

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**IDOSOS CONVIVENDO COM CÂNCER: POSSIBILIDADES
PARA O CUIDADO DE SI**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Lucimara Sonaglio Rocha

Santa Maria, RS, Brasil

2011

IDOSOS CONVIVENDO COM CÂNCER: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE SI

por

Lucimara Sonaglio Rocha

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração Cuidado, Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa Estudos em Cuidado, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de

Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Margrid Beuter
Coorientadora: Prof^a Dr^a Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS, Brasil

2011

R672i **Rocha, Lucimara Sonaglio.**

Idosos convivendo com câncer: possibilidades para o cuidado de si/ por Lucimara Sonaglio Rocha. – 2011. 104 f.; il.; 30 cm

Orientador: Margrid Beuter

Coorientador: Eliane Tatsch Neves

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Saúde do idoso. 4. Autonomia pessoal. I. Beuter, Margrid. II. , Neves, Eliane Tasch. III Título.

CDU: 616-083

Responsável: Cláudia Terezinha Branco Gallotti
CRB: 10/1109

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**IDOSOS CONVIVENDO COM CÂNCER: POSSIBILIDADES PARA O
CUIDADO DE SI**

elaborado por
Lucimara Sonaglio Rocha

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Margrid Beuter, Dra.
(Presidente/ Orientadora)

Neide Aparecida Titonelli Alvim, Dra. (UFRJ/EEAN)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM/CESNORS)

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 17 de fevereiro de 2011.

*Dedico esse trabalho a todos que de
alguma maneira contribuíram para que
este fosse concretizado.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força, iluminação e pelas preciosas pessoas que o Senhor colocou no meu caminho nos momentos em que mais precisei, principalmente durante os seis anos em que vivi na cidade de Santa Maria.

Aos meus pais Antônio e Lucia, pela dedicação e incentivo nos estudos.

Às minhas irmãs, em especial à Lucirene, pelo constante apoio e carinho ao longo de minha formação profissional.

Aos meus sobrinhos, Lucas e Murilo, que mesmo sem entender porque a tia estava distante, recebiam-me sempre com amor e ternura.

Aos padrinhos Leni e João pelo carinho e incentivo.

À minha família como um todo, pelo apoio.

Ao meu noivo Rogério e à sua família, pela compreensão da minha ausência, pela paciência, apoio, incentivo e carinho incondicional.

À minha irmã do coração Sirlene pela parceria e amizade.

Aos amigos da Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) pela torcida.

Aos amigos da Unidade de Clínica Cirúrgica do HUSM Fernando, Odete, Rose e Rosane pelo permanente incentivo.

Às amigas Rosângela e Juliana que de forma incisiva me estimularam a participar da seleção do mestrado e sempre me incentivaram nos caminhos da pesquisa científica.

À minha orientadora Professora Dra. Margrid Beuter que nessa trajetória sempre me apoiou com carinho, dedicação, paciência, compreendendo minhas ausências em função do trabalho, amparando-me física e espiritualmente nos momentos mais difíceis. Pelas horas de conversa, pelos telefonemas, por ter acreditado que eu conseguiria, pelo chá quente, pela meia de tricô, pelos ensinamentos enquanto profissional e como pessoa, o meu muito, muito, muito obrigada.

À minha coorientadora Professora Dra. Eliane Tatsh Neves que aceitou o desafio e muito contribuiu na construção desse estudo.

À Professora Dra. Nara Marilene Girardon-Perlini pelo carinho e considerações valiosas para a elaboração desse trabalho.

Às professoras Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim e Dra. Marinês Tambara Leite pelas imprescindíveis contribuições por ocasião da banca de qualificação.

Às colegas do grupo de pesquisa que participaram de forma contundente na construção deste trabalho.

Aos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem e PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria pelos preciosos ensinamentos, sem os quais este momento não seria possível.

À secretária da Graduação em Enfermagem Ellen e ao funcionário da Direção de Enfermagem do HUSM Cleomar pelo carinho.

À secretária Zeli e às bolsistas do PPGEnf pelo apoio e viabilização de minhas atividades enquanto mestranda.

Às colegas do mestrado, em especial as colegas Carolina Junges, Silvana e Aline pela troca de conhecimento, parceria e apoio nos momentos de insegurança.

Às funcionárias do ambulatório de Hemato-oncologia Gisele, Cleonice e Michele pelo carinho quando da minha inserção naquele campo de estudo.

E, finalmente, como não poderia ser diferente, agradeço aos idosos em tratamento no ambulatório de Hemato-oncologia, pela participação, pelo carinho, pelas horas e horas de conversa prazerosa, sincera, amiga e fundamentalmente por suas lições de vida.

Muito obrigada a todos, que Deus os abençoe.

*“Tem sempre presente que a pele se enruga, o cabelo embranquece,
os dias convertem-se em anos...
Mas o que é importante não muda, a tua força e convicção não têm idade.
O teu espírito é como qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada conquista, vem um novo desafio.
Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas...
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr através dos anos, trota.
Quando não conseguires trotar, caminha.
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.
Mas nunca te detenhas!!!”*

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

IDOSOS CONVIVENDO COM CÂNCER: POSSIBILIDADES PARA O CUIDADO DE SI

AUTORA: LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

ORIENTADORA: MARGRID BEUTER

COORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 17 de fevereiro de 2011.

Em nível global, as taxas de natalidade recuam, a expectativa de vida avança e as populações envelhecem. Uma consequência disso é o aumento na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde nesta população, entre eles o câncer. O câncer é uma doença estigmatizada e, quando se soma a esse fato a condição de ser idoso o atendimento a este grupo de indivíduos torna-se ainda mais complexo. Nesse sentido, os profissionais da enfermagem devem desenvolver ações que contribuam para o cuidado de si do idoso que convive com o câncer visando proporcionar condições para manifestação da autonomia desses sujeitos. Dentro desse contexto, realizou-se esta pesquisa qualitativa descritiva cujos objetivos foram: descrever o cuidado de si de idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial; analisar o cuidado de si desses idosos, na perspectiva de sua autonomia; e, discutir as repercussões das práticas dos profissionais de saúde no cuidado de si desses idosos. O local de estudo foi o Ambulatório de Hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria, no município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Os sujeitos foram 15 idosos que realizavam tratamento no ambulatório por um período mínimo de três meses, apresentando capacidade de compreensão e de comunicação verbal e conhecimento do seu diagnóstico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada complementada pela observação do campo e aplicação das escalas de avaliação funcional de Lawton e Katz. Os dados obtidos na entrevista, depois de transcritos, foram submetidos à análise temática. Os dados foram organizados em duas categorias temáticas : manifestações do cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer e repercussões das práticas dos profissionais da saúde no cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial na perspectiva de sua autonomia. Entende-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada aos idosos que convivem com câncer e seus familiares.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem, Saúde do Idoso e Autonomia pessoal.

RESUMEN

Disertación de Maestría
Programa de Postgrado en Enfermería
Universidade Federal de Santa Maria

VIVIR CON CANCER DE ANCIANOS: OPCIONES PARA EL CUIDADO DE SÍ MISMO

AUTOR: LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

ORIENTACIÓN: MARGRID BEUTER

COORDINACIÓN: ELIANE TATSCH NEVES

Fecha y lugar de defensa: Santa Maria, 17 febrero de 2011.

A nivel mundial, las tasas de fecundidad retroceder la esperanza de vida y la edad avanza poblaciones. Una de las consecuencias es el aumento de la incidencia y la prevalencia de problemas crónicos de salud en esta población, incluyendo el cáncer. El cáncer es una enfermedad estigmatizada y, cuando se agrega el hecho de que la situación de la atención a los mayores para este grupo de personas se vuelve aún más complejo. En consecuencia, los profesionales de enfermería debe llevar a cabo actividades que contribuyan al autocuidado de los ancianos que viven con cáncer a fin de proporcionar las condiciones para la manifestación de la autonomía de estas personas. En este contexto, se realizó este estudio descriptivo cualitativo, cuyos objetivos fueron describir la auto-cuidado de personas mayores que viven con pacientes ambulatorios de cáncer, analizar el autocuidado de los ancianos, en vista de su autonomía, y discutir las implicaciones prácticas de los profesionales de la salud en el autocuidado de los ancianos. El estudio se realizó en la Clínica de Hematología-Oncología, Hospital Universitario de Santa María en Santa Maria, Rio Grande do Sul. Los sujetos fueron 15 individuos que fueron sometidos a tratamiento en la clínica durante un período mínimo de tres meses, con una capacidad de la comprensión y la comunicación verbal y su diagnóstico. Los datos fueron recolectados por entrevistas semi-estructuradas complementa con la observación de campo y la aplicación de escalas de valoración funcional de Lawton y Katz. Los datos obtenidos en la entrevista, después de transcripciones fueron sometidos al análisis temático. Los datos fueron organizados en dos temas: las manifestaciones de auto-cuidado de personas mayores que viven con cáncer y las repercusiones de las prácticas de los profesionales de la salud en el autocuidado de los ancianos que viven con el tratamiento ambulatorio del cáncer en la perspectiva de su autonomía. Se entiende que los resultados del estudio podrían ayudar a mejorar la calidad de la atención prestada a las personas mayores que viven con cáncer y sus familias.

Palabras clave: Enfermería, Atención de Enfermería, Salud del Anciano y Autonomía Personal.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

ELDERLY LIVING WITH CANCER: POSSIBILITIES FOR SELF CARE

AUTHOR: LUCIMARA SONAGLIO ROCHA

ADVISER: MARGRID BEUTER

COADVISER: ELIANE TATSCH NEVES

Date and place of defense: Santa Maria, february, 17th of 2011.

Globally, fertility rates recede, life expectancy and advances populations age. One consequence is the increased incidence and prevalence of chronic health problems in this population, including cancer. Cancer is a disease stigmatized and, when you add the fact that the condition of the elderly care for this group of individuals becomes even more complex. Accordingly, the nursing professionals should undertake activities that contribute to the self care of the elderly living with cancer in order to provide conditions for the manifestation of the autonomy of these individuals. Within this context, we carried out this descriptive qualitative research whose objectives were to describe the self-care of elderly people living with cancer outpatients, analyzing the self care of the elderly, in view of their autonomy, and discuss the implications practices of health professionals in self care of the elderly. The study was performed at the Clinic of Hematology-Oncology, University Hospital of Santa Maria in Santa Maria, Rio Grande do Sul The subjects were 15 individuals who were undergoing treatment at the clinic for a minimum period of three months, with capacity comprehension and verbal communication and their diagnosis. Data collection was performed by semi-structured interviews supplemented by field observation and application of functional assessment scales of Lawton and Katz. The data obtained in the interview, after transcripts were subjected to thematic analysis. Data were organized into two themes: manifestations of self-care of elderly people living with cancer and repercussions of the practices of health professionals in self care of the elderly living with cancer outpatient treatment at the prospect of their autonomy. It is understood that the survey results could help to improve the quality of care provided to elderly people living with cancer and their families..

Keywords: Nursing, Nursing Care, Health of the Elderly and Personal Autonomy.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Evolução da mortalidade proporcional Rio Grande do Sul 2000-2008	28
Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos quanto à sua descrição, rede de apoio, renda, avaliação das AVD e histórico da patologia e tratamento	49

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação da área de abrangência do ambulatório de Hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria	42
Figura 2 – Capítulos, categorias e subcategorias emergentes do processo de análise de conteúdo	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DEPE	Direção de Ensino Pesquisa e Extensão
DNA	Deoxyribonucleic acid
GAP	Gabinete de Projetos de Pesquisa
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Line
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados	96
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido	97
Apêndice C – Autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa	99
Apêndice D – Termo de confidencialidade	100

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Escala de avaliação das atividades de vida diária de Katz	102
Anexo B – Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton	103
Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria	104

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1 SER IDOSO E VIVENCIAR O CÂNCER: UM DESAFIO ÉTICO PARA A PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	27
1.1 O processo de envelhecimento somado à vivência do câncer.....	27
1.2 O cuidado de si como caminho na busca da autonomia do idoso sob os cuidados da enfermagem	31
2 PERCURSO METODOLÓGICO	38
2.1 Tipo de estudo	38
2.2 Coleta e registro dos dados	39
2.3 Cenário da pesquisa	41
2.4 A inserção no campo e os sujeitos do estudo	43
2.5 Análise e interpretação dos dados	44
2.6 Considerações éticas	45
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
3.1 Caracterização dos sujeitos do estudo	48
4 O CUIDADO DE SI DOS IDOSOS QUE CONVIVEM COM O CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL: A INTRINCADA RELAÇÃO ENTRE ENVELHECIMENTO, CÂNCER E AUTONOMIA	54
4.1 Manifestações do cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial	54
4.1.1 O cuidado com o corpo	54
4.1.2 O cuidado em família e a sua dinâmica	60
4.1.3 A adaptação às limitações da doença	63
4.1.4 A convivência com a finitude	67
5 AS REPERCUSSÕES DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DE SI DOS IDOSOS QUE CONVIVEM COM O	

CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL NA PERSPECTIVA DE SUA AUTONOMIA	74
5.1 A relação do profissional da saúde com o idoso	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	95
ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, ao passo em que a população envelhece identifica-se problemas decorrentes deste envelhecimento, entre eles o avanço das condições crônicas de saúde. As condições crônicas são situações de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente, de forma que exigem respostas e ações contínuas e pró-ativas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo. O termo “condições crônicas” abarca uma categoria ampla de agravos que aparentemente não teriam nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis e não transmissíveis, embora pareçam ser diferentes, incluem-se neste grupo. Dados apontam que as condições crônicas são responsáveis por 60% do ônus decorrente de doenças no mundo. Há estimativas de que no ano 2020, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento serão decorrentes de problemas crônicos (OMS, 2003).

As condições crônicas de saúde exigem encargos financeiros excessivos se gerenciadas de forma inadequada. Porém, o impacto dessas doenças vai muito além dos gastos relacionados ao tratamento médico e, sob uma perspectiva econômica, todos pagam o preço. Os pacientes e suas famílias pagam os custos econômicos mensuráveis e também os imensuráveis: os primeiros estão relacionados às despesas com serviços médicos, redução da atividade laboral e perda do emprego; enquanto os imensuráveis incluem a incapacidade em consequência da doença e a redução do tempo e da qualidade de vida. As organizações de assistência à saúde pagam grande parte das obrigações referentes ao atendimento médico e outros encargos embutidos no tratamento. Os profissionais da saúde sofrem com a frustração em relação à sua atividade profissional no que tange o tratamento destas patologias. Os administradores dos serviços de saúde ficam insatisfeitos com os resultados dos serviços e o desperdício dos recursos. Os governos, empregadores e sociedade padecem devido à perda de mão de obra, incapacidade e morbidade relacionada às condições crônicas de saúde (OMS, 2003).

Entre as doenças crônicas em expansão está o câncer que pode atingir qualquer pessoa, em diferentes faixas etárias, porém sua incidência aumenta após os 60 anos (BERTOLASCE, 2004). Em 2008, no Estado do Rio Grande do Sul, o câncer foi considerado a segunda causa de morte em indivíduos com idade igual e superior a 60 anos, correspondendo a 22,1% do total de óbitos (RS, 2010). O percentual elevado da doença entre a população idosa foi confirmado em um levantamento realizado no Ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS, o qual demonstrou que, no ano de 2009, 50% dos indivíduos que iniciaram tratamento quimioterápico eram idosos (HUSM, 2009a).

Ao longo dos séculos, o câncer foi considerado uma doença a ser escondida e silenciada. A partir da década de 1940, esse conceito modificou-se quando novas informações sobre a doença começaram a ser veiculadas, associando o câncer à possibilidade de cura. O diagnóstico e tratamento dos diferentes tipos de câncer, em todas as idades, tiveram avanços expressivos. Modernos métodos de imagem, análises bioquímicas e métodos de biologia molecular têm permitido o diagnóstico apurado, acompanhamento adequado e avaliação do prognóstico dos pacientes. O diagnóstico precoce aliado aos atuais métodos terapêuticos tem possibilitado índices de sobrevivência progressivamente maiores em casos considerados incuráveis até pouco tempo (INCA, 2008). Mesmo com os avanços da área da saúde e o maior número de curas efetivas, o câncer ainda hoje é relacionado à doença fatal e suscita nos doentes e familiares sentimentos de dor e de desesperança (PRADO, 2002).

O câncer é uma doença estigmatizada e, quando se soma a esse fato a condição de ser idoso, o atendimento a este grupo de indivíduos torna-se mais complexo. Há um conjunto de especificidades psicológicas, sociais e biológicas inerentes a essa faixa etária, fato que reforça a necessidade do idoso que convive com o câncer ser devidamente acompanhado (BERTOLASCE, 2004). Nesse contexto, a enfermagem exerce um papel relevante no tratamento e no acompanhamento de sua condição física, psicológica e social, por serem os profissionais que mais tempo permanecem com o idoso no decorrer desse processo (MACHADO; SAWADA, 2008).

Novas estratégias terapêuticas vêm sendo implementadas a fim de dirimir o sofrimento dos indivíduos acometidos pelo câncer, principalmente no que tange aos impactos causados pelo tratamento. Há pouco tempo, a hospitalização era a indicação mais comum para o tratamento do câncer, entretanto, a desospitalização

ganhou destaque, viabilizada por meio do tratamento ambulatorial, hospital-dia, assistência domiciliar (*home care*) e redes de apoio (COSTA; LIMA, 2002). O tratamento ambulatorial, comumente utilizado, possibilita aos indivíduos usufruírem de maior autonomia, quando comparado à terapêutica que são submetidos na internação hospitalar.

Ao tratar de autonomia na área da saúde, é inevitável uma incursão no campo da Ética do cuidado. A reflexão sobre a ética e sua importância no cotidiano social envolve a preocupação dos profissionais acerca de suas condutas, atitudes e a busca de novos modos de cuidar. Fundamenta-se na análise das ações, como precisam ser realizadas e suas consequências na vida do ser humano/paciente. A ética nas relações do cuidado é uma premissa indispensável, que faz o profissional agir com a intenção de respeitar a dignidade da pessoa que está sob os seus cuidados (SANTIN, BETINELLI, 2010).

Os dilemas relacionados às questões do cuidado e da manipulação da vida humana são tratados pela bioética. Esta consiste em um estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e do cuidado da saúde. Dentro dos conceitos utilizados como referencial numa visão principialista da bioética destaca-se a autonomia (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006). No presente estudo, autonomia ou autodeterminação é entendida como a capacidade de agir por si, de poder escolher e expor ideias, agir com responsabilidade. Refere-se ao direito do indivíduo de autogovernar-se, fazer suas escolhas, exercer a função de protagonista em seu processo de saúde e doença (FREIRE, 1998; SANTIN, BETINELLI, 2010).

Na área da saúde, reconhecer que a pessoa é livre e autônoma para determinar seu próprio curso de vida requer, entre outros, oportunizar-lhe conhecer possíveis alternativas diagnósticas e terapêuticas com os riscos e benefícios inerentes a cada uma delas. O profissional deve certificar-se de que todas as informações prestadas foram compreendidas e respeitar a decisão final do indivíduo (ALVES et al., 2008).

Ao ser desconsiderada a participação do sujeito no seu processo de cuidar, há o reforço de ações paternalistas pelos profissionais da saúde, nas quais a dependência em uma área, como a física, é generalizada para outras, como a mental, comprometendo a capacidade de solução de problemas e a tomada de decisões. Tal atitude interfere na adesão do indivíduo ao tratamento, em especial

nas doenças crônicas, nas quais esse é um fator primordial na busca por resultados positivos (COSTA; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2007).

Deve-se considerar que exercer a autonomia implica em assumir a responsabilidade pela própria saúde. Não é raro, entretanto, que pacientes abdicuem dessa autonomia e deixem para os profissionais e os seus familiares a decisão sobre todos os seus problemas de saúde. Muitas pessoas preferem colocar-se nas mãos de outros pelo fato de ser a autonomia, para elas, mais uma fonte de frustração e ansiedade do que de satisfação (CULVER, 2002).

Uma pesquisa desenvolvida na literatura científica nacional e internacional acerca do cuidado ao idoso hospitalizado revelou que grande parcela dos estudos restringe-se aos aspectos biológicos do envelhecimento e metodologias de assistência, creditando ao idoso um papel de ser passivo no processo de cuidar. Esse levantamento bibliográfico foi realizado junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio do portal Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Line (MEDLINE). Na busca do material, ocorrida no mês de maio de 2009, utilizaram-se como descritores idoso e hospitalização e a palavra-chave cuidado. Os achados apontaram que não é dada a devida importância à participação do idoso no processo de cuidar. Assim, são negligenciadas ações que poderiam ser determinantes na melhoria da sua situação de saúde, uma vez que estas poderiam favorecer a adesão ao tratamento e manifestação da autonomia.

Dentro desse contexto, o envelhecimento é visto pela sociedade como um processo de perdas: do trabalho, da saúde e da rede de relações. Essa forma tradicional e passiva de encarar o envelhecimento impõe ao idoso o exercício de um “papel sem papel” culturalmente aceito pela sociedade, o que o torna cada vez mais marginalizado e vulnerável (CALDAS, 2000).

A vulnerabilidade do idoso no âmbito social afeta outros níveis, os quais poderão refletir em sua saúde. A decisão do próprio idoso quanto ao alcance de suas metas de saúde facilita e incentiva a diminuição da dependência na relação profissional-cliente-família. Essa postura baseia-se na crença de que os direitos e as responsabilidades inerentes ao indivíduo devem ser respeitados (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da busca por estratégias que possam contribuir para que o idoso torne-se participativo e atuante na sociedade, a

fim de garantir meios para a manifestação de sua autonomia. Uma possibilidade centra-se na prática dos fundamentos do cuidado de si.

