer regarding the health care received and its influence on the construction of family resilience processes.

Methods: This descriptive qualitative study is part of a study on family resilience and health in the Central region of Portugal. An in-depth interview was conducted with 10 families of elderly people with cancer, selected from the community by snowball. A thematic analysis was carried out, based on Froma Walsh's conceptual framework of family resilience, generating a thematic map with three themes: “omitted care”; “positive experiences in the care received”; “care that promotes family resilience”.

Results: Both at the beginning of the illness and during treatment, older people sometimes felt a) the omission of care, due to a lack of humanization, ageism and unclear communication; but also, b) positive experiences, recognizing the presence of professionals in painful moments, relevant educational interventions and respect for privacy; and that a) some care contributed to family resilience, by promoting acceptance, hope and intra-family communication.

Conclusion: The conclusions highlight the urgent need for health care that recognizes the needs of older people and their family systems during the course of cancer, promoting resilience and health.

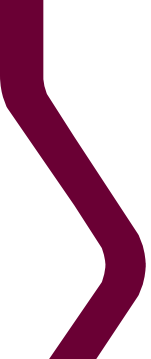
Keywords: oncogeriatrics; promoting resilience; family health; humanizing care; empathy.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades oncológicas en personas mayores representan una de las principales causas de discapacidad y sufrimiento físico, psicológico y social en Portugal, con impacto en la salud familiar. Al experimentar estas enfermedades, las familias, como sistemas abiertos en interacción permanente con múltiples sistemas que las rodean, pueden construir procesos de resiliencia relevantes para su salud y desarrollo. La resiliencia familiar depende no sólo de la capacidad de los miembros de la familia, sino también de los recursos de la comunidad, en los que los profesionales de la salud desempeñan un papel importante.

Objetivos: Analizar las percepciones de las personas mayores con cáncer sobre la atención sanitaria recibida y su influencia en la construcción de procesos de resiliencia familiar.

Métodos: Estudio descriptivo cualitativo, parte de una investigación sobre resiliencia y salud familiar en la región Central de Portugal. Se realizó una entrevista en profundidad a 10 familias, con la persona mayor con cáncer, seleccionada de la comunidad mediante bola de nieve. Se realizó



Frias, A. C., & Jorge, A. (2026).

Cuidados de saúde e resiliência familiar na perspectiva de pessoas mais velhas com doença oncológica.

Servir, 2(14), e41497. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41497>

un análisis temático, apoyado en el marco conceptual de resiliencia familiar de Froma Walsh, generando un mapa temático con tres ejes: “cuidados perdidos”; “experiencias positivas en la atención recibida”; “Cuidado que promueve la resiliencia familiar”.

Resultados: Tanto en la fase inicial de la enfermedad como durante los tratamientos, las personas mayores en ocasiones sintieron a) la falta de atención, debido a la falta de humanización, el edadismo y la comunicación poco clara; pero también b) experiencias positivas, reconociendo la presencia de profesionales en momentos dolorosos, intervenciones educativas pertinentes y respeto a la privacidad; y que a) algunos cuidados contribuyeron a la resiliencia familiar, al promover la aceptación, la esperanza y la comunicación intrafamiliar.

Conclusión: Las conclusiones resaltan la urgencia de una atención sanitaria que reconozca las necesidades de las personas mayores y su sistema familiar durante el curso del cáncer, promoviendo la resiliencia y la salud.

Palabras Clave: oncogeriatría; promover la resiliencia; salud familiar; humanización de la asistencia; empatía.



Introdução

O envelhecimento populacional é uma problemática que à escala global tem desafiado a efetividade de estratégias promotoras de saúde e bem-estar intergeracional. A esperança média de vida tem vindo a aumentar, como reflexo de progressos do desenvolvimento, sendo em Portugal de cerca de 20 anos após os 65 (PORDATA, 2025). O aumento da incidência e prevalência de cancro nas pessoas mais velhas, a par da importante carga de doença, contribui para a incapacidade nesta população, gerando elevado sofrimento físico, psicológico e social, e impacto na saúde familiar (Santos et al., 2021; Santos et al., 2022; Senden, et al., 2015). Perante situações adversas não normativas desta natureza, as famílias podem experienciar processos de adaptação além da sobrevivência, com possibilidade de crescimento (Lietz; 2007; Martins, 2014). As famílias são sistemas funcionais em desenvolvimento que dispõem de processos-chave promotores da sua resiliência, construída sob influência das relações ecossistémicas que estabelecem e a gravidade dos desafios vivenciados (Walsh, 2021). A resiliência exerce influência positiva na saúde familiar, ajudando não só cada indivíduo como a ecologia que o rodeia a lidar melhor com as vulnerabilidades que vão surgindo no decorrer da doença (Cui et al., 2023). Ainda assim, carece de uma compreensão mais abrangente enquanto fator protetor e indicador de vida saudável, bem como de uma efetiva promoção, também nos serviços de saúde (Babic, et al., 2020; Shao, et al., 2023). Questões como as (re)configurações familiares, subjacentes a processos transicionais normativos onde emergem mudanças relacionais, convidam a que a investigação da temática privilegie ações promotoras da saúde em oncogeriatria não restritas à vertente clínica (McGoldrick, et al., 2014; Pimentel, et al., 2020). Nesse sentido, o estudo desenvolvido teve como objetivo analisar percepções de pessoas mais velhas com doença oncológica face aos cuidados de saúde recebidos e sua influência na construção dos processos de resiliência familiar.

