

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**ISIS MARQUES SEVERO**

**ALTERAÇÕES NO MODO DE VIVER DE IDOSOS COM CÂNCER**

Porto Alegre

2008

**ISIS MARQUES SEVERO**

**ALTERAÇÕES NO MODO DE VIVER DE IDOSOS COM CÂNCER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, linha de pesquisa Processos Teóricos e Tecnológicos do Processo de Cuidar, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

Porto Alegre

2008

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP  
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

---

S498i Severo, Isis Marques  
Alterações no modo de viver de idosos com câncer [manuscrito]  
/ Isis Marques Severo. – 2008.  
78 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.  
Orientação: Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

1. Câncer – Idoso – Cuidado domiciliar. 2. Educação em saúde  
– Idoso – Família. 3. Oncologia – Idoso. 4. Enfermagem geriátrica.  
I. Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho. II. Título.

NLM: QZ200

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

---

**ÍSIS MARQUES SEVERO**

**IDOSOS COM CÂNCER NO DOMICÍLIO: ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de Junho de 2008.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Maria Isabel P. C. Gorini

Presidente – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marion Creutzberg

Membro

PUCRS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Miriam de Abreu Almeida

Membro

PPGENF/UFRGS

Dedico esta pesquisa a minha querida mãe e a  
minha cara avó que representam, para mim,  
exemplos de força e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

No momento, em que concluo este trabalho, que espelha importante fase de minha vida, é fundamental agradecer e lembrar as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram na sua elaboração:

À professora, Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, que me mostrou caminhos a percorrer à medida que caminhava comigo. Fico grata por sua efetiva orientação, amizade, competência e dedicação;

À família: mãe, pai, irmãos e cunhados pelo apoio e carinho;

Ao meu namorado, Michel, que soube me ouvir e encorajar, com amor, em todos os momentos, especialmente nos de crise;

Ao meu sogro e sogra, pela atenção e apoio;

Aos meus amigos, que me apoiaram e incentivaram;

Às enfermeiras (os) das unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela atenção, parceria e indicação dos pacientes participantes da pesquisa;

Aos familiares e idosos, que me permitiram entrar em seus domicílios e dividiram, comigo, suas vivências.

**Muito Obrigada, Isis.**

O valor de poder olhar de perto como as pessoas vivem [...] está em nos oferecer uma oportunidade de, ao nos colocarmos na sua “pele”, podermos sair enriquecidos para as nossas funções, possibilitando vermos o mundo com um pouco mais de clareza.

Martha Harris

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso que tem como objetivo geral identificar as alterações no modo de viver dos idosos com câncer em seu domicílio. Seus objetivos específicos são conhecer como o idoso com câncer refere as suas vivências, em seu domicílio, sobre as alterações nos hábitos de vida e saúde e descobrir como realiza, ali, o autocuidado. A revisão da literatura aborda temas relacionados à área temática do estudo: o câncer como um problema de saúde pública, o câncer e os idosos e a educação em saúde. Para tanto, foram realizadas visitas domiciliares a quinze idosos com câncer e, utilizada entrevista semi-estruturada para coleta das informações. A análise de conteúdo propiciou o surgimento de quatro categorias subdivididas em temas e a apresentação de relatos dos idosos. Na categoria “Vivenciando a Doença”, observaram-se os temas - Busca do serviço de saúde e Enfrentando o tratamento. Na categoria “Percepções dos Idosos sobre a Doença” destacaram-se os temas - O indivíduo sente-se diferente e A história familiar relacionada ao câncer. A categoria “O Impacto do diagnóstico”, foi relacionada aos temas - Alterações psicológicas, Sentimento de tristeza, Apoio da família, Apoio profissional e Apoio da crença religiosa. E, a Categoria “Alterações no Modo de Viver” foi relacionada aos temas - Mudanças no cotidiano, Autocuidado com alimentação, Autocuidado com a imagem corporal e A Valorização da saúde. Estudos como esse contribuem para a construção de conhecimentos na área de educação em saúde, em particular, no caso de idosos com câncer. As vivências e as alterações de vida e saúde repercutem na forma com que os idosos realizam os seus cuidados de saúde. As informações sobre os aspectos de educação em saúde podem auxiliar os idosos e suas famílias a gerir o seu cuidado podendo evitar futuras hospitalizações e melhorar a sua qualidade de vida.

**Descritores:** Idoso, câncer, educação em saúde, enfermagem.



## ABSTRACT

It is about a qualitative research of the case study type with the general objective of identifying the alterations in the way of living of elderly people with cancer in their domicile. Its specific objectives are learning how the elderly with cancer refer their life experiences in the domicile about the changes in life and health habits and finding out how they perform the self-care therein. The literature revision approaches themes related to the thematic field of the study: cancer as a public health problem, cancer and the elderly, and health education. For such purpose, domicile visits to fifteen elderly with cancer were made when the semi-structured interview was utilized in order to collect the information. The content analysis provided gathering four categories divided into themes and the presentation of reports by the elderly:

In the category "Experiencing the Disease", two themes were noticed: "Search for health care" and "Facing the treatment". In the category "Perception of the Elderly about the Disease", two themes stood out: "The subject feels him/herself different" and "The family history related to cancer". The category "The Impact of the Diagnosis" was related to the themes: Psychological alterations, Feeling of sadness, Family support, Professional support and Support from the religious belief. The category "Alterations in the Way of Living" was related to the themes "Changes in the daily life", "Self-care with food"; "Self-care with self-image" and "Appreciation of health". Studies like this contribute for the construction of knowledge in the field of health education and, especially, in the case of elderly with cancer. The experiences and the changes in life and health have repercussions on the way how the elderly carry out their health care. The information about the aspects of health education can help the elderly and their families to manage their care and therefore avoid further hospital admittances and improve their quality of life.

**Descriptors:** Elderly, Cancer, Health Education, Nursing.

## RESUMEN

Se trata de una pesquisa cualitativa de la clase estudio de caso con el objetivo general de identificar las alteraciones en el modo de vivir de los ancianos con cáncer en el domicilio. Sus objetivos específicos son conocer como el anciano con cáncer refiere sus vivencias, en el domicilio, acerca de las alteraciones en los hábitos de vida y salud y descubrir como realiza, allí, el auto-cuidado. La revisión de la literatura aborda temas relacionados al área temático del estudio: el cáncer como un problema de salud pública, el cáncer y los ancianos y la educación en salud. Para esto, fueron realizadas visitas domiciliarias a quince ancianos con cáncer siendo utilizada la entrevista semiestructurada para la recolección de las informaciones. El análisis de contenido propició el surgimiento de las siguientes categorías subdivididas en temas y la presentación de relatos de los ancianos: En la categoría “Experimentando la Enfermedad”, se observaron los temas - Búsqueda del servicio de salud y Enfrentando el tratamiento. En la categoría “Percepciones de los Ancianos acerca de la Enfermedad”, se destacaron los temas - El individuo se siente diferente y La historia familiar relacionada al cáncer. La categoría “El Impacto del Diagnóstico” fue relacionada a los temas - Alteraciones psicológicas, Sentimiento de tristeza, Apoyo de la familia, Apoyo profesional y Apoyo de la creencia religiosa. Y, la categoría “Alteraciones en el Modo de Vivir” fue relacionada a los temas Cambios en el cotidiano, Auto-cuidado con alimentación, Auto-cuidado con la imagen Corporal y La valoración de la salud. Estudios como este contribuyen para la construcción de conocimientos en el área de educación en salud, en particular, en el caso de ancianos con cáncer. Las vivencias y sus alteraciones de vida y salud repercuten en la forma con que los ancianos realizan sus cuidados de salud. Las informaciones acerca de los aspectos de educación en salud pueden ayudar a los ancianos y a sus familias a administrar su cuidado de manera a evitar futuras hospitalizaciones y a mejorar su calidad de vida.

**Descriptor:** Ancianos, Cáncer, Educación en Salud, Enfermería.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos Idosos.....	33
Quadro 2 – Categoria I - Vivenciando a Doença.....	39
Quadro 3 – Categoria II - Percepções dos Idosos sobre a Doença.....	45
Quadro 4 – Categoria III - O Impacto do Diagnóstico.....	49
Quadro 5 – Categoria IV - Alterações no Modo de Viver.....	55

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>O Câncer: Problema de Saúde Pública .....</b>	<b>16</b>
<b>3.2</b>	<b>O Câncer e os Idosos.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Educação em Saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Contexto do Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta das Informações.....</b>	<b>29</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise das Informações.....</b>	<b>30</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....</b>	<b>32</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Idosos.....</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>Caracterização dos Domicílios.....</b>	<b>37</b>
<b>5.3</b>	<b>Categoria I - Vivenciando a Doença.....</b>	<b>38</b>
<b>5.4</b>	<b>Categoria II - Percepções dos Idosos sobre a Doença.....</b>	<b>45</b>
<b>5.5</b>	<b>Categoria III - O Impacto do Diagnóstico.....</b>	<b>48</b>
<b>5.6</b>	<b>Categoria IV - Alterações no Modo de Viver.....</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ.....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a população de 60 anos ou mais representava 7,3% na década de 1990, enquanto que, no ano de 2000, essa proporção atingia 8,6% e, em 2006, chegou aos 10,2% do total da população. Nesse período, o número de idosos aumentou devido ao crescimento vegetativo e ao aumento gradual da expectativa de vida ao nascer (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Entre as capitais do país, Rio de Janeiro e Porto Alegre destacam-se com as maiores proporções de idosos, representando, respectivamente, 14,1% e 12,4% da população total desses municípios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Este documento, elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades, pois trata dos mais variados aspectos, abrangendo, por exemplo, o direito à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais que se relacionam a este público (BRASIL, 2006).

Esse documento também ressalta, ao idoso, o direito ao respeito e a sua integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, de idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (BRASIL, 2006).

O tema central, que permeia todos os artigos do Estatuto do Idoso, é o amparo à assistência e a proteção ao indivíduo em seu processo de envelhecimento. O Estatuto também esclarece sobre os deveres das famílias, das instituições, do governo e do cidadão em relação aos cuidados e apoio ao idoso (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

Ainda assim, existe a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso cujo objetivo principal é assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1996a).

Nesse sentido, o Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, em seu Artigo 9º, registra que, ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete, entre outras instâncias, desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso e estimular a criação, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de unidades de cuidados diurnos, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para o idoso (BRASIL, 1996b).

O envelhecimento não significa doença, mas, sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. Trata-se de uma época onde as pessoas adoecem mais, mais rapidamente e, quando adoecem, demoram mais tempo para se recuperar (ZIMERMAN, 2000).

Entre as doenças, que contribuem para alterar, de forma negativa, a qualidade de vida da população idosa, estão aquelas denominadas de crônico-degenerativas, e, entre as crônicas, o câncer.

De acordo com a World Health Organization - WHO (2006), câncer é um termo genérico dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm, em comum, o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase).

As causas que contribuem para o desenvolvimento do câncer são multifatoriais, envolvendo fatores ambientais como tabagismo, radiação ionizante, álcool e administração de hormônios; fatores endógenos como o envelhecimento, obesidade, alterações hormonais e a herança genética (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Diante desse fato, acredita-se que os idosos com câncer merecem atenção especial da equipe de saúde, que deve ser incentivada a buscar alternativas que possam melhorar a qualidade de vida dessa população fragilizada em função de sua condição de saúde.

A motivação para esse estudo, junto a idosos, surgiu a partir da vivência acadêmica, quando minha monografia de conclusão de curso referia-se a essa temática e foi intitulada “Visita domiciliar como estratégia de apoio educativo ao familiar cuidador do idoso seqüelado de AVC” (SEVERO, 2002). Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial. O objetivo foi desenvolver um

processo educativo de orientações com familiares cuidadores de idosos seqüelados de AVC no domicílio, a fim de capacitá-los para atender as múltiplas demandas decorrentes da doença.

No ano de 2003, iniciei o Curso de Pós-Graduação em UTI Adulto na Universidade Luterana do Brasil, quando aprofundei meus conhecimentos na temática do idoso, em especial, no idoso fragilizado. Minha monografia de conclusão de curso foi intitulada “Orientações para cuidadores de idosos com Acidente Vascular Cerebral após Internação em UTI” (SEVERO, 2004), que se tratou de uma pesquisa qualitativa participante. O objetivo foi desenvolver um processo educativo, por meio da construção de um manual, com os cuidadores de idosos seqüelados de AVC internados em UTI.

Aliado a isso, em 2003, iniciei o Curso de Especialização em Educação pela Escola Nacional de Saúde Pública. Com essa experiência, ampliei minhas indagações sobre os aspectos de educação em saúde experienciados no cotidiano profissional.

Nessa mescla de vivências acadêmicas, comecei a trabalhar em um hospital localizado na região central de Porto Alegre onde me aproximei de idosos com câncer e, ao ouvir as dúvidas e incertezas desses pacientes, meu interesse por esse tema se intensificou.

Minha proximidade com a pesquisa qualitativa e com os idosos com câncer se desvelava ao longo dessa trajetória acadêmica. Entretanto, o efetivo encontro com o tema educação em saúde se deu em 2006 durante a realização da disciplina “Educação em Saúde” do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

A educação em saúde tem sido considerada uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informação e sugere alternativas para indivíduos, famílias ou grupos, em termos de prevenção de doenças e de promoção da saúde (GASTALDO, 1997).

Para Oliveira (2005), a educação em saúde ainda permanece centrada na responsabilização individual e na prevenção de doenças, sendo que, no terreno da prática, há uma diversidade de modelos de educação em saúde. É possível agrupar essa diversidade de modelos em duas principais abordagens de educação em saúde – o modelo preventivo e o modelo radical.

O modelo preventivo, também denominado educação em saúde tradicional, objetiva a prevenção das doenças. No entanto, o modelo radical centrado na consciência crítica das pessoas, ao invés de trabalhar com os indivíduos isoladamente, busca atingir seus objetivos trabalhando com os grupos. Este último modelo tem a intenção de promover o envolvimento dos indivíduos nas decisões relacionadas à sua saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais aos quais eles pertencem (OLIVEIRA, 2005).

A partir disso, torna-se necessário conceituar o termo “cuidado de saúde” que, para Almeida, Gutiérrez e Adami (2004), é considerado como uma medida de autocuidado ou uma forma de agir do cliente.

Como objeto de pesquisa, esse estudo contempla a identificação das alterações no modo de viver dos idosos com câncer, pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC), quando em seu domicílio. A escolha pelo HC se deve ao fato de este ser um hospital universitário voltado à assistência, ao ensino e à pesquisa, além de ser o local onde realizei a maioria dos estágios de minha graduação.