A discussão acerca do cuidado de si teve como base a obra de Foucault. Este autor realizou diversos estudos sobre o cuidado, tendo como referencial a filosofia grego-romana e a espiritualidade cristã. Suas pesquisas buscaram compreender o sujeito e a verdade, inseridas no domínio da Ética e das análises sobre o conceito de si. Em seus trabalhos Foucault apresenta as “tecnologias do eu” sendo estas práticas próprias utilizadas pelos gregos, em relação aos seus corpos e almas, como estímulo ao dever do cuidado de si para conhecer-se a si. Sobre o termo Foucault destaca:

Com este termo tento traduzir, bem ou mal, uma noção grega bastante complexa e rica, muito freqüente também, e que perdurou longamente em toda a cultura grega: a de *epiméleia heautoû*, que os latinos traduziram, com toda aquela insipidez, é claro, tantas vezes denunciada ou pelo menos apontada, por algo assim como *cura sui*. *Epiméleia heautoû* é o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo, etc (FOUCAULT, 2006, p. 4).

Na práxis da enfermagem é comum a utilização de termos que têm similitude, mas que têm significados muito diferentes: autocuidado e cuidado de si. A Teoria do Autocuidado, formulada pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem, define o termo autocuidado como desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (OSTER; JANSSENS, 2000). Nesse caso, está mais vinculado ao objetivismo do processo saúde/doença, é prescritível, quantificável e conduz ao condicionamento do ser humano ao plano assistencial, por meio dos requisitos universais comuns a todos os seres, tais como: alimentação, eliminações, atividade, descanso, entre outros (SILVA et al, 2009).

Por outro lado, o cuidado de si valoriza a subjetividade do ser humano, e requer que a enfermagem auxilie o indivíduo no respeito à vivência no cuidado da sua saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida. O cuidado de si centra-se no diálogo com a pessoa e a entende como única conhecedora da situação vivida. No momento em que são utilizadas medidas do cuidado de si na prática dos enfermeiros, adota-se um comportamento ético pela vida, ao despertar a responsabilidade e a preocupação com o viver (SILVA et al., 2009).

Em minha prática profissional, observei que o idoso tem pouco espaço para manifestar sua opinião, especialmente, quando o assunto é a sua saúde. Tal fato, vivenciado cotidianamente, inquietou-me. Em alguns casos, devido às condições

clínicas do indivíduo, independente de sua idade, faz-se necessária a intervenção da família para o bem de sua saúde. Porém, observei que, muitas vezes na tentativa de proteger o seu idoso, a família o anula quanto ao cuidado de si e, com isso, também fragiliza a manifestação de sua autonomia e, em alguns casos, a vontade de viver.

Desse modo, compreendo que há uma lacuna entre o que é preconizado no atendimento à saúde do idoso e o que é realmente efetivado. Esse contexto levou-me a refletir acerca da importância do cuidado de enfermagem prestado ao idoso e da manifestação de sua autonomia nesse cuidado, particularmente se este idoso ainda convive com uma doença tão estigmatizada quanto o câncer. Percebo ser incipiente o conhecimento técnico-científico dos profissionais da saúde no que se refere ao cuidado específico da população idosa e do próprio idoso, no que tange ao seu direito de autodeterminação.

Assim, em vista do exposto, constitui-se como **objeto** deste estudo **o cuidado de si de idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial.**

Frente a essas colocações, a questão norteadora deste estudo foi: como os idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial têm desenvolvido o cuidado de si?

Para responder a questão apresentada, foram formulados os seguintes **objetivos:**

- descrever o cuidado de si de idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial;
- analisar o cuidado de si desses idosos na perspectiva de sua autonomia;
- discutir as repercussões das práticas dos profissionais de saúde no cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial na perspectiva de sua autonomia.

Com isso, este estudo poderá trazer subsídios para o cuidado de enfermagem aos idosos que convivem com o câncer, em que o cuidado de si é pautado por ações educativas como estratégia no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde da população senescente. Preocupar-se com a questão do cuidado de si como promotor da autonomia do idoso deve ser uma inquietação dos profissionais da área da saúde, dada a ascensão do número de idosos e os novos desafios impostos pelas necessidades emergentes dessa população.

Contudo, discussões a respeito do envelhecimento populacional e a forma como ocorre esse processo não devem ser restritas ao setor saúde, pois o aumento

no número de idosos, em grande parte com comprometimentos decorrentes de doenças crônico-degenerativas, impacta e impactará ainda mais em outros setores, como a economia e a previdência social.

Dessa forma, estudar o envelhecimento e as suas relações com os diversos setores é essencial. Principalmente, investir no aprofundamento do conhecimento relativo à questão dos idosos que convivem com câncer, uma vez que muitos estigmas, preconceitos e tabus, sobre ambos os temas — envelhecimento e câncer — precisam ser superados.

Assim, este estudo contribuirá também com o conhecimento produzido na área do cuidado de enfermagem ao idoso, bem como para os estudos e pesquisas realizadas no âmbito da Linha de Pesquisa relacionada ao Cuidado, Saúde e Enfermagem, do Curso Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria.

1 SER IDOSO E VIVENCIAR O CÂNCER: UM DESAFIO ÉTICO PARA A PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Este tópico aborda os principais conceitos e referenciais teóricos que fundamentaram esta dissertação, os quais estão relacionados com o envelhecimento, a convivência com o câncer e as implicações do cuidado de si para a autonomia do idoso e o cuidado de enfermagem.

1.1 O processo de envelhecimento somado à vivência do câncer

O aumento gradativo da população com 60 anos e mais, no Brasil, nos últimos anos, indica que o país se encontra em franco processo de envelhecimento populacional. Em 2007, esse grupo etário representava 10,5% do total da população total, 11,4%, somente na Região Sul. No período de 1997 a 2007, a população brasileira apresentou um crescimento relativo da ordem de 21,6%; desse total, o incremento do contingente de pessoas com 60 anos ou mais foi bem mais acelerado: 47,8% (IBGE, 2008).

O crescimento absoluto e relativo da população idosa no Brasil deve-se ao aumento da esperança de vida ao nascer, somado à queda do nível geral de mortalidade e fecundidade. A esperança média de vida ao nascer no país cresceu, entre 1997 e 2007, cerca de 3,4 anos, passando em média para 72,7 anos de idade. Entre as mulheres esse índice passou de 73,2 para 76,5 anos, e entre os homens de 65,5 para 69,0 anos. Em decorrência a isso, a taxa bruta de mortalidade, que representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população, caiu de 6,6%, em 1997, para 6,23% em 2007. Enquanto a taxa de fecundidade total manteve a sua tendência de declínio, ao passar de 2,54 para 1,95 filhos em média por mulher, no mesmo período (IBGE, 2008).

Tais mudanças acarretam uma série de previsíveis consequências epidemiológicas, sociais e culturais, de forma mais impactante no setor da saúde, às quais a sociedade não está adequadamente apta a enfrentar. Tendo em vista que enquanto há uma queda na taxa de mortalidade infantil e um aumento na

expectativa de vida, as condições crônicas de saúde tornam-se mais expressivas. Entre as doenças crônicas de maior incidência está o câncer.

Os dados estatísticos gerais de pacientes que morrem acometidos por algum tipo de câncer vêm crescendo anualmente e, hoje, considerando a taxa de mortalidade geral da população, chega à segunda causa de morte entre os brasileiros. No Rio Grande do Sul as neoplasias representavam, em 2000, 19,3% dos óbitos da população. Os últimos dados (2008) mostram que este índice vem aumentando chegando a 21,4% do total de óbitos (RS, 2010). A tabela 1 mostra a evolução dos óbitos por neoplasias no Estado do Rio Grande do Sul:

Tabela 1 – Evolução da mortalidade proporcional Rio Grande do Sul, 2000-2008.

Causa morte: Capítulos CID 10	Ano								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
IX – Aparelho Circulatório	33,7	32,2	31,6	30,6	30,8	30,1	30,0	30,2	30,1
II – Neoplasias	19,3	19,3	19,3	19,5	19,8	20,8	21,1	20,5	21,4
X - Aparelho Respiratório	12,0	12,6	11,7	12,1	12,2	11,9	11,9	12,3	11,1
XX – Causas Externas	9,5	9,5	9,8	9,6	9,6	9,6	9,5	9,4	9,9

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS/DAS/SES-RS. 2010 (Adaptado). Santa Maria, RS, 2010.

O desenvolvimento do câncer está diretamente ligado ao processo de envelhecimento celular. À medida que os anos avançam as agressões externas (como o fumo, sol, substâncias químicas, vírus...) geram um acúmulo de danos ao DNA das células e possibilitam o desenvolvimento das primeiras células geradoras dos tumores malignos. Por essa razão, a maior idade é um fator de risco para a formação das neoplasias malignas mais comuns (GARDELHA; MARTINS, 2002; BERTOLASCE, 2004).

Atualmente o câncer tem sido considerado um problema de saúde pública, mas não apenas por sua incidência. Considera-se o contexto da doença, inclui-se o impacto do seu diagnóstico, confirmação e tratamento, os quais implicam de forma significativa no estilo de vida do indivíduo e de sua família, e na adesão ao tratamento, geralmente agressivo por seus efeitos adversos (MACHADO; SAWADA, 2008).

Há diferentes tipos de tratamento para o câncer, entre eles, a quimioterapia é a mais frequente, associada ou não à radioterapia, cirurgia, imunoterapia e hormonioterapia. O protocolo de tratamento é instituído de acordo com o tipo de

tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente (INCA, 2008).

A maior limitação dos quimioterápicos, agentes químicos utilizados no tratamento do câncer, diz respeito à sua inespecificidade celular, ou seja, os seus efeitos afetam tanto as células normais como as neoplásicas. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende da droga utilizada. Nem todos os quimioterápicos ocasionam efeitos indesejáveis, porém esses efeitos existem, os mais comuns são os hematológicos, gastrointestinais, cardíacos, hepáticos, pulmonares, neurológicos, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológicas, reações alérgicas e anafilaxia (INCA, 2008).

Tendo em vista a complexidade no tratamento do câncer, a internação hospitalar faz-se necessária em muitas situações. Uma das limitações dessa modalidade de tratamento é o fato de que isola o indivíduo de seu ambiente social, interrompe suas atividades, proporciona pouca ou nenhuma oportunidade de fazer com que lide com o impacto da doença em seu cotidiano. Além disso, o paciente fica exposto a riscos que podem vir a fragilizar mais sua saúde, assim como o convívio prolongado com outros indivíduos que sofrem com a mesma doença, em fases mais adiantadas ou semelhantes, que o torna mais vulnerável ao sofrimento decorrente do receio da terminalidade (PELAEZ DORÓ et al., 2004).

O profissional de saúde e a família devem considerar que a cronicidade vivenciada em um momento de adoecimento pelo idoso somado à internação hospitalar, podem causar limitações no seu processo de viver. Tal situação pode estimular a dependência de cuidados e até mesmo à incapacidade de tomada de decisão acerca de tais cuidados, além de desencadear sentimentos de sofrimento e de terminalidade. O próprio cuidador, algumas vezes, pode negar o fato de que padecer de uma doença crônica não significa que a pessoa não possa gerir sua própria vida e viver o seu dia a dia de forma independente (GORDILHO et al., 2000).

Somado a isso, temos o fato da hospitalização gerar altos custos para a família e/ou para o Estado. Por isso, tem-se optado pelo tratamento ambulatorial, no qual o indivíduo fica no domicílio, mantém suas atividades, e faz visitas frequentes ao ambulatório especializado para acompanhamento terapêutico e administração dos quimioterápicos.

O processo de envelhecimento pode ser um período extremamente difícil para algumas pessoas, muitas delas, não conseguem se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa da vida. Uma das maiores dificuldades nessa fase reside no sentimento que acompanha o processo de perdas e de declínio físico, de reflexões profundas sobre a própria vida e a proximidade da morte. O fator decisivo não é somente a consciência da própria morte, mas a consciência da sua proximidade e, conseqüentemente, da ausência de perspectivas futuras (TEIXEIRA, 2004).

A vida sempre é um período finito, no entanto a finitude passa a ser mais contundente com a chegada da velhice. A perda de amigos, familiares e de pessoas de referência social reforça essa noção. Quando existe uma doença grave ou outra situação de enfermidade, a morte passa a ser não só uma probabilidade, mas também uma alternativa (GOLDIN, 2002).

O processo natural de envelhecimento e a vivência de uma situação crônica, por si só, podem acarretar a perda da autonomia do idoso (BORGES, 2006). Em uma cultura, na qual o idoso é considerado um objeto descartável e obsoleto, em que somente os indivíduos produtivos são valorizados, o envelhecimento passa a ser sinônimo de improdutividade. Esta é uma visão, segundo Filho, Santin e Vieira (2005), carregada de preconceito, discriminação e estigmas, que define uma fase da vida de forma pejorativa, a qual todas as pessoas que se tornarem idosas estarão fadadas a enfrentar. Dessa forma, as convicções pessoais do idoso merecem ser respeitadas e consideradas na avaliação do grau de capacidade que ele tem para tomar suas decisões.

Segundo Goldin (2002), uma pessoa autônoma é:

[...] um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação. Respeitar a autonomia é valorizar as considerações sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para fazer isso (p. 85).

Muitas vezes, até mesmo por pressão da família, surge o dilema de dizer ou não a verdade para os pacientes idosos, com o objetivo de preservá-los do impacto e da ansiedade. Na realidade, o dilema não deve consistir em revelar-se ou não a verdade, mas sim qual a forma mais adequada de comunicá-la. Essa é uma

habilidade que deve ser desenvolvida e não negada pelos profissionais da saúde. A não revelação da verdade pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sua vida pessoal. Da mesma forma, impede o paciente e sua família de prepararem-se para eventos prováveis, inclusive a morte (GOLDIN, 2002).

Goldin (2002) salienta que o paciente também tem o direito de “não saber”, isto é, o direito de não ser informado, caso manifeste expressamente esta vontade. Porém, o profissional de saúde ao reconhecer essa situação precisa esclarecer o paciente sobre as consequências deste ato.

1.2 O exercício do cuidado de si do idoso como estratégia do cuidado de enfermagem

O envelhecimento não é apenas uma ação biológica, em que ocorre o declínio das funções dos órgãos e sistemas do corpo humano, mas sim, um complexo processo que sofre influência das questões culturais e sociais que repercutem profundamente no modo de cuidar desses sujeitos. Por suas particularidades, o envelhecimento passou de um olhar micro, em que o próprio idoso faz a sua introspecção, ou seja, aquele que vivencia esse momento para se constituir em um problema social (SÁ, 2004).

Sobre o tema Jardim, Medeiros e Brito (2006) afirmam que:

Como o Brasil não se projetou adequadamente para atender às necessidades da população idosa, o envelhecimento é tratado como um “problema” e não como uma conquista, sendo os idosos vistos como um encargo para a família, para o Estado e para a sociedade (p.25).

Segundo Augustini (2003), a condição atual de descaso com o envelhecimento tem levado a uma preocupação constante e crescente do mundo em relação aos idosos sendo várias propostas encaminhadas numa tentativa de enfrentar a situação, verificável pelo aumento da positivação e constitucionalização dos direitos dos idosos.

Fazendo uma revisão legal do tema envelhecimento, Morandini (2004), destaca que foi a partir da Constituição Federal de 1988 que o tema envelhecimento passou a ser considerado como uma questão social relevante, notadamente pela inclusão da velhice como tema constitucional. No ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, regulamentada em 1996 (Lei nº 8.842/1994/Decreto nº

1.948/1996), assegurando os direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2006).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395, anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades, com foco na manutenção da capacidade funcional dos idosos. No ano de 2002 é proposta, pela Portaria nº 702 do Ministério da Saúde a organização e implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

No ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso. Este ampliou a resposta da sociedade e do Estado às necessidades da população idosa, mas não trouxe consigo meios para financiar esse fim. Em 2006, por meio da Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja finalidade fundamental é:

[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p. 03).

Diferentes instrumentos legais também tiveram destaque para a efetivação de ações voltadas à população idosa. Entre eles está a publicação da Portaria 399/GM em 2006, que estabeleceu as diretrizes do Pacto pela Saúde e contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as esferas governamentais, buscando contribuir para a visualização do idoso como um ser que necessita de atenção pelo Estado (BRASIL, 2006).

Outra ação voltada para a população idosa, esta, proposta pela Organização Mundial da Saúde, é o “Envelhecimento Ativo”. Nesse documento, o “Envelhecimento Ativo” é definido como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p.13).

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não simplesmente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Segundo a OMS (2005):

As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (p. 13).

Apesar dos esforços em termos de políticas públicas, abandonar a incompatibilidade entre desenvolvimento e envelhecimento não é tarefa fácil, pois mudanças sociais significativas só poderão ser efetivadas a partir da alteração de conceitos arraigados que, ao preconizar uma postura paternalista e assistencialista, dificultam a inserção dos idosos na sociedade. Com o avançar da idade aumentam também, as situações de vulnerabilidade dos idosos, que passam a exigir mais cuidados, criando-se, em alguns casos, situações de dependência. Assim, surgem as questões éticas no cuidado de enfermagem ao idoso.

O termo ética origina-se do vocábulo grego *ethos*, que significa assentamento, vida comum. Aristóteles, porém, considerou este termo como significado de caráter e formulou o adjetivo ético, para designar uma classe particular de virtudes humanas e a ética como a ciência que estuda estas virtudes. Com os grandes avanços tecnológicos e científicos que impulsionaram o conhecimento da área da saúde, multiplicaram-se também as dúvidas e questionamentos diante dos problemas surgidos. Sendo assim, o médico americano Van Rensselaer Potter, na década de 70, para expressar a necessidade de equilibrar a orientação científica da biologia com valores humanos, utilizou pela primeira vez o termo bioética (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

A bioética constitui-se como a disciplina que pretende aproximar a ética, como uma área de produção de conhecimento da filosofia, com o campo de produção de saberes e práticas que atuam e intervêm na vida dos seres humanos. É um ramo da filosofia moral aplicada, que utiliza ferramentas teóricas e práticas específicas que se compartilham, de maneira interdisciplinar com saberes de outros campos das ciências humanas, sociais e naturais (SANTIAGO; PALÁCIOS, 2006). Sua intenção primordial é a busca da defesa da dignidade do ser humano e da sua qualidade de vida, a fim de evitar abusos por parte dos profissionais (VIEIRA, 2007).

Dentro dos conceitos utilizados como princípios da bioética destaca-se a autonomia, concebida no sentido do paciente ser tratado como pessoa responsável por si, que tem o direito de decidir sobre as questões essenciais relativas à sua vida e às preferências pessoais. A autonomia também é um dos princípios morais no

âmbito da cultura dos direitos humanos fundamentais estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006).

A autonomia está relacionada à capacidade que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser melhor para si mesma. Para isso, o indivíduo deve possuir capacidade para compreender, analisar logicamente uma situação (racionalização) e habilidade para escolher entre várias possibilidades (deliberação) com o objetivo de tomar uma decisão intencional por uma das alternativas que lhe são apresentadas. Esta escolha só poderá ser considerada autônoma, se a pessoa estiver livre de qualquer influência para tomar esta decisão (voluntariedade) (DIAS; GAUE; RUBIN, 2007).

Sendo assim, o primeiro passo para a mudança de atitude frente aos idosos é incentivá-los à participação social e manifestação de sua autonomia. Um importante instrumento para esse fim é a educação, que objetiva a melhoria da autoestima, diminuição da alienação, incremento dos conhecimentos, de modo a abrir o campo de possibilidades e escolhas do indivíduo, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos (TEIXEIRA, 2002).

Entende-se que o enfoque na educação para o cuidado dos idosos seja um dos caminhos que possam contribuir para que eles venham a se cuidar e, em consequência, direcionar positivamente sua vida, preservar sua autonomia e manter sua independência no maior grau possível (CELICH; BORDIN, 2008). É papel da educação em saúde, no que tange ao idoso, além da preocupação com o seu estado físico, preocupar-se com a manutenção ou desenvolvimento de sua autonomia (SANTOS; PORTELLA, 2005).

Os profissionais de saúde, muitas vezes, consideram a opção de cuidado do idoso incoerente, pois tem como base o referencial do profissional e não do sujeito (idoso). Assim, é necessário entender os motivos que levam os idosos a optarem por alguns cuidados e não por outros, uma vez que essas opções podem implicar em melhoria da qualidade de vida ou não, a depender da escolha. Dessa forma, é preciso que haja um rompimento da barreira estabelecida entre o profissional e o idoso, permitindo que os conhecimentos dele sejam levados em consideração e aplicados na prática do cuidado em saúde (SÁ, 2004).

É exatamente nesse contexto que, sustentada em Foucault, Lunardi (1999) refere que:

[...] as tecnologias do eu e, em especial, o cuidado de si e o conhecimento de si são apresentados como exercícios de autonomia [...], como estratégia para alcançar um estado de perfeição e pureza desejado (p. 163).

O ser, ao cuidar de si, está construindo autonomia, valorando-se, pois ao realizar cada uma das formas de cuidado de si (conhecimento de si, ocupar-se de si, intercâmbio corpo e alma, prática de si, governo de si) mantém o espaço da dignidade, do respeito humano, de governo de si e da situação. Além disso, o cuidado de si, pode refletir o autocuidado, o governo de si (autonomia, liberdade, decisão), implicando a redução de espaços de governo das pessoas pelos outros e o conhecimento de si sobre verdades, temores, dúvidas e significados das vivências do ser (SCUCATO, 2004).