1. Enquadramento Teórico

Numa demografia globalmente envelhecida, Portugal encontra-se no topo dos países europeus com maior índice de envelhecimento (188,1 idosos por 100 jovens), maior índice de dependência de idosos e com tempo de vida sem incapacidade significativamente menor, para mulheres e homens (PORDATA, 2025). O perfil de saúde das pessoas mais velhas residentes em Portugal retrata a sua maior dificuldade na realização das atividades de vida diária, comparativamente com os países europeus, e maior incidência de doenças crónicas e degenerativas em idades mais avançadas, que contribuem para a perda da qualidade de vida e mortalidade, especialmente doenças do aparelho circulatório e tumores malignos (Santos, et al., 2022). A prevalência do cancro em Portugal tem vindo a aumentar, em parte pela elevada taxa de incidência nos grupos etários mais velhos, e estima-se que até 2040 a sua incidência aumente em cerca de 20%, reduzindo em quase 2 anos a esperança de vida dos portugueses (OECD, 2025). Assumindo a problemática como uma prioridade nacional, a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro (2021-2030) manifesta o compromisso com cuidados de saúde mais centrados nas necessidades dos doentes, no seu bem-estar e qualidade de vida e na reabilitação dos sobreviventes (Ministério da Saúde, 2023). A evolução da oncogeriatria julga ainda pertinentes intervenções não restritas à vertente clínica que: avaliem as experiências dos utentes face aos cuidados recebidos; conheçam as suas expectativas de bem-estar e de impacto da doença; promovam a sua participação nos processos de tomada de decisão; e sensibilizem profissionais de saúde para a necessidade de se elevar a qualidade dos cuidados a doentes mais velhos com cancro (Pimentel, et al., 2021). Subjaz a este enquadramento a visão da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 (WHO, 2020) que pretende envolver a sociedade na adoção de uma perspetiva mais positiva do envelhecimento: mudando a forma como pensamos e agimos; assegurando que as comunidades possam promover as capacidades dos mais velhos; garantir cuidados integrados e centrados nas necessidades dos mais velhos; e providenciar o acesso a cuidados de longa duração quando necessário.

Quando a doença oncológica surge em pessoas mais velhas provoca sofrimento físico e psicológico, afetando o seu quotidiano, em virtude dos tratamentos e internamentos por vezes prolongados, perda de autonomia, dor, e tendo impacto também na saúde familiar (Costa et al., 2016). Quem se depara com doenças desta magnitude, vivencia dificuldades ao nível da aceitação da doença e no decorrer do tratamento, agravadas por vulnerabilidades físicas e psicológicas e por fatores como a celeridade no estabelecimento do diagnóstico e a perceção de acompanhamento profissional regular ao longo do tempo (Resende & Filho, 2020). Os cuidadores familiares também experienciam menor qualidade de vida, ansiedade e frequentemente depressão, coadjuvados por fatores relacionados com a sua saúde

(doença crónica), nível (baixo) de escolaridade, idade do cuidador, entre outros (Geng, et al., 2018). O impacto no sistema familiar é condicionado pela avaliação das famílias acerca do acontecimento em si (o grau de ameaça que representa, perturbações emocionais, exigências no desempenho de papéis); pelos recursos de que dispõem (como a autoeficácia individual, ou características da família enquanto unidade, e recursos da comunidade/ apoio de profissionais); e pelo coping (a comunicação familiar, a esperança, capacidade de mobilização de recursos) (Santos, et al., 2021). A acumulação persistente da adversidade pode prejudicar o funcionamento da família, gerando efeitos em cascata em toda a rede relacional, e requerendo uma resposta da família no sentido de promover a resiliência de todos os seus membros (Walsh, 2016).

As famílias são sistemas “vivos” integrantes de outros sistemas mais alargados (e.g. sociocultural, económico), que se desenvolvem, crescem e complexificam, através de processos dinâmicos, recursivos e adaptativos, internos e externos, em relações de interdependência do comportamento dos seus membros (Relvas, 2017). O seu principal valor reside nas relações entre os seus membros, mais do que no desempenho de papéis e funções familiares (McGoldrick, et al., 2014). Independentemente das suas diferentes configurações (e.g. famílias alargadas e multigeracionais, multinucleares, monoparentais, viver ou não na mesma casa), ao longo do ciclo de vida os sistemas familiares vivenciam processos de transição emocionais, antecipando perante as gerações mais velhas, o lidar com eventuais incapacidades e necessidade de apoio (McGoldrick, et al., 2014; Sousa, et al., 2012). Quando a família se depara com a doença no familiar mais velho, inicia a construção de processos de resiliência, sob a interação de fatores de risco e proteção em diversos sistemas, incluindo, portanto, não apenas a esfera individual da pessoa mais velha, mas também o seu microsistema familiar e a interação com sistemas mais alargados (Schuc & De Antoni, 2018). O conceito de resiliência familiar diz respeito aos processos de superação e adaptação da família como unidade funcional, face às adversidades ao longo do seu ciclo de vida, permitindo-lhe alcançar uma transformação positiva, forjada através de diferentes caminhos (Lietz; 2007; Martins, 2014). Na conceitualização de Walsh (2016, 2021) a resiliência familiar apresenta três processos-chave relevantes: o sistema de crenças, que diz respeito a tudo o que permite atribuir um sentido à adversidade, onde se possa contextualizar o sofrimento e caminhar no sentido de um crescimento positivo a partir da adversidade; os processos de organização, possíveis quando existe flexibilidade na reorganização familiar e capacidade de mobilização de recursos; e os processos de comunicação/resolução de problemas, destacando face a importância de uma comunicação clara, que evite ambiguidades, permita a partilha emocional aberta de sentimentos dolorosos e de interações positivas. No contexto da doença oncológica, estes processos-chave são mediados pela interação de fatores de risco e proteção a nível individual (características da pessoa com cancro e do cuidador familiar), familiar (sentido de coerência familiar) e social (perceção do suporte social), num processo que pode contribuir para a melhor gestão da doença e maior qualidade de vida de doentes/família (Cui et al., 2023). A resiliência tem influência positiva na saúde, mesmo em situação de doença, permitindo que as pessoas se concentrem nos pontos positivos, desenvolvam relacionamentos próximos, habilidades sociais e consciência emocional (Babic et al., 2020).

