



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

MARIANA DOS SANTOS RIBEIRO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO
ENVELHECER E ADOECER: UM ESTUDO COM IDOSOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS

BRASÍLIA – DF
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

MARIANA DOS SANTOS RIBEIRO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO
ENVELHECER E ADOECER: UM ESTUDO COM IDOSOS EM CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Moema da Silva Borges

BRASÍLIA – DF, 2017

dR484e dos Santos Ribeiro, Mariana
Estratégias de enfrentamento no envelhecer e adoecer:
um estudo com idosos em cuidados paliativos / Mariana
dos Santos Ribeiro; orientador Moema da Silva Borges. --
Brasília, 2017.
127 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2017.

1. Envelhecimento. 2. Oncologia. 3. Cuidados paliativos.
4. Adaptação Psicológica. 5. Resiliência Psicológica. I. da
Silva Borges, Moema, orient. II. Título.

MARIANA DOS SANTOS RIBEIRO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO ENVELHECER E ADOECER: UM
ESTUDO COM IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovada em 11 de agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Moema da Silva Borges – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Andrea Mathes Faustino – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Keila Cristianne Trindade da Cruz – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho aos meus pais que tudo me ensinaram e que, hoje, idosos, espero poder retribuir toda a dedicação e cuidado que tiveram comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Edifredo e Vera, que sempre me apoiaram em minhas decisões, por se esforçarem para me fornecer uma educação de qualidade e por serem o meu porto seguro.

Ao meu companheiro de vida, Pedro Henrique, por estar sempre ao meu lado, por ser tão solícito e atencioso e por ter realizado a minha inscrição para concorrer ao edital de mestrado.

Aos meus irmãos: Poliana, por sempre me estimular a seguir novos desafios, e Ulásio e Evilásio pelo carinho e preocupação.

À minha orientadora, professora doutora Moema Borges, quero expressar minha satisfação em tê-la como orientadora e gratidão pelo aprendizado proporcionado, pela confiança e paciência.

À professora Tereza Cavalcanti, agradeço a sua disponibilidade, pelas sugestões de leitura, pelo aprendizado proporcionado e incentivo.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais o estudo não teria se concretizado, agradeço a disponibilidade e confiança.

Aos funcionários do Centro de Alta Complexidade em Oncologia, da Clínica Médica e do arquivo médico do Hospital Universitário de Brasília, pelas informações fornecidas e pela cordialidade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que contribuíram de forma direta ou indireta para esta pesquisa.

Aos meus parentes e amigos pelo incentivo e cuidado; em especial à minha prima Taís pelo auxílio com o espanhol, e ao amigo Leonardo pelas contribuições com o inglês. Agradeço por todos os momentos em que me auxiliaram quando solicitei.

Agradeço também à CAPES pelo suporte financeiro ao longo de toda a trajetória do mestrado e à Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal por me apoiar financeiramente na participação de eventos científicos internacionais.

EPIGRAFE

*Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro, Senhor, de indiferença.*

*Da indiferença deste mundo
onde o que se sente e se pensa
não tem eco, na ausência imensa.*

*Na ausência, areia movediça
onde se escreve igual sentença
para o que é vencido e o que vença.*

*Salva-me, Senhor, do horizonte
sem estímulo ou recompensa
onde o amor equivale à ofensa.*

*De boca amarga e de alma triste
sinto a minha própria presença
num céu de loucura suspensa.*

*(Já não se morre de velhice
nem de acidente nem de doença,
mas, Senhor, só de indiferença.)*

Cecília Meireles, in 'Poemas (1957)'

*Que a indiferença jamais faça parte da realidade das pessoas
idosas em cuidados paliativos.*

RESUMO

RIBEIRO, Mariana dos Santos. Estratégias de enfrentamento no envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos. 2017. 127 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

Introdução: o envelhecimento é um fenômeno universal e também o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças oncológicas. A trajetória de vida de cada pessoa influencia na maneira como ela lida com a experiência do estresse. Nos cuidados paliativos, a história pessoal de cada pessoa deve ser valorizada, favorecendo a prestação de um cuidado individualizado. Objetivo: Analisar as estratégias de enfrentamento acerca do envelhecer e adoecer de pessoas em cuidados paliativos. Método: pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa. A Coleta de dados foi realizada no Centro de Alta Complexidade em Oncologia e na Clínica Médica de um Hospital Universitário, com idosos em cuidados paliativos por meio de questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. O *corpus* das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo com auxílio do *software ALCESTE*. Resultados: foram realizadas onze entrevistas com seis homens e cinco mulheres. A faixa etária variou de 60 a 87 anos e a média foi de 68,9 anos; a média da escolaridade foi de 4,54 anos. Da análise de conteúdo emergiram dois eixos de significados. O primeiro formado pelas categorias Envelhecer, e Desenvolvimento saudável, remete a uma estrutura de personalidade resiliente que se forjou ao longo do ciclo da vida. Nele, os discursos sinalizam para um processo de desenvolvimento permeado por variadas situações adversas e perdas. Pode-se inferir que para fazer frente a essas dificuldades, os idosos lançaram mão de estratégias de enfrentamento que forjaram uma personalidade resiliente. No segundo eixo, formado pela categoria denominada Fatores estressores, foram mencionadas as situações vivenciadas ao longo da trajetória da doença. Apreendeu-se que os fatores de stress foram: os sinais da doença, a suspeita da doença, o anúncio da má notícia e, sobretudo, a dificuldade de acesso ao tratamento. Para manejar os estressores advindos no processo do adoecer, os participantes utilizaram estratégias de enfrentamento resilientes como o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação. Conclusão: o processo de viver dos participantes foi permeado por eventos que propiciaram o desenvolvimento da capacidade de lidar com situações adversas, superar pressões e obstáculos reagindo positivamente a eles, características de uma personalidade resiliente. Frente ao envelhecimento e adoecimento, utilizaram estratégias de

enfrentamento capazes de manejar favoravelmente os estressores. O estudo aponta que a maneira como cada idoso enfrentou as adversidades ao longo de sua trajetória de vida, pode significar uma oportunidade de fortalecimento pessoal, favorecendo o enfrentamento positivo de novos estressores, a exemplo de uma doença incurável. Espera-se sensibilizar profissionais da saúde para a necessidade da escuta qualificada das pessoas idosas, buscando compreendê-las a partir de sua trajetória de vida e, assim, serem capazes de fornecer um cuidado de qualidade, personalizado e alinhado com a filosofia paliativista.

Palavras-Chaves: Envelhecimento; Oncologia; Cuidados paliativos; Adaptação Psicológica; Resiliência Psicológica.

ABSTRACT

RIBEIRO, Mariana dos Santos. Coping with aging and illness: a study with elders in palliative care. 2017. 127 p. Thesis (Master's Degree) - Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2017.

Introduction: aging is a universal phenomenon and also the main risk factor for the development of oncological diseases. The life trajectory of each person influences the way to deal with the stress experience. On palliative care, the personal life history must be valued in order to provide an individualized care. **Objective:** To analyze the coping strategies that people in palliative care use to deal with aging and illness. **Method:** exploratory, descriptive and qualitative research. We conducted the data collection at the Center of High Complexity in Oncology and at the Medical Clinic of the University Hospital of Brasília, with aged people in palliative care through a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview. We used the software ALCESTE in order to support the content analysis of the interviews. **Results:** We interviewed eleven older people, six men and five women. The age ranged from 60 to 87 years with an average age of 68,9 years; the average education was 4,54 years. From content analysis emerged two axes of meanings. The first has two categories Aging and Healthy development, which refers to a resilient personality structure that has been forged throughout the life cycle. In this axis, we identified that the participants had many adverse situations and losses throughout their lives. To manage these difficulties, we believe that the participants used coping strategies, which forged a resilient personality. The second axis is composed by the category Stress factors, which the participants mentioned the situations experienced throughout the illness. The main stressors we highlight were: the signs of the disease, the suspect of being ill, the bad news, and the difficulty in accessing treatment. In the management of the stressors arising from the illness process, the participants reported using resilient coping strategies as spiritual support, cognitive restructuring and acceptance. **Conclusion:** the events throughout the participants' life allowed the development of a capacity to deal with adverse situations, to overcome pressures and obstacles, and to become able to react positively to them. Those are characteristics of a resilient personality. Faced with aging and illness, the participants used coping strategies capable of managing the stressors in a positive way. The study points out that the way each aged person has faced adversities throughout their life can mean an opportunity for personal growth, which can favor the positive confrontation of new stressors, as an incurable disease. We expect to sensitize health

professionals to the need of attentive listening to aged people, in order to understand their life trajectory and, thus, being able to provide a qualified and personalized care, aligned with the palliative philosophy.

Key-words: Aging; Medical Oncology; Palliative Care; Adaptation, Psychological; Resilience, Psychological.

RESUMEN

RIBEIRO, Mariana dos Santos. Las estrategias de confrontación en el envejecimiento y la enfermedad: un estudio con personas mayores en cuidados paliativos. 2017. 127 p. Disertación (Maestría) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2017.

Introducción: el envejecimiento es un fenómeno universal y también el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades oncológicas. La trayectoria de la vida de cada persona influye en la manera en que aborda la experiencia de estrés. En cuidados paliativos, la historia personal de vida debe evaluarse con el fin de proporcionar cuidado individualizado. Objetivo: analizar las estrategias de afrontamiento para lidiar con el envejecimiento y la enfermedad de las personas en cuidados paliativos. Método: descriptivo, exploratorio y de investigación en un enfoque cualitativo. Los datos fueron recogidos en el centro de alta complejidad en oncología y medicina interna en el Hospital de la Universidad de Brasilia, con personas de edad avanzada en cuidados paliativos a través del cuestionario sociodemográfico y entrevista semiestructurada. El corpus de las entrevistas fue sometido a análisis de contenido con la ayuda de software ALCESTE. Resultados: se realizaron once entrevistas con seis hombres y cinco mujeres. La edad varió de 60 a 87 años de edad y el promedio fue de 68,9 años; la escolaridad promedio fue de 4,54 años. El análisis de contenido surgió dos ejes de significados. El primero formado por dos categorías El envejecimiento, y El desenvolvimiento sano, se refiere a una estructura de personalidad resistente que se forjó durante el ciclo de vida. En él, uno puede aprender que el proceso de desarrollo de los participantes fue permeado por diferentes situaciones adversas y por pérdidas. Uno puede deducir que para hacer frente a tales dificultades, utilizaron estrategias resistentes que forjaron una personalidad resistente. El segundo eje, formado por la categoría denominada Factores de estrés fueron mencionados las situaciones que experimentaron a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Se encontró que los factores de estrés más importantes fueron: los signos de la enfermedad, la sospecha de la enfermedad, el anuncio de malas noticias y la dificultad de acceso al tratamiento. En el manejo de estresores derivados del proceso de enfermarse, los participantes dijeron el uso de estrategias flexibles como apoyo espiritual, reestructuración cognitiva y aceptación. Conclusión: el proceso de vida de los participantes fue permeados por los acontecimientos que condujeron al desarrollo de la capacidad de afrontar situaciones adversas, superar obstáculos y reaccionando positivamente a ellos, unas características de

personalidad resistente. El estudio señala que la forma de que cada anciano enfrentó las adversidades en su camino de vida puede significar una oportunidad de empoderamiento personal, favoreciendo la confrontación de nuevos factores de estrés, como una enfermedad incurable. Se espera sensibilizar a profesionales de la salud a la necesidad de escuchar ancianos, tratando de entender de su camino de vida y así poder ofrecer atención de calidad, personalizada y alineada con la filosofía paliativista.

Palabras Clave: Envejecimiento; Oncología Médica; Cuidados Paliativos; Adaptación Psicológica; Resiliencia Psicológica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo multi-sistema da resiliência de acordo com LIU; et. al, 2017.....	50
Figura 2. Processo de seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDENF, PUBMED, APA, CINAHL E SCOPUS	61
Figura 3. Dendograma do <i>corpus</i> das entrevistas adaptado a partir da análise de conteúdo.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Os oito estágios do desenvolvimento psicossocial de acordo com a teoria de Erik Erikson.	31
Quadro 2. Síntese das famílias de enfrentamento de acordo com o estudo de Skinner; et. al, 2003.	41
Quadro 3. Síntese dos processos adaptativos de acordo com o estudo de Skinner; et. al, 2003.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes quanto à idade, sexo, escolaridade, estado civil e religião.	66
Tabela 2: Caracterização dos participantes quanto à origem da renda, com quem reside, tempo desde o diagnóstico, unidade de tratamento e se teve que mudar de estado de residência em decorrência da doença.	68

LISTA DE SIGLAS

ALCESTE - *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*

APA - American Psychological Association

BDENF - Base de Dados de Enfermagem

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

HUB - Hospital Universitário de Brasília

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

PUBMED - US National Library of Medicine

SES-DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCE - Unidades de Contexto Elementar

UCI - Unidades de Contexto Inicial

UNB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1. INTRODUÇÃO	23
1.1. OBJETIVOS	26
1.1.1. Objetivo geral	26
1.1.2. Objetivos específicos	26
2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA	28
2.1. O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	28
2.2. DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO NO ENVELHECIMENTO	30
2.3. PERDAS NO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO	35
2.4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	38
2.5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO	43
2.6. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA	46
2.7. O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE RESILIENTE	48
2.8. RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO	50
2.9. RESILIÊNCIA E ADOECIMENTO	53
2.10. ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS	55
3. MÉTODO	58
3.1. PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
3.1.1. Critérios de inclusão	59
3.1.2. Critérios de exclusão	59
3.2. CENÁRIO DO ESTUDO	59
3.3. INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	60
3.3.1. Questionário Sociodemográfico	60
3.3.2. Roteiro semiestruturado	60
3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	61
3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	63
3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	64
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES	66
4.2. O PROCESSO RESILIENTE DOS PARTICIPANTES	69

4.2.1. PRIMEIRO EIXO: O CICLO DA VIDA SAUDÁVEL.....	71
4.2.1.1. Categoria 2: Envelhecer	71
4.2.1.1.1. Busca por suporte social	72
4.2.1.1.1.1. Suporte espiritual	72
4.2.1.1.2. Acomodação	74
4.2.1.1.2.1. Reestruturação Cognitiva	74
4.2.1.1.2.2. Aceitação	76
4.2.1.3. Categoria 3: Desenvolvimento saudável	77
4.2.1.3.1. Condições de vida difíceis	78
4.2.1.3.2. Perdas	81
4.2.1.3.2.1. Perdas intangíveis	81
4.2.1.3.2.2. Perdas tangíveis	82
4.2.1.3.3. Suporte social	84
4.2.2. SEGUNDO EIXO: O CICLO DO ADOECIMENTO.....	85
4.2.2.1. Categoria 1: Fatores estressores	86
4.2.2.1.1. Sinais e sintomas da doença	87
4.2.2.1.2. A experiência da dor	87
4.2.2.1.3. A anorexia	89
4.2.2.1.4. Suspeita da doença	91
4.2.2.1.5. A má notícia	92
4.2.2.1.6. O acesso ao tratamento	95
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICE	115
Apêndice 1	115
Apêndice 2	116
Apêndice 3	117
ANEXO	119
Anexo 1	119

APRESENTAÇÃO

A minha trajetória profissional está profundamente ligada à minha trajetória pessoal. Sou filha caçula que nasceu em um momento em que os pais acreditavam que não mais teriam filhos devido à idade, nasci com diferença de vinte anos do meu irmão mais velho. Convivi, então, desde criança, com pessoas de idade mais avançada.

Costumávamos visitar minha avó paterna todos os domingos, nessa ocasião toda a família se reunia e era uma verdadeira festa. Ela era uma senhora de idade avançada que nada se parecia com aquele estereótipo de *vozinha*, era uma senhora ativa que fazia de tudo e que gostava muito de festa.

Meus avós maternos moravam no interior de Minas Gerais, durante as férias escolares, sempre ia visitá-los e amava ouvir as histórias que meu avô tinha para contar. Com o passar dos anos, meus avós foram ficando mais dependentes, meu avô perdeu a visão e minha avó precisava de ajuda no seu dia a dia; assim, vieram para Brasília morar conosco.

O contato com os meus avós passou a ser diário e se configurou em uma experiência muito prazerosa para mim, de alguma forma me sentia útil ao fazer companhia para eles e percebia que eles também se alegravam com a minha presença. Comecei então, a apreciar profundamente o convívio com pessoas idosas e tudo o que se pode aprender com elas.

Quando estava finalizando o ensino médio e me deparei com a necessidade da escolha profissional, acredito, eu, uma das escolhas mais difíceis da vida; confesso que me senti um tanto quanto confusa, mas me lembrei do que gostava de fazer e decidida estava em trabalhar com pessoas idosas. No entanto, ainda faltava escolher a profissão, com uma sugestão de minha irmã, procurei a respeito da profissão enfermeira. Lembro-me de ter lido um texto de uma ex-graduanda da Universidade de Brasília que falava sobre o contato contínuo e próximo da enfermeira com o paciente e percebi que talvez esse fosse o meu lugar.

Ao entrar no curso, reconheci que minha irmã estava certa, gostei muito do período da graduação, participei da Liga de Geriatria e Gerontologia da Universidade de Brasília que apenas me motivou mais a continuar o meu caminho. E antes mesmo de concluir o curso, já havia sido aprovada na Residência Multiprofissional em Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo.

Mudei-me para São Paulo e lá aprendi o cuidado formal com pessoas idosas; recém-graduada e ainda muito insegura em minha prática profissional, percebi-me muito presa à técnica, à avaliação clínica e ao cuidado do corpo físico. Os primeiros meses não foram

fáceis, sentia-me impactada com a quantidade de pessoas que via falecer, assim, duvidava de mim mesma se estava contribuindo, de alguma forma, para essas pessoas.

Aos poucos fui me desvinculando das amarras que coloquei em mim e passei a estar mais atenta às histórias de cada pessoa que atendia, percebi que mais importante que executar a técnica com perfeição era a conexão que se estabelecia com cada pessoa. Compreendi que a morte faz parte da vida e que, se o tempo deles é curto, eu deveria fazer o possível para que aproveitassem os seus dias e, assim, tudo passou a acontecer com mais fluidez.

Durante a residência, trabalhei no Hospital São Paulo, no ambulatório de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP, no Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso e estágios em Unidades Básicas de Saúde e em Instituições de Longa Permanência. De um desses estágios, surgiu uma oportunidade de emprego, fui desafiada a integrar uma equipe para a construção de um novo residencial de idosos no estado de São Paulo.

A construção de um residencial a partir do zero, definitivamente, foi uma das experiências mais desafiadoras para mim; contribuí para a compra de material, definição de processos, construção do manual de normas e procedimentos de enfermagem e treinamento da equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente idoso.

Quando, finalmente, houve a inauguração do residencial, fiquei trabalhando como enfermeira assistencial por alguns meses, sentia-me contente com o trabalho, mas queria novos desafios e acima de tudo, queria tornar-me uma enfermeira melhor; sentia que nesses mais de dois anos em São Paulo, havia aprendido muito sobre o cuidado ao corpo biológico, um pouco, também, sobre as outras dimensões do ser; mas acredito que ainda faltava em mim um olhar mais aguçado para as necessidades psicológicas e espirituais das pessoas que cuidava.

Percebo que pude contribuir muito para todos aqueles que cuidei e que vi falecer, mas ainda queria compreendê-los melhor para cuidar com mais afinco, e com essa motivação busquei o mestrado na Universidade de Brasília, para responder às minhas inquietações e aperfeiçoar-me como enfermeira no cuidado de idosos em cuidados paliativos.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno universal que tem acontecido tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, em decorrência da acentuada queda nas taxas de fertilidade e mortalidade, ocasionando uma consequente elevação da expectativa de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A esperança de vida ao nascer também se prolongou devido ao desenvolvimento técnico e científico e aos avanços na política sanitária que contribuíram para melhores condições de saúde. As doenças infectocontagiosas já não são mais as principais causas de morte e as doenças crônicas se tornaram as mais prevalentes; suas consequências e limitações estão sendo cada vez mais controladas e retardadas com o progresso do desenvolvimento científico (GAWANDE, 2015).

Apesar da expectativa de vida vir crescendo mundialmente, não se sabe ao certo qual a qualidade de vida destes anos que foram acrescentados. Sabe-se que com o envelhecimento cronológico, há um envelhecimento fisiológico do corpo humano com mudanças a nível molecular e celular que reduzem as funções dos órgãos do corpo, aumentam vulnerabilidades e o risco do desenvolvimento de doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Nessa perspectiva, o envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer, doenças cardiovasculares e neurodegenerativas (NICCOLI; PARTRIDGE, 2012).

As principais causas de mortalidade em idosos se devem às doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. As doenças do aparelho circulatório representam mais de 55% dos óbitos em indivíduos de 60 a 69 anos. E as neoplasias representam mais de 45% dos óbitos em indivíduos de 80 anos ou mais, com tendência a um aumento gradativo de suas taxas de mortalidade, o que pode ser justificado pela exposição do organismo aos fatores cancerígenos por muito mais tempo em virtude do envelhecimento (OLIVEIRA et al., 2015).

O câncer são doenças que afetam o corpo, a mente, o bem-estar social, as relações familiares e o espírito. Em virtude desta complexidade, o cuidado ao paciente oncológico requer uma abordagem que supere a atenção às necessidades biológicas e proporcione uma terapêutica integral (MACIEIRA; PALMA, 2011).

No entanto, a visão comumente utilizada é a biopsicossocial que embora incorpore os componentes psicológico e social, ainda é reducionista por não incluir o componente

espiritual. Estudos indicam que em pacientes com câncer, frequentemente, o sofrimento está associado à dimensão espiritual (BEST et al., 2015).

Apesar das questões existenciais serem apontadas como as principais causas de sofrimento, elas nunca ocuparam lugar de destaque na assistência ao doente, as preocupações focam-se no aumento da sobrevida e, embora o desenvolvimento técnico e científico tenha possibilitado o sucesso dos resultados terapêuticos em oncologia, a agressividade dos tratamentos culminou com a ocorrência de severos efeitos colaterais, sequelas e morte (MACIEIRA; PALMA, 2011).

Em geral, os dias finais de vida de pessoas com doenças avançadas são consumidos por tratamentos altamente tecnológicos que exaurem o corpo em busca de uma chance mínima de obter benefícios. Em busca de consertar o que não pode ser consertado, desenvolve-se a insensibilidade e provoca-se grande sofrimento (GAWANDE, 2015).

Não é preciso ter passado muito tempo com idosos ou pessoas com doenças terminais para ver a frequência com que a medicina deixa desamparados aqueles a quem deveria ajudar. (GAWANDE, 2015, p. 19)

Nessa linha argumentativa, pode-se dizer que a relutância em examinar de forma honesta a experiência do envelhecimento e da morte ampliam os males causados às pessoas e lhes nega os confortos básicos de que precisam. A fim de modificar esta perspectiva para uma visão coerente de como as pessoas poderiam viver plenamente até o fim, se insere os cuidados paliativos que pretendem melhorar a qualidade de vida e humanizar o atendimento às necessidades dos que enfrentam uma doença grave e sem cura (GAWANDE, 2015; MACIEIRA; PALMA, 2011).

O envelhecimento por si só coloca o indivíduo frente a sua própria finitude, favorecendo a emersão das questões existenciais e, quando associado a um processo de adoecimento, estas questões ficam ainda mais fortes. Neste contexto, é preciso que as pessoas idosas dediquem um tempo e espaço ao tema da própria morte a fim de tomar decisões e expressar seus desejos diante de uma realidade incômoda (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Nessa perspectiva, de acordo com a teoria de desenvolvimento da personalidade de Erik Erikson, quando chegam na velhice, as pessoas passam a analisar a sua trajetória de vida e podem experimentar o sentimento de desespero quando não são capazes de reconhecer um sentido em sua trajetória, ou podem experimentar a integridade quando são capazes de reconhecer suas perdas e conquistas e atribuir um significado a elas (ERIKSON, 1998).

O envelhecer permite um acúmulo de perdas sucessivas ao longo da vida que incluem: limitações físicas, doenças, aposentadoria, entre outras que se caracterizam em mortes simbólicas (FARBER, 2012).

É preciso reconhecer que toda a perda gera uma reação denominada luto que pode ser breve, leve ou profundo e varia de acordo com a percepção da importância daquilo que se perdeu. O luto constitui em experiências emocionais muito importantes da vida e a forma como o vivemos ou ocultamos depende da nossa personalidade e relações que irão influenciar a maneira como lidamos com ele (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Na velhice há, portanto, o luto pela juventude perdida e todas as perdas que a acompanham: pessoas queridas, oportunidades de trabalho e redução da saúde. O luto é vivenciado diferentemente por cada idoso a depender de suas características prévias de personalidade e estilo de vida, a história das perdas e dos recursos internos e externos utilizados para lidar com elas (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Nesse contexto, pessoas que ao longo da vida lidaram com perdas a partir de uma perspectiva de não-adaptação e conflitos emocionais são mais propensas a vivenciarem a velhice com dificuldade, afinal não é somente a idade que justifica atitudes, mas acima de tudo, a forma como a personalidade se estrutura (ARANHA, 2007).

De acordo com a teoria da personalidade de Erik Erikson, na velhice, as forças desenvolvidas, são a integridade e a sabedoria. Essas forças permitem olhar o passado, reconhecer as perdas, elaborá-las, e assim compreender a si mesmo e o mundo em que se vive (ERIKSON, 1998).

Dessa forma, ao envelhecer, é possível escolher a integridade ao invés do desespero (ERIKSON, 1998). Em processo de adoecimento, mediante as perdas e ao sofrimento vivenciado, a pessoa também pode fazer uma escolha: continuar sofrendo ou transcender por meio do crescimento pessoal, vida autêntica, novas relações e por meio do cultivo de um sentimento de paz (BEST et al., 2015).

Nesse contexto, a fim de superar as angústias geradas pela consciência da finitude, é necessário que se tenha desenvolvido, ao longo da vida, recursos para a elaboração das perdas (ARANHA, 2007). Segundo Phillip; et.al. (2011), a capacidade para adaptar-se às perdas decorrentes do envelhecimento e de seus desafios, incluindo o adoecimento, depende necessariamente da resiliência desenvolvida ao longo da trajetória de vida de cada pessoa.

A resiliência consiste na capacidade de resistir às adversidades com flexibilidade e adaptação (ANAUT, 2005). Quando compreendida como um processo que se desenvolve ao

longo da vida, ela é interpretada como uma ponte entre os processos de enfrentamento e desenvolvimento (FONTES; NERI, 2015).

O enfrentamento consiste nas respostas frente a um agente estressor e podem variar a depender da idade, sendo que as pessoas idosas utilizam mais as suas experiências passadas de enfrentamento como um guia para lidar com situações estressoras atuais (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

Nesse sentido, na velhice, as experiências vivenciadas ao longo da trajetória de vida resultam em capacidades que permitem o enfrentamento das inúmeras adversidades que cada pessoa pode encontrar no momento presente (ALLEN et. al., 2011).

Frente ao exposto, este estudo se justifica pela necessidade de buscar compreender como as pessoas idosas enfrentam doenças que ameaçam a vida e como a percepção de cada pessoa sobre a sua trajetória influencia no enfrentamento da finitude.

