








Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança

Natália Michelato Silva^{1,*} , Manoel Antônio dos Santos¹ , Rafaela Azevedo Abrantes de Oliveira² , Luana Baldin Storti¹ , Isabela Maria Oliveira Souza¹ , Paulo Fernandes Formighieri¹ , & Sueli Marques¹ 

¹ Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

² Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil

RESUMO – A prevalência do câncer entre idosos tem aumentado nas últimas décadas. O tratamento oncológico pode acarretar aumento dos níveis de estresse e depressão. Nesse cenário, a esperança tem sido definida como um dos recursos relevantes de enfrentamento. Este estudo teve por objetivo analisar a relação entre estresse, sintomas depressivos e esperança em idosos submetidos a tratamento quimioterápico. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal com amostra não-probabilística de 123 idosos vinculados a um hospital geral público terciário do interior do Estado de São Paulo. Os resultados mostram que os idosos apresentavam elevados níveis de estresse percebido e de esperança; 71,5% não manifestavam sintomas depressivos. Níveis de estresse e esperança foram correlacionados negativamente, assim como sintomas depressivos e níveis de esperança, sugerindo que a esperança pode ter efeitos benéficos sobre o estresse e depressão.

PALAVRAS-CHAVE: idoso, neoplasias, estresse, depressão, esperança

Elderly People Undergoing Chemotherapy Treatment: Relationship between Stress, Depressive Symptoms and Hope

ABSTRACT – The prevalence of cancer among the elderly has increased in recent decades. Cancer treatment process can lead to increased levels of stress and depression. In this scenario, hope is defined as one of the relevant coping resources. This study aimed to analyze the relationship between stress, depressive symptoms and hope in the elderly undergoing chemotherapy. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study with a non-probabilistic sample of 123 elderly people linked to a general tertiary public hospital in the interior of the State of São Paulo. The results show that the elderly had high levels of perceived stress and hope; 71.5% of the participants did not present depressive symptoms. Levels of stress and hope are negatively correlated, as well as depressive symptoms and levels of hope, suggesting that hope has beneficial effects on stress and depression.

KEYWORDS: aged, neoplasms, stress, depression, hope

Nas últimas décadas a população mundial tem passado por um processo de transição demográfica e epidemiológica, provocado pelo envelhecimento populacional. Esse processo iniciou-se nos países desenvolvidos e, posteriormente, alcançou os países em desenvolvimento (Santos, 2017). A transição demográfica se refere ao processo gradual no qual uma sociedade experimenta uma redução da taxa de mortalidade e, posteriormente, uma queda da taxa de natalidade, o que resulta em aumento na expectativa de

vida (Alves, 2014). Tal fenômeno acontece em decorrência da confluência de diversos fatores, tais como a queda da taxa de mortalidade, urbanização acelerada, avanço no conhecimento científico, melhora em relação aos aspectos nutricionais, higiene pessoal e ambiental, além dos avanços biotecnológicos (Santana, 2012).

Juntamente com o processo de transição demográfica ocorreu uma mudança no perfil de morbimortalidade, caracterizado anteriormente pelas doenças infectocontagiosas

* E-mail: natmichelato@yahoo.com.br

■ Submetido: 10/01/2017; Revisado: 20/04/2019; Aceito: 21/04/2019.

e, atualmente, pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Esse novo cenário requer maior comprometimento das equipes de saúde em relação às questões sociais, culturais e ambientais, além de atenção às ações que visem a conscientizar a população para a adoção de hábitos de vida saudáveis. As DCNTs mais prevalentes são: doenças cardiovasculares, quadros respiratórios crônicos, diabetes mellitus e câncer (World Health Organization [WHO], 2012). Destaca-se que, nas últimas décadas, o câncer vem sendo considerado um problema de saúde mundial (Brasil, 2011), cuja prevalência tende a aumentar à medida que a população envelhece.

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no ano de 2030 a estimativa é de que haverá 21,4 milhões de casos novos de câncer e de 13,2 milhões de mortes devido à doença no mundo (Brasil, 2017). Um grupo que vem recebendo uma consideração especial nessas estimativas é o constituído pelos idosos, uma vez que a oncologia e o envelhecimento são fenômenos que se relacionam de maneira direta, sendo que a incidência do câncer aumenta proporcionalmente com o avançar da idade (Visentin & Lenardt, 2010).

O tratamento do câncer pode ser realizado por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e, em alguns casos, transplante de medula óssea, de forma individualizada ou, mais comumente, pela combinação dessas modalidades de tratamento (Ambrósio & Santos, 2011, 2015). Os tratamentos e/ou a associação deles são considerados importantes para a evolução positiva do quadro de saúde do paciente (Vieira, Santos, Santos, & Giami, 2014). Todavia, não são somente as questões fisiológicas e medicamentosas que importam para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida do paciente oncológico (Santos, Prado, Panobianco, & Almeida, 2011; Vidotti, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013).

A pessoa acometida pelo câncer também necessita receber apoio dos familiares e dos profissionais de saúde vinculados aos serviços especializados. Os serviços oncológicos devem contar com uma equipe multiprofissional estruturada para acolher o paciente durante a longa jornada do tratamento contra o câncer (Ambrósio & Santos, 2011, 2015; França, 2013; Oliveira, Santos, & Mastropietro, 2010). Além das necessidades físicas, também é preciso acolher as dimensões subjetivas do adoecer, uma vez que a doença e as terapêuticas implementadas afetam de maneira integral o paciente, impactando sua organização emocional, especialmente a imagem corporal, com reflexos na autoestima e regulação da afetividade, satisfação sexual, identidade social e espiritualidade (Benites, Neme, & Santos, 2017; Inocenti et al., 2016; Santos, Ford, Santos, & Vieira, 2014; Santos et al., 2011; Santos, Santos, Cesnik-Geest, & Vieira, 2017).

O tratamento do câncer tem evoluído significativamente no decorrer das últimas décadas, graças às inovações e aos avanços obtidos na intervenção cirúrgica e nas demais opções de tratamento (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia), o que tem possibilitado um incremento das taxas de remissão, além de resultar em melhor qualidade

de vida para pacientes sem possibilidades de cura (Vieira, Santos, Santos, & Giami, 2014; Vieira, Ford, Santos, Junqueira, & Giami, 2013). Porém, o conhecimento específico acerca das manifestações emocionais e comportamentais da doença em pacientes idosos apresenta defasagem em relação ao tratamento de indivíduos mais jovens (Araújo & Cirrincione, 2006).

Quando o idoso é acometido pelo câncer ocorrem mudanças substanciais na organização de seus hábitos de vida. O ato de se submeter a tratamentos médicos invasivos adquire um significado específico na pessoa idosa devido à vulnerabilidade decorrente da etapa do ciclo vital na qual ela se encontra, com consequências potencialmente devastadoras para sua integridade física, psíquica, social e emocional (Santos, 2017).