A escolha por realizar um estudo com idosos em seu domicílio se deve ao fato de este ser um espaço onde o cuidado de enfermagem pode ser produzido. Em um estudo sobre vivências, expressas por pacientes com câncer quanto ao cuidado hospitalar e domiciliar, foi identificado que o estar no hospital pode gerar um cansaço emocional, revelando a necessidade dos pacientes permanecerem no seu lar (ZANONI et al., 2006).

Além disso, o domicílio é o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É nesse espaço onde as primeiras relações sociais se estabelecem e, também, onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um de seus membros adoce. Assim, fica evidente a ajuda profissional para que a família enfrente os momentos difíceis vividos e, juntos, possam superá-los (LACERDA, 1996).

Para Creutzberg (2000), as atividades de cuidar, no domicílio, estão permeadas por atitudes que demonstram a valorização do idoso em seu meio, onde existe motivação para o autocuidado, já que a família procura encorajá-lo, permitindo que ele o faça sozinho ou que ela participe do seu cuidado.



Porém, conflitos, ambivalências e inseguranças podem surgir no ambiente domiciliar como, por exemplo: idosos tornarem-se depositários de frustrações e de dificuldades dos outros membros da família; um filho sobrecarregar-se e assumir as responsabilidades pelos cuidados dos pais; um pai idoso assumir responsabilidades que caberiam a um filho; e, diante da necessidade de ser ajudado, um idoso membro da família receber agressões e ser alvo de distanciamento afetivo dos demais (LOPES; CALDERONI, 2007).

Em vista disso, o presente trabalho busca responder as seguintes questões:

- a) Quais as alterações no modo de viver dos idosos com câncer em seu domicílio?
- b) Quais as suas percepções sobre as alterações nos hábitos de vida e saúde?
- c) Como o idoso com câncer realiza o autocuidado no seu domicílio?

Na tentativa de encontrar respostas para tais indagações, a construção de conhecimentos, nessa caminhada, poderá contribuir na área de educação em saúde, em particular, no caso de idosos com câncer.

No terreno da prática de saúde, os idosos com câncer exigem uma assistência diferenciada, pois carregam consigo as incertezas da doença, dos efeitos adversos do tratamento e, além disso, do seu prognóstico.

O enfermeiro é um dos profissionais que permanece mais tempo junto ao paciente em seu processo de saúde-doença e, por isso, pode tornar-se um multiplicador de temas relacionados à educação em saúde.

Dessa forma, reafirmo que estudos como esse também podem fornecer subsídios para a enfermagem domiciliar, sendo que a educação em saúde no ambiente domiciliar pode favorecer o autocuidado desse idoso e uma melhor qualidade de vida.

## **2 OBJETIVOS**

Os objetivos desta pesquisa são divididos em objetivo geral e objetivos específicos, apresentados a seguir:

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar as alterações no modo de viver de idosos com câncer em seu domicílio.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos são:

- a) conhecer como o idoso com câncer refere as suas percepções, em seu domicílio, sobre as alterações nos hábitos de vida e saúde;
- b) descobrir como o idoso com câncer realiza o autocuidado em seu domicílio.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O Câncer: Problema de Saúde Pública

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil, constituindo a segunda causa de morte por doença no país. Dentre os principais fatores, associados ao maior número de casos novos, estão a urbanização e a industrialização. A concentração da população, em grandes centros, favorece a exposição aos fatores de riscos ambientais, aos quais são atribuídos, em relação direta ou indireta, o surgimento de casos novos de câncer (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

De acordo com Brasil (2008a), o processo de formação do câncer é denominado carcinogênese e, em geral, se desenvolve lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Esse processo passa por vários estágios descritos a seguir:

- a) iniciação: é o primeiro estágio da carcinogênese. Nele, as células sofrem a ação de fatores que provocam mutações genéticas e encontram-se preparadas para a ação de um segundo grupo de fatores que atuarão em estágio seguinte. Quando um agente carcinógeno é capaz de iniciar o processo da carcinogênese, ele é chamado de agente iniciador ou oncoiniciador. Por exemplo, o benzopireno, que é encontrado na fumaça do cigarro, e os vírus T-linfotrópicos humanos são agentes iniciadores;
- b) promoção: é o segundo estágio da carcinogênese. Nele, as células geneticamente alteradas, ou iniciadas, sofrem a ação de fatores que atuam estimulando sua multiplicação. Esses fatores são denominados de agentes promotores ou oncopromotores que promovem a transformação da célula iniciada em célula maligna. A suspensão do contato com agentes promotores, muitas vezes, interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação, como, por exemplo, a gordura e, também, a exposição excessiva e prolongada a hormônios, são fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas;

c) progressão: é o último estágio e se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer está instalado e evolui até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

A identificação do estágio da doença recebe o nome de estadiamento que determina o tamanho do tumor e a existência de metástase. Existem muitos sistemas para classificar a extensão anatômica da doença. O sistema TNM é freqüentemente utilizado. Nesse sistema, T refere-se à extensão do tumor primário; N, ao envolvimento de linfonodos e M, à extensão da metástase. Na interpretação de cada fator, são analisadas as diversas variações que, para o tumor primitivo, vão de T1 à T4; para o comprometimento linfático, de N0 à N3, e, para as metástases, de M0 à M1 (BRASIL, 2008b).

De acordo com Boundy et al. (2004), as opções terapêuticas são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e terapia hormonal. Essas opções são adotadas independentes ou em combinações. Para cada paciente, o tratamento depende do tipo, do estágio, da localização e do grau de resposta do tumor, bem como das limitações do próprio indivíduo.

O tratamento cirúrgico do processo oncológico focaliza cinco áreas primárias: o tratamento primário, o de ativação, o de resgate, o paliativo e o combinado (OTTO, 2002).

Para a autora, o tratamento primário envolve a retirada do tumor e de uma margem de tecido normal adjacente. Já o tratamento de ativação envolve a retirada de tecidos no sentido de reduzir o risco de incidência, progressão e recidiva, e inclui a terapia citorrredutora e de redução de volume.

A terapia de resgate compreende o uso de uma abordagem cirúrgica extensa, visando tratar a recidiva logo após a implantação de uma abordagem primária menos extensiva. Já o tratamento paliativo é usado para reduzir os sintomas da doença ou relacionados com o tratamento sem tentativas curativas (OTTO, 2002).

Na radioterapia, é usada radiação ionizante para interromper o crescimento celular. Os tecidos corporais que sofrem divisão celular freqüente são os mais sensíveis a essa terapia. Esses tecidos incluem a medula óssea, tecido linfático, epitélio do trato gastrointestinal e gônadas enquanto que os tecidos, resistentes à radioterapia, incluem músculo, cartilagem e tecidos conjuntivos (SMELTZER; BARE, 2005).

Os efeitos tóxicos da radioterapia dependem da localização do tumor, da energia utilizada, do volume irradiado, da dose total e do estado geral do paciente. As reações que podem ocorrer no paciente são: fadiga, alopecia, mucosite, náuseas, vômitos, diarreia, entre outros, que dependem da área tratada e da dose de radiação aplicada (RODRIGUES, 2007).

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou combinadas com o objetivo de tratar o câncer. São drogas que atuam em nível celular, interferindo no seu processo de crescimento e divisão, sendo a sua administração de responsabilidade do(a) enfermeiro(a) (BONASSA; SANTANA, 2005).

A administração dos quimioterápicos diferencia-se em suas finalidades. Pode ser: a) quimioterapia adjuvante: objetiva a destruição das micrometástases, pode permitir períodos longos de remissão da doença ou, até mesmo, a cura definitiva; b) quimioterapia neoadjuvante: aplicação de antineoplásicos antes da cirurgia que podem contribuir para a redução do tumor; c) quimioterapia curativa: erradicação completa da doença por um período de, pelo menos, cinco anos (em adultos); d) quimioterapia paliativa: visa o controle e alívio dos sintomas, a redução da massa tumoral e a melhora da qualidade de vida do paciente (BONASSA; SANTANA, 2005; SILVA, 2007).

Os efeitos adversos das drogas antineoplásicas podem ser: mucosite, neutropenia, plaquetopenia, anemia, náuseas, vômitos, diarreia, constipação, entre outros (SILVA, 2007).

A imunoterapia pode ser definida como um tratamento com agentes derivados de fontes biológicas e/ou que alteram as respostas biológicas como os interferons, o transplante de medula óssea e os anticorpos monoclonais (BOUNDY et al., 2004).

Para Smeltzer e Bare (2005), as opções de tratamento oferecidas para os pacientes com câncer devem incluir a erradicação completa da doença (cura), sobrevida prolongada, contenção do crescimento da célula cancerosa (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo).

Cuidados paliativos consistem em cuidados que visam à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida como o câncer, por meio do alívio da dor e outros

sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Diante de todas essas informações sobre o câncer, vale ressaltar a associação dessa doença com o envelhecimento humano, tema que será abordado no próximo subcapítulo.

### **3.2 O Câncer e os Idosos**

O câncer é um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Para os autores, o processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu o processo denominado transição epidemiológica que foi caracterizado pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição das taxas de doenças infecciosas e aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer.

Paralelamente a esse processo, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Conforme o último censo brasileiro, a expectativa de vida ao nascer passou de 62,6 anos em 1980 para 72,4 nos dias atuais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008/2009 apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os de próstata e de pulmão no sexo masculino, e de mama e colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil de magnitude observada no mundo (BRASIL, 2007).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007), o número de idosos no Brasil chegou aos dezenove milhões, sendo que os registros de base populacional sobre o câncer são imprecisos e tornam-se necessárias

informações de qualidade sobre sua distribuição de incidência e mortalidade, o que possibilita melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes (BRASIL, 2007).

Dados do Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS, 2006) do HC demonstraram o número de idosos acima de 60 anos de idade com câncer no momento da alta, no período de janeiro à novembro 2006. Foi apresentado o número de 732 pacientes, sendo que o tipo de câncer, por ordem de frequência nessa amostra, corresponde, respectivamente, ao câncer de próstata, pulmão, esôfago, mama e cólon.

O câncer de próstata é considerado o câncer mais comum na terceira idade, uma vez que cerca de 75% dos casos, no mundo, ocorrem a partir dos 65 anos de idade. É o mais freqüente em todas as regiões do Brasil, com risco estimado de 69/100.000 homens na região Sul, 63/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Centro-Oeste, 38/100.000 na região Nordeste e 22/100.000 na região Norte (BRASIL, 2007).

A prevalência desse tipo de câncer aumenta com a idade, sendo que o pico de sua incidência é em torno dos 70 anos. Dentre os fatores de risco encontram-se a idade, a etnia, a história familiar e o consumo exagerado de gordura animal (GUIMARÃES; MORAES, 2008).

Para os autores, aproximadamente 60% dos pacientes são assintomáticos e a hipótese de um possível câncer de próstata deve ser levantada diante de um Antígeno Prostático Específico (PSA) sérico elevado.

Em vista dos dados epidemiológicos sobre a doença, e como enfermeira atuante em uma UTI adulto, recebo muitos pacientes pós-cirúrgicos em função de ressecção de tumores, principalmente idosos. Isso me permite afirmar que os idosos com câncer merecem destaque especial, pois, além dos conhecimentos que adquirem ao longo da vida e diante da experiência com a doença, eles podem precisar de informações sobre os cuidados de saúde, para incorporá-los, geralmente, no seu autocuidado.

O câncer de pulmão é o tipo mais comum de câncer no mundo. É o mais freqüente em homens na região Sul (36/100.000), Sudeste (22/100.000) e Centro-Oeste (16/100.000). Nas regiões Nordeste (9/100.000) e Norte (8/100.000), é o terceiro mais freqüente. Para as mulheres, é o quarto mais freqüente nas regiões Sul

(16/100.000), Sudeste (11/100.000), Centro-Oeste (9/100.000) e Norte (5/100.000), e o quinto mais freqüente na região Nordeste (5/100.000) (BRASIL, 2007).

O hábito de consumo do tabaco é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. A sobrevida média cumulativa em cinco anos varia entre 13% a 21% em países desenvolvidos e entre 7% a 10% nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

O câncer de esôfago é a terceira mais comum neoplasia do trato digestivo e está entre os dez mais comuns tipos de câncer no mundo (SVIRSKI, 2008). A incidência estimada no Rio Grande do Sul para o ano de 2008 é de 19,73 casos/100.000 homens e 7,58 casos/100.000 mulheres (BRASIL, 2007).

Esse tipo de câncer está associado à ingestão alcoólica excessiva, tabagismo, hábitos alimentares como mate consumido muito quente e o churrasco muito comum na região Sul do Brasil (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Em Porto Alegre, as estimativas (taxas brutas) de câncer, segundo localização primária, apontam que o câncer de mama é o mais freqüente (85,50/100.000), seguido pelo câncer de próstata (80,63/100.000) e pelo câncer de traquéia, brônquios e pulmão (50,46/100.000) (BRASIL, 2007).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, no Brasil, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (BRASIL, 2007).

Apesar da idade ser um dos mais importantes fatores de risco, destacam-se não só a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade ou primeira gestação em idade avançada, como também a história pessoal de câncer de mama e/ou outras doenças benignas de mama, e, por fim, a história familiar da doença em parentes de primeiro grau, o uso de hormônios e o consumo de álcool (BRASIL, 2007; MANO, 2008).

Já o câncer de cólon e reto é a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Porém, a incidência de câncer de reto é cerca de 20% a 50% maior em homens, na maioria das populações (BRASIL, 2007).

A idade acima dos 50 anos é considerada um dos fatores de risco. Outros fatores incluem hábitos alimentares, como, por exemplo, carnes e peixes excessivamente tostados e frituras. Somam-se a esses, pessoas com parentes de



primeiro grau que tiveram câncer colorretal; história de enterocolite ulcerativa; constipação intestinal crônica; fumo e sedentarismo (GUIMARÃES; MORAES, 2008).

As relações sociais costumam ser modificadas pela presença do câncer. Os pacientes, seus familiares e amigos percebem questões como perda dos vencimentos econômicos, isolamento social, tensão familiar, dificuldades de manutenção dos laços de amizade, incapacidade de manter o emprego ou os estudos, entre outros. Todos esses aspectos são comuns e desafiadores para aqueles que convivem com o câncer (TRENTINI et al., 2005).

Diante da hospitalização, a família, principal unidade de cuidado, precisa muitas vezes, rever seus papéis. Os filhos, geralmente, assumem o papel dos pais e, devido às implicações causadas pela hospitalização e pela doença, uma reestruturação, dentro do contexto familiar, torna-se necessária para que sejam respeitadas as exigências decorrentes do processo saúde-doença (ARAÚJO; NASCIMENTO, 2004; FLORIANI; SCHRAMM, 2006).