Espera-se, portanto, sensibilizar profissionais da saúde à escuta da trajetória de vida das pessoas idosas a fim de compreender as estratégias de enfrentamento que utilizam com o intuito de prestar um cuidado personalizado e qualificado. Assim, espera-se contribuir para a teoria e prática do cuidado de enfermagem voltado para idosos em cuidados paliativos; reconhecendo que, para cuidar, é preciso antes, compreender a pessoa dentro do seu contexto psicológico, biológico, social e espiritual (COLLIÈRE, 2001).

Nessa perspectiva, o presente estudo visa responder a seguinte questão norteadora: De que modo pessoas idosas em cuidados paliativos enfrentam o envelhecer e adoecer?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo geral

Analisar as estratégias de enfrentamento acerca do envelhecer e adoecer de pessoas em cuidados paliativos.

1.1.2. Objetivos específicos

1. Aprender a percepção de idosos acerca do envelhecimento;
2. Aprender a percepção sobre uma doença que ameaça a vida;
3. Compreender as perdas vivenciadas;
4. Desvelar as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas;

5. Conhecer a relação entre perdas, envelhecimento, adoecimento e estratégias de enfrentamento.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

2.1. O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Embora os incontestáveis avanços na área da saúde tenham possibilitado uma vida mais longa, ainda pouco se conhece sobre o fenômeno do envelhecimento (GAWANDE, 2015). Há divergências na literatura inclusive quanto ao seu início. Há autores que apontam o envelhecimento como um processo irreversível que se inicia a partir do nascimento até o momento da morte (MESSY, 1993). Enquanto outros sugerem que o envelhecimento se inicia ao final da segunda década de vida, perdurando de maneira despercebida por um período, até as primeiras alterações funcionais e estruturais no final da terceira década (NETTO, 2007).

Teorias buscam desvendar o fenômeno do envelhecimento biológico. Tais teorias podem ser classificadas a partir dos efeitos por ela descritos, se são exercidos em todas as células ou na maioria delas, constituindo o ramo das teorias intracelulares; ou se os efeitos são exercidos sobre componentes estruturais ou sobre mecanismos reguladores, teorias intercelulares. Também podem ser classificadas em teorias estocásticas, em que o envelhecimento se dá em decorrência de fatores aleatórios; e teorias sistêmicas que creditam esse processo a um resultado das cascatas de retroalimentação, considerando a interação entre genes e ambiente (FREITAS, 2013).

As teorias estocásticas postulam uma deterioração associada à idade avançada devido à acumulação de danos moleculares que ocorrem ao acaso, sendo que a quantidade dessas macromoléculas incorretas alcançaria níveis tão elevados a ponto de causarem a morte do próprio organismo. No entanto, as teorias mais aceitas são as teorias sistêmicas e se referem ao envelhecimento como uma cascata sistêmica de interações entre os genes e o ambiente. Essas teorias são fundamentalmente enraizadas em uma abordagem genética, mas não são deterministas, uma vez que todas admitem, em diferentes graus, a modulação do ambiente no envelhecimento e longevidade (FREITAS, 2013).

Apesar das propostas teóricas para o processo do envelhecimento, ainda carecem de comprovação e ainda é necessária muita investigação para chegar a um consenso sobre os conceitos básicos que possam definir o processo de envelhecer, ainda não há uma teoria fundamental que explique, elucide, interprete e unifique o domínio dos fenômenos envolvidos no envelhecimento (FARINATTI, 2002).

A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecer está intimamente vinculada à dificuldade em demarcar a idade biológica. Nesse contexto, outro desafio é estabelecer os

limites entre as transformações decorrentes do envelhecimento normal e as de processos mórbidos comuns em idosos; já que o envelhecimento segue acompanhado por alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias deste processo (NETTO, 2007).

A grande heterogeneidade entre idosos, decorrente da maior ou menor influência dos fatores extrínsecos e da própria faixa etária de cada pessoa dificulta definir o que seria considerado normal. As alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal são denominadas senescência, enquanto as modificações determinadas por doenças e incapacidades são denominadas senilidade e correspondem ao envelhecimento patológico (ROACH, 2009).

A fim de estabelecer critérios para uma definição operacional do envelhecimento, foi proposto que as mudanças fundamentais relacionadas à idade devem obedecer as seguintes condições: devem ser deletérias, ou seja, devem reduzir a funcionalidade; devem ser progressivas, sendo estabelecidas gradualmente; devem ser intrínsecas, isto é, não devem ser resultado de uma causa ambiental; e devem ser universais, assim, todos os membros de uma mesma espécie devem mostrar as mudanças graduais com o avanço da idade (FREITAS, 2013).

Algumas alterações são comuns ao envelhecimento: há uma redução do equilíbrio, redução do tempo de reação, perda sensorial e comprometimento da regulação da temperatura; a pele se torna seca, escamosa e translúcida; os vasos sanguíneos se enrijecem, com diminuição da força contrátil do coração; há uma perda de tecido ósseo, redução da força e rigidez muscular; menor expansão pulmonar; redução do peristaltismo; redução da função renal e queda na produção hormonal (ROACH, 2009).

No entanto, essas alterações são fisiológicas e não implicam em dependência, ainda há muito estigma em relação à pessoa idosa que muitas vezes é vista pela sociedade como um fardo e dependentes. As representações sociais dos idosos os associam aos desgastes físicos, rugas, flacidez, à redução da saúde e à debilidade (FERRETO, 2010).

Entretanto, apesar das alterações fisiológicas, é possível atingir a longevidade de forma ativa e independente. Uma vida longa é um recurso incrivelmente valioso que proporciona a oportunidade de repensar o curso da vida. Atualmente, a vida é enquadrada em um conjunto rígido de fases: infância, fase de estudos, um período definido de trabalho e, em seguida, aposentadoria (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A longevidade permite repensar esse curso da vida: para os idosos, a aposentadoria pode ser compreendida como uma oportunidade para estudar ou buscar alguma paixão

negligenciada; e os jovens podem realizar planejamentos diferentes, a exemplo de iniciar uma carreira mais tarde, por esperarem viver mais tempo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Assim, apesar das inúmeras teorias, percebe-se o pouco conhecimento em relação à dinâmica do envelhecimento, sendo que a compreensão deste processo pela sociedade ainda permanece permeada por aspectos negativos, no entanto, é preciso reconhecer que uma vida longa também oferece inúmeras oportunidades e realizações.

2.2. DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO NO ENVELHECIMENTO

Há teorias que buscam explicar o envelhecimento psicológico e são referenciadas em quatro paradigmas: organicista, mecanicista, contextualista e desenvolvimento ao longo da vida (NETTO, 2007).

No paradigma organicista, ou de mudança ordenada, o desenvolvimento se dá a partir de uma sucessão de estágios, regulados por princípios intrínsecos de mudança cuja manifestação está sujeita ao contexto do ambiente (NETTO, 2007).

O paradigma mecanicista compreende o mundo como uma máquina e o ser humano apenas reagiria aos estímulos do ambiente, sendo assim, o desenvolvimento seria produto de uma história de reações ou de funções estímulo-resposta sem a intervenção de uma mente interpretativa (NETTO, 2007).

No paradigma contextualista, o indivíduo e o ambiente social são entidades mutuamente influentes e, portanto, co-participantes no processo de construção da trajetória do desenvolvimento individual. Nesse contexto, o desenvolvimento é visto como um processo contínuo de adaptação ao longo da vida (NETTO, 2007).

Por fim, o paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (life-span) compreende o desenvolvimento como um processo que dura toda a vida e que é presidido por influências de natureza inato-biológica, individual-psicológica, cultural-psicológica e natural-ecológica; sendo que o processo de desenvolvimento se dará a partir do enfrentamento destes desafios e dos esforços adaptativos do indivíduo (BALTES et al., 2006; NETTO, 2007; HOSTETLER; PATERSON, 2017).

Erik Erikson desenvolveu uma teoria da personalidade que se encontra entre o ponto de transição do paradigma organicista para o de desenvolvimento ao longo da vida (NETTO, 2007). Erikson acredita que o desenvolvimento humano se dá em oito estágios ao longo da vida, sendo que em cada estágio, há uma crise que induz a um conflito interno típico de um

período particular que conduz ao desenvolvimento de uma força básica. A tarefa do indivíduo é resolver a crise de cada estágio para atingir a maturação psicológica (Quadro 1) (SVETINA, 2014; ERIKSON, 1998).

Quadro 1: Os oito estágios do desenvolvimento psicossocial de acordo com a teoria de Erik Erikson.

Estágio	Idade	Conflito	Força básica
Primeiro	Zero a um ano e meio	Confiança básica versus Desconfiança	Esperança
Segundo	Um ano e meio a três anos	Autonomia versus Vergonha e dúvida	Força de vontade
Terceiro	Três a seis anos	Iniciativa versus Culpa	Propósito
Quarto	Sete a doze anos	Produtividade versus Inferioridade	Competência
Quinto	Doze aos dezoito anos	Identidade versus Confusão de papéis	Fidelidade
Sexto	Dezoito aos trinta anos	Intimidade versus Isolamento	Amor
Sétimo	Trinta aos sessenta anos	Generatividade versus Estagnação	Cuidado
Oitavo	Após os sessenta anos	Integridade versus Desesperança	Sabedoria

Fonte: CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; ERIKSON, 1998.

A crise, decorrente do conflito de cada estágio, refere-se ao indivíduo enfrentando incerteza e ameaça na obtenção de uma necessidade ou um objetivo de vida, sendo associada a um evento particular, circunstâncias de vida duradouras, ou um período de desenvolvimento (SVETINA, 2014).

Para Erik Erikson, a crise não deve ser compreendida como um aspecto negativo, mas sim como um período crítico da vida capaz de gerar desenvolvimento, logo, um indivíduo não deveria evitar a crise, pois enfrentá-la e resolvê-la com sucesso em cada estágio do desenvolvimento permite o estabelecimento de forças básicas que constituem a chave para a maturação psicológica (SVETINA, 2014; ERIKSON, 1998).

Erikson argumenta que o pilar para a maturação psicológica e o principal aspecto de uma personalidade saudável é o senso de confiança em si mesmo e nos outros. Portanto, o primeiro estágio de sua teoria, de zero a um ano e meio, envolve o conflito confiança versus desconfiança, representando a angústia que uma criança vivencia em um mundo que pouco conhece (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

No primeiro estágio, o amadurecimento ocorrerá se a criança sentir que tem segurança e afeto, possibilitando desenvolver a confiança. Uma proporção favorável dela oposta à desconfiança leva ao desenvolvimento da esperança, considerada uma força básica, sem a qual não se poderia viver (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

No segundo estágio, de um ano e meio a três anos, a criança passa a ter controle sobre suas necessidades fisiológicas, incluindo o controle dos esfíncteres, o que dá a ela autonomia. Entretanto, surge a dúvida em relação a sua própria capacidade de acerto e de ser compreendida, o que pode gerar o sentimento acentuado de vergonha. O conflito autonomia versus vergonha e dúvida, reflete a compreensão da criança que ela é responsável por suas ações. Nesse contexto, emerge os rudimentos da força de vontade e essa compreensão muda o fato de serem agentes reativos para seres capazes de atuar no mundo intencionalmente (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

No terceiro estágio, de três a seis anos, o conflito é iniciativa versus culpa. Quando a criança compreende que ela pode agir no mundo e é alguém, eles começam a descobrir quem são. Nesse momento, a criança é bastante vigorosa, curiosa e falante; eles tiram vantagem de experiências para explorar o ambiente por eles mesmos e imaginar as possibilidades para si. O sentimento de iniciativa implica no que ela pode fazer agora e no que será capaz de fazer no futuro, sendo assim, desenvolve-se a força básica do propósito (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

O quarto estágio, de sete a doze anos, é marcado pelo crescente interesse das crianças em interagir com os seus pares, a sua necessidade de aceitação e a sua necessidade de desenvolver competências. Nessa idade, a criança tem a experiência de que é capaz de realizar tarefas, quando sente que é capaz de realizá-las bem, desenvolve-se o sentimento de domínio e industriiosidade ao ser bem-sucedida; por outro lado, ao considerar-se mal-sucedida, desenvolve-se o sentimento de inferioridade e de apego à mãe. Nesta idade, é desenvolvida a competência e a primeira impressão sobre o sentido da produção e do trabalho (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

A vivência dos conflitos entre Confiança versus Desconfiança; Autonomia versus Vergonha e Dúvida; Iniciativa versus Culpa e Produtividade versus Inferioridade são os conflitos vivenciados na primeira infância, e fornecem relativa calma antes da entrada na adolescência (CARPIGIANI, 2010).

O quinto estágio se dá durante a adolescência por volta dos doze aos dezoito anos, e o conflito que se desenvolve consiste na questão de identidade versus confusão de identidade. Erikson acredita que as identificações que foram sendo feitas nos estágios anteriores possibilitarão o indivíduo a encontrar e fortalecer a sua identidade. A escolha que se faz é que a identidade formada não é tanto quem somos, mas quem podemos nos tornar. A luta na adolescência é escolher entre uma multidão de possibilidades para si mesmo. A confusão de identidade se dá quando não se consegue decidir entre as possibilidades. Nesse contexto, a luta envolve tentar balancear a necessidade de escolher um possível eu e o desejo de tentar outras muitas possibilidades, a força básica que resulta desse conflito é a fidelidade (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

O sexto estágio se dá durante a juventude adulta, dos dezoito aos trinta anos, sendo que a conquista da identidade no estágio anterior dará ao sujeito a condição do estabelecimento de real intimidade entre as pessoas, o adulto jovem deve ser capaz de expressar carinho e afeto para com os outros. A maior tarefa desenvolvimental se dá com o conflito intimidade versus isolamento, envolve estabelecer uma completa e íntima relação com o outro. A intimidade significa compartilhar todos os aspectos de si mesmo sem o medo de perder a identidade. No entanto, se a intimidade não for atingida, resulta em isolamento. A força psicossocial que emerge da luta intimidade-isolamento é o amor (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

No sétimo estágio, dos trinta aos sessenta anos, o foco muda da intimidade para se preocupar com a próxima geração, expresso pela generatividade versus estagnação. O conflito ocorre entre o sentimento de que as pessoas devem manter e perpetuar a sociedade (generatividade) e o senso de estagnação. Este estágio envolve a construção de uma família, a expansão profissional que exige da pessoa produtividade, mas também cuidado com a próxima geração que constitui a força básica deste estágio de desenvolvimento. Se o desafio da generatividade for aceito, o desenvolvimento da confiança na próxima geração é facilitado (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; CARPIGIANI, 2010).

O oitavo estágio começa com a crescente consciência da proximidade do fim da vida, em que a pessoa passa a examinar e avaliar a própria vida e suas realizações a fim de buscar compreender o sentido dela. Pessoas que progrediram com sucesso pelos primeiros estágios

da vida, reconhecendo suas realizações, enfrentam o envelhecimento com entusiasmo e sentem que a sua vida foi completa. Por outro lado, aqueles que sentem uma falta de sentido e não reconhecem suas realizações, experimentam a desesperança (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

A desesperança está relacionada ao arrependimento, em que não há uma integração capaz de dar sentido aos conflitos vivenciados ao longo da vida, assim se expressa um julgamento de que o tempo agora é curto para a tentativa de começar uma outra forma de viver, favorecendo a emersão de sentimentos de inadequação e culpa (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; ARANHA, 2007).

Neste contexto, o envelhecer depende das vivências pessoais e sociais de cada pessoa em relação aos conceitos e inter-relações existentes entre presente, passado e futuro. Sendo assim, O envelhecimento psicológico não depende exclusivamente da idade cronológica, mas de uma vivência subjetiva da passagem do tempo que, por ser subjetiva, depende da responsabilidade de cada um. (ARANHA, 2007).

O que caracteriza alguém como velho não é a idade cronológica, mas sim as atitudes e pensamentos, como fixação em perdas, embotamento da curiosidade, falta de desejo, de criatividade e de ilusões para enfrentar as dificuldades (ARANHA, 2007, p. 258).

Por outro lado, na teoria de Erik Erikson, pessoas que são capazes de olhar para o passado e reconhecerem um sentido em sua trajetória vivenciam o sentimento de integridade ao invés do desespero. E a força básica que emerge desse conflito entre integridade versus desespero é a sabedoria que consiste em uma capacidade de compreensão maior do mundo e de si mesmo (ERIKSON, 1998).

Em um desenvolvimento posterior de sua teoria, Erik Erikson, ao vivenciar limitações e inquietações da velhice até os seus noventa e quatro anos de vida, desenvolveu o nono estágio para a sua teoria (CARPIGIANI, 2010).

O nono estágio se caracteriza por limitações e desintegração que podem demandar toda a atenção da pessoa, sendo assim, o idoso não mais possui energia para focar no desespero retrospectivo da juventude, o foco se estreita e passa a ser apenas o funcionamento no dia a dia, assim já é suficiente conseguir passar o dia de maneira intacta (ERIKSON, 1998).

Uma pessoa idosa no seu oitavo ou nono estágio já vivenciou muitas perdas de entes queridos, alguns mais distantes e outros mais próximos, como pais, parceiros e até mesmo

filhos. Há muita tristeza ainda mais associada ao anúncio da proximidade da própria morte (ERIKSON, 1998).

Ao longo da vida, o indivíduo se percebe em um contexto em que não há limite de tempo. No entanto, a velhice surge como uma ruptura e abala esses conceitos, impondo a existência da finitude, cada vez mais evidenciada à medida que se vivencia os inevitáveis declínios dessa fase da vida (ARANHA, 2007).

Nesse contexto, a palavra que melhor define esse estágio é a transcendência que consiste em ir além do limite, superar. Assim, o ancião deve ir além do medo da morte por meio da coragem da retrospectiva da vida (CARPIGIANI, 2010).

2.3. PERDAS NO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO

O envelhecimento é um processo permeado por múltiplas perdas. Perde-se a juventude, acompanhada, algumas vezes, também da perda da saúde e da própria independência. Sem negar as virtudes e a sabedoria que acompanham a velhice, é preciso reconhecer que para a maioria das pessoas ela não constitui uma etapa fácil (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Com o propósito de compreender as perdas vivenciadas por pessoas idosas, um estudo conduzido no Chile realizou trinta e seis entrevistas semiestruturadas com indivíduos acima de sessenta e cinco anos, e elencou as seguintes perdas: 1) perda na saúde e/ou capacidade física; 2) perda na qualidade das relações emocionais; 3) a morte de entes queridos; 4) menor integração social; 5) redução da qualidade de vida em um sentido material; 6) e redução da qualidade de vida em um sentido cognitivo (DOCKENDORFF, 2014).

As limitações físicas relacionadas ao envelhecimento e adoecimento foram as perdas mais referidas pelas pessoas idosas. Perdas na saúde e/ou capacidade física se evidenciam como: declínio da habilidade psicomotora, sensorial, reduzida percepção de força e energia, e dificuldades sexuais (DOCKENDORFF, 2014).

Diante das perdas, sobretudo relacionadas às limitações físicas, a pessoa idosa pode sentir medo de ficar dependente e de se tornar um fardo para familiares (GIACOMIN et al., 2013). Um estudo longitudinal realizado na Nova Zelândia que acompanhou a transição da independência para a dependência e morte de vinte e cinco idosos com cardiopatia grave, ratificou que os participantes referiam medo de ficar dependente do companheiro, amigos e familiares (WATERWORTH; JORGENSEN, 2010).

As limitações físicas com redução do nível de independência também foi tema relevante em um estudo realizado na China que buscou explorar a generalidade do modelo de dignidade para idosos terminais. Alguns pontos foram diferentes no contexto Chinês, no entanto, as limitações físicas, com perda da independência e limitações na funcionalidade com implicações negativas na qualidade de vida mostraram-se semelhantes ao contexto ocidental (HO et al., 2013).

Um estudo realizado na Holanda com trinta e uma pessoas que apresentaram o desejo de morrer em algum momento da vida evidenciou que a dependência gerou em muitos idosos a perda da sensação de domínio; eles relataram que as pessoas decidiam por eles e interferiam nas tomadas de decisões da vida cotidiana, ocasionando, como consequência, a redução de sua liberdade. Pode-se dizer que a pessoa idosa passa a não se sentir mais capaz de controlar seus problemas nem de controlar sua própria vida (RURUP et al., 2011).

Percebe-se que a dependência decorrente das limitações físicas é um tema transversal evidenciado em diversos países, inclusive no contexto ocidental. Embora a velhice traga consigo a sensação de aproximação da morte, para as pessoas idosas, o maior temor é o da dependência e não da morte em si. É necessário considerar que as perdas vivenciadas por elas não são apenas físicas, mas também de ordem emocional e social (DOCKENDORFF, 2014; GIACOMIN; et. al., 2013).

Perda na qualidade das relações emocionais se refere à percepção negativa de mudanças importantes nas relações afetivas associadas ao envelhecimento. É notado um enfraquecimento do vínculo emocional, sente-se que as pessoas estão presentes fisicamente, mas podem estar emocionalmente ausentes (DOCKENDORFF, 2014).

A morte de entes queridos se demonstra com a perda de pessoas significativas. Nesse aspecto, a viuvez é a mais comum e também uma das mais impactantes, denota-se ainda a morte de amigos e familiares (DOCKENDORFF, 2014; GIACOMIN; et al., 2013). Nesse caso, a solidão constitui um tema frequente e é interpretada como uma redução na rede de suporte social, já que o sentimento é agravado quando a pessoa que faleceu era muito próxima à pessoa idosa (RURUP; et. al., 2011).

A menor integração social também constitui uma perda apreendida nos relatos sobre o sentimento de não mais se sentir bem-vindo em espaços sociais, devido ao processo do envelhecimento. Há a perda de papéis sociais, a exemplo da aposentadoria quando não desejada (DOCKENDORFF, 2014). Nesse contexto, as pessoas idosas podem exibir a sensação de inutilidade e descrever as dificuldades de não se sentirem mais úteis, devido ao

fato de não mais trabalharem, em alguns casos, sendo difícil de encontrar um motivo para viver (RURUP et al., 2011).

Acompanhado da aposentadoria, há também a redução do poder aquisitivo que constitui uma perda financeira. Os problemas de ordem financeira podem ser categorizados como não ter a quantidade de dinheiro suficiente para se viver confortavelmente e para as atividades de lazer (RURUP et al., 2011).

A redução da qualidade de vida em um sentido material se demonstra pela perda de bens materiais, a exemplo de ter que deixar a casa em que sempre viveu porque já não consegue mais morar sozinho (DOCKENDORFF, 2014).

A redução no sentido cognitivo se revela pela diminuição da habilidade de responder a desafios intelectuais; mesmo em idosos que não possuem demência, eles relataram perceber que o pensamento não é mais ágil como antes e uma maior dificuldade para gravar aspectos do cotidiano (DOCKENDORFF, 2014).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa sobre cognição, realizada com setenta e nove pessoas entre cinquenta e seis e oitenta e nove anos, buscou testar a hipótese de que quanto maior a função executiva de uma pessoa, maior seria a tolerância frente aos lembretes da morte; acreditava-se que pessoas com menor funcionamento executivo poderiam não ter os recursos cognitivos necessários para implementar mudanças em direção a uma orientação mais flexível em resposta aos lembretes da morte (MAXFIELD et al., 2012).

Os achados do estudo não encontraram influência da função executiva na forma como se lidava com os lembretes da morte em pessoas mais jovens, apenas nos que apresentaram idade mais avançada. As pessoas idosas e com maior função executiva responderam a lembrança da mortalidade com maior tolerância (MAXFIELD et al., 2012).

Todavia, em outro estudo, encontrou-se o achado que pessoas de idade mais avançada desenvolveram o desejo de morrer, devido à redução da qualidade de vida como consequência do envelhecimento e do adoecimento, assim como dependência, limitações na audição, visão, entre outras (RURUP et al., 2011).

Uma pesquisa com dezesseis centenários no Reino Unido também encontrou inúmeras perdas vivenciadas por pessoas com idade avançada: desde limitações físicas, incluindo a capacidade de andar e a visão, também a morte de entes queridos e a falta dessas pessoas em suas vidas. Por outro lado, neste estudo, os participantes foram capazes de lidar com as perdas a partir da compreensão que a despeito da morte, a pessoa querida segue presente em sua vida; e que, embora tenham vivenciado perdas e momentos trágicos de duas guerras mundiais, essas pessoas foram capazes de reconhecer o belo em sua vida, momentos de alegria,

atividades de prazer e pessoas queridas que viveram e vivem em suas vidas (HUTNIK et al., 2012).

Por outro lado, quando relacionadas a uma doença oncológica, as perdas passam a ter outras dimensões: perda da saúde, sexualidade, cabelo, perdas de partes do corpo, de se sentir atraente, perda da energia, do senso de controle como manter atividades profissionais, perda do emprego, da casa ou da renda; perdas concretas como animais de estimação, bens materiais; perdas de papéis e responsabilidade na família; perdas pessoais como dignidade, autonomia, integridade, poder, e até mesmo humanidade; perdas existenciais como sentido, propósito e esperança; perda do futuro com os seus sonhos e aspirações; perda da autonomia, do controle e do cuidado de si (BEST et al., 2015).

Dentre estas perdas, as que mais acometem as pessoas idosas são as perdas do sentido, sonhos e aspirações. Segundo Erik Erikson, quando uma pessoa idosa olha para a sua vida e não percebe suas realizações, é perdido o sentido do viver; e quando as limitações físicas são tantas que dificultam o funcionamento no dia a dia, a pessoa idosa passa a se preocupar apenas com o seu dia, a vivê-lo da maneira mais intacta possível, sem se concentrar em sonhos ou aspirações (ERIKSON, 1998).

No entanto, a vivência das perdas não necessariamente leva a um desfecho negativo, é possível envelhecer e apresentar um sentimento de integridade ao assimilar as perdas e dificuldades que se passaram ao longo da vida (ERIKSON, 1998).

2.4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

O enfrentamento é um processo multidimensional, dinâmico que suscita uma série de respostas que abrange a interação do indivíduo com o seu ambiente, a utilização de mecanismos para manejar uma ameaça que está prestes a acontecer e administrar situações difíceis da vida (RODRIGUES; POLIDORI, 2012).

É um esforço individual realizado para manejar problemas estressantes e emoções que afetam os resultados psicológicos e físicos do estresse. É direcionado a um estressor que perturba a homeostase e busca reestabelecer o equilíbrio homeostático das mais variadas formas. O enfrentamento varia para cada pessoa e depende do agente estressor (GURUNG, 2010).

O estresse significa experimentar situações que são percebidas como ameaçadoras a nosso bem-estar físico e psicológico (ATKINSON et al, 2002, p. 509).

A forma como as pessoas lidam com o estresse pode tanto amplificar quanto reduzir os efeitos das adversidades da vida, proporcionando resultados a curto prazo sobre o sofrimento emocional, mas também a longo prazo, no desenvolvimento de saúde ou desordem física e mental (SKINNER et al, 2003).

O estresse não constitui uma resposta apenas às reações fisiológicas e emocionais do corpo, mas é compreendido como um resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente (LAZARUS, 1966 apud NASCIMENTO; NUNES, 2010).

