RECEBIDO: 6 DEZEMBRO 2025; ACEITE: 29 JUNHO 2026
https://doi.org/10.31877/on.2026.53.07
e0339

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: REVISÃO DE ESCOPO

Quality of life of family caregivers of palliative cancer patients: a scoping review

AUTORES:

Daniela Carneiro Sampaio[1]
Concetualização, Curadoria de dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização e Redação – revisão e edição

Maria Carolina Ortiz Whitaker[1]
Concetualização, Análise Formal, Supervisão e Redação – revisão e edição

Juliana Bezerra do Amaral[1]
Concetualização, Análise Formal, Supervisão e Redação – revisão e edição

Lavinya Lima Cordeiro Oliveira[2]
Concetualização, Curadoria de dados, Análise Formal, Metodologia e Redação – revisão e edição

Ramona Garcia Souza Dominguez[2]
Concetualização, Análise Formal, Supervisão e Redação – revisão e edição

Carlos Javier Avendaño Vasquez[3]
Concetualização, Análise Formal, Supervisão e Redação – revisão e edição

Cláudia Silva Marinho[1]
Concetualização, Análise Formal, Supervisão e Redação – revisão e edição

Marimeire Morais da Conceição[1]
Concetualização, Análise formal, Investigação, Metodologia, Supervisão e Redação – revisão e edição

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, Bahia, Brasil

[2] Universidade Federal do Reconcâvo da Bahia (UFRB). Salvador, Bahia, Brasil

[3] Universidad Industrial de Santander (UIS). Bucaramanga, Colômbia

Autor/a de correspondência:
Daniela Carneiro Sampaio
daniela.sampa1305@gmail.com

CC BY

RESUMO

Introdução: O câncer é um importante problema de saúde pública mundial, com crescente incidência e mortalidade, ampliando a demanda por cuidados paliativos e suporte aos familiares cuidadores, cuja qualidade de vida pode ser significativamente comprometida. **Objetivo:** Mapear os estudos sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Revisão de escopo conduzida segundo o método Joanna Briggs Institute, com base no mnemônico P (participantes), C (conceito) e C (contexto). A busca foi realizada em seis bases de dados, sem restrição temporal ou idiomática. **Resultados:** Foram incluídos 77 estudos desenvolvidos em seis continentes, com predominância de cuidadores cônjuges (98,6%) como participantes e o contexto hospitalar (76,6%) foi o mais investigado. Emergiram quatro categorias relacionadas aos impactos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do cuidado. **Conclusão:** A literatura apresenta avanços, porém persistem lacunas teóricas e culturais, especialmente na América Latina, indicando a necessidade de políticas e estratégias de suporte ao cuidador.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Família; Neoplasia; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a major global public health problem, with increasing incidence and mortality, expanding the demand for palliative care and support for family caregivers, whose quality of life can be significantly compromised. **Objective:** To map studies on the quality of life of family caregivers of cancer patients in palliative care. **Method:** Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute method, based on the mnemonic P (participants), C (concept), and C (context). The search was conducted in six databases, without temporal or idiomatic restrictions. **Results:** 77 studies conducted on six continents were included, with a predominance of spouse caregivers (98.6%) as participants, and the hospital setting (76.6%) being the most investigated. Four categories emerged related to the physical, psychological, social, and spiritual impacts of caregiving. **Conclusion:** The literature shows progress, but theoretical and cultural gaps persist, especially in Latin America, indicating the need for policies and strategies to support caregivers.

KEYWORDS: Palliative care; Family; Neoplasia; Quality of life.

Introdução

O câncer representa um importante problema de saúde pública global, com crescente incidência e mortalidade, particularmente em países de baixa e média renda. Estima-se que, até 2050, o número de novos casos anuais ultrapasse 35 milhões no mundo, um aumento de aproximadamente 77% em relação a 2022.[1-2]

Essa tendência decorre de múltiplos fatores, como o envelhecimento populacional, mudanças nos estilos de vida e maior acesso aos diagnósticos. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer estima cerca de 704 mil novos casos para o triênio 2023–2025, destacando-se os cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago.[1] Frente ao avanço da doença em estágios incuráveis, os cuidados paliativos têm assumido papel cada vez mais relevante na atenção à saúde oncológica.

A Organização Mundial da Saúde define cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento.[3] No contexto oncológico, a complexidade da doença avançada frequentemente ultrapassa o cuidado profissional, fazendo com que familiares assumam a maior parte da assistência diária, muitas vezes sem preparo adequado.[4] Essa dinâmica reforça o papel central do cuidador familiar na rede de apoio ao paciente em cuidados paliativos.

A qualidade de vida (QV) dos cuidadores tem se destacado como tema central, especialmente porque seu bem-estar influencia diretamente o cuidado prestado e o desfecho do paciente.[5] A QV é um conceito multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, influenciados por condições de saúde, recursos disponíveis, relações interpessoais e fatores culturais.[6-7]

No caso de cuidadores de pacientes oncológicos em fase paliativa, a sobrecarga emocional, a privação de autocuidado e as limitações financeiras são fatores frequentemente associados a pior QV.[8] A literatura também aponta que cuidadores com menor suporte social e jornadas prolongadas de cuidado tendem a apresentar níveis mais elevados de estresse e comprometimento físico.[5,9-10]

No Brasil, estudo realizado em Campinas com 100 cuidadores de pacientes com câncer de cabeça e pescoço identificou que condição socioeconômica, carga de trabalho e falta de suporte institucional impactam negativamente sua qualidade de vida.[5] Em contraste, pesquisa com 147 cuidadores no Pará não encontrou associação significativa com variáveis sociodemográficas, embora quase metade se declarasse "muito sobrecarregada" e 71% apresentassem sobrecarga moderada a severa.[11] Outro estudo nacional demonstrou que essa sobrecarga se expressa em fadiga, insônia, ansiedade e outros sintomas que comprometem a saúde do cuidador e a qualidade da assistência prestada.[8]

Evidências internacionais reforçam esses resultados. Na Colômbia, estudo com 208 cuidadores identificou pior qualidade de vida nas dimensões estado pessoal, condição do paciente e ambiente, com forte relação entre maior carga horária e menor bem-estar.[12] Na Tailândia, pesquisa transversal apontou autoeficácia, suporte social e espiritualidade como fatores protetores, indicando a necessidade de intervenções multicomponentes.[13]

Apesar do crescimento da produção científica, permanecem lacunas importantes, sobretudo quanto à diversidade de contextos estudados, aos instrumentos utilizados e às dimensões da qualidade de vida exploradas. Predominam estudos quantitativos transversais focados em aspectos psicológicos, enquanto espiritualidade, impacto econômico e suporte social seguem pouco investigados.[14] Além disso, ainda não há uma sistematização abrangente sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, especialmente considerando particularidades regionais e culturais.

Diante desse panorama, a presente revisão de escopo propõe como objetivo mapear os estudos sobre qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, identificando os conceitos, contextos e instrumentos utilizados, além de lacunas e oportunidades para futuras pesquisas. A sistematização dessas evidências poderá contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a temática, subsidiando reflexões para a prática assistencial, a organização do cuidado e o desenvolvimento de futuras pesquisas voltadas ao suporte de cuidadores familiares.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de uma Revisão de Escopo (RE) guiada pelo método JBI15 e apresentada conforme checklist PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).[16]

O desenvolvimento desta revisão seguiu as etapas metodológicas recomendadas pelo JBI, compreendendo: 1) elaboração e registro do Protocolo de Revisão de Escopo (PRE) em uma base de dados: o PRE deste estudo foi registrado no Open Science Framework (OSF): https://doi.org/10.17605/OSF.IO/W9Z4J; 2) consulta a pesquisadoras com expertise para análise do protocolo e colaboradoras interessadas para composição da equipe; 3)

definição e alinhamento de objetivos e questões de pesquisa; 4) desenvolvimento e alinhamento de critérios de inclusão e exclusão (conforme os objetivos e questões de pesquisa elaborados); 5) descrição da estratégia de busca e planejamento da estratégia e formas de seleção de evidências; 6) buscas por evidências científicas em três etapas; 7) seleção dos estudos em três etapas (título, resumo e texto completo); 8) extração de evidências científicas; 9) mapeamento e resumo das evidências em relação aos objetivos e questões.[15]

Com relação à equipe de revisão, esta foi composta por três revisoras, sendo uma com experiência teórico-prática em estudos de revisão e duas acadêmicas de enfermagem. As pesquisadoras foram previamente capacitadas por uma doutoranda com expertise em revisões da literatura, responsável pela consultoria metodológica do estudo. Adicionalmente, a equipe contou com o apoio de uma bibliotecária especializada na construção de estratégias de busca e na recuperação de evidências científicas em bases de dados da área da saúde.

Questão de revisão

A questão de pesquisa desta revisão de escopo foi elaborada com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), conforme as diretrizes metodológicas do *Joanna Briggs Institute (JBI)*.[15] Essa abordagem possibilita definir de forma clara os componentes centrais da revisão, orientando a formulação da pergunta, o delineamento da estratégia de busca e a extração dos dados, de modo a garantir amplitude e rigor na síntese do conhecimento.

Para esta revisão, consideraram-se cuidadores familiares os indivíduos com vínculo afetivo ou de parentesco que assumem, de forma não remunerada, a responsabilidade principal pelo cuidado direto ao paciente oncológico em cuidados paliativos.[4] Foram incluídos estudos cujos cuidadores familiares possuíam idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do gênero. Também foram incluídos estudos com cuidadores enlutados quando abordavam repercussões relacionadas à experiência prévia de cuidado ao paciente oncológico em cuidados paliativos. Além disso, foram considerados elegíveis estudos primários com abordagens quantitativas, qualitativas e mistas, sem restrição de idioma ou período de publicação.

Optou-se por não restringir o contexto a um único ambiente de cuidado, considerando que os pacientes oncológicos em cuidados paliativos podem ser assistidos em diferentes espaços – como o domicílio, o hospital, unidades de internação especializadas ou instituições de acolhimento (*hospices*). Essa escolha permite contemplar a diversidade de experiências vividas pelos cuidadores familiares em distintos cenários de cuidado. Entretanto, não foram realizadas análises comparativas entre os diferentes contextos assistenciais, uma vez que o objetivo da revisão foi mapear as evidências disponíveis sobre a temática.

A partir dessa delimitação, a questão que orientou a revisão foi formulada da seguinte forma: o que os estudos revelam sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos?

Para operacionalizar a pergunta de pesquisa, foram definidos os elementos do PCC conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégia PCC. Salvador, BA, Brasil, 2025.. Fonte: Elaboração própria, 2025.

ELEMENTO	DESCRITORES	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE
P (População)	Cuidadores familiares de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos	Inclusão: Serão considerados estudos cujos cuidadores familiares sejam pessoas de qualquer gênero, responsáveis pelo cuidado direto ao paciente oncológico e que este paciente oncológico tenha idade acima de 18 anos. Exclusão: Não foram instituídos critérios de exclusão.
C (Conceito)	Qualidade de vida	Inclusão: Estudos que tratem da qualidade de vida sob qualquer perspectiva ou abordagem. Exclusão: Não foram instituídos critérios de exclusão.
C (Contexto)	Não definido	Inclusão: Estudos em qualquer contexto, nacional ou internacional, contemplando diferentes cenários de atenção à saúde ao paciente oncológico em cuidados paliativos. Exclusão: Não foram instituídos critérios de exclusão.

Com base nessa estrutura, foram delineadas questões secundárias destinadas a ampliar o mapeamento das evidências relacionadas à qualidade de vida de cuidadores familiares: (a) Quais instrumentos têm sido utilizados para avaliar a qualidade de vida desses cuidadores?; (b) Quais dimensões da qualidade de vida são mais abordadas nos estudos? e (c) Quais lacunas do conhecimento têm sido identificadas nos estudos sobre qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos?

Coleta de dados

A estratégia de busca foi desenvolvida conforme as recomendações do JBI, em etapas sequenciais. Inicialmente, realizou-se uma busca preliminar nas bases MEDLINE/PubMed e LILACS para identificação dos principais descritores, palavras-chave e termos indexados relacionados ao tema. Em seguida, elaborou-se a estratégia de busca completa, construída pela bibliotecária da biblioteca universitária e posteriormente adaptada às demais bases de dados incluídas na revisão. Por fim, procedeu-se à análise das listas de referências dos estudos selecionados, com o objetivo de identificar publicações adicionais relevantes. Adicionalmente, realizou-se busca prévia por revisões de escopo e revisões sistemáticas sobre a temática, não sendo identificadas revisões com o mesmo escopo e objetivo desta investigação.

As buscas, realizadas em março de 2025, utilizaram descritores oriundos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Os termos relacionados ao acrônimo PCC foram adaptados para cada plataforma e combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a estratégia apresentada no Quadro 2. Optou-se pela utilização do campo "All Fields" na etapa inicial da busca com o objetivo de ampliar a sensibilidade na recuperação dos estudos. Além disso, o descritor controlado "Neoplasms" foi utilizado por abranger os diferentes tipos de câncer relacionados ao contexto oncológico. Não foi realizada busca em literatura cinzenta devido ao elevado número de estudos recuperados nas bases de dados e nas buscas complementares.

As buscas foram realizadas entre julho e setembro de 2025 nas fontes: Medline (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), EMBASE (Elsevier) e Scopus. Após a definição da estratégia de busca (Quadro 2), esta foi adaptada a cada base de dados.