Por isso, a visita domiciliar

tem como característica a avaliação do paciente, seus familiares e do domicílio. Por meio dela o profissional realiza o diagnóstico da realidade em que o cliente está inserido, conhecendo os diversos fatores que influenciam no seu processo saúde-doença, e busca subsídios para sua ação [...] que envolve orientação e o acompanhamento das condições de saúde do cliente (LACERDA et al., 2007, p. 12).

Entre as exigências que o idoso e sua família enfrentam em vista da doença, elencam-se as modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, psicológicas e socioeconômicas, como as que necessitam de atenção especial. Torna-se fundamental que os profissionais da saúde tomem consciência desses fatores e de seus determinantes, atuando em prol da promoção da saúde desse idoso e, também, de sua família. Cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiadoras não só para o profissional enfermeiro, como também para a equipe multidisciplinar em saúde (SOUZA et al., 2006).

O impacto do envelhecimento e seu significado são mediados por fatores econômicos, estruturais e culturais. A teoria do envelhecimento denominada “envelhecimento e sociedade” aponta para um futuro, quando os idosos estarão, em sua maioria, integrados à sociedade e não serão considerados uma minoria social (CALDAS, 2007).

Diante de todas essas informações sobre o câncer e os idosos, o aprofundamento de questões relacionadas à educação em saúde faz-se mister. Por isso, a seguir, apresento esta temática, contando um pouco de sua história e trazendo o que diferentes estudiosos têm trabalhado sobre o assunto.

### **3.3 Educação em Saúde**

No Brasil, no início dos anos 80, iniciava-se um discurso sobre participação popular e a utilização de estratégias de educação em saúde pelos profissionais da saúde. Em 1981, a política de educação em saúde iniciou a mudança de um enfoque tradicional para a promoção da participação comunitária nas atividades de saúde (GASTALDO, 1997).

Uma breve análise demonstra uma continuidade temática no discurso das políticas de educação em saúde que circularam nos anos 1980 e 1990: a questão da participação (GASTALDO, 1997).

Oliveira e Gonçalves (2004) referem que a educação em saúde está preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações e que ela mantém uma estreita relação com a aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, pois se torna necessário que aquela seja voltada para atender a população de acordo com a sua realidade.

O resultado dos esforços nesse sentido culminou com a produção da Carta de Ottawa, em 21 de novembro de 1986 (BRASIL, 2002a), a qual definiu saúde como um bem-estar físico, emocional, econômico, social, cultural e espiritual, resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde.

De acordo com o mesmo autor, a divulgação de informações sobre a educação em saúde é fundamental, o que deve ocorrer no domicílio, na escola, no trabalho ou em qualquer espaço coletivo.

Em pesquisa bibliográfica sobre o tema educação em saúde e envelhecimento observou-se que, para retratar estratégias de educação em saúde com pessoas idosas, os artigos utilizaram relatos de experiência com grupos, o que

se trata de uma boa estratégia quando o assunto for ao encontro dos interesses e necessidades de tais pessoas (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008).

Para as autoras, o enfoque na educação em saúde emancipatória foi outro aspecto constatado. Seus pressupostos vão ao encontro da teoria da andragogia, a qual trabalha a aprendizagem de adultos, respeitando o conhecimento prévio dos indivíduos, seu meio sociocultural e a troca de experiência entre eles.

O enfermeiro deve fazer o uso apropriado de referenciais de educação em saúde em sua prática profissional, propiciando um processo interativo de aprendizagem, que busque satisfazer as reais necessidades dos indivíduos idosos (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008).

O idoso com câncer necessita de conhecimentos sobre os cuidados de saúde necessários para manter-se com uma boa qualidade de vida, a qual se percebe pela experiência, que a mesma está relacionada à melhora dos sinais e sintomas desencadeados pela doença e ao controle dos efeitos adversos do tratamento. Esse conhecimento é importante para troca de informações com outros pacientes, familiares ou profissionais da saúde, estimulando a promoção da saúde.

De acordo com Candeias (1997), a definição de promoção da saúde ultrapassa os limites dos fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que com o próprio estilo de vida.

Assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde consigam estabelecer uma comunicação eficaz com a população, ou seja, é preciso certificar-se de que o receptor compreendeu a mensagem. Logo, é fundamental o fato de que cada cultura tem sua própria forma de comunicação, que se dá através da fala, de símbolos, de sinais, bem como de significados ou visões de mundo próprios acerca dos fenômenos que vivenciam (SHIRATORI et al., 2004).

De acordo com Freire (1984), o domínio da existência humana é o domínio do trabalho, da cultura, da história e dos valores. O indivíduo, como ser da práxis, precisa, para transformar o mundo, transformar-se também, sendo que as relações desse com o mundo se dão em um espaço, que não é apenas físico, mas também histórico e cultural.

Ao longo dos anos, ocorreu uma ampliação das práticas de educação em saúde no sentido de uma renovação teórico-metodológica que incorpora a dialogismo no processo ensino-aprendizagem e a releitura do papel de educador, como um mediador da relação entre os sujeitos e o conhecimento (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A primeira condição para que um homem realize um ato comprometido é sua capacidade de atuar e refletir. É exatamente essa capacidade de atuar, de operar, de transformar a realidade, de acordo com as suas finalidades, que o faz um ser da práxis (FREIRE, 1982).

Fazendo parte da práxis, de acordo com Candeias (1997), a educação em saúde é entendida como qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas, com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.

Assim, de acordo com Souza, Wegner e Gorini (2007), a prática educativa em saúde configura-se em uma ferramenta importante para a estimulação dos princípios que regem o autocuidado, ou seja, é por meio dela que se busca um viver saudável.

Para Mendonça et al. (2007), um viver saudável em pacientes com câncer pode ser alcançado através da utilização da Teoria do Autocuidado de Orem. Essa teoria identifica as necessidades de ajuda do paciente, sendo que, quando há impedimento ou limitação no autocuidado, ocorre o déficit no autocuidado, o que indica a necessidade de atuação da enfermagem.

Uma das funções do profissional da área da saúde, em especial, o enfermeiro, é inserir o sujeito (paciente) como foco de sua práxis diária e envolvê-lo como parte integrante do seu cuidar, utilizando para tal a educação em saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Nesse encontro entre o profissional de saúde e o paciente, é importante saber ouvir suas necessidades e a forma com que realiza o seu autocuidado. Falar sobre o tema educação em saúde não se trata de uma tarefa fácil, pois o profissional deve se libertar do modelo tradicional e prescritivo para utilizar o modelo radical. A partir disso, no encontro entre os dois sujeitos do processo educativo – profissional e paciente, os cuidados de saúde são mantidos ou transformados valorizando a participação dos envolvidos.

Fica claro que, nesta etapa da pesquisa, as indagações sobre esses temas delineados direcionam-me cada vez mais a buscar respostas, visto que saúde se

transformou em valor social. A relevância da temática do câncer e da educação em saúde para a prática de enfermagem, além da reflexão sobre prevenção e a promoção de saúde indicam a assertiva de que os limites são mais dos profissionais da área do que dos próprios pacientes. Portanto, há um longo caminho a ser percorrido nessa trajetória.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo, caracterizada como estudo de caso proposto por Stake (1998).

Stake (1998, p.17) diz que “cada estudo de caso é um instrumento para aprender sobre os efeitos das normas de qualificação, porém deverá existir uma boa coordenação entre cada um dos estudos individuais”.

De acordo com o autor, a investigação do tipo estudo de caso prioriza a compreensão de casos selecionados, não sendo uma investigação de amostras. Esses casos devem ser selecionados de acordo com critérios como: os benefícios daquilo que aprendemos, uma vez escolhidos os objetivos, que casos devemos escolher para compreender, o tempo que o investigador dispõe para o trabalho de campo e o acesso e, se possível, escolher casos em que os pacientes tenham condições de verbalizar as respostas e que nossos questionamentos sejam bem acolhidos.

### **4.2 Contexto do Estudo**

O contexto foi constituído pelas unidades de internação clínica e cirúrgica, alas Norte e Sul do HC, e pelos domicílios dos sujeitos do estudo.

O HC é uma empresa pública de direito privado, criado pela Lei 5.604, de 2 de setembro de 1970, integrante da Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação e vinculado, academicamente, à UFRGS. O mesmo presta ensino, pesquisa e assistência de acordo com os princípios de equidade, igualdade e gratuidade, inerentes ao SUS.

As unidades clínicas e cirúrgicas têm, em média, de 34 a 45 leitos de internação para pacientes procedentes, principalmente, de Porto Alegre, Grande Porto Alegre e alguns do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Os domicílios dos sujeitos serão descritos no subcapítulo 5.2 - Caracterização dos Domicílios.

### **4.3 Sujeitos do Estudo**

Os sujeitos desse estudo constituíram-se por quinze idosos com câncer que foram convidados a participar do mesmo após a concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O número de sujeitos foi determinado pelo critério de saturação dos dados (GASKELL, 2002). Segundo esse autor, os temas comuns das entrevistas começam a aparecer e o pesquisador se dá conta de que não aparecerão novas surpresas ou percepções.

Neste trabalho, considera-se a denominação de idoso segundo o Estatuto do Idoso, o qual define população idosa aquela a partir de 60 anos de idade (BRASIL, 2006).

Para tanto, foram definidos alguns critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir:

a) Critérios de inclusão:

- ser idoso(a) ( $\geq 60$  anos de idade);
- ser portador(a) de câncer;
- estar internado(a) em unidades de internação clínica ou cirúrgica do HC;
- estar internado(a), pelo SUS, há pelo menos uma semana;
- ter três meses de confirmação do diagnóstico e de conhecimento da doença;
- ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A);
- ter condições de responder aos questionamentos (compreensão da pergunta, formulando sua resposta).

b) Critérios de exclusão:

- ser portador(a) de doenças crônicas descompensadas;
- estar com diagnóstico indefinido no momento da coleta das informações;
- estar sob cuidados paliativos.

Procurando manter o anonimato dos idosos, eles serão identificados por nomes próprios fictícios.

#### **4.4 Coleta das Informações**

De acordo com as recomendações da investigação de estudos de caso, a fase da coleta das informações observou os seguintes aspectos:

- a) entrada no campo e busca ativa: após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC, foi realizada uma reunião com as(os) enfermeiras(os) das unidades de internação, com a finalidade de expor-lhes os objetivos do estudo e solicitar auxílio na indicação de possíveis participantes, os quais foram, posteriormente, contatados pela pesquisadora para formular o convite de participação na pesquisa. Os idosos foram entrevistados, em seu domicílio, após a alta hospitalar. Respeitou-se a vontade dos participantes no sentido de estabelecer o horário da entrevista, uma vez que a pesquisadora se preocupou em não invadir a privacidade das famílias. O período de coleta foi de abril a dezembro de 2007. A pesquisadora defrontou-se com algumas dificuldades para localização dos domicílios, devido ao acesso às moradias em terrenos inclinados e a presença de várias casas em um mesmo terreno. A entrada, em alguns vilarejos, também foi dificultosa, pois os moradores do local limitavam o acesso às moradias.
- b) estratégias para coleta das informações: foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada recomendada por Stake (1998). Segundo o autor, a entrevista é a principal ferramenta para se chegar às múltiplas realidades dos entrevistados. A entrevista teve duração aproximada de 30 minutos;
- c) registro das informações: as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Na parte I - dados de identificação - as informações foram coletadas a partir do roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) junto ao idoso e de dados



complementares nos registros dos prontuários. A parte II trata das questões da entrevista.

#### **4.5 Análise das Informações**

Essa fase se desenvolveu simultaneamente à coleta das informações. As situações identificadas foram classificadas em categorias com seus respectivos temas, tendo por base a análise de conteúdo de Bardin (1977) e utilizando a técnica da análise temática a ser operacionalizada em suas três fases:

- a) pré-análise: compreendeu a ordenação das informações coletadas através das entrevistas as quais foram organizadas e submetidas à leitura, determinando-se, posteriormente, unidades de registro (relatos dos idosos);
- b) exploração do material: quando a leitura das mensagens buscou a compreensão do texto e a agregação das unidades de registro em unidades de significação;
- c) interpretação inferencial: possibilitou a interpretação dos conteúdos manifestados nas unidades de significação. No caso, as unidades de significação são os temas, que foram classificados e agregados em categorias.

Visando atender às recomendações da modalidade de pesquisa do tipo estudo de caso, houve a categorização dos temas que foram analisados a partir das vivências da pesquisadora e à luz da literatura.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Foram observados os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 196/1996 que visa assegurar os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade ao indivíduo e às comunidades, à medida que preconiza o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvo, bem como a proteção a grupos vulneráveis e incapazes (BRASIL, 1996c).

Os idosos foram convidados a participar do estudo mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foi realizada a leitura desse documento para os sujeitos da pesquisa, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora, após as devidas assinaturas.

O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC sob o número 07-067 em 23/03/07 (ANEXO A).

Foi respeitada a vontade dos participantes no sentido de estabelecer a data e o horário para as entrevistas.

A pesquisa não ofereceu prejuízos, sendo que, em qualquer momento da entrevista, os sujeitos poderiam questionar o pesquisador, tendo a liberdade de desistir do estudo.

O material coletado é de responsabilidade da pesquisadora e será destruído após cinco anos da realização do estudo.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES**

Neste capítulo, realiza-se a análise e discussão das informações. Num primeiro momento, apresenta-se uma caracterização dos idosos e de seus domicílios e, após, as categorias e temas do estudo.

### **5.1 Caracterização dos Idosos**

O quadro 1 foi elaborado com registros dos prontuários dos sujeitos da pesquisa que apresentam informações coletadas e, posteriormente, agrupadas conforme o tipo de câncer dos idosos. Tal agrupamento permitiu, com certo didatismo, uma melhor visibilidade dessas informações.