Todos experimentam estresse esporadicamente no seu dia a dia, e o ritmo acelerado da sociedade apenas contribui para aumentar essa percepção de estresse (ATKINSON et al, 2002). Apenas acreditar que o que se vivencia está além de suas capacidades pode ser estressante (GURUNG, 2010).

Inúmeros eventos podem causar estresse, incluindo mudanças que afetam um grande número de indivíduos, a exemplo das guerras; mudanças na vida de um indivíduo, a exemplo do adoecimento; atribulações diárias, a exemplo do trânsito; e também a fonte do estresse pode estar no próprio indivíduo na forma de desejos conflitantes. Assim, as situações estressantes podem ser classificadas em três categorias: 1) eventos traumáticos; 2) conflitos internos; 3) eventos incontroláveis (ATKINSON et al, 2002).

Eventos traumáticos consistem em situações de extremo perigo que estão fora da faixa usual da experiência humana, consistem em situações externas ou pessoas que se apresentem como uma ameaça ao bem-estar do indivíduo, a exemplo de acidentes ou sequestros (ATKINSON et al, 2002).

Conflitos internos, ou seja, conflitos não resolvidos do próprio indivíduo capazes de gerar estresse que podem ser conscientes ou inconscientes. Ocorre quando é necessário escolher entre objetivos ou formas de agir mutuamente excludentes, ou quando duas necessidades interiores estão em oposição, a exemplo da intimidade versus isolamento, em que o desejo de estar com alguém conflita com o medo de ser rejeitado (ATKINSON et al, 2002).

Por fim, os eventos incontroláveis são as situações que desafiam os limites das nossas capacidades e de nossos autoconceitos. Constituem eventos com uma alta carga de estresse, pois quanto mais incontrolável parece ser um evento, maior a probabilidade de ser percebido como estressante (ATKINSON et al, 2002). O presente estudo aponta o envelhecer e o adoecer como eventos incontroláveis e, portanto, estressores.

No modelo de Lazarus e Folkman (1984) as situações estressantes, provenientes de demandas internas ou externas, que são percebidas como sobrecarga aos recursos pessoais do

indivíduo, podem ser manejadas a partir de ações e estratégias cognitivas e comportamentais denominadas enfrentamento (LAZARUS; FOLKMAN, 1984 apud NASCIMENTO; NUNES, 2010).

Na concepção de Lazarus e Folkman, o enfrentamento pode ser dividido em dois estilos básicos para lidar com o estresse: o enfrentamento por aproximação, também denominado enfrentamento focado no problema; e o enfrentamento que busca evitar o agente estressor ou enfrentamento focado na emoção (GURUNG, 2010).

Na primeira situação, a pessoa busca enfrentar diretamente a situação estressora e trabalhar arduamente para resolvê-la. Na segunda situação, a pessoa busca lidar com as emoções que cercam o estressor (GURUNG, 2010).

O enfrentamento focado no problema e o enfrentamento focado na emoção não são estratégias excludentes. As duas estratégias são interdependentes e trabalham juntas, uma complementando a outra em todo o processo de enfrentamento (GURUNG, 2010).

Sendo assim, não há um estilo de enfrentamento que seja sempre melhor que o outro. O melhor estilo de enfrentamento depende da severidade, duração, capacidade de controle e da carga emocional da situação (GURUNG, 2010).

Por outro lado, a classificação entre enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção não constitui uma classificação clara, já que qualquer forma de enfrentamento poderia ser classificada tanto em focado no problema quanto em focado na emoção; portanto, atualmente, recomenda-se que a divisão entre enfrentamento focado na emoção e focado no problema não seja mais utilizada (SKINNER et al, 2003).

A fim de criar uma taxonomia para os processos de enfrentamento, um estudo analisou uma lista de 400 formas de enfrentamento e concluíram que o foco não deveria ser a função (resolver o problema ou controlar as emoções), mas deveria ser as ações de enfrentamento que constituem informações mais claras e objetivas, capazes de serem categorizadas (SKINNER et al, 2003).

Portanto, sugere-se que seja utilizado um sistema hierárquico de formas de agir que foi construído a partir da análise de cem sistemas de enfrentamento em que famílias potenciais do enfrentamento foram categorizadas. Cada família classifica processos ou estratégias específicas de enfrentamento que a compõe (quadro 2) (SKINNER et al, 2003).

Quadro 2. Síntese das famílias de enfrentamento segundo o estudo de Skinner et al., 2003.

Famílias de enfrentamento	Componentes
1. Solução de problemas	Elaborando estratégia; Ação instrumental; Planejando.
2. Busca por informação	Leitura; Observação; Perguntando aos outros.
3. Incapacidade de se ajudar	Confusão; Interferência cognitiva; Exaustão cognitiva.
4. Escape	Evitação cognitiva; Evitação comportamental; Negação; Pensamento ilusório.
5. Autoconfiança	Regulação emocional; Regulação comportamental; Expressão emocional; Abordagem emocional.
6. Busca por suporte social	Busca por contato; Busca por conforto; Ajuda instrumental; Suporte Espiritual.
7. Delegação	Busca por ajuda mal adaptativa; Reclamar; Lamentar; Pena de si mesmo.
8. Isolamento	Retirada do convívio social; Ocultação; Evitando outras pessoas.
9. Acomodação	Distração; Reestruturação cognitiva; Minimização; Aceitação.
10. Negociação	Barganha; Persuasão; Definição de prioridades.
11. Submissão	Ruminação; Perseverança rígida; Pensamentos intrusos.
12. Oposição	Culpar o outro; Projeção; Agressão.

Fonte: SKINNER et al, 2003.

Durante o processo da criação da taxonomia de enfrentamento, os autores do estudo perceberam diferentes formas de nomear e categorizar um mesmo comportamento. Nesse sentido, a classificação hierárquica proposta é composta por níveis mais baixos e mais altos. Os níveis mais baixos representam respostas concretas a um estressor específico (no quadro 2, denominados componentes) que foram organizados em níveis maiores, ou seja, as famílias de enfrentamento (SKINNER et al, 2003).

Cada família de enfrentamento também foi categorizada em níveis ainda maiores que correspondem aos processos adaptativos, a saber: coordenação de ações com contingências ambientais, coordenação da auto-confiança com os recursos sociais disponíveis, e coordenação das próprias preferências com opções disponíveis (quadro 3) (SKINNER et al, 2003).

Quadro 3. Síntese dos processos adaptativos de acordo com o estudo de Skinner et al., 2003.

Processos adaptativos	Famílias de Enfrentamento
Coordenação de ações com contingências ambientais	Solução de problemas; Busca por informação; Incapacidade de se ajudar; Escape;
Coordenação da auto-confiança com os recursos sociais disponíveis	Autoconfiança Busca por suporte social Delegação Isolamento
Coordenação das próprias preferências com opções disponíveis	Acomodação Negociação Submissão Oposição

Fonte: SKINNER et al, 2003.

Cada processo adaptativo caracteriza uma forma de interação do indivíduo com o seu ambiente. A compreensão do enfrentamento como um processo adaptativo possibilita relacionar o estresse com os seus efeitos a longo prazo (SKINNER et al, 2003).

2.5. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NO ENVELHECIMENTO E ADOECIMENTO

Envelhecer não constitui uma patologia, no entanto, algumas doenças podem vir acompanhadas a este processo. Quando incluem doenças sem possibilidades terapêuticas de cura, a compreensão da proximidade da morte torna-se mais evidente.

Uma doença terminal confronta o indivíduo com sua finitude. Nessa perspectiva, Elisabeth Kübler-Ross, em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* evidencia os cinco estágios que as pessoas em situação de terminalidade podem vivenciar, a saber: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Inicialmente, a pessoa nega a notícia recebida, após se manifesta a raiva; na barganha, a pessoa busca negociar com uma figura superior, podendo ser Deus ou um profissional da saúde; na depressão, a pessoa volta-se mais para o seu interior; e no estágio da aceitação, a pessoa aceita o adoecimento e a sua finitude (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011; KÜBLER-ROSS, 1996).

É importante ressaltar que cada pessoa pode passar pelas fases de maneiras diferentes, nem sempre seguindo uma mesma ordem; e que o enfrentamento de idosos é diferente do enfrentamento de pessoas de outras faixas etárias, já que os agentes estressores também se modificam de acordo com a idade. Enquanto adultos jovens vivenciam mais estresse em áreas financeiras, trabalho, manutenção do lar, vida pessoal, família e amigos; as pessoas idosas tendem a vivenciar mais estresse relacionado à própria idade (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

O estresse de pessoas jovens está mais relacionado ao papel que desempenham, enquanto o estresse de pessoas idosas está mais relacionado à redução de habilidades decorrentes do envelhecimento. Nesse contexto, para fazer frente às limitações da velhice, as pessoas idosas relembram as suas experiências passadas de enfrentamento e as utiliza como um guia (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

Um estudo realizado em 2014 utilizou as formas de enfrentamento classificadas de acordo com o estudo de Skinner e as associou ao nível de bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo foi relacionado às diferentes formas de enfrentamento das perdas relacionadas ao envelhecimento (DOCKENDORFF, 2014; SKINNER et al., 2003).

A busca por suporte social, assim como a negociação e a acomodação foram as estratégias de enfrentamento mais associadas a altos níveis de bem-estar subjetivo. Por outro lado, o isolamento, a desesperança, o escape e a submissão foram as estratégias de

enfrentamento associadas com menores níveis de bem-estar subjetivo (DOCKENDORFF, 2014).

O enfrentamento pode gerar resultados favoráveis ou desfavoráveis à saúde, já que consiste no que se realiza para lidar com uma situação estressante que pode tanto ajudar quanto prejudicar (GURUNG, 2010).

Algumas estratégias de enfrentamento podem ser consideradas desfavoráveis à saúde, a exemplo do luto antecipado e do desejo de morrer; evidenciado na fala de uma senhora de oitenta e seis anos com desejo de morrer, em que ela percebe na morte uma possibilidade de se ver livre de uma vida sem sentido e sem valor; embora relate não poder se matar e ter que esperar a vontade de Deus. Assim, percebe-se a necessidade de buscar repelir a ideia de suicídio e suportar a vida na velhice e na doença (GIACOMIN et al., 2013).

Um estudo, realizado com trinta e um idosos que apresentaram o desejo de morrer, foi realizado na Holanda a fim de compreender o porquê algumas pessoas idosas o desenvolvem. A maioria dos participantes apresentou um desejo moderado a forte de morrer. Os idosos referiram à perda do companheiro, do trabalho ou independência, não percebiam mais sentido ou importância em sua própria vida e relataram estarem apenas à espera do seu momento final (RURUP et al., 2011).

Em uma situação em que se está apenas à espera da morte, a interação social, sair de casa e buscar entretenimento tornam-se atividades sem sentido; favorecendo o isolamento, evidenciado na fala de uma senhora de setenta e quatro anos que quase não sai de casa e não sente mais interesse em conversar com seus familiares pelo fato de não se sentir compreendida (DOCKENDORFF, 2014).

A desesperança também foi evidenciada na fala de um senhor de setenta e dois anos que referiu desespero, raiva e não mais se sentir capaz de fazer algumas de suas atividades diárias (DOCKENDORFF, 2014). A solidão e uma reduzida sensação de domínio sobre sua própria vida também foram fatores associados ao desejo de morrer em pessoas idosas (RURUP et al., 2011).

Por outro lado, a estratégia de enfrentamento efetiva associada a altos níveis de bem-estar subjetivo foi a acomodação que consiste em utilizar a flexibilidade a fim de ajustar as suas preferências às opções disponíveis. A acomodação foi utilizada por pessoas idosas para ajustar as suas metas e preferências aceitando e redefinindo uma situação, a exemplo de uma senhora entrevistada que relatou aceitar a doença de Parkinson e buscar aprender com ela (DOCKENDORFF, 2014; SKINNER et al., 2003).

Todavia, quando a pessoa não ajusta as suas preferências a uma nova situação, mas os desejos dela passam a ser contidos, devido a um contexto que impede a satisfação, então ela utiliza a estratégia de enfrentamento denominada submissão que, no estudo, esteve associada a níveis mais baixos de bem-estar subjetivo (DOCKENDORFF, 2014).

A negociação também constitui uma estratégia de enfrentamento em que a pessoa busca ajustar as suas preferências às opções disponíveis, mas ao invés da acomodação em que a pessoa cede as suas metas, na negociação a pessoa busca alternativas a fim de satisfazer suas metas e preferências. Essa estratégia ao ser utilizada por pessoas idosas também foi associada a altos níveis de bem-estar subjetivo (DOCKENDORFF, 2014).

Por outro lado, um estudo realizado em Israel encontrou uma redução do bem-estar subjetivo nos participantes da pesquisa e percebeu que o efeito do processo do morrer é maior do que o próprio envelhecimento. É possível que em uma idade avançada da vida, o bem-estar subjetivo esteja menos associado à idade cronológica e mais associado aos mecanismos ainda não explicados do processo de morrer (PALGI et al., 2010).

Em um estudo realizado na China com idosos em cuidados paliativos, evidenciou as limitações físicas que afetaram significativamente os participantes que referiram não mais se sentirem capazes de apreciar a comida, de se envolver em atividades de lazer e de manter relações próximas. No entanto, apesar das adversidades, os participantes relataram lidar com uma doença sem cura: vivendo o momento, mantendo a normalidade e buscando conforto espiritual (HO et al.; 2013).

No contexto do reconhecimento de sua finitude, os idosos procuravam manter a normalidade enquanto enfrentavam uma doença sem cura e referiram a importância de viver o momento sem se preocupar com o futuro e a busca por conforto espiritual por meio do perdão, renunciando rancores e ampliando suas perspectivas de vida (HO et al.; 2013).

Um estudo longitudinal realizado na Nova Zelândia com vinte e cinco idosos com cardiopatia grave em que se buscou acompanhar a transição da independência para a dependência e morte, encontrou os seguintes achados: para os participantes, a transição não foi um processo linear simples, mas complexo e desafiador. As perdas, durante a transição, foram múltiplas: desde a perda de relações com amigos, hobbies e da sua própria casa, já que para alguns houve a necessidade da mudança de residência (WATERWORTH; JORGENSEN, 2010).

Embora as múltiplas perdas levassem alguns idosos com cardiopatia grave ao desejo de apressar a morte por perderem as esperanças ao olharem para o futuro e não perceberem um sentido, nada a esperar. Por outro lado, embora sabendo que o fim estava próximo, outros

ainda queriam viver, queriam realizar desejos e tinham o suporte de amigos, familiares e comunidade. Frente à incerteza da morte, alguns idosos optaram por viverem aproveitando ao máximo um dia de cada vez (WATERWORTH; JORGENSEN, 2010).

2.6. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIA

As estratégias de enfrentamento constituem uma resposta aos estressores que nem sempre consiste uma resposta favorável, podendo até mesmo aumentar o nível de estresse. Por outro lado, a resiliência vai além de uma resposta e considera um processo interativo entre a pessoa e o ambiente, e contribui necessariamente para lidar de uma forma positiva com o estresse. As estratégias de enfrentamento que lidam de uma forma positiva com o fator estressor possibilitam um processo resiliente (LIU et al, 2017; SEERY; QUINTON, 2016).

A resiliência é um termo geralmente empregado na física de materiais para designar a resistência de um material ao alto impacto e a capacidade de uma estrutura de absorver a energia cinética sem se romper. Na metalurgia, a resiliência diz respeito à qualidade de materiais elásticos de voltar ao seu estado inicial após um impacto ou uma pressão contínua. Na informática, consiste na qualidade de um sistema que o permite continuar a funcionar a despeito de anomalias ou defeitos nos seus elementos constitutivos (ANAUT, 2005).

Percebe-se que nas diferentes áreas do conhecimento, o termo resiliência diz respeito a uma capacidade de ser flexível, adaptar-se e, assim, resistir às adversidades. Não seria diferente nas ciências humanas e na psicologia, em que houve uma migração desse conceito a fim de realizar uma analogia entre a matéria inerte e simples e a matéria humana viva e complexa (ANAUT, 2005).

Os contornos teóricos do conceito de resiliência são difíceis de serem identificados na literatura científica, já que a resiliência pode ser compreendida como um traço de personalidade, como um processo evolutivo, ou ainda pode ser abordada como o resultado de processos ao longo do curso da vida (ANAUT, 2005).

Como traço de personalidade, a resiliência é considerada um recurso estável que possibilita uma performance linear sobre o estresse, refere-se a um conjunto de traços da personalidade do indivíduo que o permite responder as situações estressoras com flexibilidade e não com rigidez. O constructo *Hardiness* engloba o conjunto de traços como comprometimento, controle e desafio que permitem responder ao estresse com flexibilidade, estando, portanto, associados à resiliência (FONTES; NERI, 2015).

O comprometimento reflete a tendência de buscar significado e sentido em um potencial estressor; controle se refere à tendência de acreditar que é possível manejar a resposta a um fator estressante; e o desafio descreve a tendência de ver situações potencialmente ameaçadoras como uma possibilidade de crescimento. Apesar da personalidade, muitas vezes ser compreendida como um fator estático, ela também pode ser influenciada, modificada e desenvolvida (SINCLAIR; OLIVER, 2003).

Por outro lado, quando a resiliência é interpretada como um processo, o foco deixa de ser as características individuais e passa a ser o enfrentamento, nesse contexto, a resiliência é o que interliga os processos de enfrentamento e desenvolvimento (FONTES; NERI, 2015).

Um dos pioneiros na conceituação e estudos da resiliência foi Norm Garmezy na década de setenta. Para ele, a resiliência não deveria ser vista como uma teoria nem como sinônimo de psicologia positiva ou competência. Ela deveria ser compreendida como um processo e não como uma característica fixa atribuída a um indivíduo (RUTTER, 2012).

No contexto acadêmico, o termo resiliência vem sendo cada vez mais utilizado, particularmente na área da saúde, para descrever pacientes, familiares e enfermeiros. No entanto, não há uma definição universal de resiliência, diferentes estudos empregam diferentes visões do mesmo termo (ABURN et al., 2016).

Uma revisão integrativa analisou cem artigos a fim de examinar como a resiliência é conceituada em estudos empíricos e identificou cinco definições de resiliência: *superando as adversidades, adaptação e ajuste, “magia comum”, boa saúde mental como a representante da resiliência, e a capacidade de recuperar* que serão descritas a seguir: (ABURN et al., 2016).

Superando as adversidades diz respeito à resistência e superação de desafios derivados de tempos de crise e trauma, consiste na capacidade de funcionar em níveis melhores do que anteriormente à crise ou ao trauma, dependendo diretamente do ambiente e das relações com outras pessoas (ABURN et al., 2016).

Adaptação e ajuste diz respeito à resiliência que permite se adaptar de uma maneira positiva frente à adversidade ou trauma, consiste na maneira positiva que os indivíduos respondem a situações desafiadoras (ABURN et al., 2016).

“Magia comum”, nesse conceito, a resiliência é definida a partir de aspectos comuns do dia a dia, incluindo família, amor e amigos próximos; sendo assim, a resiliência não é definida como algo extraordinário e sim como um fenômeno fundado em aspectos comuns inerentes a todas as pessoas (ABURN et al., 2016).

Boa saúde mental como a representante da resiliência diz respeito à observação de que após períodos de crise ou traumas, algumas pessoas desenvolvem doenças mentais enquanto outras não as desenvolvem; nesse contexto, a resiliência seria compreendida como um fator que protege indivíduos de desordens psicológicas (ABURN et al., 2016).

Capacidade de recuperar consiste na habilidade de saltar para trás e continuar mantendo significado para diversas situações, significa recuperar de um trauma ou um período difícil, retornando ao estado inicial de saúde ou bem-estar (ABURN et al., 2016).

O conceito de resiliência muitas vezes vem associado à capacidade de resistir, superar, se adaptar ou recuperar de traumas e crises. No entanto, estressores psicológicos não se restringem a eventos adversos de vida, abrange inclusive estressores mundanos que também requerem estratégias de enfrentamento, nesta concepção, a resiliência não é compreendida como um traço e sim como uma resposta a um estressor (SEERY; QUINTON, 2016).

Os estressores e adversidades constituem mediadores de risco para a resiliência. No entanto, longe de serem danosos, a exposição a períodos esporádicos e breves de estresse são capazes de aumentar a resistência para os futuros estressores; conclui que a resistência aos estressores vem a partir da exposição e não da esquiva (RUTTER, 2012).

Os estressores ao longo da vida, não necessariamente resultam em desfechos negativos. Ao contrário, alguns demonstram trajetórias e desfechos positivos ainda que tenham vivenciado adversidades (LIU et al., 2017). Em algumas circunstâncias, quando os estressores são expostos em períodos esporádicos e breves, ao invés de aumentar a vulnerabilidade, aumenta-se a resistência aos estressores no futuro (RUTTER, 2012).

As adversidades podem ser as mesmas para diferentes pessoas, no entanto, as respostas diferem na maneira e grau com que cada pessoa responde a um estressor. Logo há uma influência das características individuais na resiliência em resposta à adversidade (RUTTER, 2012).

2.7. O DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE RESILIENTE

A personalidade quando compreendida como uma característica estável se refere aos traços que consistem em aspectos da personalidade considerados constantes em diferentes contextos, ou seja, características individuais que diferem uma pessoa da outra e que são relativamente duradouras. As teorias baseadas nos traços assumem que mínimas mudanças na personalidade acontecem na vida adulta (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

Por outro lado, outros teóricos compreendem a personalidade como um processo que se desenvolve ao longo das diferentes fases da vida. Jung foi um dos primeiros teóricos a acreditar no desenvolvimento da personalidade na vida adulta, argumenta que com o envelhecimento as pessoas voltam mais para si mesmas, porque ao contrário de jovens que devem ser extrovertidos pela necessidade de encontrar um companheiro e alavancar a carreira; no envelhecimento, as pessoas percebem a necessidade de explorar os seus próprios sentimentos sobre o envelhecer e morrer, caracterizando uma maior introspecção (CAVANAUGH; BLANCHARD-FIELDS, 2011).

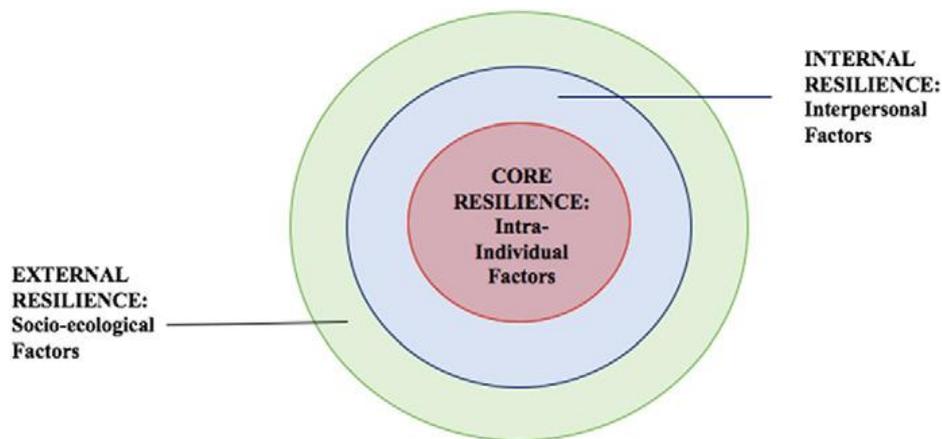
O teórico mais conhecido por compreender a personalidade como um processo que se desenvolve ao longo do ciclo da vida constitui Erik Erikson. Nesse contexto, a resiliência pode se relacionar a teoria dele, quando compreendida como um processo ao longo da vida. Apesar das concepções de crise serem diferentes em cada contexto teórico, para Erik Erikson, a crise faz parte do desenvolvimento humano e se refere a um conflito interno de cada indivíduo em determinada fase do desenvolvimento; já no contexto da resiliência, a crise é compreendida como uma experiência (trauma, dificuldades de vida ou infortúnio) que pode acontecer, mas não necessariamente acontece com todas as pessoas. Por este motivo, a resiliência é mais estudada como mecanismos adaptativos do que mecanismos de desenvolvimento universais (SVETINA, 2014).

Um estudo comparou o resultado das tarefas de desenvolvimento como descritos por Erik Erikson, com a resiliência como uma medida da capacidade de um indivíduo de lidar com infortúnios e adversidades de vida. Os resultados apontaram forte sustentação empírica para a hipótese de que os resultados das tarefas de desenvolvimento de Erik Erikson e a resiliência, são conceitos altamente relacionados (SVETINA, 2014).

A resiliência já foi compreendida como uma trajetória do desenvolvimento ao longo da vida, como um resultado do enfrentamento positivo e como um traço de personalidade. O modelo multi-sistema da resiliência foi proposto para englobar essas diferentes visões da resiliência, a compreendendo como um processo dinâmico e interativo (LIU et al., 2017).

O modelo multi-sistema da resiliência é organizado em núcleos. O primeiro núcleo é composto por fatores intra-individuais, ou traços característicos de cada pessoa que inerentemente facilitam a resiliência; o segundo núcleo, resiliência interna, destaca as diferenças inter-pessoais e as características da personalidade que são desenvolvidas ao longo do tempo e, por fim, a resiliência externa que contextualiza cada circunstância única de um indivíduo em um ambiente sócio-ecológico (figura 1) (LIU et al., 2017).

Figura 1. Modelo multi-sistema da resiliência de acordo com LIU et al., 2017.



Fonte: LIU et al., 2017

Os fatores intra-individuais constituem a fisiologia e as respostas ao estresse como trauma e adversidades, comportamentos de saúde e outros indicadores biológicos que compõem a resiliência deste núcleo (LIU et al., 2017).

Já o núcleo da resiliência interna reflete a personalidade interpessoal, ao contrário do primeiro núcleo, o foco não consiste nas características ou traços individuais, mas consiste em fatores a serem desenvolvidos ou adquiridos ao longo do tempo a partir de fontes interpessoais como a família, amigos, experiências pessoais e encontros (LIU et al., 2017).

E o núcleo da resiliência externa se refere aos fatores sócio-ecológicos que facilitam a resiliência ao longo da vida, a exemplo de conexões sociais, acesso aos cuidados de saúde, serviços sociais e outros recursos que interagem com um indivíduo (LIU et al., 2017).

O modelo multi-sistema da resiliência consiste em uma extensão e integração direta dos modelos existentes e abordagens para o estudo da resiliência. O modelo oferece a oportunidade de estudar a resiliência por meio de múltiplos sistemas, integrando fatores intra-individuais, inter-individuais e fatores sócio-ecológicos a fim de capturar a complexidade do constructo resiliência (LIU et al., 2017).

2.8. RESILIÊNCIA E ENVELHECIMENTO

O constructo resiliência é multifacetado e multidimensional, consiste em uma relação dinâmica entre estressores e adversidades do ambiente e as respostas e reações dos idosos frente a eles (PHILLIP et al., 2011). Subjacente ao conceito de resiliência é necessário ter

vivenciado uma experiência com exposição a um risco e a evidência de adaptação positiva (FONTES; NERI, 2015).