Apesar da crescente incidência de cancro em pessoas mais velhas, e de se saber já sobre o seu impacto na vida individual, pouco ainda se sabe sobre as estratégias que a pessoa/sistema familiar mobiliza para se adaptar positivamente às ameaças que este problema de saúde implica (Gao et al., 2022; Senden et al., 2015). Nenhum modelo único de funcionamento saudável se adapta a todas as famílias que experienciam situações altamente stressantes, devendo ser analisado o contexto, os valores e recursos estruturais e relacionais familiares (Walsh, 2016). São necessários estudos que compreendam a evolução da resiliência familiar na perspectiva da pessoa com a doença, através de histórias de vida das pessoas mais velhas e famílias face à doença, a fim de que os cuidados de saúde prestados possam ser personalizados e atender às suas singularidades (Senden, et al., 2015; Shao, et al., 2023). A literatura tem analisado sobretudo os fatores com impacto na resiliência da pessoa com cancro ou no cuidador familiar, negligenciando a inter-relação mútua entre os membros do sistema familiar, onde se insere a pessoa doente (Shao, et al., 2023). A compreensão sistémica deste fenómeno, pode também contribuir para uma visão de envelhecimento não confinada ao estereótipo de dependência plena, que valorize o desenvolvimento humano face à adversidade, no contexto ecológico em que as pessoas vivem e com os múltiplos sistemas com que interagem (Schuc & De Antoni, 2018).



2. Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com o objetivo geral de analisar percepções de pessoas mais velhas com doença oncológica face aos cuidados de saúde recebidos e sua influência na construção dos processos de resiliência familiar. Realizou-se uma entrevista em profundidade a 10 pessoas com idade superior a 65 anos, selecionados na comunidade, na zona Centro litoral de Portugal, por snowball. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: ter mais de 65 anos; ter sido confrontado com diagnóstico de doença oncológica há mais de 2 anos; aceitar refletir sobre a construção dos processos de resiliência do sistema familiar, face à situação de doença vivenciada.

Realizou-se um guião de entrevista semiestruturada, com questões abertas em torno de duas temáticas centrais: i) cuidados de saúde e enfrentamento da doença – explorando vivências da doença, seu diagnóstico e tratamento, relevância dos cuidados de saúde para o bem-estar da pessoa e família, contributo desses cuidados para a mobilização de estratégias adaptativas; e a ii) reconfiguração da resiliência familiar – partindo do contexto relacional e social do sistema familiar ao longo da doença, processos-chave da resiliência familiar e perspetivas sobre o desenvolvimento familiar.

Os dados foram interpretados através da análise temática, predominantemente dedutiva/ teórica, dado que a identificação dos temas emergiu do interesse teórico e enquadramento concetual de suporte, ainda que, outros temas também tenham surgido diretamente dos dados obtidos (abordagem indutiva) (Clarke, et al., 2019). Cumpriram-se os procedimentos éticos inerentes, com parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra (Parecer Nº D48/2024), preenchimento do termo de consentimento informado por cada participante e salvaguarda das condições de privacidade na realização da entrevista, feita presencialmente, não gravada. A entrevista foi validada posteriormente por cada participante.

3. Resultados

As 10 pessoas entrevistadas (7 mulheres e 3 homens, designados por “F”), com idades entre os 68 e 86 anos, mencionaram ter sido diagnosticadas com doença oncológica da pele (n=2), mama (n=3), próstata (n=1), gastrointestinal (n=2), cerebral (n=1) e hematológica (n=1). Todos se encontravam em fase de remissão da doença, frequentando consultas de seguimento. À data do diagnóstico coabitavam com o cônjuge (n=2); com o cônjuge e filho(s) (n=3); apenas com o(s) filho(s) (n=3); ou sozinhos (n=2), ainda que referissem vínculos familiares próximos com filhos e netos. Posteriormente os seus sistemas familiares foram evoluindo, com a perda do cônjuge, nascimento dos netos, afastamento/proximidade dos filhos. A análise resultou na elaboração de um mapa temático sobre “Cuidados de saúde e resiliência familiar”, constituído por três temas principais (fig. 1): (1) “cuidados omissos”; (2) “vivências positivas nos cuidados recebidos”; e (3) “cuidados promotores da resiliência familiar”, englobando 3 subtemas (intervenção de profissionais; ativação de processos-chave; e transformação familiar).