<b>IDOSO</b>	<b>IDADE</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>TIPO DE CANCER</b>	<b>TIPO DE TRATAMENTO</b>
Libya	61	Agricultora	Adenocarcinoma de reto	Cirurgia /Quimioterapia
Ernani	61	Pedreiro	Câncer de pele não melanoma	Cirurgia
Mário	61	Motorista aposentado	Adenocarcinoma de reto	Cirurgia/Radioterapia/Quimioterapia
Dario	62	Publicitário aposentado	Adenocarcinoma de próstata	Cirurgia
Amábília	63	Cabelereira	Carcinoma de mama	Cirurgia/Quimioterapia
Ercília	65	Costureira e Dona-de-casa	Carcinoma de mama	Cirurgia
Ilse	66	Costureira	Adenocarcinoma de reto	Cirurgia/Radioterapia/Quimioterapia
Carlos	67	Funcionário Público aposentado	Adenocarcinoma de próstata	Cirurgia
Dóris	71	Analista contábil aposentada	Adenocarcinoma de estomago não diferenciado	Cirurgia
Alcides	71	Agricultor	Adenocarcinoma de próstata	Cirurgia
José	74	Caldeiro aposentado	Adenocarcinoma de bexiga	Cirurgia
Regina	75	Funcionária pública aposentada	Adenocarcinoma de bexiga	Cirurgia
João	75	Pedreiro	Adenocarcinoma de cólon	Cirurgia
Sergio	77	Entregador de gás aposentado	Linfoma cervical	Cirurgia/Radioterapia/Quimioterapia
Ailtom	81	Sapateiro aposentado	Adenocarcinoma de cólon	Cirurgia/Quimioterapia

Quadro 1:Caracterização dos idosos

Dario é publicitário aposentado e mora com a esposa e um filho. Descobriu que estava com câncer a partir de um PSA elevado. Fazia controles anualmente em função de ter história de parentes em primeiro grau com câncer. Realizou ressecção de próstata e aguarda resultados de exames para continuidade do tratamento.

Carlos é funcionário público aposentado, mora com a esposa, filha e dois netos. Realizou cirurgia para tratamento do adenocarcinoma de próstata.

Alcides é agricultor, mora com a esposa, a filha e os netos. Trabalhava no interior do Rio Grande do Sul quando apresentou rápida perda de peso. Foi hospitalizado no interior e transferido para Porto Alegre para investigação, quando foi identificado um adenocarcinoma de próstata, ressecado cirurgicamente.

Dario, Carlos e Alcides têm câncer de próstata confirmando o que os dados estatísticos apresentados no subcapítulo 3.2 demonstraram sobre o assunto.

O câncer de próstata é considerado o mais comum na terceira idade e o sexto tipo de câncer mais freqüente no mundo, representando cerca de 10% do total de câncer (BRASIL, 2007).

Amábíla é cabeleireira, mora com a mãe de 90 anos de idade e um filho adolescente. A idosa, além de cirurgia (setorectomia de mama esquerda), realizou quimioterapia.

Ercília é costureira, mora com o esposo e um filho, sendo que realizou mastectomia radical bilateral.

Amábíla e Ercília têm câncer de mama, o qual está associado principalmente à menopausa (MANO, 2008).

O câncer de mama é o mais freqüente nas mulheres da região Sul com o risco estimado de 67/100.000 mulheres, seguido pelas regiões Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (28/100.000) (BRASIL; 2007).

Libya é agricultora, mora com a mãe, filhas e netos. A idosa teve 10 filhos, realizou cirurgia para retirada de um tumor de reto com invasão da vagina e posterior quimioterapia.

Mário é motorista aposentado, mora com a esposa. O idoso realizou cirurgia para ressecção parcial do tumor de reto, radioterapia e quimioterapia.

Ilse é costureira, mora com a filha e o genro. A idosa apresenta uma lesão entre o reto e a bexiga. Realizou cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

Os idosos Libya, Mário e Ilse têm câncer de reto.

Os carcinomas de reto diferenciam-se dos tumores de cólon devido à sua localização anatômica fixa, à sua íntima relação com os órgãos pélvicos, sua drenagem linfática e à sua ausência de serosa. A neoplasia de reto metastática é tratada da mesma forma que os tumores de cólon (LIEDKE, 2008).

Regina é funcionária pública aposentada, mora com as duas filhas. Realizou cirurgia de retossigmoidectomia e ressecção de cólon descendente. A paciente tem história prévia de adenocarcinoma de ovário.

João é pedreiro, mora com a esposa, filha, genro e dois netos. Realizou cirurgia (colectomia à direita) e apresenta metástase hepática.

Ailtom é sapateiro aposentado, mora com a namorada. Realizou ressecção de um pólipó no cólon, em função de um adenocarcinoma de cólon. Tem história prévia de cirurgia por adenocarcinoma de próstata com radioterapia e quimioterapia.

Regina, João e Ailtom têm adenocarcinoma de cólon, um dos mais freqüentes tumores do tubo digestivo (GUIMARÃES; MORAES, 2008).

O número de casos novos de câncer de cólon e reto, estimados para o Brasil no ano de 2008, é de 13 casos novos a cada 100.000 homens e de 15 para cada 100.000 mulheres. Ele é o terceiro tipo mais freqüente na região Sul (21/100.000), perdendo apenas para o câncer de mama e o de próstata, respectivamente, mais comuns nessa região (BRASIL, 2007).

Pacientes, que terminaram o tratamento em função de um adenocarcinoma de cólon, devem ser monitorados com realização de exames periódicos em função de complicações inerentes ao tratamento oncológico, bem como pela possibilidade e recidiva da doença (GUIMARÃES; MORAES, 2008).

Dóris é analista contábil aposentada e mora com o esposo. Ela apresenta adenocarcinoma de estômago não diferenciado e realizou gastrectomia parcial.

O risco estimado de casos novos de câncer de estômago para o Brasil, no ano de 2008, é de 15 casos para cada 100.000 homens e de 8 para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2007).

A etiologia desse tipo de câncer é multifatorial e atribuída, em parte, a hábitos alimentares e fatores ambientais (MOREIRA; COSTA, 2008). Para os mesmos autores, o tipo de tratamento curativo é a ressecção cirúrgica, embora a recidiva local e sistêmica ocorra na maioria dos casos.

Ernani é pedreiro, mora com a esposa, um filho e uma neta. O idoso tem câncer de pele não melanoma. Apesar de ter feito ressecção cirúrgica de lesão no pescoço, apresenta várias lesões que, ainda, serão ressecadas cirurgicamente.

Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (115 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira em 2008/2009 (BRASIL, 2007). Embora seja de baixa letalidade, esse tipo de câncer pode provocar ulcerações graves e invasão de tecidos adjacentes (FRANÇA, 2008).

De acordo com o autor, a redução na exposição à radiação ultravioleta e o uso de fotoprotetores podem diminuir a incidência do câncer de pele do tipo não melanoma.

José é caldeiro aposentado e mora com a esposa. Aguarda tratamento cirúrgico para ressecção de um adenocarcinoma de bexiga. Tem história prévia de adenocarcinoma de próstata com ressecção cirúrgica e radioterapia.

As neoplasias secundárias de bexiga são descritas como consequência de radioterapia pélvica para tumores de próstata. Os autores também apontam como

um importante fator de risco ocupacional a exposição ao diesel (KATER; SIMON, 2008).

Cabe, porém, ressaltar que o câncer de bexiga é a neoplasia maligna mais comum do sistema urinário. Acomete indivíduos idosos, sendo que 80% dos portadores têm idade acima de 60 anos. Acomete mais homens do que mulheres, com uma taxa média que varia de 3 a 4 homens para cada mulher (KATER; SIMON, 2008).

Sérgio é entregador de gás aposentado, mora com a esposa, a filha e os netos. O idoso tem linfoma cervical. Realizou ressecção parcial desse tumor, radioterapia e quimioterapia. Tem história prévia de linfoma folicular em cólon direito com ressecção cirúrgica.

O linfoma folicular geralmente acomete adultos com idade média de 59 anos com predomínio para indivíduos do sexo masculino (42%). Esse tipo de câncer é responsivo às diversas modalidades terapêuticas, as quais determinam a redução da massa tumoral (CHIATTONE, 2004).

## **5.2 Caracterização dos Domicílios**

Os domicílios dos sujeitos dessa pesquisa são de Porto Alegre e da Grande Porto Alegre. Na sua maioria, são casas de alvenaria (treze dos idosos) e apartamentos em pequenos condomínios, atendidos pelo saneamento básico de água e esgoto, luz e coleta de lixo. Os pátios dessas moradias são grandes e úmidos. É comum a existência de animais domésticos soltos — cachorros, gatos e galos — como, também, de uma variedade de plantas e árvores frutíferas.

As famílias dos idosos desse estudo, em sua maioria, são de baixa renda, ou seja, recebem de 1 a 2 salários mínimos regional.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006) revelam que, em 2006, 15,1% da população de idosos, no Brasil, vivia com rendimento de 1 a 2



salários mínimos, sendo que, nessa faixa etária, os rendimentos oriundos da Previdência Social compõem a maior parte do orçamento.

No Brasil, pesquisa, realizada nos domicílios em que os idosos estão inseridos, identificou que prevalece a convivência com familiares. O tipo mais comum é o idoso que mora com os filhos, representando 44,5% no conjunto do País, o que foi verificado nos domicílios, visitados pela pesquisadora – tipo família multigeracional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

De acordo com Creutzberg (2000, p. 17), família multigeracional "é a família em que outros membros, com laços de parentesco e/ou consangüinidade, vivem juntos". Segundo a autora, é o tipo de família, com mais gerações, vivendo juntas. Esse arranjo tem crescido nos últimos anos, devido tanto à maior longevidade, que leva gerações mais velhas a viver com as mais novas, como, também, à recessão econômica, que leva a dividir e diminuir as despesas entre os membros da família.

### 5.3 Categoria I - Vivenciando a Doença

Na categoria **Vivenciando a Doença**, estão relacionados os temas **Busca do serviço de saúde** e **Enfrentando o Tratamento**. Nessa categoria, surgiram questões como a busca do serviço de saúde e as suas dificuldades de acesso; a vivência com a doença, desde a sua descoberta até o seu tratamento e as dificuldades financeiras encontradas nesse trajeto, como pode ser observado no quadro a seguir:

TEMAS	RELATOS
<b>Busca do serviço de saúde</b>	<p><i>Um doutor me disse que tinha hemorróidas interna, que não daria para fazer nada. Depois, outro me disse que eu nunca tive hemorróidas, que meu problema era no intestino. Ele disse para ir rezando e me deu os papéis para ir para o hospital. Aí, foi que descobri que tinha câncer no intestino (Ailtom).</i></p> <p><i>Eu estava mal lá no interior quando me trouxeram para Porto Alegre de ambulância. Quando acordei, estava internado no hospital e daí foi que me operaram (Alcides).</i></p>
<b>Enfrentando o Tratamento</b>	<p><i>Mas vamos lutar! Vamos pensar positivo! (Ercília).</i></p> <p><i>A quimio [...] dá assim uma [...] como eu vou te dizer [...] um desânimo na gente. Ela baixa a imunidade e, então, a gente fica cansada (Libya).</i></p> <p><i>Isso aí é que estragou a minha vida: essa radioterapia. Se eu soubesse não teria feito. Deviam avisar antes: olha, assim [...]. Não me avisaram. A boca seca, não sabia que ia ficar assim [...] (Sérgio).</i></p> <p><i>[...] o meu salário é um “pé na cova”! É ridículo, porque dá até vergonha dizer que a gente ganha trezentos e oitenta reais [...] (Mário).</i></p>

Quadro 2: Categoria I – Vivenciando a Doença

No tema **Busca do serviço de saúde** foram relatadas, pelos idosos, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de confirmação do diagnóstico.

Um dos problemas, que leva ao diagnóstico tardio do câncer, é a dificuldade de distinguir entre as mudanças do processo de envelhecimento e as condições crônicas preexistentes, somada à falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas relacionados a essa doença (TOLEDO; DIOGO, 2003).

Ailtom e Alcides, como pode ser visualizado no quadro 3, expressam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de confirmação do diagnóstico.

Em um estudo com portadores de colostomia devido ao câncer, como no caso de Ailtom, foi identificado que, na tentativa de reorganizar a desordem com o corpo evidenciada através de sangramento anal e disfunções intestinais, essas

peças partem em busca de conhecimento profissional (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Sabe-se que a demora no atendimento de saúde e de confirmação do diagnóstico médico pode ocorrer porque os idosos tentam resolver seus problemas de saúde com alternativas informais, como o uso de chás e medicamentos caseiros. Além da alternativa informal, pode ocorrer a busca pela alternativa popular, como a crença em curandeiros (SANTOS, 2007).

Além disso, a dificuldade, na procura do serviço de saúde, deve-se a algumas hipóteses como a falta de recursos econômicos e a de acompanhante; a dificuldade em aceitar a espera do atendimento e a da marcação dos exames. Somam-se a essas, mudanças sazonais, o que, no caso de idosos, acaba tornando mais difícil o trajeto do paciente.

Em pesquisa sobre trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes com câncer em um município do Estado do Rio Grande do Sul, foi identificado que o acesso aos serviços de saúde, muitas vezes dificultoso e ineficiente, é um dos principais problemas encontrados por essa clientela (ROTOLI, 2007).

De acordo com Trentini et al. (2005), pacientes idosos, em condições crônicas de saúde, apresentam mecanismos de *coping*<sup>\*</sup>, enfocados tanto na emoção, na participação em grupos de idosos e na busca de ajuda da família, quanto no problema, como na busca por atendimento de saúde e cuidados com seu corpo, demonstrando uma forma de vivenciar a situação.

Na área da saúde, devemos criar situações ou indicar alternativas para os idosos aprenderem a lidar com seu problema de saúde, principalmente em condições crônicas, como já dizia Freire (1996, p. 22) que “[...] ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção”.

A partir dessa perspectiva, as atividades em grupo configuram-se em uma estratégia para se alcançar a educação em saúde.

Assim, os estudos sobre educação em saúde não se destinam somente a prevenir doenças mas, também, a preparar o indivíduo para uma vida mais saudável (OLIVEIRA, 2005).

---

\* Enfrentamento.

De acordo com a autora, “supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes [...] de articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da saúde” (2005, p. 428) ou que sejam capazes de lidar com os problemas decorrentes de sua condição crônica de saúde.

No tema **Enfrentando o Tratamento**, logo após a descoberta do câncer, iniciaram-se os tratamentos, relatados pelos idosos dessa pesquisa, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Junto aos tratamentos, surgem as dúvidas quanto aos efeitos adversos, seqüência do tratamento, enfim, quanto ao inesperado.

Todos os quinze idosos participantes dessa pesquisa realizaram cirurgia, seis quimioterapia, e três radioterapia como forma de tratamento.

Apesar dos efeitos colaterais físicos causados pela quimioterapia como náuseas, vômitos, anorexia, constipação, diarreia, fadiga e mucosite, os idosos procuram encontrar meios de superar as dificuldades seguindo as orientações de saúde para um melhor autocuidado (ANJOS; ZAGO, 2006).