Há alguns fatores que são capazes de mediar a relação entre adversidades, comportamentos e as respostas protetoras e podem ser denominados repertório de resiliência, ou seja, um conjunto de habilidades ou recursos capazes de moderar as adversidades. Indivíduos podem ter diferentes fatores ou elementos em seu repertório e usá-los de diferentes formas em momentos e em circunstâncias variadas (PHILLIP, et al., 2011).

Dentro de uma perspectiva desenvolvimental, a resiliência não pode ser separada em períodos distintos. Nesse contexto, há um aspecto contextual e dinâmico da resiliência ao longo da trajetória de vida (HOSTETLER; PATERSON, 2017). Sendo assim, o repertório de resiliência depende necessariamente da história de vida de cada pessoa (PHILLIP et al., 2011).

A história de superação de desafios pode levar a um aumento da resiliência. Pessoas que quando jovens enfrentaram o preconceito por assumir a homossexualidade ou por pertencerem a uma etnia diferente, quando envelhecem, tendem a lidar com os novos obstáculos das mudanças relacionadas ao envelhecimento com mais leveza (HOSTETLER; PATERSON, 2017).

Considerando a resiliência ao longo de uma trajetória de vida, é preciso reconhecer a importância do significado atribuído pelos indivíduos aos eventos adversos da vida, e como este significado é incorporado em seu desenvolvimento contínuo de autoidentidade para manter a constância e a continuidade ao longo de sua trajetória (PHILLIP et al., 2011).

A atribuição de significado é considerada um importante elemento da resiliência. O sentido da vida, especialmente a significação atribuída aos relacionamentos com outros, espiritualidade e atividades, é a chave para a saúde e resiliência (PHILLIP et al., 2011).

O sentido da vida está sempre em mudança, sem nunca deixar de existir. De acordo com Viktor Frankl, é possível descobrir o sentido da vida em três formas: primeiro, por meio de um trabalho ou ato; segundo, ao encontrar alguém ou ao experimentar algo como bondade, verdade e beleza; e por fim, pela atitude tomada frente ao sofrimento inevitável (FRANKL, 2008).

No envelhecimento, o sentido da vida está relacionado a um equilíbrio entre perdas e ganhos, ao significado de eventos cotidianos, e em deixar o passado e redescobrir o sentido fundamental para a existência, por meio da busca de um propósito e ao encontrar sentido nas adversidades (OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Na perspectiva do curso da vida, a trajetória da resiliência é baseada em experiências prévias de enfrentamento aos desafios da vida. Cumulativamente, cada experiência adversa ou de perda que se dá com o avançar da idade pode enriquecer e aprimorar o repertório de resiliência de cada pessoa (PHILLIP et al., 2011).

Nessa perspectiva, a resiliência não só declina ao longo da vida, mas tende a aumentar. Assim, há sugestões de que a resiliência pode ser mais prevalente entre os idosos do que adultos mais jovens (FONTES; NERI, 2015; PHILLIP et al., 2011).

O repertório de resiliência inclui fatores de saúde e fatores sociais e econômicos. Os recursos de saúde são compostos por: status de saúde, promoção da saúde, atividade física, nutrição e medicação. Já os recursos sociais e econômicos são compostos por: suporte social, atividades e finanças (PHILLIP et al., 2011).

O status de saúde é um recurso fundamental para se atingir outros objetivos de vida, uma má saúde resulta em uma série de limitações funcionais que podem se tornar uma barreira para a realização de objetivos pessoais. No entanto, não é tanto o nível do estado de saúde ou ausência de doenças, mas sim como ela é definida pelo próprio indivíduo que é importante (PHILLIP et al., 2011).

Outro componente essencial para o desenvolvimento da resiliência e envelhecimento saudável é a promoção da saúde. O cuidado de si mesmo desde jovem previne a ocorrência de problemas de saúde e é capaz de manter e ainda melhorá-la. No entanto, é necessário perceber em si o potencial para modificar e melhorar o próprio status de saúde (RIBEIRO et al., 2015).

A atividade física funciona como uma fonte para aumentar a reserva funcional. Quando em processo de adoecimento ou em uma internação hospitalar, se faz necessário ter uma reserva física capaz de resistir aos períodos de estresse fisiológico (PHILLIP et al., 2011).

Assim como a atividade física, uma boa nutrição é capaz de contribuir para a reserva funcional. É necessário ter uma boa nutrição para manter a massa muscular, a funcionalidade e, assim, ser capaz de resistir a períodos de estresse fisiológico (PHILLIP et al., 2011).

Para os idosos, a adesão a regimes de medicamentos complexos é muito importante para gerenciar as condições crônicas da pessoa, reduzindo sintomas, e para a manutenção da funcionalidade. Contudo, o plano medicamentoso deve ser coerente com os objetivos de vida da pessoa; reações adversas de medicações que impactam na realização de tarefas pela pessoa idosa devem ser modificados e ajustados aos objetivos de vida (PHILLIP et al., 2011).

Dentro do repertório de resiliência, na esfera dos recursos sociais e econômicos, o suporte social se destaca por proteger os idosos da adversidade, pessoas confiáveis que

oferecem ajuda e conforto durante as adversidades contribuem para aumentar a resiliência (PHILLIP et al., 2011).

O engajamento em atividades também contribui para respostas resilientes frente às adversidades, pessoas engajadas em atividades de lazer e de cuidados com a casa apresentam respostas mais resilientes em relação aos idosos que pouco se envolvem em atividades (HILDON et al., 2008).

Por outro lado, o baixo envolvimento em atividades pode ter relação com as limitações funcionais. Um estudo realizado em Campinas encontrou que idosos com elevada resiliência apresentavam maior número de atividades instrumentais preservadas, sugerindo uma influência da funcionalidade no desenvolvimento da resiliência (FONTES; NERI, 2015)

Condições socioculturais e econômicas também influenciam na resiliência ao interagir com os processos biológicos ao longo da vida, determinando vulnerabilidade ou condições para o desenvolvimento das respostas resilientes. As condições sociais e de renda familiar se relacionam com vulnerabilidades na velhice, sugerindo que as dificuldades financeiras podem interferir negativamente no desenvolvimento da resiliência (RODRIGUES; NERI, 2012).

O repertório de resiliência possui importantes componentes que influenciam a resiliência. No entanto, mais relevante que cada componente, é como a pessoa interpreta a sua situação, experiências e os recursos que possui para enfrentá-la (PHILLIP et al., 2011).

2.9. RESILIÊNCIA E ADOECIMENTO

O adoecimento constitui um processo dinâmico capaz de gerar estresse; nesse contexto, a resiliência no adoecimento não pode ser compreendida como estável, mas sim como um processo modificável em que a pessoa pode perder e recuperá-la a qualquer momento (TRIVEDI et al., 2011).

Em caso de diagnóstico de câncer, é possível perder o seu bem-estar emocional imediatamente após o recebimento da má notícia, por outro lado, pode-se recuperar a resiliência durante a quimioterapia. Ou seja, a angústia pode ser transitória e a recuperação pode ocorrer com o tempo, enfrentamento ativo, educação ou habituação (TRIVEDI et al., 2011).

O câncer pode trazer um crescimento pós-traumático, isto é, uma mudança positiva após a vivência de um trauma. No adoecimento, o crescimento pós-traumático se relaciona com a busca por encontrar benefícios em decorrência da doença, com a tolerância ao estresse, esperança e otimismo (BANÍK; GAJDOŠOVÁ, 2014).

É preciso reconhecer que o adoecimento traz consigo diversos fatores estressores que incluem: exames, polifarmácia, mudanças no estilo de vida, comprometimento funcional e uma potencial mortalidade. A adição dos diversos fatores estressores, aliado ao comprometimento funcional e a percepção da pessoa que está cada vez mais difícil alcançar os seus objetivos pode reduzir a resiliência por um período (TRIVEDI et al., 2011).

Considerando que o estresse no adoecimento pode ser aditivo e pode se modificar ao longo do tempo, a resiliência, portanto, pode ser variável durante o processo de adoecer. Nesse contexto, a resiliência é compreendida como a capacidade do indivíduo de manter e recuperar o equilíbrio ao longo do tempo (TRIVEDI et al., 2011).

Um estudo realizado na Noruega com idosos que possuíam câncer em estágio avançado identificou que a resiliência permanece apesar do envelhecimento e de um acentuado declínio na saúde e que há alguns fatores contribuem para mantê-la: uma ligação forte com o presente, o reconhecimento da necessidade de relações próximas, a manutenção de uma vida cotidiana normal, fornecer espaço para a criação de significado existencial, e nomear e lidar com o declínio e com a perda (HAUG et al., 2015).

A ligação forte com o presente se dá por meio da expressão de satisfação com a vida, que apesar do adoecimento, há a consciência de inúmeras possibilidades e esperança pelo futuro (HAUG et al., 2015).

O reconhecimento da necessidade de relações próximas inclui a importância de passar um tempo com crianças, netos e parentes e um engajamento em querer saber o que irá acontecer com eles no futuro (HAUG et al., 2015).

A tentativa de manter uma vida cotidiana normal relaciona-se com três áreas: funcionando em casa, gastando tempo em relacionamentos próximos e envolvendo em certas atividades que trazem sentido (HAUG et al., 2015).

O espaço para a criação de significado existencial pode ser vinculado a uma infinidade de experiências, sejam elas relacionais, atividades significativas do cotidiano, atitudes de vida, restrições relacionadas à saúde, e experiências básicas da história de vida (HAUG et al., 2015).

As experiências de declínio e perda se referem às experiências de vida dramáticas tais como traumas infantis e / ou abruptos, perda de relações íntimas, redução do nível de energia e cansaço (HAUG et al., 2015).

Há, portanto, inúmeros fatores que contribuem para a manutenção, aumento ou redução da resiliência. Considerando que a ela não permanece constante no adoecimento, foi

desenvolvida uma classificação para compreender em que nível a pessoa se encontra: resiliência primária, secundária ou terciária (TRIVEDI et al., 2011).

Na resiliência primária, os indivíduos experimentam uma perda transitória do bem-estar emocional em resposta aos eventos adversos, mas possuem recursos suficientes para uma recuperação ótima do seu próprio bem-estar (TRIVEDI et al., 2011).

Na resiliência secundária, os indivíduos apresentam uma perda moderada de bem-estar emocional ou um sentimento de angústia diante do diagnóstico de uma doença grave ou durante a vivência da doença, mas logo são capazes de recuperar o equilíbrio por meio de seus próprios recursos (TRIVEDI et al., 2011).

Na resiliência terciária, os indivíduos demonstram perda significativa de bem-estar emocional quando expostos ao fator estressor e podem desenvolver sintomas psiquiátricos ou doença, alguns necessitam de intervenção profissional para recuperar o equilíbrio (TRIVEDI et al., 2011).

Em pacientes cronicamente doentes, os retrocessos emocionais são comuns. É preciso reconhecê-los e identificar em qual estágio da resiliência o indivíduo se encontra para uma melhor compreensão da pessoa e para realizar ou recomendar a intervenção profissional quando necessária (TRIVEDI et al., 2011).

2.10. ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS

Estima-se que 8,8 milhões de pessoas morreram de câncer no ano de 2015, isso representa aproximadamente, 1 caso de câncer para cada 6 das mortes no mundo. Essa é, portanto, a segunda causa de morte mais prevalente. Os principais tipos de cânceres que acometem os homens são: pulmão, próstata, colorretal, estômago e fígado. Enquanto, as mulheres, são acometidas principalmente por câncer de mama, colorretal, pulmão, cérvix e estômago (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A palavra câncer designa uma multiplicidade de doenças que têm em comum a proliferação desenfreada e inadequada das células. Quando a doença se espalha para outras partes do corpo, a sobrevivida se modifica; nesse sentido, foi criado um sistema internacional de estadiamento do câncer para a classificação das neoplasias malignas a fim de identificar o prognóstico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

O sistema de classificação TNM é um sistema anatômico que registra a extensão do tumor e a ausência ou presença de metástases. Cada letra corresponde a uma categoria: a letra T descreve o sítio do tumor primário, a categoria N descreve o envolvimento no sistema

linfático, e a categoria M representa a presença ou não de disseminação metastática distante. O agrupamento das categorias T, N e M se configuram em estágios que variam de I a IV, sendo que o estágio IV é o mais avançado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017; THE UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL, 2017).

O diagnóstico de câncer frequentemente acontece em estágios avançados da doença, nesse sentido, esforços são realizados a fim de realizar um diagnóstico precoce com o intuito de fornecer um tratamento menos complexo, menos dispendioso e mais efetivo. Ainda assim, muitos são diagnosticados no estágio IV, necessitando, portanto, de uma abordagem paliativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A palavra paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto e também a vestimenta usada pelo papa; ou seja, um manto que possui uma simbologia e significado, refere-se a figura do bom pastor que carrega o cordeiro nos ombros. Logo, o termo possui profunda ligação com o sagrado e a espiritualidade, demonstrando a importância dessa temática no cuidado ao paciente paliativo (SANTOS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde define os cuidados paliativos como uma abordagem que busca proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida por meio do alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais. Inclui também um sistema de suporte para familiares durante a doença e o luto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Aliviar o sofrimento é o objetivo primário dos cuidados paliativos. Sabe-se que o sofrimento humano pode ser exacerbado pelos conflitos internos entre o self (espírito) e o corpo. Sendo assim, faz-se necessário compreender as questões existenciais que afligem os doentes, e é necessário que os profissionais da saúde, incluindo toda a equipe multiprofissional, estejam treinados para a compreensão e abordagem do sofrimento (SANTOS, 2011).

De acordo com o Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, dentre os seus princípios, destacam-se: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural, não acelerar nem adiar a morte, e integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

É importante ressaltar que os cuidados paliativos deveriam se iniciar imediatamente após diagnóstico da doença, associada a outras terapias, como a quimioterapia e a radioterapia; já que uma abordagem precoce é indispensável para a prevenção dos sintomas e

de complicações inerentes à doença de base (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Nesse contexto, os cuidados paliativos buscam oferecer um sistema de suporte para que o paciente possa viver tão ativamente quanto possível desde o diagnóstico até o momento de sua morte, inclui medidas para melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Sendo assim, em cuidados paliativos, os sintomas são controlados e as necessidades dos pacientes são atendidas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

3. MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, ancorada em uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa parte de um processo indutivo ao invés de dedutivo, se inicia com objetivos exploratórios mais amplos e busca compreender o universo dos participantes sem esgotar prematuramente aspectos relevantes da experiência (DRIESSNACK et al., 2007).

A pesquisa qualitativa marca uma mudança de paradigma do pós-positivismo para o naturalismo, ou seja, ao invés de focar em uma realidade objetiva, busca-se compreender as múltiplas realidades de um determinado contexto (BURNS; GROVE, 2005).

Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa é cada vez mais utilizada no contexto acadêmico e representa a busca pelo resgate da subjetividade humana no âmbito da ciência (ANDRADE; HOLANDA, 2010).

3.1. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Pessoas de idade igual ou superior a 60 anos que estavam em acompanhamento paliativo de doença oncológica.

De acordo com as nações unidas e com o estatuto do idoso, no Brasil, todas as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos são consideradas idosas (UNITED NATIONS, 2013; BRASIL, 2003). Logo, essa foi a idade dos participantes selecionados e todos estavam em atendimento ambulatorial ou internados para acompanhamento paliativo de doença oncológica.

A fim de reunir o universo dos participantes, utilizou-se o método de amostragem intencional e por conveniência. Na amostra por conveniência, os participantes são escolhidos por critérios de disponibilidade e conveniência (CRESWELL, 2007). Na amostragem intencional, os participantes são escolhidos de uma forma deliberada (TURATO, 2003).

Na pesquisa qualitativa, o objetivo é explorar opiniões e diferentes pontos de vista, difere da lógica quantitativa por focar no conteúdo ao invés do número (BAUER; GASKEL, 2012). Nesse sentido, o dimensionamento da quantidade de participantes se deu de acordo com o critério de saturação amostral.

Portanto, onze participantes foram entrevistados até o momento em que foi identificada redundância na fala dos entrevistados, não sendo mais necessário inserir novos participantes na pesquisa e caracterizando, dessa maneira, o ponto de saturação.

O fechamento amostral por saturação teórica se dá com a suspensão da inclusão de novos participantes quando as informações coletadas passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, repetição e redundância (FONTANELLA et al., 2008).

A avaliação da saturação teórica deve ser um processo contínuo que se inicia desde a primeira entrevista, tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados que refletem os objetivos de pesquisa (FONTANELLA et al., 2008). Nessa análise, identificou-se o momento em que pouco ou nada relevante para os objetivos da pesquisa foi acrescentado.

3.1.1. Critérios de inclusão

Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que possuíssem registro de acompanhamento paliativo de doença oncológica no prontuário do Hospital Universitário de Brasília.

3.1.2. Critérios de exclusão

Pessoas com dificuldade de verbalização ou com dificuldades de se expressar e de organizar as ideias.

3.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo se deu na Clínica médica e Centro de Alta Complexidade em oncologia (CACON) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O HUB é uma instituição pública federal vinculada à UNB, com atendimento integrado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que realiza atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital é gerido administrativamente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e está vinculado à Universidade de Brasília (EBSERH, 2017).

O Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário é unidade de tratamento ambulatorial para pacientes com câncer. A equipe do centro é multidisciplinar e inclui: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, que trabalham em conjunto no tratamento dos pacientes (EBSERH, 2017).

Quando há a necessidade de internação, os pacientes oncológicos são direcionados à Clínica médica do hospital e são acompanhados pela equipe de oncologia. Nesse contexto, a

fim de incluir tanto pacientes em acompanhamento ambulatorial quanto internados, a coleta de dados foi realizada na Clínica médica e no CACON do HUB.

3.3. INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico (apêndice 1) e um roteiro de entrevista semiestruturado (apêndice 2). Os dois instrumentos foram submetidos a um teste piloto realizado com três idosos que se adequavam aos critérios de inclusão. As entrevistas do teste piloto não integraram a amostra final do estudo. O teste possibilitou avaliar e reformular as questões, adequando a linguagem a fim de, favorecer o entendimento dos participantes.

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (apêndice 1) compôs-se de 13 questões, compreendendo: a data de nascimento, o sexo, o estado, a cidade, a escolaridade, o estado civil, a ocupação, com quem reside, religião, o diagnóstico principal, a data aproximada do diagnóstico, e se teve que mudar de estado de residência em decorrência do tratamento.

3.3.2. Roteiro semiestruturado

O roteiro deve ser capaz de responder aos objetivos de pesquisa, permitindo ao entrevistado transitar entre as questões estruturadas e perguntas abertas. Precisa ser construído de forma flexível e que instigue, nas entrevistas, a absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2014).

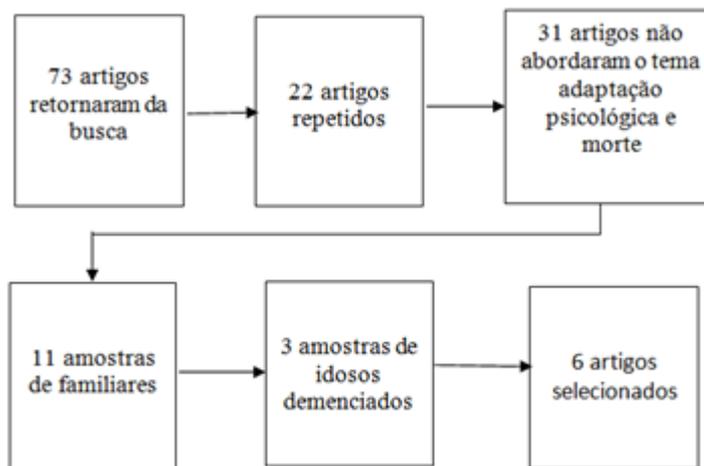
Nessa perspectiva, o roteiro semiestruturado foi construído após extensa revisão da literatura em sete bases de dados e incluía questões sobre envelhecimento, adoecimento e enfrentamento.

A revisão de literatura foi realizada a fim de analisar o conhecimento sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas idosas para lidar com o envelhecimento e a morte, foi realizada uma busca nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), US National Library of Medicine (PUBMED) e American Psychological Association (APA), Cumulative Index to

Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Scopus, com os descritores adaptação psicológica, idoso, morte e envelhecimento.

Na revisão, foram identificados setenta e três artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados e analisados seis artigos que identificaram múltiplas perdas vivenciadas pelas pessoas idosas e as principais estratégias de enfrentamento (figura 2).

Figura 2. Processo de seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDEFN, PUBMED, APA, CINAHL E SCOPUS



Fonte: Dados da pesquisa.

As principais perdas elencadas foram: perda na saúde e/ou capacidade física; perda da funcionalidade; perda na qualidade das relações emocionais; morte de entes queridos; menor integração social; redução de bens materiais; perda financeira; redução da cognição; perda da sensação de domínio, perda na capacidade de comunicação; perda da sensação de ser útil, redução do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.

As principais estratégias de enfrentamento foram: luto antecipado, desejo de morrer, isolamento, submissão, negociação, aceitação, acomodação, procura por suporte social, procura por conforto espiritual e viver o momento.

A partir dos resultados da revisão, identificou-se a necessidade de incluir no questionário questões sobre a percepção de perdas e ganhos no envelhecimento, despreendeu-se também a importância da percepção do adoecimento e o quanto essa percepção influencia no enfrentamento.

3.4. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro de 2016, em três momentos distintos:

1º Etapa: Após a autorização dos Comitês de Ética e Pesquisa, a pesquisadora iniciou a seleção dos participantes de maneira intencional e por conveniência. Neste contexto, identificava-se em prontuário, registro de que o paciente estava em acompanhamento paliativo de doença oncológica, incluíram-se pacientes em estadiamento IV e que estavam recebendo quimioterapia paliativa; conversava-se com a equipe de saúde que também contribuiu para elencar os possíveis participantes da pesquisa. Posteriormente à concordância do paciente em participar com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 3), prosseguiu-se para uma conversa sobre a história de vida em geral dele a fim de favorecer o *rapport* entre a pesquisadora e o paciente, como preparo para o momento subsequente.

A palavra *rapport* se refere às técnicas utilizadas que visam favorecer uma relação de empatia entre pesquisador e participante. A empatia é um sentimento de concordância emocional que é fundamental em estudos qualitativos, com a função de adentrar ao mundo do outro a fim de compreender o seu objeto de pesquisa na percepção do participante (STAKE, 2011).

Um bom *rapport* é essencial nas pesquisas qualitativas, devido a sua finalidade de evitar que o participante compreenda o pesquisador como uma pessoa hierarquicamente superior por estar atrelado à universidade. Nessa perspectiva, um bom *rapport* permite colocá-los em posição de igualdade, possibilitando que a entrevista aconteça naturalmente (TURATO, 2003).

2º Etapa: Aplicação do questionário sociodemográfico (apêndice 1) a fim de identificar o perfil dos participantes em estudo.

Considerando que as características sociais e demográficas podem influenciar na forma como cada pessoa compreende o mundo, buscou-se identificá-las a fim de garantir uma melhor compreensão dos participantes da pesquisa.

3º Etapa: Entrevista gravada com roteiro semiestruturado (apêndice 2).

As entrevistas voltadas ao indivíduo foram realizadas a fim de obter informações singulares ou interpretações na compreensão da pessoa entrevistada, e também com o objetivo

de descobrir algum aspecto que os pesquisadores não conseguiram observar por eles mesmos (STAKE, 2011).

O roteiro semiestruturado constitui a ferramenta utilizada pelo pesquisador a fim de facilitar a abordagem no momento da entrevista. Nesse contexto, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, visando permitir ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre os objetivos de sua pesquisa sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2014).

As entrevistas, realizadas no atendimento ambulatorial do Centro de Alta Complexidade em Oncologia, aconteceram enquanto o paciente recebia a quimioterapia; e a entrevista realizada na clínica médica se deu na enfermaria. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos.

No processo das entrevistas, emergiram diferentes sentimentos o que favoreceu a criação de espaço para a escuta terapêutica. As entrevistas foram gravadas, após cada uma delas, a pesquisadora anotava as suas impressões e aspectos relevantes do discurso com respectivas observações. O registro contínuo constituiu um diário de campo.

3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas. A análise de dados se iniciou com a transcrição da entrevista, pois segundo Ladeira (2007), este é o passo introdutório que possibilita analisar a interação gravada.

Após a transcrição, foi realizada uma análise lexical do texto, por meio da contagem das palavras. Segundo Minayo (2014), a análise lexical se faz mediante ao número total de ocorrências de cada palavra, sendo que a partir dele e da riqueza de vocábulos, avança-se sistematicamente na direção da identificação e dimensão do texto em estudo.

A análise léxica foi operada com auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) que efetua uma análise quantitativa dos elementos do texto e foi utilizado a fim de contribuir para a apreensão das ideias principais da entrevista transcrita.

O software individualiza o texto de cada entrevista que passam a ser chamadas de Unidades de Contexto Inicial (UCIs), quando estas são processadas dentro do programa, são elaboradas as Unidades de Contexto Elementar (UCEs), organizadas em classes que são interpretadas a partir de suas significações (AZEVEDO et al., 2013).

O *software* ALCESTE consiste em uma técnica computadorizada e uma metodologia que realiza uma análise léxica das palavras do conjunto de textos e atende satisfatoriamente à condição de respostas advindas das entrevistas (AZEVEDO et al., 2013; BAUER; GASKEL, 2012).

É, portanto, considerado uma metodologia porque dispõe de métodos estatísticos sofisticados que permitem ancorar a análise de conteúdo por meio de uma análise quantitativa dos dados textuais (AZEVEDO et al., 2013; BAUER; GASKEL, 2012).

A análise de conteúdo foi utilizada para analisar em profundidade a expressão verbal de cada participante, não se restringindo unicamente às palavras expressas diretamente, mas também aos significados subentendidos no discurso de cada pessoa. Nesse processo, o diário de campo constituiu uma ferramenta fundamental para a análise dos elementos extratextuais.

Nesse contexto, o objetivo da análise de conteúdo foi à inferência de conhecimentos relativos às condições do desenvolvimento da pesquisa. Partiu-se, portanto, de dados qualitativos, realizou-se um agrupamento quantitativo como auxílio do *software* para prosseguir novamente para a interpretação da análise qualitativa (FREITAS; JANISSEK, 2000).

O *software* ALCESTE gerou um dendograma apresentado em dois eixos e três categorias; em cada categoria, as palavras de maior ocorrência e os principais extratos das falas dos participantes receberam destaque. Dessa forma, buscou-se, a partir do agrupamento quantitativo, identificar aspectos significativos da temática do enfrentamento das perdas frente ao envelhecimento e a uma doença fora de possibilidade terapêutica de cura.

A interpretação da análise qualitativa se deu a partir dos resultados quantitativos analisados pelo *software*, auxiliadas pelas anotações das informações contidas no diário de campo. Nesse contexto, a análise qualitativa subsequente permitiu a conformação em categorias e subcategorias que possibilitaram a apreensão das estratégias de enfrentamento na trajetória de vida do grupo em questão.

3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), tendo sido aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 57508416.5.0000.0030 (anexo 1).

Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3) e os nomes reais dos participantes foram substituídos por pseudônimos para preservar a identidade de cada participante garantindo o sigilo da pesquisa científica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

O perfil dos participantes foi obtido com o preenchimento do questionário sociodemográfico (apêndice 1). Participaram do estudo onze idosos em acompanhamento paliativo de doença oncológica.

Em relação ao sexo, foram entrevistados seis homens e cinco mulheres. A faixa etária variou de 60 a 87 anos e a média foi de 68,9 anos; quanto à escolaridade, a média foi de 4,54 anos de estudo, sendo que nove participantes não chegaram a finalizar o ensino fundamental. No que diz respeito ao estado civil, cinco estavam casados e quatro viúvos. Em relação à religiosidade, variou entre católicos, evangélicos, frequentadores da Fraternidade Eclética Espiritualista Universal e pessoas sem religião; verificou-se uma predominância da prática do catolicismo em que sete participantes se declararam católicos (tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos participantes quanto à idade, sexo, escolaridade, estado civil e religião. Brasília, DF. 2017.

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Religião
Marcelo	67	Masculino	4 anos	Casado	Católico
Maria	77	Feminino	5 anos	Viúva	Fraternidade Eclética Espiritualista Universal
João	67	Masculino	7 anos	Casado	Católico
Samuel	67	Masculino	1 ano	Divorciado	Sem religião
Diana	68	Feminino	9 anos	Casada	Católica
Regina	87	Feminino	1 ano	Viúva	Evangélica
Eduardo	77	Masculino	Analfabeto	Viúvo	Católico
Eliana	60	Feminino	11 anos	Viúva	Católica
Alexandre	64	Masculino	5 anos	Casado	Evangélico
Lúcia	60	Feminino	5 anos	Casada	Católica
Fernando	64	Masculino	2 anos	Solteiro	Católico

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os participantes, 7 eram aposentados, 10 residiam com outras pessoas, e apenas uma senhora morava sozinha.

Considerando que as pessoas enfrentam o adoecimento de maneiras diferentes a depender do espaço de tempo transcorrido desde o anúncio da má notícia, buscou-se identificar o tempo transcorrido desde que o participante soube de seu diagnóstico; o menor espaço temporal foi de quatro meses e o mais longo de nove anos. Nesse sentido, a maioria dos participantes apresentava certa familiaridade com sua doença visto que oito dos onze participantes tinham ciência do diagnóstico há mais de um ano.

Cinco pessoas precisaram mudar de estado de residência em função da necessidade do tratamento. Dez pessoas faziam acompanhamento ambulatorial no CACON, e apenas uma participante, no momento da coleta, estava internada na clínica médica (tabela 2). A inclusão de uma única participante em regime de internação se deu devido ao fato dos pacientes internados na clínica médica que possuíam o registro de acompanhamento paliativo de doença oncológica já estarem em fase final de vida, a maioria não possuindo, portanto, condições para cumprir os critérios de inclusão da pesquisa.

Tabela 2: Caracterização dos participantes quanto à origem da renda, com quem reside, tempo desde o diagnóstico, unidade de tratamento e se teve que mudar de estado de residência em decorrência da doença. Brasília, DF, 2017.

Participante	Origem da renda	Com quem reside	Tempo desde o diagnóstico	Unidade de tratamento	Teve que mudar de estado de residência
Marcelo	Aposentado	Esposa e neto	2 anos	CACON	Não
Maria	Pensão do marido	Sozinha	3 anos	CACON	Não
João	Aposentado	Esposa e 3 filhos	8 meses	CACON	Sim
Samuel	Aposentado	Filho	11 meses	CACON	Sim
Diana	Aposentada	Filha	1 ano e 9 meses	Clínica Médica	Sim
Regina	Aposentada	2 filhos, 2 netos e 1 genro	9 anos	CACON	Não
Eduardo	Pensão da esposa	Filha e 2 netos	1 ano e 4 meses	CACON	Sim
Eliana	Aposentada	Filha e genro	8 anos	CACON	Não
Alexandre	Aposentado	Esposa	1 ano	CACON	Não
Lúcia	Aposentadoria do marido	Marido	4 meses	CACON	Não
Fernando	Salário da irmã	Irmã e sobrinho	8 meses	CACON	Sim

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2. O PROCESSO RESILIENTE DOS PARTICIPANTES

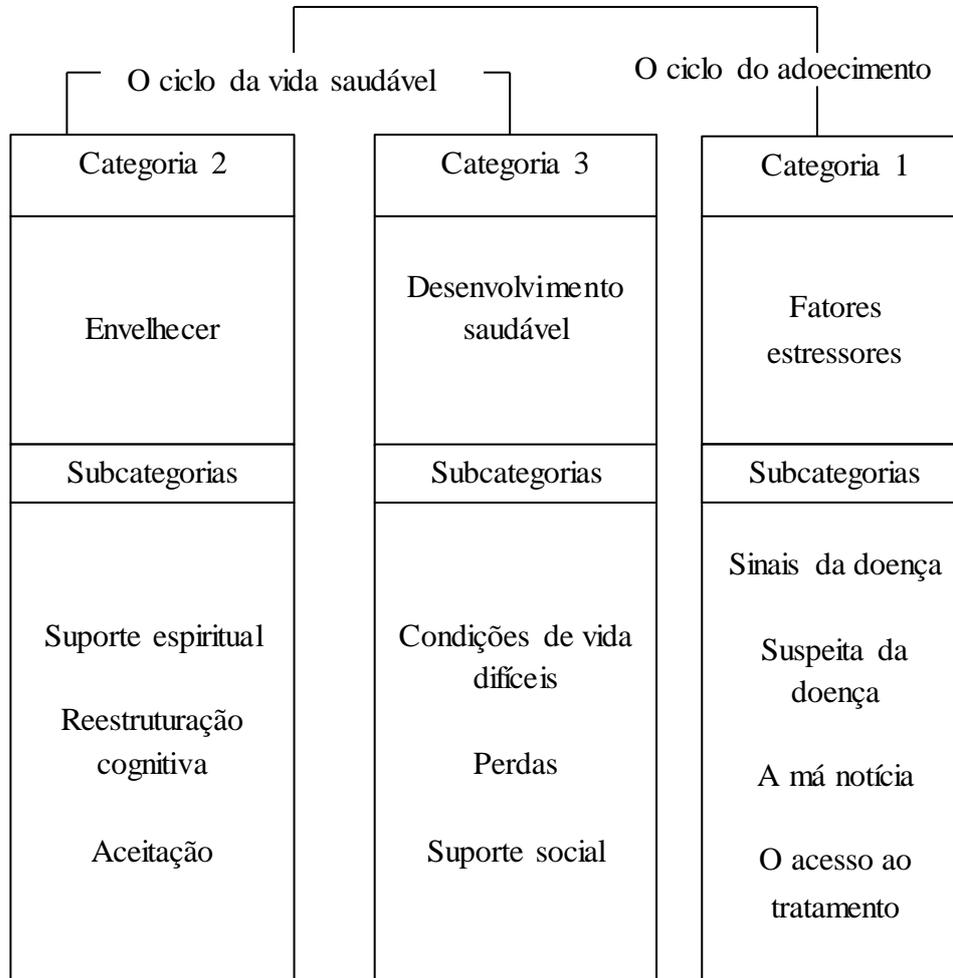
Quanto à análise realizada pelo *software* ALCESTE foram identificadas no corpus 33992 ocorrências de palavras. O programa efetuou a clivagem do corpus em 835 unidades de contexto elementares (UCEs), que são os extratos das falas dos entrevistados. O *software* estabeleceu o número mínimo de 42 UCEs para constituir uma categoria; nesse contexto, três categorias foram estabelecidas e distribuídas em dois eixos.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram dois eixos significativos. O primeiro eixo, o ciclo da vida saudável, faz menção às trajetórias de vida dos participantes e às estratégias de enfrentamento que contribuíram para forjar uma personalidade resiliente. Esse eixo foi composto por duas categorias, que juntas compreendem 61% do discurso.

O segundo eixo denominado O ciclo do adoecimento foi formado por uma única categoria que ilustra o estresse desencadeado pela doença e representou 39% das falas dos participantes.

Dando prosseguimento à análise de conteúdo, que busca extrair do agrupamento quantitativo os significados por meio de uma análise qualitativa; buscou-se analisar o discurso dos participantes, a partir das palavras e verbos em destaque, a fim de estabelecer subcategorias que destacaram as temáticas vitais de cada categoria (figura 3) (FREITAS; JANISSEK, 2000).

Figura 3. Dendograma do *corpus* das entrevistas representado em categorias e subcategorias



Fonte: Dados da pesquisa.

A categoria 1 denominada Fatores estressores representou 39% do discurso e teve como subcategorias: os sinais da doença, a suspeita da doença, a má notícia e o acesso ao tratamento; esses foram os principais estressores referidos, com destaque do stress relativo ao acesso ao tratamento (figura 3).

A categoria 2 chamada Envelhecer representou 33% do discurso e foi constituída pelas seguintes subcategorias que representaram as estratégias de enfrentamento utilizadas: reestruturação cognitiva, aceitação e suporte espiritual (figura 3).

Por fim, categoria 3 nomeada de Desenvolvimento saudável representou 28% do discurso e versou sobre os aspectos que contribuiriam para o desenvolvimento da

personalidade que constituíram: as condições de vida difíceis, as perdas e o suporte social (figura 3).

4.2.1. PRIMEIRO EIXO: O CICLO DA VIDA SAUDÁVEL

O eixo o ciclo da vida saudável faz referência à trajetória de vida dos participantes, que foi marcada por muitas perdas, bem como condições de vida difíceis que contribuíram para a construção de uma personalidade resiliente. Nesse eixo, também foi possível apreender a percepção dos idosos acerca do envelhecimento e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas nesse processo.

O envelhecimento dos participantes foi um processo permeado por perdas e adversidades. Ao longo de suas vidas relataram perdas tangíveis, como a morte de entes queridos e perdas intangíveis, como o sonho frustrado de não terem estudado. As adversidades também não foram poucas e incluíram: dificuldades financeiras, moradia inadequada, falta de oportunidades de estudo e uma rotina de luta e muito trabalho.

Ainda que a trajetória de vida dos participantes não tenha sido fácil, a percepção deles acerca do envelhecimento não foi focada nas perdas, pelo contrário, os participantes focaram nos ganhos e nas conquistas que tiveram ao longo da vida. A partir da estratégia de enfrentamento reestruturação cognitiva, foram capazes de focar nos aspectos positivos do envelhecimento (SKINNER et al., 2003). Além dessa estratégia, para lidar com as perdas do envelhecimento e adoecimento, os participantes fizeram uso do suporte espiritual e aceitação.

O Eixo 1 está dividido em categorias e subcategorias a fim de contribuir para a discussão dos temas apresentados, as categorias são: *envelhecer*, com as subcategorias *reestruturação cognitiva*, *aceitação* e *suporte espiritual* e a categoria *desenvolvimento saudável*, com as subcategorias *condições de vida difíceis*, *perdas* e *suporte social* (figura 3).

4.2.1.1. Categoria 2: Envelhecer

As palavras de maior destaque da categoria foram: *gente*, *vive*, *vai*, *aceita*, *boa* e *fé*, que foram relacionadas ao enfrentamento dos participantes ao longo da vida e permanecem sendo utilizados atualmente frente à velhice e à doença. Percebe-se que as palavras destacadas remetem aos bons sentimentos, à espiritualidade, à vida e à aceitação; aspectos característicos de um processo resiliente.

Em um processo em que a resiliência é utilizada, o enfrentamento contribui, necessariamente, para lidar positivamente com o estresse. Sabe-se que as estratégias de enfrentamento podem tanto reduzir quanto elevar os níveis de estresse; no entanto, os participantes utilizaram primordialmente estratégias que contribuíram para a redução do estresse e, por esse motivo, foram classificadas como estratégias resilientes (SEERY; QUINTON, 2016; GURUNG, 2010).

As estratégias de enfrentamento que os participantes utilizaram ao longo de sua trajetória de vida, permaneceram as mesmas no envelhecimento, já que as pessoas idosas as utilizaram como um guia para lidar com as situações estressoras do momento presente (CAVANAUGH; BLANCHARD, 2011).

4.2.1.1.1. Busca por suporte social

A fim de contribuir de forma positiva ao lidar com o adoecimento, foi utilizada a estratégia de enfrentamento busca por suporte social que consiste na tendência ou impulso de entrar em contato com uma figura de apoio e inclui tentativas ativas de alcançar o provedor de suporte, retirando o foco atencional do estressor e direcionando para o provedor de suporte (SKINNER, 2003).

A busca por suporte inclui uma grande variedade de figuras de apoio como pais, cônjuges, colegas, profissionais e Deus; inclui também, uma variedade de objetivos, por exemplo, ajuda instrumental, conselhos, conforto e contato (SKINNER, 2003). Dentre as estratégias de enfrentamento que compõe a família busca por suporte social, a que os participantes utilizaram com frequência foi o suporte espiritual (quadro 2).

4.2.1.1.1.1. Suporte espiritual

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes do estudo foi o suporte espiritual. A espiritualidade busca uma conexão com o que é sagrado, com aquilo que dá sentido à vida e transcende o tangível em uma busca por algo maior que si próprio e que pode ou não incluir participação religiosa (KOENIG, 2012, GOMES; SANTO, 2013,).

A religião envolve um conjunto de crenças, práticas e rituais relacionadas ao transcendente que pode ser Deus, Alá, Buda, entre outros. As religiões geralmente possuem crenças sobre a vida e a morte e regras de conduta social (KOENIG, 2012).

O enfrentamento ancorado na espiritualidade permite que o indivíduo se erga além da dor e encontre sentido no adoecimento, sofrimento e morte (GOMES; SANTO, 2013)

O uso da religiosidade/espiritualidade já foi descrita como um componente positivo para o enfrentamento do câncer, contribuindo para a aceitação do diagnóstico e para manejar a situação. Nessa perspectiva, a espiritualidade contribui para uma sensação de sentido da vida, sentimentos de esperança, regulação das emoções, maior bem-estar e aceitação da doença (NEJAT et al., 2016, GOMES; SANTO, 2013).

Um estudo comparativo, realizado entre a Nova Zelândia e o Irã com pessoas com o diagnóstico de câncer colorretal, elencou quatro recursos religiosos que contribuíram para o enfrentamento da doença: crença em um destino divino, fé em Deus, doença como uma bênção de Deus e atividades religiosas (NEJAT et al., 2016).

Excetuando-se o perceber a doença como uma bênção de Deus, em que as pessoas acreditavam que Deus estava comunicando com ela por meio da doença, os outros recursos espirituais/religiosos citados no artigo também foram mencionados pelos participantes deste estudo (NEJAT et al., 2016).

A crença em um destino divino foi referida pelos participantes, ou seja, à confiança em um destino, cujas adversidades fazem parte de um plano maior de Deus (NEJAT et al., 2016). A seguir a fala de participantes que fazem referência a essa crença:

A gente acredita na providência divina e tudo, tudo, a gente sabe que é providência, não adianta que Deus providencia as coisas tudinho. A gente já sabe que as coisas são assim e vai pondo na sua cabeça que as coisas são desse jeito e assim, a gente vai aceitando, vai amenizando, vai serenando, acalmando. (Lúcia)

A bíblia nos fala que quando chegar a velhice, você vê, vem fadiga da vida alheia, angústia. (Alexandre)

Percebe-se na fala dos participantes a crença em um futuro determinado, em que há um plano de Deus. A confiança nesse plano, mesmo incluídas as restrições da velhice e adoecimento, contribuiu para tranquilizar os participantes deste estudo.

Assim como no estudo de Nejat, et al. (2016), os participantes da pesquisa também utilizaram a fé em Deus para dar-lhes esperança, contribuindo para ter força em si mesmo a fim de lidar com as dificuldades do adoecimento.

E a fé que vai tirando a gente, você vai pensando que tudo está nas mãos de Deus e que não adianta, não adianta você se preocupar, porque o que tiver de ser vai ser (Lúcia)

A fé contribui para atribuir um sentido à existência, constitui uma preocupação humana universal que favorece seguir caminhos religiosos em prol de uma vida organizada e orientada por valores. A partir da fé, os idosos buscavam uma conexão com um ser superior, sentindo a necessidade de aproximar-se e acreditar em uma força divina que tudo rege (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Por fim, as atividades religiosas incluíam rezar, leitura de livros religiosos, participação de cerimônias entre outros (NEJAT et al., 2016). No presente estudo, a atividade religiosa mais relatada foi o rezar.

Apega com Deus e vai rezando, e eu rezo muito, vai rezando, ai parece que vai amenizando as coisas. (Lúcia)

A reza constitui um importante meio de acessar uma aproximação com o sagrado em prol de proteção e apoio diante de situações adversas. A atividade religiosa rezar contribuiu, portanto, para a redução do estresse relacionado ao adoecimento pela sensação de proximidade com uma força divina (GUTZ; CAMARGO, 2013).

O suporte espiritual, seja ele manifestado por meio da fé, orações ou crença em um destino divino, contribuiu para reduzir a ansiedade e estresse decorrentes de uma doença sem possibilidade terapêutica de cura, colaborando para a aceitação do processo de adoecer.

4.2.1.1.2. Acomodação

Na acomodação, a pessoa busca ajustar as suas metas a uma nova situação, é uma estratégia que permite a adequação flexível das preferências às opções e restrições disponíveis (SKINNER, 2003). Ao reconhecer a impossibilidade de modificar o diagnóstico, com o passar do tempo, os participantes passaram a utilizar outras estratégias de enfrentamento, reestruturação cognitiva e aceitação (quadro 2), que permitiram reajustar as expectativas à realidade que vivenciaram.

4.2.1.1.2.1. Reestruturação Cognitiva

Apesar de reconhecerem as perdas ao longo da vida, os participantes identificaram poucas perdas no envelhecimento e adoecimento. Nesse período de suas vidas, apesar de não ser um momento fácil, eles reconheceram mais ganhos do que perdas.

É mais ganho do que perda, porque tudo que você perde, sempre a gente recupera, de um jeito ou de outro, mas você recupera. (Regina)

A reestruturação cognitiva é uma estratégia de enfrentamento que busca ativamente mudar a visão de uma situação estressante para enxergá-la sob uma luz positiva (SKINNER et al., 2003). Nesse contexto, os participantes enxergavam o copo mais para cheio do que vazio, focando mais nos ganhos do que aspectos negativos; buscaram, portanto, reconhecer os aspectos positivos do envelhecer.

Então quer dizer que o envelhecimento trouxe ganhos para mim, eu pude sair mais, frequentei as minhas coisas de igreja, porque antes não podia, porque às vezes tinha que cuidar de menino, tinha menino, tinha menino para carregar... (Lúcia)

As coisas que você queria ter quando era novo e não tinha e você tem quando fica velho, depois de mais velho, você vai ter. (Fernando)

Os participantes, ao focar no positivo, reconheciam os bens materiais que conseguiram conquistar após uma vida de muito trabalho e desfrutavam da liberdade de poder sair sem se preocupar com os filhos.

A fala dos participantes ratifica que o envelhecimento constitui um balanço entre perdas e ganhos. Um estudo realizado com idosos que frequentavam uma Universidade Aberta da Terceira Idade em Marília identificou, a partir da fala dos participantes, um balanço entre ganhos e perdas tanto nos aspectos biológicos como emocionais e sociais (DÁTILLO; MARIN, 2015).

Lya Luft, em seu livro *Perdas e Ganhos*, descreve a percepção que a sociedade tem do envelhecimento como declínio e perdas, bem como uma fase da vida que deve ser temida e negada. Por outro lado, estimula o leitor a reconhecer os aspectos positivos que advêm do envelhecer: a maturidade, a possibilidade de reinventar-se e a sabedoria (LUFT, 2013).

A sabedoria, de acordo com a teoria de Erik Erikson, emerge no nono estágio do desenvolvimento e significa compreender o mundo para além dos sentidos. A raiz da palavra se encontra no sânscrito, língua ancestral da Índia, e nela significa ver, conhecer; ou seja, enxergar para além do sentido da visão, mas a partir da mente que, ao longo da vida, reteve sábias informações para serem utilizadas em momentos de necessidade (ERIKSON, 1998).

A sabedoria significa enxergar as coisas como elas são; sem focar apenas no que o sentido da visão consegue ver e sem demasiada expectativa que distorce a realidade. Significa ser capaz de conseguir perceber as diversas facetas que compõem uma realidade, reconhecendo

suas mazelas, mas também suas virtudes (ERIKSON, 1998). Assim como evidenciado no relato a seguir:

Então, tudo a gente tem que saber dessas coisas. Não achar que eu estou nova ainda, que eu posso fazer isso não [subir em cadeira e entrar no banheiro descalça] e tem que acompanhar, e eu acho que envelhecer faz parte, a gente tem que envelhecer, porque se você não quiser morrer novo, você vai ter que envelhecer. (Lúcia)

No relato acima, a participante demonstra enxergar a velhice com clareza e tranquilidade, reconhece as limitações e os riscos de queda que advém com a redução do equilíbrio e dos reflexos (ROACH, 2009). Ela não nega o envelhecimento, pelo contrário, o reconhece como uma dádiva de poder desfrutar dos anos vividos.

Os participantes não negaram os problemas e restrições que vinham em decorrência do adoecimento, mas buscaram retirar o foco da dor, restrições e dificuldades para poder viver melhor.

Com toda a atribulação, você sabendo viver, tudo vai bem. Se você não souber viver, você vai mal. (Alexandre)

A reestruturação cognitiva, com o foco em aspectos positivos, reconhecendo, no envelhecimento e adoecimento, aspectos que foram benéficos para a pessoa e buscando manter o bem-estar apesar das atribuições, constituiu uma importante alternativa para a regulação do estresse dos participantes (SKINNER et al., 2003; BANÍK; GAJDOŠOVÁ, 2014).

4.2.1.1.2.2. Aceitação

A aceitação foi outra estratégia utilizada pelos participantes. Nessa estratégia de enfrentamento, ao invés de se opor a situação que vivenciavam e tentar modificá-la, os participantes aceitavam (SKINNER et al., 2003).

Aceito a velhice assim sem me incomodar. E tem esse ditado: se não quer ficar velho, morra com trinta, mais ou menos a metade. Não quer envelhecer, morra novo [...] Desde que você aceite que isso é um ciclo natural, desde que você aceite, tem perda não. (Fernando)

A aceitação das dificuldades e limitações decorrentes da velhice possibilita uma maior satisfação na vida, permitindo desfrutar dessa fase com serenidade (CHAVES; GIL, 2015). Os

participantes compreenderam a velhice como um processo natural e como parte integrante da vida, ainda que com algum grau de limitações, eles aceitavam a velhice de maneira serena e natural.

Sobre o adoecimento, percebeu-se uma relação entre as falas referentes à aceitação e o período de tempo transcorrido desde a data do diagnóstico. A seguir a fala de um participante entrevistado após um ano transcorrido desde a data do seu diagnóstico:

Agora recuperei mesmo. É bom morrer feliz, melhor do que morrer triste, agora não estou com medo mais não, morrer feliz em vez de morrer triste, pior coisa; morrer feliz é a melhor coisa. Sente segurança, a morte feliz sabe? É assim, sente mais segurança, aqui eu estou seguro... (Samuel)

De acordo com Kübler-Ross, a aceitação é a última fase dos estágios da morte e do morrer em que o paciente teve o tempo necessário para elaborar a sua situação, assim, se desfez dos seus medos e angústias e, portanto, é capaz de manifestar sentimentos de paz e tranquilidade frente à finitude (KÜBLER-ROSS, 1996).

No extrato acima, o participante compara a “morte feliz” com a “morte triste”, em que a principal diferença seria a segurança capaz de levar a uma “morte feliz”. Nesta entrevista, o participante relatou os diversos encaminhamentos que se fizeram necessários e o período em que foi tratado no Rio de Janeiro e compara com o atendimento que recebeu em Brasília. Referiu se sentir mais seguro com o atendimento do Hospital Universitário de Brasília e, por esse motivo, expõe aceitar com maior facilidade o momento da morte. Acredita que não precisa mais ter medo, sente-se seguro no ambiente do hospital e com a equipe de saúde.

Discurso semelhante foi evidenciado em um estudo conduzido na Austrália com 40 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos, em que os participantes relataram um sentimento de alívio quando encontraram um lugar que poderia ajudá-los ao final de suas vidas. Aceitar que estavam em cuidados paliativos permitiu que os pacientes recebessem um manejo adequado da dor, mas também contribuiu para a aceitação de difíceis questões do fim da vida (MACARTNEY et al., 2015).

Reconhecer a finitude, aceitar o adoecimento e a morte, não significa desistir de viver; também não significa vivenciar sentimentos de felicidade plena. Nesse estágio, a angústia se dissipa, os sentimentos se aquietam, é como se a luta tivesse cessado, estando mais próximo do repouso final (KÜBLER-ROSS, 1996).

4.2.1.3. Categoria 3: Desenvolvimento saudável

As palavras de maior destaque da categoria foram: *trabalho, irmã, mãe, pai, casa, tenho*, que foram relacionadas ao processo de viver dos participantes. A palavra *trabalho* foi a mais significativa, o que ressalta uma vida de muitos afazeres e esforço, demonstrando também a importância que trabalhar teve, e continuar a ter, para a vida dessas pessoas. As outras palavras em destaque se referem à vida familiar, ao contato com os parentes mais próximos e à importância do suporte da família para os participantes.

A categoria 3 remete à trajetória de vida dos participantes, uma trajetória permeada por perdas e adversidades que instigaram os participantes a utilizar estratégias de enfrentamento capazes de forjar uma personalidade resiliente. De acordo com a teoria de Erik Erikson, é preciso que a pessoa passe por momentos de crise para se fortalecer psicologicamente; a trajetória de vida difícil dos participantes permitiu esse fortalecimento, com consequente desenvolvimento da resiliência (SVETINA, 2014).

Outro ponto de destaque da categoria 3 foi o suporte social que faz parte do repertório de resiliência e se destaca por proteger os idosos dos estressores com especial realce para o suporte familiar. Receber esse tipo de apoio fortalece as pessoas para a superação das adversidades e para prosperarem; indivíduos que são apoiados nessas formas são confiantes em suas habilidades, autossuficientes e improváveis de desistirem frente às dificuldades (PHILLIP et al., 2011; FEENEY; COLLINS, 2014).

Considerando o modelo multi-sistema da resiliência de Liu et al., o desenvolvimento da personalidade resiliente dos participantes teve, portanto, influência direta das fontes interpessoais como a família e amigos e também dos fatores sócio-ecológicos relacionados às condições de vida difíceis que contribuíram para o desenvolvimento da resiliência ao longo da vida (LIU et al., 2017).

4.2.1.3.1. Condições de vida difíceis

Os participantes da pesquisa narraram uma vida de luta com muitas dificuldades, tiveram poucas condições de estudo, a média de escolaridade foi de 4,54 anos, sendo que nove não chegaram a finalizar o ensino fundamental.