Um total de 1.590 referências foi importado para o gerenciador EndNote com o objetivo de identificar e remover duplicatas. Em seguida, as referências únicas foram exportadas para o Rayyan, uma plataforma web gratuita financiada pela Qatar Foundation.[17]

Antes do início da etapa de seleção, foi realizado um teste piloto com uma amostra de estudos recuperados nas bases de dados, com o objetivo de calibrar as revisoras quanto à aplicação dos critérios de elegibilidade e padronizar o processo de triagem. As divergências identificadas foram discutidas entre as avaliadoras até a obtenção de consenso, possibilitando o refinamento dos critérios e a uniformização da condução da seleção dos estudos. Posteriormente, procedeu-se à triagem dos títulos e resumos, seguida pela leitura completa dos textos potencialmente elegíveis. Em situações de discordância entre as revisoras, uma terceira avaliadora foi consultada para decisão final. Todo o processo de seleção está representado na Figura 1, por meio do fluxograma PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).[18]

Quadro 2. Estratégia de busca aplicada na base de dados MEDLINE/PubMed, em 10 de março de 2025. Fonte: Elaboração própria, 2025.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS	QUANTIDADE
MEDLINE/PubMed	("familialities"[All Fields] OR "familiality"[All Fields] OR "familially"[All Fields] OR "familials"[All Fields] OR "familie"[All Fields] OR "family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "familial"[All Fields] OR "families"[All Fields] OR "family s"[All Fields] OR "familys"[All Fields]) AND ("caregiver s"[All Fields] OR "caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "caregiver"[All Fields] OR "caregiving"[All Fields]) AND ("neoplasm s"[All Fields] OR "neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "neoplasm"[All Fields]) AND "Palliative Care"[All Fields] AND "Quality of Life"[All Fields]	**431 artigos**

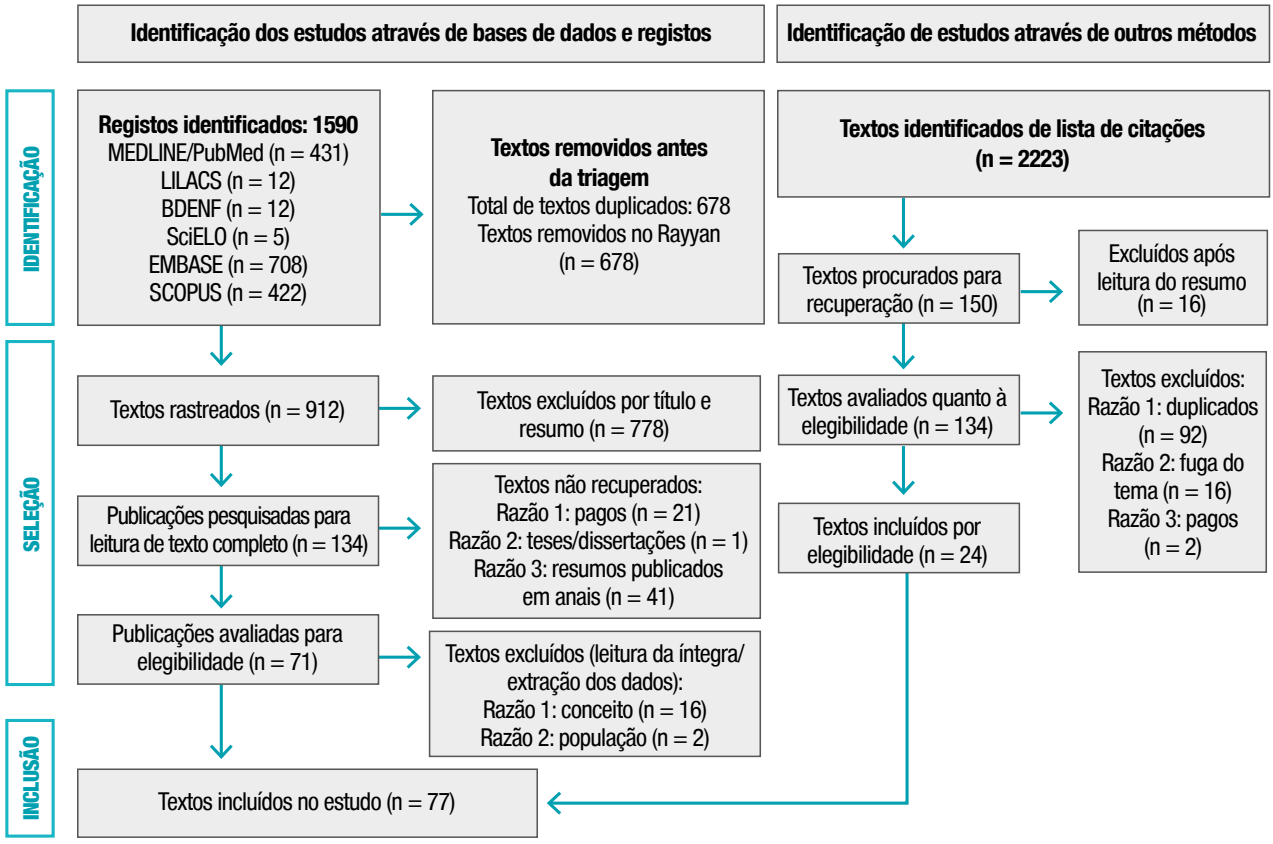


Figura 1. Fluxograma PRISMA-ScR de seleção dos estudos. Fonte: Elaboração própria, 2025.

Após a etapa de seleção, foi realizada uma busca nas listas de referências dos estudos incluídos, o que resultou na identificação de mais 24 artigos incorporados ao número final da amostra. Além disso, 23 textos indisponíveis na íntegra foram solicitados aos autores correspondentes por correio eletrônico. Após tentativa de contato e ausência de retorno dentro do período estabelecido para a etapa de seleção dos estudos, os artigos foram considerados indisponíveis para análise.

Tratamento e extração dos dados

A extração dos dados foi conduzida por meio de um instrumento estruturado desenvolvido em planilha do Microsoft Excel, elaborado para garantir a padronização e a consistência da coleta das informações.[19] Um teste piloto, realizado conforme as orientações de Peters et al.[15], permitiu validar o instrumento e realizar os ajustes necessários. Na primeira etapa, foram extraídas informações referentes a autores, idioma, título, ano de publicação, objetivo, descritores, país e período de coleta de dados, abor-

dagem metodológica e instrumento de coleta.

Na segunda etapa, foram extraídos dados referentes aos participantes, aos conceitos e ao contexto dos estudos. Em relação aos participantes, registraram-se informações sobre a amostra total, pacientes cuidados (quantidade, tipo de câncer, idade, gênero e raça/cor) e familiares cuidadores (quantidade, idade, gênero, raça/cor, nível educacional, estado civil, vínculo com o paciente, religião e ocupação). Quanto aos conceitos, foram coletados dados sobre qualidade de vida (conceito adotado, referência, instrumentos de mensuração e validação) e cuidados paliativos (conceito, referência e principais aspectos abordados). No que se refere ao contexto, identificou-se o local de realização dos estudos, classificando os serviços de saúde em atenção primária, serviços especializados, hospitalar, domiciliar e hospice.

Para a extração dos dados, foi realizada leitura minuciosa do material selecionado por duas revisoras independentes.[19-20] As informações obtidas foram organizadas e sintetizadas em planilhas do Microsoft Excel, sendo posteriormente submetidas à análise no software NVivo, versão 14. No Excel, os artigos foram identificados numericamente de 01 a 77, seguindo a ordem cronológica de publicação.

As variáveis correspondentes aos elementos do PCC foram registradas na planilha de forma dicotômica, com respostas simples ("sim" ou "não"), permitindo a realização de uma análise quantitativa descritiva básica,[19] da qual se obtiveram os percentuais relativos ao total de estudos incluídos. A distribuição geoespacial das publicações foi elaborada no Microsoft Excel, por meio de fórmula automática baseada na frequência de realização dos estudos em diferentes países. Já a nuvem de palavras foi gerada automaticamente no NVivo, a partir do agrupamento dos descritores e palavras-chave identificados nos artigos.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada no software NVivo, versão 14, que permitiu a organização, codificação e identificação de padrões temáticos no corpus textual. Aplicou-se a análise de similitude, que organiza o corpus a partir da coocorrência das palavras e das conexões semânticas entre os termos, possibilitando a visualização das redes de significados presentes nos estudos analisados. Essa abordagem permite caracterizar e mapear a produção científica, integrando os resultados e contribuindo para uma compreensão abrangente do fenômeno investigado.

Resultados

Foram selecionados no total 77 artigos, publicados entre os anos de 1999 e 2024, 76 (98,7%) em periódicos internacionais, 33 (42,85%) publicados nos últimos 5 anos. Estes e outros aspectos estão sintetizados no Quadro 3, onde apresentamos os textos na ordem da publicação mais recente para a mais antiga.

Quadro 3. Síntese da caracterização dos artigos selecionados: autores, objetivos, principal resultado, amostra e categoria temática. Fonte: Elaboração própria, 2025.

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
1	White Makinde, et al. (2024)[21]	Avaliar a associação entre interações familiares e sintomas depressivos entre cuidadores familiares de pacientes com câncer.	Melhor suporte social e interações familiares reduziram sintomas depressivos, enquanto menor renda, sexo feminino e condição conjugal aumentaram o risco de depressão.	246	Domínio psicológico e social
2	El-Sherif, et al. (2024)[22]	Explorar a carga vivida pelos cuidadores familiares de pacientes com câncer incurável recém-diagnosticado no Egito e caracterizar sua relação com a depressão e a QV.	Um terço dos cuidadores apresentou sobrecarga significativa, associada a mais horas e maior complexidade do cuidado, refletindo em maior depressão e pior qualidade de vida em todos os domínios.	95	Domínio psicológico
3	Matthys, et al. (2024)[23]	Identificar preditores de satisfação sexual em pacientes com câncer avançado e seus cuidadores familiares.	A satisfação sexual reduziu-se após o diagnóstico e relacionou-se à qualidade do relacionamento, saúde física e emocional e níveis de ansiedade/depressão, sobretudo entre mulheres e cuidadores mais sobrecarregados.	431	Domínio psicológico e físico
4	Keramatikerman, et al. (2024)[24]	Investigar os efeitos do programa de educação on-line baseado em apoio de colegas sobre a carga de cuidados e a QV dos cuidadores familiares de pacientes com leucemia.	Intervenções educacionais online com suporte entre pares reduziram a sobrecarga e melhoraram a qualidade de vida dos cuidadores, com ganhos nos domínios físico, psicológico e social	80	Domínio físico, psicológico e social
5	Zhang, et al. (2024)[25]	Identificar fatores que influenciam a QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal em unidades paliativas chinesas.	O suporte social mediou a relação entre sobrecarga e qualidade de vida, reduzindo impactos negativos do cuidado; cuidadores com maior apoio relataram menor sobrecarga e melhor bem-estar.	180	Domínio físico e social
6	Oliver, et al. (2024)[26]	Avaliar a prevalência e gravidade dos sintomas depressivos entre cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliares e sua associação com variáveis contextuais, carga do cuidador e QV.	Cerca de 35% dos cuidadores apresentaram depressão moderada a grave, associada a maior sobrecarga e menor qualidade de vida; jovens, mulheres e contexto hospitalar foram os mais afetados, e 5% relataram ideação suicida.	489	Domínio psicológico
7	Pop, et al. (2024)[27]	Compreender como a QV de membros da família que atuam como cuidadores primários de pacientes paliativos muda com o tempo.	Houve declínio progressivo da QV dos cuidadores, especialmente nos domínios físico, emocional e social; mesmo com leve melhora após o óbito, os níveis não retornaram aos valores iniciais.	14	Domínio físico, psicológico e social
8	Soto-Guerrero, et al. (2024)[28]	Descrever o fenómeno de prestação de cuidados entre os familiares de doentes com cancro avançado numa comunidade latina e identificar as características do cuidador e do doente associadas a uma carga subjectiva de alta intensidade do cuidador.	Cerca de um terço dos cuidadores apresentou alta sobrecarga subjetiva, associada a depressão, ansiedade, cuidado solitário e fadiga do paciente; esses fatores foram preditores independentes de maior sobrecarga. A carga objetiva também foi elevada, e pior qualidade de vida do paciente correlacionou-se a maior sobrecarga do cuidador.	207	Domínio físico, psicológico, social e espiritual
9	Cheng, et al. (2023)[29]	Examinar se a autoeficácia em cuidados media a relação entre necessidades de apoio não atendidas e a qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores familiares de pacientes com câncer em cuidados paliativos.	A autoeficácia mediou a relação entre necessidades não atendidas e qualidade de vida, especialmente no domínio mental; maior autoeficácia favoreceu melhor bem-estar psicológico, enquanto maiores necessidades reduziram a HRQOL	125	Domínio psicológico
10	Rostami, et al. (2023)[30]	Investigar os domínios da QV e os fatores atribuíveis entre cuidadores familiares de pacientes com câncer.	Vitalidade e saúde geral foram os domínios mais prejudicados; menor qualidade de vida associou-se a idade avançada, sexo feminino, maior tempo de cuidado, estágio avançado da doença e desemprego/aposentadoria.	300	Domínio físico, psicológico, social