Por isso, é fundamental que, além do seu papel técnico relacionado à administração das drogas, o enfermeiro atue como um multiplicador de informações a respeito do tratamento quimioterápico, desfazendo dúvidas, tabus e temores dos pacientes (BONASSA; SANTANA, 2005).

Libya associou a quimioterapia a um cansaço extremo, sendo que a fadiga, em pacientes oncológicos, pode ser causada por vários fatores, entre eles, estado hipermetabólico associado ao crescimento tumoral, competição por nutrientes entre o organismo e o tumor, efeitos deletérios da quimioterapia e da radioterapia ou ingestão nutricional inadequada, associada à náusea e vômitos (MENEZES; CAMARGO, 2006; SCHNEIDER; LOPES; FURTADO, 2008).

A identificação correta e oportuna dos problemas dos pacientes, decorrentes da quimioterapia antineoplásica, e a implementação de ações, direcionadas ao alcance dos resultados nas esferas biológico, psicossocial e psicoespiritual, são essenciais para o manejo efetivo dos efeitos colaterais do tratamento (ALMEIDA; GUTIÉRREZ; ADAMI, 2004).

O profissional da saúde pode, junto com o paciente, procurar alternativas para amenizar os efeitos adversos do tratamento quimioterápico, atuando de forma

não impositiva, procurando descobrir a melhor forma de cuidado, especialmente, no domicílio.

A partir do que foi exposto anteriormente, as alterações, decorrentes do tratamento quimioterápico, estão mais voltadas para os seus efeitos adversos. Há necessidade de um maior acompanhamento durante o seu trajeto. Trabalhos que tenham, como subsídio, a educação em saúde só serão alcançados quando os sujeitos do processo educativo, nesse caso os idosos e sua família, possam, juntamente com a equipe de enfermagem, estabelecer vínculos, trocar experiências e, juntos, elaborarem um plano de cuidados para satisfazer as necessidades decorrentes da doença. No domicílio, isso pode ser buscado por meio da visita domiciliar, a qual se configura em uma ferramenta que visa estimular estratégias de autocuidado.

Sérgio, ao relatar não conhecer a radioterapia, demonstrou a sua necessidade de orientação quanto ao procedimento, ao tratamento, aos efeitos adversos e as formas de autocuidado.

O acompanhamento da enfermagem deve ocorrer desde o início do tratamento, no qual a enfermeira deve prestar orientações sobre os possíveis efeitos adversos do tratamento. Durante as sessões de radioterapia e após os procedimentos, um acompanhamento mais intensivo se faz necessário, a partir da busca das reais necessidades do indivíduo, visando à resolução dos problemas encontrados.

Pacientes, tratados com radioterapia, podem experimentar diversos efeitos colaterais como dor, fadiga, alterações cutâneas, mudanças no local afetado, choque emocional, mudança na rotina diária, entre outros, que dependem do tipo de câncer, das características do indivíduo, da quantidade de radiação aplicada e, principalmente, da parte do corpo a ser tratada (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Para as autoras, os idosos com câncer, em tratamento radioterápico, necessitam de cuidados específicos da enfermagem que têm o papel de ajudar os pacientes a lidar com os efeitos colaterais como também com problemas emocionais durante a radioterapia.

Nesse trajeto, a família, se orientada, pode ser uma parceira da enfermagem, pois pode auxiliar a identificar as necessidades de ajuda desse idoso fragilizado em função da terapia proposta e desgaste provocado pelo tratamento.

O enfermeiro e o idoso com câncer precisam estabelecer vínculos pois, dessa forma, poderão ser trabalhadas questões de educação em saúde de maneira efetiva. Para isso, é necessário que o profissional utilize sua criatividade e capacidade de manter relacionamentos interpessoais, não somente com o paciente, mas, também, com sua família, realizando cuidados e fornecendo suporte educativo de orientações quanto ao tratamento, efeitos adversos e formas de autocuidado desde a hospitalização e que possam ser aplicados no domicílio.

Além desse suporte educativo, que se trata de uma ferramenta de educação em saúde, o apoio emocional é fundamental para que essa relação de confiança seja mantida.

Mário destaca as dificuldades financeiras, muito comum nos pacientes com câncer. Ele definiu seu salário como “um pé na cova”, o que torna difícil a aquisição de medicamentos, o transporte até o serviço de saúde, inclusive a compra de alimentos.

As limitações financeiras podem impedir a obtenção de medicações, de alimentação, de transporte e, até mesmo, de acesso aos serviços de saúde para o início e manutenção do tratamento (GUTIÉRREZ et al., 2007).

De acordo com Araújo e Nascimento (2004), em muitos casos, o custo elevado do tratamento e a hospitalização têm obrigado pacientes e familiares a venderem bens e adquirirem dívidas para iniciar ou dar continuidade ao tratamento. É uma corrida contra o tempo. O custo do tratamento é alto e o acesso aos serviços de saúde é, muitas vezes, dificultoso.

Sabe-se que o SUS está organizado, na atualidade, com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), modelos que reafirmam e incorporam os princípios básicos do SUS, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas (VIEGAS, 2001).

É importante ressaltar que a saúde provém tanto de determinantes socioculturais quanto de econômicos e esses aspectos devem ser considerados no contexto de saúde (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008).

Dessa forma, considera-se importante que:

o enfermeiro propicie ao indivíduo idoso uma reflexão sobre os comportamentos saudáveis, permitindo que ele encontre as melhores opções para a adoção e manutenção dos mesmos. O profissional deve valorizar as escolhas adequadas, respeitar a individualidade e considerar a capacidade de aprender e de ensinar sobre comportamentos saudáveis desse indivíduo (GORINI; SEVERO; SILVA, 2008, p. 8).

Nas últimas décadas, o resgate dessa visita, na área da saúde, tornou-se um desafio para a enfermagem em virtude do perfil demográfico brasileiro, da transição epidemiológica, dos custos hospitalares para o sistema de saúde, além de outros determinantes, que elevam os riscos de fragilidade do idoso (CREUTZBERG, 2000).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento populacional pode ocorrer em condições de desigualdade social, crises econômicas e escassez de equipamentos públicos. A esses aspectos sociais e econômicos agregam-se as alterações biológicas e psicológicas que a pessoa pode enfrentar, em especial, no envelhecimento (JARDIM, 2008).

De acordo com Mendonça (2007), uma forma de assegurar um atendimento digno à população idosa passa pela estruturação da rede de serviços dos estados e municípios, pela implantação do atendimento em hospitais dia, pela ampliação dos centros de referência do idoso, pela capacitação das equipes dos PSF e dos centros de saúde, assim como pela ampliação do atendimento domiciliário.

O enfermeiro, por meio da visita domiciliar, pode auxiliar o idoso nesta etapa em que está vivenciando a doença e, também, ajudá-lo a entender o tratamento e a amenizar seus possíveis efeitos adversos – a interação entre ambos se faz necessária.

#### 5.4 Categoria II - Percepções dos Idosos sobre a Doença

Na categoria **Percepções dos idosos sobre a doença** estão relacionados os temas **O indivíduo sente-se diferente** e **A história familiar relacionada ao câncer**.

Nessa categoria, está incluída a forma do idoso perceber a doença. Também está incluída a associação do câncer com sua história familiar, conforme pode ser observado no quadro 3:

TEMAS	RELATOS
<p><b>O indivíduo sente-se diferente</b></p>	<p><i>Antes, eu não tinha nada, agora me sinto diferente! (Ilse).</i></p> <p><i>O homem, como pessoa, sente-se diferente (José).</i></p> <p><i>Caminho do quarto, com o andador, até a sala, e, quando eu sento, já estou cansada, um cansaço [...] depois passa (Regina).</i></p> <p><i>Deito um pouco e me levanto, e aquilo vai me cansando. Eu tenho que arranjar alguma coisa para fazer (Amábília).</i></p>
<p><b>A história familiar relacionada ao câncer</b></p>	<p><i>Eu tenho uma irmã mais velha que tem 68 anos e teve essa doença na axila, fez quimioterapia e também radioterapia (Amábília).</i></p> <p><i>Meu pai teve câncer e dois irmãos (Sérgio).</i></p> <p><i>Eu nunca tive doença nenhuma, mas meu pai faleceu de câncer de próstata. Então, como eu sabia que isso é hereditário, logo após a sua morte, venho fazendo todos os exames de rotina (Dario).</i></p>

Quadro 3: Categoria II – Percepções dos idosos sobre a doença



No tema **O indivíduo sente-se diferente**, foi mencionado pelos idosos que, após o seu diagnóstico, ocorreram modificações no curso de sua vida.

Ilse e José declararam que se sentiram diferentes após a descoberta da doença. Junto a essa percepção, surge a fadiga, fenômeno intrínseco relatado pela maioria dos idosos dessa pesquisa, como pode ser observado no quadro 4.

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008, p. 139), fadiga é tratada como “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”.

Algumas características definem a fadiga como falta de energia ou incapacidade para manter o nível habitual de capacidade física, aumento das necessidades de repouso, cansaço, aumento das queixas físicas, entre outras (NANDA, 2008).

A maioria dos idosos dessa pesquisa confirma essas queixas. Eles tentam encontrar formas para resolver esses desconfortos, entretanto, muitas vezes, inadequadas como, por exemplo, permanecer a maior parte do tempo possível repousando.

Os fatores, relacionados com o surgimento da fadiga, podem ser fisiológicos, psicológicos, situacionais e ambientais. Pode-se listar os seguintes: estresse, ansiedade, depressão, condição física debilitada, doença, má nutrição, anemia, entre outros (NANDA, 2008).

Os idosos desse estudo realizam as atividades diárias com alguma limitação, como limpar a casa e o pátio ou dirigir por muito tempo. Entretanto, não apresentam limitações em sua autonomia “que se expressa na liberdade para agir e tomar decisões” (PAVARINI; NERI, 2000, p. 62).

Na ausência de orientação profissional, a tendência dos pacientes é reduzir as atividades cotidianas e descansar o máximo possível. Porém, não existe comprovação do benefício da redução das atividades e do aumento do período de sono na melhora da fadiga. Ao contrário, essas atividades podem levar a uma redução da energia e a um aumento dos sintomas (MENEZES; CAMARGO, 2006).

Além da organização dos momentos de descanso ou sono, uma alimentação balanceada, o uso de terapias complementares como atividades de relaxamento,

atividades de lazer, exercícios físicos e orientação/aconselhamento de saúde podem auxiliar o idoso a reduzir a sintomatologia associada à fadiga.

A atuação profissional, nesse momento, é necessária, uma vez que sua ação deve incidir sobre a totalidade para conseguir transformar a realidade (FREIRE, 1984).

Assim, a partir dessas assertivas, cabe destacar que entender a educação em saúde como processo participativo e dialógico é tanto romper com a unilateralidade do conhecimento, quanto é usar a criatividade como arte que favorece o movimento rumo à qualidade de vida (SOUSA et al., 2007).

O enfermeiro deve usar sua criatividade para auxiliar o idoso a lidar com as modificações no curso da sua vida, como a sensação de fadiga. A presença desse profissional pode ajudar o idoso a encontrar alternativas — como desenvolver atividades físicas, relaxantes e de lazer — para diminuir os sintomas dessa alteração e, com isso, melhorar sua qualidade de vida.

No tema **A história familiar relacionada ao câncer**, alguns idosos mencionaram história de câncer em parentes de primeiro grau o que demonstrou, nesse caso, preocupação com a família e conhecimento da hereditariedade associada à doença.

O câncer está relacionado a fatores familiares como, por exemplo, nos casos de câncer colorretal, mama e próstata. Assim, em alguns casos, se faz necessário o rastreamento dos familiares.

O rastreamento “é um método em que indivíduos que, clinicamente, não estão doentes são submetidos a exames, a fim de diagnosticar precocemente uma doença” (ZELMANOWICZ, 2008. p. 71).

Dario foi um dos idosos que ficou surpreso com o conhecimento de sua doença, mas informou que, há mais de um ano antes da sua descoberta, já fazia acompanhamento médico em função de sua história familiar relacionada à doença.

Através da crítica e da reflexão, os saberes de um indivíduo ou de um grupo podem ser transformados e reconstruídos, quando há uma união desses saberes populares com os saberes científicos (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Para as autoras, uma ação transformadora de cuidar acontece na medida em que o indivíduo se apropria daquilo que está instituído na rede de saberes do

conhecimento científico, do que está construído na sabedoria popular e tenta fazer um intermeio desses saberes. É comum um movimento em espiral, visto que, em alguns momentos, esses saberes se cruzam e, em outros, se separam ou se distanciam.

De acordo com Zelmanowicz (2008), pessoas com alto risco de desenvolver algum tipo de câncer, decorrente de história familiar, de exposição excessiva a algum carcinógeno ou de história pregressa, podem se beneficiar de algum tipo de acompanhamento mais intensivo ou de investigação diagnóstica.

O compromisso do profissional é com o homem concreto, com o paciente. O profissional não deve prescindir da ciência nem da tecnologia, que lhe oferecem ferramentas para melhor lutar pela causa (FREIRE, 1984), a saúde do paciente.

Os avanços tecnológicos e os dos meios de informação têm contribuído para aumentar os conhecimentos dos indivíduos sobre os assuntos mais variados de saúde. Os profissionais da saúde precisam utilizar essas informações para estimular tanto o desenvolvimento da consciência crítica desses indivíduos quanto a busca de soluções para seus problemas e a organização para a ação individual ou coletiva.

### **5.5 Categoria III - O Impacto do Diagnóstico**

Na categoria **O Impacto do Diagnóstico**, estão relacionados os temas **Alterações Psicológicas**, **Sentimento de Tristeza**, **Apoio da Família**, **Apoio Profissional** e **Apoio da Crença Religiosa**.