A noção do cuidado de si deriva da noção grega de *epiméleia heautoû* ou o fato de ocupar-se e preocupar-se consigo. Porém a noção de cuidado de si foi reduzida, quando muito, no decorrer do pensamento filosófico ocidental ao conceito de conhecimento de si (*gnôthi seauton*). Essa redução se deu a partir do momento cartesiano, que desqualificou o princípio do cuidado de si. Desse modo, devido à subordinação do cuidado de si ao conhecimento de si, a Filosofia se desarticula do que Foucault chamou espiritualidade ou o conjunto de procedimentos para ter acesso à verdade (FOUCAULT, 2006; FOUCAULT, 2009).

O cuidado de si é um ponto de conexão, entre a história da subjetividade e as formas de governabilidade. Para Foucault, quando os gregos preconizavam o cuidado de si, na verdade referiam-se ao cuidado da alma, como espaço para o pensamento, para a reflexão, para o diálogo e para o encontro com o outro. Neste sentido, a ética é pensada como a forma privilegiada de reflexão sobre as maneiras de viver (FREITAS; MENEGHEL; SELLI, 2011).

Sá (2004) situa a reflexão acerca do cuidado de si dentro da enfermagem com duas características essenciais: a educacional e a ética. No aspecto educacional, a autora considera que educar é “estar com o outro”, tem com base a transformação e a busca incessante para compreender as atitudes que resultam das trocas de informações estabelecidas com os sujeitos do cuidado. No aspecto ético, destaca a liberdade do outro e a sua escolha individual. Mesmo quando o idoso não tem condições, por si, de permitir ou impedir procedimentos realizados por outros, há que se consultar a família que, nesse caso, assume para si a responsabilidade da escolha. Porém, a comunicação direta com a pessoa para quem será realizado o

cuidado de enfermagem reforça o seu reconhecimento como sujeito e como cidadão.

O sujeito do cuidado de si deve efetivamente tornar-se sujeito. É a partir dessa concepção de sujeito, como alguém que exerce o cuidado de si, que se opõe a qualquer tipo de sujeição, que a noção de cuidado de si tem sido tratada na enfermagem. Dessa forma, o cuidado de si é uma atitude ligada ao exercício da política, a certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, se transformar, e transfigurar-se. Essa forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência (BUB et. al., 2006).

Sá (2004) salienta que somente o ponto de vista do profissional de saúde não é o suficiente para a pessoa atingir a recuperação e a realização do seu próprio cuidado. Nem sempre o que é benefício para a manutenção da vida, em um dado momento e para um indivíduo, necessariamente será o mesmo para o outro. Assim, o cuidado prescritivo para o cuidado de si deixa de ser, algumas vezes, fundamental para a recuperação do sujeito. O que se torna importante é o entrelaçamento de conhecimentos, o senso comum e o conhecimento profissional complementando-se para chegar à prática de atividades executadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, visando à manutenção da vida, da saúde e do seu bem-estar.

Scucato (2004) aponta que o cuidado de si é apresentado numa correlação estreita com a filosofia e a medicina cujo elemento central é o conceito de *pathos*, que tanto se aplica à paixão como à doença física, à perturbação do corpo, como ao movimento involuntário da alma. Nesse aspecto, ressalta a importância da superação do biologicismo aplicado às práticas de saúde, nas quais não devem ser ignoradas as correlações entre corpo e mente e permite a necessária compreensão dos eventos ou doenças que ocorrem na pessoa como um todo.

A construção da autonomia e do cuidado de si são processos vividos, interdependentes, que se potencializam e têm em comum o exercício de práticas de superação de situações ou condições opressoras. A primeira significação pedagógica que o cuidar de si assume em relação à questão do envelhecimento humano está embutida na consciência que se deve adquirir sobre o fato de que uma

velhice saudável é resultado de um longo processo que começa antes da própria velhice (DALBOSCO, 2006; SCUCATO, 2004).

Freire (1998) construiu uma síntese sobre o significado que tem a aprendizagem para o ser que busca a construção da autonomia e o cuidado de si, uma vez que, ao se sentir livre para decidir e responsável para agir, o ser humano não se porta de maneira frágil e insegura diante do inesperado:

A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas de liberdade (1998, p.121).

Portanto, propiciar ao idoso condições para cuidar de si de maneira dialogada e construída leva ao cuidado participativo, que pode resultar em independência e autonomia. Frente ao exposto, verifica-se que manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento deve ser uma meta fundamental tanto para os indivíduos quanto para os governantes. Assim, a autonomia, por ser um fator primordial no cuidado de si, possibilita que o indivíduo possa ser soberano em suas decisões sobre si mesmo, sobre o seu corpo e a sua mente. O idoso deixa de ser passivo, um receptáculo de orientações, sem que lhe seja dado o direito de fala. Torna-se sujeito com possibilidades de deliberar sobre seus objetivos pessoais para o cuidado de si, expressando o seu saber, o que não sabe, refletindo sobre o seu próprio cuidado (SÁ, 2004).

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisar é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade em combinação com a teoria e os dados. Nesse contexto, a metodologia é o caminho e o instrumental para a abordagem da realidade em questão. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e, ainda, o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2007).

Neste capítulo, apresenta-se o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa incluindo: tipo de estudo, coleta e registro dos dados, cenário da pesquisa, inserção no campo de estudo, sujeitos do estudo, análise e interpretação dos dados e considerações bioéticas.

2.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa de campo qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa de campo proporcionou, conforme Polit, Beck e Hungler (2004), uma aproximação com os sujeitos, de modo a compreender o problema a partir de seu cenário natural, sem uma estrutura ou controle.

Destaca-se também o uso dessa metodologia devido à “capacidade de fornecer uma compreensão em profundidade dos fenômenos sociais, que não poderia ser alcançada utilizando-se dos métodos mais tradicionais de pesquisa científica” (POLIT; BECK, HUNGLER, 2004, p. 125).

Sobre a abordagem qualitativa, Minayo (2007) entende que esta tem como um de seus pontos positivos analisar o sujeito do estudo como um ser único, como gente que se encontra em determinada condição social, pertence a determinado grupo social ou classe com crenças, valores e significados próprios os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

O trabalho de campo constitui-se em uma etapa essencial da pesquisa qualitativa que a rigor não poderia ser pensada sem ele (MINAYO, 2007). Considerando o exposto, o trabalho de campo nesta pesquisa foi realizado entre os meses de fevereiro e abril de 2010. Durante o mês de fevereiro, três vezes por

semana foram realizadas visitas ao cenário de estudo, a fim de observar a rotina e o fluxo do local, perfazendo um total de 60 horas. No mês de março foi dado início a coleta dos dados por meio das entrevistas e consulta aos prontuários.

2.2 Coleta e registro dos dados

Considerou-se adequado aos objetivos da pesquisa utilizar como instrumentos de coleta de dados a observação não-participante do ambiente de realização do estudo, a consulta aos prontuários dos pacientes e a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A). Além destes instrumentos, os dados obtidos na entrevista foram aplicados em duas escalas de avaliação funcional: de Katz (ANEXO A) e de Lawton (ANEXO B).

A observação não-participante foi realizada com o intuito de registrar, em um diário de campo, as situações naturais vivenciadas pelos sujeitos do estudo, seus acompanhantes e profissionais em seu ambiente natural. Estão inclusas as rotinas do setor, o fluxo de pacientes, a presença de familiares/acompanhantes, as condições de saúde do idoso e as suas expressões durante a entrevista. Na observação não participante o investigador não toma parte do estudo como se fosse membro do grupo observado, mas sim atua como um espectador atento e registra o máximo de ocorrências que lhe sejam de interesse baseado nos objetivos do estudo (RICHARDSON, 1999).

A consulta aos prontuários dos pacientes teve por finalidade coletar dados referentes às variáveis do estudo sociodemográficas (faixa etária e sexo), institucionais (diagnóstico, tipo de tratamento, duração do tratamento), bem como outras informações, como procedência. A análise inicial do idoso, a partir de seu prontuário, facilitou sua abordagem por instrumentalizar o pesquisador antes do contato direto com o sujeito do estudo.

As entrevistas foram registradas por meio de gravação em áudio, mediante o consentimento do pesquisado. Tais dados foram gravados com o objetivo de desvelar o maior número possível de informações, garantindo a fidedignidade das entrevistas.

Sobre a entrevista semiestruturada Triviños (2006) assinala que esta é constituída de questionamentos básicos que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo interrogativo, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que se recebem as respostas do informante.

A entrevista foi composta por duas partes: a primeira com questionamentos acerca do perfil sociodemográfico do idoso; e, a segunda parte, com questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa. A validação do roteiro de entrevista foi realizada com alguns sujeitos da amostra para verificar se havia dificuldade de entendimento das questões propostas. Não houve a necessidade de readaptação do instrumento de coleta de dados, assim, as entrevistas realizadas nessa ocasião foram incluídas no estudo.

Quanto ao uso das escalas de avaliação funcional é importante salientar ser este um método muito difundido de avaliação do grau de dependência dos indivíduos idosos. Os resultados obtidos são indicadores sensíveis e relevantes para avaliar necessidades e determinar a utilização de recursos (CALDAS, 2003).

A avaliação funcional se dá com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD). Estas se subdividem em: (a) atividades básicas da vida diária tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, etc.; (b) atividades instrumentais da vida diária indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade como: realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc. (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2005).

A aplicação destas escalas neste estudo se pautou na necessidade de verificar as reais condições do idoso para o cuidado de si, tanto no que tange sua capacidade para o autocuidado quanto sua capacidade para levar uma vida independente dentro do seu ambiente social.

A escala de Katz avalia as atividades básicas da vida diária, analisa a independência do idoso no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Seu resultado é obtido por letras que representam o número de atividades que o indivíduo é capaz de realizar sozinho: "A" para nenhuma perda, "B" para uma perda, sucessivamente até "G" que sugere perda nas seis atividades básicas de vida diária indicando dependência total (SANTANA; SANTOS, CALDAS, 2005).

A escala de Lawton avalia as atividades instrumentais da vida diária que estão relacionadas à realização de tarefas mais complexas como arrumar a casa, controlar e tomar remédios e o controle financeiro. Trata-se da avaliação da capacidade do idoso em ter uma vida independente e ativa na comunidade utilizando-se para isso dos recursos que o seu meio lhe oferece. De acordo com a

capacidade de realizar essas atividades é possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho. Para cada questão da escala a primeira resposta significa independência, a segunda capacidade com ajuda e a terceira dependência (FREITAS; MIRANDA, 2006).

2.3 Cenário da pesquisa

O cenário do estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que está localizado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. O HUSM é uma instituição pública, federal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Criado em 1970, constitui-se, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária da região centro-oeste do estado, abrangendo 46 municípios.

O hospital possui 298 leitos em funcionamento, distribuídos em diversos serviços e especialidades médicas. Os recursos humanos são formados por 1.337 servidores nos diferentes níveis, bolsistas e serviços terceirizados (HUSM, 2009b). Por ser um hospital-escola conta com a atuação de docentes e acadêmicos de diversas áreas da saúde, como: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia, entre outras.

O local específico escolhido para a realização do estudo foi o Ambulatório de Hemato-oncologia. A escolha desse cenário deve-se ao fato de ser este o local onde é atendido diariamente um grande número de pacientes idosos que se encontram em tratamento ambulatorial contra o câncer.

De acordo com o levantamento realizado a partir do Livro de Registros de Atendimento (2009) do referido ambulatório no ano de 2009, verificou-se que 50% dos pacientes que iniciaram tratamento eram idosos, não havendo diferença numérica significativa entre os sexos. Destes, 19% realizavam tratamento em função de neoplasia de próstata e 16% em função de neoplasia mamária. Os idosos em sua maioria eram procedentes da cidade de Santa Maria (40%), sendo os demais provenientes de outras cidades circunvizinhas.

O Serviço de Hemato-oncologia do HUSM foi inaugurado em 1984 e atualmente é composto pela Unidade Hemato-oncológica, pelo Centro de Transplante de Medula Óssea, pelo Ambulatório de Hemato-oncologia, Laboratório de Hematologia, Humano-genética e Histoimunocompatibilidade e pelo Centro de Tratamento da Criança com Câncer. O ambulatório de Hemato-oncologia, cenário do

estudo, situa-se no primeiro andar do hospital, junto à unidade de psiquiatria, dispondo de salas para consultas e administração de quimioterápicos.

São atendidos pacientes de Santa Maria, região adjacente e de outras regiões do Estado do Rio Grande do Sul (FIGURA 1). Em sua maioria são pacientes que realizam tratamento em função de afecções hemato-oncológicas, porém, o ambulatório também fornece atendimento aos pacientes da reumatologia os quais fazem uso do pamidronato dissódico (Arédia), um potente inibidor da reabsorção óssea.

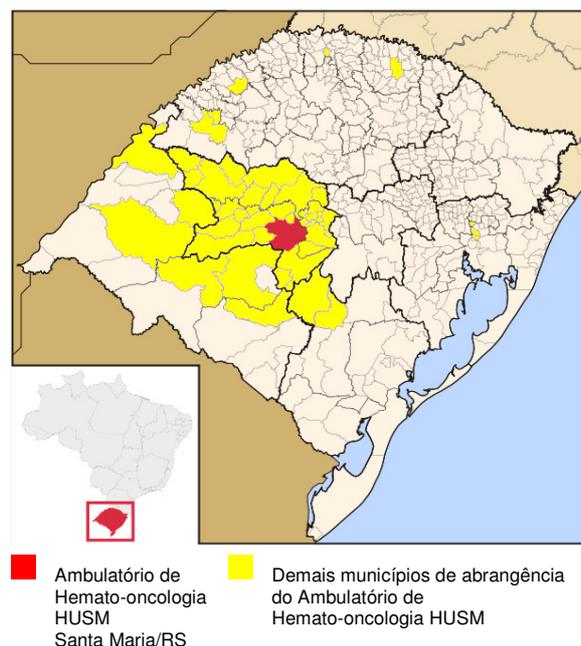


Figura 1. Representação da área de abrangência do Ambulatório de Hemato-oncologia do HUSM. Santa Maria, RS, 2010.

Atualmente o horário de atendimento do ambulatório de Hemato-oncologia é das 7 horas e 30 minutos da manhã às 17 horas sem fechar ao meio-dia, de segunda a sexta-feira, com exceção dos feriados. Durante o turno da manhã são realizadas as sessões dos pacientes agendados, aqueles que iniciam o tratamento e aqueles que realizam a terapia nos ciclos determinados pelo esquema terapêutico correspondente a sua patologia e tipo de droga utilizada. Na parte da tarde, são atendidos os pacientes que pela manhã realizaram a coleta sanguínea de rotina, consultaram com o médico no início da tarde e, em seguida, iniciam a sessão com o fármaco prescrito.

Os ciclos das drogas utilizadas no ambulatório são muito diferenciados, basicamente em função da patologia e do estado clínico dos pacientes. Alguns realizam uma sessão mensal com média de duas a três horas de duração. Outros realizam o tratamento durante uma semana no mês, retornando no mês seguinte. Dessa forma há uma grande variação da frequência dos pacientes no ambulatório.

Após serem recebidos pela secretária, os pacientes aguardam o atendimento da equipe de enfermagem em uma sala de espera anexa ao ambulatório. A sala de infusão dos quimioterápicos é composta de quinze poltronas e três macas, nas quais os pacientes ficam acomodados para que seja realizada a administração do medicamento. Trata-se de um local espaçoso, climatizado, com televisão, geladeira, banheiro e bebedouro para uso dos pacientes, uma vez que estes, em sua maioria, ficam neste ambiente por no mínimo duas horas. Isto porque, além do fármaco específico para a patologia em tratamento, eles recebem medicações anti-eméticas, que evitam os efeitos colaterais mais comuns da infusão de quimioterápicos e solução salina em grande quantidade, a fim de evitar danos à rede venosa.

A equipe de enfermagem do ambulatório de Hemato-oncologia é composta por três enfermeiros do quadro de funcionários efetivos, uma enfermeira contratada e uma técnica de enfermagem.

2.4 A inserção no campo e os sujeitos do estudo

Após receber a aprovação dos órgãos competentes, ocorreu a apresentação e inserção da pesquisadora no campo de estudo, visando facilitar a adaptação ao local, a aproximação com os profissionais e demais usuários do serviço. De acordo com Minayo (2007), a entrada no campo merece preparação por parte do pesquisador, no sentido de identificar com quem deve estabelecer o primeiro contato, como apresentar-se e como descrever sua proposta de pesquisa. O processo de investigação prevê visitas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações.

A enfermeira responsável pelo setor foi comunicada sobre o início da coleta de dados do projeto de dissertação a partir do mês de fevereiro de 2010. Também ocorreu o contato com os profissionais atuantes no cenário do estudo sendo explicitados os objetivos da pesquisa e disponibilizado uma cópia do projeto e da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

De acordo com os objetivos da pesquisa, foram convidados idosos, de ambos os sexos, para participar da pesquisa. Os critérios de inclusão no estudo foram: ser idoso (60 anos ou mais), vivenciar o câncer, estar realizando tratamento por um período mínimo de três meses, apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal, conhecer o seu diagnóstico de câncer e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

O critério temporal de tratamento foi estabelecido ao se adotar, segundo Toledo e Diogo (2003), um tempo-limite inicial para os idosos vivenciarem o diagnóstico. Foram excluídos do estudo aqueles que não se adequaram aos critérios estabelecidos, principalmente, aqueles que não tinham conhecimento do seu diagnóstico, pois haveria risco de rompimento de sigilo, resultando em danos aos participantes. Essa informação foi coletada junto ao prontuário, profissionais do serviço e familiares que acompanhavam os idosos.

O primeiro contato com os sujeitos do estudo deu-se a partir do prontuário, realizando a triagem dos prováveis sujeitos por meio de informações como faixa etária, patologia, tempo de tratamento e informações sobre o conhecimento ou não do diagnóstico. Adequando-se o sujeito aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, buscou-se a aproximação com o idoso por meio de assuntos diversos. Na sequência foram explicitadas as razões da presença da pesquisadora naquele cenário, o estudo que estava sendo desenvolvido e realizado o convite ao idoso para participar como sujeito da pesquisa.

A partir do momento que o idoso aceitava o convite para participar da pesquisa, algumas entrevistas eram agendadas para o seu retorno ao setor. Nos outros casos as entrevistas eram realizadas no primeiro encontro, tendo em vista a ansiedade de alguns idosos em responder a entrevista e, outras vezes, devido a impossibilidade de um próximo contato.

2.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados, após a coleta, foram organizados em dois grupos: dados relacionados às características dos idosos, tais como prevalência de idade, sexo, entre outros; e, os dados obtidos por meio da entrevista e observação.

Os dados obtidos na entrevista foram, primeiramente, transcritos na íntegra e, posteriormente, submetidos à análise temática, uma modalidade específica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2007).

O sentido de tema para o desenvolvimento da análise temática está ligado a uma afirmação acerca de determinado assunto comportando um feixe de relações. Assim, fazer uma análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2007 p. 209).

Operacionalmente de acordo com o referencial utilizado, a análise temática desenvolveu-se nas seguintes etapas:

- a pré-análise, compreendendo a etapa de leitura flutuante de todo o material, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses e objetivos;
- exploração do material com a identificação das diferentes ideias e sentidos contidos em cada resposta fornecida pelos sujeitos com a classificação e agregação dos dados; e,
- tratamento dos resultados obtidos e interpretação com a descrição dos principais significados atribuídos pelos idosos em suas respostas referentes ao fato de ser idoso e vivenciar o câncer com o constante viés do cuidado de si.

Os dados obtidos por meio da observação foram registrados no diário de campo, forneceram informações para a análise dos demais dados. Nestes dados estão incluídas as condições de saúde do idoso, como se deslocavam para o tratamento, se vinham ou não acompanhados por familiares/conhecidos até o cenário da pesquisa e as reações manifestadas pelo idoso durante a entrevista. Tais dados serão posteriormente indicados na apresentação dos resultados.

2.6 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi apresentado à coordenação de área do Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) para obter a autorização institucional (APÊNDICE C). Registrou-se o trabalho na Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE) da instituição. Concomitante a isso, o projeto foi registrado no Gabinete de Projetos de Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde.

Após a aprovação da DEPE do HUSM, este projeto foi registrado junto ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. A Carta de

Aprovação (ANEXO C) foi obtida em 26 de janeiro de 2010 sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0317.0.243.000-09.

Ressalta-se que, em todas as etapas, a pesquisa atendeu aos requisitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) relativos à ética na pesquisa com seres humanos, primando pela confidencialidade dos dados obtidos e respeito aos participantes (APÊNDICE D). Todos os sujeitos envolvidos foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e implicações de sua participação na pesquisa, sendo-lhes garantido o sigilo e o anonimato. Assim, salienta-se que a identidade dos participantes da pesquisa foi preservada, pois os dados coletados, tanto por meio das entrevistas, da observação quanto da consulta aos prontuários, foram codificados, impossibilitando a identificação dos autores das informações. Dessa forma, os participantes foram identificados com a letra I de idoso seguido de número arábico que não seguiu a ordem das entrevistas.

