UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATÁLIA MICHELATO SILVA

Idoso em Tratamento Oncológico: relação entre esperança,
sintomas depressivos e nível de estresse

RIBEIRÃO PRETO
2015

NATÁLIA MICHELATO SILVA

Idoso em Tratamento Oncológico: relação entre esperança,
sintomas depressivos e nível de estresse

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Sueli Marques

RIBEIRÃO PRETO
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Natália Michelato

Idoso em Tratamento Oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse. Ribeirão Preto, 2015.

151 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sueli Marques

1. Idoso. 2. Neoplasia. 3. Esperança. 4. Estresse Psicológico. 5. Depressão

SILVA, Natália Michelato

Idoso em Tratamento Oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais **Maurício** e **Rosa**, que acreditaram nos meus sonhos e nos meus ideais, proporcionando apoio emocional e base familiar.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora por iluminar meu caminho, meus pensamentos e me conceder proteção, saúde e força durante essa trajetória.

*Aos meus pais, **Maurício e Rosa**, pelo apoio, incentivo, amor e confiança. Muito obrigada por me presentear com a oportunidade de estudar e estarem sempre ao meu lado em todas as escolhas da minha vida.*

*À minha irmã **Fernanda**, minha companheira e amiga em todas as horas, pelas palavras de incentivo e motivação.*

*Ao meu avô **Geraldo Michelato** (*in memoriam*) que me mostrou um olhar especial para os idosos com câncer e se tornou meu grande exemplo de vida.*

*À minha orientadora **Profa. Dra. Sueli Marques**, por sua amizade, compreensão, dedicação, apoio e orientações que me conduziram e foram essenciais para a elaboração deste trabalho e na minha trajetória acadêmica, pessoal e profissional.*

*Aos **Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos** e **Dr. Paulo Formighieri**, pelas sugestões e contribuições no exame de qualificação e ao longo desse trabalho.*

*À **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, pela colaboração na validação do instrumento de coleta de dados e pela amizade.*

*À amiga **Luana Baldin Storti**, pelos conselhos, incentivo e contribuições para a realização deste trabalho.*

*Aos **amigos** sempre presentes em minha vida, pelo grande apoio, carinho e incentivo.*

*Ao **Dr. João Luiz Chicchi Thomé**, pela ajuda e amizade nessa trajetória.*

*À **Profa. Dra. Fernanda Maris Peria** e aos profissionais da Central de Quimioterapia, local de estudo, pelo acolhimento e colaboração.*

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

Aos ídolos, que contribuíram para a realização deste estudo, agradeço por cada palavra e o grande aprendizado que puderam proporcionar para minha vida.

Muito obrigada.

RESUMO

SILVA, N. M. **Idosos em tratamento oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse**. 2015. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O câncer (CA) é a segunda causa de morte no mundo, apresentando aumento significativo na sua prevalência entre os idosos. Seu tratamento pode acarretar prejuízos físico e emocional, entre eles o estresse e a depressão. Um dos recursos relevante para o enfrentamento desse adoecimento é a esperança. Assim, o objetivo geral deste estudo foi: analisar a relação entre a capacidade funcional, o nível de estresse, sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico, atendidos em uma Central de Quimioterapia, de um Hospital Geral Terciário. Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental, descritivo, exploratório e transversal, realizado com 123 idosos com CA, em tratamento quimioterápico. Para a coleta de dados, utilizaram-se o Mini Exame do Estado Mental, um Questionário sociodemográfico e de saúde, o Índice de Katz, a Escala de Lawton e Brody, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Estresse Percebido e a Escala de Esperança de Hert. Quanto aos aspectos sociodemográficos, a média de idade foi 68,2 anos, 51,2% eram mulheres, 65,0% casados(as); 57,7% estudaram de 1 a 4 anos (média de 5,8 anos); 68,3% informaram ser católicos; 34,1% moravam somente com o cônjuge; 70,7% possuíam aposentadoria, renda mensal média de R\$1.470,00. Em relação aos aspectos de saúde, 39,0% possuíam CA gastrointestinal e 17,9% de mama; a média de tempo de diagnóstico foi 16,1 meses e de tratamento 15,3; 77,2% apresentavam algum efeito colateral do tratamento, com predomínio (54,4%) de fadiga. Quanto ao desempenho funcional 83,7% eram independentes para as atividades básicas de vida diária e 51,2% para as instrumentais. No que se refere aos aspectos emocionais, 71,5% apresentaram sintomas depressivos, o nível médio de estresse percebido foi de 16,3 pontos e o de esperança 44,4. Identificou-se que, idosos com ausência de sintomas depressivos obtiveram valores mais elevados na escala de esperança quando comparados aos com presença de sintomas depressivos ($p < 0,01$), isto é, idosos com ausência desses sintomas apresentaram maior nível de esperança; houve correlação moderada negativa ($r = -0,53$) entre o nível de esperança e o nível de estresse, indicando que quanto maior o nível de estresse menor é o nível de esperança. A compreensão dos aspectos emocionais relacionados ao adoecimento pode subsidiar o planejamento da assistência, com enfoque multidisciplinar, visando o desenvolvimento e/ou fortalecimento de recursos emocionais para vivenciar esta experiência.

Descritores: Idoso. Neoplasia. Esperança. Estresse Psicológico. Depressão

ABSTRACT

SILVA, N. M. **Older adults in treatment for cancer: relationship among hope, depressive symptoms and level of stress.** 2015. 151 p. Thesis (Master's) - University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

Cancer (CA) is the second leading cause of death worldwide, with significant increase in its prevalence among the elderly. Its treatment can cause physical and emotional harm, including stress and depression. One of the relevant resources to face this illness is hope. Thus, the general aim of this study was to analyze the relationship among the functional capacity, the level of stress, depressive symptoms and the level of hope in older adults undergoing chemotherapy, assisted in a Chemotherapy Center in a General Tertiary Hospital. It is a quantitative, non-experimental, descriptive, exploratory and cross-sectional study carried out with 123 elderly patients with CA, undergoing chemotherapy. To collect data, the Mini-Mental State Examination, a Sociodemographic and Health Questionnaire, the Katz Index, Lawton and Brody Scale, the Geriatric Depression Scale, the Perceived Stress Scale and the Herth Hope Scale were used. As to the sociodemographic characteristics, the mean age was 68.2 years, 51.2% were women, 65% were married; 57.7% had 1 to 4 years of education (mean of 5.8 years); 68.3% reported to be Catholic; 34.1% lived only with their spouse; 70.7% received retirement payment, with average monthly income of BRL 1,470.00. Regarding health aspects, 39.0% had gastrointestinal CA and 17.9% breast CA; the average diagnostic time was 16.1 months and 15.3 of treatment; 77.2% had some side effect of treatment, predominantly (54.4%) fatigue. As to the functional performance, 83.7% were independent for basic activities of daily living and 51.2% for the instrumental ones. With regard to the emotional aspects, 71.5% had depressive symptoms, the average level of perceived stress was 16.3 points and of hope 44.4. It was identified that the elderly with no depressive symptoms had higher values on the scale of hope compared with the ones with presence of depressive symptoms ($p < 0.01$), that is, elderly patients with absence of these symptoms had higher level of hope; there was moderate negative correlation ($r = -0.53$) between the level of hope and the level of stress, indicating that the higher the level of stress the lower the level of hope. Understanding the emotional aspects related to illness due to cancer can support the planning of care to the elderly, with a multidisciplinary approach for the development and/or strengthening of emotional resources to live through this experience.

Keywords: Aged. Neoplasms. Hope. Stress, Psychological. Depression

RESUMEN

SILVA, N.M. **Ancianos en tratamiento oncológico: relación entre esperanza, síntomas depresivos y nivel de estrés.** 2015. 151f. Dissertação (Maestria) - Escola de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014

El Cáncer (CA) es la segunda causa de muerte en el mundo, con aumento significativo en la su prevalencia en los ancianos. Su tratamiento puede causar daños físicos y emocionales, como estrés y depresión. Uno de los recursos relevante para el afrontamiento de esta enfermedad es la esperanza. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la capacidad funcional, el nivel de estrés, síntomas depresivos y el nivel de esperanza en ancianos en tratamiento de quimioterapia, atendidos en un centro de quimioterapia, de un hospital de tercer nivel de atención. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, exploratorio y transversal, con 123 ancianos con CA en tratamiento de quimioterapia. Para recopilar los datos se utilizaron: el Mini Examen del Estado Mental, un cuestionario sociodemográfico y de salud, el Índice de Katz, la escala de Lawton y Brody, la escala de depresión geriátrica, la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Esperanza de Hert. Sociodemográficamente, la edad media fue de 68,2 años, 51,2% eran mujeres, 65,0% eran casados; 57,7% estudiaron 1 a 4 años (media 5,8 años); 68,3% reporto ser católico; 34,1% vivía sólo con su cónyuge y 70,7% eran jubilados con un ingreso promedio mensual de R\$ 1,470.00. En cuanto a los aspectos de salud, 39,0% tenían CA gastrointestinal, 17,9% de mama; el tiempo promedio de diagnóstico de 16,1 meses y de tratamiento 15,3; 77,2% presentaron algún efecto do tratamiento, siendo predominantemente fatiga (54,4%). Asociado al desempeño funcional 83,7% eran independientes para realizar actividades básicas de la vida diaria y el 51,2% para las instrumentales. Con respecto a los aspectos de salud, 71,5% tenían síntomas depresivos, el nivel promedio de estrés percibido fue de 16,3 puntos y el de esperanza 44,4. Fue identificado que los ancianos con ausencia de síntomas depresivos tenían valores más altos en la escala de esperanza frente a la presencia de síntomas depresivos ($p < 0,01$), así, los ancianos con la ausencia de estos síntomas tenían mayores niveles esperanzas. Hube una correlación moderadamente negativa ($r = -0,53$) entre el nivel de esperanza y el nivel de estrés, indicando que cuanto mayor fue el nivel de estrés menor era el nivel de esperanza. La comprensión de los aspectos emocionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer, puede apoyar el plan de asistencia a los ancianos, promoviendo el enfoque multidisciplinar para el desarrollo y/o fortalecimiento de los recursos emocionales de atravesar por esta experiencia.

Descriptores: Anciano. Neoplasia. Esperanza. Estrés psicológico. Depresión

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Índex de independência para as atividades da vida diária, de Katz, modificado.....	47
----------	--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Box Plot das variáveis escore da EEH e da classificação da Escala de Depressão Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	77
Figura 2	Gráfico de dispersão entre os escores da EEH e da EEP.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	54
Tabela 2	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis com quem mora e número de filhos vivos, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	55
Tabela 3	Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo a fonte de renda, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	56
Tabela 4	Distribuição dos idosos com câncer, segundo suas menções sobre o que estavam tratando naquele setor, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	56
Tabela 5	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis tempo de tratamento e número de sessões de quimioterapia já realizadas, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	57
Tabela 6	Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as variáveis relacionadas ao tratamento oncológico, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	58
Tabela 7	Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo os efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	59
Tabela 8	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as sequelas irreversíveis causadas devido à doença e/ou tratamento para o câncer, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	60
Tabela 9	Distribuição dos idosos com câncer, segundo diagnóstico médico de câncer de acordo com a classificação do MOC (2015a; 215b), Ribeirão Preto-SP, 2014.....	61
Tabela 10	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	62
Tabela 11	Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis estadiamento, presença de metástase, presença de recidiva e proposta terapêutica, Ribeirão Preto-SP, 2014...	63
Tabela 12	Distribuição do número de outros diagnósticos médicos registrados nos prontuários, por idosos com câncer, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, 2014	64

Tabela 13	Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação pelo Índice de Katz, Ribeirão Preto-SP, 2014	65
Tabela 14	Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação para o desempenho das AIVDs, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	66
Tabela 15	Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação na Escala de Depressão Geriátrica-15, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	67
Tabela 16	Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as respostas para cada item da Escala de Estresse Percebido, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	68
Tabela 17	Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as respostas para cada item da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto-SP, 2014.....	70
Tabela 18	Estatística descritiva e teste de comparação entre as variáveis sociodemográficas dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014.....	72
Tabela 19	Estatística descritiva e teste de comparação entre as variáveis de saúde dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014.....	74
Tabela 20	Estatística descritiva e teste de comparação entre as classificações pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton e Brody dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014.....	76

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diárias
CA	Câncer
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CQ	Central de Quimioterapia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EEH	Escala de Esperança de Hert
EEP	Escala de Estresse Percebido
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MOC	Manual de Oncologia Clínica do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Envelhecimento populacional e humano.....	17
1.2	Câncer e envelhecimento.....	22
1.3	Estresse.....	28
1.4	Depressão.....	31
1.5	Esperança.....	36
1.6	Psicooncologia.....	38
2.	OBJETIVOS.....	41
2.1	Objetivo Geral.....	42
2.2	Objetivos Específicos.....	42
3.	METODOLOGIA.....	43
3.1	Delineamento do Estudo.....	44
3.2	Local do Estudo.....	44
3.3	População e Amostra.....	45
3.4	Procedimentos para a coleta de dados.....	46
3.4.1	Pré-teste.....	49
3.4.2	Entrevistas.....	50
3.5	Processamento e análise estatística dos dados.....	50
3.6	Aspectos Éticos.....	51
4.	RESULTADOS.....	53
4.1	Características sociodemográficas e de saúde dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia.....	54
4.2	Características relacionadas ao desempenho funcional dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia	65
4.3	Características relacionadas aos sintomas de depressão, nível de estresse e nível de esperança dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia.....	66
5.	DISCUSSÃO.....	79
5.1	Características sociodemográficas e de saúde dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia.....	80
5.2	Características relacionadas ao desempenho funcional dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia	90

5.3	Características relacionadas aos sintomas de depressão, nível de estresse e nível de esperança dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia.....	93
6.	CONCLUSÃO.....	103
	REFERENCIAS.....	107
	APÊNDICES.....	131
	ANEXOS.....	142

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e humano

O envelhecimento populacional se refere à mudança na estrutura etária da população, ocorrendo um aumento de pessoas acima de uma determinada idade considerada como definidora do início da velhice, que varia de sociedade para sociedade (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Para conceituar idoso, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974) considera a idade e o grau de desenvolvimento do país. Desse modo, foi proposto o limite de 65 anos ou mais para os países desenvolvidos e 60 anos ou mais para países em desenvolvimento.

Segundo Lima-Costa (2011) o envelhecimento populacional é visto como um fenômeno global. Santana (2012) acrescenta que o envelhecimento populacional iniciou-se nos países desenvolvidos e posteriormente nos países emergentes. Este fenômeno acontece em decorrência de fatores, entre outros, como: a queda da taxa de mortalidade, as conquistas em relação ao conhecimento científico, a urbanização; a melhora em relação aos aspectos nutricionais, de higiene pessoal e ambiental além dos avanços tecnológicos.

No Brasil, o envelhecimento populacional iniciou-se a partir de um consistente declínio das taxas de mortalidade nos anos 40. Dentre os fatores que levaram a esta redução encontram-se as melhorias na saúde pública, na previdência social, na infraestrutura urbana e nas leis trabalhistas nas principais regiões do país, além dos avanços da indústria químico-farmacêutica e da tecnologia médica, favorecendo a redução das doenças infectocontagiosas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2009).

A transição demográfica refere-se ao processo gradual, em que uma sociedade experimenta uma redução da taxa de mortalidade e, posteriormente, uma queda da taxa de natalidade, ocorrendo um aumento na expectativa de vida (ALVES, 2014).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a esperança de vida ao nascer no Brasil, estimada para o ano de 2014 é de 74,5 anos e deve chegar aos 80 anos em 2041 e aos 81,2 anos em 2060.

A população idosa no Brasil, passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e para 20 milhões em 2008, apresentando um aumento de quase

700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). De acordo com dados censitários do ano de 2010, a população de idosos no Brasil era de 20.590.599, no estado de São Paulo de 4.771.436, e destes 76.272 residiam no município de Ribeirão Preto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

Destaca-se que em relação ao gênero, as mulheres encontram-se em maior número na sociedade e possuem uma expectativa de vida maior que a dos homens. Visto que, em 2000 para cada grupo de 100 mulheres, havia 97 homens e em 2010 havia 96,3 homens; já para 2050 é esperado, aproximadamente, 94 homens para 100 mulheres. Assim, em 2010 existiam 3,6 milhões de mulheres na população total e há projeções de que haverá quase 7 milhões delas, no ano de 2050 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2011).

O número maior de mulheres idosas na população pode ser explicado devido a fatores como: maior sobrevivência entre as mulheres, diferenças de exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e tabaco e maior procura pelos serviços de saúde entre elas (FELICIANO, MORAES, FREITAS, 2004).

Segundo dados fornecidos pelo IBGE, a população total no Brasil em 2013 foi de 201,0 milhões de habitantes, atingirá 212,1 milhões em 2020 e alcançará o máximo de 228,4 milhões em 2042. Os mesmos dados apontam para um decréscimo em 2050 com um valor estipulado em 218,3 milhões de pessoas, chegando a 218,2 milhões em 2060; resultado principalmente da queda do número médio de filhos por mulher, que vem diminuindo desde a década de 1970, sendo a taxa de fecundidade total projetada para o ano de 2020 de 1,61 filhos por mulher e, em 2030, de 1,50 (IBGE, 2013).

Outro fato que vem ocorrendo é o crescimento elevado das taxas da população muito idosa, ou seja, de idosos com 80 anos ou mais. Isto é consequência das altas taxas de natalidade observadas no passado recente e da continuação na diminuição da taxa de mortalidade nas idades avançadas. No entanto, certeza do aumento do número de idosos na população está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que este segmento da população terá (CAMARANO; KANSO, 2010).

Com o aumento do número de idosos, há também desafios como: oferecer condições socioeconômicas que propiciem qualidade de vida as pessoas

idosas (KALACHE, 2007); necessidade de reformulação das políticas no setor de saúde pública, bem como de investimentos em formação de recursos humanos especializados nos três níveis de atenção à saúde para atender esta parcela populacional (WONG, CARVALHO, 2006).

Observa-se que o envelhecimento populacional está acontecendo em um contexto de transformações no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares. Estas transformações ocorrem nos âmbitos sociais, culturais, econômicos, institucionais, entre outros.

Obter melhor qualidade de vida para os idosos, isto é, bem-estar físico, psíquico e social, sendo que a qualidade de vida é algo subjetivo, varia de pessoa para pessoa (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007); e é sem dúvida um desafio, considerando o rápido crescimento dessa população. Assim, para melhor compreender o envelhecimento populacional, é necessário discutir também o envelhecimento humano.

De acordo com Papaleo Netto (2006, p.29):

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Essas mudanças determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por conduzir à morte.

O envelhecimento humano ocorre em três dimensões: biológica, social e psicológica. Na dimensão biológica ocorrem mudanças anatômicas, bioquímicas e hormonais, acompanhadas de gradual declínio das capacidades do organismo (PAIVA, 2011). Nesta situação os sinais de deficiências funcionais vão se manifestar de maneira discreta no decorrer da vida, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Este processo não pode ser considerado uma doença (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). A dimensão social relaciona-se com as normas ou eventos sociais que o controlam. Por um critério de idade, o desempenho de determinadas atividades ou tarefas do grupo etário, dão sentido a vida de cada um. Já o envelhecimento psicológico é determinado pelas mudanças concretas do envelhecimento biológico e pelas normas e estereótipos sociais que correspondem ao envelhecimento social (PAIVA, 2011).

Lourenço et al. (2008) ressaltam que o envelhecimento é representado por alterações fisiológicas, que ocorrem com diferentes intensidades nos aparelhos

e sistemas de maneira única e diferenciada para cada pessoa. E acrescentam que, a percepção que associa o envelhecimento ao comprometimento da saúde física e mental deve ser considerada pelas modificações orgânicas associadas ao tempo e a expectativa do que é vida saudável para os idosos.

As alterações advindas desse processo, não determinam uma velhice com limitações e sem oportunidades, mas indicam a necessidade de ações específicas por parte dos gestores públicos e da sociedade, para haver melhores condições de vida e de saúde para os idosos (CAMPOS; DIAS; RODRIGUES, 2011).

A velhice é caracterizada como a fase da vida, na qual ocorre um declínio das capacidades físicas, mentais e produtivas (aposentadoria). E, muitas vezes, é definida como um estado de decrepitude física e mental (PAIVA, 2011).

No contexto do envelhecimento biológico, emerge o conceito de capacidade funcional, descrito por Gordilho et al. (2000, p.148) como a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”.

A autonomia “é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”. Já a independência “é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2005, p.14).

A dependência do idoso é um processo dinâmico, no qual o cuidador, os profissionais da saúde e o ambiente, podem favorecer para que seja prevenida ou diminuída se houver ambiente e assistência adequada. Idosos dependentes não são capazes de realizar as Atividades de Vida Diárias (AVDs) que se dividem em: atividades básicas de vida diária (ABVDs) (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres e locomover-se, entre outras); atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (realizar as tarefas domésticas, comprar, administrar o dinheiro, tomar medicamentos, manusear o telefone, entre outras) e atividades avançadas de vida diária (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos, entre outras) (CALDAS, 2003).

A importância da manutenção e da recuperação da capacidade funcional do idoso vem sendo reconhecida entre os profissionais da área da saúde. Dessa

forma, a adequada avaliação funcional desse seguimento da população viabiliza o acesso a informações do estado funcional do idoso com a finalidade de subsidiar equipes interdisciplinares na construção de planos assistenciais com vistas à promoção da reabilitação e/ou à manutenção da independência e autonomia (PRADO, 2011).

Existem propostas de instrumentos, para realizar a avaliação da capacidade funcional do idoso, como o Índice de Katz e a escala elaborada por Lawton e Brody.

O índice de Katz foi desenvolvido por Sidney Katz, publicado pela primeira vez em 1963. Fundamenta-se na avaliação da independência ou dependência funcional para desempenhar as ABVDs hierarquicamente relacionadas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se. Avalia-se o desempenho funcional do idoso e não a sua habilidade para realizar determinada função, classificando o como: independente, parcialmente dependente ou totalmente independente. O termo independência refere-se à ausência de supervisão, orientação e auxílio direto para a execução das ABVDs (KATZ, et al. 1963). Este instrumento foi adaptado para a cultura brasileira por Lino, et al. (2008) demonstrando ser de fácil compreensão e aplicação apresentando consistência interna confiável, com alfa de Cronbach variando de 0,80 a 0,92.

A escala de Lawton e Brody representa um modelo mais complexo de medida genérica que avalia o nível de independência do idoso mediante a atribuição de uma pontuação, segundo a capacidade do mesmo para realizar as AIVDs (LAWTON; BRODY, 1969). Para Freitas, Miranda e Nery (2001), trata-se de um instrumento de fácil compreensão, tanto pelo examinador quanto pelo entrevistado e, portanto, apresenta boa aplicabilidade e consome pouco tempo em seu preenchimento. Foi adaptada ao contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Junior (2008), apresentando índices psicométricos significativos.

Com o envelhecimento populacional ocorreu uma mudança no perfil de morbimortalidade, caracterizado anteriormente pelas doenças infectocontagiosas e, atualmente pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs); o que requer maior comprometimento das equipes de saúde em relação às questões sociais, culturais e ambientais, além de ações que conscientizem a população para a adoção de hábitos de vida saudáveis (FRAZEN et.al., 2007).

O Brasil, segundo Veras (2009), é um “jovem de cabelos brancos” com um quadro típico de morbidade de países longevos, caracterizado pelas DCNTs. Acrescenta que, a cada 650 mil idosos incorporados na sociedade brasileira, a maior parte deles possui doenças crônicas. Em menos de 40 anos, o país passou de um perfil de mortalidade típica de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas.

As DCNTs são geralmente caracterizadas por etiologia múltipla, com longos períodos de latência e curso prolongado. Suas causas não são claramente definidas, mas os fatores de risco semelhantes, sendo classificados em não modificáveis, como o sexo, a idade e a herança genética; e os modificáveis ou comportamentais como o tabagismo, a alimentação, a inatividade física, o consumo excessivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2009) para o ano de 2025 estima-se que 75,0 a 80,0% da população com 60 anos ou mais apresentarão pelo menos uma doença crônica, o que resultará num contingente de 27 milhões de pessoas, aumentando para 50 milhões em 2050. As DCNTs mais prevalentes são: doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, diabetes e o câncer (World Health Organization - WHO, 2012).

No ano de 2014, na cidade de Ribeirão Preto, o número de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde, para a faixa etária de 60 anos e mais, foi de 19.906 e as doenças responsáveis pela maior incidência de internação foram: as do aparelho circulatório (23,2%), as neoplasias/tumores (16,8%), as do aparelho digestivo (9,5%) e as do aparelho respiratório (9,4%) (BRASIL, 2014).

Destaca-se que nas últimas décadas o câncer vem sendo considerado um problema de saúde mundial (BRASIL, 2011).

1.2 Câncer e envelhecimento

A origem da palavra câncer vem do grego Karkinos e do latim Câncer, ambos significando caranguejo pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo, embora alguns acreditassem que o nome teria

relação com o fato da doença evoluir de modo semelhante ao movimento do animal (SILVA, 2005; CHIATTONE, 1996). Para o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2014, p. 25):

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o câncer é uma doença que surge devido às alterações genéticas de células normais transformando-se em células malignas. Essa transformação envolve inúmeras etapas do ciclo celular.

A célula normal que compõe o corpo humano cumpre um ciclo vital: divide, amadurece e morre. Quando a célula é danificada, geralmente por anormalidades em um ou mais de seus genes, se divide de forma descontrolada e como consequência produz células anormais, que se não detectadas e destruídas, origina um câncer. O câncer altera o tecido original, podendo provocar metástases, invadindo estruturas vizinhas e atingindo outras partes do corpo. Desta forma, causa a destruição de órgãos e tecidos diversos, podendo ocorrer à morte da pessoa com câncer, caso este não receba o tratamento adequado no momento propício (LIMA, 2013).

Em idosos as alterações moleculares que combinadas a fatores mitogênicos e associados à insuficiência e desregulação do sistema imunológico favorecem a proliferação celular podendo provocar o aparecimento de câncer (SILVA; SILVA, 2005).

Os fatores responsáveis por este processo são: os ambientais (tabagismo, radiação ionizante, álcool, administração de hormônios, entre outros), os endógenos (envelhecimento, obesidade, alterações hormonais, entre outros) e os genéticos (predisposição genética) (ROCHA, 2008).