Nessa categoria, identificaram-se alterações psicológicas como o choque emocional e o sentimento de tristeza após o diagnóstico da doença, comum em quase todos os idosos dessa pesquisa. As alternativas encontradas para a diminuição desse sentimento foram os apoios da família, do profissional e da crença religiosa, como pode ser observado a seguir:

TEMAS	RELATOS
<b>Alterações Psicológicas</b>	<p><i>Olha, psicologicamente, no início, como eu tinha seis filhos pequenos: desmoronei! Mas eu precisava lutar! (Libya).</i></p> <p><i>Uma coisa que eu nunca imaginei [...] para mim foi um choque! Mas, aos poucos, estou assimilando [...] porque a gente tem que encarar com outros olhos (Regina).</i></p> <p><i>Eu tive um choque emocional interno e foi uma surpresa muito grande. Depois, eu caí na realidade e fiquei confiante que iria correr tudo bem (Dario).</i></p>
<b>Sentimento de Tristeza</b>	<p><i>Fiquei muito triste, parecia que tinha acabado tudo na vida. Depois fui ficando mais consciente da coisa [...] (Ilse).</i></p> <p><i>Senti-me abalado, a gente sente-se abalado [...] no princípio fiquei completamente triste (José).</i></p> <p><i>No começo, eu fiquei muito triste [...] (Alcides).</i></p>
<b>Apoio da Família</b>	<p><i>Depois, tem uma coisa que eu acho muito importante em tudo isso, que é o apoio da família [...] (Libya).</i></p> <p><i>A minha vizinha e as minhas gurias estão sempre me dando carinho e atenção [...] (Regina).</i></p> <p><i>A minha esposa também está doente, não cozinha mais [...]. É um cuidando do outro [...] (Sérgio).</i></p>
<b>Apoio Profissional</b>	<p><i>Tu foste a primeira pessoa que consegui falar sobre isso, fico até emocionado! Obrigada, muito obrigado por me escutar [...] (Dario).</i></p> <p><i>A enfermeira é muito querida e explica tudo direitinho (Regina).</i></p> <p><i>Todos lá no hospital estão de parabéns [...], a enfermeira então, nem se fala, porque é muito querida e cuida bem da gente (Carlos).</i></p>
<b>Apoio da Crença Religiosa</b>	<p><i>[...] a primeira coisa eu penso é que tenho que acreditar em Deus [...] e se ele me deu isso é porque vou poder suportar [...] (Libya).</i></p> <p><i>Tem Deus lá em cima que me dá força! (Regina).</i></p> <p><i>Agora, quando eu ficar boa vou continuar minhas costuras. Se Deus quiser pretendo continuar! (Ilse).</i></p>

Quadro 4: Categoria III – O Impacto do Diagnóstico

Libya, Regina e Dario no tema **Alterações Psicológicas** referiram sentimentos variados que indicam que o indivíduo fica abalado psicologicamente após a descoberta da doença.

O choque emocional surgiu como pode ser observado no quadro 5. Durante as visitas, foi possível observar esse choque emocional, que pode ser identificado por meio das falas e do comportamento abatido dos idosos.

A notícia inesperada da doença revela a vulnerabilidade do paciente e abate tanto ele, quanto sua família, deixando-os angustiados e aflitos com a situação (GUTIÉRREZ et al., 2007).

As reações do paciente podem ser amenizadas pela rede de apoio que se forma durante a vivência com a doença. Apesar do choque emocional mencionado pelos idosos, eles acreditam que tudo ocorrerá bem, ou seja, suas expectativas fundamentam-se na esperança de melhorar.

A vivência com a doença desencadeia respostas emocionais que precisam ser compreendidas para uma intervenção efetiva, tanto para o paciente quanto para seus familiares, porque, após se confrontarem com o diagnóstico do câncer, precisam assimilar essas informações e delinear novas perspectivas de vida (ZANONI et al., 2006).

Diante dessa constelação emocional, a mente pode acionar mecanismos de defesa temporários como a negação, que se trata de afastar da consciência, por exemplo, o diagnóstico de câncer (KÜBLER-ROSS, 1988).

Para a autora, a primeira reação do paciente pode ser um estado de choque, do qual ele se recupera gradualmente. Quando termina essa sensação inicial de torpor, ele se recompõe como pode ser visualizado na fala de Dario, conforme o quadro 5.

O câncer é uma doença capaz de desencadear modificações bio-psico-socio-espirituais na vida dos indivíduos que a vivenciam. Os conhecimentos dessas modificações são importantes para sinalização de uma melhor forma de cuidado e, possivelmente, para a escolha da conduta terapêutica mais resolutiva (RZEZNIK; DALL'AGNOL, 2000).

De acordo com Araújo e Nascimento (2004), de um modo geral, a reação das pessoas, ao tomarem conhecimento do câncer, é de desespero, pois não é possível prever com exatidão o que irá acontecer.

Ilse, José e Alcides no tema **Sentimento de Tristeza** relataram esse sentimento após a descoberta da doença.

Assim como a sensação de choque emocional, o sentimento de tristeza foi identificado durante a realização das visitas domiciliares. A minimização desse sentimento também pode ocorrer com o auxílio da rede de apoio que se forma após a descoberta da doença.

Em uma pesquisa, em que os pacientes com câncer foram entrevistados, percebeu-se a presença do sentimento de tristeza, embora acompanhado pela esperança de cura. Nos depoimentos, registraram-se outros sentimentos como angústia, sofrimento e revolta diante da doença e do tratamento doloroso (ZANONI et al., 2006).

O significado que o diagnóstico de câncer tem para o indivíduo é altamente pessoal e deriva de diversas fontes, incluindo experiências anteriores com a doença, personalidade, estilo e modo de vida pregressa (KÜBLER-ROSS, 1988). Entretanto, o apoio familiar é uma das formas, encontradas, dos idosos lidarem com a doença.

Libya, Regina e Sérgio, no tema **Apoio da Família**, relataram haver recebido apoio da família para lidar com a doença e com as alterações dos seus hábitos de vida e saúde. O mesmo relato foi repetido por todos os demais idosos dessa pesquisa.

A família é a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar apresenta-se de forma interligada como se fosse uma extensão um do outro. No caso de uma doença grave, que traz modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas (ARAÚJO; NASCIMENTO, 2004), o apoio familiar se intensifica.

Diversos autoras, como Rzeznik e Dall’Agnol (2000) e Araújo e Nascimento (2004), destacam o valor dessa instituição no enfrentamento de doenças. Para as primeiras, ela é uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença e de suas conseqüências, enquanto que, para as segundas, a família está presente nos momentos difíceis.

A solidariedade de familiares e amigos faz o paciente com câncer sentir não só a proximidade como também o apoio deles. E mais, o estreitamento dos laços

familiares fortalece tal paciente, sendo esse um fator que diminui a sensação de fragilidade provocada pela doença (GUTIÉRREZ et al., 2007).

Há, porém, situações em que o idoso não recebe o apoio da família. Experiências têm demonstrado que idosos com doenças crônicas, que se tornam dependentes, podem ser um fardo para a família. Há, também, situações em que o idoso sofre agressões de seus familiares, sendo recebido, muitas vezes, em casas de apoio precisando de atenção e cuidados de saúde.

Outra vivência comum, presente, principalmente, no envelhecimento e observada na fala de Sérgio, é o fato de um idoso cuidar do outro. Nessa experiência, a esposa é, com frequência, a cuidadora primária de idosos, seguida da filha.

Dessa forma, pessoas que vivenciam o envelhecimento ou que já se encontram na velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora possam elas mesmas apresentar alterações em sua saúde (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Outro tipo de apoio, encontrado pelos idosos após o diagnóstico de sua doença, tem sido o apoio profissional.

Dario, Regina e Carlos, no tema **Apoio Profissional**, comentaram, em especial, o apoio da enfermeira. Gostaram de receber seus cuidados e orientações, além de serem ouvidos pela profissional em determinados momentos.

O saber da escuta deve ser estimulado entre os profissionais que cuidam de idosos, pois estes levam mais tempo e apresentam maior dificuldade para relatar suas queixas ou necessidades.

Em um estudo de Cesar e Santos (2005) sobre a percepção de cuidadores familiares em um programa de alta hospitalar, foi destacado, pelos idosos, que eram cuidados, que o contato direto com a enfermeira estimula o desenvolvimento de estratégias para a sua recuperação.

Vale lembrar que, no processo de aprendizado, “ensinar exige respeito aos saberes dos educandos” (FREIRE, 1996, p. 30). E, diante dessas assertivas, os estudos sobre educação em saúde têm, como um de seus objetivos, “fornecer subsídios para que as pessoas adquiram uma consciência crítica, que sejam capazes de encontrar formas e alternativas para resolver os seus problemas de saúde e/ou doença” (SOUZA et al., 2006, p. 61).

Segundo Trentini et al. (2005), o indivíduo necessita de reconhecimento, de ser ouvido. Estratégias de educação em saúde, em situações crônicas de saúde, consistem no ouvir terapêutico e na participação em grupos de auto-ajuda.

Como os idosos com câncer necessitam desabafar, o enfermeiro deve incentivá-lo a freqüentar grupos de ajuda, além de fornecer tempo para que esse idoso possa expressar suas necessidades, realizando o ouvir terapêutico.

Libya, Regina e Ilse, no tema **Apoio da Crença Religiosa**, falaram sobre a busca de ajuda na fé em Deus para lidar com a doença.

O sofrimento, pelo câncer, evoca significados de força e fraqueza, de vulnerabilidade e determinação, de resignação e coragem. Nessa condição, as pessoas voltam-se a Deus pela primeira vez, ou mais freqüentemente do que antes, pois acreditam que Ele sempre ajuda (AQUINO; ZAGO, 2007).

Rzeznik e Dall’Agnol (2000. p. 93), em seu trabalho sobre o significado que os pacientes atribuem ao fato de terem vivenciado o câncer, referem que “sentir-se cada vez mais próximo de Deus parece também sugerir uma necessidade ou vontade crescente de se aproximar dos outros, já significando uma forma de enfrentamento”.

Em outra pesquisa cujos objetivos eram investigar situações adversas e favoráveis, vivenciadas por pessoas idosas em condições crônicas de saúde, e levantar as estratégias de enfrentamento, os participantes declararam que enfrentaram tais vivências com a fé em Deus, com a ajuda da família e de outros. Além disso, freqüentaram grupos de idosos e cuidaram da estética do corpo (TRENTINI et al., 2005).

Os idosos dessa pesquisa são, em sua maioria (treze), da religião católica, sendo uma das idosas espírita e outra, umbandista.

Em um trabalho, realizado com vinte e seis pacientes com câncer de um município do Rio Grande do Sul, foi evidenciado que a fé em Deus está presente em todas as religiões, confirmando a procura de se fortalecerem com a força espiritual (ROTOLI, 2007).

Uma das dificuldades dos profissionais da saúde é a compreensão da forma como o paciente oncológico percebe a vida após a doença. Nos últimos anos, a espiritualidade e a religião, na experiência do câncer, têm sido reconhecidas de



forma crescente, pois os sistemas religiosos oferecem diversas crenças e práticas que se inserem no contexto sociocultural do paciente (AQUINO; ZAGO, 2007), com o apoio da rede social. A busca de ajuda do paciente na fé, se existente, deve ser encorajada, pois a religião traz força e coragem para dar continuidade ao tratamento.

## **5.6 Categoria IV - Alterações no Modo de Viver**

Na categoria **Alterações no Modo de Viver**, estão relacionados os temas **Mudanças no Cotidiano, Autocuidado com Alimentação, Autocuidado com a Imagem Corporal e A valorização da Saúde.**

Nessa categoria, estão incluídas as mudanças nos hábitos de vida e de saúde após a descoberta da doença, as formas como os idosos se cuidam em seu domicílio e a valorização de sua saúde, conforme o quadro 5:

TEMAS	RELATOS
<p><b>Mudanças no Cotidiano</b></p>	<p><i>Sempre fui muito ativa e isto é que me apavora um pouco. Eu fazia o supermercado, a lavanderia [...] e agora, a minha filha é que toma conta da casa (Regina).</i></p> <p><i>[...] vai fazer vinte e um anos que eu estou aposentado. Mas eu trabalhava, fiz uma casa para a cadela nos últimos dias antes da cirurgia [...] (João).</i></p> <p><i>Agora faço o serviço de rua para a minha filha e também saio para dançar [...] (Ailtom).</i></p> <p><i>[...] eu gostava mesmo, como ainda gosto, de cachaça, mas depois que descobri o tumor nunca mais botei uma bebida de álcool na boca e larguei a bebida antes de largar o cigarro (Mário).</i></p> <p><i>Agora eu deixei de fumar, não fumo mais e nem tenho vontade [...] (Amábília).</i></p>
<p><b>Autocuidado com Alimentação</b></p>	<p><i>Hoje, já comi um pouquinho melhor e estou tomando até um fortificante para ver se abre mais o apetite (José).</i></p> <p><i>Sempre fui de comer tudo. Agora a refeição é balanceada porque eu era muito guloso (João).</i></p> <p><i>Eu como o meu churrasco e fiz mocotó ontem [...] e nada me faz mal (Ailtom).</i></p>
<p><b>Autocuidado com a Imagem Corporal</b></p>	<p><i>Eu sempre fui uma mulher faceira, uma mulher que gosto de me arrumar. Estou sem cabelos, mas o batom está na boca; caíram os cílios e as sobrancelhas, mas fiz uma sobrancelha [...] e o meu sapato de salto sempre uso (Libya).</i></p> <p><i>Não quero que meu marido me veja sem enchimento [...] vou colocar uma prótese nos seios (Ercília).</i></p> <p><i>O meu maior cuidado é com a bolsa (colostomia), porque volta e meia ela fura [...] (Regina).</i></p> <p><i>Um dos cuidados é trocar a bolsa (colostomia) quando necessário, e higiene, o principal é a higiene [...]. Eu nunca tive problema de pele [...] (Ailtom).</i></p>
<p><b>A valorização da Saúde</b></p>	<p><i>Eu não tinha nada, nunca tinha doença nenhuma. Sempre dizia que tinha muita saúde [...] (Ilse).</i></p> <p><i>O meu maior cuidado é sem dúvida preservar a minha saúde [...] e a minha prioridade é essa! (Dario).</i></p> <p><i>E agora, em 2007, eu disse: vou cuidar da minha saúde! (Amábília).</i></p>

Quadro 5: Categoria IV – Alterações no Modo de Viver

Regina, João, Ailtom, Mário e Amábíla, no tema **Mudanças no Cotidiano**, referiram as mudanças, que perceberam em seus hábitos de vida e saúde após a doença, como, por exemplo, redução nas atividades que estavam acostumados a fazer como as domésticas ou ir ao supermercado. Outras mudanças, como parar de fumar ou não usar mais bebidas alcoólicas, também foram expressas pelos idosos conforme pode ser visualizado no quadro 5.

A importância, atribuída ao trabalho pelos idosos, pode ser observada nas falas de Regina, João e Ailtom.

Quando o trabalho representa um interesse para o idoso e é a fonte para seus contatos sociais, a separação do trabalho pode deixar um “vazio” em sua vida. Enfrentar a aposentadoria e/ou a separação do trabalho pode ser mais fácil, se a pessoa aprender como usar seu tempo para o lazer.

Durante a doença, os idosos dessa pesquisa separaram-se do trabalho. Alguns encontraram alternativas de substituição com atividades domésticas na cozinha, com atividades artesanais, além de dançarem e de auxiliarem os filhos. Nas entrevistas, ficou claro que estas atividades surgiram após a descoberta da doença.