Os riscos aos sujeitos participantes da pesquisa estiveram relacionados àqueles aos quais estariam expostos em uma conversa informal, como cansaço e despertar de emoções decorrentes do assunto sobre o qual foi tratado. Os benefícios não foram diretos para esses sujeitos, mas acredita-se, que os resultados do estudo contribuam para melhorar a qualidade da assistência prestada aos idosos que convivem com câncer e para seus familiares.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Primeiramente será apresentada a caracterização dos idosos participantes do estudo. Na sequência serão expostos e discutidos os resultados referentes a forma como se manifesta o cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer, as relações do cuidado de si e autonomia no cotidiano desses idosos e as repercussões das práticas dos profissionais de saúde no cuidado de si dos sujeitos do estudo. Tais resultados foram obtidos por meio da intersecção dos objetivos do estudo, literatura e os dados que emergiram dos relatos dos sujeitos. Assim foram construídas as unidades temáticas as quais são apresentadas em dois capítulos (de acordo com a sequência do trabalho: capítulos 4 e 5), duas categorias e subcategorias analíticas, visualizadas na figura a seguir (FIGURA 2):

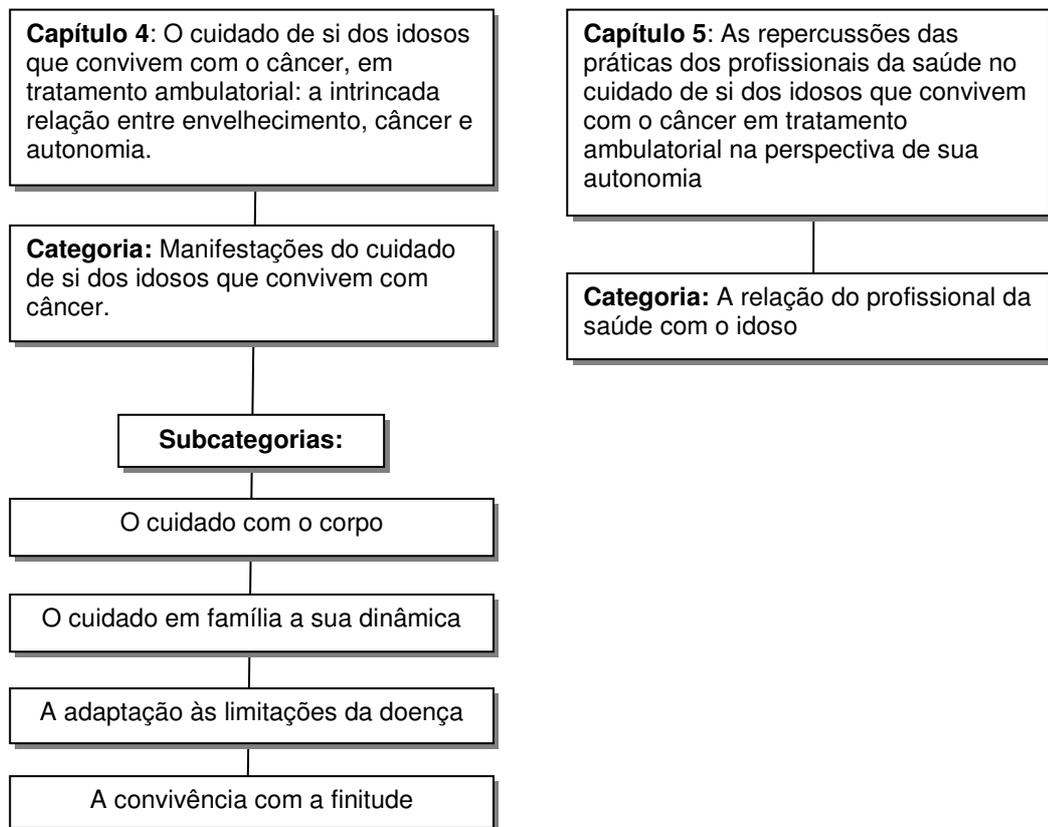


Figura 2. Capítulos, categorias e subcategorias emergentes do processo de cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial. Santa Maria, RS, 2010.

3.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

A caracterização dos sujeitos do estudo é apresentada em um quadro (QUADRO 1) com dados referentes às variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, estado civil, procedência, renda, entre outras), institucionais (diagnóstico, tipo de tratamento, duração do tratamento, efeitos colaterais), bem como outras informações, tais como: rede de apoio e avaliação funcional dos idosos.

Descrição do sujeito	Rede de apoio	Renda	Avaliação das AVD segundo Katz e Lawton	Histórico da patologia, tratamento e efeitos colaterais
(I:1) , idoso, 78 anos, casado, católico, 11 filhos, agricultor aposentado, 5 anos de estudo, procedente de outro município da região central.	Reside* com a esposa e durante o tratamento em Santa Maria fica na casa do filho de criação que o leva às sessões de quimioterapia.	2 salários mínimos nacional** complementados com arrendamento de terras.	Katz: Independente para todas as atividades menos uma Lawton: Independência	Câncer de cólon, diagnosticado há 5 meses. Exerese de tumor de rim há 2 anos. Em 2009 foi colostomizado e iniciou quimioterapia realizando sessões com 5 FU uma semana por mês, relatou mínimos efeitos colaterais.
(I:2) , idosa, 66 anos, casada, católica, 2 filhos, costureira aposentada, 4 anos de estudo, procedente de Santa Maria.	Reside com o esposo e um filho, desloca-se até o ambulatório sozinha de coletivo urbano.	3 salários mínimos complementados com locação de residências.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de mama com metástases ósseas, diagnosticado há 5 anos. Vem tratando nódulos mamários há 17 anos. Em 2006 foi mastectomizada e iniciou em 2009 quimioterapia utilizando Aromasin, um comprimido ao dia e Arédia uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:3) , idoso, 81 anos, casado, católico, 6 filhos, agricultor aposentado, 1 ano de estudo, procedente da zona rural de outro município da região central.	Reside com a esposa. O filho que mora nas proximidades o leva de carro para as sessões de quimioterapia.	2 salários mínimos complementados com arrendamento de terras para o filho.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de próstata com metástases ósseas, diagnosticado há 10 anos. Em tratamento desde 2002 utilizando Zoladex e Arédia uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:4) , idoso, 66 anos, casado, católico, 4 filhos, aposentado, trabalhava na construção civil, 2 anos de estudo, procedente de Santa Maria.	Reside com a esposa e dois filhos. Desloca-se até o ambulatório dirigindo o carro acompanhado pela esposa.	4 salários mínimos.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Capacidade com ajuda	Câncer de pulmão, diagnosticado há 1 ano. Vem tratando tumores de pele há 10 anos. Em tratamento desde janeiro de 2010 utilizando Gemzar, uma vez por semana, referiu presença de náusea, vômito e febre.
(I:5) , idoso, 67 anos, casado, católico, 3 filhos, aposentado, trabalhava na agricultura, 3 anos de estudo, procedente da zona rural de outro município da região central.	Reside com a esposa, três filhos e uma neta. Desloca-se até o ambulatório com a ambulância da prefeitura, acompanhado pela filha.	3 salários mínimos complementados com os lucros da colheita.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Capacidade com ajuda	Câncer de próstata e linfoma não- Hodgkin, diagnosticado há 1 ano. Em tratamento desde 2009 utilizando Adriblastina, Oncovin, Rituxima e Genuxal uma vez ao mês, referiu alopecia.
(I:6) , idoso, 68 anos, casado, católico, 4 filhos, aposentado, trabalhava na agricultura, 4 anos de estudo, procedente da zona rural de Santa Maria.	Reside com a esposa. Desloca-se até o ambulatório sozinho de coletivo urbano.	2 salários mínimos.	Katz: Independente para todas as atividades menos uma Lawton: Independência	Câncer de próstata com metástase óssea, diagnosticado há 6 anos. Foi submetido em 2004 a prostatectomia e em 2008 iniciou tratamento com Zoladex e Arédia uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:7) , idosa, 67 anos, casada, católica, 2 filhos, aposentada, trabalhava na agricultura, 4 anos de estudo, procedente da zona rural de outro município da região central.	Reside com o esposo, filha, genro e netos. Desloca-se até o ambulatório acompanhada pela filha com o ônibus da prefeitura.	3 salários mínimos.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Capacidade com ajuda	Câncer de mama, diagnosticado há 2 anos. Mastectomizada em 2008 iniciou quimioterapia em 2009 com Adriblastina e Ciclofosfamida uma vez ao mês, referiu presença de náusea e vômito.
(I:8) , idosa, 69 anos, casada, católica, 3 filhos, aposentada, 6 anos de estudo, trabalhava como dona de casa, procedente de outro município da região central.	Reside com o esposo. Desloca-se até o ambulatório sozinha com o ônibus da prefeitura.	4 salários mínimos.	Katz: A Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de mama, diagnosticado há 1 ano. Mastectomizada em 2009 iniciou quimioterapia no mesmo ano com Herceptin uma vez ao mês, relatou muita náusea, mal-estar e alopecia.

* A totalidade dos idosos participantes do estudo reside em casa própria.

** Salário mínimo nacional quando da realização do estudo equivalente a R\$ 510,00.

(I:9), idosa, 70 anos, divorciada, católica, 4 filhos, aposentada, não alfabetizada, trabalhava como dona de casa, procedente de outro município da região central.	Reside sozinha, mas passa maior parte do tempo na casa da filha. Desloca-se até o ambulatório acompanhada pela filha que a leva de carro.	1 salário mínimo.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Dependência	Câncer da mama, diagnosticado há 1 ano. Vem tratando nódulos mamários há 13 anos. Mastectomizada em 2009 fez radioterapia no mesmo ano e iniciou em janeiro de 2010 quimioterapia com 5 FU, Adriplastina e Genuxol uma vez ao mês, relatou muito mal-estar e alopecia.
(I:10), idosa, 61 anos, viúva, católica, 4 filhos, aposentada, 12 anos de estudo, trabalhava como professora de séries iniciais, procedente de Santa Maria.	Reside com a filha. Desloca-se até o ambulatório sozinha de coletivo urbano.	3 salários mínimos complementados com a venda de doces, salgados e cultivo de plantas.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de mama, diagnosticado há 1 ano. Mastectomizada em 2009, iniciou no mesmo ano quimioterapia com Herceptin uma vez ao mês e Tamoxifeno 1 comprimido ao dia, relatou alopecia.
(I:11), idosa, 74 anos, viúva, católica, 5 filhos, aposentada, 4 anos de estudo, trabalhava como dona de casa, procedente de Santa Maria.	Reside com dois filhos. Desloca-se até o ambulatório acompanhada pelo vizinho que a leva de carro.	1 salário mínimo complementado com o fornecimento de viandas.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de mama, diagnosticado há 1 ano. Mastectomizada em 2010, iniciou no corrente ano quimioterapia com Genuxal uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:12), idosa, 63 anos, casada, católica, 5 filhos, aposentada, não alfabetizada, trabalhava como dona de casa, procedente da zona rural de Santa Maria.	Reside com o esposo e dois filhos. Desloca-se até o ambulatório acompanhada pelo esposo que a leva de carro.	3 salários mínimos.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Dependência	Melanoma metastático, diagnosticado há 2 anos. Exerese de lesões cutâneas em 2008, parotidectomia em 2009, iniciou quimioterapia em janeiro de 2010 com DTIC e Plotiram 3 dias por mês, negou efeitos colaterais.
(I:13), idoso, 84 anos, casado, católico, 2 filhos, aposentado, 4 anos de estudo, trabalhava na agricultura, procedente da zona rural de outro município da região central.	Reside com a esposa e a filha. Desloca-se até o ambulatório sozinho com a ambulância da prefeitura.	4 salários mínimos	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de próstata, diagnosticado há 4 anos. Em tratamento desde 2006 com Zoladex SC e Arédia uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:14), idoso, 71 anos, divorciado, católico, 3 filhos, aposentado, 1 ano de estudo, trabalhava como autônomo em serviços gerais, procedente de outro município da região central.	Reside sozinho com os filhos nas proximidades. Desloca-se até o ambulatório sozinho com a ambulância da prefeitura.	1 salário mínimo.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de próstata diagnosticado há 3 anos. Em tratamento desde 2008 com Zoladex SC e Arédia uma vez ao mês, negou presença de efeitos colaterais.
(I:15), idosa, 76 anos, viúva, católica, 2 filhos, aposentada, 4 anos de estudo, trabalhava como dona de casa, procedente de outro município da região central.	Reside normalmente sozinha, porém no momento está na casa da filha. Desloca-se até o ambulatório acompanhada pela filha que a leva de carro.	2 salários mínimos.	Katz: Independente para todas as atividades Lawton: Independência	Câncer de pâncreas, diagnosticado em janeiro de 2010. Duodenopancreatectomia em janeiro de 2010, em seguida iniciou quimioterapia com Genzar uma vez ao mês, relatou fraqueza.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos do estudo quanto a sua descrição, rede de apoio, renda, avaliação das AVD e histórico da patologia e tratamento. Santa Maria, RS, 2010.

Fizeram parte desta pesquisa quinze participantes, sendo oito do sexo feminino e sete do sexo masculino. Quatorze dos idosos eram brancos e um negro. A idade dos sujeitos variou de 61 a 84 anos. Em relação à escolaridade dois dos participantes eram analfabetos, doze tinham o ensino fundamental incompleto e um o ensino médio completo.

Idosos que convivem com seus cônjuges compuseram a maior parte do grupo (dez idosos), três idosas eram viúvas e dois idosos divorciados. Observa-se a questão de gênero presente, uma vez que entre as mulheres, quatro vivem sós, em contraste com os homens, apenas um idoso vive sozinho. Este aspecto acompanha o quadro brasileiro, que demonstra que a maior parte das mulheres idosas vivem sós e os homens casam-se com mulheres mais jovens (IBGE, 2002).

Todos os participantes declararam-se católicos. Quanto ao número de filhos, os idosos possuíam de dois a onze filhos. Dez idosos residem com seu cônjuge, três moram sozinhos e dois residem com os filhos. Quanto à procedência dos idosos, seis são da cidade de Santa Maria, sendo dois da área rural, e os demais de outros municípios da região central do estado.

Em relação à renda, a totalidade dos idosos foi composta por aposentados com renda fixa de um a quatro salários mínimos. Seis idosos relataram complementar a renda com arrendamento de terras, locação de residências ou prestação de serviços. É interessante ressaltar que prevaleceu entre os participantes a independência financeira, já que esta é um dos fatores essenciais para autonomia do idoso, fator que influencia positivamente sua qualidade de vida. Conforme apresentado, a totalidade dos idosos possui renda própria oriunda de sua aposentadoria, porém apenas dois deles (I:9 e I:12) declaram-se incapazes de administrar seu próprio dinheiro. Tal dado diverge do obtido no estudo de Alves et. al (2007) no qual dos 92,8% dos idosos participantes com renda própria nenhum deles administrava suas finanças.

Em se tratando da ocupação desenvolvida ao longo da vida, seis idosos eram agricultores, cinco declararam-se do lar, três eram prestadores de serviços gerais e um era professor. Todos os idosos residiam em residência própria.

Dos quinze idosos, seis realizavam tratamento para câncer de mama; cinco para câncer de próstata; um para câncer de cólon; um para câncer de pulmão; um para câncer de pele e um para câncer de pâncreas. Tais dados vão ao encontro com os divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (2007) os quais apontaram a neoplasia mamária e a neoplasia de próstata como as mais incidentes na população

brasileira. O câncer de mama é a forma mais comum de neoplasia e a primeira causa de morte entre as mulheres. É também o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, com um crescimento contínuo na última década.

O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil, no ano de 2008 foi de 49.530. Esses valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele, o câncer de próstata é o mais frequente em todas as regiões do país, com risco estimado de 69/100.000 na região sul. Mais do que qualquer outro tipo, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA, 2007).

O tempo de conhecimento do diagnóstico de câncer dos idosos em tratamento ambulatorial variou de quatro meses a dez anos. Em análise comparativa entre o tempo de diagnóstico e tempo de tratamento a maior parte apresentou uma aproximação nessa relação, porém, três idosos apresentavam tempo de tratamento inferior ao de diagnóstico, um deles com diferença de quatro anos. Outros idosos vinham tratando há anos manifestações tumorais em outras regiões do corpo, corrigidas cirurgicamente, sem terem o diagnóstico da metástase e iniciado o tratamento radioterápico, quimioterápico, hormonioterápico ou imunoterápico como seria o mais indicado.

Em relação à presença de efeitos colaterais durante o tratamento, oito idosos relataram a manifestação de um ou mais efeitos como: náuseas, vômito, febre, alopecia, mal-estar e fraqueza. Os demais idosos (sete) negaram a presença de efeitos colaterais durante o tratamento da sua doença.

Com relação ao modo de deslocamento dos idosos até o ambulatório de Hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria, sete vinham em veículo particular, cinco com transporte disponibilizado pela prefeitura dos seus municípios de origem e três deslocavam-se de coletivo urbano. Nove idosos eram acompanhados por seus familiares/conhecidos e seis deslocavam-se sozinhos.

Quanto à avaliação da funcionalidade dos idosos por meio da escala de Katz, verificou-se que treze dos quinze idosos foram classificados como independentes para todas as atividades básicas de vida diária. Sendo que dois idosos (I:1 e I:6) foram avaliados dependentes apenas para uma atividade, em função do item continência. Tal item obteve este resultado pelas alterações fisiológicas decorrentes da vivência do câncer. O idoso (I:1) não tinha mais controle sobre a eliminação das

fezes em decorrência do tratamento cirúrgico do câncer de cólon. No caso do idoso (I:6), apresentava incontinência em decorrência do tratamento cirúrgico do câncer de próstata.

No que tange as atividades instrumentais de vida diária, avaliada pela escala de Lawton, dez idosos foram classificados como independentes, três com capacidade com ajuda e duas como dependentes. Os idosos classificados dentro do nível de capacidade com ajuda (I:4, I:5 e I:7), assim foram considerados em função da necessidade de auxílio na realização de atividades domésticas, muito mais pela delegação de tais atividades à família do que pela incapacidade propriamente dita de realizá-las, de acordo com seus depoimentos. As duas idosas consideradas dependentes mostraram incapacidade de realização das tarefas instrumentais de vida diária em função do quadro depressivo que apresentavam, a primeira (I:9) em função da separação do cônjuge e a segunda (I:12) pela não aceitação da doença, situações estas que as levaram a um quadro permanente de isolamento social. Sobre a questão da influência do isolamento social na capacidade funcional dos idosos, estudos apontam que as atividades instrumentais estão fortemente relacionadas com a participação do indivíduo na sociedade. Assim, é justificável a ideia de que uma vida sem isolamento e com bom suporte social, fornecido por familiares e amigos, pode manter por mais tempo os idosos com uma vida mais ativa e independente (ROSA et. al., 2003; DEL DUCA et. al., 2009).

4 O CUIDADO DE SI DOS IDOSOS QUE CONVIVEM COM O CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL: A INTRINCADA RELAÇÃO ENTRE ENVELHECIMENTO, CÂNCER E AUTONOMIA

Neste capítulo serão apresentadas e analisadas as práticas de cuidado de si manifestadas pelos idosos do estudo em interseção com os temas envelhecimento, câncer e autonomia.

4.1 Manifestações do cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer

O cuidado de si está presente no cotidiano de cada ser de modo natural e particular. Os idosos participantes do estudo manifestaram essa prática de maneiras diversas. Uma delas revelou-se no cuidado que dispensavam ao corpo nas práticas alimentares, no conhecimento dos seus corpos e no exercício do cuidado para si e para o outro. Outras formas de expressão do cuidado de si estiveram presentes no modo em que os sujeitos do estudo compartilhavam os cuidados dentro de sua rede de apoio familiar, nas adaptações frente às limitações impostas pela vivência do câncer e na forma como enfrentavam as questões relativas à finitude, seja pelo fato de serem idosos, seja pela experiência de vivenciar o câncer.

4.1.1 O cuidado com o corpo

Quando os idosos foram solicitados a relatar o seu cotidiano de cuidados, o primeiro item pela maioria elencado tratou dos cuidados referentes à alimentação. Por meio dos relatos pode-se entender que a concepção de cuidado desses idosos está intimamente ligada aos cuidados envolvendo as práticas alimentares:

Os cuidados que eu tenho em casa é com a alimentação. A alimentação é muito importante, tipo quando a gente faz uma batata ou uma massa a gente tira o arroz. Eu vivo mais com salada, são quatro, cinco tipos por dia. Eu me cuido basicamente na alimentação. (I:2)

Eu posso comer de tudo. Comer não só três vezes ao dia. Como eu era acostumado a comer fora de hora, fazer uns lanches. Como arroz, carne, tudo quanto é *bóia* (comida). (I:5)

A minha alimentação, assim, é bem regrada, porque eu não como muita gordura, apesar de ser meio gordinha. Eu não como nada de gordura, procuro sempre comprar um azeite de girassol. Não como muita fritura. Agora estou tirando mais as massas. (I:10)

Segundo Foucault (2009) uma das formas do cuidado de si diz respeito ao ato de ocupar-se de si. A relevância do ocupar-se de si está em consistir em uma importante ação que envolve cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos, sem excesso e a satisfação das necessidades tanto quanto for possível. Entre as necessidades do corpo a serem atendidas está a alimentação. Cabe destacar que uma alimentação adequada em todas as fases da existência é um fator determinante de qualidade de vida, com repercussões diretas na velhice. A alimentação é essencial para a manutenção da saúde e sobrevivência, bem como para o estado nutricional adequado.

Em se tratando de idosos, a escolha de alimentos e os hábitos alimentares são afetados não apenas pela preferência, mas também pelas transformações que acompanham a experiência de envelhecer. Várias mudanças anatômicas e funcionais decorrentes do processo natural de envelhecimento, bem como as doenças associadas à velhice, podem interferir na alimentação do idoso, porém, também deve ser considerada a situação social, econômica e familiar em que este se encontra inserido.

Frente a esta questão, o enfermeiro deve estar atento às alterações que venham a interferir na alimentação do idoso, porém, atenção especial deve ser dada à presença de pluripatologias que podem aumentar ou reduzir a necessidade alimentar. A coexistência de doenças exige o uso concomitante de diferentes fármacos os quais influenciam a ingestão de alimentos, a digestão, a absorção e a utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer o estado de saúde e o requerimento alimentar do idoso (BRASIL, 2007). A pluripatologia e polifarmácia dos sujeitos do estudo são exemplificadas na fala da idosa:

Tomo remédio que é uma sacolada. Tenho problema de coluna, labirintite e depressão. (I:9)

A situação demonstrada por I:9 é cada vez mais comum entre os idosos, pois o aumento no consumo de medicamentos entre essa população constitui-se em uma epidemia de repercussões mundiais. Esta realidade exige uma atenção às reações adversas dos medicamentos, bem como as interações entre os fármacos, já que estes dois fatores interferem de forma direta na saúde do idoso. Desse modo, torna-se

necessária a orientação acerca dos riscos de interromper ou substituir medicamentos sem o conhecimento dos profissionais responsáveis pela sua saúde. Os idosos também devem ser alertados sobre a interação dos medicamentos entre si ou com alimentos com o objetivo de evitar os eventos adversos (SECOLI, 2010).