A oncologia é a ciência especializada em estudar o câncer, como ele se instala, desenvolve e progride, além de estudar os possíveis tipos de tratamento (YAMAGUCHI, 2003).

Para a classificação do câncer é necessário estadiar o tumor, isto é, avaliar o seu grau de disseminação. Para tanto, é preciso classificar as neoplasias e avaliar diferentes variáveis, como: localização, tamanho ou volume do tumor,

invasão direta e linfática, metástases à distância, diagnóstico histopatológico, produção de substâncias, manifestações sistêmicas, duração dos sinais e sintomas, sexo e idade do paciente, entre outras (BRASIL, 2015).

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer, denominado de Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, que avalia a extensão anatômica da doença, considerando as características do tumor primário (T), que varia de T0 a T4; as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), variando de N0 a N3; e a presença ou ausência de metástases à distância (M), com variação de M0 a M1. Além das graduações numéricas, as categorias T e N podem ser subclassificadas em graduações alfabéticas (a, b e c). Tanto as graduações numéricas como as alfabéticas expressam o nível de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos. Quando há o símbolo “X” significa que a categoria que se avalia não pode ser devidamente classificada (BRASIL, 2015).

Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que, geralmente, variam de I a IV. Nos estágios avaliam-se os linfonodos comprometidos pelo tumor e a presença de metástases à distância. Nos estágios I, II, III não há presença de metástases à distância e no estágio IV, há metástases à distância e não apresenta uma proposta terapêutica curativa. A indicação terapêutica depende do estadiamento do tumor (BRASIL, 2015).

O tratamento do câncer pode ser realizado por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, de forma individualizada ou pela combinação destas modalidades de tratamento (BRASIL, 2012).

A cirurgia é indicada, a partir de uma avaliação médica, quando há a possibilidade de remoção total ou parcial do tumor. A proposta cirúrgica deve ser feita juntamente com o paciente e sua família, pois alguns procedimentos cirúrgicos podem ser mutilantes (GASPAR, 2011).

A quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos com a finalidade de destruir as células doentes que formam o tumor e impedir que se propaguem. Os quimioterápicos são aplicados por via endovenosa ou oral e utilizados a cada ano por mais de 10 milhões de pessoas em todo o mundo (BRASIL, 2012; KEMMELMEIER et. al., 2008). Os efeitos colaterais da quimioterapia variam de acordo com o quimioterápico utilizado, podem acarretar fadiga; sonolência;

alopecia; mudança no trato gastrointestinal, causando náuseas, vômitos e diarreias (OTTO, 2002).

A radioterapia, outra modalidade terapêutica, consiste no ramo da medicina que se dedica à aplicação de radiação no tratamento de doenças neoplásicas. Essa aplicação requer conhecimento de medicina, de oncologia, dos princípios da física e da biologia da radiação. Estima-se que 50% dos pacientes com câncer precisarão de radioterapia em algum momento de sua doença (WALDRON; O'SULLIVAN, 2006).

O transplante de medula óssea é um tratamento proposto para alguns tipos de câncer como, por exemplo, leucemia e linfoma. Realiza-se a substituição das células da medula óssea doente por células normais com o propósito de reconstituição de uma nova medula saudável. O transplante pode ser autólogo quando a medula é do próprio paciente, alogênico, quando é de um doador, e também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, adquiridas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical (BRASIL, 2012).

As propostas terapêuticas para o tratamento do câncer, geralmente são realizadas pela combinação de um ou mais métodos terapêuticos, com a finalidade de obter maiores índices de cura com menores perdas anatômicas, maior preservação estética e da função dos órgãos comprometidos, além de visar a baixa toxicidade. Essas propostas são classificadas em: terapia neoadjuvante, quando a radioterapia, a quimioterapia ou os dois tratamentos concomitantes são utilizados antes do tratamento cirúrgico, com o objetivo de reduzir o volume tumoral, e poder oferecer melhores condições de ressecção; a terapia adjuvante, quando se utiliza a quimioterapia, radioterapia ou os dois tratamentos concomitantes, após o tratamento cirúrgico, com o objetivo de complementá-lo; e a terapia paliativa, indicada quando não há mais a possibilidade de um tratamento curativo, podendo então ser utilizados os métodos terapêuticos para proporcionar conforto e melhor qualidade de vida para o paciente (BRASIL, 1999).

Os tratamentos e/ou a associação deles é importante para a evolução positiva do quadro de saúde do paciente. Mas não são somente questões meramente fisiológicas e medicamentosas que ajudam o paciente, mas também, o apoio dos familiares e de uma equipe estruturada para acolhê-lo nessa “batalha” contra o câncer (FRANÇA, 2013).

As estimativas para os casos de câncer, no Brasil, para o ano de 2014 e válidas, também, para o ano de 2015, apontam para a ocorrência de, aproximadamente, 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma, que corresponderá a 182 mil casos novos, tornando-se o mais incidente no país, seguido pelos cânceres de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Os tipos mais incidentes de cânceres para homens serão: próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral. Já para as mulheres serão: de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (BRASIL, 2014).

Ainda, de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer, no ano de 2030 a estimativa é de 21,4 milhões de casos novos de câncer e de 13,2 milhões de mortes devido à doença, no mundo, sendo que o aumento significativo desses números ocorrerá em consequência do crescimento e do envelhecimento da população, além da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

A oncologia e o envelhecimento se relacionam de maneira direta, pois a incidência de câncer aumenta proporcionalmente ao aumento da idade (VISENTIN; LENARDT, 2010). Segundo Caponero (2006), o risco de desenvolver um câncer aumenta com a idade até os 80 e 85 anos, e depois essa estimativa declina. Acrescenta, que 60,0% dos casos de câncer ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, as quais possuem um risco 11 vezes maior de desenvolver essa doença do que as com menos de 65 anos. Em relação ao gênero, a possibilidade do homem desenvolver câncer na faixa etária entre 60 a 85 anos é de 23,0%, e a mulher de 17,0%. Dessa forma, estima-se que 70,0% dos casos de câncer neste milênio ocorrerão no grupo etário com mais de 65 anos. Os tipos mais comuns de câncer nessa faixa etária são os cânceres de próstata, mama feminina, pulmão, cólon e estômago. Cerca de 70% dos óbitos por câncer acometem a população acima de 65 anos de idade, com média de idade para óbito de 68 anos.

O estereótipo do idoso como frágil, pelo fato de ter vivido muitos anos e, teoricamente, já estar próximo da morte, bem como o fato de que o idoso com câncer, geralmente, apresenta expectativa de vida menor, além de baixa tolerância aos antineoplásicos; resultam em não uso de investimentos de terapêuticas mais complexas e, sim, apenas de medidas paliativas. No entanto, atualmente as intervenções oncológicas invalidam essa concepção, além do que, muitas vezes, a

família, os profissionais e o próprio idoso mostram interesse sobre a eficácia do tratamento nessa fase da vida (OLIVEIRA et.al., 2010).

Para que o idoso com câncer possa ter poder de decisão sobre seu tratamento, é necessário que ele saiba o diagnóstico, os benefícios e as adversidades do tratamento, além do conhecimento do prognóstico (FREDERICO; CASTRO; CASTRO JUNIOR, 2009).

A oncogeriatria é uma junção das áreas de oncologia e geriatria e tem como objetivo qualificar o profissional para que tenha conhecimento nas duas áreas (VIEIRA, 2011). O aumento de pesquisas clínicas em oncogeriatria enfatiza a importância do tratamento oncológico na velhice e direciona condutas para os cuidados e decisões no tratamento oncológico do idoso (KARNAKIS, 2011).

Embora atualmente ocorram muitos casos de cura do câncer, saber do diagnóstico, geralmente, causa um efeito devastador no âmbito emocional, pois a palavra câncer remete, muitas vezes, ao estigma de morte, além de levar a pessoa a experimentar/vivenciar sentimentos e emoções relacionados ao medo de mutilações e desfiguramento; às perdas, relacionadas à produtividade e capacidades físicas; aos tratamentos dolorosos e que acarretam problemas físicos (alopecia, náuseas, tonturas, dores, dispnéia, vômitos, cansaço, diarreia, fraqueza); a dor; ao trauma emocional; entre outros. Esta situação conduz ao sofrimento psíquico com características específicas, como sentimentos de ansiedade, angústia, tristeza, medo do desconhecido, isto é, do que irá acontecer diante da incerteza causada por esse diagnóstico (CARVALHO, 2002; KOVÁCS, 1994; NEVES, 2011).

Cada pessoa reage de forma pessoal e particular frente ao diagnóstico e tratamento do câncer, fator que está diretamente ligado à cultura do indivíduo, às experiências anteriores e o tipo específico de câncer, assim como respostas potenciais à terapêutica utilizada (OTTO, 2002).

A fase da vida influencia na forma como a pessoa enfrenta e vivencia o adoecimento de câncer, pois para os pacientes jovens o câncer significa ameaça para os seus planos de vida, objetivos e sonhos; já para os pacientes idosos, o diagnóstico e tratamento de câncer, geralmente, remetem ao medo da dependência no decorrer da doença e do tratamento (NUCCI, 2003).

Para comunicar o diagnóstico de câncer ao paciente, é necessário que o profissional de saúde desenvolva conhecimento e habilidades para um relacionamento de confiança e respeito com o paciente, para que forneça as

informações necessárias e de forma adequada. Porém, muitas vezes, o profissional decide por critérios de sua percepção, que determinado paciente não possui estrutura emocional para receber o diagnóstico e destina, então, essa informação ao um familiar (ANGERAMI, 2013).

Em relação à comunicação do diagnóstico de câncer, para a oncologia geriátrica, é importante que se considere a capacidade de autonomia do idoso, para a tomada de decisão em relação ao diagnóstico e prognóstico da doença. Esse processo requer atitudes permeadas por empatia, respeito e atenção no cuidado ao idoso, respeitando seus desejos (MERAN; SPATH, 2009).

As emoções e atitudes negativas vivenciadas durante o enfrentamento da doença podem causar prejuízos no tratamento como, por exemplo, a não adesão ao tratamento. Quando o cérebro registra emoções positivas, aumenta a capacidade imunológica no combate ao câncer; portanto as condições emocionais do paciente são fundamentais no processo do tratamento (MENDES; NUNES, 2012).

Ressalta-se a importância de reconhecer os aspectos emocionais do paciente com câncer desde o momento da notícia do diagnóstico ao tratamento difícil e doloroso. Visto que, o adoecimento pelo câncer acarreta em mudanças em toda a dinâmica de sua vida, o que pode levá-lo a desenvolver condições emocionais como o estresse e transtornos mentais, como a depressão.

1.3 Estresse

O estresse é resultado de uma resposta de interação entre o indivíduo e o meio, compreendendo aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos (MARGIS et. al., 2003). É quando um estímulo demanda uma reação emocional causada pela ansiedade decorrente de eventos estressores tanto do ambiente externo quanto interno e exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Os estressores para causarem o estresse podem originar-se por meio de experiências, tais como: guerra, tortura, catástrofes naturais, acidentes e, até mesmo, o adoecimento. Diante do estresse, é importante que os profissionais de

saúde considerem além dos fatores ambientais, também os individuais (biológicos e psicossociais) preexistentes, atentando-se para questões subjetivas, isto é, o significado de um estressor, que pode diferenciar-se de pessoa para pessoa (SADOCK; SADOCK, 2008).

De acordo com Lipp (2000), o estresse possui quatro fases, que caracterizam o modelo quadrilátero do estresse, sendo elas: alarme (reconhecimento do estressor); resistência (reparação do dano físico causado pelo estressor); quase-exaustão (início do enfraquecimento/consumição do organismo diante do estressor) e exaustão (sobrecarga, se mantida a situação de estresse).

De acordo com Santos e Alves Junior (2007) a fase de alarme é considerada uma resposta inicial do organismo ao estressor, na qual é desencadeada uma série de reações fisiológicas para a sobrevivência, tais como: o aumento da pressão arterial, a tensão muscular e outras; além da elevação no nível de atenção e da velocidade na articulação de pensamentos, do aumento da motivação e da disponibilidade para se envolver em novos projetos. Acrescentam que, a fase de resistência acontece quando há a persistência na busca pelo estressor, de maneira a predominar a reação passiva na busca pela adaptação, apresentam como sintomas dessa fase: a hipertensão arterial, o isolamento social, os problemas de memória e a atenção. A fase da quase-exaustão é caracterizada pelo início da consumição do organismo diante do estresse e do surgimento de doenças. Já a fase da exaustão se caracteriza pela impossibilidade de resistência do organismo diante do estressor e pelo surgimento de morbididades somáticas e psíquicas que podem levar a morte.

O estado de bem-estar do indivíduo se processa pelo modo como lida com a informação adquirida pelos estímulos, devido ao fato dos indivíduos desenvolverem diferentes estratégias de enfrentamento, e consequentemente oferecerem diferentes níveis de resistência ao estressor. Sendo que, o estresse excessivo pode predispor o organismo ao desenvolvimento de doenças físicas, psíquicas e sociais, as quais se diferenciam de acordo com o grau de estresse (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

O estresse é de modo geral um fator de risco importante para o desenvolvimento de inúmeras doenças. Essa condição emocional vem sendo considerada como fator de risco para o desenvolvimento do câncer e a progressão da doença, isto foi constatado por meio de estudos com animais de laboratório que

demonstraram que a condição de estresse acelera o crescimento de vários tumores (BAUER, 2002). No entanto, a literatura necessita de estudos mais detalhados acerca das variáveis subjetivas pessoais e das situações e contexto do estresse em pacientes oncológicos (NEME, 2010).

Entre os idosos, a ocorrência de eventos estressantes está relacionada à expressiva variabilidade na experiência com esses eventos e nas formas de enfrentá-los. Isto se deve ao fato de que, os idosos estão expostos a diferentes circunstâncias sociais e pessoais atuais e passadas e, também, por serem dotados de diferentes graus de resiliência e possuírem diferentes formas de interpretar e lidar com eventos estressantes (ALDWIN, 1994; ALDWIN, GILMER, 2004).

Os eventos estressantes na velhice variam de acordo com a natureza, critérios de exigência, previsibilidade, controlabilidade, estabilidade e persistência. Sendo compreendidos a partir dos eventos de vida, eventos traumáticos, aborrecimentos de vida diária e tensão associada ao exercício de papéis sociais, sendo os eventos de vida os principais responsáveis pelo estresse nos idosos. Os eventos de vida são caracterizados como acontecimentos significativos, podendo estar relacionados a aspectos biológico, psicológico, social, cultural e ecológico, que ocorrem no decorrer da vida, de modo a caracterizar a passagem de um status evolutivo para o outro (NERI; FORTES, 2006).

Para avaliar o estresse em idosos existem algumas escalas, como a Perceived Stress Scale desenvolvida por Cohen et. al. (1983), com o objetivo de mensurar o estresse percebido. Foi inicialmente apresentada com 14 itens e, posteriormente, com 10 itens. As questões da escala incluem a auto-avaliação do estado de saúde, percepção da situação econômica, da memória, satisfação com a vida e acontecimentos de eventos negativos (LUFT et. al., 2007)

No Brasil foi validada por Luft et. al. (2007), com 76 idosos, de ambos os sexos, média de idade de 70,4 anos. A escala mostrou-se válida para mensurar o estresse percebido em idosos brasileiros, em estudos epidemiológicos e culturais.

Em estudo realizado em Florianópolis-SC, com 90 idosos, média de idade de 69 anos, 22 homens e 68 mulheres, com o objetivo de descrever as características sociodemográficas que se relacionavam com o estresse percebido de idosos praticantes de exercícios físicos, utilizando-se a Escala de Estresse Percebido (EEP) adaptada para idosos, evidenciou-se que houve correlação negativa moderada entre o estresse e a renda pessoal ($r = -0,209$; $p = 0,05$), entre o

estresse e os anos de estudo ($r = -0,272$; $p = 0,009$) e entre o estresse percebido e o número de doenças ($r = 0,259$; $p = 0,014$), além disso, os idosos com maior estresse percebido apresentaram pior percepção subjetiva de saúde em relação aos com menor estresse percebido.

Além do estresse a depressão é um importante aspecto a ser avaliado pelos profissionais de saúde nos pacientes oncológicos, com a finalidade de proporcionar melhor adequação aos tratamentos e aceitação diante do adoecimento causado pelo câncer.

A depressão é o mais frequente transtorno de humor presente em 25% de todos os pacientes acometidos por algum tipo de câncer, sendo seu grau independente da malignidade do tumor, pois, o diagnóstico de câncer em si, já pode provocar abalos significativos nos pacientes (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008; CARVALHO, 2002, VENÂNCIO, 2004).

1.4 Depressão

A depressão é um transtorno de humor caracterizado pelos seguintes sintomas: humor deprimido; perda de interesse e prazer; energia reduzida levando ao aumento da fadigabilidade e diminuição da atividade, ao cansaço marcante após esforços leves; redução da concentração, atenção, autoestima e autoconfiança; ideias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídios; sono perturbado e apetite diminuído (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2014).

A depressão acarreta prejuízos e limitações em relação às questões pessoais, familiares e sociais (LIMA; FLECK, 2009). Pode ter seu início na infância, porém a faixa etária mais frequente para o início encontra-se entre 20 e 44 anos (ABREU et. al., 2006). Em idosos, se apresenta de forma heterogênea, tanto em relação à sua etiologia quanto aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao tratamento (CARREIRA et.al., 2011). Alguns sintomas apresentados pelo idoso são: tristeza crônica, sensação de inutilidade, dificuldade para dormir, desesperança e falta de prazer em fazer o que realizava antes (RODRIGUES, 2011). Em idosos os

índices de morbidade e mortalidade são mais elevados, na medida em que assumem formas características, isto é, muitas vezes difíceis de diagnosticar e de tratar (DRAGO; MARTINS, 2012).

A velhice é uma fase da vida, na qual há maiores possibilidades de ocorrer eventos que em outras faixas etárias não ocorrem, tais como: luto, perdas funcionais e financeiras, presença de comorbidades que podem acarretar algum tipo de dependência física, além de reações decorrentes do uso de polifármacos, esses eventos podem associar a depressão à velhice. No entanto, é necessário ficar atento quanto à diferenciação entre os sintomas associados à depressão e os relacionados às alterações associadas ao envelhecimento para que não haja um diagnóstico errado, podendo ocasionar o uso de medicação desnecessária (MALTA, 2008).

A depressão em idosos é considerada um problema de saúde pública, pois apresenta consequências graves, como o sofrimento do idoso e de seu cuidador, a piora da incapacidade associada à doença física e aos transtornos cognitivos, o aumento dos custos relacionados aos cuidados de saúde e da taxa de mortalidade relacionada ao suicídio e à doença física. A prevalência dos sintomas depressivos com relevância clínica em idosos é de 16,0% e em unidades de atenção primária as taxas são maiores em pacientes com doenças crônicas. A depressão em idosos ocorre frequentemente na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas (MEMON; CUSTÓDIO, 2005). Assunção, Rosa e Guimarães (2005) acrescentam que idosos acometidos por alguma doença crônica de curso prolongado ou súbito, podem ter alterações cerebrais, levando à depressão.

Nos idosos, a depressão juntamente com seus sintomas comuns, vem acompanhada de queixas somáticas, como hipocondria, baixa autoestima, sentimento de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (SIQUEIRA, et al., 2009). Além desses sintomas a depressão também pode afetar a cognição, visto que os idosos com depressão, geralmente, seguem de modo inadequado às orientações médicas e assimilam de forma incompleta o que está sendo orientado (LOURENÇO; COSTA, 2008).

Tendo em vista que a depressão não é uma consequência natural do envelhecimento, pois idosos saudáveis e independentes apresentam taxas de prevalência de depressão inferiores à da população geral. A depressão no idoso aumenta de acordo com o desenvolvimento de doenças, principalmente o câncer,

infarto e distúrbio neurológicos. A depressão leva muitas vezes ao suicídio e em idosos a taxa de suicídio é praticamente o dobro se comparadas a outras faixas etárias (MEDEIROS, 2010).

Os sinais que os idosos que tentam suicídio geralmente apresentam são: o uso inapropriado de medicamento, com o uso em superdosagem e omissão ou diminuição da dose; ignorar restrições dietéticas ou recusar terapias; caminhar em uma área perigosa e expor-se a outros riscos. As causas mais comuns são: perdas recentes, mudança no estilo de vida, problemas de saúde, limitação nos sistemas de apoio e uma história familiar de suicídio; e o idoso com pensamento suicida necessita de cuidados especiais e imediatos, por isso é necessário providenciar um local seguro para ele, removendo objetos que podem ser usados para a autodestruição (MARTINS; AGUIAR, 2006).

Os sintomas depressivos estão presentes em vários transtornos psiquiátricos ou na ausência deles. Entre os pacientes com câncer os mais comuns são: transtorno depressivo maior, reação de ajustamento com humor depressivo e depressão secundária a uma condição médica (PIRL, 2004).

O transtorno depressivo maior, também conhecido como depressão unipolar, ocorre sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Cada episódio deve durar no mínimo duas semanas, e tipicamente o indivíduo com diagnóstico de episódio de transtorno depressivo maior, também experimenta sintomas que incluem mudanças no apetite e no peso, alterações no sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimento de culpa, dificuldades para pensar e tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte e suicídio (SADOCK; SADOCK, 2008).

A reação de ajustamento com humor depressivo pode ser considerada como uma síndrome parcial de um transtorno específico de humor, a meio caminho entre o normal e um transtorno depressivo maior. O padrão mais comum de sintomas é de natureza indiferenciada, compreendendo uma combinação de preocupações excessivas, ansiedade, depressão e insônia. Esse quadro em geral melhora com apoio psicológico e boa comunicação, sendo o uso de psicotrópicos raramente necessários (BOTEGA; FURLANETTO; FRAGAS JR., 2012).

A depressão secundária ocorre devido a alterações fisiopatológicas de uma condição médica e apresenta-se independente do significado do adoecer ou do impacto das transformações físicas decorrentes do adoecer; como por exemplo, o

caso de um acidente vascular cerebral, considera-se secundária a depressão provocada pela lesão em circuitos neuronais envolvidos no controle de humor. As doenças que com mais frequência causam depressão são: doenças neurológicas, endocrinopatias, neoplasias, doenças infecciosas, entre outras e o uso de alguns medicamentos (BOTEGA; FURLANETTO; FRAGAS JR., 2012).

Um estudo realizado no Paquistão com uma amostra de 150 pacientes com câncer diagnosticado e 268 pacientes sem câncer (grupo controle), com idades entre 30 e 85 anos, utilizando-se a Anxiety and Depression Scale, para avaliar os níveis de ansiedade e depressão entre os participantes, mostrou que 66,0% dos pacientes com diagnóstico de câncer e 40,7% do grupo controle apresentaram sintomas de depressão e ansiedade. Os tipos de câncer mais associados com a depressão e ansiedade foram os gastrointestinais e de mama (JADOON et. al., 2010).

O câncer e a depressão se caracterizam como doenças comórbidas e de frequência relevante, se relacionam entre si tanto com a intersecção dos seus sintomas como também na alteração do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes (MARTINHO et al, 2009).

A depressão em pacientes oncológicos necessita de conhecimento e intervenção terapêutica, uma vez que, tanto psicoterapias quanto medicações psicotrópicas são eficazes em diminuir os sintomas depressivos presentes em pacientes com câncer. Também é essencial a atenção a sintomas físicos de difícil controle, como a dor. Analgesias adequadas não somente controlam a dor, mas também atenuam o sofrimento psíquico dela decorrente (SANTOS JUNIOR, 2013).

Há uma dificuldade diagnóstica em detectar a depressão em pacientes com câncer, pois os sintomas confundem-se com os efeitos colaterais causados pelo tratamento da doença, como por exemplo, a fadiga, a perda do apetite e as alterações do sono. O não diagnóstico e, conseqüentemente, o não tratamento da depressão em pacientes oncológicos faz com que estes possam aderir menos aos tratamentos propostos, o que pode ocasionar a piora do prognóstico, o comprometimento da qualidade de vida comprometida, levando à sentimentos de desesperança e gerar risco de suicídio (GASPAR, 2011).

Para rastrear a depressão em idosos, um dos instrumentos mais usados é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Construída por Yesavage et. al. (1983), contém 30 itens com questões binárias (sim/não) e de fácil compreensão. A versão

com 15 itens foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais se correlacionavam com o diagnóstico da depressão. Foi validada para o Brasil por Almeida e Almeida (1999) em uma amostra de 64 idosos. A escala apresenta vantagens como: ser composta por perguntas fáceis de serem entendidas, possuir pequena variação nas possibilidades de respostas e pode ser auto-aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Um estudo realizado com 40 pacientes idosos, com câncer, em tratamento quimioterápico utilizando a EDG e o Termômetro de Estresse. Os resultados mostraram que a pontuação média para o estresse foi de 4,20, sendo que 65% da amostra apresentou alto nível de estresse e os pacientes com maior nível de estresse apresentavam maiores níveis de depressão ($p= 0,343$) (LERA et. al., 2011).

Outro estudo realizado na França com 364 pacientes com 70 anos ou mais de idade, diagnosticados com câncer e em tratamento quimioterápico, com o objetivo de determinar os fatores associados ao declínio funcional precoce durante a quimioterapia, evidenciou que houve associação entre a capacidade funcional e a depressão, ou seja, quanto menor a capacidade funcional, mais sintomas depressivos foram observados na amostra (HOPPE et. al., 2013).

Os sintomas mais observados em pacientes com câncer são os associados ao transtorno de humor, especificamente a depressão (BAPTISTA; SANTOS; DIAS, 2006), estando relacionados à piora na evolução clínica e à má qualidade de vida dos pacientes (GRANER; CEZAR; TENG, 2008).

Quando ocorre um episódio depressivo maior tratável é necessário avaliar a precipitação suicida, além de verificar a presença de sentimento de falta de esperança, que melhor prediz o risco de suicídio. Até mesmo em pacientes com a doença oncológica em remissão ou que tenham bom prognóstico, é necessária avaliação cuidadosa quanto a este aspecto, como forma de prevenir o risco de suicídio, otimizar a aderência ao tratamento e a qualidade de vida dos mesmos (SANTOS JUNIOR, 2013).

O sentimento de esperança permite que os pacientes oncológicos possam viver de forma mais intensa, mesmo diante das adversidades causadas pelo câncer (curso da doença e seu tratamento), pois reduz o impacto causado pela doença em suas vidas (SARTORI; GROSSI, 2008).

1.5 Esperança

Esperança é o ato de esperar; expectativa na aquisição de um bem que se deseja; aquilo que se espera (MICHAELIS, 2009).