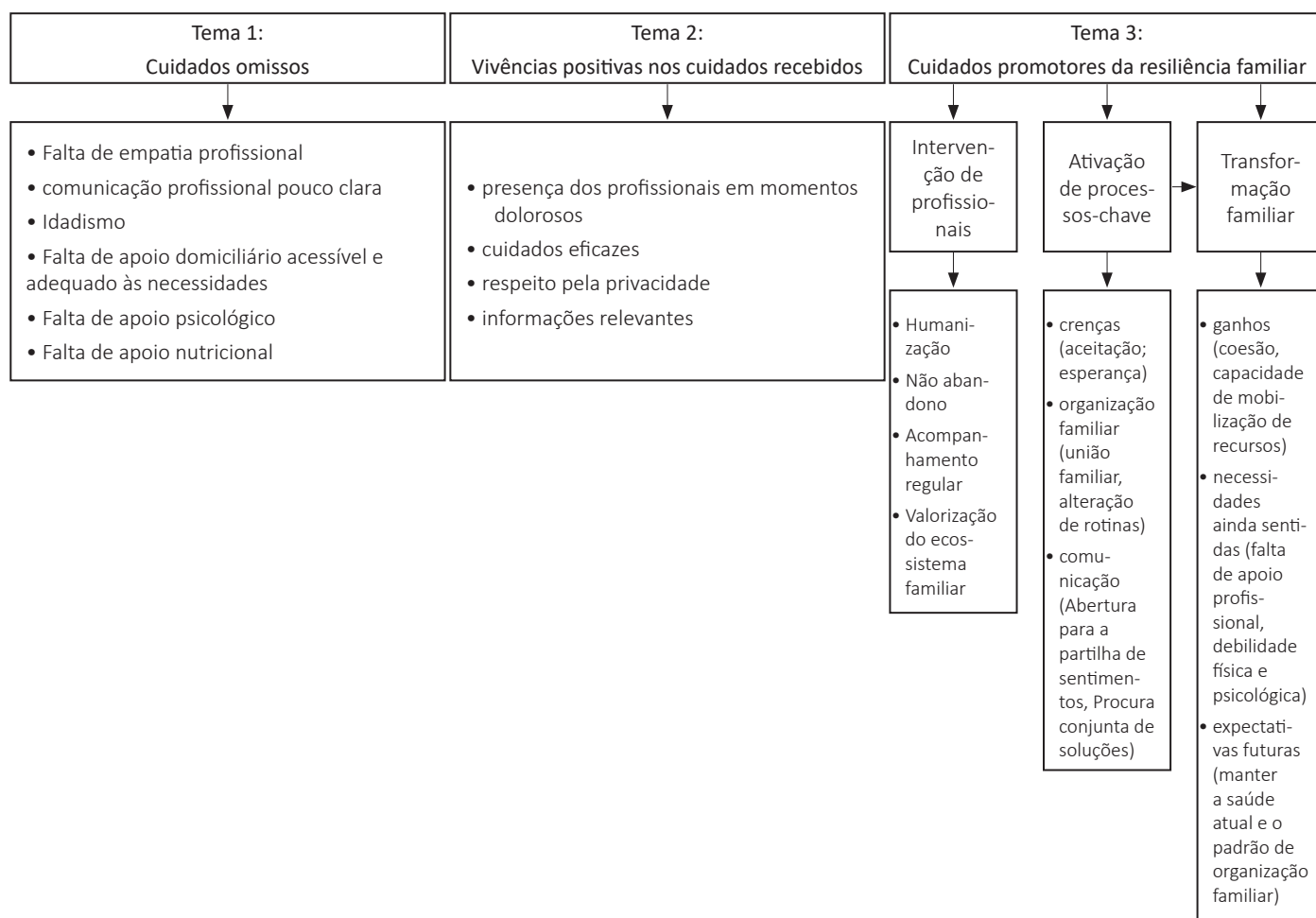


Figura 1 – Mapa temático “Importância dos cuidados para a resiliência familiar”

Ao refletirem sobre os cuidados recebidos na fase inicial da doença os entrevistados documentaram ter sentido (tema 1) cuidados omissos, algo que, nas suas perspetivas, contribuiu para um maior sofrimento inicial, extensível ao sistema familiar. Ou seja, perceberam que os cuidados de saúde que receberam não corresponderam integralmente às suas necessidades e expectativas, foram, de certo modo, deficitários. Destacam as atitudes idadistas de profissionais de saúde, com um tratamento de infantilização e de falta de valorização da pessoa que se é:

“tive enfermeiros que nem explicavam o que estavam a fazer..., era o medicamentozinho, passamos a ser quase bebés (...) isso fez-me sentir quase senil e sei que a minha filha também percebia que eu não gostava daquele tratamento. Mas temos que aceitar” (F1)

“(...) tratam-nos como se não entendêssemos o que dizem” (F2)

“Por vezes, de repente é mesmo o que dizem, passamos a ser pequeninos” (F10)

As atitudes comunicacionais revelaram também, em parte, falta de empatia e clareza quanto à informação, contribuindo para o agravamento de sentimentos de incerteza:

“Só o facto de termos uma doença destas e sermos velhos ao mesmo tempo, parece que nos tratam com pena e que vamos morrer daquilo”... (F1)

“A mim custou-me sentir tão pouco apoio para mim e para a minha família, coitados. Sofreram muito ao início a par comigo”... E não nos diziam nada!” (F4)



“Quando ia fazer exames deixavam-nos às mais velhas sempre para o fim. Ainda hoje é assim. Pensam que podemos esperar, pronto.” (F8)

Este déficit de cuidados refletiu-se também na falta de i) apoio psicológico, que de acordo com todos os participantes nunca foi disponibilizado a si/sistema familiar; ii) apoio nutricional, referido especificamente pela participante F10, submetida a uma cirurgia para remoção de tumor intestinal, que considera que teria sido importante esse cuidado ao longo do tempo (“o meu marido e, ao início o meu filho, ajudavam-me muito, mas acho que nem sempre fizemos bem,... nunca falei com uma nutricionista e acho que tinha sido importante até para a família saber como fazer em casa”, F10); e ainda, por uma família, a iii) falta de apoio domiciliário que desse resposta às suas necessidades no momento em que seriam precisos (F8).