Com relação à alimentação, os dados do estudo mostram que a abordagem desta para os idosos que convivem com o câncer vai além da necessidade nutricional e passa a ter importância social:

Moro com o meu esposo, mas no fim de semana não tem jeito, os filhos vão todos para lá. Ontem estavam os quatro, faço um peixe frito e eles tomam cerveja até... Final de semana é assim, estão lá, sempre faço alguma coisa para comermos juntos. (I:8)

A partir do depoimento da idosa (I:8) verifica-se que os hábitos alimentares do indivíduo estão condicionados, além dos fatores fisiológicos e econômicos, aos fatores psicossociais. A refeição assume característica de reunião familiar, momento de partilha do alimento, assim como, a partilha das vivências de cada membro da família. A integração social tem papel relevante na alteração do consumo alimentar do idoso. A solidão familiar e social predispõe o idoso à falta de ilusão e preocupação consigo, fazendo com que se alimente mal e pouco, se não houver uma rede de apoio, conforme depoimento:

Depressão é horrível. [...] Os meus cuidados, é tudo minha filha que faz. Faz almoço lá, depois ela pega o carro e me leva em casa. Depois eu passo à tarde em casa, levo um lanche, umas frutas. Ela (filha) passa tudo na Q-bona (água sanitária) para eu tomar de café da tarde. Eu não tenho mais coragem de cozinhar. Ela cuida muito a minha alimentação ... É assim, não tenho marido. (I:9)

Verifica-se na fala da idosa (I:9) que há uma tendência ao desestímulo para preparar alimentos variados e nutritivos que podem estar relacionados com a perda do cônjuge e a depressão. A doença e a falta de um companheiro, neste caso, justificam a falta de motivação da idosa com a questão alimentar, pois, ambos levam a perda do apetite ou a recusa do alimento.

Vivenciar o câncer também implica em mudanças e adaptações na alimentação dos idosos, principalmente no que diz respeito ao preparo dos alimentos a serem consumidos:

[...] como só aquilo ali, feijão, arroz, massa. Posso comer mandioca, batatinha e salada de cenoura e beterraba, couve-flor, tudo isso. Tudo coisa cozida, nada crua... Tomate, eu não como. (I:1)

Cozinhar mais que duas horas não pode, tem que fazer e comer. Coisa verde não é para comer, tem que passar tudo no micro-ondas. Esses cuidados eu tenho. Até suco, essas coisas, tudo eu passo lá (micro-ondas). (I:5)

Eu, na alimentação, eu mudei bastante. Eu não vou dizer que eu era relaxada, mas caprichosa, assim, eu também não era. Então, eu não colocava no vinagre, no limão, em um líquido assim para limpeza. Agora não, se eu compro cinco tomates, vão os cinco para a bacia com limão, bem no fundo, vinagre e água, ficam ali uma hora. É tudo assim, fruta eu não apanho do pé e vou lá e como, como eu fazia. Sem lavar eu não como, tudo, tudo, porque a higiene é o principal. (I:8)

Os depoimentos dos idosos do estudo apontam que estes incorporaram em seu cotidiano de cuidados a preocupação com a forma de preparo dos alimentos. Nesse sentido, trata-se de uma forma de cuidado de si já que, na totalidade da obra de Foucault, fica presente que o cuidado de si é entre outras, uma ideia positiva do indivíduo sobre as questões com as quais deve se preocupar a fim de alcançar o bem viver pleno. Os idosos praticam o cuidado de si ao zelarem pela sua alimentação. A alimentação foi apontada por eles como um dos cuidados mais importantes. No entanto, não deixou de representar, muitas vezes, uma condição difícil de ser seguida, em razão da necessidade da mudança nos seus hábitos alimentares.

Culturalmente existe a crença de que a alimentação saudável é garantia de uma vida sem doenças graves. Em muitas situações, as crenças culturais passam a incluir os alimentos como forma de tratar, prevenir ou levar adiante um processo patológico (HELMAN, 2003). Assim, quando pessoas que se consideravam adeptas a hábitos alimentares saudáveis adoecem, estas não encontram explicação para o fato, conforme expressa o depoimento:

Eu me cuido tanto e assim mesmo ainda me aparecem esses probleminhas (câncer). Eu não tinha nem porque ter câncer. Eu sempre fui uma pessoa saudável, morei no interior até 1992...1993. Sempre me alimentando com alimentos saudáveis, não era para ter... (I:10)

A etiologia do câncer em muitos pacientes é ignorada, talvez esta seja a situação da idosa (I:10) que, ao longo do seu depoimento, tenta encontrar uma explicação concreta para a manifestação da doença em seu organismo. A idosa, nesse relato, parece excluir outras possibilidades de explicação para o surgimento da doença, demonstrando, assim, alguma falta de entendimento acerca de sua etiologia, relacionando-a exclusivamente a questão alimentar. Porém, a de se considerar que

de acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (2010), é possível a associação entre alimentação e incidência de neoplasias. Isso porque, muitos alimentos têm sido apontados como motivadores do processo de desenvolvimento do câncer, principalmente câncer de mama, cólon, reto, próstata, esôfago e estômago. Alguns tipos de alimentos, como os ricos em gordura, se consumidos regularmente durante longos períodos de tempo, parecem fornecer o tipo de ambiente favorável para o desenvolvimento da célula neoplásica. Existem também aqueles que contêm níveis significativos de agentes cancerígenos, como os nitritos e nitratos usados para conservar alguns tipos de alimentos. Já os defumados e churrascos são impregnados pelo alcatrão proveniente da fumaça do carvão, o mesmo encontrado na fumaça do cigarro e que tem ação carcinogênica conhecida. Os alimentos preservados em sal também estão relacionados ao desenvolvimento de câncer de estômago.

Para ocupar-se de si é fundamental conhecer a si. Nesse sentido cabe um retornar para si e remeter-se a atos de conhecimento, referindo-se à atenção, ao olhar e à percepção. Sobre isso Foucault (2009) enfatiza a necessidade de tornar-se e retornar-se a si mesmo, para saber o que convém constituir-se em próprios cuidados e o que não convém. Nesse sentido os idosos que vivenciam o câncer determinam limites entre o que devem e o que não devem fazer a partir do conhecimento de si, de suas particularidades, dos sintomas da doença e da reação conhecida do corpo ao tratamento:

[...] a única coisa que eu senti é que me dá um (mal-estar), depois de eu fazer... (quimioterapia). No segundo dia me dá um mal-estar, depois uma coisa ruim, me dá uma moleza, a gente fica desanimado, mas vai, depois passa. Agora, por exemplo, hoje, eu vou embora, mas até segunda eu vou estar bem amolado, mas depois no outro dia se precisar pegar uma enxada para dar uma capinada, eu vou. (I:1)

Trabalhar, eu trabalho um pouquinho, porque eu não posso ficar parado, só que eu não forcejo, se tem uma capina eu pego e vou de manhã cedo, faço os meus biscates. Faço meu servicinho, não como antes, trabalhar, forcejar, mas sempre me movimento. (I:6)

Eu me cuido, não pego sol, não caminho muito, não forcejo. Tem certas lidas que eu não posso fazer [...] eu faço minhas lidinhas, devagarinho. Só não faço aquelas coisas que não é possível fazer, que vão me prejudicar. (I:7)

O idoso (I:1) expressa que conhece os sinais do seu corpo após a sessão de quimioterapia, informação que só pôde ser decodificada pela observação das reações do seu corpo após cada aplicação das drogas antineoplásicas. Por meio de sua observação, percebeu que nos três primeiros dias subsequentes à administração do

quimioterápico o seu corpo reagiu de forma diferente, com sinais de debilidade e falta de vigor. Porém, após alguns dias já se sentia bem e apto a retomar as atividades habituais que fazem parte do seu cotidiano como “pegar uma enxada para dar uma capinada”.

Os depoimentos dos idosos (I:6 e I:7) demonstram o cuidado que cada um tem consigo, com o seu corpo respeitando as limitações físicas decorrentes da doença e do processo de envelhecimento. Porém, as limitações não os afastaram de suas tarefas diárias, pois o trabalho é uma forma de manterem-se ativos e produtivos. O fato do idoso manifestar, “não posso ficar parado” (I:6) demonstra que o trabalho é mais do que uma necessidade econômica, já que a renda dos sujeitos provém basicamente do valor da aposentadoria, trata-se de algo que lhes dá sentido à vida.

A esse respeito cabe uma discussão acerca da continuidade do trabalho como negação do estereótipo do idoso aposentado, sem atividade alguma. Os significados do trabalho e da aposentadoria são em nossos dias postulados pela lógica do capitalismo. Nesta lógica o indivíduo é valorizado pelo que produz. Assim, na maioria das vezes, a aposentadoria é percebida como uma situação de desvalorização em consequência do fim da participação no processo de produção, criando a ideia de desvalia e incapacidade aumentando o imaginário social de estigma de inutilidade do idoso que nutre as práticas de exclusão cultural e social.

Conforme Beauvoir (1990, p. 246) a melhor coisa para o idoso, o que lhe pode trazer ainda mais benefícios que uma boa saúde, é que o mundo para ele continue povoado de possibilidades, "sentindo-se ativo e útil, ele há de escapar ao tédio e à decadência". Em consonância com o exposto, os idosos do estudo mostraram satisfação em manterem condições físicas e psíquicas para continuar a desempenhar o cuidado de si, para com seu corpo, de acordo com os depoimentos que seguem:

Com relação a minha higiene eu faço tudo sozinha. Quanto a questão da minha medicação sou eu quem cuido, tomo o café tomo o da pressão, que é após o café, tomo o Aromasin (quimioterápico) e tomo o da diabetes, os três juntos. Os dias que eu tenho que vir aqui eu controlo pelo Aromasin. Sei que quando estiver acabando eu tenho que vir aqui. (I:2)

Em casa eu me cuido. Eu e eu faço tudo! Se eu precisar de alguma coisa, as gurias fazem, mas nunca preciso de nada. Desde roupa eu lavo sozinho, às vezes espero que elas liguem a máquina para mim lavar. A máquina fica perto do lugarzinho onde eu tomo meu chimarrão, daí liga a máquina e ela faz tudo sozinha e eu tomando o meu chimarrão. Limpar ao redor da casa eu limpo *seguidito*, o dia que eu me revolto faço uma limpezinha melhor. (I:14)

Os relatos dos idosos demonstram que o envelhecimento associado à situação de uma doença crônica não é sinônimo de inutilidade ou de dependência. Os idosos (I:2 e I:14) são pessoas autônomas, com capacidade de deliberar sobre o seu tratamento, o cuidado com o seu corpo e a organização do seu cotidiano. A família nestas circunstâncias exerce papel fundamental, pois pode reforçar o cuidado de si dos idosos que convivem com câncer na medida em que permite ao idoso o exercício de sua autonomia.

Nesse sentido, é gratificante ao idoso poder cuidar de si e ainda contribuir para o cuidado das pessoas que com eles vivem, como expressam os depoimentos:

Os cuidados da casa é tudo eu quem faço, a alimentação, os serviços de fora, eu tomo conta, de mim e da minha filha. (I:10)

Eu me cuido e cuido da minha esposa... Ela sempre foi muito doente, desde nova. Eu que criei meus filhos [...]. Eu que faço a comida. Faço os cuidados que o médico me falou, como direitinho, me cuido bem e da mulher também (I:3)

Destaca-se que o cuidado existe desde os primórdios da humanidade e a partir deste foi possível a continuidade da espécie. Com o passar dos tempos ele adquiriu outros significados e, atualmente, seu conceito vai muito além de uma ação. Segundo Boff (2000, p. 33) cuidar “abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”.

Embasado neste referencial, advêm a importância dada pelos idosos do estudo ao fato de poderem contribuir com o cuidado do outro, visto a importância desta atitude para a conservação da espécie e manutenção da vida. Para eles cuidar de si é muito mais do que o simples fato de propiciar condições para a continuidade de suas vidas, cuidar de si também perpassa a responsabilidade pelo cuidado do outro. Neste ponto, atribui-se importância ao fato do idoso e sua família compartilharem cuidados, assunto tratado na próxima subcategoria intitulada “o cuidado compartilhado”.

4.1.2 O cuidado em família e a sua dinâmica

No período paleolítico, os chamados hominídeos, antecessores do *homo sapiens*, já possuíam um sistema de divisão de tarefas entre homens e mulheres necessária para a sobrevivência da comunidade. Essa divisão deu-se de maneira natural, uma vez que a gestação e a maternidade conduziram a mulher aos cuidados

físicos e à agricultura (GALAN, 2002). Aos homens cabiam as atividades relacionadas à força física como a caça e a proteção. Assim, identifica-se uma divisão de tarefas nas famílias, nas quais as mulheres se responsabilizam pela reprodução (cuidado) e os homens pelo sustento financeiro. Apesar de ser esta divisão apontada como um dos cerne das desigualdades entre os homens e as mulheres, neste estudo esta apareceu como uma aliada no cuidado de si dos idosos que convivem com câncer, pois permitiu a divisão dos cuidados entre os gêneros membros da rede de apoio familiar dos idosos, conforme depoimentos:

Quem ajuda a me cuidar é minha patroa (esposa), ela me ajuda no banho. Meus filhos também me recomendam muito para me cuidar. A alimentação quem me ajuda é a patroa (esposa), também ajuda com a bolsa (colostomia), a me limpar. Trabalhar eu não trabalho, então é mais ela que me ajuda, ela está mais sã, o problema dela é na cabeça. Mate (chimarrão), eu tomo mate, é ela quem faz, arruma, ferve. Fazer as compras isso é comigo, eu vou no mercadinho, é bem pertinho, eu vou no mercado, já *proseio* (converso) com os amigos. Vou devagarinho, se a compra é grande o próprio mercado manda trazer em casa. Então eu só vou lá faço as compras e pago e vou para casa. Banco, tudo, tudo é comigo, alguma vez que eu mando o filho, eu mando um filho que mora bem pertinho. Ele até sabe o número da conta do cartão, se precisar sacar um dinheiro. Quando tem medicação quem cuida é eu e a patroa (esposa), mais é ela porque às vezes eu me esqueço e ela pergunta: “tu já tomou o teu remédio?” (I:1)

Para cuidar da casa hoje eu tenho uma pessoa. Eu não tenho mais condições de cuidar. Eu não tenho condições de varrer, de pegar uma vassoura. Eu acho até que se eu pegar uma vassoura eu vou fazer, mas eu não quero... A salada em casa quem prepara é tudo eu, mas o feijão e o arroz é o marido que faz. Ele cozinha, mas o tempero da salada coisa assim é tudo comigo. Os serviços de rua eu não faço mais, agora o meu guri faz. Meu marido nunca trabalhou fora, ele tem problema de visão de nascença, então ele é meu empregado da casa. Eu sempre trabalhei fora e daí eu chegava em casa estava tudo pronto. Também, ele nunca trabalhou! O serviço de casa alguém tinha que fazer: invertemos os papéis. (I:2)

No depoimento o idoso (I:1) expõe que à esposa cabem as atividades domésticas e o cuidado direto. Já para ele, homem, cabe o suprimento de alimentos e atividades fora do ambiente doméstico. Assim, os hábitos de cuidar da saúde são tidos como características associadas ao universo feminino. Isso, principalmente em função da socialização primária das mulheres, as quais se tornam responsáveis quase que exclusivamente pelo cuidado e pela prestação de serviços aos outros (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). A fala da idosa (I:2) reforça essa mesma ideia, pois afirma que em sua família houve uma inversão dos papéis: a ela cabia o sustento financeiro e, ao esposo, os cuidados do lar.

Somada à divisão de tarefas entre seus membros, no presente estudo a família emergiu como uma importante fonte de apoio ao idoso que convive com o câncer.

Seja por meio da demonstração de preocupação com o idoso, seja na prestação de cuidados diretos:

Agora eu posso me cuidar sozinho, mas antes quando eu não podia, a filha e a mulher, até os guris me ajudaram. Aqui no hospital sempre tive acompanhante, quando não era a mulher era a filha. Os filhos, é uma união, é difícil família assim. É uma rica família. A minha família me cuida muito. Oh, demais! Ai de mim se eu vou trabalhar! Ai de mim se eu pego sol... (I:5)

Kleinman (1980) afirma que, independentemente da organização social, há três alternativas de cuidado no processo saúde-doença: informal, popular e profissional. A opção por cada uma delas dependerá das representações sociais sobre o processo saúde-doença do grupo em que o indivíduo se insere e em seu sistema de crenças.

A alternativa informal é constituída por uma série de normas e comportamentos considerados corretos para prevenir e tratar doenças. Estes incluem crenças sobre os tipos de alimentos que devem ser consumidos por serem considerados mais saudáveis, a maneira de vestir, de viver, o que inclui o cuidado com o corpo. Observou-se que a maioria dos idosos enquadrou-se na alternativa de cuidado do tipo informal, como ficou exposto no depoimento do idoso (I:5), aquele que ocorre entre pessoas ligadas por laços de parentesco, dentro da família (HELMAN, 2003).

A família é um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas, formando um modelo explicativo de saúde e doença, por meio do qual desenvolve-se uma dinâmica de funcionamento própria, que promove a saúde, previne e trata a doença de seus membros. A partir da família, constrói-se uma rede de apoio ao doente pela integração extra e intrafamiliar. Visando o bem-estar de cada indivíduo do grupo, o cuidado não é fragmentado e ao mesmo tempo que atende as necessidades individuais também se preocupa com o bem-viver da família como um todo (ELSEN, 2002).

A vivência de uma doença como o câncer pode deteriorar a qualidade de vida do idoso por diferentes aspectos, daí a importância da família como fonte de apoio e conforto:

Essa é minha filha (entra a filha na sala) ela fez *quimio* também, terminou essa semana, está bem faceira (contente). Eu tenho o meu netinho também que está fazendo *quimio*, ele tem nove anos, mas ele tem coragem, mais do que eu, ele dá conselhos para mim... Ele diz: "Vai ficar boa vovó", tudo que acontece com ele acontece comigo também. Quando caiu meu cabelo, ele ficou bem faceiro que eu fiquei igual a ele, agora não era só ele. Mas eu vou melhorar, estou pedindo a Deus para melhorar para seguir minha vida, vou ficar bem. Vou ser feliz. (I:9)

O depoimento expõe o dilema da idosa (I:9) que convive com o impacto da doença na família, meio onde também encontra forças para a superação da enfermidade e estímulo para lutar pela vida com o apoio do neto e da filha, acometidos pela mesma patologia. O tratamento do câncer, na maioria das vezes, longo, invasivo e agressivo, gera desgaste emocional e físico, e exige muito do paciente e daqueles que o cercam. O frequente aparecimento de complicações requer muito apoio da família a fim de que o idoso possa superar os episódios de dor física e emocional. O ambiente de amor que a família oferece é fundamental no caminho da cura ou na busca por uma melhor qualidade de vida. Isso porque, contribui para as adaptações impostas pela vivência da doença. As adaptações frente às limitações impostas pelo câncer serão tratadas na próxima subcategoria.

4.1.3 A adaptação às limitações da doença

O câncer está ainda entre as doenças que mais provocam medo e preocupações na população. Porém, a doença tem um significado próprio para cada pessoa, dependendo das manifestações, a presença de nódulos, as alterações na imagem corporal e o tratamento ao qual o indivíduo será submetido. Tais aspectos tornam, no caso do presente estudo, o idoso mais suscetível às diferentes limitações e necessidades de adaptação impostas pela doença. Entende-se por adaptação, um esforço dirigido à ação e/ou intrapsíquico para lidar, resolver, tolerar, reduzir ou minimizar exigências e/ou conflitos externos e internos que ultrapassam os recursos da pessoa. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento ou mecanismo de *coping* (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007). Nos relatos a seguir estão expostas algumas das dificuldades de adaptação enfrentadas pelos idosos que vivenciam o câncer:

Mudou, porque terminou a minha liberdade... Não posso comer o que eu desejo e gosto de comer, não posso sair passear, por causa do problema da bolsa (colostomia). Fica tudo assim... Eu gosto então de ficar em casa. A gente acaba ficando mais isolado. Perdi a liberdade de sair, para sair é ruim, tem que trocar a bolsa (colostomia), tenho que andar sempre com uma bolsa na mala. (I:1)

Mudou um pouco, a gente já não é mais a mesma pessoa que era, representa que não é mais... Eu não tenho mais aquela vontade de sair... como eu gostava de passear. Parece que eu já me acostumei, não gosto mais não, até saio, mas não é igual como era. Foi depois que eu descobri a doença que isso aconteceu. (I:7)

A partir do exposto observa-se que o câncer vivenciado pelos idosos trouxe-lhes como consequência o isolamento social. De maneira geral, no idoso esse

isolamento é perceptível, devido a interiorização do processo de perdas: perda da imagem física, perda de pessoas próximas, perda do trabalho e perda da saúde. Porém, quando se soma a isso a vivência de uma doença crônica e estigmatizante como o câncer, esse processo tende a ser ainda mais doloroso. Isso porque, ao longo do tratamento, o paciente oncológico também passa por diferentes tipos de perdas: perda da imagem de um corpo saudável e a sensação de bem-estar que já não existe, perda da autonomia, perda de relações interpessoais, perda de anos de vida (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006).