A esperança é uma das virtudes humanas que consiste em um investimento para um funcionamento positivo do nosso bem-estar físico e psíquico, de forma a delimitar vivências de emoções negativas ao assumir uma vivência saudável e digna. Portanto, a esperança é uma característica da personalidade humana positiva com valor significativo na vida do ser humano, um recurso que acontece com maior intensidade perante a adversidade (BARROS, 2009).

A esperança age como mecanismo que permite a reflexão e a percepção individual das capacidades que cada pessoa tem para alcançar seus objetivos, além de ser atribuída a um poder terapêutico, isto é, um mecanismo de enfrentamento importante diante de situações difíceis, o que influencia o bem-estar físico, psíquico e espiritual (SINYDER et. al., 2003; QUERIDO, 2005). Assim, entende-se que a esperança é como um combustível para a vida, pois é por meio dela que o ser humano está constantemente fazendo planos, buscando objetivos e acreditando que tudo dará certo em todos os aspectos de sua vida, principalmente quando se trata de questões relacionadas a saúde.

A experiência diária no manejo da doença crônica revela que o enfrentamento do processo de adoecer é mais adequado aos pacientes que possuem esperança. É a esperança na recuperação da saúde que leva à busca de tratamento, a realizar os procedimentos, muitas vezes invasivos, a mudar seu estilo de vida e lutar por ela (SARTORE; GROSSI, 2008).

A esperança é um recurso importante para os pacientes oncológicos pelo impacto causado pela doença em suas vidas, sendo um importante mecanismo de enfrentamento para ajudá-los a reduzir o sofrimento psicológico associado ao câncer e seu tratamento (RUSTOEN; COOPER; MIASKOWSKI, 2010).

A vivência do idoso com câncer é caracterizada pelos sentimentos de incerteza, dor e tristeza. Assim, conservar a esperança diante do diagnóstico da doença e seu tratamento é essencial, pois esse mecanismo de enfrentamento é necessário para o equilíbrio entre as emoções em busca da manutenção de si

mesmo, apesar das aflições e medo de ter um corpo com câncer, pois é por meio dele que existimos, sentimos e percebemos. O ato de esperar o que se deseja incentiva o idoso a sustentar esta espera, pois a esperança é a garantia de conseguir, vivenciar e vencer o adoecimento (VISENTIN; LENARDT, 2010; SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Em um estudo realizado no Canadá com pacientes oncológicos adultos e idosos, observou-se que o nível de esperança se correlacionou negativamente com a idade, principalmente entre as pessoas acima de 65 anos (DUGGLEBY; GHOSH; COOPER; DWERNYCHUK, 2013).

Para medir o nível de esperança um dos instrumentos usados é a Escala de Esperança de Hert (EEH) (Herth Hope Index - HHI). Foi construída por Hert (1992) com o objetivo de avaliar psicometricamente a esperança em adultos em ambientes clínicos. No Brasil foi validada por Sartori e Grossi (2008), em uma amostra de 131 pessoas, distribuídas em 3 grupos, um com 45 pacientes oncológicos, outro com 40 pacientes com diabetes tipo II e outro com 44 acompanhantes destes pacientes. Estes grupos tiveram essa composição com a finalidade de fazer a comparação do sentimento de esperança entre pessoas sadias, doentes com câncer e doentes com outra doença crônica com características diferentes. A escala permaneceu com os 12 itens originais.

Hert (1990) realizou um estudo no meio oeste e no sudoeste dos Estados Unidos, com uma amostra de 30 adultos em cuidados paliativos, na fase terminal e com expectativa de vida de seis meses ou menos, com o objetivo de explorar o significado da esperança e as estratégias utilizadas para promovê-la. Os resultados obtidos mostraram que os níveis de esperança foram altos e se mantiveram estáveis ao longo do tempo.

Um estudo realizado em um hospital da Inglaterra, com uma amostra de 16 pacientes em cuidados paliativos, com idade entre 56 e 92 anos, revelou que a esperança é importante para pacientes em estado terminal e perdê-la aumenta a dor psicológica e a angústia. Em todos os casos deste estudo a perda de esperança era transitória (BURKLEY; HERT, 2004).

Zhang et. al. (2010) realizou um estudo, na China, com 159 pacientes adultos, diagnosticados com câncer de mama e que estavam em tratamento quimioterápico, utilizando a EEH. Os resultados mostraram que a média de pontos para o nível de esperança foi de 38,62, estando relacionado proporcionalmente com

o aumento da renda e aos estilos de enfrentamento adotados pelos pacientes.

Outro estudo realizado em Taiwan e na Europa, com 78 pacientes em tratamento oncológico, objetivando investigar a relação entre a esperança e a dor no câncer, evidenciou que os níveis de esperança não foram associados com a idade, o sexo, ou a presença de doença metastática, porém correlacionaram-se negativamente com a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão, e positivamente com o bem-estar espiritual. No entanto, após o controle da depressão e do bem-estar espiritual, a análise em relação entre a intensidade da dor e a esperança não foi significativa (RAWDIN; EVANS; RABOW, 2013).

A mensuração da esperança possibilita melhor atendimento e acompanhamento do paciente, de forma a propor intervenções aos indivíduos doentes e seus cuidadores, afim de manter e aumentar suas esperanças (BALSANELLI; GROSSI; HERT, 2011).

Diante dessas colocações nota-se que a esperança apresenta um efeito benéfico para a saúde das pessoas de forma a contribuir com a forma de lidar com situações de crise, para manter a qualidade de vida e a determinação de objetivos saudáveis para a promoção de saúde (CAVACO et al, 2010).

1.6 Psicooncologia

Considerando os aspectos emocionais relacionados com o impacto causado pelo câncer e seu complexo tratamento, nota-se que o paciente necessita de uma intervenção psicoterápica. Nesta intervenção, a sugestão é a de trabalhar com aspectos que possam colaborar para o fortalecimento do enfrentamento da doença.

A portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário da União, em 14/10/1998, determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte, como critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao Sistema Único de Saúde, por meio desse critério ocorreu o desenvolvimento da área denominada Psicooncologia (BRASIL, 2009).

Para Gimenez (1994, p. 46) “A Psicooncologia é a área de interface entre

a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde”. A psicooncologia é responsável pelo estudo das variáveis psicológicas e comportamentais envolvidas no processo de adoecimento e cura ao longo das intervenções ocorridas neste contexto e a formalização dessa área ocorreu em Nova York, no Memorial Sloan Kettering Hospital, um centro médico especializado em câncer (VEIT; CARVALHO, 2010).

Esse conhecimento aplica-se nas relações existentes entre os fatores psicológicos e o câncer na assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; bem como com a pesquisa e a organização de serviços oncológicos que visem o atendimento integral do paciente (AMBRÓSIO; SANTOS, 2009; GIMENEZ, 1994).

O psicólogo que atua na área tem como objetivo ajudar o paciente a enfrentar o diagnóstico e os tratamentos de modo a proporcionar ao mesmo a compreensão dos aspectos simbólicos da doença e a experiência do adoecer, favorecendo re-significações desse processo (VENÂNCIO, 2004). Além de mostrar ao paciente que o momento vivido pode ser compartilhado, estimulando-o a buscar seus recursos internos para diminuir sentimentos de solidão e derrota, e elaborar com o paciente o sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, perda da dignidade, num compartilhar de cumplicidade e empatia (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

O modo como são realizadas as intervenções psicológicas nessa área não diferem das intervenções psicológicas em geral, pois ambas visam o bem-estar do paciente. O que diferencia este profissional é a necessidade de ter conhecimento básico sobre o câncer e seus tratamentos. Não há um referencial teórico específico, o importante é que a intervenção se faça por meio do acolhimento para auxiliar no enfrentamento do adoecimento (CAMPOS, 2010).

Para realizar esse atendimento psicológico, é necessário que o profissional atenda os pacientes oncológicos, sem que isso possa desestabilizá-lo emocionalmente. É por meio dessa forma de atendimento que o profissional, ainda compreendendo a dor do paciente, tenha condições de ajudá-lo. Embora os profissionais não possam abarcar a totalidade da dor que o paciente sente, ainda há como compreendê-lo em sua configuração de desespero, tornando o encontro decididamente humano, onde a dor será aliviada, não apenas na sua compreensão,

mas também, e principalmente, pelo aspecto humano e humanitário que este encontro apresentará (ANGERAMI, 2012).

Dessa forma, o profissional de saúde precisa compreender o paciente de maneira holística, podendo enfatizar sua individualidade e peculiaridades. Este profissional será assim, um catalisador que desencadeará uma modificação de atitude no paciente na medida em que, ao dar significado à sua condição humana, estará proporcionando um resignificado da doença e de suas implicações (ANGERAMI, 2012).

Diante disso, apesar de não ser possível eliminar as situações de tratamento produtoras de estresse, isto é, situações que provocam um estado de desequilíbrio emocional, as quais estão expostos pacientes com câncer e seus familiares, o psicólogo pode ajudar o paciente a elaborar o adoecimento e se adaptar ao mesmo por meio do acompanhamento e orientação constantes (CARVALHO, 2002; ABRALE, 2010). É papel do psicólogo amenizar o sofrimento do paciente acolhendo-o e orientando-o, além de articular a equipe e aproximá-la do paciente, de forma a propiciar melhor relação que puder estabelecer (SILVA; GASPAR, 2013).

Diante do exposto e considerando o aumento do número de idosos na população brasileira; a incidência de câncer aumentada nesta parcela da população, o que pode levar ao desenvolvimento de condições emocionais como o estresse e transtornos mentais como a depressão, o que dificulta o enfrentamento, a aceitação e até mesmo a adaptação ao tratamento quimioterápico do idoso com câncer; e por outro lado, a possibilidade da esperança como um recurso de enfrentamento diante de situações difíceis, o que influencia o bem-estar físico, psíquico e espiritual, questiona-se: qual a relação entre o nível de estresse, os sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico, de um hospital geral terciário?

Espera-se que os resultados encontrados nesse estudo possam contribuir para a melhor compreensão dos aspectos emocionais sobre essa temática, a fim de disseminar conhecimentos nessa área, além de oferecer subsídios para o planejamento da assistência com enfoque multidisciplinar, em especial o psicólogo atuante na área de psicooncologia, de modo a amenizar os sofrimentos psicológicos e melhorar a qualidade de vida dessa população diante do adoecimento e tratamento de câncer.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde, a capacidade funcional, o nível de estresse, os sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico, atendidos em uma Central de Quimioterapia, de um hospital geral terciário.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos com diagnóstico médico de câncer em tratamento quimioterápico, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde;
- Identificar o desempenho funcional dos idosos para as ABVDs e AIVDs;
- Identificar a presença de sintomas depressivos, o nível de estresse e de esperança entre os idosos;
- Identificar comparações entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e de classificação para as ABVDs e AIVDs dos idosos com câncer e a classificação na EEH;
- Analisar a comparação entre o escore da EEH e da classificação da EDG-15;
- Analisar a correlação entre o escore da EEH e da EEP

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

A pesquisa foi construída utilizando-se o método quantitativo, por meio de um estudo não experimental, descritivo, com delineamento transversal e exploratório.

Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), os desenhos de pesquisa não experimental são usados em estudo em que o pesquisador deseja construir o quadro de um fenômeno ou explorar acontecimentos, pessoas ou situações na medida em que eles ocorrem de forma natural. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população, sendo o planejamento flexível. Utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados como: questionário e observação sistemática (GIL, 2002). Nos estudos transversais, os dados coletados em uma determinada ocasião com os mesmos assuntos são analisados sem período de acompanhamento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Estudo exploratório começa com um fenômeno de interesse, investiga sua natureza, bem como os outros fatores com os quais está relacionada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Central de Quimioterapia (CQ) de um Hospital Geral Terciário do interior paulista, integrado ao SUS.

O referido hospital possui cerca de sete mil profissionais, entre médicos, docentes, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros, sendo reconhecido como centro de referência (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2014). O hospital proporciona tratamento de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar, englobando cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnóstico e tratamento, nas diversas especialidades médicas (SÁ, 2011).

A CQ atende crianças, adolescentes, adultos e idosos, porém em

estruturas físicas diferentes, ou seja, ambientes específicos para crianças e para adultos/idosos. Para os adultos e idosos são disponibilizadas 11 poltronas e três quartos com uma cama em cada um deles. Para as crianças e os adolescentes há quatro poltronas e um divã. Atuam neste setor 28 funcionários: oito enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, duas escriturarias, duas terapeutas ocupacionais, cinco farmacêuticos e cinco auxiliares de farmácia. Há também o atendimento por psicólogos alocados nos ambulatórios de oncologia. O horário de funcionamento ocorre no período das 08:00 às 18:00 horas de segunda a sexta-feira.

O paciente chega à CQ por meio de um encaminhamento feito pelo médico responsável. Em seguida, agenda-se a primeira sessão de quimioterapia. A duração das sessões de quimioterapia ocorre de acordo com o protocolo de tratamento para cada tipo de câncer.

De acordo com um levantamento realizado no programa de agendamentos da CQ, os idosos são atendidos para tratamento nas diferentes especialidades: gastrologia, cabeça e pescoço, proctologia, mastologia, hematologia, pneumologia, urologia, ginecologia, melanoma e ortopedia.

3.3 População e Amostra

População: Idosos (≥ 60 anos) em atendimento na CQ, no período de setembro a dezembro de 2014 e, que atenderam aos critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, estar em tratamento quimioterápico para câncer, ser capaz de se comunicar verbalmente e possuir no ato da coleta de dados, condições para compreender as questões contidas no instrumento (avaliada pela aplicação do Miniexame do Estado Mental - MEEM).

Para seleção da amostra foi utilizada a amostragem de conveniência, que é um tipo de amostragem não probalística. A amostra de conveniência é formada por indivíduos, sem que haja probabilidade específica de serem incluídos no estudo (PAGANO; GAUVREAU, 2006). Assim, a amostra foi composta pelos idosos abordados durante o período da coleta de dados, que atenderam aos critérios de

inclusão e aceitaram participar do estudo, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A).

No período de setembro a dezembro de 2014, foram agendados para atendimento, na CQ, 231 idosos com câncer, 74 foram excluídos, sendo 66 por não alcançarem o escore mínimo no MEEM, de acordo com sua escolaridade e 8 apresentaram dificuldade para se comunicar verbalmente (7 com traqueostomia e 1 com tumor cerebral), houve 12 recusas e 22 perdas. Dessa forma, a amostra foi constituída por 123 idosos com câncer em tratamento quimioterápico.

3.4 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2014, por meio de entrevista dirigida pela pesquisadora, na própria CQ. Para tanto, foi utilizado um instrumento contendo sete partes:

1ª Parte – Avaliação do estado mental do idoso (MEEM) (Anexo A) - instrumento utilizado para a detecção de perdas cognitivas, criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci et. al. (1994). É composto por questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, as quais têm o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para o tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore varia entre zero e 30 pontos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Brucki et. al. (2003) considerando a influência do grau de escolaridade sobre os escores totais, estabeleceram notas de corte diferentes, sendo 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, as quais foram adotadas para este estudo.

Para a caracterização dos idosos, com base em estudos realizados com pacientes oncológicos (PAIVA, 2006; MOTA, 2008; BALSANELLI, 2012; PAULA, 2012; SILVA; GASPAR, 2013) foi elaborado, pela pesquisadora, um questionário de coleta de dados contendo:

2ª Parte – Caracterização dos idosos - a) Informações pessoais: idade,

sexo, escolaridade, estado civil, entre outros; b) perfil social: grau de escolaridade, renda mensal, situação de trabalho, entre outros; c) condição de saúde: diagnóstico médico, tipo e tempo de tratamento, entre outros; d) dados do prontuário médico: estadiamento da doença, presença de metástase, presença de recidiva, entre outros (APÊNDICE B).

Este instrumento foi submetido à validação de rosto. Este tipo de validação necessita da colaboração de profissionais especialistas na área ou sujeitos da pesquisa, para ler o instrumento e avaliar o conteúdo (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Assim, foi encaminhado para análise de três pesquisadores das áreas: geriatria, gerontologia e oncologia.

3ª Parte- Índice de Katz (Anexo B) - Desenvolvido por Sidney Katz em 1963, se propõe a avaliar a independência ou dependência funcional para a realização das ABVDs hierarquicamente relacionadas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Foi adaptado para a cultura brasileira por Lino, *et al.* (2008) e mostrou ser de fácil compreensão e aplicação apresentando consistência interna confiável, com o alfa de Cronbach variando de 0,80 a 0,92. A classificação no Índice é realizada pelo número de funções nas quais a pessoa avaliada é dependente (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007) e pode ser visualizada no Quadro 1.

Índex de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

Fonte: Katz, Akpom (1976)

Quadro 1 – Índice de independência para as atividades da vida diária, de Katz, modificado.

4ª Parte - Escala de Lawton e Brody (Anexo C) – Elaborada por Lawton e Brody (1969) e visa avaliar o nível de independência para a execução das AIVDs relacionadas às atividades: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupas, utilizar meios de transporte, tomar os medicamentos e controlar as finanças. Foi adaptado para a cultura brasileira por Santos e Virtuoso Junior (2008), mostrando ser confiável para identificar o desempenho nas AIVDs, com parâmetros psicométricos satisfatórios na estabilidade das medidas. A pontuação mínima na escala é de sete e a máxima de 21 pontos e quanto menor a pontuação maior a dependência e os escores para a classificação na escala, propostos por Santos e Virtuoso Junior (2008), foram: dependência total = ≤ 7 ; dependência parcial = $> 7 < 21$ e independência = 21.

5ª Parte- Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) (Anexo D) - um dos instrumentos mais usados para identificar a presença de sintomas de depressão em idosos. Elaborada por Yesavage et al. (1983) objetivando rastrear transtornos de humor em idosos, inicialmente, composta por 30 questões binárias de fácil compreensão. Posteriormente, foi elaborada a versão reduzida da EDG por Sheikh e Yeasavage (1986), contendo 15 itens, que em conjunto mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (PARALELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Foi validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999) mantendo os 15 itens, com respostas binárias (sim/não). A pontuação varia entre zero e quinze pontos, sendo zero correspondente à ausência de sintomas depressivos e quinze a pontuação máxima desses sintomas. Para este estudo, será adotado o escore ≥ 5 para determinar a presença de sintomas de depressão nos idosos estudados, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999).

6ª Parte – Escala de Estresse Percebido (EEP) (Anexo E) - Utilizada com a finalidade de identificar o grau com que os indivíduos percebem as situações como estressantes. Foi desenvolvida por Cohen et al. (1983) e validada no Brasil por Luft et. al. (2007), em uma amostra de idosos, mostrando-se confiável para mensurar o estresse percebido, apresentando qualidades psicométricas adequadas. Constituída de 14 itens com questões que incluem a auto-avaliação do estado de saúde; a percepção da situação econômica, da memória, da satisfação com a vida e dos acontecimentos de eventos negativos, cujas respostas na escala tipo Likert variam de 0 a 4, sendo 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = quase sempre e 4 =

sempre. Porém nos itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 os escores são invertidos. O nível de estresse obtido é uma variável contínua, sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de estresse.

7ª Parte- Escala de Esperança de Hert (EEH) (Anexo F). Possibilita a mensuração do nível de esperança. Construída por Hert (1992) com o objetivo de avaliar psicometricamente a esperança em adultos em ambientes clínicos. No Brasil foi validada por Sartori e Grossi (2008), composta por 12 afirmações, cuja graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert com escores de 1 a 4, variando entre 1 (discordo completamente); 2 (discordo); 3 (concordo) e 4 (concordo completamente), sendo que nos itens 3 e 6 da escala os escores são invertidos. O escore total da escala varia entre 12 e 48 pontos e quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança (SARTORI; GROSSI 2008).

3.4.1 Pré-teste

O pré-teste foi realizado na primeira semana do mês de setembro de 2014, utilizando-se o instrumento de coleta de dados, com cinco idosos com câncer em tratamento quimioterápico e atendidos na CQ, local do estudo e que não fizeram parte da amostra estudada. Os objetivos do pré-teste foram: verificar a clareza das perguntas, o entendimento e compreensão dos instrumentos pelos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, considerando a sequência das perguntas e a existência de interferência da sequência, o espaço deixado para as respostas, averiguar a aplicabilidade de todos os instrumentos da coleta de dados para a população a ser estudada, além de propiciar familiaridade do pesquisador com o instrumento. O pré-teste tem a finalidade de determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é eficaz na geração das informações a qual se destina (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Após a realização deste procedimento, foi identificada a necessidade de alterações na formatação do questionário sociodemográfico e clínico, as quais foram realizadas e apresentadas na formatação atual (APÊNDICE B)

3.4.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas durante o período de funcionamento da CQ, local do estudo, ou seja, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 18:00hs. Para tanto a pesquisadora identificava os pacientes idosos com diagnóstico de câncer, por meio de consulta da agenda de atendimentos da CQ. Após a identificação dos possíveis participantes, a pesquisadora abordava o idoso, momento em que se identificava, realizava os devidos esclarecimentos sobre o estudo, convidando-o para participar do mesmo. Em seguida, apresentava e discutia o TCLE, após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, era solicitada a assinatura no termo e entregue uma via para o participante. Assim, iniciava-se a entrevista, na própria CQ, enquanto o idoso realizava o tratamento quimioterápico, sempre com os cuidados necessários, na tentativa de assegurar a privacidade, bem como de evitar possíveis interrupções, durante o processo.

3.5 Processamento e análise estatística dos dados

Para o processamento dos dados foi elaborada uma planilha de dados no programa computacional *Microsoft Excel* contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o software estatístico SAS® 9.2, para todas as análises.

Primeiramente realizou-se estatística descritiva com os dados. Esta análise tem como objetivo sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, podendo organizar e descrever os dados de três maneiras: por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritivas (SAS, 1999).

A medida de consistência interna para cada uma das escalas utilizadas neste estudo foi avaliada pelo coeficiente alpha de Cronbach, sendo para o Índice de Katz (0,89), Escala de Lawton e Brody (0,77), EDG-15 (0,76), EEP (0,78) e EEH

(0,78). De acordo com Nunally (1978) valores acima de 0,70 possuem confiabilidade apropriada.

Para comparar as variáveis de interesse em relação à classificação da EEH, foram realizados o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando comparados dois grupos; e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para as comparações entre três ou mais grupos. Já, para verificar a relação entre a classificação na EEH e a classificação na EEP, foi proposto o coeficiente de correlação de Pearson, que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação linear, o valor 1 indica uma relação linear perfeita e o valor -1 também indica uma relação linear perfeita, porém inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis (SAS, 2011).

O nível de significância adotado no estudo foi de 5%, ou seja, valores de p menores que 0,05, foram considerados significativos.

3.6 Aspectos Éticos

Conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em Pesquisa, este estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), obtendo aprovação, protocolo nº 31253014.0.0000.5393 (ANEXO G).

O TCLE foi elaborado de forma concisa, em linguagem compreensiva, com informações relevantes sobre o estudo, inclusive sobre a liberdade de interromper sua participação na pesquisa, quando e se julgassem necessário. Foi informado, também que os resultados da pesquisa seriam destinados à elaboração de um trabalho científico, porém garantido o anonimato.

O projeto de pesquisa foi também encaminhado para a apreciação no Comitê de ética de Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com a finalidade de obter permissão para o desenvolvimento do estudo na Instituição

coparticipante, a qual foi concedida (ANEXO H).

Foram solicitadas autorizações para a utilização de todas as escalas utilizadas neste estudo (APÊNDICES C, D, E, F e G).

4. RESULTADOS

Os dados obtidos no presente estudo estão apresentados a seguir.

4.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

Participaram deste estudo 123 idosos com diagnóstico médico de câncer, atendidos em uma CQ, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista. A duração média das entrevistas foi de 27,48 minutos.

A caracterização dos idosos segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião, está descrita na Tabela 1.

Tabela1 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Faixa etária (em anos)			60	86	68,2 (6,4)
60-69	78	63,4			
70-79	39	31,7			
80+	6	4,9			
Sexo					
Feminino	63	51,2			
Masculino	60	48,8			
Estado civil					
Solteiro(a)	6	4,9			
Casado(a)	80	65,0			
Divorciado(a)/separado(a)	18	14,6			
Viúvo(a)	19	15,4			
Escolaridade (em anos)			1	15	5,8 (3,6)
Analfabeto	9	7,3			
1 a 4 anos	71	57,7			
5 a 8 anos	17	13,8			
9 a 11 anos	16	13,0			
12 + anos	10	8,1			
Religião					
Católica	84	68,3			
Evangélica	22	17,9			
Espírita	10	8,1			
Outros	1	0,8			
Informaram não ter	6	4,9			
Total	123	100,0			

*DP (Desvio-padrão)

A média de idade dos idosos foi de 68,2 anos, com maior distribuição, 78 (63,4%), na faixa etária de 60-69 anos. Houve predomínio de mulheres, 63 (51,2%), na amostra estudada. Com relação ao estado civil, 80 (65,0%) eram casados(as). Quanto à escolaridade, a média de anos de estudos foi de 5,8, sendo que a maioria 71 (57,7%) possuía de 1 a 4 anos de estudo. No que se refere a religião 84 (68,3%) informaram ser católicos.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos de acordo com quem mora e número de filhos vivos.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis com quem mora e número de filhos vivos, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Com quem mora					
Sozinho	10	8,1			
Somente com o cônjuge	42	34,1			
Cônjuge e filho(s)	23	18,7			
Cônjuge, filhos, genro ou nora	3	2,4			
Somente com filho(s)	19	15,4			
Arranjos trigeracionais	15	12,2			
Arranjos intrageracionais (cônjuge e outros idosos)	2	1,6			
Arranjos intrageracionais (com outros idosos)	3	2,4			
Somente com os netos (sem filhos)	1	0,8			
Outros	5	4,1			
Número de filhos vivos			0	7	2,9 (1,7)
Total	123	100,0			

*DP (Desvio-padrão)

Observa-se que 42 (34,1%) moravam somente com o cônjuge, seguidos de 23 (18,7%) que residiam com cônjuge e filho(s). O número médio de filhos vivos por idoso foi de 2,9.