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
11	Metin, et al. (2023)[31]	Examinar o impacto do bem-estar financeiro do cuidador na QV dos pacientes com mieloma múltiplo.	Cuidadores apresentaram alta sobrecarga, fadiga e ansiedade, com piora em bem-estar emocional, sono, vitalidade e funcionamento social; maior tempo de cuidado e gravidade da doença agravaram a QV.	113	Domínio psicológico, físico e social
12	Dionne-Odom, et al. (2022)[32]	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia potencial da intervenção ENABLE Cornerstone para cuidadores familiares afro-americanos e rurais de pessoas com câncer avançado.	A intervenção precoce com navegador leigo melhorou a qualidade de vida e reduziu a sobrecarga dos cuidadores, com benefícios emocionais e funcionais atribuídos ao suporte contínuo e à comunicação facilitada.	63	Domínio psicológico e social
13	Koçak, et al. (2022)[33]	Investigar a QV e a sobrecarga dos cuidadores familiares primários de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos hospitalares.	Cuidadores apresentaram sobrecarga moderada a alta e piora da qualidade de vida nos domínios emocional, social e físico; maior tempo de cuidado, gravidade da doença e falta de suporte social agravaram esses impactos.	200	Domínio físico, psicológico e social
14	Pequeno, et al. (2022)[5]	Avaliar o efeito de características sociodemográficas e genéticas na qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos e a influência dessa QV na sobrevivência dos pacientes.	Pior qualidade de vida emocional e física dos cuidadores associou-se a menor sobrevida dos pacientes; sobrecarga e estresse foram mais altos em cuidadores de pacientes com prognóstico limitado.	100	Domínio físico, psicológico e social
15	Valero-Cantero, et al. (2022)[34]	Determinar se a presença e intensidade dos sintomas em pacientes com câncer avançado impactam negativamente seus cuidadores familiares na qualidade do sono, sobrecarga, QV e carga de cuidado.	Sintomas mais severos do paciente pioraram a qualidade de vida do cuidador, aumentando estresse, fadiga e prejuízos emocionais; o suporte social atuou como fator protetor parcial.	41	Domínio físico, psicológico e social
16	Bovero, et al. (2022)[35]	Avaliar a prevalência de desmoralização em cuidadores familiares de pacientes oncológicos em fim de vida e investigar sua associação com sofrimento, esperança, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador.	Houve alta prevalência de demoralização, associada a pior saúde mental, menor vitalidade e funcionamento social; baixa esperança e pior estado mental foram os principais preditores.	142	Domínio psicológico, social e religioso
17	Chen, et al. (2022)[36]	Explorar a viabilidade e os efeitos preliminares do Programa de Revisão de Vida Diádica baseado em WeChat em pessoas com câncer avançado e seus cuidadores familiares.	O programa diádico via WeChat melhorou QV, coesão e adaptabilidade familiar, além de reduzir o fardo do cuidado; relatos apontaram maior comunicação, apoio emocional e gratidão mútua.	46	Domínio psicológico, social e religioso
18	Morishita-Kawahara, et al. (2022)[37]	Examinar a relação entre satisfação com o cuidado e a QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal internados em enfermarias gerais.	Maior satisfação com o cuidado profissional, menor sobrecarga financeira e maior tempo desde o diagnóstico associaram-se a melhor qualidade de vida dos cuidadores.	51	Domínio psicológico, social e ambiental
19	Ito; Tadaka. (2022)[38]	Determinar o efeito do programa de diário online na QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos domiciliares.	A intervenção ONDIARY melhorou a QV, especialmente nos domínios emocional e psicológico, reduzindo estresse e depressão e ampliando a percepção de apoio social e controle do cuidado.	60	Domínio psicológico e social
20	Morishita-Kawahara, et al. (2022)[39]	Esclarecer a associação entre a satisfação dos cuidadores com o cuidado prestado a pacientes com câncer terminal e sua QV seis meses após o óbito.	Maior satisfação com o cuidado recebido pelo paciente associou-se a melhor qualidade de vida do cuidador seis meses após a perda, com melhores escores de saúde mental.	114	Domínio psicológico e social
21	Almugti, et al. (2022)[40]	Melhorar a assistência médica fornecida aos pacientes sauditas com câncer, destacando as mudanças na QV entre os cuidadores dos pacientes com câncer.	Houve comprometimento significativo da QV, sobretudo nos domínios emocional e social; maiores necessidades não atendidas e falta de suporte associaram-se a mais estresse, ansiedade e pior bem-estar.	270	Domínio psicológico e social

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
22	Arias-Rojas, et al. (2021)[41]	Descrever as associações entre o nível de sobrecarga do cuidado e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos.	Cuidadores apresentaram sobrecarga de leve a intensa, com 24% em nível elevado; maior sobrecarga previu pior qualidade de vida, especialmente nos domínios emocional e mental.	62	Domínio psicológico e social
23	Holgín, et al. (2021)[12]	Descrever a qualidade de vida e fatores relacionados em uma amostra de cuidadores colombianos de pessoas com câncer em cuidados paliativos.	QV moderada, pior nos domínios do paciente, cuidador e ambiente; mais horas de cuidado reduziram a QV, enquanto maior idade e melhor funcionalidade a melhoraram.	208	Domínio físico e ambiental
24	Castilla-Soto, et al. (2021)[42]	Descrever a QV e sobrecarga dos cuidadores familiares de pacientes oncológicos no início dos cuidados paliativos.	Sobrecarga moderada e alto risco de desgaste; melhor QV física e pior vitalidade e saúde mental, com forte impacto da elevada carga diária de cuidado.	174	Domínio físico e psicológico
25	Kondeti, et al. (2021)[43]	Avaliar a sobrecarga e a satisfação dos cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado com os serviços prestados por unidade de cuidados paliativos hospitalares dedicados.	Houve sobrecarga moderada a alta, maior entre cuidadores socioeconomicamente vulneráveis; apesar disso, a satisfação com o cuidado foi elevada e sem diferenças demográficas significativas.	211	Domínio psicológico e social
26	Kulkarni, et al. (2021)[44]	Avaliar o escore CQOL-C dos cuidadores primários e identificar preditores significativos que afetam a qualidade de vida dos cuidadores.	71% apresentaram comprometimento moderado a severo da QV, pior entre cuidadores de pacientes com câncer recorrente, metastático ou hematológico; fatores sociodemográficos não influenciaram.	114	Domínio psicológico e social
27	Abbasi, et al. (2020)[45]	Determinar a relação entre a QV e a carga do cuidado em cuidadores de pacientes com câncer no Irã.	Houve correlação negativa entre sobrecarga e QV; maiores necessidades de cuidado e renda intermediária reduziram a QV, enquanto cuidadores casados tiveram melhores escores.	154	Domínio psicológico e social
28	Johns, et al. (2020)[46]	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares de uma intervenção baseada na atenção plena no planejamento antecipado de cuidados, QV, angústia, enfrentamento e comunicação entre adultos com câncer em estágio avançado e seus cuidadores.	O programa de mindfulness foi viável e melhorou a saúde emocional, a qualidade de vida e o planejamento de cuidados, reduzindo depressão e ansiedade nas díades.	13	Domínio psicológico, social e religioso
29	Kizza; Muliira. (2020)[47]	Avaliar a QV e identificar seus determinantes entre os cuidadores familiares de pacientes adultos com câncer em Adis Abeba, Etiópia.	A QV foi moderada, porém 46,8% apresentaram baixa QV; pior QV associou-se a maior sobrecarga, dor intensa do paciente, baixa escolaridade, pouco conhecimento e baixa autoeficácia para manejo da dor.	290	Domínio físico, psicológico e social
30	Oechsle, et al. (2020)[48]	Examinar a prevalência e os fatores preditivos de angústia, ansiedade, depressão e qualidade de vida entre cuidadores familiares enlutados de pacientes com câncer em estágio avançado.	Seis meses após a perda, 82% dos cuidadores apresentaram distresse clinicamente relevante e pior qualidade de vida mental; tristeza, exaustão, insônia e solidão foram comuns, e a depressão permaneceu elevada.	160	Domínio psicológico
31	Duimering, et al. (2020)[49]	Avaliar a QV entre cuidadores informais de pacientes encaminhados a um programa de radioterapia paliativa e identificar fatores associados.	A qualidade de vida foi moderadamente reduzida, pior entre cuidadores com múltiplas responsabilidades e pacientes mais dependentes; muitos buscaram ou desejaram mais suporte formal.	201	Domínio físico, psicológico e social
32	Franchini, et al. (2020)[50]	Investigar o impacto de possíveis preditores da QV em um grupo de cuidadores italianos que assistem pacientes com câncer em cuidados paliativos domiciliares.	Humor negativo e sobrecarga foram os principais preditores de pior QV; maior preparo e melhor funcionalidade do paciente a melhoraram. Mulheres e cuidadores com mais horas de cuidado tiveram pior QV	570	Domínio psicológico, físico e social

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
33	Yihedego, et al. (2020)[51]	Avaliar a QV e os fatores associados entre cuidadores familiares primários de pacientes adultos com câncer em Adis Abeba, Etiópia.	A QV foi moderadamente reduzida; pior QV associou-se a baixa renda, residência rural e ser cônjuge, enquanto maior renda e residência urbana melhoraram os escores.	291	Domínio psicológico e social
34	Toffoletto; Reynaldos-Grandón. (2020)[52]	Determinar quais fatores estruturais e intermediários, além da sobrecarga familiar, explicam a QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer em CP a partir do Modelo de Determinantes em Saúde da OMS.	Houve sobrecarga em 58,8% e pior QV social e mental; sobrecarga e gênero feminino foram os principais preditores, e cada ponto no Zarit reduziu os escores físico e mental.	212	Domínio psicológico, físico e social
35	Abdullah, et al. (2019)[53]	Examinar a QV de cuidadores de pacientes com câncer gastrointestinal e os fatores associados.	A QV foi moderadamente reduzida, pior com maior sobrecarga, mais horas de cuidado e entre cuidadores indianos; homens e cuidadores de pacientes homens tiveram melhores escores.	323	Domínio psicológico e social
36	Kilic; Oz. (2019)[54]	Avaliar a QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer na Turquia.	A QV foi baixa, pior entre mulheres, cuidadores com baixa escolaridade, baixa renda, maior carga de cuidado e pouco apoio; os domínios mais afetados foram diagnóstico e impacto econômico.	378	Domínio psicológico e social
37	Judkins, et al. (2018)[55]	Avaliar a QV dos cuidadores familiares de pacientes com câncer em Korçe, Albânia.	A QV foi baixa em todos os domínios, com escores inferiores aos de estudos norte-americanos, e sem associação com variáveis sociodemográficas.	40	Domínio psicológico e social
38	Vespa, et al. (2018)[56]	Explorar as associações entre bem-estar espiritual, QV e processos intrapsíquicos em cuidadores familiares de pacientes com câncer.	Maior bem-estar espiritual associou-se a melhor qualidade de vida, enquanto baixo SWB relacionou-se a autocrítica e exaustão; cuidadores em cuidados paliativos tiveram pior saúde mental.	199	Domínio psicológico e religioso
39	McDonald, et al. (2018)[57]	Conceituar a QV dos cuidadores a partir de sua própria perspectiva e explorar diferenças temáticas entre aqueles que receberam ou não cuidados paliativos precoces.	A QV foi influenciada pela imersão no cuidado, marcada por carga e mudanças familiares; cuidados paliativos precoces favoreceram maior preparo e suporte, enquanto o cuidado usual foi associado a medo e maior sofrimento.	23	Domínio psicológico, social e religioso
40	Tan, et al. (2017)[58]	Explorar as inter-relações entre a sobrecarga do cuidador, o estado emocional e a qualidade de vida em cuidadores de pacientes com câncer de pulmão, e investigar as associações entre os desfechos de saúde do cuidador e do paciente.	Houve alta prevalência de ansiedade e depressão entre cuidadores, fortemente associadas à sobrecarga e pior qualidade de vida; maior sofrimento emocional dos pacientes previu maior desgaste psicológico dos cuidadores.	43	Domínio psicológico e social
41	Yu, et al. (2017)[59]	Avaliar a QV de cuidadores familiares de pacientes com leucemia e identificar fatores associados na província de Heilongjiang, China.	A QV foi baixa, especialmente nos domínios ambiental e psicológico; menor suporte social, disfunção familiar, depressão, ansiedade, baixa renda e maior carga de cuidado previram pior QV	309	Domínio psicológico, social e ambiental
42	Spatuzzi, et al. (2017)[60]	Avaliar a sobrecarga e a QV dos cuidadores familiares primários de pacientes com câncer avançado e comparar os grupos em tratamento curativo e em cuidados paliativos/hospício.	Cuidadores em hospice tiveram pior componente mental, mas melhor componente físico e percepção de saúde; a sobrecarga não diferiu entre os grupos.	76	Domínio psicológico
43	Shaffer, et al. (2017)[61]	Examinar as correlações entre a saúde mental e física entre cuidadores de pacientes com câncer pulmonar ou gastrointestinal não colorretal incurável recém-diagnosticado.	Cuidadores tiveram pior saúde mental e saúde física moderada; pior saúde mental associou-se a cuidadores jovens, cônjuges e pacientes com pior saúde emocional, enquanto pior saúde física relacionou-se à maior idade e menor escolaridade.	275	Domínio físico e psicológico