No relato do idoso (I:1), um ponto importante diz respeito à modificação da imagem corporal, no caso pela vivência com uma colostomia. Por imagem corporal entende-se a maneira pela qual percebemos nosso próprio corpo, correspondendo à sua representação mental (TAVARES, 2003). Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada, por isso uma das alterações decorrentes da ostomia é a alteração do papel e do status social da pessoa, na família e na sociedade, sendo que algumas pessoas ostomizadas limitam os seus contatos sociais, isolando-se (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007). Viver com uma colostomia atinge não apenas a imagem corporal, mas também exige adaptações frente às mudanças fisiológicas decorrentes do estoma, entre elas, a perda do controle fecal, a eliminação de gases e a realização dos cuidados com o estoma, que inclui a incômoda troca de bolsa, referida pelo idoso (I:1).

O isolamento social também se deve aos efeitos psicológicos provocados pela vivência de uma neoplasia, como é o caso da outra idosa (I:7). Quando uma pessoa descobre que está com câncer, mesmo que o prognóstico seja positivo, surge uma expectativa relacionada à morte que a leva ao isolamento social. O mesmo acontece com a sua rede de relacionamento, que, muitas vezes, por não saber lidar com a situação, marginaliza o paciente. Em estudo de Gandin e Paulilo (2004) sobre a visão de vida de pacientes oncológicos sem possibilidade terapêutica, os pacientes relataram que pior que saber que possuem uma doença que não tem cura, é viver o isolamento social provocado pelo preconceito em relação a ela.

Outro ponto relacionado às adaptações impostas pelo câncer na vida dos idosos do estudo, diz respeito ao afastamento de atividades cotidianas e ao sentimento de culpa por considerar-se um fardo aos familiares que se preocupam com seu estado de saúde, conforme depoimento do idoso:

Mudou bastante porque eu era acostumado a ir para a lavoura trabalhar. Ficar em casa agora cansa. Fazer o que né? A mudança foi essa. Eu vejo os filhos preocupados comigo, porque eu estava bem, mas agora não querem que eu morra. Agora a gente não trabalha, fica ali, não posso né? Então, fico praticamente sozinho. Um sempre fica em casa, a filha ou a mulher, os filhos vão para a lavoura, daí o dia parece que não passa. (I:5)

O idoso que vivencia o câncer enfrenta alterações no seu estilo de vida, provocadas pela doença em si e pelo enfrentamento do tratamento. Este fato é compartilhado pela família, que o acompanha no seu dia a dia, tanto no domicílio como na rotina terapêutica. A família sofre o dilema da incerteza quanto ao tratamento, conforme o depoimento do idoso (I:5), sendo este um fator que gera desconforto para o idoso. Observou-se durante as entrevistas que as idosas mulheres, donas de casa, referiam ficar incomodadas por não conseguirem mais assumirem os afazeres domésticos. Quanto aos homens, o sofrimento era causado pela incapacidade de realizar seu trabalho braçal. Acerca do tema Ferreira et al (2010) afirmam que a família percebe que o doente enfrenta, além das alterações da rotina familiar, uma modificação de sua capacidade funcional, já que seu estado físico traz limitações nas atividades rotineiras e ele não consegue fazer o que precisa e/ou gostaria. Essa mudança pode afetar a família, pois, representa uma nova condição à qual o doente tem que se adaptar.

Além das limitações expostas, os idosos do estudo referiram necessidade de conviver com os efeitos adversos ao tratamento antineoplásico, alguns em maior, outros em menor intensidade, exemplificado pelos relatos:

No começo do tratamento, assim, deu bastante ânsia de vômito (náuseas), nas primeiras sessões. Tudo dava vômito, não me alimentava, só tinha enjojo. (I:7)

Já tinha feito a cirurgia (mastectomia), daí quando comecei a “químio” senti náusea, vômito, parou o intestino, perdi o cabelo, depois em seguida me deu desarranjo (diarreia), tudo depois da “químio”. (I:9)

Eu acho que mudou alguma coisa depois que eu descobri essa doença, o corpo parece que ficou diferente. Depois desses remédios comecei a sentir uma cansa no coração. (I:12)

Os efeitos adversos são considerados uma das principais limitações do tratamento e uma condição de difícil adaptação. Dentre eles os mais comuns são: mielossupressão, alopecia, lesão no epitélio gastrintestinal, entre outros. Observa-se, nesta pesquisa que as náuseas e os vômitos são os efeitos colaterais mais frequentes nos entrevistados, causando-lhes um grande desgaste, tanto no que se refere ao

aspecto fisiológico como emocional. Quanto à terapêutica cirúrgica, no caso de um idoso submetido a prostatectomia, obteve-se o seguinte relato:

Mesmo depois da cirurgia continua escapando um pouquinho de urina, sempre tenho que ter um forrozinho. Depois que eu fiz a cirurgia não consegui mais brincar com a mulher, mas tranquilo, fazer o quê? Eu ficando bom... (I:6)

A prostatectomia radical representa uma das modalidades preferenciais de tratamento do câncer de próstata em função dos elevados índices de cura. Apesar desta vantagem, essa intervenção é um procedimento de maior complexidade, fato que aumenta os riscos de complicações e de sequelas, entre elas a impotência sexual e a incontinência urinária apresentada pelo idoso (I:6) (SMELTZER; BARE, 2005). No que tange a impotência sexual, esta dependerá da idade do paciente, da função erétil pré-operatória, do estágio do tumor no momento da cirurgia e da preservação do feixe neurovascular (BRILHANTE et al., 2007). A incontinência urinária pós-prostatectomia é uma complicação de difícil tratamento com probabilidade de ocorrer entre 2% a 87% dos pacientes (LIMA; VAZ; MÜLER, 2006). Salienta-se que a satisfação com a vida sexual e o controle das eliminações reflete diretamente na (in) satisfação do idoso com a vida de forma geral e no cuidado de si, pois a perda de uma ou de ambas capacidades podem causar efeitos devastadores na qualidade de vida do idoso.

Em contrapartida, outros idosos expuseram que o tratamento antineoplásico somente lhes trouxe efeitos benéficos ou os efeitos benéficos superaram os efeitos adversos das drogas utilizadas exigindo-lhes adaptações mínimas:

Que eu trato faz uns sete anos, mas eu nunca senti nada, somente aliviou a dor que eu tinha. (I:3)

Depois que eu comecei a fazer o tratamento eu não senti nada de diferente, nada, nada, só aliviou a dor, não aliviou, terminou a dor. Eu tinha bastante dor, tinha vezes que eu tinha tanta dor que só passava com morfina. (I:2)

Depois que eu comecei a fazer as *químio* eu não sinto mais dor. Sinto uns enjôos e febre, mas aquilo é só um dia, depois passa. (I:4)

A dor é uma experiência perceptiva, sensorial e emocionalmente desagradável, subjetiva expressa por respostas fisiológicas e comportamentais específicas, cuja interpretação relaciona-se a fatores culturais, emocionais e sensitivos que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente (MENOSSI; LIMA, 2000). A dor crônica acomete cerca de 50% dos pacientes com câncer em todos os estágios da doença e 70% daqueles com neoplasia avançada. Tal fato deve-se ao tumor primário

ou suas metástases, relacionados à terapia antineoplásica e aos métodos de diagnóstico (SILVA; ZAGO, 2001). A dor incapacita o paciente acarretando danos no âmbito orgânico, emocional, comportamental e social, daí a importância atribuída pelos idosos do estudo ao fato de terem sua dor sanada ou aliviada com o tratamento a que estão sendo submetidos.

Outra idosa não observou nenhuma alteração em termos de reações ao tratamento contra o câncer e adaptou-se bem a situação, conforme depoimento a seguir:

Não mudou nada, nada, nada, porque eu sempre fui uma pessoa muito saudável, não mudei nada. Não fiquei inchada, não fiquei amarela, levei tudo na brincadeira, não levei a sério. Meus filhos ligavam para saber como eu estava e eu dizia: “a mãe está bem, coisa mais linda! Se eu tiro a roupa a barriga sobe. Estou careca, sem uma *teta* (seio), imagina como é que eu estou!”. Então nunca fiquei nervosa. Todo mundo aceitou bem, até a minha filha que trabalha dizia: “mãe como é você vai ficar sozinha”, e eu dizia: “a mãe não é doente”. Nunca deixei de fazer minhas coisas, só parei ali nos dias da cirurgia. (I:10)

Observa-se, a partir do depoimento que adaptar-se ou não a um dado acontecimento depende de inúmeros fatores, que englobam aspectos: culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais dos idosos para enfrentar situações semelhantes de forma diferente (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). Assim sendo, nota-se que a idosa (I:10) utilizou-se do apoio familiar e, também, de características pessoais para enfrentar e adaptar-se ao câncer e ao seu tratamento. Tal atitude a proporcionou passar pela cirurgia e pela quimioterapia com poucos efeitos emocionais adversos, e, por conseguinte físicos mínimos, contribuindo para a conservação do cuidado de si, mesmo estando a idosa consciente do estereótipo que envolve o câncer e o envelhecimento no que tange a finitude. O tema finitude será tratado na subcategoria subsequente.

4.1.4 A convivência com a finitude

No imaginário social, o envelhecimento está associado com o fim de uma etapa, como um sinônimo de sofrimento, solidão, doença e morte, dificilmente está ligado a algum prazer de viver essa fase da vida. (JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006). É no âmbito dessa reflexão que os idosos que convivem com o câncer enfrentam o processo de envelhecimento. As reações à experiência do

envelhecimento na maturidade contemplaram tanto a negação, como a resistência e a aceitação do processo:

[...] há seis meses, eu fiquei sabendo que eu tinha metástase nos ossos, na coluna e na bacia, que é o que está me atrapalhando para caminhar, porque daí dá uma puxadinha na perna e eu tenho que caminhar de bengala. Hoje eu não trouxe bengala, não vou ficar andando de bengala dentro do hospital, vou para o hospital tomar o remédio, o que eu quero com essa bengala aqui dentro. Eu tenho medo de cair, mas aqui não tem problema, eu já estou aqui dentro mesmo. Quando tem que cair cai e não adianta. Vim sozinha e sem bengala e vou embora sem a bengala. (I:2)

O relato da idosa (I:2) evidencia a noção negativa do envelhecimento pela negação do símbolo da bengala, situação demonstrada desde sua abordagem, já que, ao serem apresentados os objetivos do estudo, a mesma prontamente negou ser idosa, porém, mesmo assim, gostaria de participar. Quando se recusa a utilizar a bengala, a idosa demonstra que prefere expor-se ao risco de uma queda, que pode lhe gerar incapacidade e morte, do que ser vista com um objeto que carrega em si significados culturais pejorativos ao processo de envelhecimento. Tolotti (2005) em seu estudo faz uma investigação das manifestações culturais direcionadas aos idosos na literatura infantil. Nesta pesquisa, a bengala, tão temida pela idosa participante do estudo, aparece como um dos principais símbolos da velhice.

O conceito de velhice aparece, repetidamente, em contraponto com o conceito de juventude. Tal fato torna o primeiro uma decrepitude do segundo, por conseguinte, esse estigma é imputado aos idosos desde as classificações científicas até os atos sociais cotidianos (TOLOTTI, 2005). Moreira e Nogueira (2008) apontam que o envelhecimento pode ser uma experiência que se traduz na identificação de um estereótipo negativo e como a recusa de ser portador de uma marca que o inferioriza ou exclui: ser velho. Envelhecer em um cenário marcado pelo culto à juventude e à beleza transforma essa experiência que é um fenômeno biológico “inevitável” em um fenômeno cultural da ordem do “indesejável”.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) explicam que no imaginário social a velhice foi sempre pensada como uma carga econômica, tanto para a família quanto para a sociedade. Esta noção tem levado a sociedade a negar aos idosos o direito de decidir sobre o seu próprio destino, e conseqüentemente o direito do cuidado de si.

Além do estereótipo imposto socialmente, o idoso ainda convive com algo que é fato, a finitude. No caso dos idosos que convivem com câncer a preocupação é ampliada. Desde o início o ser humano está sujeito à supressão de sua existência. O

envelhecimento humano se processa pela ação do tempo sobre os indivíduos. Tempo individual da vida de cada um que se esgota na finitude, na morte biológica (YOKOYAMA; CARVALHO; VIZZOTO, 2006; PY; TREIN, 2006).

Os idosos do estudo demonstraram preocupação com a finitude relacionando-a principalmente com a situação do envelhecimento, associando-a também com a situação de vivenciar o câncer:

Eu tenho essa minha filha e esse rapaz que está aí comigo, que mora lá com eles (em Mato Grosso). Ela mandou ele vir aí para me cuidar. Ela se preocupa muito com nós e os outros também. Ela quis me levar para lá, mas eu tenho os filhos que moram todos em volta por aí. Ah, já estou velho, amanhã ou depois eu, tu sabe..., fica velho... tu está sujeito... Quando vê, de uma hora para outra tu pode ir [...] Agora eu tenho esse desvio (colostomia), já estou bem adaptado, nem sei, falei com esse doutor daqui, quando ele me liberar, está querendo colocar no lugar de novo, mas eu acho que vou deixar, já estou velho mesmo (I:1)

Eu venho *solito* (sozinho) (às sessões de quimioterapia), antes eu vinha com o meu filho, mas depois começou a dar problema lá (na prefeitura da cidade de origem) o secretário da saúde não queria mais que trouxesse acompanhante. Não adianta, se tiver que dar alguma coisa dá. Eu disse esses dias que se a gente um dia cai na rua a polícia ou os bombeiros acham a gente, buscam ver quem é. Eu ando sempre com os meus documentos no bolso, me dá medo, me dá uma *ardumezinho no peito, bem no batedor* (coração). (I13)

O relato do idoso (I:1) demonstra que está consciente da sua finitude, sendo assim prefere ficar próximo da maioria dos filhos, do lugar que é sua referência, do que viajar para um lugar distante, perto apenas de uma filha. Frente ao envelhecimento o idoso está inclinado a não se expor a um novo procedimento cirúrgico, agora para reconstrução do trânsito intestinal, uma vez que, já está adaptado ao uso da colostomia, mesmo com todos os incômodos por ela gerado, conforme outros trechos de sua entrevista. O outro depoimento do idoso (I:13) revela o receio de morrer subitamente, sozinho, pois seu filho não pode mais acompanhá-lo nas idas ao ambulatório, assim sempre anda com os seus documentos, se algo acontecer, ele poderá ser identificado e sua família comunicada.

Mesmo convivendo com a proximidade da morte, alguns idosos relataram sentimentos positivos frente esta fase da vida, conforme os relatos:

[...] eu tinha muito medo da velhice, mas eu estou gostando. Tudo a pessoa tem, tem respeito das pessoas, então às vezes ali na praça passa mulher, guria que eu nem conheço, ou conheço, mas não lembro, não me recordo de que família é e passam: "Oh, Seu (I10, tudo bem?" e eu digo: "Tudo bem, obrigado e a senhora?" Então para mim, maravilha! Eu acho bonito a

educação. Então é isso aí. Eu estou achando muito boa... A gente é respeitado, bem tratado, não sei se é por causa da idade, o que que é. (I:1)

Hoje a mulher não veio junto, ela foi ontem para Restinga (cidade próxima), com o grupo da terceira idade e estava meio cansada. Eu não fui ontem. Fiquei em casa e ela foi sozinha. A gente dança, se diverte, acompanha o movimento. [...] Vou fazer 68 anos, vamos fazer uma festa, uma coisinha sempre tem. Eu todos os anos que faço aniversário vem meus filhos, meus genros, minhas netas, e daí a gente faz uma festa. Claro se eu for convidar todos os amigos não dá, mas a gente sempre faz um churrasquinho, uma coisinha. (I:6)

Observa-se que o idoso (I:1) apesar de ser consciente da sua finitude, refere estar gostando desta fase da vida, principalmente pelo respeito que as pessoas de sua comunidade atribuem ao fato de ser ele idoso. Para Minayo e Coimbra Jr. (2002), a definição positiva desta fase da vida vem em uma contraposição aos estudos acerca do envelhecimento que trazem outros atores falando pelo idoso, dando foco ao envelhecimento como algo negativo, pois, de modo geral, os atores envolvidos são carregados de estereótipos que impedem a construção de uma identidade positiva do idoso.

Quando a velhice está associada à doença os idosos tendem a representar imagens bem negativas da velhice, porém, quando são focalizadas as histórias de vida surgem imagens positivas da velhice e do envelhecimento. Para o idoso (I:6), mesmo com a presença da doença, a velhice pode trazer felicidade, pois o convívio com amigos e familiares, a autonomia para realizar suas atividades e cuidar de si é algo muito prazeroso.

A partir da exposição dos depoimentos dos idosos do estudo, corrobora-se com Uchoa et al (2002) quando afirmam que o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra.

Quando o assunto é especificamente o câncer, identificaram-se discursos baseados em figuras de linguagem, sejam elas metáforas e elipses, como forma de evitar a referência direta à doença devido ao estigma no qual ela está envolta. Diante do seu significado, torna-se difícil até mesmo pronunciar o seu nome:

Às vezes dá até vontade de parar com essas *quimios*, porque eu acho que não tenho mais nada pela minha disposição. Acho que eu não tenho *doença ruim*, minha disposição é boa, para casa, para o serviço, para tudo, não sinto dor nenhuma. (I:1)

Vai saber, tem *certas doenças* que não dá para mexer, mexeu é pior. Mas isso não me passou pela cabeça quando me disseram que eu tinha que fazer

cirurgia. Eu tenho muita fé em Deus e quando ele (médico) me disse que eu tinha 99% de chance de ficar bom, não pensei duas vezes. (I:6)

Para Linard, Dantas e Silva (2002) o câncer é uma doença estigmatizante, pois está associada ao sofrimento prolongado, à perda da capacidade produtiva, de papéis familiares e sociais e da proximidade da morte. Para Helman (2003) o fato da medicina caracterizar o câncer como um processo “maligno” decorrente de células caóticas e poderosas, capazes de destruir a ordem natural do corpo, o reveste de um significado negativo que pode levar a vivenciar esta doença como uma forma de possessão demoníaca.

Por isso a própria aceitação da doença por parte do idoso e sua família é um desafio a ser superado:

Quando é para acontecer às coisas acontecem, não tive medo quando me falaram o que eu tinha. A minha filha chorava ia para um lado ia para outro, mas eu disse para ela: “Não pode fazer isso, tem que levar a coisa mais natural, quando é para acontecer acontece”. Não é que você não sente nada, um pouquinho lá no fundo você fica... “Por que tinha que acontecer comigo?” Mas na mesma hora eu já penso, mas eu não sou melhor que ninguém. (I:2)

Eu vivendo mais uns anos, aí estou feliz, como eu disse para mulher. Pior é as criancinhas, que tem criança pequena de 4 ou 5 anos doente ali. Eu porque fumava e esses pequeninhos que nunca fumaram? (I:4)

No momento em que é revelado o diagnóstico de câncer ao idoso o sentimento de finitude lateja em sua mente. Este tipo de diagnóstico é acompanhado, na maioria das vezes, por depressão, pelo fato do idoso não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Como não consegue negar a doença, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se no início ou durante o tratamento (TOFANI; VAZ, 2007). Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento há a vivência de perdas e diversos sintomas que, além de acarretarem prejuízos ao organismo, colocam a incerteza em relação ao futuro e aumentam assim a ansiedade.

Segundo Kübler-Ross (1998) as pessoas relacionam um tumor maligno com doença fatal, via de regra, encaram o diagnóstico de câncer como uma condenação inevitável, pelo fato do câncer ser uma das principais causas de morte entre as doenças crônicas, mesmo com o avanço crescente dos tratamentos e medicamentos. Assim, apresentam uma trajetória semelhante aos doentes perante a aproximação da morte, passando pelos cinco estágios psicológicos: negação, cólera, barganha, depressão e, finalmente aceitação. A autora ainda explica que é imprescindível a passagem de uma fase para outra, no entanto reconhece que alguns pacientes não

efetuam a totalidade do percurso, assim como os cinco estágios podem não surgir pela ordem cronológica indicada, ou pode haver mistura ou sobreposição de fases.

Em função das dificuldades enfrentadas até o momento da aceitação do diagnóstico do câncer e ao longo do tratamento, é fundamental que o paciente e sua família utilizem estratégias para o enfrentamento desta situação, visando minimizar os sentimentos de angústia e sofrimento:

Descobrir a doença não mudou nada em minha vida, não tenho medo de morrer, quando for para ser vai ser, tenho muita fé em Deus. (I:3)

Se eu não tivesse fé com a minha primeira cruz já caía. Quando veio os exames e confirmaram, foi o médico mesmo que disse “olha é câncer”. Eu na hora, assim me deu uma fraqueza assim... Eu disse: “Deus é maior que tudo, eu tenho uma proteção divina” e foi mesmo. (I:8)

Não mudou nada na minha vida assim... nada, Deus é grande. (I:11)

Assim, como nos estudos mais recentes de Hoffmann, Müller e Rubin (2006), Stumm et al.(2010) e Ferreira et al. (2010), neste trabalho, a espiritualidade também apareceu como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelos idosos e suas famílias no enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer. Os depoimentos (I:3, I:8 e I:11) mostram a confiança no tratamento a partir da fé em Deus. A religiosidade para esses idosos não é algo novo, mas sim uma prática já exercida, porém é revigorada com o surgimento da doença. Para Ferreira et al. (2010), suportar a doença e o tratamento exigem do paciente que vivencia o câncer força e perseverança, crer em uma força superior lhes ampara e dá força espiritual durante o tratamento. Na mesma linha, Hoffmann, Muller e Frasson (2006) relatam que a religião é procurada de maneira à complementar o apoio, favorecendo a aceitação da doença e a reabilitação, influenciando na melhoria da qualidade de vida do paciente. Quando o indivíduo se depara com uma situação delicada, a crença em um Ser Superior é revigorada e a busca pela concretização do poder da fé é encarada como o último e o maior recurso disponível.