No que tange a fonte de renda dos idosos, os dados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo a fonte de renda, Ribeirão Preto-SP, 2014

Fonte de renda*	Tem		Não tem	
	n	%	n	%
Aposentadoria	87	70,7	36	29,3
Pensão	9	7,3	114	92,7
Aluguel	13	10,6	110	89,4
Trabalho próprio	15	12,2	108	87,8
Doações (família, amigos, instituições)	1	0,8	122	99,2
Amparo social ao idoso	5	4,1	118	95,9
Auxílio doença	5	4,1	118	95,9
Outros	4	3,2	119	96,7

*Categoria não mutuamente exclusivas

Nota-se que a maioria dos idosos, 87 (70,7%), possuía aposentadoria e 15 (12,2%) referiram que ainda trabalhavam. Ressalta-se que os participantes puderam indicar mais que uma fonte de renda. A renda mensal dos idosos variou entre R\$ 0,00 e R\$ 16.000,00, com média de R\$ 1.470,00, desvio-padrão R\$ 1.704,2 e mediana de R\$ 1.704,00 reais.

Todos os idosos investigados possuíam diagnóstico médico de câncer, e estavam em tratamento com quimioterapia, critério de inclusão no estudo. A Tabela 4 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com suas menções à questão: “o que o Sr(a) está tratando neste setor?”.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo suas menções sobre o que estavam tratando naquele setor, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%
Tratamento para o câncer	110	89,4
Não souberam ou não responderam	7	5,7
Mencionaram tratamento para outras doenças	6	4,9
Total	123	100

Os dados revelam que 110 (89,4%) dos idosos reconheciam estar em tratamento para o câncer.

Ao serem questionados sobre se “era a primeira vez que recebiam o diagnóstico dessa doença?”, 96 (78,0%) dos idosos referiram que sim, 19 (15,4%) mencionaram que não e 8 (6,5%) não souberam ou não responderam.

De acordo com os relatos dos idosos coletaram-se, também, o tempo de tratamento e o número de sessões de quimioterapia já realizadas, conforme descritos na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis tempo de tratamento e número de sessões de quimioterapia já realizadas, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Tempo de tratamento (em meses)			0,03	144	15,0 (22,5)
Menos de um mês	7	5,7			
1 a 10	71	57,7			
11 a 20	12	9,7			
20 +	25	20,3			
Não souberam/não responderam	8	6,5			
Número de sessões de quimioterapia			1	34	5,8 (5,8)
1 a 5	59	48,0			
6 a 10	16	13,0			
11 a 15	4	3,2			
16 a 20	4	3,2			
21+	3	2,4			
Não souberam/não responderam	37	31,0			
Total	123	100			

*DP (Desvio-padrão)

De acordo com a Tabela acima, a média de tempo de tratamento quimioterápico por idoso, até o momento da entrevista foi de 15,0 meses, sendo que a maioria 71 (57,7%) encontrava-se no intervalo de 1 a 10 meses. A média de sessões de quimioterapia já realizadas pelos idosos foi de 5,8, com destaque para o intervalo de 1 a 5 sessões com 59 (48,0%) dos participantes.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos idosos estudados, no que se refere à realização de tratamentos para a doença atualmente e/ou em outro momento de sua

vida.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as variáveis relacionadas ao tratamento oncológico, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%
Tratamento atual concomitante à quimioterapia endovenosa		
Sim	23	18,7
Não	100	81,3
Qual tratamento atual?		
Quimioterapia via oral	19	15,4
Radioterapia	4	3,2
Não faz	100	81,3
Outro tratamento antes da quimioterapia atual		
Sim	76	61,8
Não	47	38,2
Qual tratamento anterior*		
Cirurgia	63	51,2
Radioterapia	26	21,1
Quimioterapia via oral	10	8,1
Quimioterapia endovenosa	4	3,2
Outro tratamento em outro momento da vida		
Sim	18	14,6
Não	105	85,4
Qual tratamento*		
Quimioterapia	7	5,7
Radioterapia	7	5,7
Cirurgia	17	13,8

*Categorias não mutuamente exclusivas

Segundo os resultados apresentados, nota-se que 23 (18,7%) dos idosos mencionaram realizar outro tratamento para o câncer concomitante à quimioterapia. Destes 23 (100%), 19 (82,6%) realizavam também quimioterapia via oral.

Quanto a realização de outro tratamento para o câncer, anterior ao tratamento quimioterápico atual, 76 (61,8%) responderam sim, sendo a cirurgia 63 (51,2%) o tratamento mais prevalente entre eles, seguido da radioterapia 26 (21,1%).

Quando questionados se já haviam realizado tratamento para o câncer

em outro momento de sua vida, 18 (14,6%) responderam que sim, sendo o tratamento cirúrgico, 17 (13,8%), o mais citado.

No que se refere aos principais efeitos colaterais causados pelo tratamento de câncer, os dados estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo os efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Sim		Não		Não se aplica	
	n	%	n	%	n	%
Está apresentando algum efeito colateral?	95	77,2	28	22,8		
Efeitos colaterais*						
Náuseas	38	30,9	57	46,3	28	22,8
Queda de cabelo	62	50,4	33	26,8	28	22,8
Vômito	23	18,7	72	58,5	28	22,8
Boca seca	62	50,4	33	26,8	28	22,8
Fadiga	67	54,4	28	22,8	28	22,8
Alterações no sono	39	31,7	56	45,5	28	22,8
Alterações no apetite	55	44,7	40	32,5	28	22,8
Dor	8	6,5	87	70,7	28	22,8
Diarreia	6	4,8	89	72,3	28	22,8
Alergia ao medicamento	4	3,2	91	74,0	28	22,8
Inchaço	2	1,6	93	75,6	28	22,8
Mucosite/alteração do paladar	2	1,6	93	75,6	28	22,8
Outros	6	4,8	89	72,3	28	22,8

*Categorias não mutuamente exclusivas

Os dados apresentados acima mostram que 95 (77,2%) idosos referiram apresentar efeitos colaterais devido ao tratamento de câncer, sendo que 67 (54,4%) mencionaram a fadiga, 62 (50,4%) a queda de cabelo, outros 62 (50,4%) boca seca e 55 (44,7%) alterações de apetite.

Quanto às sequelas irreversíveis devido à doença e/ou tratamento, os dados estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo as sequelas irreversíveis causadas devido à doença e/ou tratamento para o câncer, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%
Sequela irreversível devido à doença/tratamento		
Sim	32	26,0
Não	91	74,0
Qual sequela?		
Gastrectomia total ou parcial	10	8,1
Histerectomia e esplenectomia	10	8,1
Colectomia total ou parcial	3	2,4
Mastectomia total	7	5,7
Prostatectomia	1	0,8
Paralisia facial esquerda	1	0,8
Sem sequelas	91	74,0
Total	123	100

Dos 123 idosos entrevistados 32 (26,0%) referiram sequelas devido à doença e/ou tratamento para o câncer, sendo que 10 (8,1%) foram submetidos a gastrectomia total ou parcial, outros 10 (8,1%) a histerectomia e esplenectomia e 7 (5,7%) mastectomia total.

Os prontuários médicos de cada um dos participantes foram consultados em busca de informações tais como, diagnóstico médico de câncer, tempo de tratamento e de diagnóstico da doença, estadiamento, presença de metástase, presença de recidiva, proposta terapêutica atual e registro de outros diagnósticos médicos.

Os diagnósticos médicos de câncer coletados dos prontuários, foram agrupados de acordo com a classificação do Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC, 2015a; MOC, 2015b) e descritos na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo diagnóstico médico de câncer de acordo com a classificação do MOC (2015a; 215b), Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	N	%
Tumores Hematológicos		
Linfoma não-hodgkin	4	3,2
Leucemia aguda	2	1,6
Sarcoma de Kaposi	1	0,8
Linfoma difuso de grandes células	1	0,8
Linfoma cutâneo	1	0,8
Linfoma mantoblastoide	1	0,8
Mieloma	2	1,6
Tumores Sólidos		
Câncer Gastrintestinal	48	39,0
Câncer de Mama	22	17,9
Câncer Ginecológico	16	13,0
Câncer Geniturinário	14	11,4
Câncer de Pulmão	8	6,5
Cabeça e Pescoço	3	2,4
Total	123	100

*DP (Desvio-padrão)

Nota-se que para a categoria tumores sólidos, havia 48 (39,0%) de registros para algum tipo de câncer gastrintestinal, 22 (17,9%) para câncer de mama e 16 (13,0%) para câncer ginecológico.

Dentre os tipos de cânceres gastrintestinais, destaca-se o de estômago relatado por 19 (39,6%) idosos; entre os cânceres de mama, o câncer de mama para 21 (95,4%); já entre os tipos de cânceres ginecológicos, o adenocarcinoma de ovário para 8 (50%).

A Tabela 10 mostra a distribuição dos participantes de acordo com o tempo de diagnóstico e tempo de tratamento.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
Tempo de diagnóstico (em meses)			0,03	155	16,1 (23,7)
Tempo de tratamento (em meses)			0,03	152	15,3 (23,6)
Menos de 1 mês	10	8,1			
1 a 6	57	46,3			
7 a 12	19	15,4			
13 a 24	12	9,7			
25+	25	20,3			
Total	123	100,0			

*DP (Desvio-padrão)

O tempo médio de diagnóstico foi de 16,1 meses. Quanto ao tempo de tratamento para o câncer, houve maior distribuição de idosos, 57 (46,3%), no intervalo de 1 a 6 meses, seguidos de 25 (20,3%) com 25 ou mais. O tempo médio de tratamento foi de 15,3 meses.

Na Tabela 11 pode ser visualizado os dados referentes ao estadiamento, a presença de metástase, a presença de recidiva e a proposta terapêutica.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis estadiamento, presença de metástase, presença de recidiva e proposta terapêutica, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%
Estadiamento		
Estágio I	5	4,1
Estágio II	15	12,2
Estágio III	31	25,2
Estágio IV	67	54,5
Sem registro no prontuário	5	4,1
Presença de metástase		
Sim	68	55,3
Não	52	42,3
Sem registro no prontuário	3	2,4
Presença de recidiva		
Sim	13	10,6
Não	107	87,0
Sem registro no prontuário	3	2,4
Proposta terapêutica atual		
Adjuvante	31	25,2
Paliativa	71	57,7
Neoadjuvante	11	8,9
Sem registro no prontuário	10	8,1
Total	123	100,0

Observa-se que, a maioria, 67 (54,5%), encontrava-se no estágio IV e 31 (25,2%) no estágio III da doença; 68 (55,3%) apresentavam metástase; 107 (87,0%) sem recidivas e para 71 (57,7%) a proposta terapêutica era a paliativa.

Os outros diagnósticos médicos registrados nos prontuários médicos dos idosos, foram agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e descritos na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição do número de outros diagnósticos médicos registrados nos prontuários, por idosos com câncer, segundo os capítulos da CID-10, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	n	%
Diagnósticos médicos segundo capítulos da CID-10*		
Cap. IX Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	73	44,2
Cap. IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	59	35,8
Cap. XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	9	5,5
Cap. X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	5	3,0
Cap. XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	4	2,4
Cap. XIV Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	3	1,8
Cap. V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	3	1,8
Cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	2	1,2
Cap. III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	2	1,2
Cap. XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório, não classificados em outras partes (R00-R99)	2	1,2
Cap. VI Doenças, do sistema nervoso (G00-G99)	1	0,6
Cap. VII Doenças do olho e anexos (H00-H59)	1	0,6
Cap. VIII Doenças do ouvido e do aparelho mastoide (H60-H95)	1	0,6
Total	165	100

*Categorias não mutuamente exclusivas

O número de diagnósticos médicos por idoso variou de 0 a 6, com média de 1,3, mediana 1,0 e desvio-padrão 1,4. Nota-se que houve 73 (44,2%) registros para doenças do aparelho circulatório e 59 (35,8%) para doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Vale ressaltar que um mesmo idoso poderia estar presente em uma ou mais categorias, ao mesmo tempo.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica para 60 (48,8%) dos idosos e entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes *mellitus* para 31 (25,2%).

4.2 Características relacionadas ao desempenho funcional dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

Neste estudo, o desempenho dos idosos para realizar as ABVDs e as AIVDs foi avaliado por meio da aplicação do Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody, respectivamente.

Dessa forma, a distribuição dos idosos com câncer de acordo com seu desempenho para realizar as ABVDs, hierarquicamente relacionadas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se pode ser observada na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação pelo Índice de Katz, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	N	%
Classificação Índice de Katz (ABVDs)		
0 Independente nas seis funções	103	83,7
1 Independente em cinco funções e dependente em uma	16	13,0
2 Independente em quatro funções e dependente em duas	1	0,8
3 Independente em três funções e dependente em três	0	0
4 Independente em duas funções e dependente em quatro	0	0
5 Independente em uma função e dependente em cinco	2	1,6
6 Independente em todas as seis funções	1	0,8
Total	123	100

A partir dos resultados nota-se, que houve predomínio, 103 (83,7%) de idosos com independência para o desempenho das seis funções.

No entanto, as atividades nas quais os idosos relataram requerer algum tipo de ajuda para desempenhá-las foram: continência 16 (13,0%), tomar banho 5 (4,1%), vestir-se 4 (3,2%), uso do vaso sanitário 4 (3,2%), transferência 3 (2,4%) e alimentação 2 (1,6%).

Já a distribuição dos idosos com câncer quanto ao desempenho para realizar as AIVDs (uso do telefone, viagens, compras, preparo das refeições,

trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro), está apresentada na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação para o desempenho das AIVDs, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	N	%
Independência	63	51,2
Dependência parcial	60	48,8
Dependência total	0	0
Total	123	100

Nota-se que 63 (51,2%) dos idosos apresentavam independência para o desempenho de todas as AIVDs e 60 (48,8%) eram parcialmente dependentes.

Ressalta-se que 38 (30,9%) dos idosos necessitavam de assistência para realizar viagens, 21 (17,1%) tarefas domésticas, 14 (11,4%) usar medicamentos, 11 (8,9%) fazer compras, 5 (4,1%) usar o telefone, outros 5 (4,1%) preparar as refeições e 1 (0,8%) manusear dinheiro. Dentre as atividades que os idosos não realizavam, destacaram-se: tarefas domésticas 22 (17,9%), preparo de refeições 10 (8,1%), fazer compras 7 (5,7%), usar medicamentos 5 (4,1%), manuseio do dinheiro 5 (4,1%), viagens 2 (1,6%) e usar o telefone 1 (0,8%).

4.3 Características relacionadas aos sintomas de depressão, nível de estresse e nível de esperança dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

A presença de sintomas de depressão nos idosos que participaram do estudo foi avaliada por meio da escala EDG-15. Conforme já mencionado anteriormente, a pontuação desta escala varia de zero a 15, sendo zero a indicativa de ausência de sintomas depressivos e 15 a pontuação máxima de tais sintomas. No presente estudo, foi considerado o escore maior ou igual a cinco para determinar

a presença de sintomas depressivos, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999). A descrição dos resultados encontra-se na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição dos idosos com câncer, segundo a classificação na Escala de Depressão Geriátrica-15, Ribeirão Preto-SP, 2014

Sintomas de depressão	n	%	Mínimo	Máximo	Média (DP)*
			0	13	3,2 (2,7)
Presença de sintomas	35	28,5			
Ausência de sintomas	88	71,5			
Total	123	100			

*DP (Desvio-padrão)

A média de pontos na escala foi de 3,2. Percebe-se que, 88 (71,5%) dos participantes foram classificados com ausência de sintomas depressivos.

O nível de estresse foi avaliado por meio da EEP e, conforme já mencionado anteriormente, a pontuação desta escala varia de zero a 56, sendo zero o menor nível de estresse e 56 o maior nível (LUFT et al., 2007). A Tabela 16 mostra a distribuição dos idosos de acordo com as respostas para cada item da escala.

Tabela 16 - Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as respostas para cada item da Escala de Estresse Percebido, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Nunca 0		Quase nunca 1		Às vezes 2		Quase sempre 3		Sempre 4		Mínimo	Máximo	Média (DP)*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
											0	38	16,3 (8,6)
1-Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	39	31,7	7	5,7	53	43,1	9	7,3	15	12,2			
2-Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	85	69,1	4	3,2	17	13,8	5	4,1	12	9,8			
3-Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	28	22,8	8	6,5	55	44,7	16	13,0	16	13,0			
4-Você tem tratado com sucesso os problemas difíceis da vida?**	1	0,8	2	1,6	21	17,1	16	13,0	83	67,5			
5-Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?**	3	2,4	2	1,6	17	13,8	11	8,9	90	73,2			
6-Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?**	4	3,2	2	1,6	20	16,3	6	4,9	91	74,0			
7-Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?**	28	22,8	6	4,9	34	27,6	9	7,3	46	37,4			
8-Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	78	63,4	8	6,5	20	16,3	7	5,7	10	8,1			
9-Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?**	3	2,4	1	0,8	32	26,0	8	6,5	79	64,2			
10-Você tem sentido que as coisas estão sob seu controle?**	10	8,1	5	4,1	29	23,6	10	8,1	69	56,1			
11-Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	34	27,6	6	4,9	45	36,6	13	10,6	25	20,3			
12-Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	14	11,4	2	1,6	26	21,1	12	9,8	69	56,1			
13-Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?**	1	0,8	2	1,6	17	13,8	15	12,2	88	71,5			
14-Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	84	68,3	6	4,9	16	13,0	5	4,1	12	9,8			

*DP (Desvio-padrão)

**Itens com pontuação invertida: 4 (Nunca), 3 (Quase nunca), 2 (Às vezes), 1 (Quase sempre), 0 (Sempre)

Neste estudo a pontuação média obtida foi de 16,3. Observa-se que com relação aos aspectos positivos da escala, 91 (74,0%) “sempre se sentiam confiantes na sua habilidade de resolver problemas pessoais”, 90 (73,2%) “sempre sentiam que estavam lidando bem com as mudanças importantes que estavam ocorrendo em suas vidas” e 88 (71,5%) “sempre conseguiam controlar a maneira como gastavam seu tempo”. Quanto aos aspectos negativos, 28 (22,8%) nunca “sentiam que as coisas estavam acontecendo de acordo com a sua vontade”, 25 (20,3%) sempre “ficavam irritados porque as coisas que aconteciam estavam fora do seu controle” e 16 (13,0%) “sempre se sentiam nervosos e estressados”.

O nível de esperança foi avaliado por meio da EEH, cuja pontuação varia de 12 a 48 pontos, sendo 12 o menor nível de esperança e 48 o maior nível, conforme proposto por Sartori e Grossi, 2007. A descrição das respostas para cada item da escala encontra-se na Tabela 17.

Tabela 17- Distribuição dos idosos com câncer (n=123), segundo as respostas para cada item da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto-SP, 2014

Variáveis	Discordo completamente		Discordo		Concordo		Concordo completamente		Mínimo	Máximo	Média(DP)*
	n	%	n	%	n	%	n	%			
									28	48	44,4(3,8)
1-Eu estou otimista quanto ao futuro.	1	0,8	9	7,3	18	14,6	95	77,2			
2-Eu tenho planos a curto e longo prazo	3	2,4	17	13,8	20	16,3	83	67,5			
3-Eu me sinto muito sozinho**.	72	58,5	25	20,3	13	10,6	13	10,6			
4-Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.	2	1,6	4	3,2	25	20,3	92	74,8			
5-Eu tenho uma fé que me conforta.	0	0	0	0	4	3,2	119	96,7			
6-Eu tenho medo do futuro**.	84	68,3	17	13,8	10	8,1	12	9,8			
7-Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.	3	2,4	0	0	10	8,1	110	89,4			
8-Eu me sinto muito forte.	3	2,4	22	17,9	20	16,3	78	63,4			
9-Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.	0	0	1	0,8	5	4,1	117	95,1			
10-Eu sei onde quero ir.	0	0	2	1,6	8	6,5	113	91,9			
11-Eu acredito no valor de cada dia.	0	0	2	1,6	4	3,2	117	95,1			
12-Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade	0	0	2	1,6	6	4,9	115	93,5			

*DP (Desvio-padrão)

**Itens com pontuação invertida: 4 (Discordo completamente), 3 (Discordo), 2 (Concordo), 1 (Concordo completamente)

A média de pontos foi de 44,4. Nota-se que com relação aos aspectos positivos da escala, concordaram completamente com as afirmações: “eu tenho uma fé que me conforta” 119 (96,7%), “eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor” 117 (95,1%) e “eu acredito no valor de cada dia”, outros 117 (95,1%). Quanto aos aspectos negativos, discordaram das afirmações: “eu me sinto muito forte” 22 (17,9%) e “eu tenho planos a curto e longo prazo” 17 (13,8%), além de 13 (10,6%) e 12 (9,8%) que concordaram completamente com as afirmações, “eu me sinto muito sozinho” e “eu tenho medo do futuro”, respectivamente.

A estatística descritiva e os testes de comparações entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e de classificação para as ABVDs e AIVDs dos idosos com câncer e a classificação da EEH, podem ser visualizados nas Tabelas 18,19 e 20, respectivamente.

Tabela 18 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as variáveis sociodemográficas dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014

Variáveis	n	Escore Escala de Esperança de Hert			p-valor
		1º Quartil	Mediana	3º Quartil	
Sexo					
Masculino	60	42,0	45,0	48,0	0,66*
Feminino	63	43,0	46,0	47,0	
Estado civil					
Com companheiro	80	43,0	46,0	48,0	0,35*
Sem companheiro	43	42,0	45,0	47,0	
Faixa etária					
60-69 anos	78	43,0	45,0	47,0	0,79**
70-79 anos	39	42,0	46,0	48,0	
80+	6	42,0	46,0	48,0	
Escolaridade					
Analfabeto	9	46,0	47,0	48,0	0,30**
1 a 4 anos	71	42,0	45,0	47,0	
5 a 8 anos	17	43,0	45,0	47,0	
9 a 11 anos	16	42,0	46,5	48,0	
12+	10	42,0	45,5	48,0	
Renda mensal (salário mínimo)					
< 1 Salário Mínimo	16	43,0	46,5	47,5	0,90**
≥ 1 e < 2	60	43,0	45,5	47,0	
≥ 2 e < 3	17	40,0	45,0	48,0	
≥ 3 e < 4	11	38,0	44,0	48,0	
≥ 4	15	43,0	45,0	47,0	

*p-valor referente ao teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$ ** p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis, valor significativo $p < 0,05$

A Tabela 18 mostra que na análise estatística para os testes de comparação entre as variáveis sociodemográficas de interesse em relação à classificação na EEH não foram evidenciadas diferenças entre os grupos.

Tabela 19 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as variáveis de saúde dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014

Variáveis	N	Escore da Escala de Esperança de Hert			p-valor
		1º Quartil	Mediana	3º Quarti	
Efeito colateral do tratamento quimioterápico					
Sim	95	42,0	45,0	47,0	0,48*
Não	28	43,0	45,0	48,0	
Efeitos colaterais					
Náusea					
Sim	38	42,0	44,5	47,0	0,10*
Não	85	43,0	46,0	48,0	
Queda de cabelo					
Sim	62	42,0	46,0	47,0	0,98*
Não	61	43,0	45,0	48,0	
Vômito					
Sim	23	42,0	45,0	48,0	0,53*
Não	100	43,0	45,5	47,5	
Boca seca					
Sim	62	42,0	46,0	48,0	0,87*
Não	61	43,0	45,0	47,0	
Fadiga					
Sim	67	42,0	45,0	47,0	0,06*
Não	56	43,5	46,0	48,0	
Alterações no sono					
Sim	39	42,0	45,0	47,0	0,12*
Não	84	43,0	46,0	48,0	
Alterações no apetite					
Sim	55	42,0	45,0	47,0	0,19*
Não	68	43,0	46,0	48,0	

continua...

Escore da Escala de Esperança de Hert					
Variáveis	N	1º Quartil	Mediana	3º Quarti	p-valor
Tempo de tratamento					
< 1 mês	10	41,0	47,0	48,0	0,99**
1 a 6 meses	57	42,0	45,0	47,0	
7 a 12 meses	19	43,0	45,0	47,0	
13 a 24 meses	12	42,5	45,5	47,0	
25+	25	43,0	45,0	48,0	
Estadiamento clínico					
Estágio I	5	45,0	45,0	48,0	0,80**
Estágio II	15	43,0	46,0	48,0	
Estágio III	31	43,0	45,0	47,0	
Estágio IV	67	42,0	45,0	48,0	
Proposta terapêutica					
Adjuvante	31	43,0	45,0	47,0	0,49**
Paliativa	71	42,0	46,0	47,0	
Neoadjuvante	11	43,0	47,0	48,0	

conclusão.

*p-valor referente ao teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$ ** p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis, valor significativo $p < 0,05$

Com relação à análise estatística para os testes de comparação entre as variáveis de saúde em relação à classificação na EEH, da mesma forma, não foram evidenciadas diferenças entre os grupos.

Tabela 20 - Estatística descritiva e teste de comparação entre as classificações pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton e Brody dos idosos com câncer (n=123) e os escores da Escala de Esperança de Hert, Ribeirão Preto, 2014

Escore da Escala de Esperança de Hert					
Variáveis	n	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	p-valor*
Classificação do Índice de Katz					
Dependente	20	42	46	48	0,87
Independente	103	43	45	47	
Classificação da Escala de Lawton e Brody					
Dependência parcial	60	42	45	48	0,63
Independência	63	43	45	47	

*p-valor referente ao teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$

O teste de comparação entre a classificação para as ABVDs e AIVDs dos idosos com câncer em relação à classificação na EEH não mostrou diferenças entre os grupos.

A Figura 1 mostra a distribuição e a comparação entre o escore da EEH e a classificação na EDG-15.

*p-valor referente ao teste de Mann-Whitney, valor significativo $p < 0,05$

Figura 1- Box Plot das variáveis escore da EEH e da classificação da Escala de Depressão Geriátrica, Ribeirão Preto-SP, 2014

Os dados acima revelam que os idosos classificados com ausência de sintomas depressivos obtiveram maiores valores dos escores da EEH em relação aos que apresentaram presença de sintomas depressivos, evidenciando diferenças com significância estatística ($p < 0,01$).

Para analisar a correlação entre os níveis de estresse e de esperança utilizou o Coeficiente de Correlação de Pearson (r), o que pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 - Gráfico de dispersão entre os escores da EEH e da EEP

Observa-se que a correlação entre o escore da EEH e da EEP foi moderada negativa ($r = -0,53$), indicando que quanto maior o nível de estresse apresentado pelos idosos com câncer menor é o nível de esperança.

5. DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados referentes às características sociodemográficas e de saúde, ao desempenho funcional, bem como à presença de sintomas depressivos, nível de esperança e nível de estresse de idosos com diagnóstico médico de câncer, atendidos em uma CQ, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista.