A manutenção das atividades laborativas é uma das formas de minimizar o isolamento e de estimular a integração do idoso à sociedade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

Mário e Amábíla comentaram sobre o hábito de fumar e o momento em que abandonaram o cigarro.

O tabagismo representa o principal fator de risco evitável do câncer e, também, das doenças cardiovasculares e respiratórias. Ao consumo dos derivados do tabaco, como o alcatrão, a nicotina e o monóxido de carbono, são atribuídos 30% das mortes por câncer. Os danos, provocados pela poluição ambiental, ampliam, ainda mais, a dimensão do problema do tabagismo (BRASIL, 2002b).

Mário, ao falar sobre o álcool, alega sua desistência à bebida tão logo descobriu sua doença.

O alcoolismo está relacionado, de 2% a 4%, às mortes por câncer. O consumo excessivo de álcool etílico pode originar ou atuar como um acelerador do câncer de cabeça e pescoço, laringe, fígado e pâncreas. Como o etanol é o agente agressor, o risco de câncer, relacionado ao consumo de álcool, se potencializa, quando associado ao tabagismo (BRASIL, 2002b; OTTO, 2002).

Esses dados apontam para a necessidade de medidas educativas dirigidas a jovens e adultos. Cabe ao profissional da saúde, em especial ao enfermeiro, que mantém contato prolongado com o paciente, orientá-lo e aconselhá-lo sobre os malefícios do alcoolismo e do tabagismo.

Os enfermeiros são multiplicadores de ações de prevenção. Dados apresentados sobre o Brasil (2002b) mostram que 95% dos ex-fumantes deixaram de fumar por autodecisão, pelo uso de materiais de auto-ajuda e/ou por intervenções mínimas em consultas de rotina.

Cabe, porém, ressaltar que a decisão de parar de fumar é pessoal. A experiência mostra que, no caso de idosos com câncer, a abstenção ao cigarro inicia-se, geralmente, logo após a descoberta da doença, na expectativa de controle e/ou sua cura.

As atividades de educação em saúde podem ajudar os idosos com câncer a desenvolver um melhor entendimento sobre o seu corpo, sobre os processos vitais e a melhor utilizar os espaços no seu cotidiano (GASTALDO, 1997).

A participação em grupos também pode auxiliar o idoso a lidar com as mudanças no seu cotidiano, trocando informações e idéias sobre atividades laborais e formas de cuidado saudáveis.

Os idosos, no tema **Autocuidado com Alimentação**, disseram procurar se alimentar bem, buscando alimentos que forneçam energia ou utilizando fortificantes, fazendo-o, porém, sem conhecimento do que seja uma alimentação adequada ou de alimentos saudáveis.

Como o envelhecimento é um processo normal, fisiológico, que acarreta alterações no organismo que podem modificar as necessidades nutricionais, ele pode ser agravado pela presença de doenças, pela interferência de medicamentos ou por problemas sociais e psicológicos (MARUCCI; GOMES, 2007; PEREIRA, 2007).

Através de relatos dos idosos, pode-se observar o desconhecimento sobre alimentação saudável. Eles procuram alimentos ricos em energia, porém sem orientação profissional sobre o assunto. O enfermeiro pode oferecer orientações sobre alimentação saudável com o auxílio de uma equipe multiprofissional em que médicos e nutricionistas também fazem parte desse suporte educativo.

Para que uma alimentação seja saudável, é necessário que ela seja equilibrada do ponto de vista nutricional. Isso significa que deve fornecer energia e todos os nutrientes em quantidade suficiente para o bom funcionamento do organismo (PEREIRA, 2007).

Além disso, entre os idosos dessa pesquisa, existe um forte componente cultural com a presença de comidas como o churrasco ou mocotó, típicas na alimentação dos gaúchos.

O consumo elevado de alimentos ricos em gordura ou de alimentos defumados pode provocar sua ação cancerígena, assim como o churrasco que resulta na impregnação do alcatrão da fumaça resultante da combustão do carvão (BRASIL, 2002b).

De acordo com Tchakmakian e Frangella (2007), a alimentação sofre influências da cultura e acompanha a evolução social. As autoras referem que se os idosos acreditarem na nutrição e na alimentação como fatores essenciais para a manutenção ou recuperação da saúde, eles se empenham em aprender, visando uma boa qualidade de vida.

A trajetória da autora junto a idosos mostrou que, nem sempre, esses indivíduos se empenham em ter uma alimentação adequada e que, nem sempre, eles têm condições de ter esse tipo de alimentação, em função das limitações financeiras ou, até mesmo, da ausência de alguém que realize ou ajude no preparo das refeições.

Como todo ser humano possui conhecimentos próprios, adquiridos ao longo da vida, o respeito a esse saber é fundamental em um processo educativo, no qual o educador deve saber ouvir e respeitar o saber do outro, em especial, no caso de idosos, trocando conhecimentos em vez de “depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos” (FREIRE, 2005, p. 67).

Nesse sentido, a busca da educação em saúde deve estar focalizada na importância da alimentação saudável, respeitando a cultura alimentar das pessoas e, também, os aspectos sociais e econômicos envolvidos nesse processo.

Os idosos, no tema **Autocuidado com a Imagem Corporal**, demonstraram preocupação em manter uma boa imagem corporal.

Libya menciona, como uma das alterações na imagem corporal, a alopecia. Essa alteração é um dos fatores mais prejudiciais ao bem-estar global durante o tratamento do câncer. Esse impacto negativo é notado com mais intensidade entre as mulheres e em algumas situações clínicas específicas (PIZZOL JÚNIOR, 2008).

De acordo com esse autor, na maioria dos esquemas terapêuticos, a alopecia tende a iniciar após a radioterapia ou na segunda semana subsequente a uma primeira infusão de quimioterapia.

Ercília comentou sobre a necessidade de colocar uma prótese mamária após a cirurgia.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), os pacientes com câncer são forçados a lidar com modificações da imagem corporal durante o curso da doença e tratamento. A cirurgia, às vezes desfigurante, a perda dos cabelos (alopecia), a caquexia, as alterações cutâneas, são alguns dos efeitos do câncer e de seu tratamento que ameaçam a auto-estima e a imagem corporal dos pacientes.

Outro fator, que interfere na imagem corporal, em especial nos pacientes com câncer colorretal, é a realização de colostomia permanente, a qual se constitui na mais efetiva terapia contra a doença. Cinco idosos dessa pesquisa portam colostomia, sendo que alguns desses verbalizaram cuidados com o ostoma.

Regina e Ailtom falaram sobre seus cuidados com a troca e a higiene da bolsa de colostomia.

A vivência de um câncer e de uma colostomia muda a vida diária do sujeito visto que se constitui em um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências de vida (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Gorini (2001) refere que a ostomia altera a auto-imagem dos pacientes e mesmo daqueles em processo de adaptação que conseguem realizar o seu autocuidado (limpeza e troca da bolsa). A autora salienta que os, que se adaptam com sucesso, freqüentemente são auxiliados por uma enfermeira ou por grupos de apoio.

Uma abordagem positiva é essencial quando se cuida de um paciente com imagem corporal alterada. Para ajudar o paciente a manter o controle e a sensação de autoconceito, é importante encorajar a independência e a participação continuada no autocuidado e na tomada de decisões, visando à melhoria da imagem corporal e da autoestima (SMELTZER; BARE, 2005).

Alternativas como a busca de locais que promovam a autoestima devem ser incentivadas, como associações e grupos de ajuda a pacientes com câncer.

O tema **A valorização da Saúde** apresenta como a saúde é vista pelos idosos, por exemplo, como ausência de doença, conforme comentário de Ilse. Em contrapartida, Dario refere que um dos seus maiores cuidados é a preservação da saúde, apesar da doença. Já na fala de Amábília, percebe-se que, após a descoberta da doença, ela pretende cuidar da sua saúde como pode ser observado no quadro 5.

Segre e Ferraz (1997) referem que a Organização Mundial da Saúde define saúde não apenas como ausência de doença, mas como situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Trata-se de uma definição avançada, pois o que é o perfeito bem-estar? Os autores, em seu trabalho, questionam os leitores se é possível caracterizar a perfeição.

Diante dessas inquietações, eles propõem um novo conceito de saúde como sendo “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua realidade” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542).

A partir disso, acredito que os conceitos de saúde são variados e sua percepção é individual, abrangendo os aspectos biológico, social, psicológico, cultural e espiritual.

Indispensável, nesse momento, ao abordar educação em saúde, é falar de autocuidado. A teoria do autocuidado e do déficit de autocuidado de Orem, que avalia o agir e o fazer do paciente e sua necessidade de apoio, vêm em consonância com a prática da enfermagem. O enfermeiro, na avaliação do paciente, busca informações referentes ao seu estado de saúde, perspectiva quanto à sua saúde, estilo de vida e metas no contexto do histórico de vida (MENDONÇA et al., 2007).

No caso de indivíduos com câncer, a vivência do processo de adoecimento pode ser transformadora não apenas para quem a experencia mas, também, para

aqueles que estão indiretamente envolvidos no processo. A doença pode ser entendida como um sinal de alerta para que o indivíduo possa reavaliar a sua vida, atitudes, comportamentos, valores e, até mesmo, o modo com que se relaciona consigo mesmo e com os outros (RZEZNIK; DALL'AGNOL, 2000).

Entender saúde, na sua dimensão mais ampla, exige dos profissionais da saúde, em especial da enfermagem, a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo educativo sendo que, a partir do estímulo à criatividade e por meio da relação dialógica, é possível conceber estratégias de educação em saúde (SOUSA et al., 2007).

Dessa forma, em minha prática profissional, tenho procurado trabalhar utilizando, como base, uma fundamentação em aspectos da educação em saúde e buscado fornecer subsídios para que os idosos adquiram consciência crítica sobre a sua saúde e, assim, possam realizar escolhas. Para que esse processo seja efetivo, é importante que, além da presença do enfermeiro, exista uma equipe multidisciplinar e, em conjunto, possam auxiliar os idosos em seu autocuidado, melhorando cuidados antes realizados, mantendo outros e, até mesmo, quando necessário, modificando formas de autocuidado.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa pesquisa foi permeada de descobertas sobre as vivências dos idosos com câncer. Durante seu trajeto, foram identificadas as alterações no modo de viver desses idosos em seu domicílio.

Na categoria **Vivenciando a Doença**, foram relatadas as dificuldades na busca do serviço de saúde e, também, de confirmação do diagnóstico médico.

As dificuldades, na busca do serviço de saúde, ocorrem em função de alguns fatores como falta de recursos econômicos, demora na iniciativa em procurar atendimento, dificuldade em aceitar a espera pelo atendimento e de marcação de exames e, até mesmo, em função das mudanças climáticas. Todos esses fatores contribuem para a demora do início do tratamento.

Já a demora na confirmação do diagnóstico médico está na dificuldade, tanto dos pacientes quanto de alguns médicos, em distinguir as mudanças do processo de envelhecimento relacionadas à doença.

Na categoria Vivenciando a Doença, também foram descritas as vivências com o tratamento, com a cirurgia, com a quimioterapia e com a radioterapia.

As vivências com o tratamento revelaram incertezas dos pacientes quanto a um futuro seguro, o que demonstrou a necessidade de acompanhamento da equipe de enfermagem junto ao idoso e sua família, norteados os cuidados de enfermagem decorrentes dos efeitos adversos dos tratamentos.

A presença do profissional enfermeiro durante o processo saúde-doença é essencial, pois se constitui em uma estratégia que pode incentivar os idosos no seu autocuidado e auxiliar a família a identificar alterações decorrentes do tratamento, evitando tanto a redução de futuras hospitalizações, o que implica menores custos para a sociedade, como, também, o afastamento do idoso do seu domicílio.

Quanto às proposições de educação em saúde, importante ferramenta para estimular o autocuidado, percebeu-se, nas falas, a presença dos profissionais da saúde, em especial, do enfermeiro. Essa ligação pode contribuir para manter, melhorar e, até mesmo, modificar as formas de autocuidado desse idoso, respeitando a cultura e contexto sociocultural onde ele está inserido.

Na categoria **Percepções dos idosos sobre a doença**, eles descreveram que, após o seu diagnóstico, sentiram-se diferentes como indivíduos e que modificações ocorreram no curso de sua vida, destacando a fadiga, muito freqüente nesses pacientes oncológicos.

O enfermeiro pode, por meio da utilização de referenciais de educação em saúde, ajudar o idoso a encontrar alternativas como realizar atividades físicas, relaxantes e de lazer para diminuir os sintomas dessa alteração e, com isso, melhorar sua qualidade de vida.

Nessa categoria, também foram mencionadas a relação do câncer com a história familiar e a preocupação dos idosos com seus familiares, tendo em vista que alguns tipos de câncer de origem familiar, por vezes, necessitam de rastreamento nos membros da família. Foi observada a união dos saberes científicos com o saber popular, efetivando proposições de educação em saúde, quando o idoso, em função do seu conhecimento prévio da doença, buscou o acompanhamento de saúde que, nesses casos, se faz mais intensivo.

Quanto à categoria **O Impacto do Diagnóstico**, alterações psicológicas como o choque emocional após a descoberta da doença e o sentimento de tristeza foram identificados nos relatos dos idosos. Entretanto, sua redução se tornou possível com o apoio da família, do profissional e da crença religiosa.

A presença da família, fornecendo atenção e carinho ao paciente com câncer, diminui a sensação de fragilidade provocada pela doença e incentiva a continuidade do tratamento.

O apoio profissional, destacado pela presença do enfermeiro no hospital, na pesquisa e/ou no domicílio, o saber ouvir e o contato com esse profissional estimulam o desenvolvimento de estratégias para uma futura recuperação.

O apoio da crença religiosa foi identificado como uma maneira dos idosos se fortalecerem através da fé em Deus, significando uma forma de enfrentamento da doença.

A utilização dos pressupostos de educação em saúde permeia todo esse processo porque a presença do profissional, seja para ouvir, auxiliar nos cuidados, encorajar a presença da família e a busca de força na crença religiosa, se configura em estratégia de enfrentamento da doença. A relação de confiança, que se forma entre o profissional (enfermeiro) e o paciente, estimula os princípios que regem a

educação em saúde e essa relação, segundo os ensinamentos de Paulo Freire, precisa ser dialógica.

Quanto às **Alterações no Modo de Viver**, foram identificadas as mudanças nos hábitos de vida e saúde após a doença e descobertas formas dos idosos se cuidarem, em seu domicílio, com a alimentação e com a imagem corporal. Nessa categoria, também foi expressa a valorização da saúde.