A OMS, cada vez mais vem reconhecendo a importância da dimensão espiritual em seu conceito de saúde ao ponto de incluí-la no Glossário de Promoção da Saúde (1998). Rabelo (1993) considera que a espiritualidade tem a capacidade de dar um novo sentido à experiência da doença, modificando a maneira pela qual o doente e os que o cercam percebam o problema promovendo o alívio da dor e do sentimento de aflição.

Dessa forma, os profissionais de saúde que prestam cuidados aos idosos que vivenciam o câncer, devem estar cientes da sua responsabilidade sobre o acolhimento que oferecem a estes clientes, tendo em vista a complexidade do quadro e as necessidades biopsicossociais afetadas. Por isso, no capítulo que segue, buscar-se-á uma discussão acerca das repercussões das práticas dos profissionais da saúde no cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial.

5 AS REPERCUSSÕES DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO DE SI DOS IDOSOS QUE CONVIVEM COM O CÂNCER EM TRATAMENTO AMBULATORIAL NA PERSPECTIVA DE SUA AUTONOMIA

Neste capítulo, serão apresentadas e analisadas, as relações dos profissionais da saúde com os idosos que vivenciam o câncer em tratamento ambulatorial, voltando-se para uma discussão acerca das repercussões das práticas destes profissionais no cuidado de si dos idosos sob o viés da autonomia destes indivíduos.

5.1 A relação do profissional da saúde com o idoso

O diagnóstico do câncer, como já expresso, pode desencadear uma série de sentimentos, principalmente negativos, sejam eles de impotência, desesperança, temor e apreensão. Tais sentimentos não se restringem apenas ao paciente que vivencia o câncer e seus familiares, mas expande-se a todos que os cercam, incluindo os profissionais de saúde envolvidos no tratamento. Esta situação é extremamente complexa para os profissionais, que ao conviverem com a finitude alheia, acabam por deparar-se com a própria fragilidade da vida. Tal situação ficou evidente nesta pesquisa pela condição incômoda gerada pelo termo câncer, não apenas nos pacientes e familiares, mas também entre toda a equipe de saúde. Se o fato de utilizar o termo câncer gera um grande desconforto nos profissionais, o que se pode esperar do momento da informação do diagnóstico? Trata-se de um desafio ético na prática dos profissionais que cuidam de idosos que vivenciam o câncer.

Na perspectiva biomédica, o câncer é visto como um desafio científico no qual a ciência investe todas as suas “fichas” para vencer. Prova disto é a mobilização em torno da doença, seja dos grandes laboratórios e indústrias, seja dos grupos de profissionais. A todo esse processo é dado o significado de atividade “salvadora”, por representar a luta não contra uma doença, mas sim contra a morte. A onipotência médica recusa-se a aceitar que a vida é finita e, desta forma, promove todos os

esforços na esperança de algum dia conseguir vencer o inevitável, a morte. Nesse esforço esquece-se do primordial: do paciente e sua família (MINAYO, 1999; UTZERI, 2000).

Nesse sentido, os idosos que vivenciam o câncer relataram diferentes formas de receber o diagnóstico. Salienta-se aqui, que todos os idosos participantes eram cômicos de seu diagnóstico, sendo este um dos critérios para sua inclusão no estudo.

O médico me falou bem direto o diagnóstico. Ninguém nunca me escondeu nada, eu perguntava tudo, até naqueles exames que não era nada, que davam as células benignas. Aí um dia que eu fui ao médico ele disse: “É um câncer, é daqueles que mata lento, se não for tratado. Não é daqueles *violentos* que em três meses, seis meses, um ano a pessoa morre. A senhora tem muitos anos de vida pela frente, mas o seu diagnóstico é de um câncer”. O doutor se admirou comigo, da minha reação, eu com a minha idade, sozinha, mas ele me disse *na bucha* (de forma direta). (I: 2)

A atitude de revelação do diagnóstico de maneira clara diretamente ao idoso, como vivenciado pelo idoso (I:2) é uma exceção neste estudo, o que se confirma com os dados obtidos por Trindade et al.(2007). Apesar disto, Oliveira & Fortes (1999) descreveram em pesquisa sobre as manifestações da autonomia de idosos hospitalizados que 65% destes preferem que as informações sejam comunicadas ao próprio paciente e não aos seus familiares. Trindade et al. (2007) ao questionarem a atitude dos médicos frente à informação do diagnóstico e prognóstico de câncer, relataram que o procedimento mais comum, principalmente em casos mais graves, ainda é o de priorizar as informações para a família, atitude que também foi verificada nos médicos que atenderam os participantes deste estudo:

Só me falaram o que eu tinha depois, depois que eu tirei os pontos, eu não me assustei, não, não, eu já estava desconfiado porque hoje em dia qualquer coisa é (câncer)... Daí eu pensei que isso só podia ser maligno e era. Os filhos já sabiam, ele contou *de vereda* (rapidamente), mas daí para mim foi só no dia que eu fui tirar os pontos, até foi quatro filhos meus junto, eles já sabiam, estavam com medo que eu poderia levar um susto, um choque. Mas não, eu disse: “Não doutor, isso aí eu já estava *calculando* (imaginando). E eu não tenho medo de morrer. Eu tenho medo de sofrer para morrer”. Foi o que eu disse para ele. Se eu morrer ... Ninguém nasceu para semente, um dia ou outro vai. (I:1)

[...] ele chamou meu marido em particular para falar, mas daí na hora que ele foi falar, eu cheguei junto na sala e daí ele não falou nada, aí que eu fiquei bem desconfiada. Daí vieram os exames e confirmaram. O médico mesmo que disse olha é câncer, eu na hora assim me deu uma fraqueza... Eu disse na hora que Deus era maior que tudo, porque eu tenho uma proteção divina, e foi mesmo. (I:8)

Conforme o depoimento do idoso (I:1), o seu diagnóstico, prognóstico e tratamento já haviam sido discutidos entre o médico e os familiares. O idoso somente foi comunicado do seu diagnóstico quando retornou ao hospital para a retirada dos pontos, em consequência do procedimento cirúrgico. Neste momento o idoso foi acompanhado dos filhos que temiam alguma reação frente ao diagnóstico de câncer, o qual não foi uma surpresa para o idoso que já estava desconfiado.

O caso da idosa (I:8) teria desfecho semelhante, porém, o médico e o esposo da paciente não conseguiram conversar de forma isolada em um primeiro momento, situação que também deixou a idosa desconfiada do diagnóstico, e esta, teve a confirmação a partir do momento em que recebeu os resultados dos exames aos quais tinha se submetido.

Em ambos os casos (I:1 e I:8), a família e o profissional da saúde, na tentativa de preservar o idoso do sofrimento de uma má notícia, privaram o paciente de organizar seus sentimentos e fazer opções quanto à sua saúde. Nas duas situações os familiares exerceram o papel de intermediários da informação fornecida pelos profissionais de saúde, ato que não só afasta os pacientes dos profissionais como também potencializa o desrespeito à vontade dos idosos. Algumas vezes o fato de somente à família ter ciência do diagnóstico pode gerar danos a esta. Revelar o diagnóstico à família e não ao paciente, muitas vezes, é uma forma de passar a responsabilidade de transmitir ou decidir sobre a transmissão dessa notícia ao paciente à família.

Varella (2004), médico oncologista, afirma que são comuns os pedidos de não-revelação do diagnóstico por familiares que alegam que o paciente não tem estrutura para suportar tal notícia. Segundo ele, os médicos, em geral despreparados para enfrentar as consequências do impacto da realidade no paciente, aceitam de bom grado esta imposição. Porém, esconder o diagnóstico dificulta o acompanhamento dos pacientes com câncer, porque no futuro os profissionais são forçados a mentir, muitas mais vezes, a fim de manter a coerência com a versão inicial. Como as mentiras têm “pernas curtas” e as enfermidades graves intensificam a sensibilidade de quem delas sofre em diversas situações os doentes estranharão o desconforto dos profissionais, a falta de convicção para explicar o tratamento prolongado, a ausência de lógica na sugestão de mudanças no tratamento, as justificativas sem nexos dos familiares e, pouco a pouco, perderão a confiança em todos os que os cercam passando a sentirem-se solitários em suas aflições.

Nestas situações, o paciente é encarado como um ser sem condições de tomar decisões seguindo direção contrária àqueles que propõem a ampliação, no cotidiano dos serviços de saúde, do respeito às decisões autônomas dos indivíduos. Para os idosos esta questão merece ainda mais discussão, tendo em vista que do ponto de vista ético os parâmetros legais referentes à idade não devem significar ausência ou presença de competência individual para decidir. Qualquer pessoa, independente de sua idade e com condições intelectuais e psicológicas, tem o direito garantido da tomada de suas próprias decisões.

É considerada uma obrigação ética do profissional, em respeito à autonomia da pessoa humana, fornecer as informações necessárias, diagnóstico, prognóstico, possibilidades de tratamentos, independente das consequências das informações reveladas. O que se tem a considerar é quando e como revelar.

A tradição hipocrática privilegia condutas beneficentes do médico, difundidas pelos demais membros da equipe de saúde, mesmo que estas venham a ser caracterizadas como paternalistas. O dever de “fazer o bem” sobrepõe-se ao princípio da autonomia individual. O princípio bioético da beneficência consiste na obrigação moral de se agir em benefício dos outros. Porém, quando exagerada, a beneficência transfigura-se em paternalismo, uma extrapolação de limites motivada por boas intenções (OLIVEIRA;FORTES, 1999).

Para Foucault (2006) as relações no exercício da medicina são paternalistas. Os profissionais reconhecem-se como os únicos responsáveis pelas pessoas enfermas e exigem delas adesão às condutas prescritas e a negação de si, já que não são reconhecidos os diferentes saberes, os modos de ser e de viver. Assim sendo, os profissionais da saúde decidem tratamentos sem consultar os doentes e suas famílias, acreditando que somente eles sabem o que é melhor e deve ser feito.

Segundo Soares e Lunardi (2002), apesar dos grandes avanços científicos, as relações mais simétricas entre o sistema de saúde e os usuários não tem avançado o suficiente por permanecer predominando uma relação verticalizada, paternalista e autoritária. São muitas as situações do cotidiano profissional que demonstram uma relação predominantemente autoritária, paternalista e de obediência. No estudo algumas dessas situações estiveram presentes nos relatos:

Como pouco, como o que a enfermeira me deu... Como que eu devo comer.
(I:1)

É tudo bem cuidado, conforme o médico falou. (I:5)

Os idosos (I:1 e I:5) desvelaram a relação de poder exercida pelo profissional de saúde no cuidado de si dos idosos que vivenciam o câncer. Nos relatos, os idosos afirmam que se cuidam exatamente como os profissionais de saúde recomendaram, sem questioná-los a respeito do porque da necessidade de mudança de hábitos, conforme se observa nos demais trechos da entrevista. Conforme Lunardi (1999), os profissionais, de posse da informação e do conhecimento técnico-científico, exigem do paciente disciplina para as suas prescrições e orientações, visando à modificação dos seus hábitos, como aparente pré-requisito para melhorar e assegurar a sua saúde. Para Foucault (2001), o processo de disciplinarização é utilizado como forma de dominação do corpo humano, entendida como dominação da alma, do intelecto, das vontades e desejos das pessoas, a fim de torná-los seres úteis, dóceis, submissos e manipuláveis de acordo com a situação desejada.

No ambiente hospitalar, de acordo com Beuter (2004), a subjetividade do paciente tende a ser substituída pela subjetividade do profissional de saúde, subjetividade esta que se sobrepõe a do paciente devido à relação verticalizada, resultando numa relação de poder. Esta relação e a subjetividade do profissional exercem 'domínio' sobre o outro produzindo subjetividades 'dóceis' o que conduz a um processo de alienação desse paciente, reduzindo a sua capacidade de apreensão e de decisão. Nessa perspectiva, o paciente é tomado como objeto, numa relação de reificação. O que impera é a posição do opressor frente ao oprimido, do dominante ao dominado, do sujeito ao objeto. Logo, o cuidado, neste contexto, tende a seguir um referencial de dogmatismo, de poder, prestado 'de' alguém 'para' alguém.

Santos, Beneri e Lunardi (2005) complementam, referindo tratar-se da manifestação do poder pastoral exercido pelos profissionais (pastores) frente às suas ovelhas (pacientes) e ao seu rebanho. Nessa situação, no espaço pesquisado, os profissionais passam a decidir pelo idoso, sem esclarecê-lo das reais condições em que se encontram e sem consultá-lo a respeito das ações tomadas, pois os idosos subalternos, não costumam perguntar, questionar e muito menos opinar sobre os cuidados e tratamentos recebidos.

As decisões passam a ser tomadas pela equipe de saúde, já que há o entendimento de estes sabem mais e que, portanto, podem escolher o que é melhor para o idoso. Sales (2003) relata em seu estudo sobre o cotidiano das pessoas que

vivenciam uma neoplasia, que os pacientes eximem-se da sua responsabilidade, do cuidado de si porque tudo já se encontra decidido pela equipe de saúde. Muitas vezes, o idoso, em sua fragilidade, não se percebe como um ser com autonomia para fazer questionamentos e dar sugestões, aceitando passivamente que lhe é imposto por sentir-se, em muitas situações, envergonhado ou constrangido, conforme depoimento:

Eu quando fui procurar o médico já estava quase entevado. Sentia dor nas pernas, no corpo todo, para urinar também, às vezes saía uma *raiazinha* de sangue na urina. Depois comecei a tomar uns chazinhos, estava 98 (PSA) e depois foi para 17. Tomei chá de cambará, até o médico se apavorou, faço o chá da casca da árvore. Eu não contei para o doutor, fiquei até com vergonha, eu estava fazendo o tratamento dele, o que ele ia pensar. (I:13)

Nesse relato, o idoso (I:13) certo dos benefícios do uso do seu chá, manteve tal conduta em segredo com receio de represálias por parte do médico. Tal relato demonstra o inexistente diálogo do idoso com o profissional de saúde, negando ao primeiro o direito de pronunciar-se, de expressar-se no mundo, de expressar não só o significado da doença para si, mas a sua percepção da realidade vivida (FREIRE, 1987). Em contrapartida, o mesmo relato evidencia o retrato de uma questão fundamentalmente cultural: o paciente, sendo idoso ou não, nutre a expectativa de que o profissional de saúde, conhecedor da área, possua mais capacidade para a tomada de decisão. Nesta relação (médico-paciente), o segundo é um ser submisso ao saber do primeiro.

Os conflitos entre o fazer do profissional e o direito do paciente de decidir e opinar sobre os seus próprios interesses, no caso sobre sua saúde foram constantes no universo pesquisado, conforme depoimento:

Quando eu fui procurar o meu médico ele me disse que eu estava gorda, me levava na conversa, eu não conseguia comer e ele dizia que era bom porque eu estava gorda. Eu levantava a blusa e mostrava minha barriga, parecia que eu estava grávida. Mas o médico não acreditava em mim, ele não via que eu estava emagrecendo, amarelando. Agora eu perguntei para ele: “Doutor, eu vou melhorar ou não vou melhorar?”, e ele me respondeu: “Vai fazer alguma diferença a senhora saber?” (I:15)

Como pôde ser observado, as queixas da idosa diante das alterações da doença em seu corpo foram negligenciadas pelo profissional. Tal fato demonstra a pouca importância dada pelo profissional aos sinais da patologia manifestos na fala da idosa. A atitude do profissional de subestimar a prática clínica, a qual inclui a

anamnese da paciente, indica que o atual modelo de intervenção médica é centrado no profissional detentor do poder e da autoridade sobre o paciente, voltado para a produção de procedimentos e consumo de tecnologias duras. Esse modo de trabalho restringe horizontes e não contempla a atuação como seres humanos vivos, subjetivos e particularmente produtores de necessidades (MERHY, 2000).

Ao mesmo tempo em que desconsidera o relato da idosa, o profissional acaba por desconsiderar o conhecimento de si manifesto por ela. Sendo assim, o médico não soube reconhecer que o doente é capaz de conhecer a si mesmo e suas necessidades, dificultando, até mesmo, o seu próprio exercício profissional, já que o conhecimento do idoso somado aos seus conhecimentos possibilitaria a identificação rápida do problema e a seleção dos procedimentos para resolvê-lo. Dessa forma, a fragilidade de um sujeito (o paciente), colocado sob o cuidado de outro (o médico), revela a submissão do primeiro e o exercício unilateral da autoridade decorrente do saber do segundo. Porém, a autonomia de um não deve cercear a do outro; ambos devem participar do processo de decisão.

No mesmo relato (I: 15) é possível observar que o profissional ainda lhe nega informações acerca do seu prognóstico, cerceando ainda mais a participação da idosa no processo terapêutico. Observa-se que o referido profissional desconhece que na relação profissional da saúde e paciente, a autonomia pressupõe competência e liberdade para se proceder às escolhas conscientes entre as opções possíveis. Assim, é dever do profissional de saúde fornecer aos pacientes todas as explicações necessárias sobre as situações e riscos envolvidos nas diferentes alternativas da escolha deles, para que todas as possibilidades sejam reconhecidas, favorecendo-lhes a escolha que melhor lhes atenda as necessidades. As informações devem ser adaptadas às circunstâncias do caso e às condições sociais, psicológicas e culturais. Não há eticamente necessidade de que as informações prestadas sejam detalhadas. É suficiente que sejam leais, compreensíveis, aproximativas e inteligíveis, para que a manifestação da autonomia do indivíduo seja garantida. A comunicação, base do processo informativo, não significa apenas falar com o paciente, mas também ouvi-lo e levar em consideração seus conhecimentos, receios e expectativas em relação ao tratamento (MENDES, 2001).

Frente aos dados obtidos no estudo, é importante que a população de uma maneira geral seja esclarecida de maneira mais eficiente quanto aos seus direitos na posição de usuária dos serviços de saúde. Nesse sentido, foi elaborada pelo

Ministério da Saúde, no ano de 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Nesta carta consta que é assegurado ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para o seu problema, incluindo informações sobre o seu estado de saúde, extensiva aos familiares e/ou acompanhantes, de forma clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitando os limites éticos por parte da equipe de saúde.

As informações sobre o estado de saúde dos usuários dos serviços de saúde devem incluir: hipóteses diagnósticas; diagnósticos confirmados; exames solicitados; objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos; riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas; duração prevista do tratamento proposto; no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação; finalidade dos materiais coletados para exames; evolução provável do problema de saúde; e informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário (BRASIL, 2006).

Tratando-se especificamente da população idosa, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), faz referência ao direito do usuário do serviço de saúde fazer as opções entre os tratamentos de saúde disponíveis. No artigo 17 do referido estatuto, consta que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável” (p. 14). Porém, para ter condições de optar pelo tratamento, o idoso necessita, impreterivelmente, ser informado e orientado acerca das opções terapêuticas.

É necessário salientar que, nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2001), menciona-se que os profissionais de saúde, no seu âmbito profissional, devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões. Tais padrões incluem a qualidade de assistência e o atendimento aos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção a saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde. Considerando então essas diretrizes, enfatiza-se a formação humanizada, compreendendo o ser em toda a sua existência, como cidadão de direitos.

A partir dos relatos dos idosos do estudo no que tange ao relacionamento com os profissionais da saúde envolvidos em seu tratamento, fica expressa a necessidade dos indivíduos assumirem uma conduta ética no exercício de suas profissões. Especificamente na área da enfermagem, o Código de ética expõe em seus princípios fundamentais que cabe ao profissional de enfermagem garantir a preservação da autonomia das pessoas, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. Este profissional deve exercer suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

Verifica-se que o direito à autonomia do idoso que vivencia o câncer em tratamento ambulatorial não é plenamente respeitado. Os profissionais devem preparar-se, buscando conhecimento e resgatando valores para auxiliar os idosos no exercício efetivo do cuidado de si. A esperança está no fato de que dia a dia, cresce o reconhecimento de que na relação terapêutica o paciente não tem mais o papel de mero coadjuvante, o que significa a busca pela sua emancipação e a obtenção de uma relação mais simétrica com os profissionais. Muito se deve ao aprofundamento do conhecimento bioético e à relevância de seus esteios: a autonomia e a beneficência (MARCHI; SZTAJN, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou conhecer como os idosos que convivem com o câncer em tratamento ambulatorial têm desenvolvido o cuidado de si. Portanto, ao acompanhar os idosos no ambulatório de Hemato-Oncologia do HUSM, entre os convites para os bailes da terceira idade e as festas de aniversário, percebi o quanto essas pessoas têm necessidade de contar suas histórias de vida e que, apesar de todas as adversidades, são capazes de somar forças para lutar contra uma doença tão estigmatizada como o câncer e em uma fase da vida repleta de preconceito como a velhice.

Durante a coleta de dados pude perceber todo o sofrimento, a dor, que os momentos mais marcantes de suas trajetórias na luta contra o câncer estiveram localizadas no passado, o presente era vivido como um recomeço, a cada dia. Apesar da vida se configurar em um novo cotidiano, permeado pela necessidade de novos hábitos, rotinas, equipamentos, drogas e profissionais, isso não foi motivo suficiente para deixarem de lutar. Houve sim momentos em que os idosos assumiram o sentimento de finitude, porém muitos mais manifestaram esperança de vida e cura. A compreensão da cura desses idosos estava centrada não na ausência da doença, mas sim na busca pela qualidade de vida para que pudessem aproveitar um pouco mais do tempo ao lado dos seus entes queridos e amigos.

Uma característica importante da pesquisa, que a difere de muitas outras, diz respeito ao fato da questão norteadora: Como os idosos que convivem com o câncer, em tratamento ambulatorial, têm desenvolvido o cuidado de si? Ter sido respondida a partir do viés do próprio idoso, e não na voz de terceiros.