5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

Para os 123 idosos participantes deste estudo, a média de idade dos idosos foi de 68,2 anos, sendo que a maioria (63,4%) encontrava-se na faixa etária de 60-69 anos. Dados que se assemelham aos encontrados em outros estudos com idosos em tratamento para o câncer (GRYSCHK, 2013; MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2014; MYSTAKIDOU, et al. 2013b; OLIVEIRA et. al., 2010).

Em estudo realizado por Mystakidou, et al. (2013b) em Atenas, na Grécia, com 136 pacientes com câncer, revelou que a média de idade dos idosos foi de 66,7 anos para homens e 66,1 para mulheres. Mansano-Schlosser e Ceolim (2014) encontraram em seu estudo com 140 idosos em tratamento quimioterápico, atendidos em dois ambulatorios de quimioterapia de um Hospital Universitário de Campinas-SP, média de idade de 69,8 anos.

Foi possível verificar, em outros estudos, médias de idades maiores do que a encontrada nesta pesquisa, como nos desenvolvidos por Mystakidou et al. (2013a), que encontraram média de idade de 73,3 anos, por Klepin et al. (2011), com média de idade de 70,8 anos e por Chaibi et al. (2011), com média de idade de 82,4 anos.

Como já mencionado anteriormente o câncer é atualmente a segunda causa de morte no mundo, com aumento significativo na sua prevalência entre os idosos, que acima dos 65 anos de idade respondem por 60% dos diagnósticos de tumores malignos e por 70% das mortes causadas pelo câncer (MUSS, 2009).

De acordo com Assis et al. (2011) para os serviços especializados em oncologia, comumente, são encaminhados pacientes idosos mais jovens e com

menos comorbidades e, a esse respeito, Terrer, Zulian e Droz (2004) comentam que aqueles com mais comorbidades, dependência e comprometimento cognitivo, terminam conduzidos para geriatrias.

É notável o aumento de idosos com câncer na população, sendo uma questão relevante na saúde pública, visando principalmente uma política preventiva para evitar diagnósticos tardios e promover um tratamento curativo.

Na amostra estudada houve predomínio (51,2%) de mulheres, corroborando estudos de Gryscek (2013); Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) e Seredynskyj et al. (2014),

Sabe-se que o sexo feminino prepondera na população idosa brasileira. Segundo dados do IBGE (2011), no ano de 2010, as mulheres representavam (55,5%) do contingente de idosos. Isso se deve a fatores relacionados à maior expectativa de vida para as mulheres, taxas de mortalidade elevadas entre os homens devido às causas externas e maior procura pelos serviços de saúde entre as mulheres (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2011).

Com relação ao predomínio do câncer em relação ao gênero, estimou-se para o ano de 2014, para a população geral, a incidência de 576.000 mil casos novos de câncer, sendo 203.930 (52%) entre as mulheres e 190.520 (48%) entre os homens, indicando a maior prevalência para o sexo feminino (BRASIL, 2014).

Quanto ao estado civil, 65,0% dos idosos estudados eram casados e 15,4% viúvos. O casamento para os idosos demonstra que o padrão de formação familiar é da união estável, conferindo um aspecto cultural, isto é, a valorização do casamento nessa população idosa (ALMEIDA; CIOSAK, 2013). A viuvez, é mais predominante entre as mulheres idosas o que pode ser explicado pela maior expectativa de vida entre elas, pela maior facilidade de recasamento entre os homens viúvos e, de acordo com as normas sociais e culturais, nota-se que os homens se casam com mulheres mais jovens (CAMARANO, 2003)

No que diz respeito à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 5,8 anos, sendo que a maioria (57,7%) dos idosos estudou entre 1 a 4 anos.

No Brasil, a média de anos de estudos, para idosos, no ano de 2012 foi de 4,2, sendo que 28,1% estudaram menos de um ano, 17,8% de um a três anos, 34,6% de quatro a oito e 19,4% nove ou mais (IBGE, 2013).

Em um estudo de abordagem qualitativa realizado por Oliveira et al. (2010), com oito idosos em tratamento quimioterápico, observou-se que em relação

à escolaridade, dois eram analfabetos, dois possuíam ensino superior e quatro com ensino fundamental incompleto. Mystakidou et, al. (2013b), em seu estudo realizado na Grécia, com 92 idosos com câncer, encontrou média de 9,06 anos de estudo para a amostra estudada.

Quanto à religião, 95,1% dos idosos deste estudo relataram ter religião, sendo que 68,3% referiram ser católicos. A religião em momentos difíceis como o diagnóstico e tratamento do câncer é, muitas vezes, um apoio para enfrentar esse adoecimento e ressignificar sua vida (FERREIRA; VIEIRA, 2014).

Estudo realizado por Mansano-Schlosser e Ceolim (2014) com 140 idosos em tratamento quimioterápico, mostrou que 95,7% deles possuíam religião. Outro estudo realizado por Pinto, Caldeira e Martins (2012a), com 92 pacientes com câncer em tratamento quimioterápico, mostrou que a idade e a prática religiosa influenciaram a vivência da espiritualidade, tendo em vista que as pessoas mais idosas são mais crentes e valorizam mais a espiritualidade conseguindo lidar melhor com o sofrimento.

A fé em Deus diante do tratamento quimioterápico é como um “porto seguro” para os pacientes, sendo um fator determinante para confiarem e continuarem o tratamento, devido à religiosidade se sentem mais confiantes e com disposição para enfrentar a doença (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007).

Quanto aos arranjos domiciliares, 34,1% dos idosos moravam somente com o cônjuge, seguidos de 18,7% que residiam com o cônjuge e filhos.

Estudo realizado por Porciúncula (2014) com 227 idosos residentes no município de Recife-PE, com o objetivo de analisar o perfil socioepidemiológico e o grau de autonomia e independência desses idosos, observou que em relação aos arranjos domiciliares, 65,9% residiam com os cônjuges e 29,8% com os cônjuge e filhos.

No Brasil, no ano de 2012, 40,8% dos idosos moravam com os filhos, com ou sem presença de outro parente ou agregado, 25,7% moravam somente com o cônjuge e 14,8% viviam em domicílios unipessoais, entre outros arranjos (IBGE, 2013).

Para Storti (2014) a família se configura em um dos principais suportes ao idoso. A interação entre os membros da família pode gerar sentimentos de segurança, pertença, de conforto, bem-estar, ajuda e apoio (SILVA, 2010).

Em relação ao número de filhos vivos, neste estudo, a média foi de 2,9

filhos. A presença de filhos pode ter influência positiva no que se refere ao suporte familiar ao idoso, sendo que os filhos são componentes fundamentais na rede de suporte informal ao idoso (BENEDETTI, 2013).

No período de 2001 a 2011, no Brasil, houve redução de 7,0% na proporção de casais com filhos e aumento de 4,7% dos casais sem filhos e a taxa de fecundidade no ano de 2011 foi de 1,95 filho por mulher (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2012). Ainda, de acordo com IBGE (2012), no decorrer dos anos, a taxa de fecundidade no Brasil vem declinando, devido a fatores como: aumento da urbanização, inserção da mulher no mercado de trabalho, aumento do nível de escolaridade, uso de métodos contraceptivos, entre outros.

Quanto à profissão/ocupação, identificou-se que a maioria (70,7%) dos idosos era aposentada e 12,2% ainda trabalhavam, sendo a renda mensal média foi de R\$ 1.470,00.

De acordo com dados do IBGE (2013), no ano de 2012, 76,3% dos idosos brasileiros recebiam algum benefício da previdência social, destes, 59,1% recebiam aposentadoria, 9,5% pensão e 7,8% aposentadoria e pensão; e em relação à renda mensal, 40,8% possuíam rendimento de até um salário mínimo, 23,5% de um a dois e 24,3% mais que dois.

Um estudo realizado por Gryscek (2013), com 40 idosos em tratamento quimioterápico, atendidos no ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, obteve renda mensal média de R\$ 1.500,00, valor que se assemelha ao encontrado neste estudo.

Para Lima-Costa et al. (2003) a situação econômica pode influenciar nos aspectos da saúde do idoso, sendo que quanto menor a renda familiar, piores as condições de saúde, menor acesso aos serviços de saúde e maiores prejuízos na função física (LIMA-COSTA et al., 2003).

Neste estudo, a maioria (89,4%) dos idosos informaram que estavam realizando tratamento para o câncer, naquele setor e 78,0% relataram ser a primeira vez que recebiam o diagnóstico de câncer, ou seja, estavam informados sobre o diagnóstico.

Em um estudo realizado por Chaibi et al. (2010) em um Hospital Universitário Geral na França, com 161 idosos, com média de idade de 82,4 anos, em tratamento quimioterápico inicial, mostrou que 83,0% dos idosos estavam

realizando o tratamento quimioterápico pela primeira vez. Dado semelhante ao encontrado neste estudo.

Oliveira et al. (2010), encontraram em seu estudo que os idosos expressaram conhecer o diagnóstico do câncer e mencionaram que a doença determina mudanças relevantes de cunho social, econômico, afetivo e emocional, tanto para a pessoa acometida quanto para sua família, uma vez que existe a possibilidade do prognóstico não ser favorável. Acredita-se que estar bem informado a respeito do diagnóstico e do tratamento pode proporcionar melhor enfrentamento da doença.

Visto que, a comunicação de uma notícia como o diagnóstico de câncer é considerada uma das atividades mais frequentes entre os profissionais de saúde e que pode gerar desconforto, a forma como se transmite a notícia interfere diretamente na relação do paciente com seu diagnóstico (SILVA, 2005), e tratamento. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para realizar uma comunicação de forma segura e esclarecedora, adequando a informação às necessidades específicas de cada paciente, de acordo com sua realidade e capacidade de enfrentamento.

Com relação ao tratamento, os idosos estudados haviam realizado em média 5,8 sessões de quimioterapia; 81,3% não estavam realizando outro tratamento concomitante à quimioterapia, porém 61,8% já haviam realizado outro tratamento antes do tratamento quimioterápico atual, sendo a cirurgia (51,2%) o tratamento mais prevalente entre eles. Quanto à realização de outro tratamento oncológico em outro momento da vida desses idosos, a maioria (85,4%) disseram que não haviam feito.

Leite, Nogueira e Terra (2015) realizaram um estudo em um município do sul de Minas Gerais, com 156 pacientes em tratamento quimioterápico e, observaram que 54,5% deles haviam feito até seis sessões de quimioterapia. Dado que se assemelha ao encontrado neste estudo. Ressalta-se que, o número de sessões de quimioterapia varia de acordo com o protocolo estabelecido para cada tipo de câncer, sendo que conduta terapêutica diferenciada para cada pessoa.

Estudo realizado por Mansano-Schlosser e Ceolim (2012) com 140 pacientes idosos em tratamento quimioterápico ambulatorial, mostrou que a maioria (52,1%) realizava ou já havia realizado o tratamento radioterápico e 73,6% realizaram tratamento anterior à quimioterapia atual, sendo a cirurgia o mais

predominante, nenhum deles realizaram outro tratamento oncológico em outro momento de suas vidas. Dados de um relatório sobre um levantamento realizado no Rio Grande do Sul, no ano de 2009, com 1869 pacientes com câncer, sendo que destes 57,0% eram idosos, mostraram que 473 pacientes realizavam quimioterapia exclusiva ou associada a outros tratamentos oncológicos (HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO - HSVP, 2010). Destaca-se que, a introdução de tratamentos para o câncer, com protocolos de quimioterapia específicos para pacientes com mais de 70 anos de idade, visando o bem-estar do paciente idoso diante dos efeitos adversos e intensos causados pelos quimioterápicos, alavancaram o aumento dessa parcela da população neste tipo de tratamento (FREDERICO; CASTRO JUNIOR, 2009).

Em relação aos principais efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, 77,2% referiram estar apresentando algum efeito colateral, sendo a fadiga o mais frequente (54,4%), seguido da queda de cabelo (50,4%) e boca seca (50,4%).

Em estudo realizado por Silva et al. (2013) com 87 prontuários de usuários ativos do ambulatório de quimioterapia, do Hospital Universitário do Rio de Janeiro-RJ, sendo a amostra composta por 39,0% de idosos, encontrou-se que, 17,3% dos participantes apresentaram náusea e 8,0% vômito, como principais efeitos colaterais do tratamento quimioterápico.

O estudo realizado por Mansano-Scholesser e Ceolim (2014), com 140 idosos em tratamento quimioterápico, com o objetivo de identificar a presença e a intensidade da fadiga, com a aplicação da Escala de Fadiga Piper-Revisada, mostrou que 42,9% apresentaram fadiga, 66,4% indicaram a presença de boca seca, outros 66,4% sede intensa e 54,3% náusea. Os idosos atribuíram a causa da fadiga ao câncer (64,1%), à quimioterapia (32,8%) e ao tratamento como todo (3,1%); como fator de alívio para o sintoma, (45,0%) relataram não ter o que fazer, (27%) referiram dormir, (17,0%) rezar e (12,0%) morrer. As autoras chamam a atenção para a importância de se identificar a fadiga em idosos em tratamento para o câncer, com a finalidade de elaborar planos de cuidado com intervenções para o adequado manejo deste sintoma.

Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem da exposição e da concentração plasmática da droga. Sendo a toxicidade variável para os diversos tecidos de acordo com a droga utilizada. As doses para pessoas idosas

e debilitadas devem ser menores inicialmente, até que se determine o grau de toxicidade e de reversibilidade dos sintomas indesejáveis (PERDICARIS et al., 1993).

Neste estudo, os diagnósticos de câncer registrados nos prontuários dos idosos, foram agrupados de acordo com a classificação do MOC (2015), sendo que 39,0% dos registros foram para algum tipo de câncer gastrointestinal e 17,9% para câncer de mama, com destaque para o câncer de estômago (39,6%) e para o câncer de mama (95,4%). Dessa forma, em relação às sequelas irreversíveis devido à doença e/ou tratamento, 26,0% referiram sequelas, sendo a gastrectomia total/parcial (8,1%) e a histerectomia e esplenectomia (8,1%) as mais referidas.

Os procedimentos cirúrgicos como a gastrectomia, histerectomia e esplenectomia não são considerados, para a área médica, como sequelas e sim tipo de tratamento, mas para os pacientes deste estudo a retirada do estômago, do ovário e trompas significou uma sequela. A este respeito, Carvalho (2002) menciona que, para muitos pacientes a retirada de um órgão ou a mutilação causada pela mastectomia significa uma perda irreversível, sendo vivenciada de forma concreta e visual. Acrescenta que, o diagnóstico e o tratamento do câncer remetem a medos, mutilações, perdas em relação à saúde e até mesmo a morte, além de sentimentos de tristeza, desânimo e desesperança (CARVALHO, 2002).

O câncer de estômago é um dos tipos de câncer gastrointestinais que mais acomete a população geral, com estimativas para 2015 de 20 mil casos novos, ocorrendo principalmente na população idosa (BRASIL, 2014). Um dos tratamentos para esse tipo de câncer é a gastrectomia parcial ou total. A gastrectomia parcial é realizada quando o câncer está localizado no antro gástrico e a gastrectomia total quando o tumor se encontra no fundo do corpo gástrico ou quando é do tipo difuso (SILVEIRA, 2012).

O câncer de maior prevalência entre as mulheres é o câncer de mama (BREGAGNOL; DIAS, 2010). Em relação aos aspectos emocionais a ansiedade e a depressão são sintomas frequentes em mulheres com este tipo de câncer e para auxiliar essas pacientes é importante que a equipe de saúde controle esses sintomas desde o início do tratamento, para proporcionar melhor adaptação em relação aos procedimentos terapêuticos utilizados e uma melhor qualidade de vida (AVELAR et al. 2006).

De acordo com o relatório do HSVP (2010), no ano de 2009, dos 1869 pacientes com câncer, sendo 1039 homens e 830 mulheres, 27,7% deles foram

diagnosticados com câncer de pele 27,7% (ambos os sexos); 22,4% dos homens com câncer de próstata e 6,4% das mulheres com câncer de cólon de útero.

Mystakidou et al. (2013b) no estudo realizado em Atenas, na Grécia, com 136 idosos com câncer, com predomínio de homens (57,6%), encontraram o câncer de pulmão (26,5%), seguido pelo câncer de mama (19,1%) e o câncer gastrointestinal (16,9%).

No estudo de Silva et al. (2013) realizado com 87 prontuários médicos, em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro-RJ, em que 59,7% da amostra eram mulheres e 40,3% homens, observou-se a presença do câncer de mama (35,6%), do câncer gastrointestinal: cólon e reto (20,7%) e esôfago (3,4%), além do câncer de próstata (17,3%).

Em outro estudo realizado por Vianna et al. (2011) com dados do caderno de registros de 169 pacientes idosos do ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, no RS, no período de janeiro a outubro de 2010, revelou que 96 pacientes idosos eram do sexo masculino e 73 do sexo feminino; para as mulheres o câncer mais incidente foi o de mama (30,13%), seguido pelo de intestino (19,17%) e pâncreas (10,95%); já para os homens foi o câncer de próstata (33,33%), o de pulmão (14,58%) e o de cabeça e pescoço (13,54%).

Os casos de câncer mais incidentes na população brasileira, segundo estimativas de 2014 válidas, também, para 2015 serão o câncer de pele não melanoma (182 mil casos novos), o câncer de próstata (69 mil casos), de mama feminina (57 mil casos), de cólon e reto (33 mil casos), de pulmão (27 mil casos), de estômago (20 mil casos) e de colo do útero (15 mil casos); sendo os mais incidentes para os homens: próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; já para as mulheres: de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (BRASIL, 2014).

No que se refere ao tempo de diagnóstico da amostra estudada a média foi de 16,1 meses e para o tempo de tratamento 15,3 meses. No estudo de Leite, Nogueira e Terra (2015) com 156 pacientes em tratamento quimioterápico, observou-se que 53,3% deles havia recebido o diagnóstico do câncer há seis meses e 61,5% havia iniciado o tratamento quimioterápico também seis meses.

O tempo de tratamento e de diagnóstico pode influenciar nas condições emocionais do paciente, sendo que todo o processo terapêutico é vivenciado de forma diferente para cada um. O tratamento quimioterápico pode causar reações

adversas intensas, fazendo com que o paciente sinta as mudanças manifestadas pelo adoecimento no seu próprio corpo, alterando sua rotina diária e seu estado emocional, porém pode também gerar reações positivas, simbolizadas pela esperança de melhores condições de saúde e até mesmo de cura (CONCEIÇÃO J. et al., 2012). Ainda, de acordo com os mesmos autores, o paciente em tratamento quimioterápico pode resignificar seu adoecimento por meio de reconstrução da realidade, pelas vivências e pelos conhecimentos adquiridos ao longo do tratamento.

A maioria (54,5%) dos idosos investigados, nesta pesquisa, encontravam-se no estágio IV da doença e 25,2% no estágio III, e 55,3% apresentavam metástase. Quanto a proposta terapêutica, para 57,7% foi indicada a paliativa. Para 87,0% da amostra não houve recidivas da doença.

No estudo de Silva et al. (2013) identificou-se que 25,3% da amostra encontrava-se no Estágio IV, 50% com presença de metástase e 36,9% realizavam quimioterapia paliativa. Dados com percentuais menores do que os encontrados no presente estudo. Mystakidou et al. (2013b), em seu estudo, na Grécia, mostraram que a maioria (62,0%) dos idosos estava realizando o tratamento quimioterápico e 68,5% apresentavam metástase.

O estágio avançado da doença pode desfavorecer a adaptação do idoso ao tratamento do câncer, pois além dos aspectos físicos por ele vivenciados, tais como dores, mal-estar, fadiga, mudanças no padrão de sono, entre outros, há também as alterações emocionais, que merecem ser reconhecidas e cuidadas durante esse processo. Para Silva et al. (2013), é primordial que os profissionais da saúde prestem atenção às questões que envolvem o processo saúde-doença, de forma a ajudar o paciente a enfrentar o adoecimento, visando melhorar sua qualidade de vida.

Como já mencionado, o estadiamento do câncer pode ser classificado de I a IV. Geralmente nos estágios I, II e III não há presença de metástases à distância, já no estágio IV há presença de metástase, não apresentando uma proposta terapêutica curativa e sim uma proposta paliativa, que visa à qualidade de vida do paciente. Quanto mais tardio é realizado o diagnóstico menos chance de uma proposta curativa (BRASIL, 2015).

Analisando os dados deste estudo, observa-se o predomínio de uma amostra com diagnóstico de câncer avançado, metastático e em tratamento paliativo, o que pode sugerir a realização do diagnóstico tardiamente e a falta de

uma política preventiva mais estruturada.

Diante do aumento da prevalência das DCNTs, dentre elas o câncer, e de novas demandas de atenção à saúde, se faz necessária a reestruturação do sistema de saúde em seus diferentes níveis de atenção. A este respeito, Lourenço et al. (2005) mencionam a adoção de um modelo eficaz de atenção à saúde do idoso que compreenda atividades organizadas em um fluxo hierarquizado e que possam ser realizadas de forma independente, mas que se relacionem entre si, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Como já mencionado anteriormente, todos os idosos participantes deste estudo possuíam diagnóstico médico de câncer, critério de inclusão neste estudo. No entanto, foi realizada também a identificação de outros diagnósticos médicos registrados nos prontuários dos participantes, sendo possível constatar que o número médio de doenças por idoso foi de 1,3. De fato, houve 44,2% de registros para as doenças do aparelho circulatório e 35,8% para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (48,8%) e entre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes *mellitus* (25,2%).

Mansano-Scholesser e Ceolim (2012), encontraram em seu estudo com 141 pacientes idosos em tratamento quimioterápico, que 46,4% referiram possuir de uma a três doenças crônicas, com destaque para a hipertensão arterial (41,4%). Dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Um estudo realizado por Souberyan (2012) com pacientes com média de idade de 77,45 anos, em tratamento quimioterápico, revelou que 30,2% deles apresentavam de 3 a 4 doenças, porém o estudo não especificou quais eram elas.

Segundo Marengoni (2011), a presença de três ou mais comorbidades relaciona-se com o declínio funcional, a depressão, o uso de medicamentos, a redução da participação social, a pior qualidade de vida, aos altos custos dos serviços de saúde e aos altos níveis de mortalidade.

Outro estudo realizado por Gavarrete et al. (2012) com 59 pacientes idosos em tratamento quimioterápico, evidenciou que 40,7% deles apresentaram hipertensão arterial sistêmica isolada, sendo que do restante 16,9%, possuíam insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial, 15,3% não apresentavam comorbidades e 13,6% hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2. Chaibi et al.

(2011) em pesquisa com 161 pacientes idosos com câncer, com média de idade de 82,4 anos, encontraram que 97,5% deles apresentavam pelo menos uma comorbidade, destes 26% possuíam disfunção cognitiva, incluindo a Doença de Alzheimer e 34% apresentavam alta probabilidade de depressão.

Conforme já mencionado anteriormente, dados do DATASUS, do ano de 2013, referentes ao número de internações hospitalares pelo SUS, na cidade de Ribeirão Preto-SP, para a faixa etária de 60 anos ou mais, mostraram que das 19.906 internações, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 23,2% delas. E dentre as doenças do aparelho circulatório, a hipertensão arterial representou 1,8% do total de hospitalizações (BRASIL, 2014).

Mansano-Scholesser e Ceolim (2012) alertam para a necessidade de se atentar para a relevância da presença de comorbidades, na assistência do paciente, principalmente, idoso com câncer.

5.2 Características relacionadas ao desempenho funcional dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

Como já mencionado anteriormente, neste estudo, o desempenho dos idosos para realizar as ABVDs foi avaliado por meio da aplicação do Índice de Katz, considerando as atividades, tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação e, para as AIVDs, a Escala de Lawton e Brody com as atividades, uso do telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro.

A funcionalidade e a incapacidade resultam da complexa relação entre condições de saúde, competência comportamental e circunstâncias ecológicas e sociais em que o indivíduo vive (DI NUBIA, 2010). Nota-se que a capacidade funcional atua indiretamente sobre a satisfação dos idosos com relação à mobilidade, a funcionalidade, a frequência de atividades e o grau de envolvimento ativo (MARENGONI, 2011).

A avaliação da capacidade funcional do idoso com câncer pode permitir a compreensão de alguns fatores, tais como expectativa e qualidade de vida, riscos e

benefícios de tratamentos, além de auxiliar no desenvolvimento de intervenções para grupos de idosos mais frágeis, podendo ajudar a prevenir os impactos do tratamento do câncer sobre o estado funcional (HURRIA, 2010).

No presente estudo, quanto ao desempenho para as ABVDs, 83,7% dos idosos apresentaram independência para o desempenho das seis funções avaliadas. E para o desempenho das AIVDs, (51,2%) dos idosos eram independentes em todas as funções e 48,8% apresentam dependência parcial, sendo que as atividades com maiores demandas de ajuda para seu o seu desenvolvimento foram: realizar viagens (30,9%) e realizar as tarefas domésticas (17,1%) e, dentre as atividades que os idosos não conseguiam realizar, destacaram-se as tarefas domésticas (17,9%) e o preparo de refeições (8,1%). A baixa prevalência de dependência para as ABVDs pode ser explicada por serem funções mais elementares, no que diz respeito à sobrevivência do indivíduo; e as AIVDs são funções mais complexas e, portanto, geralmente a prevalência de dependência para elas é superior entre os idosos (MACIEL; GUERRA, 2007). Com o envelhecimento fisiológico há uma perda das habilidades funcionais, na qual se observa inicialmente, a perda das habilidades para as AIVDs e, posteriormente, para as ABVDs (LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Estudo desenvolvido por Ozlem et al. (2014) com 159 mulheres idosas com câncer de mama, com média de idade de 71 anos, mostrou que 76,1% delas foram avaliadas como independentes, 21,4% como semi-dependentes e 2,5% dependente, para as ABVDs; já para as AIVDs, 43,4% foram consideradas independentes, 42,1% semidependentes e 14,5% dependente. Os autores relatam que a idade não é o único fator que deve considerado na avaliação do idoso em relação ao tratamento oncológico, e destacam a importância da avaliação do desempenho funcional do mesmo, uma vez que possibilita a identificação ou não de incapacidades, favorecendo a adequação de uma proposta terapêutica que permita ao idoso, melhor condição de vida.