Mas nós como pobre, nós criamos todo mundo assim. Só não tivemos oportunidade de estudar, meu pai morava em roça, e em roça nós andávamos léguas para ir para

uma escola, naquele tempo, não tinha escola gratuita, era pago e só aqueles que podiam pagar. (Maria)

Na análise das entrevistas ficou evidente as barreiras para o acesso à educação, com destaque para as dificuldades financeiras. No período em que os participantes da pesquisa eram crianças, o acesso à educação ainda era mais difícil que quando comparado ao período atual. Houve importantes avanços na educação entre 1940 e 2000, aumentou a proporção de pessoas alfabetizadas, assim como o número médio de anos de estudo (CAMARANO et al., 2004; FLACH, 2011).

Em 1946, foi implementada a Reforma do Ensino Primário com o decreto de lei nº 8529/46 que previa a gratuidade e obrigatoriedade do ensino no Brasil, no entanto, o acesso ainda permanecia repleto de empecilhos, já que a previsão legal não é garantia de transformação da realidade (FLACH, 2011).

Percebe-se que a barreira da educação foi significativa na vida dos participantes e, a partir do discurso, também foi possível apreender a necessidade de priorizar o trabalho em detrimento do estudo.

O trabalho, como dizem, não menospreza ninguém, pelo contrário, nós temos que aproveitar o trabalho, é assim que fomos criados. Depois, a minha mãe me pôs para morar com a madrinha, a madrinha morava na cidade, era para trabalhar, ajudar ela e estudar; mas era mais trabalho (Maria)

Os participantes descreveram condições socioeconômicas difíceis, em que o salário dos pais não era suficiente para suportar toda a estrutura familiar. Nesse contexto, referiram à necessidade de trabalhar para contribuir com a renda familiar (RAMALHO; MESQUITA, 2013).

Todo mundo tinha que trabalhar para ajudar em casa, era pobre, não tinha... só o pai e a mãe para sustentar tanto filho, aí tinha que trabalhar todo mundo, já ia pegando uma idadezinha, já tinha que correr para trabalhar, para ajudar. (Lúcia)

Ademais, referiram condições de moradia difíceis, sem acesso ao saneamento básico e às condições suficientes de um local adequado para se morar.

Minha vida foi de luta! Naquele tempo, lá em formosa, tinha muita casa de palha, de pau a pique, minha mãe morou em casa assim.. era pau a pique, não tenho vergonha de falar não, era pau a pique, chão puro, eu que arrumei tudo, eu trabalhava para minha mãe, ajudei ela a criar meus irmãos. (Maria)

A moradia é um direito de todo cidadão brasileiro descrito no artigo 6º da constituição federal. O conceito de moradia não se restringe apenas à estrutura física do local de residência, mas engloba as condições de vida, as relações sociais e econômicas associadas à ocupação daquele espaço (BRASIL, 1988; UNITED NATIONS, 1991).

Percebe-se na fala da participante que o que ela refere como a casa de sua mãe não se qualifica ao conceito de moradia; fica evidente que a vida dos participantes foi permeada por muitos percalços e dificuldades financeiras.

Somos dez irmãos, mas assim ficou oito, nas costas da velha para ela trabalhar lavando roupa e vendendo garrafa de água na Bahia para sustentar os filhos, mas graças a Deus, nunca precisamos de nada, de pegar nada de ninguém, nenhum deles (Alexandre)

No Brasil, 17,6% das crianças de 0 a 4 anos e 18,0% das crianças e adolescentes de 5 a 14 anos residem em domicílios cujo rendimento mensal per capita é de até um quarto do salário mínimo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Ao comparar o Brasil de hoje com o início do Século XX, percebe-se que, grosso modo, o país permanece na mesma posição sem grandes variações na renda per capita (ABREU, 2006).

Assim, é possível perceber, ao longo do discurso dos participantes, inúmeras dificuldades que configuraram uma vida de luta e de muito trabalho desde a infância.

Acho que desde a minha primeira infância com aquela vida de corre, corre de cuidar de irmão, fazer serviço de casa, depois trabalhar para sustentar uma família, depois a minha família. (Eliana)

É possível assimilar, ao longo do discurso dos participantes, a necessidade de priorizar o trabalho em detrimento da educação e saúde. Considerando os determinantes sociais de saúde, percebe-se inúmeros fatores sociais e econômicos que provavelmente influenciaram a ocorrência dos problemas de saúde que os participantes enfrentam atualmente (GARBOIS et al., 2014).

Entretanto, apesar das inúmeras dificuldades, os participantes relataram enfrentar cada adversidade que surgiu em suas vidas com força e determinação, narraram uma vida de luta e jamais de esquiva. Nessa perspectiva, não negaram suas origens e referiram orgulho de seus valores.

Nunca roubei, nunca herdei, tudo pelo suor; desde criança, lutando até o fim. (Marcelo)

A capacidade de perceber em sua trajetória de vida um sentido, ainda que com inúmeras dificuldades vivenciadas, e a capacidade de se orgulhar do que viveu e dos valores aprendidos fazem parte do conceito de integridade na teoria de Erik Erikson, em que a pessoa é capaz de vivenciar a velhice reconhecendo suas realizações e conquistas (ERIKSON, 1998).

Nessa perspectiva, o comportamento dos participantes, ao longo da vida, de enfrentar as adversidades ao invés de esquivar-se delas, os fortaleceram para a vivência de situações estressoras e para o uso de estratégias resilientes com o intuito de controlar e minimizar os efeitos do estresse (SEERY; QUINTON, 2016; RUTTER, 2012).

4.2.1.3.2. Perdas

Perdas são experiências dolorosas e universais. Desde crianças, as pessoas são ensinadas a serem ganhadoras e a triunfar, no entanto, omitem a dura e inevitável necessidade de também aprender a perder. As perdas fazem parte da vida, e é importante viver o sofrimento que delas deriva para a maturidade psicológica (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015; FARBER, 2012).

O envelhecimento tem a marca sucessiva das perdas que se acumulam ao longo da vida; nessa perspectiva, reconhecê-las traz a noção de transitoriedade e impermanência presente nas fases do desenvolvimento humano (FARBER, 2012).

As perdas podem ser classificadas em tangíveis ou concretas como um roubo e a morte; mas também podem ser classificadas em perdas intangíveis ou simbólicas que incluem ilusões, sonhos, esperanças e projetos (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015). A vida dos participantes do presente estudo foi permeada tanto por perdas tangíveis quanto intangíveis.

4.2.1.3.2.1. Perdas intangíveis

A fala dos participantes remete a uma frustração de não terem estudado e, por isso, não terem tido a oportunidade de melhores condições de vida.

Perdi tudo isso [boas oportunidades de trabalho] por causa de ignorância, hoje em dia, eu não culpo minha mãe por não termos estudado, nem a minha irmã.
(Alexandre)

La em formosa, ela [sobrinha] chegou a ser diretora de escola, mas meu irmão que é o pai dela, mal assina o nome, porque nós não tivemos a oportunidade para estudar.
(Maria)

Evidencia-se nas falas acima o sentimento de tristeza devido às circunstâncias da vida que não permitiram o adequado acesso à educação, dificultado o pleno desenvolvimento biopsicossocial indispensável para uma vida digna, com consequências que os participantes constataam, inclusive, na velhice (MARIN et al., 2012).

Os sonhos frustrados obrigam as pessoas a reconhecerem que o que tanto ansiavam não se concretizou, são perdas difíceis de serem admitidas e muitas vezes incompreensíveis. O fato de não ter algo concreto que foi perdido dificulta receber apoio da família e amigos, já que não há o reconhecimento da perda, não há uma evidência concreta e tangível do que se perdeu (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Outra perda foi que eu não conheci pai, meu pai largou minha mãe no interior da Bahia foi em cinquenta e dois, quando eu nasci, eles vieram para Goiás, ele e mais dois irmãos meus, para mim, foi uma perda também. (Alexandre)

Há eventos na vida familiar que geram luto incompleto, irresoluto e inconfessável. O sonho fenecido de um pai carinhoso, responsável e preocupado pelos seus filhos é o oposto de um pai que largou a sua esposa e abandonou um de seus filhos (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015; FARBER, 2012).

4.2.1.3.2.2. Perdas tangíveis

A perda de entes queridos constitui uma perda tangível. A morte, mesmo de pessoas que não conhecemos, pode nos afetar por passar a mensagem que ela é passível de acontecer em qualquer momento. Quando a perda se dá de pessoas muito próximas, o impacto ainda é maior, gerando, portanto, um luto que pode ser prolongado (CAVANAUGH; BLANCHARD, 2011).

Uma das mais doloridas perdas constitui a morte dos pais. O vínculo entre pais e filhos é único e significativo. A morte deles impacta profundamente a vida de uma pessoa (VIORST, 2011).

Foi ter perdido meus pais, ter perdido a minha família, porque eu perdi meus irmãos. Perdi três irmãos né? Perdi minha mãe, meu pai foi a perda maior que eu já tive. (Regina)

A perda dos pais para uma pessoa na maturidade, muitas vezes, é compreendida pela sociedade como menos dolorida, pois não se espera que um pai de oitenta anos com comorbidades ainda viva muito. O próprio filho entre seus cinquenta e sessenta anos, por

vezes, se surpreende com a sua reação frente à morte dos pais. No entanto, ainda que seja esperada, é um dos lutos mais doloridos (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

Outra perda dolorida vivenciada pelos participantes foi a perda de um companheiro de vida, a viuvez. A depender do grau de afetividade e de como se desenrolou a vida conjugal, a perda do ente querido pode manifestar reações tanto psicológicas quanto físicas (TURATTI, 2012).

Quando vivenciada na juventude, a viuvez corta os projetos construídos para uma vida a dois e se vivencia a dificuldade em criar os filhos sem a presença do outro; no entanto, as inúmeras tarefas a serem realizadas no dia a dia levam a postergar o seu próprio luto para atender e cuidar do luto de cada um dos filhos. Já na velhice, sem os filhos em casa e com muitas tarefas já cumpridas, há um maior tempo para refletir, revisar a relação e conectar consigo mesmo (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015).

A perda de um companheiro de vida deixa o outro desprotegido e só, com sua própria solidão existencial.

Aí perdi o segundo marido, porque eu sou viúva duas vezes. Eu perdi o pai dela, eu tinha dezenove anos, com um tempo depois eu me casei de novo, aí... faz dezessete anos que eu perdi o segundo. (Regina)

A viuvez sobrecarrega a velhice com o peso da solidão contínua. Perde-se o companheiro de muitos anos e de uma vida construída a dois em que permanece uma sensação de vazio. Perde-se também a garantia do status social e familiar, a segurança do vínculo, a tranquilidade de ter com quem envelhecer, a estabilidade econômica e a sensação reconfortante de ter que contar com alguém (JARAMILLO; FONNEGRA, 2015; TURATTI, 2012).

Na velhice, ao fazer uma retrospectiva de vida, as pessoas idosas analisam não apenas as adversidades ao longo de sua trajetória, mas também as perdas vivenciadas, sejam elas tangíveis ou intangíveis (ERIKSON, 1998). A forma como se percebe a perda e se vivencia o sofrimento determina se a pessoa continuará se lamentando mergulhada no luto ou se será capaz de superar a sua dor (VIORST, 2011).

Quando são capazes de reconhecer suas perdas e conquistas e atribuir um significado a elas, a pessoa vivencia a integridade (ERIKSON, 1998). Apesar de todos os participantes possuírem uma doença avançada e sem cura e terem sofrido inúmeras perdas, eles optaram por vivenciar a integridade ao invés do desespero.

4.2.1.3.3. Suporte social

Em uma perspectiva desenvolvimental, a resiliência se constrói ao longo de toda a vida e o suporte social, sendo um dos componentes do repertório de resiliência, influencia significativamente no desenvolvimento dela (LIU et al., 2017; PHILLIP, et al., 2011).

De acordo com a teoria de Erik Erikson, na velhice, a personalidade continua a se desenvolver (ERIKSON, 1998). Nesse contexto, os participantes ressaltaram a importância do suporte social como um fator para o desenvolvimento da personalidade resiliente na velhice e no adoecimento.

Humanos são seres sociais que buscam se conectar com os outros, procuramos um parceiro para a vida toda, formar uma unidade familiar e tendemos a permanecer em grupo ao invés do isolamento (MURRAY; ZAUTRA, 2011). Em um estudo realizado com adultos e idosos com uma patologia renal; o apoio social, com destaque para o suporte familiar, foi um fator que facilitou o enfrentamento da doença e recuperação do paciente (SILVA et al., 2016).

Há dois tipos de suporte social: o suporte recebido que foi providenciado para uma pessoa, e o suporte percebido que a pessoa acredita estar disponível para ela. O suporte social também pode variar de acordo com a função para qual eles servem; sendo assim o suporte recebido ou percebido pode ser: instrumental, também chamado de suporte tangível ou material (exemplo, o aluguel do carro); informacional (exemplo, informações de como fazer sua tarefa); e emocional (exemplo, as pessoas falarem que se importam com você) (GURUNG, 2010).

Na análise de conteúdo foram explicitadas as diferentes formas de suporte social que receberam e que foram classificadas a partir da ajuda instrumental: contribuição para a higiene da casa, quando a fadiga relacionada ao adoecimento não permitiu continuar a realizar seus afazeres diários; e contribuição financeira, quando houve um aumento de gastos com o tratamento e a renda atual ficou insuficiente.

Eu tenho amigos que vem sempre, amigos, mulheres, principalmente mulher, logo ela vai na louça vê que tem coisa, vai limpa. Até homem que limpa para mim. Tenho minhas amigas, e graças a Deus, de mulheres, de mulheres e homens. Graças a Deus, não tem nada que reclamar. E sim, o meu filho caçula! Não, não tem motivo nenhum, meu filho, ele me ajuda financeiramente, ele me dá dinheiro. (Samuel)

O impacto financeiro do diagnóstico de câncer é significativo . A magnitude do fardo financeiro resultante é determinado por uma multiplicidade de fatores, incluindo a extensão da doença, renda familiar e nível socioeconômico (FENN et al., 2014).

Um estudo realizado nos Estados Unidos com sobreviventes de câncer acima dos 18 anos apontou que o impacto financeiro na qualidade de vida é maior que a idade, educação, raça/etnia e renda familiar (FENN et al., 2014). Para os participantes da pesquisa, o impacto financeiro foi significativo e representou uma das fontes de ansiedade, sendo que o suporte financeiro contribuiu para minimizar os seus efeitos.

Portanto, o suporte financeiro pode ter uma influência importante na qualidade de vida daqueles que enfrentam uma doença oncológica. E embora os participantes deste estudo fossem atendidos pela rede pública, os gastos com o tratamento permaneceram elevados, incluindo: exames particulares a fim de agilizar o tratamento, compra de medicamentos não fornecidos pela rede pública e gastos com o transporte.

Na fala a seguir, é explicitado o esforço conjunto dos familiares para que a paciente tivesse acesso às sessões de quimioterapia.

Mas eles fizeram uma vaquinha para comprar combustível, porque carro na família não falta, tem muito carro, mas o combustível né?(Maria)

Considerando o impacto, advindos das dificuldades financeiras que sobrevêm com o diagnóstico de câncer, pode-se apreender que o suporte instrumental, materializado nas contribuições dos afazeres diários e nas contribuições financeiras representou um apoio muito importante para os participantes do estudo e, portanto, favoreceram a resiliência no envelhecimento e adoecimento (LIU et al., 2017).

4.2.2. SEGUNDO EIXO: O CICLO DO ADOECIMENTO

O eixo o ciclo do adoecimento faz referência à percepção dos participantes acerca do processo de adoecimento, que na narrativa foi marcado por angústias e dificuldades de acesso ao tratamento. Destaca-se a trajetória do adoecimento desde a percepção dos sinais da doença em seus corpos, enfoca o diagnóstico até o momento que conseguiram acesso ao tratamento.

É possível extrair da narrativa que a percepção dos participantes sobre uma doença que ameaça a vida foi de uma experiência estressante e com muitas dificuldades de acesso ao tratamento que contribuíram para ampliar a vivência do estresse.

Percebe-se que a resiliência construída ao longo da vida se sobressaiu para lidar com o estresse vivenciado, as estratégias de enfrentamento utilizadas contribuíram para que os participantes pudessem lidar com o estresse a partir de uma perspectiva positiva (SEERY; QUINTON, 2016).

O eixo, portanto, versa sobre os principais estressores relacionados ao adoecimento e inclui uma única categoria denominada *fatores estressores*, com as seguintes subcategorias: *sinais da doença, suspeita da doença, a má notícia e o acesso ao tratamento*.

4.2.2.1. Categoria 1: Fatores estressores

As palavras de maior destaque da categoria foram: *médico, disse, volta, doutor, cheguei, senhor*, que foram relacionadas ao processo de adoecimento e a busca incessante para conseguir acesso ao tratamento.

A categoria 1 foi a que apresentou maior quantidade de UCE e representa 39% de todo o discurso, foi a temática mais discutida pelos participantes e, provavelmente, consistia em um tema que os afligia e que sentiam a necessidade de escuta.

A escuta terapêutica constitui uma estratégia de intervenção em saúde que é comprovadamente benéfica, ela é capaz de sustentar a relação de ajuda a fim de permitir que o paciente elabore e organize suas emoções, minimizando angústias e o sofrimento do assistido (MESQUITA; CARVALHO, 2014).

Os participantes referiram inúmeros estressores durante o processo de suspeita, descoberta e tratamento da doença. Os principais fatores estressores se referiram aos sinais da doença que levaram os participantes a suspeitar de uma patologia maligna, e a trajetória fatigante com inúmeros encaminhamentos até o momento do diagnóstico e, posteriormente, outros percalços até conseguir acesso ao tratamento.

A longa trajetória relacionada ao adoecimento levou os participantes a acreditar que o que se vivenciava estava além de suas capacidades; a situação parecia fugir do controle, trazendo aflição e angústia (ATKINSON et al., 2002).

Nessa perspectiva, narraram uma trajetória longa que parecia ter serenado quando conseguiram acesso ao Hospital Universitário de Brasília, saber que seriam tratados em um ambiente que referiram terem se sentido acolhidos contribuiu para minimizar o estresse.

No HUB, os pacientes, antes de começarem o tratamento no CACON, participam de uma palestra fornecida pela psicóloga com o intuito de informá-los sobre como será o processo do tratamento, retirar dúvidas e permitir a troca de experiências.

A intervenção psicológica constitui uma ferramenta que contribui para o controle emocional e para o enfrentamento da doença, minimizando os efeitos do estresse (SCANNAVINO et al., 2013). Pode-se inferir que o apoio psicológico contribuiu para que os participantes lidassem de uma forma mais serena com o estresse.

Do mesmo modo, é importante destacar que os participantes do estudo fazem parte de um conjunto de pessoas que ao longo da vida foram capazes de desenvolver a resiliência e, por já utilizarem estratégias resilientes, foram capazes de lidar com os estressores de uma forma mais suave (SEERY; QUINTON, 2016).

A seguir, é descrito de forma detalhada a experiência dos estressores subsequente ao adoecimento: sinais e sintomas da doença, a suspeita da doença, a má notícia e o acesso ao tratamento.

4.2.2.1.1. Sinais e sintomas da doença

O câncer consiste em um crescimento de células que invadem os tecidos e órgãos, criando massas que alteram a estrutura inicial de um órgão e que podem, inclusive, espalhar-se para outras regiões do corpo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A descoberta de massas no próprio corpo com alteração de um órgão levanta suspeita de uma doença oncológica. A seguir a fala de um dos participantes ao relatar o primeiro sinal do câncer em seu corpo.

Ela disse: doutor, tem um caroço debaixo da língua, bem aqui, ela meteu o dedo, caroço duro é esse.(Alexandre)

A atenção aos sinais e sintomas do câncer é essencial para um diagnóstico ainda em um período que a doença não avançou, infelizmente, há muitas barreiras que contribuem para postergar o diagnóstico e frequentemente os sintomas apenas são percebidos quando a doença está em um estágio mais avançado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Na população idosa com doença oncológica, os principais sintomas que os acometem incluem: dor, fadiga, delirium, ansiedade, depressão, caquexia, anorexia, náuseas, vômitos e dispneia (ALEXANDER et al., 2016). No presente estudo, os sintomas mais mencionados pelos participantes foram a dor e a anorexia.

4.2.2.1.2. A experiência da dor

A dor, inicialmente, referida pelos participantes como um sinal que os levou a buscar atendimento do serviço de saúde, era uma experiência desagradável que não conseguiam ignorar; foi também mencionada como um sintoma incessante que prejudicava a qualidade de vida deles.

Realmente já estou quase que um mês aqui já de novo, entendeu? Mas eu não, eu não sei como é essa doença, porque olha, o que eu estou sentindo mesmo, vou falar aqui para você, essa dor aqui não pára. (Eduardo)

A dor oncológica é frequentemente considerada uma dor mista, apresentando um componente nociceptivo em que as vias nociceptivas se encontram preservadas, resultante do crescimento do tumor e das metástases; e um componente neuropático em que as vias nociceptivas apresentam alterações na estrutura e ou função, geralmente resultante da compressão do tumor em estruturas neurais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Nos pacientes com câncer, a dor neuropática apresenta uma prevalência mais baixa (33%) em relação à dor nociceptiva (72%). Nos pacientes em cuidados paliativos, cerca de 64% a 93% dos pacientes apresentam uma dor intensa, de início súbito com pico em cinco minutos, conhecida como dor incidental, sendo que a prevalência costuma aumentar com o avanço da doença e com a intensidade da dor basal (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A dor é um dos sintomas mais comuns vivenciados por pessoas idosas com câncer e é difícil de ser avaliado e manejado por sua natureza subjetiva. As consequências de um mau manejo da dor incluem: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, problemas cardiovasculares, delirium, insônia, comprometimento funcional e aumento da utilização do sistema de saúde (ALEXANDER et al., 2016).

Os participantes mencionaram a dor como um sintoma insistente que maltratava a pessoa exaurindo a sua energia psicológica e física; assim, a ansiedade pôde ser inferida como uma das consequências da dor experimentada pelos idosos do estudo; também narraram uma diminuição de atividades no seu dia a dia, sugerindo um comprometimento funcional.

A fim de compreender as vivências de idosos com dor oncológica, um estudo realizado no Rio Grande do Sul encontrou a experiência da dor total ao identificar as questões existenciais envolvidas: limitações na vida diária imposta pela dor, privando os idosos do convívio social e profissional; impacto no apetite e sono, com conseqüente impacto na qualidade de vida; dificuldade de interação com pessoas, resultando em isolamento; emersão de questões existenciais questionando qual o real sentido de se viver com dor, culminando em desânimo e, em alguns casos, levando a pensamentos suicidas (RETICENA et al., 2015).

A dor pode ser, portanto, uma experiência desesperadora que leva a pessoa ao seu limite (RAO, 2016). Na fala a seguir, uma participante relata o medo de sentir o mesmo

sofrimento que viu seu pai passar, mas logo tenta afastar a ideia pensando em outras possibilidades para a sua finitude.

A doença, ela só vai te dar dores, porque meu pai teve muitas dores. Quando estiver na fase terminal... e quem é que me garante que eu vou morrer de câncer? Como eu já tive amigas que estavam fazendo tratamento do câncer, tirou quase o pulmão todo, a metade da parte do pulmão... morreu de ataque no coração.(Eliana)

Nessa perspectiva, morrer de ataque do coração poupa a pessoa de um sofrimento além do que ela acredita ser capaz de suportar. Logo, percebe-se que a vivência da dor ou mesmo a possibilidade dela, imbuída de todo o sofrimento que a acompanha, constituiu um fator estressor para os participantes deste estudo.

Em cuidados paliativos, a dor não constitui uma dimensão unicamente física, também inclui componentes sociais, psicológicos, espirituais e emocionais que culminam com a experiência da dor total com todas as dimensões indissociáveis do sofrimento humano (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; RAO, 2016).

Apesar de muitos referirem um período prolongado de sofrimento, alguns participantes declararam que com o início do tratamento, incluindo a quimioterapia paliativa e o uso de analgésicos, a dor havia cessado.

E agora que estou fazendo esses tratamentos, a dor sumiu dos meus peitos. (Maria)

Na perspectiva paliativa, o alívio do sofrimento é primordial, a dor deve ser controlada a fim de proporcionar a melhor qualidade de vida possível para quem enfrenta uma doença avançada e sem cura (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

4.2.2.1.3. A anorexia

A anorexia foi outro sintoma referido pelos participantes que consiste na perda do apetite e que geralmente vem acompanhada com perda de peso em pacientes com câncer (ALEXANDER et al., 2016).

E cortava meu apetite, minha fome, eu não suportava ver a comida mesmo, eu cheguei para cá com sessenta quilos. (Samuel)

Inicialmente, a anorexia está associada a um processo natural da doença oncológica; posteriormente, ela continua a progredir com o crescimento tumoral e aumento de metástases.

Além da própria doença, pode estar relacionada às náuseas, aos vômitos e, inclusive, ao tratamento para combater o tumor (SILVA, 2006).

Os participantes do estudo referiram a anorexia antes e após iniciar o tratamento, corroborando com os dados do estudo ao sugerir a associação dela tanto com o processo natural da doença quanto com o tratamento.

Um estudo realizado com 824 pacientes com câncer avançado em Taiwan identificou que os sintomas prevalentes nessa população foram: dor (78,4%), anorexia (64,4%) e constipação (63,5%) (TAI et al., 2016). Sabe-se que a dor também pode ser um dos preditores da anorexia por reduzir o apetite (RETICENA et al., 2015).

Estes dados confirmam o estudo, já que os participantes da pesquisa referiram que a dor, em muitos momentos, reduzia o apetite; narraram que preferiam tomar medicamento ao invés de comer; não conseguiam sentir vontade de se alimentar quando estavam com dor e, por isso, preferiam a medicação à comida. Por outro lado, relataram a insistência de familiares para que se alimentassem e, assim, comiam ainda que sem vontade.

Em pessoas idosas, a anorexia se dá em decorrência de inúmeros fatores, incluindo fatores sociais, físicos, psicológicos e fatores médicos (SOENEN; CHAPMAN, 2013). Percebe-se que ainda que o adoecimento tivesse um impacto significativo na redução do apetite, o contato próximo com os familiares que os estimulava a comer evitava que os efeitos da anorexia fossem ainda mais severos.

A perda do apetite culmina com a perda de peso. Na velhice, a perda de peso é associada a efeitos adversos: perda de massa muscular que pode impactar na funcionalidade da pessoa idosa e doenças malignas (SOENEN; CHAPMAN, 2013).

Em processo de adoecimento, a anorexia se associa ao aumento da atividade inflamatória, com reduzida capacidade de absorção intestinal e perda de massa muscular por estados hipercatabólicos, caracterizando uma perda de peso acentuada que não pode ser inteiramente atribuída à baixa ingestão calórica, mas ao estado de caquexia (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; ALEXANDER et al., 2016).

A caquexia é muito frequente em pacientes com câncer e difere da anorexia pelo hipercatabolismo, consiste em um mau prognóstico, e é um preditor para a piora da qualidade de vida das pessoas que a desenvolvem (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; ALEXANDER et al., 2016). A partir da análise de prontuário, pôde-se identificar o registro de que alguns participantes da pesquisa já se encontravam no estado de caquexia.

4.2.2.1.4. Suspeita da doença

A partir dos sinais manifestados em seus próprios corpos, os participantes começaram a suspeitar de uma doença mais grave, buscaram atendimento de saúde e relataram inúmeros encaminhamentos até o momento do diagnóstico.