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
44	Ullrich, et al. (2017)[62]	Investigar a qualidade de vida, o peso psicológico, as necessidades não atendidas e a satisfação com os cuidados prestados aos cuidadores familiares de pacientes com câncer em estágio avançado durante cuidados paliativos hospitalares especializados.	Houve comprometimento acentuado da qualidade de vida, com 96% apresentando sofrimento psicológico e alta prevalência de ansiedade e depressão; apesar de muitas necessidades não atendidas, a satisfação com o cuidado foi elevada.	51	Domínio psicológico
45	Mc Donald, et al. (2017)[63]	Avaliar se os cuidados paliativos precoces melhoram a satisfação com os cuidados e a QV dos cuidadores de pacientes com câncer em estágio avançado.	O cuidado paliativo precoce aumentou a satisfação dos cuidadores com o suporte recebido, mas não melhorou a qualidade de vida geral.	182	Domínio psicológico e social
46	Dionne-Odom et al. (2017)[64]	Explorar as diferenças nas práticas discretas de autocuidado dos cuidadores associadas a diferentes níveis de bem-estar, preparação e autoeficácia na tomada de decisões dos cuidadores.	Baixo autocuidado associou-se a pior bem-estar psicológico e menor QV mental; depressão e ansiedade foram frequentes, e maior carga de cuidado reduziu o autocuidado e a autoeficácia.	294	Domínio psicológico e social
47	Miguel; Moreira; Freire (2017)[65]	Avaliar a sobrecarga, a QV e o sofrimento dos cuidadores informais principais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, colo do útero e reto.	Houve sobrecarga moderada e qualidade de vida média reduzida, pior entre cuidadores de pacientes com câncer de cabeça e pescoço; o distress emocional também foi mais elevado nesses cuidadores.	90	Domínio psicológico e social
48	Lim, et al. (2017)[66]	Examinar os níveis de QV de cuidadores familiares de pacientes com câncer em Singapura em relação a cuidadores de outros países, e investigar a associação entre fatores sociodemográficos e prejuízos na QV.	A qualidade de vida foi reduzida, pior entre cuidadores homens, chineses, de pacientes em estágio avançado e cuidadores de pais; domínios social, emocional e físico foram os mais afetados.	258	Domínio psicológico e social
49	Hashemian, et al. (2017)[67]	Avaliar a qualidade de vida das mulheres cuidadoras familiares de pacientes com câncer de mama em Sabzevar, Irã.	A qualidade de vida foi moderada, com maior prejuízo emocional; QV melhor entre irmãs e cuidadoras com maior escolaridade, e pior entre aquelas que cuidavam de pacientes sem seguro.	105	Domínio psicológico e social
50	Gotze, et al. (2017)[68]	Examinar parâmetros psicológicos em cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos durante o cuidado domiciliar e após a morte do paciente	Ansiedade clínica foi elevada, enquanto a depressão não diferiu do normativo; cuidadores homens apresentaram pior QV mental, e a QV física foi superior à da população geral	96	Domínio psicológico
51	Lee, et al. (2016)[69]	Examinar a discordância em relação à QV entre pacientes com câncer terminal e seus cuidadores familiares em um ambiente de hospício e identificar os fatores associados a essa discordância.	Não houve correlação entre QV de pacientes e cuidadores; entre pacientes, baixa função emocional previu pior QV, enquanto entre cuidadores pior QV associou-se a sofrimento emocional, prática religiosa e baixo suporte social.	178	Domínio psicológico
52	Li, et al. (2016)[70]	Avaliar a QVRS de pacientes com câncer em estágio avançado e seus cônjuges cuidadores, explorar o relacionamento entre eles e determinar os fatores que influenciam a QVRS, incluindo o impacto da ansiedade e da depressão.	A QV de pacientes e cuidadores correlacionou-se modestamente; ansiedade e depressão foram maiores em cuidadores e preditoras de pior QV, enquanto relações conjugais fortalecidas melhoraram os escores.	131	Domínio psicológico e social
53	Kim, et al. (2016)[71]	Descrever as trajetórias da qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores familiares após cirurgia de câncer de pulmão.	O sofrimento dos cuidadores manteve-se alto após a cirurgia, sem melhora da QV, enquanto os pacientes apresentaram melhora física e emocional.	41	Domínio psicológico e físico
54	Dionne-Odom, et al. (2016)[72]	Examinar a relação entre a sobrevivência de pacientes com câncer em estágio avançado e a presença de um cuidador familiar e a carga do cuidador	A presença de cuidador associou-se a menor sobrevida dos pacientes, especialmente entre não casados; maior sobrecarga do cuidador também reduziu a sobrevivência, sem relação com QV ou depressão do cuidador.	123	Domínio psicológico

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
55	Doubova; Infante-Castañed. (2016)[73]	Avaliar os fatores associados à baixa qualidade de vida de cuidadores de pacientes mexicanos com câncer.	Pior QV física associou-se a idade avançada, doenças crônicas e depressão, e pior QV mental a ansiedade, depressão e necessidades emocionais não atendidas; melhor saúde do paciente melhorou a QV mental do cuidador.	826	Domínio psicológico e social
56	Choi, et al. (2016)[74]	Investigar os determinantes da qualidade de vida geral e seus subdomínios entre cuidadores familiares coreanos em fim de vida.	Ansiedade e depressão foram os principais fatores de pior QV, afetando sobrecarga, rotina e finanças; maior fardo ocorreu com pacientes mais jovens, enquanto suporte social, satisfação com o cuidado, religiosidade e mais visitas melhoraram a QV.	299	Domínio psicológico e social
57	Rha, et al. (2015)[75]	Identificar fatores que contribuem para a sobrecarga do cuidado e a QV, e descrever a influência da sobrecarga do cuidado na qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com câncer, considerando correlatos.	A sobrecarga foi o principal fator de pior QV, maior entre cuidadores de pacientes hospitalizados e com pior funcionalidade; 26,4% tiveram alta sobrecarga e 39,2% QV baixa, enquanto maior escolaridade associou-se a melhor QV.	212	Domínio psicológico e social
58	Abbasnezha, et al. (2015)[76]	Investigar o impacto do tratamento do câncer nos cuidadores familiares primários de pacientes com câncer hematológico, nos aspectos físico, psicológico, social, espiritual e financeiro.	Houve alta sobrecarga financeira, psicológica e física, com elevada prevalência de depressão e ansiedade; a qualidade de vida foi moderada, porém baixa em limitações físicas, e o impacto econômico foi significativo, apesar do forte suporte social e espiritual.	151	Domínio psicológico, físico e social
59	Lee, et al. (2015)[77]	Identificar domínios da QV que sejam culturalmente relevantes para cuidadores chineses de pacientes com câncer em estágio avançado em Cingapura.	A revisão identificou ampla variedade de temas da QV, com a espiritualidade como eixo central; também revelou lacunas nos instrumentos, especialmente nos domínios espiritual, cotidiano e financeiro.	26	Domínio psicológico, social e religioso
60	Paiva, et al. (2015)[78]	Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam os cuidadores familiares de pacientes com câncer em tratamento paliativo.	A espiritualidade/religiosidade foi central no enfrentamento, envolvendo fortalecimento da fé, ressignificação da vida, impacto da sobrecarga e busca de apoio espiritual como fonte de conforto e esperança.	30	Domínio psicológico religioso
61	Nayak, et al. (2014)[79]	Avaliar a QV dos cuidadores e verificar a associação entre o escore médio de qualidade de vida de cuidadores familiares e variáveis selecionadas.	A QV foi moderadamente comprometida, pior nos domínios financeiro, emocional e social; a sobrecarga financeira foi o principal fator negativo, e a QV associou-se à renda, tipo de câncer e duração da doença.	399	Domínio psicológico, físico e social
62	Butow, et al. (2014)[80]	Explorar a carga dos cuidadores, a QV e as necessidades não atendidas dos cuidadores de mulheres com câncer de ovário no último ano de vida.	A QV física e mental declinou ao longo do último ano de vida das pacientes; aumentaram sobrecarga e necessidades não atendidas, e pior QV foi predita por maior número de necessidades, baixo suporte social e menor otimismo.	99	Domínio psicológico, físico e social
63	Gotze, et al. (2014)[81]	Examinar o nível de sofrimento psicológico e a QV de pacientes com câncer em cuidados paliativos e seus cuidadores familiares no início dos cuidados domiciliares e investigar os fatores que influenciam esses aspectos.	Houve alta prevalência de ansiedade e depressão, com forte comprometimento da QV mental e social; maior sofrimento associou-se a ser cônjuge, sobrecarga financeira e baixa rede de apoio, e apenas 5% receberam suporte psicológico.	106	Domínio psicológico, físico e social
64	Duggleby, et al. (2014)[82]	Determinar os fatores que influenciam a esperança das mulheres rurais que cuidam de pessoas com câncer em estágio avançado, examinando a relação entre a esperança e variáveis demográficas, autoeficácia, culpa e saúde física e mental dos cuidadores.	Maior esperança associou-se a melhor saúde mental, maior autoeficácia e menor culpa; a QV física e mental foi baixa, e maior confiança e menor sobrecarga favoreceram níveis mais altos de esperança.	122	Domínio psicológico, físico e religioso

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
65	Morishita; Kamibeppu (2014)[83]	Esclarecer o estado da qualidade de vida dos cuidadores familiares e os fatores relacionados com a sua qualidade de vida, incluindo a satisfação com os cuidados prestados.	A QV física e mental ficou abaixo da média; melhor QV física ocorreu entre cuidadores mais jovens e com melhor saúde percebida, enquanto melhor QV mental associou-se a maior idade, não ser cônjuge e maior satisfação com o cuidado.	111	Domínio psicológico e social
66	Duggleby, et al. (2013)[84]	Examine os efeitos do Programa Viver com Esperança na autoeficácia, perda e luto, esperança e qualidade de vida em mulheres cuidadoras rurais.	O programa aumentou esperança e autoeficácia, melhorando a qualidade de vida mental; a redução do luto mediou esses efeitos.	36	Domínio psicológico, físico e religioso
67	Wadhwa, et al. (2013)[85]	Avaliar a QV e a saúde mental dos cuidadores de pacientes ambulatoriais com câncer avançado e as associações com características relacionadas ao paciente, ao cuidador e aos cuidados prestados.	A saúde mental dos cuidadores estava significativamente comprometida, pior entre mulheres, quem cuidava mais horas e com múltiplas responsabilidades; melhor QV associou-se ao bem-estar físico do paciente e à saúde mental do próprio cuidador.	191	Domínio psicológico
68	Song, et al. (2011)[86]	Descrever a qualidade de vida e a saúde mental dos cuidadores familiares de pacientes com câncer terminal na Coreia e compará-los com a população em geral.	Cuidadores de pacientes terminais apresentaram pior qualidade de vida e alta prevalência de depressão; sobrecarga financeira, impacto na saúde e falta de apoio foram os principais fatores ligados à pior QV e maior risco de ideação suicida.	160	Domínio psicológico e social
69	Hacialioglu, et al. (2010)[87]	Examinar a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes com câncer no leste da Turquia.	A QV foi melhor no domínio social e pior no ambiental; menor renda, doenças crônicas, pior saúde percebida, idade avançada e ser cônjuge associaram-se a pior QV, enquanto apoio familiar melhorou o domínio ambiental.	106	Domínio psicológico, social, físico e ambiental
70	Tang; Li; Chen (2008)[88]	Identificar a trajetória da QV dos cuidadores familiares de pacientes com câncer em fase terminal em Taiwan e investigar os determinantes de sua QV usando dados longitudinais até a morte do paciente.	A QV piorou progressivamente com o avançar da doença, associada a maior sobrecarga, sofrimento psicológico e menor confiança no cuidado; fatores emocionais foram mais determinantes da QV que aspectos sociodemográficos.	167	Domínio psicológico, físico e social
71	Kim; Baker; Spillers (2007)[89]	Examinar o gênero dos cuidadores e a relação com o sobrevivente de câncer como preditores da avaliação do cuidado, e investigar como essas avaliações estão associadas à qualidade de vida dos cuidadores.	Homens relataram avaliação mais positiva do cuidado, enquanto mulheres — especialmente filhas — apresentaram mais estresse e sobrecarga; avaliação positiva associou-se a melhor QV, e maior estresse a pior QV em todos os domínios.	448	Domínio psicológico e social
72	Grov, et al. (2006)[90]	Explorar a QV global dos cuidadores primários de pacientes com câncer em fase paliativa que permanecem em casa e examinar as associações com as características dos cuidadores e pacientes, bem como comparar a GQOL com uma amostra normativa.	A qualidade de vida foi semelhante à normativa, com melhores escores nos domínios relacional e material; melhor QV associou-se a estar empregado e cuidar de pacientes em fase curativa mais longa, sem influência da duração da fase paliativa ou dos sintomas.	71	Domínio psicológico e social
73	Grov, et al. (2006)[91]	Examinar as associações entre variáveis teóricas e a carga dos cuidadores utilizando análise de caminho.	A depressão foi o principal fator associado à sobrecarga; ansiedade, suporte social e saúde física influenciaram-na indiretamente via depressão, sem relação direta com suporte social ou com sintomas do paciente.	103	Domínio psicológico, físico e social
74	Yun, et al. (2005)[92]	Realizamos este estudo para identificar os fatores que influenciam os encargos que o câncer traz para a família do paciente e para avaliar a associação entre esses encargos e a QV do cuidador.	Houve forte impacto financeiro, e a perda econômica foi o principal fator associado à pior QV, especialmente entre cuidadores de baixa renda, com saúde fragilizada e pacientes mais debilitados.	704	Domínio psicológico, social e físico