Essas repercussões geralmente se estendem à família, dado a relativa dependência que pode caracterizar a etapa avançada da vida. O estigma da doença, os efeitos colaterais dos tratamentos e os desgastes sofridos ao longo do processo para que possa garantir o acesso aos recursos de saúde podem incrementar a vulnerabilidade emocional dos pacientes, resultando em aumento dos sintomas de estresse, depressão e outros indicadores de sofrimento psicológico (Souza et al., 2014).

O estresse pode ser definido como “uma reação psicológica, com componentes emocionais físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa” (Lipp, 1984, p. 6). Distingue-se o nível de estresse excessivo ou insuficiente (*distresse*) daquele que é necessário para o bom desempenho do indivíduo (*eustresse*). Nessa conceituação, de inspiração cognitivo-comportamental, o foco é dirigido à perspectiva de aprendizagem das reações diante dos eventos estressores, considerando a importância tanto das características reais dos estímulos como da interpretação que o sujeito dá aos mesmos.

Cerca da metade dos pacientes com câncer apresenta altos níveis de estresse, porém, essa condição geralmente encontra-se pouco diagnosticada e tratada (Lera et al., 2014). O estresse é uma variável mediada por fatores físicos, demográficos, psicológicos e sociais que, durante o processo de envelhecimento, tendem a influenciar no modo como o idoso vai reagir aos eventos estressores (Conceição et al., 2012).

Além do estresse, a depressão é um importante aspecto a ser avaliado pelos profissionais de saúde nos pacientes oncológicos idosos, com a finalidade de proporcionar melhor adequação aos tratamentos e possibilitar a aceitação do adoecimento como um fato da vida (Santos, 2017; Souza et al., 2014). O manejo dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos requer o domínio de conhecimentos específicos e a promoção de habilidades de intervenção terapêutica, uma vez que o uso de psicofarmacoterapia combinada com psicoterapia tem se mostrado eficaz na redução das manifestações depressivas apresentadas por pacientes com câncer.

Por outro lado, é reconhecida a dificuldade dos profissionais de saúde em diagnosticar depressão

em pacientes com câncer, uma vez que os sintomas frequentemente se confundem com os efeitos colaterais desencadeados pelo tratamento, como fadiga, perda do apetite e alterações do sono (Santos, 2017). Em idosos essa dificuldade pode se acentuar, pois alguns dos sintomas mais proeminentes podem ser mascarados (Souza et al., 2014). O não diagnóstico e, conseqüentemente, o não tratamento da depressão em pacientes oncológicos pode diminuir a adesão aos tratamentos propostos, o que ocasiona piora do prognóstico e comprometimento da qualidade de vida, favorecendo os sentimentos de desesperança (Gaspar, 2011).

Em contrapartida, na prática clínica pode ser percebido que um dos recursos de enfrentamento mais utilizados pelos pacientes é a esperança. A despeito das evidências crescentes de seus benefícios potenciais, a esperança como construto científico tem sido pouco investigada, ainda que seja valorizada na prática pelos profissionais de saúde, que observam, empiricamente, que os indivíduos que se mantêm esperançosos tendem a apresentar melhor qualidade de vida (Dufault & Martocchio, 1985). A esperança é um recurso que permite que os pacientes oncológicos possam viver de forma mais consciente suas experiências, mesmo diante das adversidades deflagradas pela doença. No cenário da terapêutica oncológica, a esperança contribui para atenuar o impacto dos tratamentos invasivos (Soares, Santana, & Muniz, 2011).

A vivência do idoso com câncer muitas vezes é caracterizada por sentimentos de incerteza, desamparo e tristeza (Santos Junior, 2013). Assim, conservar a esperança diante do diagnóstico da doença e das conseqüências penosas de seus tratamentos é uma diretriz essencial que deve nortear a intervenção psicológica, pois esse recurso de enfrentamento é necessário para manter o equilíbrio entre as emoções e o controle racional dos impulsos afetivos. O anseio de permanecer vivo e recuperar a saúde acompanha, passo a passo, o desejo do idoso acometido pelo câncer de preservar sua autonomia e senso de identidade, que se veem fortemente ameaçados devido às aflições e receios de ter a integridade de seu corpo atacada pelo câncer. Afinal, é por meio do corpo que existimos, sentimos e percebemos

o mundo como uma existência inscrita no fluxo temporal (Visentin & Lenardt, 2010). O ato de esperar que aconteça algo que se deseja – a remissão dos sintomas e, se possível, a cura e o pleno restabelecimento da saúde – incentiva o idoso a sustentar essa espera, pois a esperança é a “garantia” que ele tem de conseguir vivenciar a travessia e vencer os desafios do adoecimento (Soares et al., 2011).

A esperança é uma emoção caracterizada pela expectativa do indivíduo de que terá experiências positivas, ou que uma determinada situação potencialmente perigosa ou negativa não irá se concretizar, ou terá um desfecho favorável (Dufault & Martocchio, 1985). É também a crença de que se pode influenciar as próprias experiências de uma forma positiva. A mensuração da esperança possibilita melhorar o atendimento e acompanhamento, com o planejamento de intervenções para manter e potencializar o otimismo dos doentes e de seus cuidadores (Balsanelli, Grossi, & Hert, 2011).

Considerando o aumento proporcional do número de idosos na população brasileira, a incidência elevada de câncer nessa parcela da população e sua suscetibilidade a desenvolver condições vulnerabilizantes, como o estresse crônico e alguns transtornos mentais, especialmente a depressão, são necessários estudos que permitam compreender a relação entre estresse, depressão e esperança. Entende-se que a presença de sintomas do estresse excessivo (*distresse*) e da depressão prejudicam a elaboração subjetiva do diagnóstico por parte do paciente, o que pode comprometer o processo de aceitação da doença e, por conseqüente, a adaptação do idoso às condições limitadoras do tratamento oncológico. Por outro lado, o fortalecimento da esperança poderia funcionar como um recurso adaptativo de enfrentamento diante das adversidades as quais a doença expõe o idoso. Frente ao exposto, pode-se questionar-se: qual é a relação entre o nível de estresse, os sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico em um hospital geral público terciário?

Este estudo teve por objetivo analisar a relação entre o nível de estresse, sintomas depressivos e o nível de esperança em idosos em tratamento quimioterápico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com amostra não-probabilística.