Porém, os cuidados recebidos permitiram também algumas (tema 2) vivências positivas relevantes, sobretudo na fase inicial da doença, realização de exames de diagnóstico e durante o tratamento. A tônica destas vivências é colocada pelos participantes maioritariamente na perspetiva individual de recetores de cuidados e não no sistema familiar que, neste tema apenas é mencionado por uma família (F9). Destacam a importância de lhes ter sido transmitida informação relevante, esclarecedora e direta, o respeito pela privacidade, bem como a presença dos profissionais em momentos dolorosos, mencionando-os como reconfortantes:

“Também houve gente muito boa. E há. Tive um enfermeiro que me acompanhou à TAC e foi de uma simpatia e sinceridade, como nem sempre vejo”. (F5)

“Eu penso que como viram que vivia com o meu marido, que também não era novo já naquela altura, procuraram sempre ajudar para que ele também soubesse o que estava a acontecer e como devia fazer, disseram-lhe que tinha que aproveitar para descansar enquanto eu estava ali internada... e outra coisa que gostei foi não darem informações sobre mim aos vizinhos que me iam lá ver, pronto, protegiam-nos. Foi bom. (F9)

“Quando conheci o médico vi que era muito competente e isso aliviou-me. E fez uma operação muito bem feita, foi isso que me salvou” (F10)

Quando descrevem os cuidados de saúde particularmente relevantes para a sua resiliência familiar (Tema 3: cuidados promotores da resiliência familiar”), os participantes consideram que, numa perspetiva sistémica, foi relevante a intervenção de profissionais, na prestação de cuidados humanizados, por demonstrarem não abandono, assegurarem um acompanhamento regular e valorizarem o sistema familiar. Com consideram dois entrevistados:

“Foi muito importante durante a radioterapia, sentir que nos tratavam como pessoas. Sabiam o meu nome e do meu marido, perguntavam se tínhamos o carro longe, essa preocupação. Um dia o aparelho avariou, mas fizeram de tudo para que não me faltasse o tratamento”. (F6).

“Também tive gente muito boa e à medida que o tempo foi passando senti que os bons estavam interessados no meu caso e queriam o melhor para mim e também se preocupavam com os meus. Foram mais humanos” (F4)

Valorizam também cuidados promovidos pelas famílias e, por vezes potenciados, por profissionais, promotores da ativação de processos-chave, como crenças positivas, reorganização dos padrões de organização familiar e de comunicação.

“O meu médico ajudou-nos muito a ter esperança e penso que isso foi sincero. Até pudemos reagir melhor e acreditamos que íamos conseguir”. (F2)

“Nos primeiros tempos penso que não aceitávamos bem esta doença tão difícil e na minha idade, mas quando estive internada ajudaram-nos muito a mantermo-nos unidos”. ... “o médico e as enfermeiras ensinavam-nos a resolver pequenas coisas do dia a dia... A fazer pequenas caminhadas para ter mais força, por exemplo” (F9)

Ao longo do processo de adaptação à doença, na sequência através de processos-chave as famílias demonstram indícios de transformação familiar construídos entre ganhos e perdas a par de expectativas futuras. Na vivência da doença e sob influência dos próprios cuidados de saúde, as famílias reconfiguraram a sua própria resiliência, identificando um aumento da coesão familiar e de competências ao nível da gestão dos problemas e mobilização de recursos. Como refere uma entrevistada

“uma das coisas que mudou em nós foi que como tivemos tanto trabalho para passar por isto da melhor forma que pudemos, agora já achamos outras coisas mais pequenas e simples de resolver (...) Quando é preciso já conseguimos pedir ajuda, ou para mim ou para o marido”. (F10)

Sentem, porém, ainda, algumas omissões nos cuidados e dificuldades relacionadas com a própria saúde física e psicológica:

“não há dúvida que estas doenças deixam marcas e elas estão cá, no corpo e não só. Não é só a doença, foi a morte do meu marido pouco tempo depois, ter que viver agora mais tempo com a minha filha (...) Vamos ficando mais velhos e fazia falta termos alguém que nos desse mais apoio sem termos que perturbar a vida dos filhos. (F6)

Várias pessoas entrevistadas observam também que apesar das fragilidades e das conquistas que vivem atualmente, têm expectativas familiares face ao futuro. Desejam manter os padrões de saúde (seus) e da família, e os padrões de organização familiares.

“Nós queremos muito que não haja tão depressa problemas de saúde e também, já que eu e o meu marido ficamos tão unidos e conseguimos passar por tudo, queremos continuar cá mais alguns anos, a ajudar os netos e a fazer o que é habitual todos os dias. Isso é a nossa maior felicidade (...) Eu também posso dizer que tanto eu como o meu marido continuamos a acreditar no médico e nas enfermeiras que nos acompanham. Ajudam-nos a ter uma visão realista, sem nos deitar abaixo, muito pelo contrário!” (F9)

Veja-se também neste excerto, que a construção destas expectativas futuras mereceu também influência de cuidados de saúde humanizados e empáticos, subjacente à vivência expressa pela entrevistada.