Rocha et al. (2014) em um estudo de abordagem qualitativa realizado com 15 idosos em tratamento quimioterápico, no Rio Grande do Sul, identificaram que 13 deles foram classificados como independentes para todas as ABVDs. Dos dois idosos classificados como dependentes, um apresentava incontinência fecal em decorrência do tratamento cirúrgico do câncer de cólon e, o outro, incontinência urinária devido ao tratamento cirúrgico do câncer de próstata. No que tange às

AIVDs, 10 idosos foram considerados independentes e cinco dependentes.

As condições de saúde e as perdas funcionais prejudicam o idoso em seus relacionamentos e interações sociais, pois o desempenho funcional adequado faz com que o idoso se sinta ativo, produtivo e socialmente envolvido, refletindo em melhor qualidade de vida (PINTO; NERI, 2012), além de favorecer a habilidade de tomar decisões em sua vida, principalmente diante do adoecimento e da participação ativa em seu tratamento.

Em relação aos achados do presente estudo, os resultados referentes a avaliação para o desempenho das ABVDs e as AIVDs, evidenciou prevalência de independência tanto para as ABVDs (83,7%), quanto para as AIVDs (51,2%), sugerindo que os mesmos conseguiam administrar questões relacionadas ao tratamento. Esse resultado pode estar relacionado com o desempenho cognitivo dos idosos estudados, uma vez que a capacidade para compreender as questões contidas no instrumento de coleta de dados, foi avaliada por meio da aplicação do MEEM e, portanto, os idosos que não alcançaram o escore mínimo, de acordo com sua escolaridade, foram excluídos deste estudo, permanecendo somente idosos com pontuação sugestiva de cognição preservada. De acordo com Vieira (2004) a presença de déficits nas funções cognitivas, pode acarretar prejuízos para a independência e autonomia. Um estudo realizado por Paula et al. (2013), em Campinas-SP, com 120 idosos de um ambulatório de geriatria, com média de idade de 76,84 anos, mostrou que idosos com maior dependência, principalmente para as AIVDs, apresentaram maior déficit cognitivo.

A avaliação do desempenho funcional dos idosos, possibilita o reconhecimento de eventuais dificuldades para o desempenho das AVDs. Desse modo, os resultados dessa avaliação podem subsidiar o planejamento de intervenções que permitam a manutenção e/ou recuperação de habilidades que auxiliam no tratamento oncológico e na vida do idoso.

5.3 Características relacionadas aos sintomas de depressão, nível de estresse e nível de esperança dos idosos com câncer atendidos em uma Central de Quimioterapia

De acordo com a literatura, entre as comorbidades relacionadas ao câncer encontra-se principalmente a depressão (TENG, et al. 2005; DINIZ et al. 2006; DUARTE; REGO, 2007; BOTTINO et al., 2009; SANTOS et al. 2009). Um estudo realizado com 54 idosos com média de idade de 70,8 anos, mostrou que (31,4%) deles apresentavam depressão e (46,3%) outra comorbidade concomitante (KLEPIN et al., 2011).

A presença dos sintomas de depressão na amostra estudada foi avaliada por meio da EDG-15, sendo que a maioria (71,5%) dos idosos não apresentaram sintomas depressivos e 28,5% apresentaram. A pontuação média na escala foi de 3,2.

Estudo desenvolvido por Martinho et al. (2009), com 50 pacientes em tratamento oncológico, do ambulatório de oncologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba-SP, sendo 54% mulheres, com idades entre 21 e 80 (média 51,9), evidenciaram presença de sintomas depressivos em 16% da amostra estudada. De acordo com os autores relatam que a baixa prevalência dos sintomas depressivos pode ser explicada pelo alto grau de satisfação com o tratamento oferecido (62,5%) e pelo conhecimento do diagnóstico (95,6%).

De fato, o conhecimento do diagnóstico e dos procedimentos utilizados no tratamento, podem amenizar a angústia e a ansiedade do paciente com câncer, pois se tratando de um adoecimento grave e de tratamentos invasivos e dolorosos, é importante que o mesmo tenha autonomia para decidir seu tratamento, desde que sua cognição esteja preservada.

A depressão é o transtorno mental mais comum entre os idosos, causando um impacto negativo em todos os aspectos de suas vidas (CASTELO et al., 2007). Porém, ainda existe dificuldade para se estabelecer, na população idosa, o diagnóstico de depressão, devido à presença de comorbidades, as deficiências funcionais e cognitivas, o estigma social, entre outras; bem como para determinar o seu tratamento em decorrência de complicações no tratamento da doença e da

vulnerabilidade a efeitos colaterais. Além desses fatores é visto que, os idosos são mais relutantes para relatarem estar com depressão ou até mesmo demonstrar ideias suicidas, sendo então poucos diagnosticados e tratados (ANTUNES et al., 2015; BRUCE et al., 2004; MCINTOSH, 1994).

Por meio de uma revisão da literatura realizada por Bottino et al. (2009), observou-se que a depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer, com prevalência de 22 a 29%, considerando a localização do tumor, o estágio clínico, a dor, o desempenho funcional físico e a existência de suporte social. Contatou-se, também, que não é fácil realizar o diagnóstico de depressão em pacientes com câncer, em decorrência da falta de investigação dos aspectos emocionais nesta clientela e da falta, do custo associado aos tratamentos e fragmentação dos serviços prestados, principalmente entre saúde mental e oncologia. Além disso, para Martinho et al. (2009) o câncer e a depressão são doenças comórbidas de frequência relevante e possuem sintomas em comum.

Em outro estudo, no qual a prevalência dos sintomas depressivos foi significativa, mostrou que em uma amostra de 92 idosos com câncer avançado, (67,4%) dos idosos apresentavam sintomas depressivos (MYSTAKIDOU, 2013b). Dado que chama a atenção para a prevalência desses sintomas e, por isso, é importante que a equipe de saúde fique atenta às condições emocionais do idoso e planeje estratégias para que esses sintomas possam ser identificados e tratados desde o início do adoecimento, com a finalidade de não prejudicar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida do paciente. SASS et al. (2012), relata que para que isso ocorra é necessário a capacitação dos profissionais da saúde para identificar e tratar a sintomatologia depressiva e, assim, fazer com que o idoso continue ativo na sociedade.

Destaca-se que os profissionais da saúde que trabalham na área da oncologia devem engajar-se para implementar ações que favoreçam a saúde mental do idoso, principalmente em relação à investigação de sintomas depressivos, os quais muitas vezes são camuflados pela semelhança com os efeitos colaterais do tratamento, não sendo então tratados. Situação, esta, que pode contribuir para o aumento do sofrimento dos pacientes, para a piora do prognóstico do câncer e prejuízo na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para a piora na qualidade de vida e aumento da mortalidade nessa população.

O nível de estresse nos idosos que participaram do estudo foi avaliado

por meio da EEP. Os resultados mostraram que a média de pontos na escala foi de 16,3.

O estresse não está apenas relacionado a aspectos negativos, mas também funciona como algo motivacional para o indivíduo buscar suas realizações em todos os aspectos de sua vida. O excesso de estresse é prejudicial à saúde causando manifestações de doenças, porém a falta dele, pode acarretar a formação de um indivíduo acomodado e despreparado para os desafios diários, como por exemplo, o enfrentamento de um adoecimento como o câncer (PEREIRA et al., 2004).

Ao processo de envelhecimento pode estar relacionado o estresse vivenciado pelo idoso (PEREIRA et al., 2004). O estresse pode ser decorrente da permanente exposição do idoso às mudanças advindas do processo de envelhecimento, desencadeando respostas neuroendócrinas e comportamentais disfuncionais, na medida em que essas mudanças são caracterizadas por situações novas e imprevisíveis, sobre as quais o idoso por vezes tem pouco ou nenhum controle (SOUZA-TALARICO et al., 2009).

Segundo Conceição et al. (2012), o estresse é uma variável influenciável por diversos fatores relacionados à vida do idoso. Esses fatores podem ser físicos, demográficos e sociais, que durante o processo do envelhecimento, tendem a influenciar no modo como o idoso vai reagir aos eventos estressores.

Dentre os eventos estressores vivenciados pelos idosos há as doenças crônicas, como o câncer. Cerca de mais da metade dos pacientes com câncer apresentam altos níveis de estresse, porém esta condição é pouco diagnosticada e tratada (LERA et al., 2011).

Um estudo realizado com 41 idosos saudáveis, com média de idade de 71,1 anos mostrou que metade dos idosos estudados tinha apresentado elevado nível de estresse, podendo influenciar negativamente na manutenção do autocuidado (SOUZA-TALARICO, 2009).

Outro estudo realizado por Lera et al. (2011), com 40 pacientes em tratamento quimioterápico, com média de idade 72,23 anos, 52,5% eram mulheres, mostrou que a média de nível de estresse encontrado na amostra foi de 4,20 pontos (equivalente a alto nível de estresse), avaliado pelo Termômetro de Estresse, sendo que 65,0% dos idosos apresentaram alto nível de estresse. Foi possível observar também, correlações entre: maior nível de estresse e maior dependência do idoso

para a realização das atividades instrumentais de vida diária; maior nível de estresse e mais sintomas mais intensos relacionados à quimioterapia e maior nível de estresse e maior nível de depressão.

Um importante fator relacionado ao estresse é o apoio social. As pessoas que não possuem uma rede social formada por amigos e familiares tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas que não têm. Assim, um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos idosos é a tendência de redução dos efeitos negativos do estresse na saúde mental dos mesmos (PEREIRA et al., 2004).

Outro aspecto relacionado ao estresse é a importância da comunicação das informações sobre o diagnóstico e o tratamento do câncer. Um estudo realizado com 136 pacientes sobreviventes de câncer de próstata mostrou que as taxas significativamente mais elevadas de estresse foram de pacientes que sentiram que não tinham recebido informações suficientes antes do tratamento (JOSEPH, 2006).

Um estudo realizado com 60 pacientes adultos com câncer cerebral mostrou que 63,0% deles apresentavam níveis elevados de estresse, sendo que 86,0% gostariam de aprender técnicas de diminuição de estresse. Conclui-se então, a importância de avaliar o estresse e ajudar os pacientes a lidarem com os eventos estressores proporcionando assim uma melhor qualidade de vida (KEIR, 2006).

Dessa forma pode-se notar que o estresse é uma reação do organismo, com componentes psicológicos e físicos, que ocorre quando surge a necessidade de maior adaptação a eventos estressores. No envelhecimento, ocorrem mudanças nos âmbitos físico, psíquico e social, que levam o idoso a enfrentar e se adaptar aos eventos estressores, sendo então o estresse, uma condição emocional de grande importância na área do envelhecimento.

A esperança é um recurso utilizado para enfrentar o adoecimento de forma a proporcionar uma expectativa de cura ou até mesmo de uma condição de saúde melhor, tornando-se, deste modo, um recurso fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial, uma vez que este é um importante preditor da saúde e da qualidade de vida (MARTINS; SANTOS, 2008).

O nível de esperança dos idosos que participaram deste estudo foi avaliado por meio da EEH, sendo que a média de pontos na escala foi de 44,4, dados que se assemelham aos encontrados em outros estudos com pacientes com

câncer realizados por (GIBSON; GOMRMAN, 2012; BALSANELLI et al., 2011; SARTORI; GROSSI, 2008).

Em estudo realizado por Orlandi et al. (2010), com 50 idosos com doença renal crônica, obteve média de 36,20 pontos na EEH. Os autores mencionam que a média do nível de esperança encontrada foi considerada baixa se comparada com a média encontrada no estudo de validação da escala (41,57 para pacientes oncológicos e 40,88 para diabéticos). Apontam a necessidade da elaboração de planos de cuidado com intervenções que estimulem o recurso da esperança em pacientes com doença crônica com o objetivo de proporcionar melhor enfrentamento do adoecimento.

Neste estudo nos testes de comparação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e a classificação para as ABVDs e AIVDs em relação à classificação na EEH, não foram observadas diferenças entre os grupos. Evidenciando que, na amostra estudada, estas variáveis não influenciaram os escores da EEH. A literatura com abordagem destes aspectos, é escassa, sendo assim foram encontrados poucos estudos que mostram a influência das variáveis aqui analisadas.

Em estudo realizado, em Portugal, por Pinto et al. (2012b), com 92 pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, média de idade 54,17 anos e 51,1% eram mulheres, encontraram média na EEH de 29,61, sendo que para as mulheres a média foi de 33,9 e para os homens de 31,9, não havendo diferenças entre os grupos.

Na Noruega, um estudo realizado por Schjolberg et al. (2011), com 160 mulheres com câncer de mama, com média de idade de 55,3 anos, variando de 51 a 60 anos, mostrou que o nível médio do escore na EEH para a amostra foi de 38,9 pontos. Comparando essa média com a média de esperança da população geral norueguesa, que era de 36,7 pontos, os autores concluíram que as mulheres com câncer de mama têm maior nível de esperança do que a população geral. Acrescentam que, isto pode ser devido à mudança de resposta emocional nestas mulheres depois de receberem o diagnóstico de câncer, essa mudança é decorrente do sentimento de esperança como forma de enfrentamento e adaptação ao adoecimento. Observaram também que houve relação significativa entre a esperança e os arranjos familiares, mostrando que é mais fácil estabelecer a esperança quando os pacientes se relacionam com alguém ou recebem apoio.

Com relação ao estado civil (com companheiro ou sem companheiro) apesar de neste estudo não ter observado diferença entre os grupos, Wakiuchi et al. (2015), comentam que para os pacientes em tratamento quimioterápico, o alcance de níveis de esperança desejáveis se mostra no desejo de viver e retornar a uma vida saudável, além do fato de manter vínculos de carinho e atenção, especialmente com as pessoas mais próximas.

A esperança em pessoas idosas é mais presente quando há um apoio social e familiar, como foi visto no estudo realizado por Moreira (2013) com 130 idosos com média de idade de 73,94 anos, que conclui que pessoas idosas que se encontram casadas e com maior satisfação com a sua vida apresentam maiores níveis de esperança.

Nos itens da EEH “eu me sinto muito sozinho”, apenas 13,6% concordaram completamente com essa afirmação e 96,7% concordaram completamente que se “sentiam capaz de dar e receber afeto/amor”. Esses itens referem-se à importância que os pacientes davam ao apoio e afeto recebido. São de grande importância as redes de apoio, nas quais o paciente pode se amparar diante de um grave adoecimento, pois estas contribuem para o enfrentamento do câncer, e o suporte pode advir de outros integrantes da família, bem como das relações de amizade na comunidade (HASSON-OHAYON; GOLDZWEIG; GALINSKY, 2010)

Com relação a idade, no estudo realizado por Pinto et al. (2012b), observou-se correlação negativa, muito fraca ($r=-0,18$), entre a idade e a esperança, não sendo significativa ($p=0,09$).

Segundo Conde et al. (2006) a idade em que a pessoa é diagnosticada com câncer é um fator que influencia na qualidade de vida relacionada à saúde, visto que mulheres mais jovens, com menos de 60 anos, vivenciam maior estresse emocional e apresentam maior dificuldade em adotar uma atitude positiva em relação ao diagnóstico. O adoecimento do câncer acarreta muitas vezes, o medo das perdas, sejam elas físicas, em decorrência do adoecimento e dos tratamentos; ou emocional, relacionada às perdas de sonhos e planos em relação ao futuro.

Quanto a escolaridade, Wakiuchi et al. (2015), em seu estudo com 60 pacientes em tratamento quimioterápico, no norte do Paraná, com predomínio da faixa etária de 60 anos ou mais de idade (56,7%), constataram que houve associação significativa com a escolaridade e a esperança, sendo que aqueles com 8 anos ou mais de estudo apresentaram maiores escores na EEH. Concluem que,

os indivíduos com maior escolaridade possuem maior entendimento sobre a doença e, portanto, conseguem enfrentá-la de maneira mais positiva.

No que se refere aos efeitos outros estudos evidenciaram que os efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico despertam sentimentos de desesperança e tristeza, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes (SAWADA et al., 2009; PISONI, 2012; LÔBO et al., 2014). A este respeito, Pisoni (2012), destaca a importância do profissional de saúde favorecer um melhor enfrentamento das dificuldades advindas dos efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico, orientando os pacientes e seus familiares sobre este processo, durante o tratamento (PISONI et al., 2012).

No estudo realizado por Pinto et al. (2012), foi encontrado que o tempo de diagnóstico e o tempo de tratamento quimioterápico, influenciaram nos escores da esperança ($p < 0,01$ e $p < 0,05$, respectivamente), sendo estas relações fracas e inversas, isto é, quanto maior o tempo de diagnóstico ($r = -0,34$) e o tempo de tratamento quimioterápico ($r = -0,21$), menor é o nível de esperança, indicando que o avançar do tempo parece diminuir a esperança dos doentes.

No estudo de Wakiuchi et al. (2015), não foi evidenciado diferenças entre o tempo de tratamento com o nível de esperança, porém observou-se diferença entre a proposta terapêutica e o nível de esperança, mostrando que, pacientes em tratamento paliativo apresentaram menor nível de esperança. Para as autoras o agravamento da doença gera sentimento de impotência, deixando os pacientes desesperançosos e desmotivados em continuar o tratamento e, portanto, é relevante que a equipe de saúde se atente para as mudanças ocorridas no âmbito emocional, afim de ajudá-los a enfrentar as angústias e as dificuldades causadas pelo tratamento de câncer.

Apesar de neste estudo não ter sido observada diferenças entre a classificação para as ABVDs e AIVDs dos idosos com câncer em relação à classificação na EEH, a literatura mostra que os efeitos causados pelo tratamento do câncer podem resultar na redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos pacientes, principalmente na adaptação ao tratamento e enfrentamento do adoecimento, promovendo sentimentos negativos, como a desesperança (SEIXAS, 2012; MONTEIRO, 2012; PISONI, 2012).

Verificou-se neste estudo que a classificação na EDG-15 exerce influência sobre o escore da EEH, sendo que, que os idosos classificados com

ausência de sintomas depressivos obtiveram maiores valores dos escores da EEH, se comparados aos que apresentaram presença de sintomas depressivos, evidenciando diferenças com significância estatística ($p < 0,01$)

Os sintomas depressivos, muitas vezes, se confundem com os efeitos colaterais da quimioterapia e influenciam no tratamento e no nível de esperança dos pacientes, o que dificulta o enfrentamento e aceitação do adoecimento, pelos pacientes.

Pacientes com depressão se encontram de maneira contrária ao bom enfrentamento da doença e às perspectivas de futuro, aspectos que os diferenciam de pacientes com esperança, os quais conseguem vivenciar a doença, buscando seu bem-estar, apesar das dificuldades impostas pelo câncer e seu tratamento (BALSANELLI, 2012). Analisando os itens da EEH, pode-se notar que apenas 9,8% dos idosos concordaram completamente que tinham medo do futuro, o que mostra que o sentimento de esperança lhes proporcionava segurança em relação às incertezas causadas pelo futuro, mesmo diante de uma doença grave e independente de seu prognóstico.

Outra questão emocional que pode surgir diante do adoecimento causado pelo câncer além dos sintomas depressivos é o estresse. Foi possível identificar, neste estudo que, a correlação entre o escore da EEH e da EEP foi moderada negativa ($r = -0,53$), indicando que quanto maior o nível de estresse apresentado pelos idosos com câncer menor é o nível de esperança.

Em um estudo realizado por Alves (2010), em Fortaleza com 21 mulheres com câncer de mama, com média de idade de 57,76 anos e variação entre 51 e 70 anos, obteve-se a ocorrência de estresse em 66,7% da amostra. A autora relata que as mudanças ocorridas na vida dos pacientes com câncer geram o estresse. Acrescenta que a equipe de saúde é de extrema importância para ajudar o paciente a se adaptar ao adoecimento por meio de recursos internos. Um desses recursos que pode ajudar o paciente é a esperança.

Em um estudo realizado por Balsanelli et al. (2011) com 47 pacientes oncológicos, 40 diabéticos e 44 acompanhantes/familiares/cuidadores, mostrou que não houve diferença nos escores de esperança entre os grupos, no entanto houve correlação positiva com autoestima e negativa com a depressão. Concluíram que os pacientes com doença crônica e seus familiares apresentaram escores altos de esperança. Os resultados permitiram também evidenciar que o modo com o qual as

peças avaliam, enfrentam e superam as situações, podem produzir estresse e consequências não desejadas durante tratamento.

Outros estudos também evidenciaram que os sintomas depressivos e o estresse prejudicam no enfrentamento do adoecimento, sendo a esperança um dos recursos utilizados para ajudar esses pacientes na adaptação e ressignificação desse momento (RUSTOEN et al., 2010; UTNE et al., 2010; BARBOSA et al., 2012).

Em um estudo qualitativo realizado com oito pacientes com o objetivo de desvendar o sentimento de esperança para as pessoas que vivenciavam o câncer, verificou-se que conviver com a doença faz com que os pacientes lidem com o extremo de seus sentimentos, desde a falta de esperança no momento do diagnóstico ao reascender desse sentimento durante o tratamento, dessa forma, pode-se concluir que a esperança foi capaz de influenciá-los e repercutir expressamente em seu enfrentamento (SALES et al., 2014).

Barbosa et al. (2012) realizaram um estudo com 20 mulheres com câncer de mama, com o objetivo de revelar quais os pensamentos e as interpretações individuais diante do enfrentamento da doença, de acordo com os fatores internos. Os resultados revelaram que a maior parte das participantes relatou possuir esperança de cura diante do adoecimento, visto que a esperança pode ter um efeito satisfatório para lidar com a incerteza que o câncer apresenta.

Manter a esperança frente à doença crônica é um recurso valioso no processo de enfrentamento dessa condição, favorecendo melhor qualidade de vida, de forma a controlar os eventos estressores ocasionados pelo adoecimento (FORBES, 1999). Dessa maneira, é por meio desse recurso emocional que os pacientes podem adaptar seu estilo de vida de acordo com as mudanças ocorridas pela doença e seu tratamento (HERTH, 1992).

A esperança está associada ao modo como o paciente com câncer vivencia e enfrenta esse adoecimento, pois é por meio dela os pacientes enfrentam tratamentos longos, procedimentos invasivos, mudanças no estilo de vida e permanecem em boas condições biopsicossociais, ainda que fisicamente debilitados (SARTORI; GROSSI, 2008). Nesse estudo isso pode ser observado no item da EEH, no qual 95,1% dos idosos concordaram completamente que acreditavam no valor de cada dia, evidenciando dessa forma que é por meio da esperança que eles valorizavam cada dia de existência e luta contra o câncer. Assim, é essencial que os profissionais de saúde considerem esse recurso para que possam auxiliar estes

pacientes a diminuírem o sofrimento psíquico associado ao câncer e ao seu tratamento.

6. CONCLUSÃO

A realização desse estudo possibilitou analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde, a capacidade funcional, o nível de estresse, os sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico, atendidos em uma CQ, de um hospital geral terciário. Destaca-se que essas características são peculiares para a amostra aqui estudada, portanto generalizações devem ser vistas com cautela, com o intuito de evitar equívocos.

Os resultados encontrados neste estudo, com idosos com CA, permitiram as seguintes conclusões:

- ✓ Participaram deste estudo 123 idosos com diagnóstico médico de CA, atendidos em uma CQ, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista;
- ✓ A média de idade foi de 68,2 anos, a maioria do sexo feminino, de casados(as), com escolaridade média de 5,8 anos. Houve predomínio de aposentados, a renda mensal média foi R\$ 1.470,00 reais;
- ✓ A maioria dos idosos sabia que estava fazendo tratamento para CA e relatou ser a primeira vez que estava realizando este tratamento; o número médio de sessões de quimioterapia foi 5,8; a maioria referiu apresentar efeitos colaterais, sendo a fadiga, boca seca e queda de cabelo os mais prevalentes;
- ✓ O tempo médio de diagnóstico foi 16,1 meses e de tratamento 15,3. Os cânceres de estômago, de mama e o adenocarcinoma de ovário foram os mais prevalentes. A maioria encontrava-se no estágio IV da doença, apresentava metástase e estavam em tratamento paliativo;
- ✓ O número médio de outros diagnósticos por idoso foi 1,3, com predomínio de doenças do aparelho circulatório;
- ✓ Quanto ao desempenho funcional, a maioria era independente para as ABVDs e pouco menos da metade era dependente parcial para as AIVDs;
- ✓ A pontuação média na EDG-15 foi de 3,2 pontos e a maioria apresentou ausência de sintomas depressivos; a média de pontos na EEP foi 16,3 e a média de pontos na EEH foi 44,4;
- ✓ A análise nos testes de comparação entre as variáveis sociodemográficas, de saúde e a classificação para as ABVDs e AIVDs em relação à classificação na EEH, não evidenciou diferenças entre os grupos, indicando que, na amostra estudada, estas variáveis não influenciaram os escores da EEH;

- ✓ Os idosos sem sintomas depressivos obtiveram maiores valores dos escores na EEH, quando comparados aos que apresentaram sintomas depressivos, evidenciando diferenças com significância estatística ($p < 0,01$)
- ✓ Observou-se correlação moderada negativa ($r = -0,53$) entre o nível de esperança e o nível de estresse, isto é, quanto maior o nível de estresse menor o nível de esperança.

Como mencionado anteriormente, os resultados deste estudo, refletem uma realidade local. Acredita-se que os resultados encontrados mostram a relevância de se conhecer a relação entre os sintomas depressivos, o nível de estresse e o nível de esperança de idosos com diagnóstico de câncer, em tratamento quimioterápico, com a finalidade de obter os subsídios necessários, para o planejamento da assistência aos idosos, com enfoque nas questões emocionais decorrentes do diagnóstico e do tratamento para o câncer, possibilitando a melhoria da qualidade do atendimento psicológico prestado ao idoso.

Considerando o impacto emocional causado pelo diagnóstico de câncer, devido aos estigmas que essa doença apresenta e os tratamentos dolorosos e invasivos, aos quais o idoso precisa se submeter, é importante que o profissional ao ajudá-lo a vivenciar esse momento, atue de forma humanizada e empática.

Um recurso importante utilizado pelos idosos com câncer no processo de aceitação e enfrentamento do tratamento oncológico é a esperança. É de fundamental importância que os profissionais da área da saúde, principalmente, os da área Gerontogeriátrica, em especial o psicólogo, trabalhe esse recurso, visto que a sua atuação e influência pode ser essencial para despertar, nos pacientes, o sentimento da esperança e proporcionar melhor bem-estar aos mesmos. Cabe ressaltar, a relevância desses profissionais se instrumentalizarem para realizar uma avaliação ampla do idoso, considerando os aspectos biopsicossociais que podem ser afetados pelo adoecimento e seu tratamento.