Participantes

A amostra foi constituída por 123 idosos, 63 homens e 60 mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos. Critérios de inclusão: foram incluídos no estudo pacientes consecutivos em tratamento quimioterápico para qualquer tipo de câncer, capazes de se comunicar verbalmente no ato da abordagem realizada para convidá-los a participarem da pesquisa, e

que apresentaram condições cognitivas para compreender as questões contidas no instrumento utilizado. Esse último critério foi avaliado objetivamente, pela aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Critérios de exclusão: foram excluídos pacientes com recidiva ou em cuidados paliativos, com dificuldades de comunicação ou graves limitações cognitivas.

A amostra resultou de um total de 231 idosos, que foram abordados no período de quatro meses consecutivos que durou a coleta de dados. A Figura 1 apresenta um fluxograma que permite vislumbrar, esquematicamente, o processo de seleção e depuração da amostra do estudo.

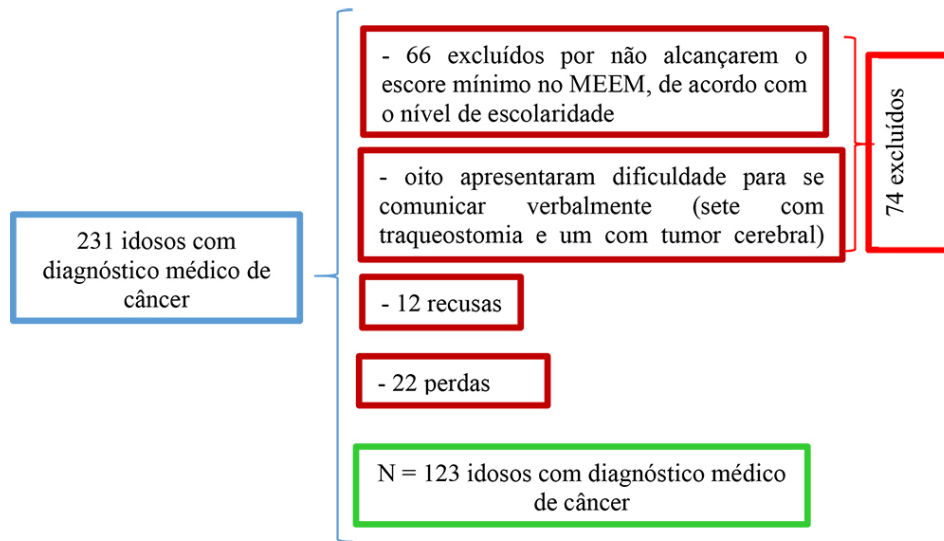


Figura 1. Fluxograma do recrutamento dos participantes.

Dos 231 idosos abordados, foram excluídos 74 (66 não obtiveram a pontuação necessária no MEEM, de acordo com as notas de corte que consideram a influência do grau de escolaridade sobre os escores totais, e oito apresentaram dificuldade de se comunicar verbalmente, sendo sete devido à traqueostomia e um devido às sequelas de um tumor cerebral, com marcado comprometimento da fala). Além desses idosos que não participaram da pesquisa, houve 12 recusas e 22 perdas, sendo que foi considerado como perda os idosos que não puderam ser abordados no período da coleta devido às limitações de tempo e do número de pesquisadores.

Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada em uma Central de Quimioterapia (CQ) de um hospital geral público terciário do interior do Estado de São Paulo, no período de setembro a dezembro de 2014, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 31253014.0.0000.5393. Todos os participantes que aquiesceram com o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A aplicação dos instrumentos foi realizada durante o período de funcionamento da CQ de segunda à sexta-feira, das 8h00 às 18h00. Para tanto a pesquisadora identificava previamente os pacientes idosos com diagnóstico de câncer, por meio de consulta da agenda de atendimentos da CQ. Após a identificação dos possíveis participantes, a pesquisadora abordava o idoso e realizava os devidos esclarecimentos sobre o estudo, convidando-o a colaborar. Em seguida, apresentava e esclarecia os termos do TCLE. Após os esclarecimentos e a concordância do participante, era solicitada sua assinatura e lhe era entregue uma via do

documento. Assim, iniciava-se a aplicação dos instrumentos em sala reservada, seguindo-se todos os cuidados necessários para assegurar a privacidade e evitar possíveis interrupções durante o processo.

Instrumentos

Formulário de Dados Sociodemográficos e de Saúde.

Para a caracterização dos idosos foi elaborado pelos pesquisadores, com base em estudos anteriores realizados com pacientes oncológicos, um instrumento de coleta de dados contendo informações pessoais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, entre outros dados), perfil social (grau de escolaridade, renda mensal, situação laboral, entre outros); condição de saúde (diagnóstico médico, tipo e tempo de tratamento entre outros) e dados do prontuário médico (estadiamento da doença, presença de metástase, presença de recidiva, , intercorrências, entre outros).

O instrumento foi submetido à validação de face. Esse tipo de validação necessita da colaboração de profissionais especialistas na área ou dos sujeitos da pesquisa, para lerem atentamente o instrumento e avaliarem a adequação aparente de seu conteúdo. Assim, o formulário foi encaminhado para análise de três pesquisadores das áreas de geriatria, gerontologia e oncologia, os quais consideraram o instrumento adequado após sugestões de pequenos ajustes.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esse instrumento foi aplicado para a seleção dos idosos que compuseram a amostra do estudo. É utilizado para a detecção de perdas cognitivas. Foi elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e validado no Brasil por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994). É composto por questões tipicamente agrupadas em sete categorias, as quais têm o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas:

orientação para o tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore varia entre zero e 30 pontos (Folstein et al., 1975). Foram utilizadas as notas de corte que consideram a influência do grau de escolaridade sobre os escores totais, sendo: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003).

Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para identificar a presença de sintomas de depressão em idosos. Foi elaborada por Yesavage et al. (1983) com o objetivo de rastrear transtornos de humor em idosos. Inicialmente, era composta por 30 questões binárias, de fácil compreensão. Posteriormente, foi elaborada por Sheikh e Yeasavage (1986) a versão reduzida, contendo 15 itens, que em conjunto mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas (Paralela, Lourenço, & Veras, 2005). Foi validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), mantendo-se os 15 itens com respostas binárias (sim/não). Para o presente estudo foi adotado o escore ≥ 5 para determinar a presença de sintomas de depressão nos idosos estudados, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999).

Escala de Estresse Percebido (EEP). A EEP foi elaborada com a finalidade de identificar o nível de estresse dos indivíduos. Foi desenvolvida por Cohen, Karmack e Mermerlsteinm (1983) e validada no Brasil por Luft, Sanches, Mazo e Andrade (2007) em uma amostra de idosos. Apresentou qualidades psicométricas satisfatórias, mostrando-se confiável para mensurar o estresse percebido. É constituída de 14 itens, com questões que incluem a autoavaliação do estado de saúde, a percepção da situação econômica, da memória, da satisfação com a vida e dos acontecimentos resultantes de eventos negativos, cujas respostas em uma escala tipo *Likert* variam de 0 a 4, sendo 0 = nunca, 1 = quase nunca, 2 = às vezes, 3 = quase sempre e 4 = sempre. Nos itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 os escores são invertidos. O nível de estresse auferido

é uma variável contínua, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de estresse.