4. Discussão

Para as pessoas mais velhas participantes neste estudo os cuidados de saúde que receberam influenciaram a sua adaptação à doença e a resiliência do sistema familiar. Na fase inicial da doença destacam a importância do déficit de cuidados como agravantes do sofrimento, angústia e sentimentos de incerteza. A percepção de escassez de empatia e de uma comunicação pouco clara e esclarecedora, reforçam os resultados de Ramírez et al. (2018), num estudo com adultos diagnosticados com cancro. De acordo com os autores a falta de informação sobre a condição de saúde ou o facto de ser transmitida de forma inadequada contribui para gerar incerteza, a par de questões burocráticas dificultadoras do acesso ao médico e ao sistema de saúde em tempo útil, enquanto aspetos que atribuem aos utentes uma condição de objeto e os afastam do contexto humano. Quando o cancro emerge no contexto familiar, o estabelecimento de uma relação terapêutica é importante para atender às reações e percepções familiares na transição de saúde-doença, por sua vez benéfica na gestão da insegurança característica deste processo (Santos, et al., 2021). Na relação entre profissionais e utentes/família, os participantes, para além de sentirem pouco investimento no apoio psicológico, escassez de oferta de cuidados ao domicílio quando necessários e de acordo com as especificidades de cada família, e falta de orientação nutricional, destacam a manifestação de atitudes idadistas. Este dado vem corroborar os resultados do Relatório Mundial do Idadismo (OPAS, 2022), que alerta para a existência de atitudes idadistas à escala mundial, em vários níveis (individuais e institucionais), tendo como alvo preferencial as pessoas mais velhas com alteração do seu estado de saúde. A nível clínico, estudos referem que a percepção negativa de médicos relativamente às mulheres mais velhas com cancro da mama condiciona a proposta de tratamento que lhes apresentam, sob a crença de que estas têm mais medo e estão menos dispostas e capazes em envolver-se na tomada de decisão (Neal et al., 2022). As manifestações idadistas



também se refletem, como sinalizado pelos participantes deste estudo, quando se evita o contacto, o conhecimento ou valorização dos pontos de vista das pessoas mais velhas, uma fala infantilizada ou não exploração de assuntos com base no pressuposto de que são débeis e menos capazes de compreender o que pretende ser dito (OPAS, 2022). Como percebido no estudo de Schuck e De Antoni (2018) persiste um idadismo cultural que se reflete nos cuidados de saúde e de apoio social, também ao nível dos cuidados domiciliários, que demonstram o pouco conhecimento das equipas que prestam esses cuidados sobre as necessidades e particularidades das pessoas mais velhas e suas famílias. O apoio psicológico, aqui reconhecido como omissos, tal como a orientação nutricional, são importantes áreas de atuação em oncogeriatria, que também podem estar associados à necessária sensibilização dos profissionais, corroborando o caminho ainda por desenvolver na Luta Contra o Cancro (Ministério da Saúde, 2023; Pimentel et al., 2021).

A par das omissões, no confronto com os obstáculos e dificuldades inerentes à doença, os aspetos positivos do cuidado também são valorizados pelas famílias e reconhecidos como relevantes para a construção da resiliência familiar. A atitude e suporte dos profissionais de saúde demonstra ser geradores de vivências positivas, contribuindo para a capacidade de tomada de decisão, atitudes positivas do sistema familiar e diminuição de sentimentos de incerteza (Pinker et al., 2025; Ramírez et al., 2018; Schuck & De Antoni, 2018). A percepção de apoio/disponibilidade dos profissionais e facilidade de acesso aos serviços promovem a capacidade de lidar com o sofrimento, configurando-se como fatores protetores na construção da resiliência das famílias (Ramírez-Perdomo et al., 2018; Schuck & De Antoni, 2018). Como constata Neal et al. (2022), a partilha de informações completas e claras também é relevante para que as pessoas, face à doença, tenham uma percepção positiva dos cuidados recebidos. Contribuem igualmente para uma perspetiva mais positiva na vivência da doença, a percepção de não abandono e de acompanhamento dos profissionais de saúde durante o tratamento e monitorização da doença (Resende & Filho, 2020). Saber que a ajuda profissional está disponível sempre que precisarem, é algo que tranquiliza a pessoa mais velha e o seu contexto familiar, considerando as dificuldades experienciadas pelos cuidadores familiares (Senden, et al., 2015). Valorizam ainda a atitude profissional face ao ecossistema familiar, promotora de um cuidado mais holístico, ao reconhecerem as necessidades dos cuidadores familiares. Como referem Geng et al. (2018), as implicações da doença na saúde física e psicossocial dos cuidadores requer atenção e avaliação da sua saúde mental, com intervenções dirigidas ao seu bem-estar e qualidade de vida. É necessária uma avaliação das necessidades da pessoa doente e do seu ecossistema familiar, que sofre repercussões relacionadas também com a necessidade de reorganização social e familiar (Costa et al., 2016).

A ativação dos processos-chave pode ser potenciada por cuidados promotores de resiliência, como documentam os entrevistados, quando se referem à importância dos profissionais para a (re)construção de crenças positivas, importantes na promoção da esperança (Ramírez-Perdomo et al., 2018). O sistema de crenças é um importante pilar na construção da resiliência familiar, permitindo contextualizar a angústia e atribuir um sentido de coerência à adversidade causada pela doença, permitindo a aceitação da situação adversa e atribuindo-lhe um sentido (Lietz, 2007; Shao et al., 2023). Ou seja, as famílias, mais do que apenas a pessoa com a doença, começam a compreender a condição de saúde como um desafio capaz de ser gerido, desenvolvendo com isso uma perspetiva mais positiva, de esperança e otimismo e de expectativas futuras já baseadas numa avaliação do fenómeno (Walsh, 2016). Os padrões de organização das famílias são também um fator-chave relevante, contribuindo para atenuar o efeito do choque que a doença representa no sistema familiar. Aqui, a flexibilidade assume um papel central, permitindo à família um funcionamento saudável e estável, com a alteração de rotinas, reorganização de papéis, mantendo a coesão e o apoio mútuo (Walsh, 2016, 2021). O apoio familiar resultante da interação de papéis pode também ter influência na autoeficácia individual da pessoa com cancro e capacidade global para reconhecer as necessidades em cada momento (Santos, et al., 2021). Tal como percebido nos resultados deste estudo, os padrões de organização concorrem com a comunicação intrafamiliar/ processos de resolução de problemas. Veja-se que a importância da clareza das informações, assentes na verdade e evitando situações ambíguas, são elementos mencionados pelos entrevistados como algo que nem sempre, considerado concretamente a prestação de cuidados de saúde. Foi nos seus contextos familiares que os participantes mencionaram como positivo a abertura para partilha de sentimentos, tendo-lhes permitido falar sobre os sentimentos mais dolorosos mas também, em vários momentos ao longo do processo, de sentimentos de apreço e gratidão pelo cuidado. Como refere Walsh (2016, 2021), a comunicação contribui para a capacitação da família na resolução colaborativa de problemas, coresponsabilizando os seus membros pela tomada de decisões partilhada, negociação e resolução de conflitos.