Nº	AUTORES	OBJETIVO(S)	PRINCIPAL RESULTADO	AMOSTRA	CATEGORIA TEMÁTICA
75	Grov, et al. (2005)[93]	Examinar a ansiedade, a depressão e a QV em cuidadores primários de pacientes com câncer metastático em fase paliativa avançada, assistidos em domicílio, comparados com dados normativos ajustados por idade e gênero.	Houve alta prevalência de ansiedade e depressão, que reduziram após o óbito, mas a QV permaneceu baixa — sobretudo no componente mental; maior sofrimento associou-se a baixo suporte social, ser cônjuge e baixa função física.	72	Domínio psicológico
76	Cameron, et al. (2002)[94]	O presente estudo examinou o impacto da prestação de cuidados sobre o estilo de vida e o bem-estar emocional em uma amostra de cuidadores de pacientes com câncer avançado.	A interferência no estilo de vida foi o principal preditor de sofrimento emocional, mediando o efeito da carga de cuidado; maior interrupção das atividades associou-se a mais depressão e tensão, e menor escolaridade a pior saúde emocional.	44	Domínio psicológico e físico
77	Weitzner; Mc Millan; Jacobsen (1999)[95]	Comparar o impacto do cuidado em cenários curativos e paliativos na qualidade de vida do cuidador familiar.	Cuidadores de pacientes paliativos apresentaram pior qualidade de vida e saúde física; pior QV associou-se a maior dependência funcional do paciente, menor escolaridade e maiores demandas de cuidado, sem diferença na saúde mental entre os grupos.	401	Domínio físico e social
		Total		**14.229**	

No total, os 77 estudos analisados abrangeram 34 países distintos. Verificou-se predominância de pesquisas conduzidas na Ásia, que concentrou 30 estudos (38,46%), com maior representação na China (n=5), Irã (n=5), Coreia do Sul (n=5) e Japão (n=4). A Europa foi a segunda região com maior produção, reunindo 21 artigos (26,92%), destacando-se Itália (n=5), Alemanha (n=3) e Noruega (n=3). Já a América do Norte contabilizou 17 estudos (21,79%), distribuídos entre Estados Unidos (n=10) e Canadá (n=7).

Na América do Sul, foram identificadas 9 (11,53%) publicações, sendo 5 (6,41%) provenientes da Colômbia, 2 (2,56%) do Chile e 2 (2,56%) do Brasil. Por fim, a Oceania foi representada por 1 (1,28%) estudo conduzido na Austrália. A distribuição dessas produções está na Figura 2:

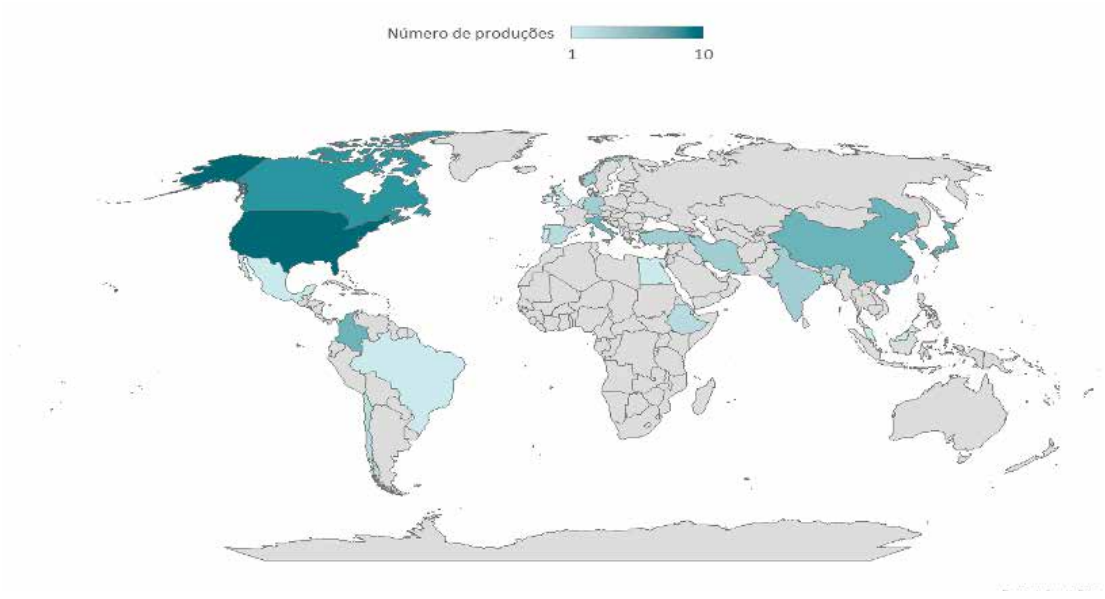


Figura 2. Distribuição global dos estudos que apresentaram exatamente o local de pesquisa (n = 77). Fonte: Elaboração própria, 2025.

Todos os 77(100%) artigos apresentaram descritores extraídos do DeCS ou do MeSH. Entre os termos mais frequentes, destacaram-se "Qualidade de vida", presente em 61 (79,2%) estudos, "Cuidador/Cuidadores", identificado em 71 (92,2%), "Cuidado", em 37 (48%), e "Câncer", citado em 57 (74%) artigos. Além disso, observou-se recorrência de descritores relacionados a aspectos familiares, satisfação, ansiedade e sobrecarga, evidenciando a predominância de dimensões psicológicas, sociais e emocionais associadas à experiência do cuidado paliativo oncológico.

A análise dos estudos selecionados permitiu a sistematização dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares e pacientes oncológicos em cuidados paliativos. As variáveis incluíram idade, sexo, vínculo familiar, escolaridade, estado civil, ocupação, religião e demais características relevantes. Essa sistematização permitiu delinear o perfil predominante dos participantes e identificar quem assume majoritariamente o cuidado, além de destacar particularidades da população assistida, contribuindo para a compreensão do fenômeno analisado.

No que se refere a análise da variável do paciente cuidado, os cânceres mais frequentemente abordados foram pulmão (33; 42,9%), mama (29; 37,7%) e gastrointestinais/digestivos (27; 35,1%). Além disso, 25 estudos(32,4%) não especificaram claramente o subtipo de neoplasia. A idade média dos pacientes foi de aproximadamente 63,2 anos, com faixa etária variando entre 18 e 75,3 anos, indicando que a maior parte das pesquisas focou em adultos de meia-idade e idosos, embora alguns estudos tenham incluído adultos mais jovens.

Quanto às características sociodemográficas, observou-se que homens e mulheres foram amplamente representados em 46(59,7%) estudos, totalizando 3.944 pacientes do sexo feminino e 4.437 do sexo masculino. Em contrapartida, 29(37,7%) estudos não apresentaram essa variável, e 2(2,6%) incluíram exclusivamente pacientes do sexo feminino. No que se refere à raça/cor, apenas 8 (10,4%) dos 77 artigos apresentaram essa variável. Dentre esses, o grupo branco foi mencionado em 4 estudos (50%), pretos em 3 (37,5%), enquanto afro-americanos, latinos, asiáticos e coreanos foram incluídos em 1 estudo cada (12,5%). A categoria "não especificada" ou "outros" apareceu em 4 estudos (50%).

Os 77 estudos incluídos contemplaram uma amostra total de 14.229 cuidadores familiares. A variável gênero foi apresentada em 70 (91%) artigos, abrangendo 8.029 participantes do sexo feminino e 4.265 do sexo masculino. Houve variação etária entre 18 e 65,5 anos, com média aproximada de 51,4 anos, indicando predominância de adultos de meia-idade. A raça/cor foi investigada em apenas 15 (19,5%) estudos, com predominância de cuidadores brancos em 12(80%) estudos, seguidos por asiáticos em 6(40%) estudos, pretos em 5(33,3%) estudos e indígenas em 4(26,7%) estudos.

A escolaridade foi relatada em 58 estudos (75,3%), destacando-se ensino médio em 60 estudos (77,9%), graduação em 55 (71,4%), ensino primário em 49 (63,6%), pós-graduação em 11(14,3%) e ausência de escolarização formal em 13 (16,9%) estudos. O estado civil foi descrito em 65 estudos, com predomínio de cuidadores familiares casados em 58(89,2%), seguidos por solteiros em 35(53,8%), divorciados em 22(33,8%) e viúvos em 21(32,3%).

Quanto ao vínculo com o paciente, observou-se predominância de cônjuges como cuidadores em 73 (98,6%) artigos, seguidos por filhos adultos em 58 (78,4%) e pais em 30 (40,5%) estudos. A religião do cuidador familiar foi mencionada em 18 estudos, com prevalência de católicos (16; 88,9%), cristãos não especificados e protestantes (9 cada; 50%), enquanto outras crenças como hinduísmo (3; 16,7%), budismo, judaísmo, islamismo e testemunhas de Jeová (2; 11,1% cada) foram menos frequentes; 10(55,6%) estudos relataram cuidadores sem religião e 9 (50%) mencionaram outras crenças.

A variável ocupação foi descrita em 58 (75,3%) estudos. Dentre esses, verificou-se que em 51(87,9%) artigos os cuidadores familiares estavam inseridos no mercado de trabalho, enquanto em 40 (69,0%) foram identificados como desempregados, e em 30 (51,7%) estavam aposentados.

No que se refere ao conceito de Qualidade de Vida (QV), apenas 12 (15,6%) artigos apresentaram uma definição teórica referenciada. Observou-se que a maior parte dos estudos fundamentou a definição de qualidade de vida nos referenciais teóricos dos próprios instrumentos de mensuração utilizados. Além disso, os artigos que buscaram fundamentar teoricamente a QV recorreram majoritariamente a referências da Organização Mundial da Saúde (OMS), mencionada em 3(2,5%) estudos96,97,98, especialmente aos documentos WHOQOL e WHOQOL-BREF, enquanto outros autores foram mencionados apenas de forma complementar para conceituar a QV de maneira geral.

Entre os estudos analisados, verificou-se que 74 (96,1%) artigos utilizaram instrumentos padronizados para mensurar a qualidade de vida, todos com processos de validação previamente estabelecidos. As escalas mais

empregadas pertenciam à família Short Form Health Survey, com destaque para a SF-36, presente em 27 (36,5%) estudos. Entre os instrumentos específicos voltados a cuidadores de pacientes oncológicos, evidenciou-se predominância da Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC), aplicada em 24 (32,4%) pesquisas.

No que se refere aos aspectos metodológicos, verificou-se que a abordagem quantitativa predominou em 72 (93,5%) dos 77 artigos analisados, enquanto apenas 3 (3,9%) adotaram metodologia qualitativa e 2 (2,6%) optaram por abordagem mista. Quanto aos instrumentos de coleta de dados, observou-se que o questionário foi o mais utilizado, presente em 64 (83,1%) estudos, seguido pela entrevista semiestruturada em 12 (15,6%) artigos, enquanto apenas 1(1,3%) estudo utilizou outro tipo de instrumento, evidenciando a preferência dos pesquisadores por ferramentas estruturadas que possibilitam comparabilidade e análise estatística.

Em relação ao contexto de realização dos estudos, observou-se predominância do ambiente hospitalar em 59(76,6%) artigos, seguido pelos serviços especializados em 22(28,6%) artigos. O contexto domiciliar foi identificado em 11(14,3%) estudos, enquanto a atenção primária apareceu em 4(5,2%) artigos e o hospice em 3(3,9%) publicações. Importante destacar que 20 artigos foram conduzidos em mais de um local de cuidado, o que demonstra a sobreposição entre os diferentes contextos assistenciais.

A partir da leitura aprofundada e síntese interpretativa dos 77 estudos incluídos nesta revisão, foi realizada a análise de conteúdo temática, cujo objetivo foi identificar os principais elementos que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Essa etapa permitiu agrupar os achados em quatro categorias analíticas centrais, construídas a partir da recorrência, relevância e convergência conceitual dos dados apresentados nos estudos. As categorias resultantes refletem o impacto do cuidado sob múltiplas dimensões – física, psicológica, social e espiritual – evidenciando a complexidade e a multideterminação do processo de cuidar no contexto paliativo. A seguir, são apresentados os resultados temáticos emergentes.

Impactos físicos e funcionais do cuidado na qualidade de vida do cuidador familiar

Os estudos analisados evidenciam que o cuidado contínuo de pacientes oncológicos em fase avançada impõe exigências físicas intensas, afetando diretamente o domínio funcional da qualidade de vida. Fadiga, distúrbios do sono, dores musculoesqueléticas, agravamento de doenças crônicas e redução das atividades de vida diária são frequentemente relatados, sobretudo quando o cuidador realiza sozinho a maior parte das tarefas assistenciais.[79,87,91] A necessidade de ajudar em mobilização, higiene, alimentação e vigilância contínua contribui para desgaste físico persistente, muitas vezes naturalizado e pouco reconhecido pelos serviços de saúde.