Escala de Esperança de Hert (EEH). A EEH possibilita a mensuração do nível de esperança. Essa escala foi elaborada por Hert (1992) com o objetivo de avaliar psicometricamente a esperança em adultos que se encontram em ambientes clínicos. No Brasil foi validada por Sartore e Grossi (2008). É composta por 12 afirmações, cuja gradação dos itens ocorre por meio da escala tipo *Likert* com escores de 1 a 4. O escore total da escala varia entre 12 e 48 pontos e quanto maior a pontuação obtida, mais alto é o nível de esperança (Sartore & Grossi, 2008).

Foi realizado um pré-teste, utilizando-se os instrumentos de coleta de dados com idosos com câncer que se encontravam em tratamento quimioterápico na CQ que não fizeram parte da amostra deste estudo. Esse pré-teste teve como finalidade determinar se os instrumentos eram compreendidos com clareza por essa população e se eram eficazes na geração das informações para as quais se destinavam. O resultado obtido mostrou que os instrumentos estavam de acordo com os objetivos pretendidos.

Análise dos Dados

Para o processamento dos dados foi elaborada uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e validação, os dados foram exportados para o *software* estatístico SAS® 9.2, para proceder as análises estatísticas. Primeiramente, aplicou-se a estatística descritiva aos dados. Para comparar as variáveis de interesse em relação à classificação da EEH foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando comparados dois grupos, e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para as comparações entre três ou mais grupos. Já para verificar a relação entre a classificação na EEH e a classificação na EEP foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%, ou seja, valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos idosos segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião.

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

Outros dados encontrados neste estudo revelaram que 110 (89,4%) dos idosos reconheciam estar em tratamento para o câncer; 96 (78,0%) referiram que era a primeira vez que recebiam o diagnóstico dessa doença, 19 (15,4%) mencionaram que não era a primeira vez que recebiam o diagnóstico e oito (6,5%) não souberam ou não responderam.

Em relação à duração do tratamento quimioterápico, a média de tempo por idoso, até o momento da entrevista, foi de 15,0 meses, sendo que a maioria 71 (57,7%) encontrava-se no intervalo de um a 10 meses. A média de sessões de

Tabela 1

Distribuição dos idosos com câncer, segundo as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e religião

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

quimioterapia já realizadas pelos idosos foi de 5,8, com destaque para o intervalo de uma a cinco sessões com 59 (48,0%) dos participantes. O tempo médio de diagnóstico foi de 16,1 meses e o de tratamento foi de 15,3 meses.

Em relação aos efeitos colaterais devido ao tratamento, 95 (77,2%) idosos referiram pelo menos um efeito adverso, sendo que a fadiga foi mais prevalente 67 (54,4%). Quanto aos diagnósticos médicos de câncer coletados dos prontuários, nota-se que a maior parte dos idosos 48 (39,0%) tinha diagnóstico de câncer gastrointestinal, seguidos de 22 (17,9%) de câncer de mama e 16 (13,0%) de câncer ginecológico. O tempo médio de diagnóstico foi 16,1 meses com desvio-padrão de 23,7, e o de tratamento foi 15,3 com desvio-padrão de 23,6.

No que se refere ao estadiamento do tumor, a maioria 67 (54,5%), encontrava-se no estágio IV e 31 (25,2%) no estágio III da doença, sendo que 68 (55,3%) apresentavam metástase; 107 (87,0%) não tinham presença de recidivas e a proposta terapêutica mais prevalente foi a paliativa 71 (57,7%).

Quanto aos aspectos psicológicos, a média de pontos obtidos na EDG foi de 3,2 e desvio-padrão de 2,7. Constatou-se que 88 (71,5%) dos participantes foram classificados com ausência de sintomas depressivos. A pontuação média obtida na EEP foi de 16,3 com desvio-padrão de 8,6 e a pontuação média da EEH foi de 44,4 com desvio-padrão de 3,8.

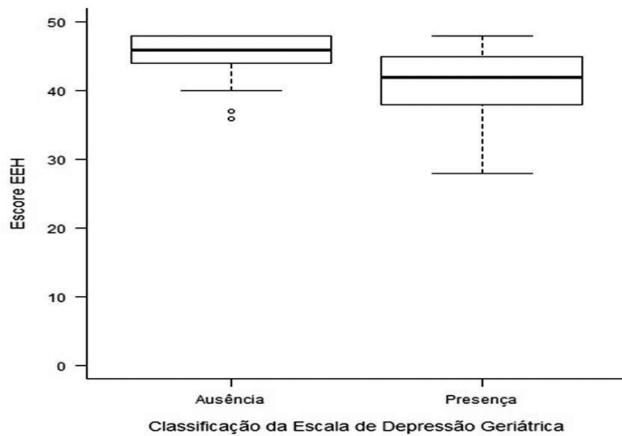


Figura 2. Box plot das variáveis: escore da EEH e classificação da EDG-15.

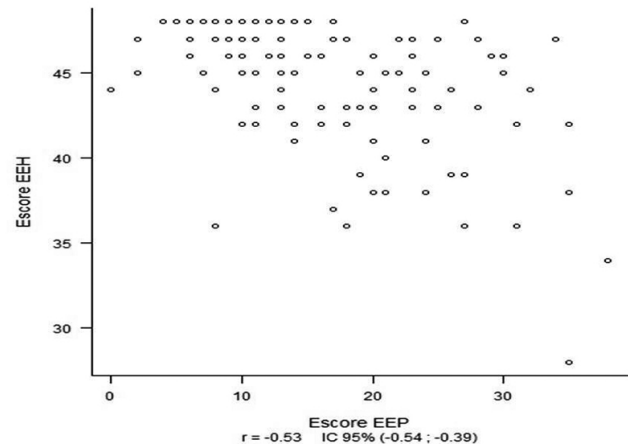


Figura 3. Gráfico de dispersão entre os escores da EEH e da EEP.

De acordo com os dados obtidos e por meio das análises efetuadas, pode-se afirmar que os testes não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos quanto às variáveis sociodemográficas e de saúde em relação ao nível de esperança. A Figura 2 mostra a distribuição e a comparação entre os escores da EEH e a classificação na EDG-15.

A Figura 2 mostra que os idosos classificados com ausência de sintomas depressivos obtiveram maiores valores nos escores da EEH quando comparados aos que

apresentaram sintomas depressivos, evidenciando diferenças estatisticamente significantes ($p \leq 0,01$).