O funcionamento saudável das famílias deve ser analisado no seu contexto e considerando a própria evolução das famílias. Veja-se que, à data das entrevistas, duas configurações familiares já tinham sofrido diferenças relativamente à que apresentavam aquando da experiência inicial da doença e tratamento (uma com a perda do marido e outra com afastamento de um dos filhos, mas aproximação/entrada dos netos). Ainda assim, como refere Walsh (2021), as famílias, mantendo os seus padrões de crenças e valores, parecem desenvolver forças no sentido de mobilizarem recursos dentro e fora do seu sistema familiar. Como observado neste estudo, as famílias, apesar de insuficiências e danos ainda sentidos, demonstraram uma evolução positiva com coesão, vínculos afetivos, e competências necessárias à gestão de problemas e mobilização de recursos. Embora o apoio social percebido seja relevante para a resiliência familiar face à doença oncológica (Cui et al., 2023), mais do que a existência de serviços de suporte na comunidade, importa a capacidade e disponibilidade das famílias para os procurar e os obter (Santos et al., 2021). Esta transformação positiva, inerente ao desenvolvimento familiar, pressupõe também que as várias gerações se adaptem aos diferentes estádios da vida familiar, num rearranjo contínuo de papéis, organização de pertenças e distâncias e estabelecimento de limites emocionais (Sousa et al., 2012). Como retrata o estudo de Lietz (2007), na vivência de situações adversas, as famílias refletem sobre os seus processos de adaptação e superação, o que lhes permite ficarem a conhecer-se melhor a elas próprias e a quem têm à sua volta, e a tornarem-se mais unidas e fortalecidas. No contexto do envelhecimento e desenvolvimento do ciclo de vida familiar, a reconstrução/ desenvolvimento positivo garante a integridade familiar, o permite à pessoa mais velha ter sentimentos de pertença e ligação à família, proximidade emocional, disponibilidade instrumental mútua, favoráveis a uma sensação de paz e satisfação face às suas relações familiares no presente, passado e futuro (Sousa et al., 2012). No decorrer da doença e na interação com os cuidados recebidos, as famílias mostram capacidade de valorizar aspetos positivos e restaurar o funcionamento “normal”, apesar das perdas, podendo caminhar face a um funcionamento saudável, que inclui o estabelecimento de desejos futuros (Babic et al., 2020; Martins, 2014; Walsh, 2021).

Conclusão

A resiliência familiar emerge da premissa de que a vivência de crises graves ou desafios persistentes têm impacto em toda a família e que os processos familiares medeiam a adaptação (ou desadaptação) de todos os membros individuais, das suas relações e da unidade familiar (Walsh, 2016, 2021). Este estudo analisou a perceção de pessoas mais velhas diagnosticadas com doença oncológica face aos cuidados de saúde recebidos e à sua influência na construção dos processos de resiliência familiar. As principais conclusões destacam: que i) perante o diagnóstico e início da doença, as famílias experienciam sentimentos de ambivalência face aos cuidados recebidos, percebendo, por um lado, déficit de empatia, de comunicação e atitudes idadistas, e por outro, cuidados promotores de vivências positivas, nos quais destacam a presença dos profissionais e comunicação com informações relevantes; ii) cuidados de saúde humanizados e centrados no ecossistema familiar parecem influenciar os processos de adaptação resiliente dos sistemas familiares, facilitando a aceitação/resignificação da doença, a união familiar e comunicação aberta no sistema familiar; iii) no enfrentamento da doença as famílias desenvolvem-se e reconstróem-se, manifestando ganhos e expectativas futuras, apesar da permanência de déficits de saúde física e psicológica, e também de apoio profissional.

É uma limitação do estudo procurar compreender a construção de processos de resiliência familiar a partir do ponto de vista da pessoa mais velha, sob pena de não albergar a complexidade das significações atribuídas e relações vividas nos ecossistemas familiares. Porém, é também pela análise qualitativa das suas vivências em contexto familiar, que se abre um caminho de compreensão mais alargada do papel dos cuidados de saúde no desenvolvimento da resiliência, onde a pessoa e família figurem como protagonistas em evolução. As implicações do estudo refletem a necessidade de construir visões positivas sobre o envelhecimento e sobre a saúde num continuum de desenvolvimento humano que pode ser afetado por eventos não normativos como a doença. As omissões desveladas comprometem várias áreas profissionais com esse desígnio num cuidar mais holístico e empático.

Conflito de Interesses

As autoras não têm conflito de interesses a declarar.