Vale salientar, também, a necessidade da realização de pesquisas com enfoque na importância da esperança, como um recurso que pode ser utilizado no enfrentamento do adoecimento, como uma forma de mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde com possibilidade de proporcionar expectativa de cura, refletindo em melhor qualidade de vida para os idosos com câncer. E com isso, avançar na construção do conhecimento sobre a temática, com inovações no

planejamento da assistência e implementação de estratégias que possam prevenir e/ou protelar as perdas advindas do processo de adoecimento pelo câncer, com a finalidade de desenvolver e/ou fortalecer nos pacientes, recursos emocionais para vivenciar esta experiência.

*REFERÊNCIAS*¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ABREU, C. N.; SALZANO, F. T.; VASQUES, F.; FILHO, R. C.; CORDÁS, T. A. **Síndromes psiquiátricas:** diagnósticos e entrevistas para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AGARWAL, M.; HAMILTON, J. B; MOORE, C. E.; CRANDELL, J. L. Predictors of depression among older African cancer patients. **Cancer Nurs.**, v. 33, n. 2, p. 156-163, Mar.-Apr. 2010.

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: há integralidade?. **Rev. Latinoam. enferm.**, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.

ALDWIN, C. V. **Stress, coping and development:** an integrative perspective. New York: Hemisphere, 1994.

ALDWIN, C. V.; GILMER, D. F. **Health, illness, and optimal aging:** biological and psychological perspectives. Los Angeles: Sage, 2004.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) Versão Reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

ALVES, P. C. **Estresse e estratégias de enfrentamento /coping em mulheres com câncer de mama.** 2010. Dissertação (Mestrado). 68 f. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2010.

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Resenha sobre livro Temas em psico-oncologia. **Psicol. Teor. Prát.**, v. 11, n. 2, p. 224-229, 2009.

ALVES, J. E. D. V. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Rev. Portal Divulg.**, v. 4, n. 40, mar./abr./maio 2014. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/440/440>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

ANGERAMI, V. A. A subjetivação do câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A., GASPAR, K. C. (Orgs.). **Psicologia e câncer.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. cap.1, p. 14.

ANGERAMI, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional as saúde diante da doença e do doente. In: ANGERAMI, V. **A psicossomática e suas interfaces.** São

Paulo: Cengage, 2012. p. 3-17.

ANTUNES, B.; MURTAGH, F.; BAUSEWEIN, C.; HARDING, R.; HIGGINSON, I.J. Screening for depression in advanced disease: Psychometric properties, sensitivity, and specificity of two items of the palliative care outcomes scale (pos). **J. Pain Symptom Manage.**, v. 49, n. 2, p. 277-288, Feb. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Psicologia**. 2014. Disponível em: <www.abrale.org.br>. Acesso em: 29 jan. 2014.

ASSUNÇÃO, L. A.; ROSA, L. M.; GUIMARÃES, C. M. O cuidar em enfermagem nos casos de depressão: análise do saber elaborado entre 1984 e 2002. **Estudos**, v. 32, n. 10, p. 1731-1751, out. 2005.

ASSIS, C. M. R. B.; MELO, H. M. A.; MELO, E. M.; KITNER, D.; JÚNIOR, J. I. C. Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios. **Geriatr. Gerontol.**, v. 5, n. 2, p. 106-111, 2011.

AVELAR, A. M. A.; DERCHAIN, S. F. M.; CAMARGO, C. P. P.; LOURENÇO, L. S.; SARIAN, L. O. Z.; YOSHIDA, A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 15, n. 1, p. 11-20, 2006.

BALSANELLI, A. C. S. **Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. 2012. 107f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012.

BALSANELLI, A. C. S.; GROSSI, S. A. A.; HERT, K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e seus familiares ou cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 3, p. 354-358, 2011.

BANDEIRA, L.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. **Rev. Observ. Bras. Igualdade Gênero**, p. 107-119, jul. 2010. Edição especial.

BAPTISTA, M. N.; SANTOS, K. M.; DIAS, R. R. Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. **Psicol. Argumento**, v. 24, n. 44, p. 27-36, jan./mar. 2006.

BARBOSA, M. R.; SANTOS, F. U.; BARBOSA, M. R. Fontes estressoras no paciente

com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, v. 8, n. 1, p. 10-18, 2012.

BARROS, M. I. V. **A esperança dos profissionais de saúde de uma unidade oncológica**: contributos para uma prática profissional. 2009. 240f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Fernando Pessoa. Porto. 2009.

BAUER, M. E. Estresse como ele abala as defesas do corpo. **Ciênc. Hoje**, São Paulo, v. 30, n. 179, p. 20-25, jan.-fev. 2002.

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidade para o autocuidado de idosos em atendimento ambulatorial**. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2013.

BERTOLOCCHI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer**. 2009. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: Pro- Onco, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estadiamento**. 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54>. Acesso em: 07 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Epidemiológicas e morbidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def>>.

Acesso em: 12 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Tratamento**. 2012. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 16 mar. 2014.

BREGAGNOL, R. K.; DIAS, A. S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 56, n. 1, p. 25-33, 2010.

BROUSTE, V.; RAVAUD, A.; BELLER, C.; RAINFRAY, M. Predictors of early death risk in older patients treat first –line chemotherapy for cancer. **J. Clin. Oncol.**, v. 30, n. 15, May, 2012.

BRUCE, M. L.; HAVE, T. R. T.; REYNOLDS, C. F.; KATZ, I. I.; SCHULBERG, H. C.; MULSANT, B. H.; BROWN, G. K.; MCAVAY, G. J.; PEARSON, J. L.; ALEXOPOULOS, G. S. Reducing suicidal ideation and depressed symptoms in depressed older primary care patients. A randomized controlled trial. **JAMA**, v. 291, n. 9, p. 1081-1091, 2004.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003.

BRUCKLEY, J.; HERTH, K. Fostering hope in terminally ill patients. **Nurs. Stand.**, v. 19, n. 10, p. 33-41, Nov.. 2004.

BOTEGA, N. J.; FURNALETTO, L. M.; FRAGAS JR, R. Depressão. In: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 21, p. 294-318.

BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Rev. Psiqu. Clin.**, v. 36, n. 3, p. 109-115, 2009.

BUZAID, A.C.; MALUF, F.C.; LIMA, C.M.R. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC): Tumores sólidos**. 2015a. Disponível em: <<https://mocbrasil.com/moc-tumores-solidos/>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

BUZAID, A.C.; MALUF, F.C.; LIMA, C.M.R. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil (MOC): Tumores hematológicos**. 2015b. Disponível em: < <https://mocbrasil.com/moc-tumores-solidos/>>

hemato/>. Acesso em: 08 jul. 2015.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. Bras. Est. Popul.**, v. 27, n. 1, p. 232-235, jan./jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.** Rio de Janeiro: Ipea, 2009.

CAMPOS, E. M. P. A Psico-oncologia. **Bol. Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 70, n. 79, p. 440-449, 2010.

CAMPOS, M. R. X.; DIAS, C. A.; RODRIGUES, S. M. Representações de cuidadores de idosos a respeito do “ser idoso”, da “velhice” e do “viver institucionalizado”. **RBCEH**, v. 8, n. 2, p. 255-264, maio/ago 2011.

CAPONERO, C. Neoplasias. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 537-543.

CARREIRA, L.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P. C. ; TORRES, M. M.; SALCI, M. A. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 268-273, abr./jun. ANO.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, jun. 2003.

CARVALHO, M. M. J. Psico-oncologia: história, característica e desafios. **Psicol. USP**, v. 13, n. 1, 2002.

CASTELO, M. S; COELHO FILHO, J. M.; SIQUEIRA NETO, J. I.; NOLETO, J. C. S.; LIMA, J. W. O. Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 1, n. 1, p. 28-33, 2007.

CAVACO, V. S. J.; JOSÉ, H. M. G.; LOURO, S. P. R. L. P.; LUDGERO, A. F. A.; MARTINS, A. F. M.; SANTOS, M. C. G. Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? - Revisão sistemática. **Revista Referência**, ser. 2, n. 12, p. 93-103, mar. 2010.

CHAIBI, P.; MAGNÉ, N.; BRETON, S.; CHEBIB, A.; WATSON, S.; DURON, J. J.; HANNOUN, L.; LEFRANC, J. P.; MENEGAUX, F.; SPANO, J. P. Influence of geriatric consultation with comprehensive geriatric assessment on final therapeutic decision in elderly cancer patients. **Crit. Rev. Oncol. Hematol.**, v. 79, n. 3, p. 302-307, Sep. 2011.

CHIATTONE, H. B. C. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p. 15-89.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **J. Health Soc. Behav.**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

CONCEIÇÃO, J. C. R.; MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B.; DIAS, R. G.; KRUG, R. R. Relações das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. **RBCEH**, v. 9, n.1, p. 89-97, jan./abr. 2012.

CONCEIÇÃO, V. M.; SILVA, S. E. D.; PINHEIRO, S. C.; SANTANA, M. E.; ARAUJO, J. S.; SANTOS, L. M. S. Representações sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos. **Rev. Acta Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 83-99, 2012.

CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M.; FREITAS JUNIOR, R.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

DINIZ, R. W.; GONÇALVES, M. S.; BENSI, C. G.; CAMPOS, A. S.; GIGLIO, A.; GARCIA, J. B.; MIRANDA, V. C.; MONTEIRO, T. A.; ROSEMBERG, M. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva a depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006.

DI NUBIA, H. B. V. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional Diagnóstico diferencial da doença de Alzheimer. In: CAIXETA, L. et al. **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap.8, p. 115-139.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-700, mar.

2007.

DUGGLEBY, W.; GHOSH, S.; COOPER, D.; DWERNYCHUK, L. Hope in newly diagnosed cancer patients. **J. Pain Symptom Manage**, v. 46, n. 5, p. 661-670, Nov. 2013.

DRAGO, S. M. M.; MARTINS, R. M. L. A depressão no idoso. **Millenium**, v. 43, n. 5, p. 79-94, jun./dez. 2012.

EDGE, S.; BYRD, D. R.; COMPTON, C. C.; FRITZ, A. G.; GREENE, F. L.; TROTTI, A. **Cancer Staging Handbook from the AJCC cancer Staging Manual**. 7th ed. Springer, 2010.

EL KADY, H. M.; IBRAHIM, H. K. Depression among a group of elders in Alexandria. **Egypt. East Mediter. Health J.**, v. 19, n. 2, p.: 167-174, Feb. 2013.

FELICIANO, A.; MORAES, S.; FREITAS, I. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, 2004.

FERNANDES, M. G.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária da saúde. **Rev. Rede Enferm. Nordeste**, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

FERREIRA, A. P.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev. SBPH**, v. 14, n. 2, p. 85-98 dez. 2011.

FERREIRA, M. B. L. S.; VIEIRA, M. M. O lugar da religião no tratamento do paciente oncológico. **CES Rev.**, v. 28, n. 1, p. 119-130, 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Yendis, 2007.

FORBES, M. A. Hope in the older adult with chronic illness: a comparison of two research methods in theory building. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 22, n. 2, p. 74-87, 1999.

FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

FRANÇA, B. A. L. O tratamento do paciente com câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs.). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 118-138.

FRANZEN, E.; ALMEIDA, M. A.; ALITI, G.; BERCINI, R.; MENEGOM, D. B.; RABELO, E. R. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. HCPA**, v. 27, n. 2, p. 28-31, 2007.

FREDERICO, M. H. H.; CASTRO JUNIOR, G. Princípios da terapia sistêmica do câncer. In: MARTINS, M. A. et. al. **Clínica médica: doenças hematológicas, oncológicas, doenças renais e quimioterapia**. São Paulo: Manole, 2009. v. 3.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 72, p. 609-617.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive estate of patient for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, Nov. 1975.

GASPAR, K. C. Psicologia hospitalar e a oncologia. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Gengage Learning, 2011. cap. 3, p. 79-126.

GAVARRETE, D. D.; SKARE, N. G.; WIERMANN, A. L. G.; ALMEIDA, T. A.; SHIOMI, R. A. Análise de sobrevida em pacientes idosos submetidos a tratamento quimioterápico adjuvante no câncer de mama. Estudo retrospecto em uma instituição pública. **Rev. Bras. Oncol. Clín.**, v. 8, n. 27, p. 13-20, 2012.

GIBSON, M.; GORMAN, E. Long-term care residents with câncer and their health care providers reflect on hope. **Can. J. Aging**, v. 31, n. 3, p. 285-293, Sep. 2012.

GIGLIO, A.; SITTA, M. C.; JACOB FILHO, W. Princípios de oncogeriatria. **Rev. Bras. Clin. Ter.**, v. 28, n. 3, p. 127-132, maio 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENEZ, M. G. G. O que é psiconcologia: definição, foco de estudo e intervenção.

In: CARVALHO, M. M. J. (Coord.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Psy, 1994. 285p.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L.; FREIRE, M.; NEIDEL, E.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, Ú. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Anal. Dados**, v. 10, n. 4, p. 148, mar. 2000.

GRANER, K. M.; CEZAR, L. T. S.; TENG, C. T. Transtornos de humor em Psico-Oncologia. In: CARVALHO, V. A.; MACIEIRA, R. C.; LIBERATO, R. P.; VEIT, M. T.; KOVÁCS, M. J.; GOMES, M. J. B.; FRANCO, M. L. P.; BARROS, L. H. **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 243 – 256.

GRYSCHKE, G. **Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes acompanhados em Ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu**. 2013. 67 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu, 2013.

HASSON-OHAYON, I.; GOLDZWEIG, G.; GALINSKY, D. Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity and psychological distress. **Psycho-oncol.**, v. 19, n. 11, p. 1195-1204, 2010.

HERTH K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. **J. Adv. Nurs.**, v.17, n.10, p.1251-1259, 1992.

HERTH K. Development and refinement of an instrument to measure hope. **Schol. Inquiry Nurs. Pract.**, v. 5, n. 1, p. 39-51, 1991.

HERTH, K. Fostering hope in terminally-ill people. **J. Adv. Nurs.**, v. 15, n. 11, p. 1250-1259, 1990.

HOPPE, S.; RAINFRAY, M.; FONCK, M.; HOPPENREYS, L.; BLANC, J. F.; CECCALDI, J.; MERTENS, C.; BLANC-BISSON, C.; IMBERT, Y.; CANY, L.; VOGT, L.; DAUBA, J.; HOUÉDÉ, N.; BELLERA, C. A.; FLOQUET, M. N.; RAYAUD, A.; MATHOULIN-PÉLISSIER, S.; SOUBEYRAN, P. F. Functional decline in older patients with cancer receiving first-line chemotherapy. **J. Clin. Oncol.**, v. 31, n. 31, p. 3877-3882, Nov. 2013.

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. **Relatório social 2009**. Passo Fundo: HSVP, 2010. Disponível em:

<http://www.hsyp.com.br/site/upload/publicacoes/119_relatorio_2009.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2015.

HURRIA, A.; COHEN, H. J.; EXTERMANN, M. Geriatric oncology research in the cooperative groups: a report of a SIOG special meeting. *J. Geriatr. Oncol.*, v. 1, n. 1, p. 40-44, Jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013. Rio de Janeiro: IBGE**, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio. Síntese de Indicadores**, 2011. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JADOON N. A.; MUNIR W.; SHAHZAD M. A.; CHOUDHRY Z. S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. **BMC Cancer**, v. 29, n. 10, p. 3-7, 2010.

KALACHE, A. Fórum: Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2503-2505, out. 2007.

KARNAKIS, T. Oncogeriatría: uma revisão da avaliação geriátrica ampla nos pacientes com câncer. **RBM Especial Oncologia**, v. 68, n. 2, p. 8-12, maio 2011.

KATZ, S. FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JAFEE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

- KEIR, S. T.; GUIL, A. B.; CARTER, K. E.; FRIEDMAN, H. S. Stress and intervention preferences of patients with brain tumors. **Supp. Care Cancer**, v. 14, n. 12, p. 1213-1219, Dec. 2006.
- KEMMELMEIER, E. G.; FERREIRA, M. E.; FILHO, L. C. S.; SVIDZINSKI, T. I. E. Colonização da mucosa oral por leveduras, em pacientes oncológicos, encaminhados para a quimioterapia em Maringá - PR. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, p. 69-75, 2008. Suplemento 1.
- KLEPIN, H. D.; GEIGER, A. M.; KRITCHEVSKY, S. B.; WILLIAMSON, J. D.; ELLIS, L. R.; LEVITAN, D.; PARDEE, T. S.; ISOM, S.; POWELL, B. L. The feasibility of inpatient geriatric assessment for older adults receiving induction chemotherapy for acute myelogenous leukemia. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 59, n. 10, p. 1837-1846, Oct. 2011.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida- Aspectos conceituais. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan./jun. 2007.
- KOVÁCS, M. J. Qualidade de vida em pacientes com câncer: efeitos de um programa de intervenção psicossocial. **Rev. Psicol. Hosp. HC**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 7-19, 1994.
- KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Soc. Estado**, v. 27, n. 1, p.: 165-180, jan./abr., 2012.
- JOSEPH, H. J.; THIBAUT, G. P.; RUTTLE-KING, J. Perceived stress and quality of life among prostate câncer survivors. **Mil. Med.**, v. 171, n. 5, p. 425-429, May,. 2006
- LAWTON, M. P.; BRODY, M.H. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**, v.9, n. 3, p.179-186, 1969.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**, New York, Springer, 1984.
- LEBRÃO, M.; LAURENTI, R. Condições de Saúde. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A., organizadores. **O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003. p. 75-91.
- LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. Aspectos sociais e clínico de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. **Rev. RENE.**, v. 16, n.1, p. 38-45, jan.-fev., 2015.

LERA, A.T.; MIRANDA, M.daC.; TREVIZAN, L.L.B.; ANTONANGELO, D.V.; ZANELATO, R.M.; TATEYAMA, L.T.C.; FEDE, A.B.deS.; XAVIER, P.S.; CUBERO, D.del.G.; KARNAKIS, T.; GIGLIO A. Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 9, n. 2, p. 112-116, mar.-abr. 2011.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. Psiquiatr. Rio Grd. Sul**. Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 1-12, 2009. Suplemento.

LIMA, C. S. P. Carcinogênese e prevenção do câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs.). **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo. cap.2, 2013, p. 95-116.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: *um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 745-757, maio-jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F. Estudo de coorte de idosos de Bambuí (1997-2008). **Cad. Saúde Pública**, n. 27, p. 5324-5325, Rio de Janeiro, 2011. Suplemento 3.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701, mai./jun. 2003.

LINCK, C. L.; LANGE, C.; ZILLMER, J. G. V.; DILÉLIO, A. S.; SCHAWARTZ, E. Perfil do idoso em tratamento radioterápico. **Ciênc., Cuid. Saúde**, v. 7, 2008. Suplemento 2.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BRUKSMAN, S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 330.

LÔBO, S.A.; FERNANDES, A.F.C; ALMEIDA, P.C.; CARVALHO, C.M.L.; SAWADA,

N.O. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 554-559, 2014.

LOURENÇO, M. T. C.; COSTA, C. L. Psiquiatria e câncer. In: LOPES, A.; IYEYASU, H.; CASTRO, R. M. R. P. S. **Oncologia para a graduação**. 2. ed. Saraiva: São Paulo, 2008, p. 257-267.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LUFT, C. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADRE, A. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional dos idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MALTA, L.C. **Depressão em idosos: análise do processo diagnóstico na estratégia de saúde da família em Balneário de Camboriú, SC**. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2008.

MAGÃO, M. T.; LEAL, I. **A promoção da esperança nos pais de criança com cancro**, 2001. Disponível em: <<http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/a%20promocao%20da%20esperanca%20nos%20pais%20de%20criancas%20com%20cancro.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2014.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. **REBEn**, v. 67, n. 4, p. 623-629, jul.-ago. 2014a.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1-9, 2012b.

MARGIS, R. et. al. Relações entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Rio Grd. Sul**, v. 25, p. 65-74, Porto Alegre, 2003. Suplemento 1.

MARENGONI, A., ANGLEMAN, S., MELIS, R., MANGIALASCHE, F., KARP, A., GARMEN A., MEINOW, B., FRATIGLIONI, L. Aging with multimorbidity: A systematic

review of the literature. **Ageing Res. Rev.**, v. 10, n.4, p. 430-439, 2011.

MARTINHO, A. F.; REIS, N. I.; NOVO, N. F.; HUBNER, C. V. K. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 7, p. 304-308, 2009.

MARTINS, R.; SANTOS, A. Ser idoso. **Millenium**, v. 35, p. 69-76, 2008. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/8.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2015.

MARTINS, S. B.; AGUIAR, J. E. Depressão na terceira idade: A depressão é mais comum no idoso, por quê? Como sair dela? **Rev. Cesumar**, v. 11, n. 1, p. 101-113, jan./jun. 2006.

MCINTOSH, J.H.; HUBBARD, R.W.; OVERHOLSER, J.C. Elder suicide: research, theory and treatment. Psychological Association: Washington, 1994. 260 p.

MEDEIROS, J. M. L. **Depressão no idoso**. 2010. 26 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2010.

MEMON, M. A.; CUSTÓDIO, O. Transtornos ansiosos e depressivos. In: RAMOS, R. L. **Guia de Geriatria e Gerontologia**. Barueri, SP: Editora Dedalus, 2005, p. 143 – 154. Série de Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.

MENDES, C. B.; NUNES, C. R. Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero, relacionado à prática radioterápica. **Psicol. Rev.** v. 21,n.1,p. 59-76, 2012.

MERAN, J. G.; SPATH, E.. Quality of life and ethics as basic questions in geriatric oncology. **Onkologie**, v. 32, p. 29-33, .2009. Supplement 3.

MIKAELIS. **Dicionário de Português online**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=esperan%E7a>. Acesso em: 24 jan. 2014.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, n. 20, v. 1, p. 67-73, 2010.

MOREIRA, A. L. S. **Esperança e sua relação com a Satisfação com a Vida, o**

Coping Resiliente, a Espiritualidade e Relações Interpessoais nos Idoso. 2013. Dissertação (Dissertação). 2013. Instituto Superior Miguel Torda. Coimbra, Portugal, 2013.

MOTA, D. D. C. F. **Fadiga no Doente com câncer colo-retal: Fatores de Risco e Preditivos.** 2008. (Doutorado) 129 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MUSS, H. B. Cancer in the elderly: a societal perspective from the United States. **Clin. Oncol.**, v. 21, n. 2, p. 92-98, 2009.

MYSTAKIDOU, K.; EFI, P.; ELENI, T.; IRENE, P.; ANNA, R.; MATINA, S.; ANTONIS, G.; IONNIS, K. Evaluation of instrumental activities of daily living in Greek patients with advanced cancer. **Int. J. Rehab. Res.**, v. 36, n. 1 p. 75-80, March, 2013a.

MYSTAKIDOU, K.; PARPA, E.; PANAQIOTOU, I.; ZYGOGIANNI, A.; GIANNIKAKI, E.; GOULIAMOS, A. Geriatric depression in advanced cancer patients: the effect of cognitive and physical functioning. **Geriatr. Gerontol. Int.**, v. 12, n. 2, p. 281-288, April 2013b.

NEME, C. M. B. Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres Com e Sem Câncer. **Psicol. Teoria Pesqui.**, v. 26, n. 3, p. 475-483, jul.- set. 2010.

NERI, A. L.; FORTES, A. C. G. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: FREITAS, E. V. et. al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1277-1288.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; FORTES-BURGOS, A. C.; MANTOVANI, E. P., ARBEX, F. S., TORRES, S. V. S.; GUARIENTO, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly careg-ers. **Int. Psycho –geriatr.**, v. 24, n. 3, p. 472-483, 2012.

NEVES, J. P. **As alterações cardiorrespiratórias de portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento de quimioterapia.** 2011. Trabalho de conclusão de curso (Monografia). 39 f. Faculdade do Clube Náutico Mogiano, Mogi das Cruzes, 2011.

NUCCI, N.A.G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo** 2003. 39 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, D. R.; FORTES, V. L. F.; TRAMONTINA, C. C.; OLIVEIRA, T. C. de; BROCK, F.; CORSO, D.; BETTINELLI, L. A.; POMATTI, D. M.; MATTE, M. M.; BROCK, J.; GUELLEN, O. L. A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico. **RBCEH**. Passo Fundo, v. 7, p. 58-70, 2010. Suplemento 1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Combate as doenças crônicas não-transmissíveis**, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para a Saúde, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID 10 Classificação de Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10/capitulos>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**. Informede um Comitê de Expertos, Genebra (Série de Informes técnicos, 548), 1974.

OTTO S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Bechamn e Afonso Editores, 2002. p. 526.

OZLEM, U. S.; ULKU, Y. A.; ONUR, E. K. H.; IBRAHIM, T.; UMMUGUL, U.; BURCIN, B.; OSNUR, B.; OKSUZOGLU, B. Effects of comorbidities and functional living activities on survival in geriatric breast cancer patients. **Contemp Oncol**, v. 18, n. 3, p. 204-210, 2014.

PAIVA, V. M. B. **A velhice como face do envelhecimento humano**. NEHSC (Núcleo de Estudo de História Social da Sociedade) Artigos, 2011. Disponível em:<http://www.nehscfortaleza.com/artigos_arquivos/artigo_039.htm>. Acesso em: 29 jan. 2014.

PAPALEO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**, 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2006,cap. 3, p .29-38.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PAULA, A. F. M.; RIBEIRO, L. H. M.; D'ELBOUX, M. J.; GUARIENTO, M. E. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 11, n. 3, p. 212-218, 2013.

PAULA, L. L. R. J.. **Qualidade de vida, impacto do tratamento e níveis de concordância entre avaliações de crianças e adolescentes em tratamento de câncer e seus cuidadores**. 2012. Dissertação (Mestrado), 145 f. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012

PERDICARIS, A.A.M. et al. **Controle do câncer: uma proposta de interação ensino-serviço**. Pro-Onco: Rio de Janeiro 1993, 239 p.

PEREIRA, A.; FREITAS, C.; MENDONÇA, C.; MARÇAL, F.; SOUZA, J.; NORONHA, J.P.; LESSA, L.; MELO, L.; GONÇALVES, R.; SHOLL-FRANCO, A. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciência e Cognição**, v. 1, p. 34-53, 2004.

PEREIRA, E.E.B.; SANTOS, N.B.; SARGES, E.S.N.F. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. **Rev. Pan-Amazônica Saúde**, v. 5, n. 4, p. 37-44, 2014.