A Figura 3 apresenta os resultados da correlação entre os níveis de estresse e de esperança, calculada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson - r.

Observou-se correlação moderada negativa entre os escores da EEH e da EEP ($r = -0,53$), o que indica que quanto maior o nível de estresse, menor o nível de esperança apresentado pelos idosos com câncer.

DISCUSSÃO

Considerando a amostra de 123 idosos participantes deste estudo, a média de idade foi de 68,2 anos, sendo que a maioria (63,4%) se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos. Esse resultado é compatível com o que mostram outros estudos, que encontraram que para os serviços especializados em oncologia comumente são encaminhados pacientes idosos mais jovens e com menos comorbidades (Assis, Melo, Melo, Kitner, & Júnior, 2011).

É notável o aumento de idosos com câncer na população geral, configurando uma questão relevante de saúde pública que solicita políticas de prevenção mais efetivas para que se possam evitar diagnósticos tardios e, assim, promover as condições necessárias para instituir o tratamento curativo em casos não avançados. Na amostra estudada houve predomínio (51,2%) de mulheres. Sabe-se que o sexo feminino prepondera na população idosa brasileira. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), no ano de 2010 as mulheres representavam 55,5% do contingente de idosos. Em relação à prevalência do câncer em relação ao gênero, estimou-se para o ano de 2014 a incidência de 576.000 mil casos novos na população geral, sendo 203.930 (52%) entre as mulheres e 190.520 (48%) entre os homens, o que aponta para maior prevalência no sexo feminino (Brasil, 2014).

Quanto ao estado civil, 65,0% dos idosos investigados eram casados e 15,4% viúvos. Esse dado demonstra que

o padrão de formação familiar na população idosa é o da união estável, o que reflete um aspecto cultural que denota a valorização do casamento nesse segmento social (Almeida & Ciosak, 2013).

No que diz respeito à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 5,8 anos, sendo que a maioria (57,7%) dos idosos estudou entre um e quatro anos. No Brasil, a média de anos de estudos, para idosos, no ano de 2012 foi de 4,2, sendo que 28,1% estudaram menos de um ano, 17,8% de um a três anos, 34,6% de quatro a oito e 19,4% nove ou mais (IBGE, 2013).

Quanto à filiação religiosa, 95,1% dos idosos deste estudo relataram ter religião, sendo que 68,3% referiram ser católicos. A religiosidade, em momentos críticos como o diagnóstico e tratamento do câncer, frequentemente se afigura para pacientes e familiares como um poderoso recurso de enfrentamento (Ambrósio & Santos, 2011). Representa, muitas vezes, um alento durante a travessia das turbulências inerentes aos embates contra o câncer, além de ser uma fonte de apoio social muito valorizada pelos pacientes para lidarem com os reveses do adoecimento e resignificarem suas vidas após a doença (Ambrósio & Santos, 2015; Ferreira & Vieira, 2014; Silva & Santos, 2010).

Neste estudo, a maioria (89,4%) dos idosos informou que estava se submetendo a tratamento para câncer naquele setor e 78,0% relataram ser a primeira vez que

recebiam o diagnóstico de câncer, ou seja, que tinham conhecimento claro e objetivo acerca de sua doença e finalidade do tratamento. De acordo com estudo realizado por Oliveira et al. (2010), os idosos que expressaram ter conhecimento do diagnóstico do câncer mencionaram que a doença determinara mudanças relevantes de cunho social, econômico, afetivo e emocional, tanto para a pessoa acometida quanto para sua família, uma vez que existe a possibilidade de o prognóstico não ser favorável. Estar bem informado a respeito do diagnóstico e do tratamento pode proporcionar melhor enfrentamento da doença, mas na população idosa ainda predomina uma crença largamente difundida em algumas famílias de que o idoso não deve ser completamente esclarecido sobre sua situação para “não entrar em depressão”.

Os profissionais de saúde necessitam ser capacitados para promover uma comunicação de forma segura e esclarecedora, adequando a informação às necessidades específicas de cada paciente, de acordo com sua realidade, capacidade de enfrentamento visão de mundo e posição assumida diante da vida de modo geral (Silva & Santos, 2008, 2010; Souza et al., 2014). Em relação ao tratamento, os idosos estudados haviam realizado, em média, 5,8 sessões de quimioterapia. Leite, Nogueira e Terra (2015) conduziram um estudo com 156 pacientes em tratamento quimioterápico de um município do sul de Minas Gerais e observaram que 54,5% haviam realizado até seis sessões de quimioterapia. Esse dado se assemelha ao encontrado no presente estudo. Ressalta-se que o número de sessões de quimioterapia varia de acordo com o protocolo estabelecido para cada tipo de câncer, sendo a conduta terapêutica diferenciada para cada paciente e grau de estadiamento da doença.

No que se refere ao tempo de diagnóstico observado na amostra estudada, a média foi de 16,1 meses, e o tempo médio de tratamento 15,3 meses. O tempo de tratamento e de diagnóstico pode influenciar nas condições emocionais do paciente oncológico, sendo que o processo terapêutico é vivenciado de forma diferente para cada um. O tratamento quimioterápico pode causar reações adversas intensas, o que leva o paciente a sentir as manifestações das mudanças geradas pelo adoecimento no seu próprio corpo, alterando sua rotina diária e seu estado emocional. Porém, sabe-se que a consciência de ter uma doença potencialmente fatal como o câncer pode também precipitar reações positivas de crescimento psicológico, simbolizadas pela esperança de conseguir lograr melhores condições de saúde e até mesmo a cura da doença. O paciente em tratamento quimioterápico pode ressignificar seu adoecimento por meio da reconstrução da realidade propiciada pelas vivências compartilhadas com outros pacientes e conhecimentos adquiridos ao longo do tratamento (Conceição, Mazo, Benedetti, Dias, & Krug, 2012).

A maioria (54,5%) dos idosos investigados encontrava-se no estágio IV da doença, 25,2% no estágio III e 55,3% apresentavam metástase. Quanto ao plano terapêutico, em

decorrência da doença avançada, para 57,7% foi indicada uma proposta terapêutica paliativa. Em 87,0% da amostra não foi reportada recidiva da neoplasia.

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

O estadiamento do câncer pode ser classificado de I a IV. Geralmente, nos estágios I, II e III não há presença detectável de metástases à distância; já no estágio IV identifica-se a presença de metástase. Esse estágio é considerado o mais grave porque indica que a doença está fora de controle. Assim, não há mais espaço para uma proposta terapêutica curativa e sim a indicação de uma abordagem paliativista, que visa a preservar dentro do possível a qualidade de sobrevivência do paciente. Quanto mais tardio é realizado o diagnóstico, menor a chance de se estabelecer uma proposta curativa (Brasil, 2015).