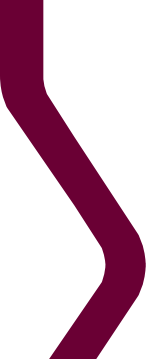


Agradecimentos e Financiamento

As autoras agradecem às famílias participantes, pela disponibilidade demonstrada e pela partilha das suas vivências. Este trabalho não recebeu financiamento específico de qualquer agência pública ou privada.

Referências bibliográficas

- Babic, R., Babic, M., Rastovi, P., Curlin, M., Simic, J., Mandi, K., & Pavlovi, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina*, 32, 226–232
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2019). Análise temática. In J. A. Smith (Ed.), *Psicologia qualitativa: Um guia prático para métodos de pesquisa* (pp. 295-327). Vozes.
- Costa, J. E. da, Simpson, C. A., Mendonça, A. E. O. de, Isoldi, D. M. R., Silva, R. S. da C., & Silva, N. R. da C. (2016). Percepção e impacto da dor na vida de idosos com doença oncológica. *Rev Rene*, 17(2), 217–224. <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3003>
- Cui P, Shi J, Li S, Getu MA, Wang R, Chen C. (2023). Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis. *BMC Cancer*. Jul 4;23(1):623. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11101-z>
- Gao, J., Li, J. X., Chen, W. Y., Song, J. Y., Zhou, M. K., Zhang, S. S., & Li, H. P. (2022). A randomized controlled trial of a coping-focused family resilience intervention program for breast cancer patients: Study protocol. *Frontiers in psychology*, 13, 968154. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.968154>
- Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39), e11863. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>
- Lietz, C. A. (2007). Uncovering stories of family resilience: A mixed methods study of resilient families, part 2. *Families in Society: the journal of contemporary human services*, 88(1), 147-155. <http://dx.doi.org/10.1606/1044-3894.3602>
- Martins, M. H. (2014). Resiliência familiar: Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios. *Cadernos do GREI*, 10.
- McGoldrick, M.; Carter, B. & Garcia-Preto, N. (2014). *The Expanded Family Life Cycle Individual, Family, Social Perspectives*. Pearson Education Limited. https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781292037875_A24569839/preview-9781292037875_A24569839.pdf
- Ministério da Saúde. (2023). *Estratégia Nacional de Luta contra o Câncer, Horizonte 2030*. MS.
- Neal, D., Morgan, J. L., Kenny, R., Ormerod, T., & Reed, M. W. (2022). Is there evidence of age bias in breast cancer health care professionals' treatment of older patients?. *European Journal of Surgical Oncology*, 48(12), 2401–2407. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2022.07.003>
- OECD/European Commission (2025). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ffdcd7a9-pt>
- OPAS (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275724453>
- Pimentel, F. L., Veríssimo, M., Oliveira, C., Soares, J., Sousa, G., Martinho da Silva, P., Vilaverde Cabral, M., & Lopes Ferreira, P. (2021). Cancer Network for Welfare Aging (NEWAYS): Strategies for Optimizing the Care of Elderly Patients with Cancer. *Internal Medicine*, 27(4), 334–336. <https://doi.org/10.24950/PV/6/19/4/2020>
- Pinker, I.; Wetzlmair-Kephart, L.; Da Costa, A. & Pilleron, S. (2025). The role of healthcare professionals' attitudes in treatment decision-making for older adults with cancer: A scoping review. *Journal of Geriatric Oncology*. 16 (3). <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2024.102151>
- PORDATA (2025). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Ramírez-Perdomo, C. A., Rodríguez-Velez, M. E., & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Incertidumbre frente al diagnóstico de cancer. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 27(4), e5040017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005040017>
- Relvas, A. P. (2017). *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção*. Vol. I. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Resende, L. B. ., & Moraes Filho, I. M. de . (2020). Câncer em idosos: revisão narrativa das dificuldades na aceitação da doença e no tratamento. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 3(6), 159–169. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3891905>



Frias, A. C., & Jorge, A. (2026).

Cuidados de saúde e resiliência familiar na perspectiva de pessoas mais velhas com doença oncológica.

Servir, 2(14), e41497. <https://doi.org/10.48492/servir0214.41497>

13

- Santos, A.; Braz, P.; Gomez, V.; Folha, T.; Alves, T. & Dias, C. (2022). Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).
- Santos, C. A., Costa, K. S. R. da, Dantas, M. J., & Moraes, C. (2021). Factors influencing the adaptation of families, as systems and clients, to cancer: A scoping review. *Journal of Nursing Referência*, 5(8), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20149>
- Schuc, L. & De Antoni, C. (2018). Resilience and vulnerability in ecological systems: Aging and public policies. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 34. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3442>
- Senden, C., Vandecasteele, T., Vanderberghe, E., & Versluys, K., Piers, R., Grypdonck, M., & Van Den Noortgate, N. (2015). The interaction between lived experiences of older patients and their family caregivers confronted with a cancer diagnosis and treatment: A qualitative study. *International Journal of Nursing*, 52(1), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.012>
- Shao, M., Yang, H., Du, R., Zhang, M., Zhu, J., Zhang, H., Ma, B., Chen, C., & Wang, T. (2023). Family resilience in cancer treatment and key influencing factors: A systematic review. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 66, 102403. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102403>
- Sousa, L; Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.) *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (255-272). Lidel.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: a developmental systems framework. *European journal of developmental psychology*. Taylor & Francis. <http://dx.doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Walsh, F. (2021). Family resilience: A dynamic systemic framework. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (255–270). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0015>
- World Health Organization (2020). UN Decade of Healthy Ageing: plan of action. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>