PINTO, S.; CALDEIRA, S.; MARTINS, J. C. A espiritualidade nos pacientes com câncer em quimioterapia. **Cuid. Art. Enferm.**, v. 6, n.1, p.: 8-14, jan./jul. 2012a.

PINTO, S.; CALDEIRA, S.; MARTINS, J.C. A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. **Rev. Enferm. Refer.**, v. 3, n. 7, p. 23-31, jul. 2012b.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibrá. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3449-3460, 2013.

PIRL, W. F. Evidence Report on the Occurrence, Assessment, and Treatment of Depression in Cancer Patients. **J. Natl. Cancer Inst. Monogr.**, n. 32, p. 32-39, 2004.

PISONI, A. C. **Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama**. 2012. 20 f. Trabalho de conclusão de curso (**Monografia**). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijuí, 2012.

PRADO, C. P. **Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário**. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, L. B.; KARNAKIS, T.; MALHEIROS, S. M. F.; WELTMAN, E.; BRANDT, R. A.; ALIOSHA, R.; GUENDELMANN, K. Glioblastoma: enfoque no tratamento de pacientes idosos. **Einstein**, v. 10, n. 4, p. 512-518, 2012.

PORCIÚNCULA, R. de C. R.; CARVALHO, E.F.; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V.M.L. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 2 p.315-325, 2014.

QUERIDO, A. I. F. **A esperança em cuidados paliativos** 2005. 201p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Lisboa, Portugal, 2005.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAWDIN, B.; EVANS, C.; RABOW, M. W. The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. **J. Palliat. Med.**, v. 16, n. 2, p. 167-172, Feb. 2013.

ROCHA, L. S.; BEUTER, M.; NEVES, E. T.; LEITE, M. T.; BRONDANI, C. M.; PERLINI, N. M. O. G. O cuidado de si de idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 29-37, jan./mar., 2014.

ROCHA, J. C. C. Oncogenética e medicina genômica. In: GUIMARÊS, JR. **Manual de oncologia**. Ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

RODRIGUES, R. M. Depressão em idosos em clínicas geriátricas. **Desenvolvimento Pessoal**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Laboratório de Pesquisa em Tecnologias da Informação e da Comunicação- LATEC/UFRJ, v. 1, n. 1, p. 1-6, Jan./dez. 2011.

RUSTOEN, T.; COOPER, B. A.; MIASKOWSKI, C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. **Cancer Nurs.**, v. 33, n. 4, p.: 258-267, Jul.-Aug., 2010.

SÁ, M. F. S. **Relatório de atividades - 2011**. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

SAAS, A.; GRAVENA, A. A. F.; PILGER, C.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, p. 80-85, 2012.

SAS Institutel Inc., **SAS/SAS User's Guide, version 9.0**, Carry, NC: SAS SAS institutel Inc., 1999.

SAS Institutel Inc., **SAS/SAS User's Guide, version 9.0**, Carry, NC: SAS SAS institutel Inc., 2011.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtornos de humor, cap. 12. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **KAPLAN & SADOCK Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2. ed. Artmed: Porto Alegre, 2008, p. 195-228.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Transtornos de humor, cap. 13. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **KPLAN & SADOCK Manual conciso de psiquiatria clínica**. 2. ed. Artmed: Porto Alegre, 2008, p. 235-272.

SALES, C.A.; CASSAROTTI, M. da S.; PIOLLI, K.C.; MATSUDA, L.M.; WAKIUCHI, J. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, v. 15, n. 4, p. 659-667, 2014.

SANTANA, J. A. Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. **Vértices**, Campus dos Goytacazes/RJ, v. 14, n. 3, p. 85-101 set./dez. 2012.

SANTOS JUNIOR, A. dos. Considerações psiquiátricas no manejo de pacientes com câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Orgs.). **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap.5, 2013, p. 153-169.

SANTOS, A. F.; ALVES JUNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, C. A.; RIBEIRO, A. Q.; ROSA, C. O. B.; RIBEIRO, R. C. L. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idoso com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 751-760, 2015.

SANTOS, J.; MOTA, D. D. C.F.; PIMENTA, C. A. M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 909-914, 2009.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SARTORE, A. C., GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n.2, p. 227-232, 2008.

SAWADA, N. O.; NICOLUSSI, A. C.; OKINO, L.; CARDOZO, F. M. C.; ZAGO, M. M. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 581-587, 2009.

SCHJOLBERG, T. K.; DODD, M.; HENRIKSEN, N.; RUSTOEN, T. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. **Palliat. Support Care**, v. 9, n. 1, p. 63-72, Mar., 2011.

SEIXAS, R. J. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com neoplasia maligna durante o tratamento quimioterápico. 2012. 50f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

SEREDYNSKYJ, F. L.; RODRIGUES, R. A. P.; DINIZ, M. A.; FHON, J. R. S. Percepção do autocuidado de idosos em tratamento paliativo. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.16, n.2, p. 286-296, 2014.

SHEIKH, J. L.; YASAVAGE, J. A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin. Gerontol.**, England, v. 5, p. 165-73, 1986.

SILVA, H.T.P.L. **O acolhimento ao familiar acompanhante do idoso em situação urgência/emergência**. 2010 122 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, M.; SILVA, V. H. Envelhecimento : importante fator de risco para o câncer. **Arq, Méd. ABC**, Santo André, SP, v.30, n.1, p.11-18, jan./jun. 2005.

SILVA, M. M; SILVA, J. A.; ESTEVES, L. O.; MESQUITA, M. G. R.; STIPP, M. A. C.; DUARTE, S. C. M. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 15, n.3, p. 704-712, jul./set., 2013.

SILVA, N. M.; GASPAR, K. C. Ansiedade e pacientes oncológicos em início de tratamento radioterápico. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (orgs.). **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap.11, 2013, p. 273-294.

SILVA, S. S; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2008.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. 219 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, V. C. E., ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.

SILVEIRA, I. C. **Gastrectomia total e parcial, implicações no estado nutricional e qualidade de vida do doente**. 2012. 104 f. (Monografia). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Universidade do Porto, Porto, 2012.

SIQUEIRA, G. R.; VASCONCELOS, D. T.; DUARTE, G. C.; ARRUDA, I. C.; COSTA, J. A. S. da; CARDOSO, R. de O. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.

SINYDER, C. R.; LOPEZ, S. J.; SHOREY, H. S.; RAND, K. L.; FELDMAN, D. B. Hope, theory, mensurements and applications to school psychology. **School Psychol. Q.**, v. 18, n. 2, p.122-139, 2003.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. G.; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida dos idosos. **Ciênc. Cuidado Saúde**, v. 9, n. 4, p. 660-667, out./dez. 2010.

SOUZA-TALARICO, J. N.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R.; CHAVES, E. C. Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. **Rev. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 803-809. 2009

STORTI, L.B. **Relação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com Doença de Alzheimer**. 2014. 190 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION, J.D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 4, n. 81, p. 343-348, 2003.

TEIXEIRA, J. J. V., LEFÈVRE F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2007

TENG, C.T.; HEMES, E.C.; DEMETRIO, F.N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. 2014. Disponível em: <www.hcrp.fmrp.usp.br>. Acesso em: 20 jun. 2014.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. **Mundo Saúde**, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIANNA, A. E.; MARCONATO, C. S.; GINDRI, L.; BENETON, M. R.; LIMA, S.B.S.; VIERO, V. A enfermagem oncológica frente ao câncer em pacientes idosos. **Rev. Contexto Saúde**, v. 10, n. 20, p. 569-572, jan./jun., 2011.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teóricoprático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter. 2004. 360.

VIEIRA, S. A vez da oncogeriatria. In: **Onco & Oncologia para todas as especialidades**, n. 8, p. 12-15, out./nov. 2011.

VISENTIN, A; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.486-492, 2010.

UTNE, I.; MIASKOWSKI, C.; BJORDAL, K.; PAUL, S. M.; RUSTOEN, T. The relationships between mood disturbances and pain, hope, and quality of life in hospitalized cancer patients with pain on regularly scheduled opioid analgesic. **J. Palliat. Med.**, v. 13, n. 3, p. 311-318, Mar. 2010.

WALDRON, J. N., O'SULLIVAN, B. Princípios da Radioterapia oncológica. In: POLLOCK, R. E. (Ed). **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. Fundação Oncocentro, 2006.

WAKIUCHI, J.; MARCHI, J. A.; NORVILA, L. S.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paul. Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 202-208, 2015.

WONG, L. L. R., CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chronic diseases**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>. Acesso em: 29 jan. 2014.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. J. (Coord). **Introdução a psicooncologia**. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2003.

YASAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, v.17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ZHANG, J.; GAO, W.; WANG, P.; WU, Z. H. Relationships among hope, coping style and social support breast cancer patients. **Chinese Med. J.**, v.123, n.17, p. 2331-2335, sep. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Idosos em tratamento oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse

Estamos realizando um estudo com idosos em tratamento oncológico, atendidos na Central de Quimioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os objetivos deste estudo são: conhecer as características do idoso atendido nesta Central de Quimioterapia, como idade, o estado civil, a escolaridade, entre outros, conhecer a capacidade do idoso para realizar as tarefas do seu dia a dia, verificar o nível de esperança, bem como a presença de sintomas de depressão e estresse. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem como finalidade proteger os participantes de pesquisas.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar voluntariamente desse estudo. A sua participação constará em responder, por meio de uma entrevista, questões sobre aspectos pessoais (idade, com quem mora, estado civil, quantidade de filhos, entre outros); questões sociais (escolaridade, trabalho, entre outros) e sobre a realização de tarefas de seu dia a dia (alimentar-se, banhar-se, usar o telefone, entre outras) e sobre os aspectos emocionais (nível de esperança, sintomas de depressão e estresse). A entrevista será realizada pela pesquisadora, num período de aproximadamente, 50 minutos.

Sua participação poderá trazer desconforto emocional pela exposição de aspectos pessoais e sociais. Neste caso a pesquisadora realizará um acolhimento para escutá-lo e confortá-lo no presente momento e caso não tenha condições de continuar respondendo a entrevista, a mesma poderá ser interrompida. Caso apresente sinais de depressão e de estresse, o senhor(a) será encaminhado para atendimento com o psicólogo da Central de Quimioterapia.

Solicitamos, também, sua permissão para consultar em seu prontuário informações sobre diagnóstico e o grau da doença, presença de metástase, recaída da doença e outros diagnósticos médicos.

O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo a qualquer momento, se achar necessário. Nossos telefones para contato são: (16)3602-0534 (Sueli) ou (16)3602-3515 (Natália). Poderá ainda entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16)3602-3386, no período das 8h às 17h, de segundas às sextas-feiras, situado na Av. dos Bandeirantes, 3.900, Ribeirão Preto, SP.

As informações recebidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação. O senhor(a) terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Em relação aos benefícios do estudo, espera-se com o estudo conhecer a real situação dos idosos em tratamento oncológico, o que poderá subsidiar os profissionais da saúde, no planejamento e desenvolvimento de ações de cuidados para os idosos.

Este termo de consentimento consta em duas vias que serão assinadas pelos pesquisadores, pelo senhor(a), sendo que uma via lhe será entregue e a outra ficará sob guarda do pesquisador.

Atenciosamente,

Natália Michelato Silva

Aluna do Programa de Pós Graduação
do Departamento de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo.
Av. do Bandeirantes, 3.900, Ribeirão
Preto.
CRP – 06/98717

Sueli Marques

Professora Doutora do Departamento
de Enfermagem Geral e Especializada
da Escola Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo.
Av. do Bandeirantes, 3.900, Ribeirão
Preto.
COREn- 61337

Eu, _____ declaro estar ciente das informações recebidas e
concordo em participar dessa pesquisa,

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico e de Saúde do Idoso N° _____
Data da entrevista: ____/____/____ **Início:** ____ h ____ min **Término:** ____ h ____ min

Entrevistador: _____

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1) Idade: _____ (anos completos)

Data de nascimento ____/____/____

A2) Sexo:

(1) Masculino

(2) Feminino

A3) Com quem o Sr (a) mora:

(1) sozinho

(2) somente com o cônjuge

(3) cônjuge e filho(s)

(4) cônjuge, filhos, genro ou nora

(5) somente com o filho(s)

(6) arranjos trigeracionais (mora o idoso, filhos e netos)

(7) arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge)

(8) arranjos intrageracionais (somente com outros idosos)

(9) somente com os netos (sem filhos)

(10) não familiares

(11) Outro _____

(99) NS/NR

A4) Qual seu estado civil ?

(1) Solteiro(a)

(2) Casado(a)

(3) Divorciado(a)/desquitado(a)/Separado(a)

(4) Viúvo(a)

(5) Outro _____

(99) NS/NR

A5) Quantos filhos vivos o Sr (a) tem? _____

(99) NS/NR.....

SEÇÃO B: PERFIL SOCIAL

B1) Escolaridade:

(66) Analfabetos

(77) Sabe ler/escrever

Anos de estudo _____

(99) NS/NR

B2) O(a) Sr(a) tem religião?

(1) SIM

(2) NÃO

(99) NS/NR

B2a) Se sim, qual a religião?

(1) católica

(2) evangélica

(3) espírita

(4) outros _____

(88) NSA

(99) NS/NR

B3) O(a) Sr(a) trabalha atualmente?

(1) SIM

(2) NÃO

(99) NS/NR

B3a) Se sim, qual é a ocupação/profissão do Sr(a)?

(88) NSA

(99) NS/NR

B3b) Se não,

(1) Está desempregado(a) (4) Outro (especifique): _____

(2) É aposentado(a)

(88) NSA

(3) É pensionista

(99) NS/NR

B4) Qual(is) dessas rendas o Sr(a) tem?

(1) SIM

(2) NÃO

(99) NS/NR

B4a) Aposentadoria

B4b) Pensão

B4c) Aluguel

B4d) Trabalho próprio

B4e) Doações(família, amigos, instituições)

B4f) Outras.....

B5) Qual a renda mensal do Sr(a)? (em reais)

(99) NS/NR

SEÇÃO C: CONDIÇÃO DE SAÚDE

C1) O que o Sr(a) está tratando nesse setor?.....

(99) NS/NR

C2) É a primeira vez que recebe o diagnóstico dessa doença?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C3) Há quanto tempo está em tratamento?.....

(99) NS/NR

C4) Quantas sessões deste tratamento o Sr(a) já realizou.....

(99) NS/NR

C5) O Sr(a) está realizando outro tratamento para essa doença?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C5a) Se sim, qual?.....

(88) NSA (99) NS/NR

C6) O Sr(a) já realizou outro tratamento para essa doença?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C6a) Se sim, qual?.....

(88) NSA (99) NS/NR

C7) Já realizou tratamento para essa doença em outro momento de sua vida?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C7a) Se sim, qual?.....

(88) NSA (99) NS/NR

C8) Está apresentando algum efeito colateral devido ao tratamento?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C8a) Se sim, qual(s) desses?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C81) náuseas.....

C82) queda de cabelo.....

C83) vômito.....

C84) boca seca.....

C85) fadiga.....

C86) alterações de sono.....

C87) alterações de apetite.....

C88) outros.....

C9) O senhor(a) teve alguma seqüela irreversível devido à doença/tratamento?.....

(1) SIM (2) NÃO (99) NS/NR

C9a) Se sim, qual(s).....

(88) NSA (99) NS/NR

SEÇÃO D: DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO

D1) Diagnóstico da doença:.....

D2) Data de diagnóstico: _____ (em meses)
(77) não há informação

--	--

D3) Tempo de tratamento: _____ (em meses)
(77) não há informação

--	--

D4) Estadiamento da doença:
(77) não há informação

--	--

D5) Presença de metástase:
(1) SIM (2) NÃO (77) não há informação

--	--

D6) Presença de recidiva:
(1) SIM (2) NÃO (77) não há informação

--	--

D7) Qual é a proposta terapêutica atual?
(77) não há informação

--	--

D8) Outros diagnósticos médicos:
(0) nenhum (77) não há informação

--	--

APENDICE C – Autorização para uso da Escala Katz

Imprimir

Page 1 of 1

Assunto: Re: autorização para o uso da escala de Katz

De: Valeria Lino (valeriaslino@gmail.com)

Para: natmichelato@yahoo.com.br;

Data: Quinta-feira, 15 de Maio de 2014 11:48

Olá, Natália, fique à vontade para usá-lo. Quando decidimos colocar a versão brasileira no artigo, foi para facilitar o uso por outros pesquisadores. Após vários anos de uso, ainda percebo no instrumento sua grande utilidade quando lido com pacientes dependentes. É ele que me diz rapidamente se o paciente precisará ou não de cuidador.

Bom trabalho.

Atenciosamente,

Valéria Lino

Em 14 de maio de 2014 18:10, Natália <natmichelato@yahoo.com.br> escreveu:

Boa noite!

Sou psicóloga, aluna de mestrado da USP de Ribeirão Preto. Usarei o "Índice de Katz" como um de meus instrumentos em meu estudo e gostaria da autorização deste instrumento para que eu possa usar.

Atenciosamente,

Natália Michelato

APÊNDICE D – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

Imprimir

Page 1 of 1

Assunto: Re: Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária

De: Jair Sindra Virtuoso Júnior (virtuosojr@yahoo.com.br)

Para: natmichelato@yahoo.com.br;

Data: Domingo, 13 de Abril de 2014 22:08

Estimada Natália,

Autorizo a utilização da Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody, adaptada para a cultura brasileira.
Ressalto que a veiculação da escala com a utilização em pesquisas e serviços de saúde é um dos objetivos do estudo e da RBPS.
Em função do equívoco da publicação na classificação do nível de funcionalidade peço que considere os seguintes pontos de corte:
dependência total = 7; dependência parcial >7<21; independência = 21 pontos.

Att.,
Jair Sindra

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM
Instituto de Ciências da Saúde
Em Quarta-feira, 9 de Abril de 2014 5:31, Natália <natmichelato@yahoo.com.br> escreveu:
Boa tarde!

Sou psicóloga, aluna de mestrado pela Universidade de São Paulo (USP) na Escola de Enfermagem, e estou desenvolvendo um estudo com idosos em tratamento quimioterápico. Gostaria de solicitar a permissão para utilizar a escala de Lawton padronizada.
Aguardo retorno.
Atenciosamente,
Natália

APÊNDICE E – Escala de Depressão Geriátrica

Imprimir

Page 1 of 1

Assunto: Re: Escala de Depressão Geriátrica

De: Osvaldo Almeida (osvaldo.almeida@uwa.edu.au)

Para: natmichelato@yahoo.com.br;

Data: Quinta-feira, 3 de Abril de 2014 20:45

Cara Natalia

Grato pelo email. Nao ha necessidade de solicitar minha autorizacao para usar a escala - use-a a vontade.

Boa sorte com seu projeto!

Osvaldo

On 4 Apr 2014, at 3:15 am, "Natália" <natmichelato@yahoo.com.br> wrote:

Boa tarde!

Sou psicóloga, aluna do curso de mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP- Ribeirão Preto e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de oncogeriatria e gostaria da sua permissão para aplicar a Escala de Estresse Percebido para idosos.

Aguardo retorno.

Atenciosamente,

Natália

APÊNDICE F – Escala de Estresse Percebido

Imprimir

Page 1 of 1

Assunto: RE: Escala de Estresse Percebido
De: Caroline Di Bernardi Luft (caroluft21@hotmail.com)
Para: natmichelato@yahoo.com.br;
Data: Terça-feira, 8 de Abril de 2014 7:48

Boa tarde Natália,

Desculpe a demora em responder, eh que este email eu nao tenho mais checado, mil desculpas.
Sobre a escala, nao precisas autorizacao para uso cientifico, fique a vontade para usar.

Se precisar me contactar, por favor envie o email para caroluft21@gmail.com

Desculpe a falta de acentuacao adequada, o meu teclado aqui nao permite.

Tudo de bom,
abracos,
Caro

Date: Thu, 3 Apr 2014 12:12:04 -0700
From: natmichelato@yahoo.com.br
Subject: Escala de Estresse Percebido
To: caroluft21@hotmail.com

Boa tarde!

Sou psicóloga, aluna do curso de mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP- Ribeirão Preto e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de oncogeriatria e gostaria da sua permissão para aplicar a Escala de Estresse Percebido para idosos.

Aguardo retorno.

Atenciosamente,
Natália

APÊNDICE G –Escala de Esperança de Hert

Imprimir

Page 1 of 1

Assunto: Re: Escala de Esperança de Hert

De: Sonia Alves (sogrossi@usp.br)

Para: natmichelato@yahoo.com.br;

Cc: alessandrasartore@hotmail.com;

Data: Sexta-feira, 4 de Abril de 2014 0:08

Prezada Natália,

Minha orientada Alessandra, que está copiada neste email, validou a Escala de Esperança de Hert para o Brasil. Uma vez que já está publicada, pode ser usada a quem possa se interessar. Coloco vcs em contato neste email para que possam conversar a respeito.

Boa sorte.

Sonia

Sonia Aurora Alves Grossi
sogrossi@usp.br
Tel: 98383.9795

Em 03/04/2014, às 16:17, Natália escreveu:

Boa tarde!
Sou psicóloga, aluna do curso de mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP- Ribeirão Preto e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de oncogeriatría e gostaria da sua permissão para aplicar a Escala de Estresse Percebido para idosos.
Aguardo retorno.
Atenciosamente,
Natália

ANEXOS

ANEXO A – Mini Exame do Estado mental

Nº do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

- (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima
(6) não sabe

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

- (1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana () Dia do mês () Mês () Ano () Hora aprox. ()

Total de pontos:

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ()

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ()

Em que bairro estamos: ()

Em que cidade estamos ()

Em que estado estamos ()

Total de pontos:

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Árvore, Mesa, Cachorro.

A () M () C ()

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente uma vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos:

ATENÇÃO E CÁLCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; **93-7;** **86-7;** **79-7;** **72-7;**
____; ____; ____; ____; ____.

(93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos:

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora

quais ainda se lembra: A () M () C ()

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Árvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos:

☐

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C () R ()

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos:

☐

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”

Total de pontos:

☐

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: “FECHÉ OS OLHOS”. Diga-lhe: leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

☐

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P () D () C ()

Total de pontos:

☐

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: “Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

☐

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.

Total de pontos:

☐

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

TOTAL

☐

ANEXO B - Índice de Katz

Ficha de avaliação: para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).

Área de funcionamento	Independente/Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
() não recebe ajuda(entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)	(I)
() recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)
() recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
() pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda	(I)
() pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)
() recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)	
() vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	(I)
() recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite	(D)
() não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(D)
Transferência	
() deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	(I)
() deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)
() não sai da cama	(D)
Continência	
() controla inteiramente a micção e a evacuação	(I)
() tem “acidentes” ocasionais	(D)
() necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)
Alimentação	
() alimenta-se sem ajuda	(I)
() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)
() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fuidos intravenosos	(D)

Fonte: Katz, Akpom (1976)

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas funções e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO C - Escala de Lawton e Brody

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia a dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao telefone: ☐ ³ Recebe e faz ligações sem assistência ☐ ² Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone
b) Em relação as viagens: ☐ ³ Realiza viagens sozinha ☐ ² Somente viaja quando tem companhia ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de viajar
c) Em relação a realização de compras: ☐ ³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte ☐ ² Somente faz compras quando tem companhia ☐ ¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras
d) Em relação ao preparo das refeições: ☐ ³ Planeja e cozinha as refeições completas ☐ ² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda ☐ ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
e) Em relação ao trabalho doméstico: ☐ ³ Realiza tarefas pesadas ☐ ² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas ☐ ¹ Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos
f) Em relação ao uso de medicamentos: ☐ ³ Faz uso de medicamentos sem assistência ☐ ² Necessita de lembretes ou assistência ☐ ¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
g) Em relação ao manuseio do dinheiro: ☐ ³ Preenche cheque e paga contas sem auxílio ☐ ² Necessita de assistência para uso de cheques e contas ☐ ¹ Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação:

Dependência total = 7

Dependência parcial >7 < 21

Independência= 21

ANEXO D - Escala de Depressão Geriátrica

1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0)SIM	(1)NÃO
2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1)SIM	(0)NÃO
3) Você sente que sua vida está vazia?	(1)SIM	(0)NÃO
4) Você se aborrece com frequência?	(1)SIM	(0)NÃO
5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0)SIM	(1)NÃO
6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1)SIM	(0)NÃO
7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0)SIM	(1)NÃO
8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1)SIM	(0)NÃO
9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1)SIM	(0)NÃO
10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1)SIM	(0)NÃO
11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0)SIM	(1)NÃO
12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1)SIM	(0)NÃO
13) Você se sente cheio de energia?	(0)SIM	(1)NÃO
14) Você acha que sua situação é sem esperança?	(1)SIM	(0)NÃO
15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1)SIM	(0)NÃO

ANEXO E - Escala de Estresse Percebido (EEP)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentindo de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam **similares**, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

ANEXO F - Escala de Esperança de Hert (EEH)

Várias afirmações estão abaixo enumeradas. Leia cada afirmação e coloque um (x) na coluna que descreve o quanto você concorda com esta afirmação neste momento.

	Discordo Completamente	Discordo	Concordo	Concordo Completamente
1- Eu estou otimista quanto à vida.				
2- Eu tenho planos a curto e longo prazo.				
3- Eu me sinto muito sozinho.				
4- Eu consigo ver possibilidades em meio às dificuldades.				
5- Eu tenho uma fé que me conforta.				
6- Eu tenho medo do meu futuro.				
7- Eu posso me lembrar de tempos felizes e prazerosos.				
8- Eu me sinto muito forte.				
9- Eu me sinto capaz de dar e receber afeto/amor.				
10- Eu sei onde eu quero ir.				
11- Eu acredito no valor de cada dia.				
12- Eu sinto que minha vida tem valor e utilidade.				

ANEXO G - Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 143/2014

Ribeirão Preto, 28 de agosto de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de agosto de 2014.

Protocolo CAAE: 31253014.0.0000.5393

Projeto: IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse..

Pesquisadores: Sueli Marques
Natália Michelato Silva

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof. Dra. Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO H – Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 01 de setembro de 2014

Projeto de pesquisa: "IDOSOS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: RELAÇÃO ENTRE ESPERANÇA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E NÍVEL DE ESTRESSE."

Pesquisador responsável: Natália Michelato Silva e Profa. Dra. Sueli Marques

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar".

Ciente e de acordo:

Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa - HCFMRP-
USP

Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador Técnico/Científico da
Unidade de Pesquisa Clínica -
HCFMRP-USP

Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil/CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br