Ao analisar os dados do presente estudo, observa-se o predomínio de uma amostra de idosos com diagnóstico de câncer avançado, metastático e sob tratamento paliativo, o que sugere que o diagnóstico foi realizado tardiamente, provavelmente devido à falta de uma política pública preventiva mais eficaz e melhor estruturada, focada nas vulnerabilidades específicas e voltada para as necessidades do homem e da mulher de idade.

Em relação aos aspectos psicológicos, observou-se que a esperança é um recurso bastante utilizado para enfrentar o adoecimento, de forma a proporcionar uma expectativa de cura ou até mesmo de uma condição de saúde melhor. Nesse contexto, manter acesa a esperança torna-se um recurso fundamental para a mobilização de forças psíquicas que irão concorrer para o fortalecimento da resposta imunológica e do ajustamento biopsicossocial do paciente, uma vez que a esperança parece ser um importante preditor da saúde e da qualidade de vida (Dufault & Martocchio, 1985; Hasson-Ohayon, Goldzweig, Dorfman, & Uziely, 2014; Martins & Santos, 2015), contribuindo assim para o restabelecimento do estado de saúde.

No presente estudo o nível de esperança dos idosos da EEH alcançou uma média elevada (44,4 pontos), assemelhando-se aos dados encontrados em outras pesquisas com pacientes com câncer (Balsanelli et al., 2011; Gibson & Gorman, 2012; Sartore & Grossi, 2008). Estudo de abordagem qualitativa, realizado com 14 pacientes de um setor de quimioterapia de um hospital público do Estado de São Paulo, mostrou que a espiritualidade e a esperança são estratégias muito comuns de enfrentamento diante do câncer,

e que é por meio desses recursos que o paciente pode atribuir significado ao seu processo saúde-doença (Guerrero, Zago, Sawada, & Pinto, 2011).

Em estudo qualitativo realizado no Canadá com 12 pacientes com câncer de pulmão observou-se que a esperança e a cura não podem existir de forma isolada, sendo de extrema importância a compreensão, por parte do profissional de saúde, da relevância que a esperança assume nesse cenário para que se possa incentivar os pacientes a utilizarem esse tipo de enfrentamento. Portanto, é preciso promover a busca da “cura”, mas não visando necessariamente uma completa recuperação física e sim ajudando o paciente a manter preservada a motivação para buscar dias melhores (Eustache, Jibb, & Grossman, 2014). Assim como o referido estudo, outra investigação, realizada na China com pacientes com câncer avançado, pôde concluir que a esperança se configura para eles como um potente instrumento para lidar com a facticidade irrevogável da doença terminal (Chen, Komaromy, & Valentine, 2015).

No entanto, no estudo realizado por Orlandi, Pepino, Pavarini, Santos e Mendiondo (2012) com 50 idosos com doença renal crônica, obteve-se a média de 36,20 pontos na EEH. Os autores mencionam que a média do nível de esperança encontrada foi considerada baixa, se comparada com a média obtida no estudo de validação da escala (41,57 para pacientes oncológicos e 40,88 para pessoas com diabetes mellitus) (Sartore & Grossi, 2008). Nesse caso, o baixo nível de esperança se justifica devido à necessidade da elaboração de planos de cuidado, com intervenções que estimulem o fortalecimento da esperança em pacientes que convivem com as limitações impostas por uma doença crônica, com o objetivo de proporcionar um enfrentamento positivo do processo de adoecimento (Balsanelli, 2012).

Os resultados mostraram que a classificação na EDG-15 exerce influência sobre o escore da EEH, sendo que os idosos classificados com ausência de sintomas depressivos obtiveram maiores valores nos escores da EEH, se comparados aos que apresentaram sintomas depressivos, evidenciando diferenças que alcançaram significância estatística ($p \leq 0,01$).

Pacientes cuja doença oncológica cursa com depressão se encontram caminhando no sentido contrário ao bom enfrentamento da doença e às perspectivas otimistas de futuro, aspectos que os diferenciam dos pacientes com esperança; estes conseguem vivenciar a doença sem deixar de buscar alcançar o máximo possível de seu bem-estar, apesar das dificuldades impostas pelo câncer e seus tratamentos invasivos (Sousa, Guerra, & Lencastre, 2015). Ao analisar os itens da EEH, pode-se notar que apenas 9,8% dos idosos concordaram completamente com o enunciado de que tinham medo do futuro, o que sugere que o sentimento de esperança possivelmente lhes proporcionava ter certa segurança para se contraporem às incertezas do porvir, mesmo conscientes de que estavam diante de uma doença

grave, ou seja, independentemente de seu prognóstico e tempo de sobrevivência.

Estudo realizado em Portugal, que abarcou 85 mulheres com câncer de mama, mostrou que uma das principais estratégias de enfrentamento utilizadas foi a esperança. Essas pacientes não apresentavam sintomatologia depressiva acentuada, porém tinham a ansiedade como sintoma mais presente. A esperança nessa população parece ter atuado como um fator protetor da qualidade de vida (Hasson-Ohayon et al., 2014). Outro estudo, realizado com 150 mulheres com câncer de mama avançado e seus cônjuges, com o objetivo de comparar a relação entre apoio social, esperança e depressão em diferentes grupos etários, mostrou que a esperança atua como fator mediador entre o apoio social e a depressão (Nuñez, Enríquez, & Irrázaval, 2011).

Outra questão emocional que pode ser suscitada pelo adoecimento por câncer, além dos sintomas depressivos, é a vulnerabilidade ao estresse. Foi possível identificar, no presente estudo, que a correlação entre o escore da EEH e da EEP foi moderada negativa ($r = -0,53$), indicando que quanto maior o nível de estresse apresentado pelos idosos com câncer, menor é o nível de esperança.

Estudo de revisão da literatura evidenciou que o câncer deflagra uma situação de estresse (*distresse*) significativo desde a fase do diagnóstico e que essa situação se estende durante o curso da doença em seus diversos tratamentos até alcançar os estágios avançados. Não obstante, a esperança utilizada pelos pacientes acometidos pode se manter intacta, oferecendo um importante benefício para o enfrentamento e adaptação à doença (Alves, 2010).

Em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, com 21 mulheres com câncer de mama, com média de idade de 57,76 anos e variação entre 51 e 70 anos, constatou-se a ocorrência de estresse em 66,7% da amostra (Alves, 2010). As mudanças ocorridas na vida das pacientes desencadearam a maior parte do estresse. As ações da equipe de saúde são de extrema importância para ajudar o paciente a se adaptar ao adoecimento por meio da ativação de seus recursos internos e do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. Um dos recursos mais apreciáveis é a esperança.