A gravidade clínica e o declínio funcional dos pacientes são determinantes centrais da sobrecarga física. Pacientes com câncer metastático ou em fase terminal, sintomas intensos (dor, dispneia, fadiga, náuseas, insônia) e múltiplas internações associam-se à pior qualidade de vida física dos cuidadores.[34,49,80] De forma semelhante, cânceres de maior agressividade – cabeça e pescoço, gastrointestinal e hematológicos – aumentam a complexidade assistencial e o desgaste corporal.[5,76,31]

Outro aspecto recorrente é a interferência do cuidado na rotina e no estilo de vida. Cameron et al.[94] demonstraram que a interrupção de trabalho, lazer e autocuidado medeia a relação entre carga de tarefas e sofrimento emocional, repercutindo também no domínio físico. Estudos com cuidadores domiciliares descrevem a experiência de "viver em função do doente", com abandono de atividades pessoais, redução do sono e alimentação irregular, favorecendo deterioração global da qualidade de vida.[94,81,42]

Fatores sociodemográficos modulam esses impactos. Mulheres, cuidadores idosos e pessoas com doenças crônicas prévias apresentam piores escores físicos e funcionais, sobretudo quando enfrentam dificuldades econômicas e pouca rede de apoio.[47,50,52] Em áreas rurais, o acesso limitado a suporte formal acentua a exaustão física, com relatos de dores não tratadas e pior percepção de saúde.[82,84]

Ao longo da trajetória da doença, estudos longitudinais demonstram que a qualidade de vida física tende a declinar à medida que a morte se aproxima, especialmente nos meses finais, quando os sintomas se intensificam e a dependência do paciente aumenta.[80,88] Mesmo em contextos em que a componente física aparece relativamente preservada em comparação ao componente mental, como em alguns grupos de cuidadores com melhor condição de saúde basal, relatos qualitativos evidenciam um "cansaço acumulado" que se expressa em dores, fadiga e sensação de enfraquecimento.[91,92,95]

No conjunto, os impactos físico-funcionais do cuidado permanecem subestimados, embora constituam dimensão central da experiência de cuidar. O trabalho assistencial, realizado frequentemente sem preparo técnico, suporte ergonômico ou revezamento, é fisicamente extenuante.[76,79] Esses achados reforçam a necessidade de que equi-

pes de cuidados paliativos incluam a avaliação da saúde física dos cuidadores e estratégias de treinamento e alívio da carga como parte integral dos planos assistenciais.

Sofrimento psicológico, emocional e saúde mental de cuidadores familiares em cuidados paliativos

Entre os domínios da qualidade de vida, o psicológico/emocional é o mais consistentemente comprometido nos estudos. Há elevada prevalência de depressão, ansiedade, distress, desmoralização e sentimentos de culpa entre cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, frequentemente em níveis clinicamente significativos.[22,26,86] Em contextos de hospice e cuidado domiciliar, cerca de um terço apresenta sintomas moderados a graves de depressão e ansiedade, com escores de saúde mental inferiores aos da população geral.[68,81,85]

O sofrimento emocional tende a surgir precocemente, muitas vezes desde o diagnóstico de câncer incurável, intensificando-se com a progressão da doença. Em cuidadores de pacientes recém-diagnosticados com câncer sem possibilidade de cura, Shaffer et al.[61] observaram altos níveis de distress e pior saúde mental, sobretudo entre cônjuges e familiares mais jovens. Em cuidadores de pacientes com câncer avançado em ambulatório, o componente mental da qualidade de vida mostrou-se consistentemente inferior ao físico, indicando vulnerabilidade emocional marcada.[79,85]

A desmoralização, entendida como perda de sentido, desesperança e sensação de impotência frente ao sofrimento, aparece como expressão mais grave deste sofrimento psíquico. Em cuidadores de pacientes no fim da vida, Bovero et al.[35] identificaram níveis elevados de desmoralização, associados a pior função emocional, menor bem-estar espiritual e maior risco de sintomas depressivos. Esses achados se aproximam de estudos que apontam sentimentos de culpa, autoacusação e percepção de inadequação como amplificadores do sofrimento emocional e da queda da autoestima.[82,94]

Outro ponto central é o caráter diádico desse sofrimento: o estado emocional do cuidador correlaciona-se com o do paciente. Estudos mostram que depressão e ansiedade mais intensas nos pacientes estão associadas a maior depressão, ansiedade e pior saúde mental dos cuidadores, indicando sofrimento compartilhado.[48,61,86] Essa interdependência reforça a necessidade de abordagens paliativas que considerem a díade paciente–cuidador.

O sofrimento psicológico frequentemente persiste após o óbito, influenciando o período de luto. Estudos com cuidadores enlutados mostram que, apesar de alguma redução da ansiedade, sintomas depressivos e baixa qualidade de vida mental permanecem significativos meses após a morte, com risco de luto complicado em situações de sobrecarga extrema, conflitos familiares ou experiências de cuidado traumáticas.[39,48,83] Sentimentos de despreparo, falta de reconhecimento e ausência de suporte ao longo da trajetória aumentam essa vulnerabilidade.

Diversos fatores modulam a intensidade do sofrimento emocional: sexo feminino, baixa escolaridade, pobreza, múltiplos papéis, relação de cônjuge ou filha com o paciente e baixo suporte social são preditores de pior saúde mental.[47,51,87,89] Interrupções da rotina, perda de trabalho, dificuldades financeiras e isolamento social elevam distress, depressão e ansiedade, demonstrando a profunda ligação entre sofrimento emocional e condições sociais.[53,92]

Apesar da magnitude desses achados, protocolos estruturados de rastreamento e cuidado em saúde mental ainda são raros nos serviços paliativos. Estudos qualitativos relatam que muitos cuidadores não têm seu estado emocional avaliado, não recebem apoio psicológico direcionado e não são incluídos de forma sistemática em intervenções de suporte.[56,57,62] Esse hiato reforça a necessidade de reconhecer a saúde mental do cuidador como componente essencial da qualidade de vida e prioridade nos programas de cuidados paliativos oncológicos.

Determinantes Sociais, Econômicos, Ambientais e Relacionais da Qualidade de Vida dos Cuidadores Familiares

Os estudos evidenciam que a qualidade de vida dos cuidadores familiares é fortemente condicionada por determinantes sociais, econômicos, ambientais e relacionais. Em termos financeiros, cuidar de um familiar com câncer avançado gera custos diretos e indiretos expressivos – transporte, medicamentos, insumos, adaptações e perda de renda – com impacto significativo no bem-estar.[79,92] Em amostra superior a 700 cuidadores, Yun et al.[92] observaram perda importante de economias e redução no padrão de vida, sendo a carga econômica um dos principais preditores de pior qualidade de vida global.

Esse impacto é ainda mais acentuado em contextos de baixa renda e proteção social limitada. Estudos na Etiópia, Uganda, Chile, México e Albânia mostram que renda insuficiente, fragilidade dos sistemas de saúde e ausência de políticas de suporte ao cuidador resultam em elevada vulnerabilidade social.[45,47,51,52,55] Nesses cenários, cuidadores frequentemente precisam escolher entre permanecer no emprego ou acompanhar o familiar, intensificando tensão emocional e risco de empobrecimento.

O apoio social e familiar aparece como importante fator protetor. Cuidadores que recebem ajuda prática ou emocional relatam menor sobrecarga, maior bem-estar e melhor qualidade de vida.[25,40,59] Quando o cuidado é assumido de forma solitária – em famílias pequenas, com vínculos conflituosos ou fragilizados – prevalecem isolamento, sensação de injustiça e esgotamento.[21,81,91]

As relações com os serviços e profissionais de saúde também desempenham papel central. Estudos sobre satisfação com o cuidado recebido mostram que comunicação efetiva, escuta ativa, informações claras e participação nas decisões terapêuticas associam-se a melhor qualidade de vida e menor sofrimento emocional.[37,39,40] Intervenções como cuidados paliativos precoces, navegação em saúde e programas educativos reduzem incertezas, valorizam o papel do cuidador e fortalecem o senso de segurança frente ao adoecimento.[32,38,57]

Apesar disso, muitos cuidadores relatam necessidades não atendidas – falta de orientação sobre manejo de sintomas, ausência de treinamento técnico, pouca oferta de serviços para aliviar sobrecarga, escassez de apoio financeiro e reconhecimento institucional insuficiente.[41,43,58] Essas lacunas estruturais e organizacionais mantêm uma experiência de cuidado solitária, em que o cuidador é frequentemente tratado como recurso e não como sujeito que também necessita de cuidado.

Assim, os estudos convergem ao demonstrar que a qualidade de vida dos cuidadores familiares não pode ser explicada apenas por fatores individuais. Ela é profundamente modulada pelas condições materiais, políticas, organizacionais e relacionais em que o cuidado ocorre. Determinantes sociais, econômicos e ambientais – renda, emprego, acesso a serviços, dinâmica familiar e suporte social – influenciam de maneira decisiva o impacto do cuidado sobre o bem-estar físico e mental, constituindo áreas prioritárias para intervenções e políticas públicas.[52,87,92]

Espiritualidade, Religiosidade e Construção de Sentido Existencial no Processo de Cuidar

A espiritualidade e a religiosidade exercem papel central na experiência do cuidado, funcionando como recursos de enfrentamento, apoio emocional e construção de sentido diante do adoecimento e da terminalidade. Em cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos, níveis mais elevados de bem-estar espiritual associaram-se a melhor qualidade de vida, maior vitalidade e menor autonegligência.[56] Nessa perspectiva, espiritualidade representa não apenas crença religiosa formal, mas dimensão existencial vinculada à busca de propósito, conexão e transcendência diante do sofrimento.

A esperança emerge como elemento estruturante dessa dimensão. Em intervenções voltadas ao fortalecimento da esperança com cuidadoras rurais, programas baseados em filme educativo e escrita reflexiva aumentaram esperança, autoeficácia e qualidade de vida mental ao longo do seguimento.[82,84] Esses resultados destacam que espaços de expressão emocional, resgate de memórias e valorização de forças pessoais podem atenuar o sofrimento e reforçar sentimento de continuidade e propósito no cuidado.

Em contextos marcados culturalmente pela religiosidade, como Brasil e parte da Ásia, a fé aparece como estratégia espontânea de enfrentamento. Cuidadores relatam recorrer à oração, participação comunitária e leitura de textos sagrados para obter consolo, manter esperança e aceitar a finitude.[57,78,92] Muitas vezes, o cuidado é percebido como missão ou oportunidade de crescimento, o que contribui para ressignificar a sobrecarga.

Intervenções psicossociais que integram dimensões espirituais e existenciais também têm mostrado benefícios. Programas de revisão de vida em díade paciente–cuidador promoveram maior coesão familiar, gratidão e melhora emocional.[36,77] Da mesma forma, práticas de mindfulness em contexto paliativo reduziram ansiedade e depressão e ampliaram consciência e aceitação, configurando forma de espiritualidade não confessional.[46]

Apesar disso, muitos estudos apontam que a dimensão espiritual do cuidador é pouco avaliada e raramente contemplada nos serviços de saúde, sendo o foco direcionado quase exclusivamente ao paciente.[35,56] Tal lacuna compromete a implementação de cuidados paliativos verdadeiramente integrais, que devem incluir o cuidador em suas múltiplas dimensões.

De forma geral, os achados reforçam que espiritualidade e religiosidade desempenham papel mediador na adaptação ao sofrimento, na reconstrução de sentido e na qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Integrar essa dimensão – para além de um enfoque meramente devocional – configura desafio central para equipes multiprofissionais e para intervenções culturalmente sensíveis voltadas à díade paciente–cuidador.

Discussão

Os achados desta RE evidenciaram uma ampla produção científica acerca da qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, envolvendo estudos desenvolvidos em diferentes continentes. Tal panorama confirma a crescente relevân-

cia global atribuída ao tema, especialmente diante das demandas físicas, emocionais e sociais intensificadas na fase avançada da doença. A predominância de estudos oriundos de países asiáticos e europeus corrobora revisões prévias que apontam a consolidação das políticas públicas e dos investimentos em cuidados paliativos nessas regiões.[99]

Nos contextos latino-americanos, particularmente no Brasil, persistem lacunas significativas na produção científica voltada aos cuidados paliativos, decorrentes de barreiras estruturais, desigualdades regionais e limitações na formação de profissionais, o que impacta a consolidação da prática clínica baseada em evidências na área.[100] Apesar desse cenário, iniciativas recentes têm favorecido avanços graduais, sobretudo relacionados à ampliação de programas de qualificação profissional e à implementação de políticas públicas direcionadas ao cuidado e suporte ao cuidador familiar.[101]

Esse desenvolvimento é fundamental para compreender as especificidades culturais e socioeconômicas que caracterizam a experiência do cuidar em regiões com menor disponibilidade de suporte formal. Nesse sentido, Vale et al.[11] demonstram que, a insuficiência de apoio institucional e a fragilidade das redes de suporte intensificam a sobrecarga emocional e social enfrentada pelos cuidadores, ampliando sensações de exaustão, isolamento e insegurança diante das demandas crescentes impostas pelo adoecimento.