No que diz respeito às mudanças no cotidiano, os idosos perceberam uma redução nas atividades às quais estavam acostumados, como as domésticas. Paralelamente, os pacientes mencionaram a separação do trabalho, tendo de aprender a usar o tempo livre, encontrando, no lazer, uma forma alternativa.

Outras mudanças, como parar de fumar ou não usar mais bebidas alcoólicas, também foram observadas.

Além disso, os pressupostos de educação em saúde orientam-os a participar de grupos nos quais trocam idéias e informações com outras pessoas, o que reforça a identidade de suas dificuldades quanto ao tratamento com um todo e ao autocuidado.

O autocuidado com alimentação foi mencionado pelos idosos dessa pesquisa, na qual se identificou um componente cultural na alimentação, típica dos gaúchos. As questões de educação em saúde, abordadas nessa pesquisa, salientaram a importância de uma alimentação saudável sem deixar de respeitar sua cultura alimentar, além de outros componentes sociais e econômicos.

No autocuidado com a imagem corporal, os idosos demonstraram preocupação em manter uma boa imagem corporal. A cirurgia, às vezes desfigurante, a colostomia, comum em pacientes com câncer colorretal, e a alopecia, foram as modificações, na imagem corporal, mencionadas nesse estudo.

Para estimular o paciente a manter-se com autoestima é importante encorajar o seu autocuidado, como forma de educação em saúde, visando à melhoria da sua imagem corporal. A busca por locais gratuitos, que promovam a autoestima e a imagem corporal, como associações e grupos de ajuda a pacientes com câncer, pode ser sinalizada pelos profissionais que lidam com esses pacientes.

Com base nas informações, não só sobre as vivências e as alterações de vida e saúde, que repercutem na forma com que o idoso realiza os cuidados de saúde,

como também sobre os aspectos de educação em saúde, pode-se auxiliar o idoso e sua família a gerirem seu cuidado.

Além disso, elas podem proporcionar benefícios em termos de promoção da saúde e subsidiar estudos na enfermagem domiciliar.

As limitações desse estudo se delinearam na fase de busca ativa dos participantes: dois idosos faleceram durante internação hospitalar, antes da entrevista; após contato prévio da pesquisadora com o idoso, familiar dizia que o paciente não estava disponível para a visita domiciliar; e idoso que, após a alta, desistiu do estudo. No entanto, foram entrevistados quinze idosos em seu domicílio.

Enfim, ao concluir essa pesquisa, penso ter cumprido com os objetivos traçados e encontrado respostas às minhas indagações. Da mesma forma, estudos como esse podem contribuir não só para os idosos e suas famílias, como para os demais pacientes. O trabalho pode servir, também, de estímulo a futuros programas de saúde que poderão ser implementados pela rede hospitalar.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Elizabeth Pinto Magalhães; GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero; ADAMI, Nilce Piva. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. v. 5, n. 12, p. 760-6, 2004.

ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FERREIRA, Márcia de Assunção. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-9, abr-jun 2007.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.1, p. 33-40, jan-fev 2006.

AQUINO, Verônica Vrban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 1, jan-fev 2007.

ARAÚJO, Jorgéria da Silva; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves. Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 3, n. 57, p. 274-8, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONASSA, Edva Moreno Aguilar; SANTANA, Tatiana Rocha. Conceitos gerais em quimioterapia antineoplásica. *In:\_\_\_\_\_*. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. São Paulo: Atheneu, 2005. 538p. p. 3-19.

BOUNDY, Janice. et al. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 3 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (Resolução 196/96)**. Diário Oficial da União 16 out. 1996c: 21082-21085.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Política Nacional do Idoso, Brasília, 1996b.

Disponível em:

<http://www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/Leis/DEC%20FED%201948-96.htm>.

Acesso em: 01.05.2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Política Nacional do Idoso, Brasília, 1996a. Disponível em:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm> Acesso em 20.12.2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2008:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Como é o processo de carcinogênese?** Rio de Janeiro: INCA, 2008a. Disponível em:

[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=319](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319). Acesso em 13.04.2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estadiamento.** Rio de Janeiro: INCA, 2008b. Disponível em:

[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=54#](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54#) Acesso em 13.04.2008.

CALDAS, Célia Pereira. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. *In:* PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 2007. 912p. p. 77-84.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-13, abr 1997.

CESAR, Alessandra Mendonça; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 6, p. 647-52, nov-dez 2005.

CHIATTONE, Carlos Sérgio. Linfomas Não-Hodgkin. *In*: GUIMARÃES, José Renan Q. (Org.) **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS, 2004. 725 p., p. 147-178.

CREUTZBERG, Marion. **Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada**: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. 2000. 194f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DIOGO, Maria José D'Elboux; CEOLIM, Maria Filomena; CINTRA, Fernanda Aparecida. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev. da Escola de Enfermagem USP**. v. 1, n. 39, p. 97-102, 2005.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 3, n. 22, p. 527-534, mar 2006.

FRANÇA, Rafael Cardoso. Tumores de pele do tipo não-melanoma. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 424-427.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 7 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 149 p. (Coleção O Mundo, Hoje, 10).

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. 79 p. (Coleção Educação e Comunicação, 1).

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 148 p. (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213 p.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 516p.

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? : repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Educação e Realidade**. n. 22, p. 147-68, jan-jun 1997.

GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. **Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial: implicações educacionais**. 2001. 176f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da PUCRS, Porto Alegre, 2001.

GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SEVERO, Isis Marques; SILVA, Maria Cristina Sant’Anna. Análise da produção do conhecimento de enfermagem sobre educação em saúde e envelhecimento. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.12525/308>. Acesso em: 03/05/2008.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

GUIMARÃES, José Luiz Miranda; MORAES, André Germainder de. Câncer de Cólon. In: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 243-255.

GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero et al. O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/462/107> Acesso em: 15.04.2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. 125p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm> Acesso em: 10 jan. 2008.



\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais uma Análise das Condições de vida da População Brasileira 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. 252p. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic\\_sociais2007.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic_sociais2007.pdf) Acesso em: 13.04.2008.

JARDIM, Sueli Erasma Gaspar. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. *In*: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2008. 912p. p. 185-197.

KATER, Fábio; SIMON, Sérgio Daniel. Câncer de Bexiga. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 298-303.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 290 p.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 116p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Expansão Pólo I, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde: pesquisa exploratório-descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/557/127>. Acesso em: 15.04.2008.

LIEDKE, Pedro Emanuel Rubini. Câncer de reto. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 256-260.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; CALDERONI, Sila Zugman. O idoso na família: expansão de possibilidades ou retração? *In*: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 225-231.

LORENCETTI, Ariane; SIMONETTI, Janete Pessuto. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 944-50, nov-dez 2005.

MANO, Max Senna. Câncer de mama. In: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 341-357.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Rev. da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 26-33, 2008.

MARUCCI, Maria de Fátima Nunes; GOMES, Maura Márcia Boccato Corá. Interação droga-nutriente em idoso. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 455-467.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 216-22, mar-abr 2005.

MENDONÇA, Jurilza Maria Barros. Estatuto do Idoso. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 177-184.

MENDONÇA, Regiane de Souza et al. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 4, p. 431-435, 2007.

MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; CAMARGO, Teresa Caldas. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 442-447, mai-jun 2006.

MOREIRA, Fernando Adão; COSTA, Bruno Pinheiro. Câncer de estômago. In: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 207-217.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393p.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 3, n.13, p. 423-31, mai-jun 2005.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de, GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. n. 57, v. 6, p. 761-3, nov/dez, 2004.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002. 526 p.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost; NERI, Anita Liberalesso. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. *In*: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, 630 p. p. 49-70.

PEREIRA, Frances Aparecida Illes. Recomendações Nutricionais. *In*: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 423-439.

PIZZOL JÚNIOR, Antonio Dal. Alopecia. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 886-889.

RODRIGUES, Andrea Bezerra. Bases da Radioterapia. *In*: MOHALLEM, Andréa Gomes da Costa; RODRIGUES, Andrea Bezerra. **Enfermagem Oncológica**. São Paulo: Manole, 2007. 411p. p. 89-102.

ROTOLI, Adriana. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer**: assimetrias no atendimento em um município da região Noroeste do Rio Grande do Sul. 2007. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RZEZNIK, Cristiane; DALL'AGNOL, Clarice Maria. (Re)Descobrimos a vida apesar do câncer. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp, p. 84-100, 2000.

SANTOS, Margarida. O idoso na comunidade: atuação da enfermagem. *In*: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 403-413.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; LOPES, Simone Marilene de Souza; FURTADO, Cacilda Maria Rogério. Fadiga. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 811-816.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E INFORMAÇÕES DE SAÚDE, SAMIS. **Idosos acima de 60 anos com CID confirmado no momento da alta de novembro de 2005 à dezembro de 2006**. Porto Alegre: HCPA, 2006.

SEVERO, Isis Marques. **Visita domiciliar como estratégia de apoio educativo ao familiar cuidador do idoso seqüelado de AVC**. 2002. 93f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

\_\_\_\_\_. **Orientações para cuidadores de idosos com Acidente Vascular Cerebral após Internação em UTI**. 2004. 60f. Monografia (Conclusão do Curso de Pós-Graduação em Terapia Intensiva Adulto), Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2004.

SHIRATORI, Kaneji *et al.* Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 5, n. 57, p. 617-9, set-out 2004.

SILVA, Lúcia Marta Giunta. Quimioterapia. *In*: MOHALLEM, Andréa Gomes da Costa; RODRIGUES, Andrea Bezerra. **Enfermagem Oncológica**. São Paulo: Manole, 2007. 411p. p. 61-87.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro; OLIVEIRA, Nayara Lúcia Soares de. Educação em saúde e concepções de sujeito. *In*: VASCONCELOS, Eymar Mourão (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 509 p.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo et al. Educação em saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal Nursing**. v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.829/223>. Acesso em: 10.04.2008.

SOUZA , Luccas Melo; WEGNER, William; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar-abr 2007. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) . Acesso em: 15.04.2008.

SOUZA, Wanusa Grasiela Amante et al. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 53-63, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/>. Acesso em: 10.04.2008.

STAKE, Robert E. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Morata, 1998. 158 p.

SVIRSKI, Elicie Lins. Câncer de esôfago. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 203-206.

TCHAKMAKIAN, Lucy Aintablian; FRANGELLA, Vera Silvia. As interfaces da alimentação, da nutrição e do envelhecimento e o processo educativo sob a visão interdisciplinar da gerontologia. *In*: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 912 p. p. 469-478.

TOLEDO, Edegarda Helena Rusisca de; DIOGO, Maria José D'Elboux. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e dificuldades para o autocuidado no início da doença. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 6, p. 707-12, nov-dez 2003.

TRENTINI, Mercedes; et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v. 1, n. 13, p. 38-45, jan-fev 2005.

VIEGAS, Karin. **O cuidado de enfermagem no espaço domiciliar: o modelo assistencial do Hospital Mãe de Deus**. 2001. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> feb. 2006. Acesso em 14.04.2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative Care. **Cancer Control**: Knowledge into Action: WHO guide for effective programmes. Module 5. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Paliative%20Care%20Module.pdf> Acesso em 13.04.2008.

ZANONI, Anna Caroline Nasato et al. O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de neoplasia maligna. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 1, p. 40-53, jan-mar 2006.

ZELMANOWICZ, Alice. Rastreamento de câncer. *In*: GUIMARÃES, José Luiz Miranda; ROSA, Daniela Dornelles. **Rotinas em Oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 942p. p. 71-74.

ZIMERMAN, Guite. **Velhice aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: *Idosos com Câncer no Domicílio: aspectos biopsicosociais de educação em saúde*

Através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido venho convidá-lo a participar deste estudo. Este projeto recebeu autorização ética para execução sob o número \_\_\_\_ do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e tem como orientadora a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

O objetivo geral deste estudo é identificar aspectos biopsicosociais de educação em saúde descritos por idosos com câncer no domicílio.

A coleta de dados será realizada através de entrevista e observação, com duração aproximada de 20 minutos. Você pode recusar-se a responder quaisquer das perguntas feitas. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. As fitas e transcrições serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos após a divulgação dos resultados. Passado este tempo serão destruídas. O anonimato será mantido, do ponto de vista pessoal, durante a pesquisa e na divulgação dos resultados.

Eu, Isis Marques Severo, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelos telefones (51) 32148222 e (51) 98143719, assim como a professora responsável Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini pelo telefone (51) 9986.0044.

Desde já agradeço sua colaboração.

Eu,..... autorizo minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos seus objetivos e justificativa.

Fui, igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta em relação a pesquisa; da liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo no tratamento; da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos vinculados a este projeto de pesquisa. A pesquisa não envolve riscos físicos e será dispensado um tempo ao final da entrevista, em que a pesquisadora se dispõe a conversar com o paciente. A pesquisadora também se dispõe a retornar a visita caso necessidade ou se o idoso solicitar, sendo que também se compromete a dar retorno dos resultados da pesquisa.

Participante: \_\_\_\_\_  
 Pesquisadora: \_\_\_\_\_  
 Professora \_\_\_\_\_  
 Responsável: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HCPA / GPPG  
 VERSÃO APROVADA  
 23.03.2007  
 RL OF067

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### Parte I – Dados de Identificação

- 1) Iniciais do paciente:
- 2) Telefone para contato:
- 3) Idade / sexo:
- 4) Procedência:
- 5) Profissão:
- 6) Crença religiosa:
- 7) Familiar/acompanhante (grau de parentesco):
- 8) Com quem mora:
- 9) Caracterização do domicílio (saneamento básico, coleta de lixo, luz, tipo de construção, etc):
- 10) Renda familiar:
- 11) Tipo de câncer:
- 12) Tipo de tratamento:
  - ( ) cirurgia
  - ( ) quimioterapia
  - ( ) radioterapia

### Parte II – Questões da Entrevista

- 1) Após o diagnóstico de sua doença, houveram modificações na sua vida?  
Quais as que mais lhe chama a atenção?
- 2) No que essas modificações influenciaram nos seus hábitos de vida e saúde?
- 3) Como você faz o seu autocuidado no momento?
- 4) O que você tem feito agora para se cuidar melhor?





**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 07-067

**Versão do Projeto:** 22/03/2007

**Versão do TCLE:** 22/03/2007

**Pesquisadores:**


MARIA ISABEL PINTO COELHO GORINI

ISIS MARQUES SEVERO

**Título:** IDOSOS COM CÂNCER NO DOMICÍLIO: ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 23 de março de 2007.

  
Profª Nadine Clausell  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