Em pesquisa realizada com 47 pacientes oncológicos, 40 pessoas com diabetes mellitus e 44 acompanhantes/familiares/cuidadores, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nos escores de esperança entre os grupos (Balsanelli et al., 2011). No entanto, foi constatada correlação positiva com autoestima e negativa com depressão. Os autores concluíram que os pacientes que enfrentam uma doença crônica, assim como seus familiares, apresentaram escores elevados de esperança. Os resultados permitiram também evidenciar que o modo como as pessoas avaliam, enfrentam e superam as situações adversas pode produzir estresse e consequências indesejadas durante tratamento. Outros estudos também evidenciaram que os sintomas depressivos e o estresse prejudicam o

enfrentamento das demandas do adoecimento, sendo a esperança um dos recursos utilizados para ajudar os pacientes a conquistarem melhor adaptação e a ressignificação de seu adoecimento (Barbosa, Santos, & Barbosa, 2012; Chaves et al., 2014; Rustoen, Cooper, & Miaskowski, 2010; Utne, Miaskowski, Bjordal, Paul, & Rustoen, 2010).

Pesquisa realizada com 20 mulheres com câncer de mama teve por objetivo revelar quais os pensamentos e interpretações individuais emergem ante o enfrentamento da doença, de acordo com os fatores internos. O estudo revelou que a maior parte das participantes relatou ter esperança de cura. Desse modo, aderir à esperança pode produzir um efeito satisfatório do ponto de vista de lidar com a incerteza profunda que o câncer lança na vida da pessoa acometida (Barbosa, Santos, & Barbosa, 2012).

A esperança está associada ao modo como os pacientes com câncer vivenciam e enfrentam o processo de adoecimento, pois é por meio desse recurso que eles encontram forças para enfrentar um tratamento prolongado, permeado por procedimentos invasivos e mudanças drásticas no estilo de vida. Desse modo, permanecem em boas condições biopsicossociais, ainda que fisicamente debilitados (Sartore & Grossi, 2008). No presente estudo observou-se, em um dos itens da EEH, que 95,1% dos idosos concordaram completamente com a afirmação de que acreditavam no valor de cada dia, o que sugere que, por

meio da esperança, eles valorizavam cada dia a mais de sua existência em meio à árdua luta contra o câncer. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde considerem esse recurso, para que possam auxiliar os pacientes a abrandarem seu sofrimento associado ao câncer e à radicalidade de seu tratamento.

Diante de tais considerações, faz-se necessário verificar a esperança em idosos com câncer em tratamento quimioterápico, uma vez que a maximização da utilização desse sentimento como mecanismo de enfrentamento pode auxiliar a pessoa a vivenciar o adoecimento diante das inúmeras adversidades físicas e emocionais suscitadas.

Ainda não é possível eliminar as situações do tratamento indutoras de estresse, isto é, situações que provocam um estado de desequilíbrio biopsicossocial, além de sintomas depressivos e angústia, entre outras emoções que emergem no contexto do adoecimento por câncer e as quais estão expostos os pacientes e seus familiares. O profissional de psicologia, como membro da equipe de saúde, pode ajudar o paciente idoso com câncer a elaborar o adoecimento e se adaptar ao tratamento por meio de acompanhamento e orientação constantes. É papel do psicólogo amenizar o sofrimento do paciente, acolhendo-o e orientando-o, além de articular a equipe para que ela possa se aproximar emocionalmente do paciente, de forma a propiciar a melhor relação que ele puder estabelecer (Silva & Gaspar, 2013).

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados mostram a relevância de se conhecer a relação entre os sintomas depressivos, nível de estresse e nível de esperança de idosos com câncer que se encontravam em tratamento quimioterápico. Observou-se que sintomas depressivos e níveis de esperança estão correlacionados negativamente, assim como níveis de estresse e de esperança. Esse conhecimento oferece subsídios para implementar o planejamento da assistência aos idosos, com enfoque nas implicações psicológicas decorrentes do diagnóstico e do tratamento para o câncer, possibilitando, assim, a melhoria da qualidade do atendimento oferecido ao idoso.

Os resultados fornecem apoio empírico à conclusão de que a esperança configura recurso importante para idosos com câncer na construção da aceitação e do enfrentamento do tratamento oncológico. Assim, é preciso que os profissionais da saúde, principalmente da área gerontogeriatrica e em especial o psicólogo, trabalhem para otimizar esse recurso, visto que sua influência pode despertar, nos pacientes, sentimentos positivos e proporcionar melhor bem-estar. É importante que os profissionais se instrumentalizem para realizar uma avaliação abrangente dos recursos dos idosos, considerando a totalidade de seus aspectos biopsicossociais que podem ser afetados pelo adoecimento, suas potencialidades,

bem como suas limitações que resultam da própria idade avançada.

É importante destacar que os resultados deste estudo refletem uma realidade local, portanto, quaisquer tentativas de generalizações dos achados devem ser vistas com a devida cautela. Vale salientar, também, a necessidade de novas pesquisas com enfoque na instrumentalização da esperança como recurso que pode ser maximizado no enfrentamento dos desafios do adoecimento, e também como possibilidade de intervenção visando à mobilização de forças curativas para o restabelecimento do estado geral de saúde.

Sem querer encorajar falsas expectativas nos pacientes, a ideia é manter sempre acesa a expectativa e a fé na possibilidade de se melhorar a qualidade de vida, o que pode se refletir no melhor ajustamento psicossocial dos idosos com câncer. Com isso, é possível avançar na construção do conhecimento sobre a temática, com inovações no planejamento da assistência e implementação de estratégias que possam prevenir e/ou protelar as perdas advindas do processo de adoecimento pelo câncer. O atendimento psicológico nesse contexto deve ter por finalidade desenvolver e/ou fortalecer, nos pacientes idosos que enfrentam o câncer, recursos emocionais que lhes permitam vivenciar essa experiência-limite que os confronta com a finitude e o sentido da vida e da morte.