A metodologia utilizada na pesquisa foi adequada, pois possibilitou investigar o objeto do estudo de maneira aprofundada, por meio da observação não-participante e da entrevista semiestruturada, permitindo aos idosos desvelarem o cuidado de si durante o tratamento do câncer de modo espontâneo, sem que se perdesse o foco do

estudo. A utilização das escalas de avaliação funcional (Katz e Lawton) ajudou a materializar a situação funcional dos idosos.

Os depoimentos da pesquisa demonstram que o cuidado de si dos idosos manifesta-se de maneira diversa, cotidianamente na vida dos idosos. A forma de cuidar de si revelou-se, em princípio, no modo como os idosos que convivem com o câncer cuidam de seus corpos. A principal manifestação deste cuidado deu-se no cuidado que dispensavam à alimentação, que emergiu não apenas como uma necessidade nutricional, mas sim como uma atividade cercada de questões culturais e sociais, modificada em função de aspectos relacionados ao processo de envelhecimento e a vivência do câncer.

O cuidado de si dos idosos também esteve presente por meio do conhecimento de si. Nessa questão os idosos sinalizaram os limites de seus corpos, tanto no que tange as reações após a terapia antineoplásica, quanto na manutenção de atividades laborais. O fato de estarem em condições físicas e psicológicas para exercerem o cuidado de si foi motivo de satisfação entre os idosos, que sempre que possível, faziam questão de estender parte destes aos seus familiares.

Nesse sentido, compartilhar os cuidados também foi uma das atividades que tornaram possível a manifestação do cuidado de si dos idosos do estudo. As atividades eram prioritariamente divididas entre os membros da família, permitindo que cada um, até o seu limite, expressasse sua autonomia e contribuísse para a manutenção da vida em seus lares.

Adaptar-se ao processo de envelhecimento, bem como com as mudanças impostas pela vivência do câncer também constituiu-se em uma forma de cuidado de si dos idosos participantes. Isso porque, a convivência com o envelhecer e com o câncer pode causar efeitos devastadores na vida do indivíduo se este não souber utilizar adequadamente estratégias de enfrentamento. Para envelhecer e preservar sua autonomia, convivendo com o câncer, fez com que os idosos tivessem que aprender a adaptar-se a uma série de perdas, sejam elas: das pessoas próximas, da saúde, da imagem do corpo saudável, da sensação de bem-estar, das relações interpessoais e dos anos de vida. Verificou-se que adaptar-se ou não a situação vivida dependeu de aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e principalmente das características pessoais do idoso em questão.

Na divisão de tarefas, no apoio emocional ao idoso que convive com o câncer, a família mostrou-se uma importante ferramenta tanto de viabilização quanto de

inviabilização do cuidado de si, dependendo do posicionamento tomado no que tange os princípios de autonomia e beneficência. Outro fator que contribui no cuidado de si dos idosos frente à vivência do câncer foi a manifestação da espiritualidade, na crença em um Ser Superior, que poderia confortar nos momentos de angústia e aflição.

Também foi possível identificar por meio desta pesquisa que apesar dos profissionais de enfermagem manterem maior proximidade com os idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial, dadas as peculiaridades do seu trabalho, pouco foram referenciados pelos sujeitos do estudo. Tal dado pode demonstrar que há uma lacuna no cuidado dispensado a estes idosos e, dessa forma, estamos deixando de contribuir para que estes indivíduos conheçam seus direitos e exerçam sua autonomia.

As práticas dos profissionais da área da saúde mostraram-se com relação aos idosos que vivenciam o câncer, corrompidas por ações ditas beneficentes, mas que, na realidade, transfiguraram-se em ações paternalistas. Isso demonstra que estes profissionais, mesmo diante dos instrumentos legais à disposição dos usuários dos serviços de saúde, ainda persistem nas relações assimétricas, colocam-se como os únicos responsáveis pela saúde dos idosos, exigindo adesão às suas prescrições sem questionamentos e a negação do cuidado de si.

Tal situação ficou caracterizada quando os idosos foram questionados acerca da forma como se deu o conhecimento do diagnóstico de câncer. Isso porque, para a maioria dos idosos, a família, em uma tentativa de proteção, passou a ser intermediária das ações dos profissionais de saúde. Sendo assim, foram cerceadas aos idosos informações sobre o seu estado de saúde e, dessa forma, foi negado o direito desses cidadãos de exercerem sua autonomia no que se refere à escolha das opções terapêuticas.

Nesse sentido, os profissionais precisam ser orientados a valorizar e respeitar o saber do cliente sobre si, já que, tal atitude, traz como consequência, a ampliação do conhecimento e da compreensão da equipe de saúde sobre o que a clientela necessita e, ao mesmo tempo, fortalece o alcance das práticas de cuidado de si pelos próprios sujeitos envolvidos.

A informação é o elemento fundamental no processo de autonomia do idoso. Assim, o papel da enfermagem no cuidado ao idoso que vivencia o câncer em tratamento ambulatorial deve centrar-se no diálogo, esclarecimento de dúvidas, apoio

emocional, entendido como um ato de interação, composto por ações compartilhadas entre os profissionais e os idosos. Isso não significa desconsiderar o saber profissional, mas gerar um momento de reflexão conjunta para a tomada de decisão, democratizando relações e resgatando a autonomia do idoso. É preciso que essas preocupações sejam incorporadas na formação ética dos profissionais de saúde para que a postura deles seja fundamentada na moral e na ética, e não apenas nos aspectos técnicos e legais.

Portanto salienta-se, que a valorização do cuidado de si dos idosos que vivenciam o câncer em tratamento ambulatorial deve ser levada em consideração pelos profissionais de saúde. Tal atitude deve ser reforçada, não apenas fundamentada nos seus aspectos éticos e legais, mas sim pelos benefícios obtidos por tal prática, na otimização do processo informativo e educativo do idoso, a qual poderá contribuir para a manutenção de sua autonomia e, por conseguinte na sua (re) inserção social.

Quanto aos resultados desta pesquisa, acredita-se que poderão contribuir para aprofundar as questões relacionadas ao cuidado de si dos idosos, ao colaborar e possibilitar novos estudos pertinentes à área de enfermagem na temática. Os resultados obtidos poderão também servir de embasamento na construção de ações interventivas, que melhorem a qualidade de vida dos idosos que vivenciam o câncer, bem como, a assistência prestada pela equipe de enfermagem a estes idosos.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, Rio de Janeiro, ago. 2007.

ALVES, P.C. et al. La percepción de las enfermeras respecto a su actuación ante los derechos de los clientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, São Paulo, jun. 2008.

AUGUSTINI, C.F. humanismo, velhice e direito. In: MEZZAROLA, O. (org.). **Humanismo latino e estado no Brasil**. Florianópolis: Ed. Fundação Boiteux: 2003.

BEAVOIR, S. **A velhice**. 4 impr. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado**: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BERTOLASCE, A.C.A. Câncer e terceira idade. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (orgs). **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 290-98.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 5 ed. 2000.

BORGES, C.M.M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E.V. et al (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1424-28.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96** – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Conselho Nacional de Educação Câmara da Educação Superior. **Parecer n° 1.133** - Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília, 2001.

_____. Diário oficial da República Federativa do Brasil. **Lei nº. 10.741**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.528** - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2006/gm/gm-2528.htm>>
Acesso em: 20 nov 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Cadernos de Atenção básica n. 19**: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2007.

BRILHANTE et. al. Prostatectomia radical por via perianal em hospital não universitário: estudo de 13 casos. **Revista Paranaense de Medicina**, v. 21, n. 4, 2007.

BUB, M.B. C. et al . A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, v. 15, n. especial, Florianópolis, 2006.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos Envelhecimento**, v.3, n.4, Rio de Janeiro: jul. 2000.

_____. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 19, n 3, 2003.

CASCAIS, A.F.M.V.; MARTINI, J.G.; ALMEIDA, P.J.S. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, 2007.

CELICH, K.L.S.; BORDIN, A. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, jan./jun. 2008

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 311/2007** - Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2007.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, mai/jun 2002.

COSTA, V.T.; LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D. Autonomia versus cronicidade: uma questão ética no processo de cuidar em enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar 2007 jan/mar.

CULVER, C. M. Competência do paciente. In: SEGRE & COHEN (org), **Bioética**, São Paulo: EDUSP, 2002.

DALBOSCO, C.A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo”. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 2006, jan./jun.

DEL DUCA et. al. Aspectos comportamentais e de saúde associados à incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 20, n. 4, 2009.

DIAS; H, Z. J; GAUE, G. J. C; RUBIN, R.; DIAS, A. V. Psicologia e bioética: diálogos. **Psicologia Clinica**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2007.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. dos (orgs.). **O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.11-24.

FERREIRA et. al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 9, n.2, abr/jun. 2010.

FILHO, H.T., SANTIN, J.R., VIEIRA, P.S. Envelhecimento humano: saúde e dignidade. In: FILHO, H.T., SANTIN, J.R., VIEIRA, P.S.(orgs). **Envelhecimento Humano**: saúde e dignidade. Passo Fundo: UPF Editora, 2005. p. 11-16.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. 10. reimpressão. São Paulo: Graal, 2009

_____. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREIRE, **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FREITAS, I.B.A; MENEGHEL, S.N; SELLI, L. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, 2011.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E.V. et. al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 900- 09.

GANDIN, L.A.A.; PAULILO. Cuidados Paliativos: a visão de pacientes além de possibilidades terapêuticas. **Serviço Social em Revista**, v. 6, n. 2, Londrina, 2004.

GALAN, H. D. S.. Um estudo psicológico sobre o infarto do miocárdio em mulheres. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

GARDELHA, M.I.P.; MARTINS, R.G. Neoplasias no Idoso. In: FREITAS, E.V. et al (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 712-17.

GOLDIN, J.R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 85-90.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa

escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, mar.2007.

GONÇALVES, L.H.T.;SCHEIR, J. Grupo aqui e agora: uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.2, abr/jun. 2005.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2000.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Claudia Buchweitz e Pedro M Garcez. – 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças em Psicologia da Saúde**, v.14, n.2, São Paulo, jul/dez., 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Relatório Anual dos Atendimentos do Ambulatório de Hemato-oncologia**. 2009. Santa Maria, 2009 a.

_____. **Relatório Mensal da Coordenação de Recursos Humanos**, out. 2009. Santa Maria, 2009 b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio 2002**.

Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 25 set. 2007.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

_____.Brasil. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev.atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, 2006.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.An exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KÜBLER ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

- LIMA C.L.M.; VAZ, F.P. ; MULER, V. A incontinência urinária pós-prostatectomia: tratamento. 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/29-IncontUrPosProsTr.pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2010.
- LINARD, A.G.; DANTAS E SILVA, F.A.; SILVA, R.M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 48, n. 4, Rio de Janeiro, 2002.
- LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J.P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005 .
- LUNARDI, V.L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- MACHADO, S.M.; SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.
- MARCHI, M.M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Bioética**, v. 6, n. 1, Brasília, 1998.
- MENDES, H.W.B. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, Ribeirão Preto, 2001.
- MENOSSE, M. J.; LIMA, R. A. G. A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, mar. 2000.
- MERHY, E.E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas. 2000. Tese (Livre Docência) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- MINAYO, M.C.S. COIMBRA JR., C.E.A. (org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MORANDINI, J. A velhice: uma abordagem social e jurídica. In: PASQUALOTTI, O.; PORTELLA, M.R.; BETTINELLI, L.A. (orgs). **Envelhecimento humano**: desafios e perspectivas. Passo Fundo: UPF Editora, 2004. p. 288 – 310.
- MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia da USP**, v. 19, n. 1, São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, A.C.; FORTES, P.A.C. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.33, n.1, São Paulo, mar. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). **Health Promotion Glossary**. Genebra (Suíça), 1998.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Brasília, 2003.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

OSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 90-107.

PELAEZ DORO, M. et al. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, Brasília, jun. 2004.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Bioética Longevidade Humana**. São Paulo: Loyola, 2006.

POLIT D.F.; BECK C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2004.

PRADO, J.A.F.A. **Supervivência**: novos sentidos na vida após a mastectomia. (Dissertação). Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

PY, L.; TREIN, F. Finitude e Infinitude: dimensões do tempo na experiência do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1353 - 60.

RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, Rio de Janeiro, 1993.

RICHARDSON, Robert Jarry et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde Núcleo de Informações em Saúde. E52 **Estatísticas de Saúde**: mortalidade 2009. Porto Alegre, 2010.

ROSA, T. E. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, São Paulo, fev. 2003.

SÁ, S. P. C. **Idoso: Representação da velhice e do cuidado de si**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SALES, C.A. **O cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I.; CALDAS, C.P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, Brasília, jan/fev. 2005.

SANTIAGO, M.M.A; PALÁCIOS, M. Temas éticos e bioéticos que inquietaram a Enfermagem:publicações da REBEn de 1970-2000. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, Brasília, 2006.

SANTIN, J.R; BETTINELLI, L.A. Bioética, dignidade humana e direitos fundamentais. In: SANTIN, J.R; BETTINELLI, L.A. (orgs). **Bioética e envelhecimento humano: inquietudes e reflexões.** Passo Fundo: UPF Editora, 2010. p. 19-35.

SANTOS, L.R.; BENERI, R.L.; LUNARDI, V.L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 3, Porto Alegre, dez. 2005.

SANTOS, V.; PORTELLA, M.R. As práticas educativas de promoção da saúde e da cidadania do idoso e seu caráter emancipatório. In: FILHO, H.T., SANTIN, J.R., VIEIRA, P.S.(orgs). **Envelhecimento Humano: saúde e dignidade.** Passo Fundo: UPF Editora, 2005. p. 37-50.

SCUCATO, R. **As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações.** Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós- graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, Brasília, jan/fev 2010.

SILVA, I.J.et al . Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, São Paulo, set. 2009.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V.A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, Rio de Janeiro, out. 2006.

SILVA, L.M.H.; ZAGO, M.M.F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, Ribeirão Preto, 2001.

SMELTZER; BARE, Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. **Tratado de enfermagem médico cirurgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 10 ed. 2005 – vol.1.

SOARES, N.V.; LUNARDI, V.L. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n. 1, jan./fev. 2002.

STUMM et. al. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 1, Porto Alegre, 2010.

TAVARES, M.A.C.G. C.F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

TEIXEIRA, M. B.. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, M.H. Aspectos psicológicos da velhice. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. (orgs). **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 312-15.

TOFANI A. C.; VAZ C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 41, n. 2, Porto Alegre, 2007.

TOLEDO, E.H.R.; DIOGO, M.J.D. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, Ribeirão Preto, nov/dez. 2003.

TOLOTTI, M. **Passageiros do outono**: reflexões sobre a velhice. Caxias do Sul: Editora Maneco, 2005.

TRINDADE et. al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, Brasília, 2007.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa de ciências sociais**. 1. ed., 14. reimp. São Paulo: Atlas, 2006.

UCHOA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR. C.E.A. (orgs). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.25-35.

UTZERI, F. Debatedor na Jornada de Bioética em Assistência Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 4. out./nov./dez., 2000.

VARELA, Drauzio. **Por um fio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

VIEIRA, T. R. Bioética e enfermagem: uma análise interdisciplinar. In: MALAGUTI, W. (org). **Bioética e enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

YOKOYAMA, C.E.; CARVALHO, R.S.; VIZZOTO, M.M. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos freqüentadores de um centro de referência. **Psicólogo inFormação**, São Paulo, v. 10, n. 10, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

ENTREVISTA Nº:

Data:

A. Dados obtidos no prontuário do idoso e na observação do campo:

B. Caracterização sociodemográfica do idoso:

Data de nascimento:	Residência própria:
Sexo:	Com quem mora:
Procedência:	Quantas pessoas moram na casa: duas
Escolaridade:	Problema de saúde:
Cor:	Tempo de diagnóstico:
Estado civil:	Tempo de tratamento:
Religião:	Efeitos colaterais que sentiu durante o tratamento:
Filhos:	Limitações decorrentes do envelhecimento- identificar nível de autonomia:
Situação ocupacional:	
Principal atividade profissional que desenvolveu ao longo da vida:	
Renda:	

C. Entrevista semiestruturada

1. Fale sobre os cuidados à saúde que você realiza no seu dia-a-dia:
 - que cuidados são estes?
 - como você os realiza?
 - que cuidados você realiza sozinho e quais os que precisa de ajuda?
 - quem lhe ajuda nesses cuidados?
 - como você participa dos cuidados consigo para os quais precisa de ajuda?
2. Quem prepara os alimentos, vai ao banco, paga as contas, faz as compras da casa, cuida da medicação que você faz uso...
3. O fato de você descobrir que tem câncer mudou alguma coisa em sua vida, tanto no que diz respeito ao momento em que soube o diagnóstico, que teve de se submeter ao tratamento, quanto na sua vida social como um todo, na forma como você encara a vida, na forma como você se cuida, se relaciona com os outros...

Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PROJETO PESQUISA: Idosos convivendo com câncer: possibilidades para o cuidado de si

PESQUISADORA: Lucimara Rocha

CONTATO: (54) 9934 4758 **e-mail:** lucimarazz@hotmail.com

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Margrid Beuter

CONTATO: (55) 99637451 **e-mail:** beuter@terra.com.br

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Pacientes idosos portadores de câncer em tratamento no ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

DATA: ____/____/2010

Caro participante da pesquisa:

- Você está convidado a participar desta pesquisa através da realização de uma entrevista, de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos: a) descrever o cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer, em tratamento ambulatorial; b) analisar as relações do cuidado de si desse idoso, na perspectiva de sua autonomia; e, c) discutir as implicações do cuidado de enfermagem para o cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer, em tratamento ambulatorial, na perspectiva de sua autonomia.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista com questões sobre o assunto. Será realizada a gravação das falas. Para essa atividade, será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Sobre a legislação vigente em pesquisa:

Benefícios: Estão ligados diretamente à produção de conhecimento acerca do cuidado de si do idoso portador de câncer, contribuindo tanto para a assistência a esses idosos, quanto para os profissionais que convivem com eles.

Riscos: A participação na pesquisa representará riscos mínimos de ordem física ou psicológica para você, como aqueles aos quais você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Após a transcrição das falas, o material será destruído. O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Desde já, agradeço pela colaboração,

Assinatura do Participante

Nome do participante

Assinatura da pesquisadora

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Apêndice C – Autorização institucional para o desenvolvimento da pesquisa

De: Enfermeira Mestranda Lucimara Rocha
Para: Diretor do Hospital Universitário de Santa Maria – RS
Assunto: Solicitação (faz)

Santa Maria, 18 de dezembro de 2009.

Senhor Diretor,

Venho solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**Idosos convivendo com câncer: possibilidades para o cuidado de si**”, junto aos pacientes em atendimento no Ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria. Este projeto de dissertação está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Profa. Dra. Margrid Beuter.

Cumpre informar que esta pesquisa é resultado das minhas vivências no ambiente hospitalar como acadêmica e posteriormente como servidora, momento em que percebi que o idoso encontra-se, muitas vezes, excluído do processo terapêutico, o que vem a repercutir, entre outros, no seu cuidado de si e na manifestação de sua autonomia. Os objetivos desta pesquisa são: a) descrever o cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer, em tratamento ambulatorial; b) analisar as relações do cuidado de si desse idoso, na perspectiva de sua autonomia; e, c) discutir as implicações do cuidado de enfermagem para o cuidado de si dos idosos que convivem com o câncer, em tratamento ambulatorial, na perspectiva de sua autonomia.

Como esclarecimento, cabe ressaltar que, conforme a metodologia que pretendo desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, sendo respeitados os preceitos da Resolução nº 196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Lucimara Rocha
Coren/RS nº 187182

Obs.: Em anexo segue cópia do projeto de pesquisa.

Apêndice D – Termo de confidencialidade

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Idosos convivendo com câncer: possibilidades para o cuidado de si

PESQUISADOR: Lucimara Rocha

ORIENTADOR: Profa. Dra. Margrid Beuter.

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria/
Departamento de Enfermagem.

CONTATO: (54) 9934 4768. E-mail: lucimarazz@hotmail.com.

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados através de entrevistas e análise documental no Ambulatório de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala dos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Sra. Margrid Beuter. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 28/01/2010, com o número do CAAE 0317.0.243.000-09.

Santa Maria, 01 de fevereiro de 2010.

Margrid Beuter
Pesquisadora responsável
COREN: 29136
SIAPE: 379289

Lucimara Rocha
COREN: 187182
MATRÍCULA: 2960618

ANEXOS

Anexo A – Escala de avaliação das atividades de vida diária de Katz

Atividade	Independente	Sim	Não
<i>Banho</i>	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.		
<i>Vestir-se</i>	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
<i>Higiene pessoal</i>	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
<i>Transferência</i>	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
<i>Continência</i>	Controla completamente urina e fezes.		
<i>Alimentação</i>	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Fonte: Freitas E.V. et al. (orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1534.

Anexo B – Escala de avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton

Consegue usar o telefone?	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue fazer compras?	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue preparar suas próprias refeições?*	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue arrumar a casa?*	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?*	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue lavar e passar suas roupas?*	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1
Consegue cuidar de suas finanças?	sem ajuda com ajuda parcial com ajuda	3 2 1

* Questões podem ser adaptadas conforme o sexo, podendo ser substituídas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Fonte: Freitas E.V. et al. (orgs). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1535.

Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Idosos convivendo com câncer: possibilidades para o cuidado de si.

Número do processo: 23081.016988/2009-18

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0317.0.243.000-09

Pesquisador Responsável: Margrid Beuter

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro / 2011- **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 26/01/2010

Santa Maria, 28 de janeiro de 2010.



Elisete Medianeira Tomazetti
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.