Em geral, os pacientes são os primeiros a proceder ao seu diagnóstico, eles detêm os elementos principais e, durante o atendimento médico, esperam apenas a confirmação da análise que já iniciaram (COLLIÈRE, 2001).

Ao longo do discurso, os participantes referiram inúmeros encaminhamentos que progressivamente aumentavam a suspeita da doença.

Ele falou: olha eu vou te encaminhar para um médico que tem noventa e tantos por cento de ser câncer, e o doutor é especialista em câncer. (Fernando)

O médico, ao anunciar a alta probabilidade de um tumor, contribui para reafirmar a suspeita de uma doença maligna, preparando o paciente para o possível diagnóstico. A comunicação de suspeitas e incertezas é essencial para o processo de elaboração do adoecimento; assim, a comunicação entre médico e paciente não deveria ser unicamente no momento do diagnóstico, mas ao longo de um processo que envolve momentos de impasse e indeterminação (ALBY et al., 2016).

Um estudo realizado na Itália buscou analisar as formas de comunicação de oncologistas diante da incerteza e encontrou três formas utilizadas por esses profissionais: 1) alternando más notícias incertas com boas notícias certas, 2) antecipando cenários, e 3) Adivinhando resultados de testes (ALBY et al., 2016).

Na primeira alternativa, o oncologista comunica notícias ruins incertas ao alternar com boas notícias que são certas. Ao alternar entre esses dois padrões, o oncologista informa o que é necessário, buscando um equilíbrio entre as informações fornecidas (ALBY; et. al, 2016).

Ao antecipar cenários, ao invés de esperar pelos resultados dos testes, o oncologista projeta possíveis resultados, incluindo desfechos negativos. Assim, o médico reduz a incerteza limitando a escolha futura de um tratamento a um pequeno conjunto de opções logicamente restritas enquanto começa a moldar o processo de tomada de decisão (ALBY et al., 2016).

Por fim, ao buscar adivinhar os resultados dos testes, o oncologista faz previsões e tenta adivinhar o seu resultado com base nas evidências científicas disponíveis e experiência

passada de casos semelhantes a fim de preparar o paciente para uma possível notícia ruim (ALBY et al., 2016).

Uma pesquisa realizada com mulheres que buscou analisar a experiência do estresse antes e depois da biopsia de mama e encontrou que tanto pacientes que tiveram resultados positivos quanto negativos da biopsia vivenciaram estresse e um impacto negativo na qualidade de vida antes e após o procedimento, evidenciando que apenas a suspeita da doença pode ser um fator estressor (KAMATH et al., 2012)

Os participantes deste estudo narraram o período de suspeita da doença como angustiante e estressante; a cada novo encaminhamento para diferentes médicos e a cada novo exame solicitado, aumentava-se a ansiedade e a suspeita de uma doença grave até o momento de sua confirmação.

Quando eu cheguei, o médico falou: rapaz, eu vou te encaminhar, me encaminhou para fazer um exame numa clínica lá. (João)

O doutor lá em Planaltina que descobriu a próstata, vou contar como diz, eu fiquei assim... se for que Deus cura, ele disse também: você está com indício de câncer. (Alexandre)

A suspeita de uma doença oncológica e a sua confirmação deixaram os participantes do estudo desorientados, ainda que suspeitassem de uma doença maligna, a cada exame que se aproximava do diagnóstico e confirmava a doença, os deixava com a sensação de estarem perdidos e sem reação.

4.2.2.1.5. A má notícia

Apesar de já suspeitarem da doença, a má notícia não deixou de ter um impacto significativo na vida dos participantes. As reações variavam desde tentativas de negarem a doença às tentativas de se aproximarem de Deus barganhando a cura (KÜBLER-ROSS, 1996).

Alguns relataram não acreditarem que os resultados dariam positivos, ainda que no seu íntimo já sabiam do diagnóstico desde a primeira consulta; outros, logo após a notícia, relataram buscar um templo religioso para se conectarem com um ser transcendental e rogar por sua vida.

Embora, a má notícia se associe às perdas e tenha o potencial de destruir sonhos e esperanças, modificando negativamente e radicalmente as expectativas que o doente faz do

seu futuro, os participantes do estudo foram unânimes em afirmar que gostariam de saber do diagnóstico (PEREIRA et al., 2013).

Eu disse: qual é a notícia ruim doutor? Se amarrando né? Uma conversinha para aqui para acolá, eu digo: eu já sei, pode abrir a boca e falar a verdade! (João)

Frequentemente profissionais da saúde ficam presos ao dilema: Devo ou não contar ao paciente? No entanto, o foco da questão não deve ser esse, a mentira piedosa em nada contribui, a informação é um direito do paciente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Um estudo realizado no Brasil com quinze oncologistas identificou a dificuldade no anúncio de uma má notícia, desencadeando conflitos morais e questionamentos sobre a relação que se estabelece entre a revelação da verdade e os princípios da beneficência e da autonomia do paciente (GEOVANINI; BRAZ, 2013).

Os conceitos de beneficência e não maleficência são complementares e indicam que toda intervenção deve visar ao bem e não promover o mal seja físico, psíquico ou emocional ao paciente. Já o princípio da autonomia, diz respeito ao direito dos indivíduos tomarem suas decisões (BRASIL, 2012).

No entanto, a autonomia só pode ser verdadeiramente exercida quando há acesso à informação, ou seja, quando o paciente compreende o seu quadro de saúde para poder, enfim, decidir sobre ele. (PEREIRA et al., 2013). Nesse sentido, de acordo com a filosofia paliativista, não cabe ao médico questionar o que deveria ser informado ou não ao paciente, deveria ser discutido como informar, considerando o que o paciente gostaria de saber (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Informar más notícias constitui uma tarefa complexa que exige além da capacidade de comunicação verbal no fornecimento da notícia e engloba lidar com o estresse criado pelas expectativas de cura e o dilema de lidar com a esperança de pacientes mesmo quando a situação é sombria (BAILE et al., 2000).

Nesse contexto, foi criado o protocolo SPIKES que abrange outros elementos além da comunicação verbal que são considerados importantes para a comunicação de más notícias. O protocolo apresenta seis etapas: 1) preparando para a entrevista; 2) avaliando a percepção do paciente; 3) obtendo o convite do paciente; 4) fornecendo informação e conhecimento ao paciente; 5) respondendo as emoções do paciente com empatia; 6) estratégia e resumo (BAILE et al., 2000; PEREIRA, et al., 2013).

A primeira etapa constitui uma preparação para a conversa, isto é, uma preparação mental do próprio profissional de saúde revisando o plano de como poderá dizer ao paciente e responder as suas reações; mas também abarca o preparo do ambiente, a busca por um local que garanta a privacidade, e dar a possibilidade ao paciente de escolher, se for da vontade dele, uma ou duas pessoas da família para participar da conversa (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

Posteriormente, o profissional da saúde busca conhecer a percepção do paciente sobre o seu estado de saúde antes de passar novas informações. A partir de perguntas abertas ao doente, é possível corrigir informação equivocada e adaptar a má notícia para a compreensão da pessoa (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

Na terceira etapa, obtendo o convite do paciente, o profissional deve buscar saber, por meio de perguntas abertas, o que o doente gostaria de saber sobre a sua condição de saúde. Caso ele não queira saber, é importante mostrar-se disponível caso surjam dúvidas no futuro (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

Apenas na quarta etapa serão fornecidas informações e conhecimento ao paciente, neste momento, devem ser evitados os termos técnicos, é preciso buscar explicar na linguagem da pessoa, e a informação deve ser dada aos poucos, sempre buscando verificar se ela está compreendendo (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

A quinta etapa, respondendo as emoções do paciente com empatia, constitui uma das mais desafiadoras, já que as reações podem variar muito desde o choro até a raiva; é preciso identificar a emoção que o paciente vivencia e buscar conectar com ela. É preciso abrir um espaço para que o paciente possa falar sobre seus sentimentos, e o profissional deve mostrar-se aberto para ouvir e conectar com a emoção da pessoa (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

Por fim, a última etapa, estratégia e resumo, só deve prosseguir se o paciente estiver disponível no momento para tal discussão; sendo assim, o médico, em conjunto com o paciente, deve buscar um plano de tratamento, pois pacientes que possuem um plano certo para o futuro têm uma menor probabilidade de experimentarem incerteza e ansiedade (BAILE et al., 2000; PEREIRA et al., 2013).

Nesse contexto, é possível apreender que é preciso preparo para o anúncio de más notícias, pois ela é capaz de impactar negativamente a qualidade de vida da pessoa que a recebe, trazendo incerteza, sofrimento, estresse e ansiedade (PEREIRA et al., 2013).

Os participantes do estudo referiram o momento do diagnóstico como um período de hesitação por parte do profissional da saúde, o que acabou ampliando a experiência do

estresse, a sensação de insegurança passada pelo profissional impactou na relação entre paciente e médico, já que alguns participantes referiram incerteza se o profissional havia comunicado toda a informação. Nesse contexto, a comunicação efetiva se destaca como uma importante ferramenta para minimizar os efeitos do estresse (PEREIRA et al., 2013).

4.2.2.1.6. O acesso ao tratamento

Apesar dos sentimentos negativos derivados do recebimento da má notícia, para os participantes, o maior fator estressor não foi ter descoberto a doença, mas sim o acesso penoso ao tratamento. Na categoria Fatores estressores, as principais falas se referem ao percurso desde o diagnóstico até conseguir acesso ao tratamento.

Cinco participantes tiveram que mudar de estado de residência em busca de acesso ao tratamento adequado; relataram inúmeras dificuldades e perdas nesse processo, destacam-se: a perda do conforto de estar em sua casa e a perda do contato direto e contínuo com familiares.

Também relataram a angústia de buscar um tratamento para uma doença que acreditavam ser grave, mas que não sabiam ao certo o que seria. Na fala a seguir, um participante narra a mudança de estado de residência a fim de esclarecer os sinais e sintomas que percebia em seu corpo e buscar um tratamento adequado.

Vim para aqui, porque as coisas estavam meio embaraçadas da vida, mas o cara constatou lá diabetes, eu vim para cá fazer esse tratamento. Quando eu cheguei, o médico falou: rapaz, eu vou te encaminhar; me encaminhou, fazer um exame numa clínica lá... (João)

Na fala do participante ficou evidenciado o desconhecimento sobre a sua condição de saúde. No nordeste, onde morava, apenas havia sido identificada a diabetes, mas mesmo assim, ele quis vir para Brasília buscar um tratamento para os sintomas que sentia.

Estudos comparativos entre as regiões do Brasil constataram oferta reduzida de serviços de saúde no nordeste quando comparado com outras regiões, e desigualdades inclusive na qualidade dos serviços prestados em que os usuários da região nordeste relataram pouca confiança nos serviços de saúde ofertados (RODRIGUES, 2005; RODRIGUES, 2008).

No extrato acima, identifica-se a falta de confiança do participante no diagnóstico que foi dado. Para ele, os sinais e sintomas em seu corpo sinalizavam algo mais complexo que diabetes, assim buscou incessantemente acesso a um serviço que fornecesse um novo

diagnóstico, confirmasse sua suspeita e que oferecesse um tratamento de qualidade (COLLIÈRE, 2001).

Ao longo de sua trajetória, o mesmo participante relata a necessidade de forçar o acesso ao serviço de saúde. Narrou um episódio em que fez bexigoma e, ao apresentar grande dificuldade para urinar, buscou atendimento particular de saúde a fim de que o atendimento fosse agilizado; no entanto, referiu demora demasiada para ser atendido e, sem mais conseguir suportar a dor, forçou o acesso.

Entramos num corredorzinho assim, vi a sala que estava lá, aí eu digo: vou entrar nessa sala; [genro:] homem, mas você é doido; eu digo, eu vou entrar, não aguento não. Aí eu fui, bati na porta, aí o médico disse: é a sua vez? Eu digo, não era não, mas vou entrar... (João)

No entanto, ao ser atendido pelo médico, é informado que o procedimento que precisaria ser feito, cateterismo vesical, não era realizado na emergência do hospital que estava e que, portanto, deveria buscar atendimento em um hospital público. Já impaciente com a dor que sentia, o participante relata ter forçado acesso também no hospital público ao ingressar diretamente pela entrada das ambulâncias.

Ao longo do discurso do participante, é possível apreender o desespero em empenhar-se para conseguir acesso em uma situação de emergência. Transparece a vulnerabilidade da pessoa humana que busca, continuamente, controlar o fator estressor do adoecimento sem sucesso; a sensação de controle sobre a experiência estresse é capaz de minimizar os efeitos dele (ATKINSON et al., 2002).

Um estudo realizado com seis pacientes oncológicos de ambos os sexos em Cuiabá encontrou como as principais barreiras: a descoberta da doença e as dificuldades de acesso ao tratamento; incluindo a demora no diagnóstico, dificuldades no acesso a exames, os efeitos colaterais e as barreiras para se realizar o tratamento (BATISTA et al., 2015). Os achados do estudo corroboram com os resultados da pesquisa, já que os participantes referiram as mesmas barreiras, incluindo o diagnóstico tardio e o acesso penoso ao tratamento.

Aproximadamente dois terços das mortes por câncer no mundo se dão em países subdesenvolvidos em decorrência do diagnóstico tardio, sendo que há uma tendência para o aumento de doenças não transmissíveis devido ao envelhecimento populacional e a crescente longevidade que têm elevado o número de pessoas idosas em múltiplas partes do mundo. Em 2030 há uma projeção do aumento do número de mortes por câncer de 8,2 milhões para 12,6

milhões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A detecção do câncer quando a doença ainda está nos seus estágios iniciais reduz a mortalidade associada a ela. No entanto, frequentemente, o diagnóstico de câncer se dá em estágios avançados, resultando em altos custos e maior morbidade. Mesmo em países com um forte sistema e serviços de saúde, muitos casos de câncer são detectados em estágios avançados, culminando com o início do tratamento em fases avançadas da doença e, muitas vezes, sem cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Além das dificuldades em conseguir acesso ao tratamento, os participantes da pesquisa referiram dificuldades em mantê-lo, relataram problemas na infraestrutura dos serviços de saúde que culminaram com a necessidade da mudança do estado de residência. Na fala a seguir, o participante relata que teve que sair de Brasília para o Rio de Janeiro a fim de buscar tratamento, já que o aparelho de radioterapia havia sido danificado.

Muita gente saiu né? Procurar outro estado, diz que a máquina quebrou, uns fala que sim, uns fala não, ai tive que sair, nessa saída custou mais um mês, atrasou, porque lá foi perdição, lá no Rio de Janeiro... (Samuel)

O participante considerou esse período como um atraso em seu tratamento, não se sentiu bem atendido no Rio de Janeiro e, após o aparelho ter sido consertado, voltou para Brasília.

Sabe-se que a detecção e início precoce do tratamento são essenciais para pessoas com câncer, um estudo realizado com 54 mulheres em Pernambuco buscou investigar os aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento das pacientes com câncer de mama e encontrou três principais razões: atrasos relacionados ao indivíduo, atrasos relacionados aos profissionais de saúde, e atrasos relacionados aos provedores de saúde (PAIVA; CESSE, 2015).

Os atrasos relacionados ao indivíduo se referem ao baixo nível de percepção dos sintomas, inclui também barreiras de acesso e ineficácia das estratégias de rastreamento. Atrasos relacionados aos profissionais da saúde se refere à ineficácia da atenção básica em detectar tais sintomas, evidenciando a necessidade de treinamento destes profissionais. E, por fim, atrasos relacionados aos provedores de saúde podem ser verificados na desestruturação da rede de assistência insuficiente e concentrada, o que promove a sobrecarga dos centros especializados (PAIVA; CESSE, 2015).

O Centro de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) do Hospital Universitário de Brasília, local em que foi realizada a pesquisa, é uma unidade de tratamento especializado e ambulatorial de pacientes com câncer. Em junho de 2013 foi ampliada a carga horária dos profissionais a fim de desafogar a fila de espera para radioterapia e quimioterapia do Distrito Federal (EBSERH, 2013).

Percebe-se, por conseguinte, uma grande demanda para o tratamento e poucos centros especializados, o que sobrecarrega os serviços existentes, refletindo em um acesso longo e com percalços para os usuários.

O acesso penoso com vários encaminhamentos, sem dúvida alguma, constitui um estressor. Por outro lado, ao conseguir admissão no sistema público de saúde, quando o tratamento é realizado em caráter de urgência, também se configura em uma experiência estressante, como evidenciado na fala a seguir:

Leva ela urgente para lá, leva esse exame para ela fazer o acompanhamento lá. Quando eu cheguei, a médica olhou, já pediu logo a cirurgia, já fui encaminhada logo para a cirurgia. (Regina)

O extrato acima se refere ao momento em que a paciente conseguiu acesso ao sistema público de saúde, mas precisou ser encaminhada com certa urgência, configurando uma situação estressante já que a cirurgia não havia sido prevista, sendo que a possibilidade de prever eventos contribui para minimizar os efeitos do estresse (ATKINSON et al., 2002).

Ao longo da entrevista, a participante referiu ter identificado previamente dois nódulos em seu seio, mas por medo do diagnóstico de uma doença maligna, preferiu ignorar o sinal e escondeu por meses de sua filha até o momento em que decidiu conversar com ela e buscar atendimento médico.

O estigma do câncer ainda constitui um obstáculo para o diagnóstico da doença, o medo de uma doença maligna com todo o sofrimento oriundo dela e a associação da patologia com a morte dificulta que as pessoas busquem esclarecer os sinais e sintomas que percebem em seus corpos, configurando um atraso relacionado ao indivíduo para a busca do tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; PAIVA; CESSE, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso dos participantes apontou para uma trajetória de vida difícil, permeada por adversidades e perdas. Narraram uma vida de luta, em moradias inadequadas, com dificuldades financeiras, poucas oportunidades de estudo e muito trabalho. O processo de envelhecimento foi interpretado como um privilégio e aceito com sentimento de gratidão. Dessa forma, o envelhecer foi visto sob uma lente positiva e considerado um processo natural, permeado por perdas e ganhos.

Sendo assim, o viver e envelhecer incluiu tanto perdas tangíveis quanto intangíveis. A perda tangível mais citada foi à morte de entes queridos, de pessoas significativas que faleceram deixando saudades. Por outro lado, as perdas intangíveis abrangeram certo ressentimento pelas poucas oportunidades de estudos impedindo-os de se qualificar para bons empregos a fim de conseguir uma melhor qualidade de vida.

No processo de envelhecer, o adoecimento foi percebido como um evento inesperado e gerador de grande estresse. Relataram os principais causadores do estresse: os sinais e a suspeita da doença, a má notícia e, sobretudo, o acesso ao tratamento. Os primeiros sinais da doença acenderam a luz de alerta que algo estava em desarmonia em seus corpos, pois, já suspeitavam de uma patologia maligna e ameaçadora da vida. Logo, iniciaram uma longa e penosa trajetória em busca de diagnóstico que culminou com o anúncio da má notícia, e com o início do tratamento.

O acesso ao tratamento constituiu o principal fator estressor: os inúmeros encaminhamentos, exames, e burocracia para realizá-los na rede pública; além dos atrasos com conseqüente prolongamento para o início da terapêutica, gerou sentimentos de angústia e ansiedade. Em decorrência do tratamento alguns precisaram mudar o local de residência, obrigando-os a deixar para trás a segurança de suas casas e a companhia dos amigos, isso acarretou perdas e muito desgaste físico e psicológico.

Sendo assim, pode-se apreender que para fazer frente às perdas e adversidades do envelhecimento e adoecimento, os participantes utilizaram diferentes estratégias de enfrentamento que incluíram: o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação.

O suporte espiritual foi a estratégia de enfrentamento mais referida e abrangeu: crer na providência divina, ter fé e exercer atividades religiosas. Referiram que a crença na providência divina ajudou a ressignificar o adoecimento, que foi compreendido como parte de um plano maior de Deus.

A fé possibilitou manter a esperança, à medida que se fortaleceram para lidar com as dificuldades do adoecimento. Por fim, a prática de rezas proporcionou a redução da ansiedade, decorrentes do estresse agudo provocado por uma doença oncológica avançada.

A acomodação, estratégia de enfrentamento que incluiu o ajuste flexível das preferências às opções disponíveis, também foi utilizada pelos idosos por meio da reestruturação cognitiva e aceitação. A partir do uso dessas estratégias, pode-se inferir que os participantes do estudo fazem parte de um grupo de pessoas que desenvolveu resistência à frustração e foi capaz de superar as adversidades.

As narrativas acerca do processo de viver e envelhecer indicam que o enfrentamento das perdas favoreceu o uso de estratégias de enfrentamento positivas, que ajudaram a forjar uma personalidade resiliente. Essa personalidade permitiu aos idosos lidar com o envelhecimento e manejar o adoecimento de uma forma positiva com o uso de estratégias classificadas como resilientes.

Ao longo do processo de viver, envelhecer e adoecer, ao invés de resignarem-se ou revoltarem-se frente às dificuldades, eles transformaram as adversidades em fortaleza. Sendo assim, foram capazes de perceber os aspectos positivos e reconheceram seus ganhos e conquistas ao invés de permanecerem focados nas perdas e dificuldades.

Nessa perspectiva, com base na teoria desenvolvimental de Erik Erikson, experimentaram integridade ao invés da desesperança, sendo capazes de reconhecer suas perdas, mas também suas conquistas e atribuíram um sentido às suas trajetórias de vida.

Conclui-se, a partir dos resultados do estudo, que a maneira como cada idoso enfrentou as adversidades ao longo de sua trajetória de vida pode significar uma oportunidade de fortalecimento pessoal, favorecendo o enfrentamento positivo de novos estressores. Nessa perspectiva, no âmbito do cuidado em saúde do idoso, é bastante recomendável buscar compreender a trajetória de vida de cada doente, a fim de identificar a forma de manejo das dificuldades ao longo da vida e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas.

Entende-se que esse tipo de compreensão ajuda a separar o que chama puramente de doença, ou seja, as alterações bioquímicas dos tecidos e órgãos que se manifestam em sinais e sintomas no corpo físico, mas que inclui um fenômeno complexo que decorre de crenças da pessoa, do seu ambiente, contexto familiar e psicossocial. Essa diferenciação constitui um marco importante no plano de cuidados centrado não apenas em protocolos, mas, sobretudo, na capacidade da pessoa de enfrentar os desafios no processo de viver.

Como limitações do estudo, cita-se o fato da pesquisa ter sido realizada em um único hospital, impedindo a comparação com outros idosos em situação semelhante e em cuidado paliativos de outras instituições.

Como contribuições do estudo, espera-se sensibilizar profissionais da saúde para a necessidade da escuta qualificada das pessoas idosas, buscando compreendê-las a partir de sua trajetória de vida e, assim, serem capazes de fornecer um cuidado de qualidade, personalizado e alinhado com a filosofia paliativista.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. P. O Brasil no século XX: a economia. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do século XX**. Rio de Janeiro: IBGE. 2006.

ABURN, G.; GOTT, M.; HOARE, K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. **Journal of Advanced Nursing**. v.72 n. 5, p. 980– 1000. 2016.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2º edição. ANCP. 2012.

ALBY, F.; Zucchermaglio, C.; Fatigante, M. Communicating Uncertain News in Cancer Consultations. **Journal of Cancer Education**. 2016.

ALEXANDER, K.; Jessica, G.; Korc-Grodzicki, B. Palliative Care And Symptom Management In Older Cancer Patients. **Clinics in Geriatric Medicine**. v. 32, N. 1, P. 45 – 62. 2016.

ALLEN, et. al. Resilience: Definitions, Ambiguities, and Applications In: RESNICK, B.; GWYTHYER, L. P.; ROBERTO, K. A. **Resilience in Aging: Concepts, Research and Outcomes**. Nova York: Springer. 2011. p. 1-14.

ANAUT, M. **Lá resilience: surmonter les traumatismes**. Lion: Armand Colin. 2005.

ARANHA, V. M. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

ATKINSON, R. L.; et. al. **Introdução à psicologia de Hilgard**. 13º edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

AZEVEDO, D. M. COSTA, R. K. S., MIRANDA, F. A. N. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE online**. v. 7, 2013. Disponível em: <

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3297> > Acesso em: 15 jun. 2017 às 14h.

BAILE, W. F.; et. al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**. Texas, n. 5, p. 302 – 311. 2000.

BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. Life span theory in developmental psychology. In: **Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development**. Vol. 1. 6th ed. Wiley online library. 2006.

BANÍK, G.; GAJDOŠOVÁ, B. Positive changes following cancer: posttraumatic growth in the context of other factors in patients with cancer. **Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 8, p. 2023–2029, ago. 2014.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo Com o Câncer: do Diagnóstico ao Tratamento. **Revista de Enfermagem UFSM**. v. 5, n. 3., p. 499-510. 2015.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, som e imagem: uma manual prático**. 10 ed. Petrópolis: vozes, 2012.

BEST, M.; et. al. Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic Review. **Psycho-Oncology**. v. 24, p. 977–986. 2015.

BURNS N, GROVE SK. **The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization**. 5th ed. St Louis: Elsevier, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei Nº 10.741. Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm > acessado em 18 jun. 2017 às 16h.

BRASIL. **Resolução 196**. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf > acesso: 29 abr. 2017 às 15h.

CAVANAUGH, J. C.; BLANCHARD-FIELDS FREDDA. **Adult development and aging**. 6ª edição. Cengage Learning, 2011. 551 p.

CAMARANO, A. A., et al. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2004.

CARPIGIANI, B. **Erik H. Erikson – Teoria do desenvolvimento psicossocial**. CARPSI: Serviços em psicologia saúde e gestão. Edição 7. 2010.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3641–3652, dez. 2015.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos, qualitativos, quantitativos e misto**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DÁTILLO, G. M. P. DE A.; MARIN, M. J. S. O Envelhecimento na Percepção de Idosos que Frequentam uma Universidade Aberta Da Terceira Idade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 23 dez. 2014.

DOCKENDORFF, D. C. T. Healthy Ways of Coping With Losses Related to the Aging Process. **Educational Gerontology**, v. 40, n. 5, p. 363–384, 2014.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4. 2007.

ERIKSON, J. **The life cycle completed: extended version**. Londres: W. W. Norton & Company.1998.

EBSERH. **Atendimento**. 2013. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/343421/2013-07-cacon-funciona-ate-as-22h > acesso: 26 abr. 2017 às 14h.

EBSERH. **Nossa História**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia> > acesso: 20 jun. 2017 às 14h.

FARBER, S. S. Envelhecimento e elaboração das perdas. **A terceira idade: estudos sobre envelhecimento**. São Paulo. v. 23, n.53, p.7-17. 2012.

FARINATTI, P. T. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 8, n. 4. 2002.

FEENEY, B. C.; COLLINS, N. L. A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. **Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc**, v. 19, n. 2, p. 113–147, 2015.

FENN, K. M.; et. al. Impact of Financial Burden of Cancer on Survivors' Quality of Life. **Journal of oncology practice**. v. 10, n. 5. 2014.

FERRETO, L. E. Representação social no envelhecimento humano. In: MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Rubio, 2010. 400 p.