Quanto ao perfil dos cuidadores, constatou-se predominância de cônjuges, seguidos por filhos adultos e pais. Esta constatação confirma o caráter relacional e afetivo do cuidado, frequentemente ancorado em sentimentos de responsabilidade moral e vínculo familiar.[102] Além disso, a elevada proporção de cuidadores em idade produtiva e inseridos no mercado de trabalho destaca o impacto da atividade de cuidado na vida profissional e financeira, com implicações diretas na qualidade de vida e na saúde mental.[103]

Esses achados convergem com evidências internacionais que indicam que o acúmulo de papéis – como trabalhador, cuidador e gestor das demandas familiares – atribuídos a um único indivíduo aumenta significativamente o risco de estresse, desgaste psicológico e esgotamento emocional, dada a intensidade das responsabilidades assumidas simultaneamente.[104]

Com relação ao conceito, verificou-se que poucos estudos apresentam referenciais teóricos explícitos sobre qualidade de vida, embora prevaleça o uso do modelo da Organização Mundial da Saúde, operacionalizado pelos instrumentos WHOQOL e WHOQOL-BREF.[97-98] Pesquisadores têm destacado a necessidade de ampliar a abordagem conceitual integrada do constructo de qualidade de vida no contexto do cuidado paliativo, incorporando dimensões subjetivas e espirituais que permeiam a experiência de cuidar, uma vez que ela extrapola os limites estritamente biomédicos e técnico-assistenciais.[105-106]

No campo metodológico, identificou-se predominância de estudos quantitativos e uso recorrente de instrumentos consolidados internacionalmente, como SF-36 e CQOLC. A SF-36, de caráter genérico, permite comparações transversais entre populações,[107] enquanto o CQOLC contempla dimensões específicas da experiência do cuidador, como sobrecarga e espiritualidade.[108]

A preferência por instrumentos validados evidencia preocupação com rigor metodológico e comparabilidade global.[97,109] Contudo, a predominância quantitativa limita a compreensão contextual e afetiva da experiência do cuidar; por isso, estudos qualitativos recentes têm se mostrado fundamentais para compreender impactos subjetivos e existenciais desse processo.[110-111]

A análise do cenário das pesquisas demonstra predominância do ambiente hospitalar como principal local de investigação, seguido por serviços especializados e pelo domicílio. Embora o hospital permaneça como espaço central de cuidado, o percurso dos cuidadores por diferentes níveis assistenciais evidencia a necessidade de uma rede de apoio articulada e contínua.[112]

Evidências apontam que o fortalecimento dos cuidados paliativos domiciliares contribui para reduzir a sobrecarga do cuidador, melhorar a adaptação emocional diante do processo de finitude e favorecer a qualidade de vida tanto do paciente quanto da família.[113] No Brasil, iniciativas de cuidados paliativos domiciliares no âmbito do SUS têm mostrado avanços importantes – embora com desafios de cobertura, regionalização e capacitação profissional – o que evidencia o potencial, mas também as limitações atuais dessa modalidade de cuidado.[114]

Neste estudo observa-se consonância com evidências recentes da literatura, especialmente no que diz respeito aos impactos físicos e funcionais decorrentes do ato de cuidar. Pesquisas demonstram que a intensidade das demandas assistenciais – como mobilização do paciente, monitoramento contínuo e prejuízo do sono – está associada a fadiga, dor musculoesquelética e redução expressiva da qualidade de vida do cuidador.[115] De forma semelhante, evidencia-se que, ao longo da trajetória de cuidado de pacientes com câncer, a sobrecarga tende a se intensificar, resultando em declínio progressivo da saúde e da capacidade funcional, o que reforça a necessidade de estratégias de suporte ergonômico e capacitação técnica como componentes essenciais do cuidado paliativo.[116]

No que se refere ao sofrimento emocional, os achados desta revisão se articulam com os resultados reportados anteriormente. A título de exemplo, Geng et al.[99], que demonstraram que sintomas de ansiedade e depressão exercem efeito direto e significativo sobre a qualidade de vida mental de cuidadores familiares, mediando a relação entre sobrecarga percebida e sofrimento psicológico.

De forma complementar, Fu et al.[117] identificaram que intervenções psicossociais estruturadas reduzem de maneira expressiva níveis de depressão e ansiedade, ampliando o bem-estar emocional. Esses resultados reforçam que a saúde mental representa o domínio mais vulnerável da qualidade de vida do cuidador e que a insuficiência de suporte formal intensifica o sofrimento psíquico ao longo da trajetória do adoecimento, evidenciando a necessidade de estratégias sistemáticas de apoio psicológico e programas de suporte direcionados.

À luz dos resultados apresentados, torna-se evidente que, apesar do avanço expressivo da produção científica internacional sobre a qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, permanecem lacunas significativas na incorporação de perspectivas culturais, sociais e espirituais. Ainda, urge a formulação de políticas públicas que reconheçam o cuidador como sujeito de cuidado.[118]

Investigações recentes ressaltam a necessidade urgente de políticas estruturadas e de suporte contínuo, defendendo que o cuidador deve ser formalmente integrado aos planos terapêuticos e assistenciais, com acesso sistemático a intervenções educativas, suporte psicológico e recursos materiais.[119] Nesse sentido, esta revisão contribui ao mapear as evidências disponíveis e identificar lacunas relacionadas à qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, ampliando a compreensão sobre a temática e destacando aspectos relevantes para futuras pesquisas e para a organização do cuidado.

Considerações finais

A presente pesquisa aponta para a predominância de estudos conduzidos em países asiáticos, europeus e norte-americanos, contextos nos quais políticas públicas estruturadas e serviços organizados de cuidados paliativos oferecem suporte mais sistemático aos cuidadores. Em contrapartida, na realidade latino-americana, especialmente no Brasil, nota-se escassez de produção científica e fragilidade de políticas institucionais de apoio ao cuidador, o que reflete desigualdades estruturais e limitações de financiamento e assistência.

A população estudada caracteriza-se sobretudo por mulheres, cônjuges e adultos de meia-idade, frequentemente inseridos no mercado de trabalho e acumulando múltiplas responsabilidades. Apesar do uso amplamente padronizado de instrumentos validados para mensuração da qualidade de vida, apenas 15,6% dos estudos apresentaram definição teórica explícita do conceito de qualidade de vida, indicando fragilidade conceitual na literatura. Predominaram estudos quantitativos, conduzidos principalmente no ambiente hospitalar, com menor presença de abordagens qualitativas ou em atenção domiciliar.

Os achados reforçam que a qualidade de vida dos cuidadores familiares é influenciada por múltiplas dimensões interdependentes – física, emocional, social e espiritual – e que o sofrimento psicológico constitui o domínio mais comprometido ao longo da trajetória da doença. Tais achados reforçam que o cuidado paliativo precisa ser compreendido e implementado sob a perspectiva da díade paciente-cuidador, reconhecendo que ambos compartilham impactos funcionais, emocionais e sociais expressivos, especialmente nos estágios avançados da doença.

Do ponto de vista prático, os estudos incluídos nesta revisão apontam a relevância de estratégias assistenciais voltadas ao suporte integral do cuidador familiar, especialmente diante dos impactos físicos, emocionais e sociais associados ao cuidado paliativo oncológico. Entre os aspectos identificados na literatura, destacam-se a inclusão do cuidador nas avaliações interdisciplinares, a oferta de suporte psicossocial, ações educativas para manejo do cuidado e iniciativas voltadas à redução da sobrecarga física e emocional. Além disso, os achados reforçam a importância de reconhecer o cuidador familiar como parte integrante do processo assistencial nos diferentes contextos de cuidados paliativos.

Em síntese, esta revisão reforça a importância de reconhecer o cuidador familiar como componente central do cuidado paliativo oncológico e evidencia a necessidade de ações articuladas entre prática clínica, pesquisa e gestão em saúde, de modo a promover qualidade de vida, bem-estar emocional e equidade no cuidado oferecido e recebido.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023. Available from: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. doi:10.3322/caac.21660.

3. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/palliative-care
4. Hudson P, Payne S. Family caregivers and palliative care: current status and agenda for the future. Palliat Med. 2011;25(7):697–704.
5. Pequeno DP, Carron J, Gaspar KC, Lima CSP, Lourenço GJ. Quality of life of family caregivers and survival of head and neck cancer patients in palliative care. Eur J Cancer Care (Engl). 2022;31(6):e13731. doi:10.1111/ecc.13731.
6. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551–8.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saude Publica. 2000;34(2):178–83.
8. Soares da Conceição NBD, Gama ESC. A percepção da sobrecarga subjetiva para cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos oncológicos e seus impactos no cotidiano. Rev Bras Qual Vida. 2022;14:e11636.
9. DiPio R, Acuda W, Namisango E, Nalubega-Mbowa MG. Prevalence and factors associated with depressive symptoms among family caregivers of palliative care patients at Hospice Africa Uganda. Palliat Support Care. 2022;20(3):375–82. doi:10.1017/S1478951521000730.
10. Benson JJ, Washington KT, Landon OJ, Chakurian DE, Demiris G, Parker Oliver D. When family life contributes to cancer caregiver burden in palliative care. J Fam Nurs. 2023;29(3):275–87. doi:10.1177/10748407231167545.
11. Vale JMM, Santana ME, Lima VLA, Parente AT, Sonobe HM, Ferreira IP. Burden of family caregivers of cancer patients in palliative care. Cogitare Enferm. 2023;28:e92970.
12. Holguín EA, Arias-Rojas M, Moreno SC. Quality of life of family caregivers of people with cancer in palliative care. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03740. doi:10.1590/S1980-220X2020015103740.
13. Phunsom R, Charupoonphol P, Pumpaibool T, Boonchieng W. Self-efficacy, social support, and quality of life among primary family-member caregivers of patients with cancer in Thailand. Asia Pac J Oncol Nurs. 2021;8(5):564–70.
14. Costa SR, Bonamigo AW, Silveira LMOB. Escalas de qualidade de vida aplicadas aos familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. Rev Cient Multidiscip Núcleo Conhec. 2020;2(11):61–80.
15. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020. Available from: https://synthesismanual.jbi.global
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850.
17. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. Syst Rev. 2016;5:210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4.
18. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
19. Pollock D, Alexander L, Munn Z, et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. JBI Evid Synth. 2023;21(3):520–32. doi:10.11124/JBIES-22-00123.
20. Pollock D, Davies EL, Peters MDJ, et al. Undertaking a scoping review: a practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. J Adv Nurs. 2021;77(4):2102–13. doi:10.1111/jan.14743.
21. White-Makinde K, Washington KT, Fields N, Oliver DP. Does family functioning matter? Understanding the relationship between family interactions and depressive symptoms for caregivers of cancer patients. Am J Hosp Palliat Med. 2024. doi:10.1177/10499091241263016.
22. El-Sherif RAM, Nofal MN, El Sharkawy RB, El Sayed SM, Helal AM, El-Badawy AM, et al. Burden, depression and quality of life in carers of newly diagnosed advanced cancer patients in Egypt. J Pain Symptom Manage. 2024;67(5):e403–8.
23. Matthys O, Dierickx S, Wald N, Harder H, Jalali R, Musoro JZ, et al. Sexual satisfaction and its predictors in patients with advanced cancer and their family caregivers in six European countries: baseline data from the DIAdIC study. Psychooncology. 2024;33(6):e6347.
24. Keramatikerman M, Ghods A, Sharifian S, Hosseini SH, Mohammadi S. Peer support-based online education, burden of care and quality of life among family caregivers of patients with leukaemia: non-randomised clinical trial. BMJ Support Palliat Care. 2024;14(e3):e2827–35.
25. Zhang Y, Liu H, Wu Y, Wang M, Yang J. Mediating effect of social support between caregiver burden and quality of life among family caregivers of cancer patients in palliative care units. Eur J Oncol Nurs. 2024;68:102509.
26. Oliver DP, Benson JJ, Washington KT, Demiris G, Blum M, Landon OJ, et al. Depressive symptoms in caregivers of hospice cancer patients. Am J Hosp Palliat Med. 2024;41(7):786–91.
27. Pop RS, Otelea MR, Ghiga DV, Morcov C, Mihailescu AI, Lucescu C, et al. Decrease in primary caregivers' quality of life during the care of a relative with palliative care needs: a prospective longitudinal study. Cancers (Basel). 2024;16(21):3570.
28. Soto-Guerrero S, Sanchez V, Pérez RM, Vega A, Villanueva C, et al. Objective burden, caregiver psychological distress, and patient religion and quality of life are associated with high-intensity burden of care among caregivers of advanced cancer patients in a Latino population. Palliat Support Care. 2024;22(6):1639–47.
29. Cheng HL, Li Y, Chou FY, Yeh CH. Mediating role of self-efficacy between unmet needs and quality of life in palliative cancer caregivers. Psychooncology. 2023;32(3):457–64.
30. Rostami M, Rezaei M, Shamsaee M, Rezaei F. Quality of life among family caregivers of cancer patients: an investigation of SF-36 domains. BMC Psychol. 2023;11:445.
31. Metin T, Atasever B, Ostuzzi G, Bertelli S, Trotto B, et al. The unknown impact of multiple myeloma: assessing the impact of financial well-being on quality of life of caregivers. Support Care Cancer. 2023;31:288.
32. Dionne-Odom JN, Ejem D, Wells R, Azuero A, Clevenger C, et al. A lay navigator-led, early palliative care intervention for African American and rural family caregivers of individuals with advanced cancer (Project Cornerstone): results of a pilot randomized trial. Cancer. 2022;128(6):1321–30.
33. Koçak N, Üstündağ S, Avşar G, Çalışkan S, Çelik S. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer receiving specialized palliative care. Indian J Cancer. 2022;59(2):187–93.
34. Valero-Cantero I, Martínez-Riera JR, Viña-Ribes E, et al. The influence of symptom severity of palliative care patients on their family caregivers. BMC Palliat Care. 2022;21:27.
35. Bovero A, Sedghi NA, Opezzo M, et al. Demoralization in end-of-life cancer patients' family caregivers: a cross-sectional study. Am J Hosp Palliat Med. 2022;39(3):332–9.
36. Chen Y, Li Q, Wu X, et al. Evaluation of a WeChat-based dyadic life review program for people with advanced cancer and family caregivers: a mixed-method feasibility study. Palliat Med. 2022;36(3):498–509.
37. Morishita-Kawahara M, Odagiri S, Iwata H, et al. The relationship between satisfaction with care and quality of life among family caregivers of patients living with terminal cancer in general wards: a cross-sectional study. Int J Palliat Nurs. 2022;28(12):575–82.
38. Ito E, Tadaka E. Effectiveness of the Online Daily Diary (ONDIARY) program on family caregivers of advanced cancer patients: a home-based palliative care trial. Complement Ther Clin Pract. 2022;46:101508.
39. Morishita-Kawahara M, Iwata H, Odagiri S, et al. Association between family caregivers' satisfaction with care for terminal cancer patients and quality of life of the bereaved family: a prospective pre- and postloss study. J Palliat Med. 2022;25(1):81–8.
40. Almugti HS, Almutairi KM, et al. Quality of life and needs assessment of cancer patients' caregivers in the Saudi culture. Cureus. 2022;14(8).
41. Arias-Rojas M, Carreño-Moreno S, Celis-Giraldo M, et al. Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com câncer em cuidados paliativos. Rev Cuidarte. 2021;12(2).
42. Castilla-Soto J, Pérez-Ros P, Rodríguez-Sánchez E, et al. Burden and quality of life in caregivers of cancer patients at the beginning of palliative care: CUIDPALCOSTASOL study. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31(4):222–6.
43. Kondeti AK, Babu G, Puvvada S, et al. Assessment of caregiving burden of family caregivers of advanced cancer patients and their satisfaction with the dedicated inpatient palliative care provided to their patients: a cross-sectional study from a tertiary care centre in South Asia. Asian Pac J Cancer Prev. 2021;22(7):2109.
44. Kulkarni SS, Kulkarni S, Unnikrishnan DY, et al. Quality of life of primary caregivers attending a rural cancer centre in western Maharashtra: a cross-sectional study. Indian J Med Paediatr Oncol. 2021;42(3):268–72.
45. Abbasi A, Samadi SA, Hashemian M, et al. Relationship between caring burden and quality of life in caregivers of cancer patients in Iran. Support Care Cancer. 2020;28(9):4123–9.
46. Johns SA, Brown R, Beck-Coon K, et al. Mindfulness training supports quality of life and advance care planning in adults with metastatic cancer and their caregivers: results of a pilot study. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(2):88–99.
47. Kizza IB, Muliira JK. Determinants of quality of life among family caregivers of adult cancer patients in a resource-limited setting. Support Care Cancer. 2020;28:1295–304.