REFERÊNCIAS

- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(28), 421-426.
- Almeida, R. T., & Ciosak, S. I. (2013). Comunicação do idoso e equipe de saúde da família: Há integralidade?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 1-7.
- Alves, P. C. (2010). *Estresse e estratégias de enfrentamento / coping em mulheres com câncer de mama* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- Alvez, J. E. D. V. (2014). Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, 4(40). Recuperado de <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/440/440>
- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. (2011). Familiares de mulheres com câncer de mama: Vivências diante da possibilidade de morte. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484.
- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. (2015). Apoio social à mulher mastectomizada: Um estudo de revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 851-864. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>
- Araújo, D. V. & Cirrincione, A. (2006). Custo do tratamento do câncer colorretal em pacientes idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(1), 71-82.
- Assis, C. M. R. B., Melo, H. M. A., Melo, E. M., Kitner, D., & Júnior, J. I. C. (2011). Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios. *Geriatrics e Gerontologia*, 5(2), 106-111.
- Balsanelli, A. (2012). *Fatores preditores da esperança em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Balsanelli, A. C. S., Grossi, S. A. A., & Hert, K. (2011). Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e seus familiares ou cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 354-358.
- Barbosa, M. R., Santos, F. U., & Barbosa, M. R. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8, 10-18.
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., & Santos, M. A. (2017). Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 4(2), 269-279. doi: 10.1590/1982-02752017000200008
- Bertolucci, P., Brucki, S., Campacci, S., & Juliano, Y. O. (1994). Mini-Exame do Estado Men-tal em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52, 1-7.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>.
- Brasil (2015). Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. *Estadiamento 2015*. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54.
- Brock, F., Corso, D., Bettinelli, L. A., Pomatti, D. M., Matte, M. M., Brock, J., & Guellen, O. L. (2010). A pessoa idosa vivenciando a condição de um tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(supl 1), 58-70.
- Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P., & Okamoto, I. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61, 777-781.
- Chaves, E. C. L., Paulino, C. F., Souza, V. H. S., Mesquita, A. C., Carvalho, F. S., & Nogueira, D. A. (2014). Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: A cross-sectional study. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 648-655.
- Chen, H., Komaromy, C., & Valentine, C. (2015). From hope to hope: The experience of older Chinese people with advanced cancer. *Health*, 19(2), 154-171.
- Cohen, S., Karmack, T., & Mermelsteinm, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Conceição, J. C. R., Mazo, G. Z. Benedetti, T. R. B., Dias, R. G., & Krug, R. R. (2012). Relações das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(1), 89-97.
- Conceição, V. M., Silva, S. E. D., Pinheiro, S. C., Santana, M. E., Araujo, J. S., & Santos, L. M. S. (2012). Representações sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 83-99. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1157/0>
- Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Eustache, C., Jibb, E., & Grossman, M. (2014). Exploring hope and healing in patients living with advanced non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 497-508.
- Ferreira, M. B. L. S., & Vieira, M. M. (2014). O lugar da religião no tratamento do paciente oncológico. *Centro de Ensino Superior Revista*, 28(1), 119-130.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- França, B. A. L. (2013). O tratamento do paciente com câncer. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 118-138). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Gaspar, K. (2011). Psicologia hospitalar e a oncologia. In V. A. Angerami (Org.), *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica* (2ª ed, pp. 79-126). São Paulo, SP: Gengage Learning.
- Gibson, M., & Gorman, E. (2012). Long-term care residents with cancer and their health care providers reflect on hope. *Canadian Journal on Aging*, 31(3), 285-293.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade de câncer: Perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 53-59.
- Hasson-Ohayon, L., Goldzweig, G., Dorfman, C., & Uziely, B. (2014). Hope and social support utilisation among different age groups of women with breast cancer and their spouses. *Psychology & Health*, 29(11), 1303-1319.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Inocenti, A., Santos, M. A., Loyola, E. A. C., Magalhães, P. A. P., & Panobianco, M. S. (2016). Impact of the effects of the reconstructive surgery in the life of women with breast cancer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2), e4520014. doi: 10.1590/0104-07072016004520014
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílio: Síntese de indicadores*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>

- Leite, M. A. C., Nogueira, D. A., & Terra, F. S. (2015). Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. *Northeast Network Nursing Journal*, 16(1), 38-45.
- Lera, A., Miranda, M., Trevizan, L., Antonangelo, D., Zanellato, R., & Tateyama, L. (2011). Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: Estudo piloto. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 9(2), 112-116.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 1(3-4), 5-19.
- Luft, C. D. B., Sanches, S. O., Mazo, G. Z., & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-615.
- Martins, R., & Santos, A. (2015). *Ser idoso hoje*. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/8.pdf>
- Núñez, P., Enriquez, D., & Irrázaval, M. E. (2011). La espiritualidade en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Periodico Ajayu*, 10(5), 84-100.
- Oliveira, E. A., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: Ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 15(2), 235-244.
- Oliveira, D. R., Fortes, V. L. F., Tramontina, C. C., Oliveira, T. C., Silva, M. M., Silva, J. A. . . . Duarte, S. C. M. (2013). Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: Subsídios para o gerenciamento em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 704-712.
- Orlandi, F. S., Pepino, B. G., Pavarini, S. C. I., Santos, D. A., & Mendiondo, M. S. Z. (2012). Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 900-905.
- Rustoen, T., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(4), 258-267.
- Santana, J. A. (2012). Envelhecimento populacional e política de saúde: Contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. *Vértices*, 14(3), 85-101.
- Santos, D. B., Ford, N. J., Santos, M., & Vieira, E. M. (2014). Breast cancer and sexuality: The impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 16(3), 246-257.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2017). Interrupção e retomada da vida sexual após o câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-10.
- Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos: Determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. doi: 10.1590/1413-81232017229.05882016
- Santos, M. A., Prado, M. A. S., Panobianco, M. S., & Almeida, A. M. (2011). Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: Cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 27-33.
- Santos Junior, A. (2013). Considerações psiquiátricas no manejo de pacientes com câncer. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 153-169). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sartore, A. C., & Grossi, S. A. A. (2008). Escala de Esperança de Herth: Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 227-232.
- Sheikh, J. L., & Yasavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: A qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695.
- Silva, N. M., & Gaspar, K. C. (2013). Ansiedade e pacientes oncológicos em início de tratamento radioterápico. In V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar (Orgs.), *Psicologia e câncer* (pp. 273-294). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Soares, L. C., Santana, M. G., & Muniz, R. M. (2010). O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 660-667. doi: 0.4025/ciencucuidsaude.v9i4.7785
- Sousa, H., Guerra, M., & Lencastre, L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33(1), 39-53. doi: 10.14417/ap.832
- Souza, B. F., Moraes, J. A. M., Inocenti, A., Santos, M. A., Silva, A. E. B. C., & Miasso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: Depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 866-873.
- Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S., & Rustoen, T. (2010). The relationships between mood disturbances and pain, hope, and quality of life in hospitalized cancer patients with pain on regularly scheduled opioid analgesic. *Journal of Palliative Medicine*, 13(3), 311-318.
- Vidotti, J. F., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: Análise da produção científica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 49-68.
- Vieira, E. M., Ford, N. J., Santos, M. A., Junqueira, L. C. U., & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2049-2056.
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: A qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414.
- Visentin, A., & Lenardt, M. H. (2010). O itinerário terapêutico: História oral de idosos com câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(4), 486-492.
- World Health Organization. (2014). *Chronic diseases*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- Yasavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.