FLACH, S. DE F. À educação e obrigatoriedade escolar no Brasil: entre a previsão legal e a realidade. **Revista HISTEDBR Online**, v. 11, n. 43, p. 285–303, 2011. Disponível em: < http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/43/art20_43.pdf > acesso: 14 jul. 2017 às 17h.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5. 2015, p. 1475-1495

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 33ª edição. Petrópolis: Vozes. 2008, 184 p.

FREITAS, E. V.; et. al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx: Editora Sagra Luzzatto, 2000.

GARBOIS, J. A. et al. Social determinants of health: the “social” in question. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1173–1182, dez. 2014.

GAWANDE, A. **Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista bioética**. v.21, v.3, p. 455-62. 2013.

GIACOMIN, K. C.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, v. 18, n. 9, p. 2487-2496. 2013.

GURUNG, R. A. R. **Health Psychology: a cultural approach**. Second edition. California. Cengage, 2010.

GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 793–804, dez. 2013.

GOMES, Antônio M.T.; SANTO, C. C. E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214>> acesso em: 22 maio 2017.

HAUG, S. H. K. et al. How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway. **Palliative & Supportive Care**, v. 13, n. 4, p. 1037–1048, ago. 2015.

HILDON, Z. et al. Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociology of Health & Illness**, v. 30, n. 5, p. 726–740, 1 jul. 2008.

HO, A. H. Y., et. al. Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. **Age and Ageing**. v.42, p. 455–461. 2013

HOSTETLER, A. J.; PATERSON, S. E. Toward a community psychology of aging: a lifespan perspective. In: BOND, M. A.; GARCIA, S.; KEYS, C. B. **APA Handbook of Community Psychology: Vol. 2. Methods for Community Research and Action for Diverse Groups and Issues**. 2017

HUTNIK, N.; SMITH, P.; KOCH T. What does it feel like to be 100? Socio-emotional aspects of well-being in the stories of 16 Centenarians living in the United Kingdom. **Aging & Mental Health**. v. 16, n.7, p.811-8. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016, 141p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estadiamento**. 2017. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54 > acesso em 18 de agosto de 2017 às 15h.

JARAMILLO, I. F.; FONNEGRA, L. J. **Los duelos en la vida**. Colômbia: Grijalbo; 2015. p.1-242.

KAMATH, J. et al. Symptom Distress Associated with Biopsy in Women with Suspect Breast Lesions. **International Scholarly Research Notices**, v. 2012, p. e898327, 2012.

KOENIG, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry**. p. 33. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 299.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Psychological stress and coping process. New York: McGraw-Hill. 1966. Apud NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psicologia. **Encontro: revista de psicologia**. v. 13, n. 19, 2010.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984. Apud NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psicologia. **Encontro: revista de psicologia**. v. 13, n. 19, 2010.

LIU, J. J. W.; REED, M.; GIRARD, T. A. Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. **Personality and Individual Differences**. v. 111, p. 111–118. 2017.

LUFT, L. **Perdas e Ganhos: edição comemorativa de dez anos**. Rio de Janeiro: Record, 2013.

MACARTNEY, J. I. et al. On resilience and acceptance in the transition to palliative care at the end of life. **Health (London, England: 1997)**, v. 19, n. 3, p. 263–279, maio 2015.

MACIEIRA, R. C.; PALMA, R. P. Psico-oncologia e Cuidados Paliativos. IN: SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 229 – 232.

MARIN, M. J. S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 147–154, 2012.

MAXFIELD, M.; et al. The Moderating Role of Executive Functioning in Older Adults' Responses to a Reminder of Mortality. **Psychology and Aging**, v. 27, n. 1, p. 256–263, 2012.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice**. São Paulo: ALEPH, 1993.

MESQUITA, A. C. et al. Therapeutic Listening as a health intervention strategy: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1127–1136, dez. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MURRAY, K.; ZAUTRA, A. J. Community resilience: Fostering recovery, sustainability, and growth. In M. Ungar (Ed.), **The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice** (p. 26). Nova York. 2011.

NEJAT, L. W. N.; CROWE, M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. **Contemporary Nurse**. 2016.

NETTO, M. P. Processo de Envelhecimento e Longevidade. In: NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

NICCOLI, T.; PARTRIDGE, L. Ageing as a Risk Factor for Disease. **Current Biology**, v. 22, n. 17, p. R741–R752, 11 set. 2012.

OLIVEIRA, E. K. S.; SILVA, J. P. Sentido de Vida e Envelhecimento: Relação entre os Pilares da Logoterapia e Bem-Estar Psicológico. **Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v. 2, n. 2, 22 dez. 2013.

OLIVEIRA, T. C.; MEDEIROS, W. R.; LIMA, K. C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 85-94, 2015

PAIVA, C. J. K.; CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 61, n. 1, p. 23-30. 2015.

PALGI, Y. et. al. Delineating Terminal Change in Subjective Well-Being and Subjective Health. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. v. 65B, n. 1, p.61–64. 2010

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista de Enfermagem UFPE Online**. Recife, v. 7, n. 1, p. 227-35. 2013. Disponível: < file:///C:/Users/Marin/Downloads/3254-35443-1-PB%20(3).pdf > acesso: 10 jul. 2017 às 11h.

PHILLIP, G. et. al. What Do We Know About Resilience in Older Adults? An Exploration of Some Facts, Factors, and Facets In: RESNICK, B.; GWYTHYER, L. P.; ROBERTO, K. A. **Resilience in Aging: Concepts, Research and Outcomes**. Nova York: Springer. 2011. p. 51-66.

RAMALHO, H. M. B.; Mesquita, S. P. Determinantes do Trabalho Infantil no Brasil Urbano: uma Análise por Dados em Painel 2001-2009. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 2, pp. 193-225. 2013.

RAO, S. Finding peace beyond the pain: sunder's journey in the hospice. **Journal of pain & Palliative Care Pharmacotherapy**, v. 30, n. 3, p. 228-230, 2016.

RETICENA, K. O.; BEUTER, M.; SALES, C. A. Vivências de idosos com a dor oncológica: abordagem compreensiva existencial. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 49, n.3, p. 419-425, 2015.

RIBEIRO, M. S.; CENDOROGLIO M. S.; LEMOS, N. F. D. A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n.2, p. 81-101. 2015

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RODRIGUES, A. Á. A. DE O.; ASSIS, M. M. DE A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. **Revista baiana saúde pública**, v. 29, n. 2, p. 273–285, dez. 2005.

RODRIGUES, F. S. S.; POLIDORI M. M. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista brasileira Cancerologia**, v.58, n.4, p.619-627. 2012.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2267–2278, out. 2008.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: data from the FIBRA Study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129–2139, ago. 2012.

RURUP, M. L.; et. al. Wishes to Die in Older People: A Quantitative Study of Prevalence and Associated Factors. **Crisis**, v. 32, n. 4, p. 194–203, jul. 2011.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Cambridge University Press**. v. 24, p. 335–344. 2012.

SCANNAVINO, C. S. S. et al. Psycho-oncology: the psychologist in the Barretos Cancer Hospital. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 35–53, abr. 2013.

SEERY, M. D.; QUINTON, W. J. Understanding Resilience: From Negative Life Events to Everyday Stressors. **Advances in Experimental Social Psychology**. v. 54. 2016.

SILVA, M. P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 59-77, 2006.

SILVA, P. L. N. et al. O Significado do Câncer: Percepção de Pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 7, n.12, p. 6828-33, dez., 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/Marin/Downloads/4751-51085-1-PB%20(1).pdf > acesso 22 abr. 2017 às 9h.

SILVA, S. M., et al. Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Revista Latino-americana de enfermagem**. v. 24, n. e2752, 2016.

SINCLAIR, R. R; OLIVER, C. M. **Development and Validation of a Short Measure of Hardiness**. 12/12/2003. Defense Technical Information Center Report. Portland. 2003.

SKINNER, E. A.; EDGE, K.; ALTMAN, J.; SHERWOOD, H. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 2, p. 216–269. 2003.

SOENEN, S.; CHAPMAN, I. M. Body Weight, Anorexia, and Undernutrition in Older People. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 9, p. 642–648, set. 2013.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011. 263 p.

SVETINA, M. Resilience in the context of Erikson's theory of human development. **Current Psychology**. n.33, p.393–404. 2014.

TAI, S.-Y. et al. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. **BMC palliative care**, v. 15, p. 32, 11 mar. 2016.

THE UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **What is TNM?** 2017. Disponível em: < <http://www.uicc.org/resources/tnm> > acesso em 18 de agosto de 2017 às 16h.

TRIVEDI, R. B.; BOSWORTH, H. B.; JACKSON, G. L. Resilience in Chronic Illness. In: RESNICK, B.; GWYTHYER, L. P.; ROBERTO, K. A. **Resilience in Aging: Concepts, Research and Outcomes**. Nova York: Springer. 2011. p. 181-198.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

TURATTI, B. O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 1, p. 32–38, jan. 2012.

UNITED NATIONS. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n. 4: the right to adequate housing: art.11 (1) of the covenant. Office of the High Commissioner for Human Rights, 1991. [6] p. (E/1992/23). **Recomendações adotadas na 6th Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights**, realizada em Geneva, 1991.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing 2013**. New York: United Nations, 2013.

VIORST, J. **Perdas necessárias**. 5º edição. São Paulo: Melhoramentos. 2011.

WATERWORTH, S.; JORGENSEN, D. **It's not just about heart failure – voices of older people in transition to dependence and death**. Health and Social Care in the Community, v. 18, n. 2, p. 199–207. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer**. 2017. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/en/> > acesso: 28 abr. 2017 às 18h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care**. 2016. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> > acesso 12 abr. 2016 às 22h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Noncommunicable Diseases.** 2014. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1> 19 março 2017 à 18h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide to cancer early diagnosis.** 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf?ua=1> > acesso 12 jun. 2017 às 19h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Ageing and Health.** 2015. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1 > acesso: 20/05/2017 às 15h.

APÊNDICE

Apêndice 1

Pesquisa: Estratégias de enfrentamento diante de doenças que ameaçam a vida: um estudo com pessoas idosas em cuidados paliativos

Identificação do participante:

Data: __/__/__

Pesquisadora: Mariana dos Santos Ribeiro

Questionário sociodemográfico

Data de nascimento:

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado:

Cidade:

Escolaridade (inserir anos de estudo):

Estado civil: solteiro(a): () Casado(a): () União estável: () Divorciado: (a) ()

Viúvo(a): ()

Ocupação:

Com quem reside:

Religião:

Diagnóstico principal:

Data aproximada do diagnóstico:

Teve que mudar de estado de residência em decorrência do tratamento?

() Sim () Não

Apêndice 2

Roteiro Semiestruturado:

- 1) Fale-me sobre a maneira como tem encarado o seu processo de envelhecimento?
- 2) Na sua perspectiva o envelhecimento lhe trouxe perdas? Ganhos? Ou ambos?
- 3) Diga-me o que fez para enfrentar as perdas?
- 3) Fale-me um pouco sobre como foi a descoberta da doença.
- 4) A doença afetou muito a sua vida? Diga-me o que mudou?
- 5) Como tem lidado com a situação atual? Recebe ajuda de outras pessoas? Quem?
- 7) Quais são os seus desejos para o amanhã?
- 8) Gostaria de dizer mais alguma coisa?

Apêndice 3



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de pós-graduação em enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar da pesquisa “Estratégias de Enfrentamento Diante de Doenças que Ameaçam a Vida: Um Estudo com Pessoas Idosas em Cuidados Paliativos”, sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana dos Santos Ribeiro.

A pesquisa estudará as formas que as pessoas idosas utilizam para lidar com uma doença que ameaça a vida a fim de melhor cuidá-las. A sua participação se dará após a concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido, preenchimento de um questionário e entrevista com duração média de uma hora, todas as etapas serão realizadas no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O questionário será sobre os dados pessoais, a entrevista será gravada para facilitar o registro de todos os elementos que o (a) senhor(a) informar, e caso concorde com a gravação, será necessário assinar o termo de autorização de som de voz para fins de pesquisa.

Comprometo-me a manter em segredo o seu nome e quaisquer informações que permitam saber de quem se trata. O (a) Senhor (a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o(a) Senhor(a). Sua participação é voluntária, não há pagamento por sua colaboração.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa consiste em aflorar os sentimentos relacionados ao adoecimento e caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação o (a) senhor(a) será encaminhado ao serviço de psicologia no Centro de Alta Complexidade em oncologia (CACON). Se o(a) senhor(a) aceitar participar, terá o benefício de uma escuta atenta das suas vivências e poderá contribuir para que seja prestado um melhor cuidado às pessoas idosas que estão em condições semelhantes as suas.

Todas as despesas do(a) senhor(a) (e seu acompanhante, quando estiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Se o(a) Senhor(a) tiver dúvidas em relação à pesquisa, por favor, ligue para Mariana dos Santos Ribeiro ou Moema da Silva Borges na Universidade de Brasília, nos respectivos telefones: (61) 33867066 (61) 998785220, (61) 981338841, disponíveis inclusive para ligação a cobrar; ou encaminhe e-mail para smarianaribeiro@gmail.com ou mborges@unb.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.

ANEXOS

Anexo 1



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de enfrentamento diante de doenças que ameaçam a vida: um estudo com pessoas idosas em cuidados paliativos

Pesquisador: Mariana dos Santos Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57508416.5.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.667.697

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O envelhecer, uma doença que ameaça a vida e o morrer constituem situações estressoras que demandam estratégias de enfrentamento. O enfrentamento é um esforço individual realizado para manejar problemas estressantes e emoções que afetam os resultados psicológicos e físicos do estresse. O presente estudo tem o objetivo de analisar as estratégias de enfrentamento das perdas decorrentes do envelhecimento e de doença sem possibilidade terapêutica de cura. **Metodo:** Pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico da fenomenologia. A fenomenologia permitirá compreender a doença que ameaça a vida a partir da realidade subjetiva de cada participante em cuidados paliativos e as possíveis estratégias de enfrentamento para lidar com a mesma."

Local de realização do projeto: Clínica Médica e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário de Brasília.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico da fenomenologia. Optou-se pela fenomenologia a fim de compreender as perdas decorrentes de uma doença que ameaça a vida a partir da realidade subjetiva de cada pessoa idosa e as possíveis estratégias de enfrentamento. Dentre os variados modos de se fazer

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

pesquisa qualitativa, esta inserida a fenomenologia, cuja proposta consiste em desvelar o fenômeno da realidade subjetiva. A fenomenologia utiliza como matéria prima os construtos elaborados pelos membros de uma sociedade e busca compreender a realidade em que se vive, os significados desta realidade ainda que imbuídos de emoção e ambiguidade. Nessa perspectiva, a fenomenologia busca compreender a realidade subjetiva de cada pessoa que está inserida em um contexto social e cultural. E com este entendimento que se busca compreender o fenômeno das perdas de uma doença que ameaça a vida na percepção de pessoas idosas em cuidados paliativos e as estratégias de enfrentamento por elas utilizadas para lidar com esta fase da vida. A coleta de dados se dará após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A apresentação do TCLE se dará nas dependências do hospital, quando a pessoa estiver disponível para discuti-lo. Durante a apresentação, serão informados os riscos e os benefícios da pesquisa; a pessoa será questionada quanto a sua participação voluntária no estudo e serão esclarecidas suas dúvidas. Caso concorde em participar, o documento elaborado em duas vias será assinado pelo participante e pela pesquisadora, ficando uma cópia com cada pessoa. Após a assinatura se iniciará a coleta de dados que acontecerá em três momentos distintos:

1- No primeiro momento, será aplicado um questionário sociodemográfico para delineamento do perfil dos participantes de estudo. 2 - Em um segundo momento, será agendada previamente, de acordo com a disponibilidade do participante, uma conversa sobre sua história de vida em geral a fim de favorecer um vínculo com a pesquisadora e preparar o participante para a entrevista subsequente. Essa etapa não será gravada; 3 - Após, será realizada a entrevista com roteiro semiestruturado. A entrevista semiestruturada possibilita um maior entendimento das questões estudadas, já que permite não somente a realização de perguntas necessárias a pesquisa, mas também a relativização dessas perguntas, dando liberdade ao entrevistado. Serão realizadas entrevistas até a saturação dos dados. As entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas. A análise de dados se inicia com a transcrição da entrevista - este é o passo inicial que possibilita analisar a interação gravada. Após a transcrição, será realizada uma análise lexical do texto, por meio da contagem das palavras. A análise lexical se faz mediante o número total de ocorrências de cada palavra, a partir deste número e da riqueza de vocabulário, avança-se sistematicamente na direção da identificação e dimensão do texto em estudo. A análise lexical será realizada com auxílio do software Alceste que realiza uma análise quantitativa dos elementos do texto e será utilizado a fim de contribuir para a apreensão das ideias principais da entrevista transcrita. O Alceste é um software que realiza análise lexical das palavras do conjunto de textos e atende satisfatoriamente a condição de respostas advindas das entrevistas. O software individualiza o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

texto de cada entrevista que passam a ser chamadas de Unidades de Contexto Inicial (UCIs), quando estas são processadas dentro do programa, são elaboradas as Unidades de Contexto Elementar (UCes), organizadas em classes que são interpretadas a partir de suas significações. A partir da contagem de frequências realizada pelo Alceste será realizada uma análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido, ou seja, uma análise de significados que denota estruturas de relevância, valores e comportamentos presentes ou subjacentes no discurso.

Critério de Inclusão: Possuir registro em prontuário de que a pessoa está em acompanhamento paliativo de doença oncológica. **Critérios de exclusão:** Pessoas com dificuldade de verbalização ou com dificuldades de se expressar e de organizar as ideias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: analisar as estratégias de enfrentamento das perdas decorrentes do envelhecimento e de doença sem possibilidade terapêutica de cura. **Objetivos Específicos:** aprender a percepção de idosos acerca do envelhecimento; aprender a percepção sobre uma doença que ameaça a vida; identificar as perdas vivenciadas; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com as perdas; relacionar perdas, envelhecimento, adoecimento e estratégias de enfrentamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Há o risco de aflorar o sofrimento relacionado a percepção da proximidade da morte, o que pode despertar emoções e pensamentos negativos. O participante que vier a apresentar esta experiência negativa será assistido pela própria pesquisadora que está qualificada a prestar assistência a pacientes idosos em fase final de vida.

Benefícios:

O benefício maior será a possibilidade de prestar uma escuta qualificada, em que o participante será ouvido e acolhido em sua individualidade. Do ponto de vista científico e profissional, espera-se que a pesquisa contribua com a identificação e compreensão das necessidades das pessoas idosas em cuidados paliativos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho em questão se refere a projeto de dissertação de Mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob a orientação da Professora Doutora Moema da Silva Borges. O projeto, como apresentado, se propõe a atingir os objetivos por meio de entrevistas e análise dos dados por software.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

Quanto a amostra, referida em numero de 10 participantes, pelo documento recebido PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_723866.pdf, encontramos:

"2.1. Participantes do estudo: Pessoas idosas em cuidados paliativos com idade igual ou superior a 60 anos que estejam em acompanhamento clinico de doenca oncologica."

Pelo documento recebido Projeto_Plataforma.docx:

"2.1. Participantes do estudo - Pessoas de idade igual ou superior a 60 anos que estejam em acompanhamento paliativo de doenca oncologica. "

E como Critério de Inclusao no documento citado:

"Critério de Inclusao: Possuir registro em prontuario de que a pessoa esta em acompanhamento paliativo de doenca oncologica. "

Portanto, merece revisao o critério de inclusao com a referida observacao de idade do paciente.

Da mesma forma, deve ficar claro se os participantes da pesquisa sao pacientes internados no Hospital Universitario ou se sao usuarios externos com tratamento na Clinica Medica e no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do referido Hospital.

Caso sejam pacientes externos, nao internados, deve ser considerada, para a execucao das etapas do trabalho com os participantes, quando da oferta do TCLE e obtencao de dados sociodemograficos e outra quando da "conversa sobre a historia" e aplicacao da entrevista, a responsabilidade da Pesquisadora pelas despesas e demais condicoes necessarias para a consecucão do projeto. Ou deve ficar claro se a segunda etapa, agendada, sera feita quando o paciente retornar ao hospital para realizar algum procedimento, ou se sera realizada em residencia ou outro lugar, a depender da disponibilidade do participante da pesquisa. Caso haja possibilidade de despesas com os participantes, estas devem estar relacionadas no projeto. Deve ficar clara, da mesma forma, como se dara a "saturacao dos dados" nas entrevistas com 10 participantes com possiveis historias, contextos, visoes unicas e diferentes. Esta afirmacao sobre a saturacao esta relatada nos documentos PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO / Metodologia Proposta e Projeto Plataforma /coleta dos dados.

Quanto aos riscos deve ser relatado no Projeto o compromisso da Pesquisadora em manter os principios da Confidencialidade e Sigilo no que se refere as informacoes obtidas em prontuario do paciente e nos momentos de encontro com o participante da pesquisa, quer sejam de dados sociodemograficos, "historias de vida", e respostas a entrevista, bem como a outras possiveis de serem obtidas na relacao pesquisador-participante. Da mesma forma, no que se refere a alteracao de comportamento psiquico e fisico derivado do momento citado pela Pesquisadora como possivel de "afloar o sofrimento", deve ser garantida pela Pesquisadora o encaminhamento do participante

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

para os serviços especializados do Hospital, tais como o Serviço Médico ou de Psicologia, ou outro necessário. Dessa forma a afirmativa contida no Projeto e no TCLE "terá a assistência profissional necessária" será melhor esclarecida.

Deve haver a clara informação nos documentos da coparticipação do Hospital Universitário da UNB no Projeto.

Como parte do procedimento de pesquisa preve a gravação de entrevista solicito que verifique a utilização de Termo de Autorização para Utilização de Imagem e/ou Voz para fins de Pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos para emissão do primeiro parecer:

"PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_723866.pdf" de 02/07/2016;

"cv_mariana.docx" postado em 02/07/2016;

"carta_word.doc" de 02/07/2016;

"Responsabilidade_word.doc" de 02/07/2016;

"Concordancia_word.docx" de 02/07/2016;

"Ciencia_word.docx" de 02/07/2016;

"TCLE_alterado.docx" de 02/07/2016;

"Ciencia.pdf" de 29/06/2016;

"Concordancia.pdf" de 29/06/2016; "carta.pdf" de 29/06/2016;

"CV_Moema.pdf" de 29/06/2016;

"CV_Mariana.pdf" de 29/06/2016;

"Termo_de_responsabilidade.pdf" de 29/06/2016;

"TCLE.docx" de 29/06/2016;

"Projeto_Plataforma.docx" de 29/06/2016 e

"Folha_de_rosto.pdf" de 29/06/2016.

Foram analisados os documentos de acordo como resposta ao parecer consubstanciado no. 1.650.317:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723866.pdf" de 03/08/2016;

"Carta_ao_CEP.pdf" de 03/08/2016;

"Carta_ao_CEP.docx" de 03/08/2016;

"Projeto_Plataforma_II.docx" de 03/08/2016;

"Projeto_Plataforma_II.pdf" de 03/08/2016;

"Termo_de_autorizacao_de_voz.doc" de 03/08/2016;

"Termo_de_autorizacao_de_voz.pdf" de 03/08/2016;

"TCLE_II.docx" de 03/08/2016 e

"TCLE_II.pdf" de 03/08/2016.

Estão de acordo com o previsto e adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências referentes ao parecer consubstanciado no. 1.650.317:

- 1) Revisar os critérios de inclusão de participante na pesquisa com o devido esclarecimento, no que se refere a idade e prontuário no Hospital, nos projetos da plataforma Brasil e no detalhado. PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 2) Esclarecer se os participantes serão pacientes internados no Hospital ou se poderão ser externos, no projeto da plataforma e no projeto detalhado. PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 3) Explicitar como será evidenciada a "saturação dos dados". PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 4) Acrescentar o compromisso da pesquisadora quanto ao encaminhamento a serviços especializados do Hospital para o atendimento a casos em que se verifique a necessidade em decorrência dos procedimentos de pesquisa e como será esta rotina. PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 5) Apresentar o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e/ou Voz para fins de Pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA.
- 6) Quanto ao TCLE:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: cepfsunb@gmail.com
 Telefone: (61)3107-1947



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

- 6.1) Esclarecer como será realizada a "assistência profissional necessária", ou seja, o compromisso da pesquisadora quanto ao encaminhamento a serviços especializados do Hospital para o atendimento a casos em que se verifique a necessidade em decorrência dos procedimentos de pesquisa e como será esta rotina;
- 6.2) Apresentar TCLE com termos acessíveis a leitura e ao entendimento, evitando expressões como: "situação estressora", "algumas perguntas sociodemográficas", 6.3) Constar a informação de que parte da pesquisa será gravada, qual a finalidade e que será oferecido ao participante o Termo de Autorização para Utilização de Imagem e/ou Voz para fins de Pesquisa
- 6.4) O TCLE apresenta mais de uma página, o participante da pesquisa ou responsável e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página. Solicita-se ainda que campos para rubrica sejam criados em cada folha do documento, e para preservar a integridade do documento, as páginas deverão ser numeradas como, por exemplo, página 1 de 3, página 2 de 3.
- PENDÊNCIAS ATENDIDAS.

O projeto está de acordo com que prevê a Res.466/2012 e demais normativas. Foram atendidas as pendências apontadas em relatório anterior, em especial aquelas pertinentes a inclusão e ao atendimento ao participante da pesquisa, a possíveis despesas envolvidas, ao TCLE, ao Formulário de Autorização de Gravação de Voz e sua utilização para fins do trabalho, com a adequação e criação de documento necessário.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_723866.pdf	03/08/2016 17:28:25		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.pdf	03/08/2016 17:27:51	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.docx	03/08/2016	Mariana dos Santos	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

Outros	Carta_ao_CEP.docx	17:26:31	Ribeiro	Aceito
Outros	Projeto_Plataforma_II.docx	03/08/2016 17:25:47	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Projeto_Plataforma_II.pdf	03/08/2016 17:25:28	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_de_voz.doc	03/08/2016 17:24:34	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_de_voz.pdf	03/08/2016 17:24:22	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_II.docx	03/08/2016 17:22:29	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_II.pdf	03/08/2016 17:22:06	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	cv_mariana.docx	02/07/2016 23:42:54	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	carta_word.doc	02/07/2016 23:39:49	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Responsabilidade_word.doc	02/07/2016 23:39:21	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Concordancia_word.docx	02/07/2016 23:38:56	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Ciencia_word.docx	02/07/2016 23:36:34	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_alterado.docx	02/07/2016 23:33:15	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Ciencia.pdf	29/06/2016 01:05:56	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	Concordancia.pdf	29/06/2016 01:02:09	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	carta.pdf	29/06/2016 01:00:01	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	CV_Moema.pdf	29/06/2016 00:58:59	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Outros	CV_Mariana.pdf	29/06/2016 00:58:29	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade.pdf	29/06/2016 00:56:41	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.667.697

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/06/2016 00:56:01	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma.docx	29/06/2016 00:55:46	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/06/2016 00:53:23	Mariana dos Santos Ribeiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Agosto de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com