48. Oechsle K, Ullrich A, Marx G, et al. Prevalence and predictors of distress, anxiety, depression, and quality of life in bereaved family caregivers of patients with advanced cancer. Am J Hosp Palliat Med. 2020;37(3):201–13.
49. Duimering A, Radhakrishnan A, Donnelly C, et al. Informal caregiver quality of life in a palliative oncology population. Support Care Cancer. 2020;28:1695–702.
50. Franchini L, Ercolani G, Varani S, et al. Caregivers in home palliative care: gender, psychological aspects, and patient's functional status as main predictors for their quality of life. Support Care Cancer. 2020;28(7):3227–35.
51. Yihedego E, Gashaw BT, Mekonnen HS, et al. Quality of life and associated factors among family caregivers of adult cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. Cancer Manag Res. 2020;12:10047–54.
52. Toffoletto MC, Reynaldo-Grandón KL. Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Rev Salud Publica (Bogota). 2020;21:154–60.
53. Abdullah NN, Abd Aziz A, Chong WL, et al. Health-related quality of life (HRQOL) of gastrointestinal cancer caregivers: the impact of caregiving. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(4):1191.
54. Kilic ST, Oz F. Family caregivers' involvement in caring with cancer and their quality of life. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(6):1735.
55. Judkins J, Gjika E, Xhelili P, et al. Quality of life of family caregivers of patients with cancer in Korçe, Albania. J Palliat Care. 2018;34(2):118–25.
56. Vespa A, Anselmi P, Gragnano G, et al. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. Support Care Cancer. 2018;26:2633–40.
57. McDonald J, Swami N, Pope A, et al. Caregiver quality of life in advanced cancer: qualitative results from a trial of early palliative care. Palliat Med. 2018;32(1):69–78.
58. Tan JY, Molassiotis A, Lloyd-Williams M, Yorke J. Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: an exploratory study. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(1):e12691.
59. Yu H, Li L, Liu C, et al. Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China. Health Qual Life Outcomes. 2017;15:1–11.
60. Spatuzzi R, Vespa A, Lorenzi P, et al. Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: a comparative study. Death Stud. 2017;41(5):276–83.
61. Shaffer KM, Kim Y, Carver CS, Cannady RS. Mental and physical health correlates among family caregivers of patients with newly-diagnosed incurable cancer: a hierarchical linear regression analysis. Support Care Cancer. 2017;25:965–71.
62. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC Palliat Care. 2017;16:1–10.
63. McDonald J, Swami N, Hannon B, et al. Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. Ann Oncol. 2017;28(1):163–8.
64. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al. The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: differences by varying levels of caregiver well-being and preparedness. Support Care Cancer. 2017;25:2437–44.
65. Miguel I, Moreira A, Freire J. Burden, quality of life and distress of the main caregiver in head and neck, cervix and rectum cancer patients. J Cancer Res Ther. 2017;5(3):14–8.
66. Lim HA, Tan JY, Chua J, et al. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. Singapore Med J. 2017;58(5):258.
67. Hashemian M, Janani L, Maroufizadeh S, et al. Evaluation of the quality of life of female family caregivers of patients with breast cancer in Iran (2013). J Midwifery Reprod Health. 2017;5(1):821–7.
68. Götze H, Brähler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(2):e12606.
69. Lee YJ, Kim SY, Kim JM, et al. Quality of life discordance between terminal cancer patients and family caregivers: a multicenter study. Support Care Cancer. 2016;24:2853–60.
70. Li Q, Xu Y, Zhou H, et al. Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a cross-sectional study. BMC Palliat Care. 2016;15:1–14.
71. Kim JY, Rha SY, Song SK, et al. The impact of lung cancer surgery on quality of life trajectories in patients and family caregivers. Lung Cancer. 2016;101:35–9.
72. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al. Associations between advanced cancer patients' survival and family caregiver presence and burden. Cancer Med. 2016;5(5):853–62.
73. Doubova SV, Infante-Castañeda C. Factors associated with quality of life of caregivers of Mexican cancer patients. Qual Life Res. 2016;25(11):2931–40.
74. Choi YS, Hwang SW, Hwang IC, et al. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. Psychooncology. 2016;25(2):217–24.
75. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. Eur J Oncol Nurs. 2015;19(4):376–82.
76. Abbasnezhad M, Shamsalinia A, Ahmadi F, Kazemnejad A. Cancer care burden among primary family caregivers of Iranian hematologic cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(13):5499–505.
77. Lee GL, Ching SM, Sidek NA, Ng CJ, Tan CJ, Tong SF, et al. Quality of life domains important and relevant to family caregivers of advanced cancer patients in an Asian population: a qualitative study. Qual Life Res. 2015;24:817–28.
78. Paiva BSR, Rodrigues B, Paiva CE, et al. "Oh, yeah, I'm getting closer to god": spirituality and religiousness of family caregivers of cancer patients undergoing palliative care. Support Care Cancer. 2015;23:2383–9.
79. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Kamath A. Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. IOSR J Nurs Health Sci. 2014;3(2):70–5. doi:10.9790/1959-03217075.
80. Butow PN, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Caring for women with ovarian cancer in the last year of life: a longitudinal study of caregiver quality of life, distress and unmet needs. Gynecol Oncol. 2014;132(3):690–7.
81. Götze H, Brähler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. Support Care Cancer. 2014;22:2775–82.
82. Duggleby WD, Bally J, Cooper D, Doell H, Thomas R. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. Rural Remote Health. 2014;14(1):126–38.
83. Morishita M, Kamibeppu K. Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care. Support Care Cancer. 2014;22:2687–96.
84. Duggleby W, Penz K, Leipert B, Wilson D, Goodridge D, Peacock S. Evaluation of the Living with Hope program for rural women caregivers of persons with advanced cancer. BMC Palliat Care. 2013;12:1–11.
85. Wadhwa D, Burman D, Swami N, Rodin G, Lo C, Zimmermann C. Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. Psychooncology. 2013;22(2):403–10.
86. Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baek YJ, Mo HN, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. Support Care Cancer. 2011;19:1519–26.
87. Hacialioglu N, Özer ZC, Türkoğlu N. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. Eur J Oncol Nurs. 2010;14(3):211–7.
88. Tang ST, Li CY, Chen CCH. Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. Qual Life Res. 2008;17(3):387–95.
89. Kim Y, Baker F, Spillers RL. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. J Pain Symptom Manage. 2007;34(3):294–304.
90. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Global quality of life in primary caregivers of patients with cancer in palliative phase staying at home. Support Care Cancer. 2006;14(9):943–51.
91. Grov EK, Moum T, Fosså SD, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. Soc Sci Med. 2006;63(9):2429–39.
92. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS, Bang SM, Lee WS, et al. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. Oncology. 2005;68(2-3):107–14.
93. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Ann Oncol. 2005;16(7):1185–91.
94. Cameron JI, Franche RL, Cheung AM, Stewart DE. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. Cancer. 2002;94(2):521–7.
95. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. J Pain Symptom Manage. 1999;17(6):418–28.
96. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. Geneva: WHO; 1997. Available from: https://www.who.int/tools/whoqol

97. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/tools/whoqol
98. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration and scoring. Geneva: WHO; 1996.
99. Geng HM, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018;97(39):e11863.
100. Pergolizzi JV, LeQuang JA, Wagner M, Varrassi G. Challenges in palliative care in Latin America: a narrative review. Cureus. 2024;16(5):e60698. doi:10.7759/cureus.60698.
101. Oliveira LC. Pesquisa em cuidados paliativos no Brasil. Rev Bras Cancerol. 2021;67(3):e-021245. doi:10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1934.
102. Sousa GS, Silva RM, Reinaldo AMS, Soares SM, Gutierrez DMD, Figueiredo MLF. "A gente não é de ferro": vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. Cien Saude Colet. 2021;26(1):27–36. doi:10.1590/1413-81232020261.30172020.
103. Carvalho PAR, Andrade JB, Rezende LB, Leite ICG. Qualidade de vida: sobrecarga e depressão entre cuidadores de idosos em atendimento domiciliar. Rev Enferm UERJ. 2023;31:e77207.
104. Del-Pino-Casado R, Cardoso MR, López-Martínez C, Orgeta V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in informal caregivers: a meta-analysis. PLoS One. 2021;16(3):e0247143. doi:10.1371/journal.pone.0247143.
105. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006;62(6):1486–97.
106. Applebaum AJ, Breitbart W. Care for the cancer caregiver: a systematic review. Palliat Support Care. 2013;11(3):231–52. doi:10.1017/S1478951512000594.
107. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473–83.
108. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H, Friedland J. The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. Qual Life Res. 1999;8:55–63. doi:10.1023/A:1026407010614.
109. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. Qual Life Res. 2004;13:299–310.
110. Zahedi H, Sahebihagh MH, Mirghafourvand M, Hosseinzadeh M. A qualitative study of family caregivers' experiences in caring for breast cancer patients. Sci Rep. 2025.
111. Al Enazy EH, Alyousef SM. Developing burdens in caring for a relative with a cancer diagnosis: a qualitative study of lived experiences of family caregivers in Saudi Arabia. Nurs Rep. 2025;15(7):233. doi:10.3390/nursrep15070233.
112. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clark D. Global atlas of palliative care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2020.
113. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2.
114. Spada G, Conceição VM, Rossetto M, Bando DH, Friestino JK. Cuidados paliativos domiciliares ofertados pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina, para crianças, adolescentes e adultos jovens. Hygeia. 2024:e73361. doi:10.14393/Hygeia73361.
115. Rooeintan M, Haghighi S, Ahmadi M. Caregiver burden and quality of life among caregivers of cancer patients in Ahvaz, 2021–2022: a cross-sectional study. Jundishapur J Chronic Dis Care. 2023;12(4):e138098. doi:10.5812/jjcdc-138098.
116. Wang J, Duan Y, Geng L, Li X, Yue S, Liu H. Trajectory of caregiver burden and associated factors in family caregivers of individuals with colorectal cancer: a longitudinal, observational multicenter study. Patient Prefer Adherence. 2024;18:879–92. doi:10.2147/PPA.S451487.
117. Fu F, Zhao H, Tong F, Chi I. A systematic review of psychosocial interventions to cancer caregivers. Front Psychol. 2017;8:834. doi:10.3389/fpsyg.2017.00834.
118. Guerra-Martín MD, González-Mey U, Delgado-Rodríguez N. Quality of life in caregivers of cancer patients: a literature review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1570. doi:10.3390/ijerph20021570.
119. Lapa L, Sousa R, Melo A, Loureiro C. Informal caregiver burden in palliative care and the role of family physicians. Healthcare (Basel). 2025;13(8):939.

Financiamento
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Comitê de Ética
Estudo de Revisão de Escopo, conduzido com dados secundários de domínio público, dispensando apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Conflito de Interesses
Os autores declaram não haver conflito de interesses.