

**EDEGARDA HELENA RUSISCA - de TOLEDO**

**AÇÕES E DIFICULDADES PARA O  
AUTOCUIDADO EM IDOSOS COM AFECÇÕES  
ONCO-HEMATOLÓGICAS.**

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Edegarda Helena Rusisca - de Toledo*

*Prof. Dra. Maria José D'Elboux Diogo*  
Orientadora

**CAMPINAS**

**2002**

i

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**EDEGARDA HELENA RUSISCA - de TOLEDO**

**AÇÕES E DIFICULDADES PARA O  
AUTOCUIDADO EM IDOSOS COM AFECÇÕES  
ONCO-HEMATOLÓGICAS.**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre  
em Enfermagem.*

**ORIENTADORA: PROF. DRA. MARIA JOSÉ D'ELBOUX DIOGO**

**CAMPINAS**

**2002**

UNIDADE BQ  
Nº CHAMADA T/UNICAMP  
R896a  
V \_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
TOMBO BCI 51460  
PROC 16.837102  
C \_\_\_\_\_ D X \_\_\_\_\_  
PREÇO R\$ 11,00  
DATA 12/11/02  
Nº CPD \_\_\_\_\_

CM00176430-4

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

BIB ID 267701

~~R895a~~  
R896a

Rusisca-de Toledo, Edegarda Helena  
Ações e dificuldades para o autocuidado em idosos com afecções oncohematológicas / Edegarda Helena Rusisca-de Toledo. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Maria José D'Elboux Diogo  
Dissertação ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Enfermagem. 2. Geriatria . 3. Oncologia. 4. Autocuidado. I. Maria José D'Elboux Diogo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

**Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria José D'Elboux Diogo**

---

**Membros:**

---

1. Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria José D'Elboux Diogo

*Maria José D'Elboux Diogo*

---

2. Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sofia Cristina Iost Pavarini

*Sofia Cristina Iost Pavarini*

---

3. Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Filomena Ceolim

*Maria Filomena Ceolim*

---

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 20/03/2002**

---

200254395

## **DEDICATÓRIA**

*Aos idosos que foram os principais colaboradores deste trabalho pela sincera disponibilidade para as entrevistas, pelos encontros significativos onde, a partir daqueles momentos nossas vidas passaram a estar interligadas.*

*Aos meus pais ANDRÉ E LAURA (in memoriam), por terem me permitido vir a este mundo.*

*Ao MARCOS, concretização de um sonho, obrigada por embarcar comigo nesta viagem e pela cumplicidade no processo de crescer e envelhecer.*

*À pessoa que se desenvolve dentro de mim, que seja livre para aceitar o mundo e o significado da finitude. Obrigada por estar comigo neste final de caminhada.*

*À professora Dra. Maria José, Zezinha, por ter aceitado e desempenhado tão bem o papel de timoneira nesta viagem. Por transmitir uma tranquilidade confortável que só as pessoas muito especiais possuem e pela sua dedicação, responsabilidade e preocupação com que desenvolve as atividades com os idosos.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

A viagem percorrida para a efetivação deste trabalho foi longa e com algumas escalas, porém gratificante e envolvente. Mas, não teria sido possível sem a presença de inúmeros companheiros.

A todos dirijo meu reconhecimento e agradeço:

De modo muito especial à Luciane Raffa, que me deu o estímulo inicial e me mostrou qual o caminho a seguir.

À minha família muito querida, Lourdes, Sá, Valzinho, Marta, Jair, Lú, Andreia e Ademir, por respeitarem meu jeito de ser, pela paciência e compreensão nas minhas ausências.

Ao meu sogro Paulino, e especialmente a minha sogra Neusa pela acolhida filiar.

Aos meus irmãos de coração: Leninha, Waltinho, Heliane e Túlio por me abrigarem com tanto carinho nestas idas e vindas.

Aos meus tantos sobrinhos queridos pelos momentos de lazer e descontração no percorrer desse caminho.

A Lêni, Toy, Tico e Lobinha pela sensibilidade tranqüilizante a mim oferecida.

Às mestrandas pela amizade, especialmente Silvana, Sílvia e Rubiane.

À Martha e Raul, pela longa e fraterna amizade.

Aos funcionários do ambulatório de onco-hematologia do Centro de Hematologia da Universidade Estadual de Campinas (HEMOCAMP), pela acolhida na realização deste estudo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), dona Maria Helena, dona Edna e dona Matilde pela simpatia e, Carlinhos pelo capricho da editoração final.

À professora Dra. Filomena Ceolim, professora Dra. Fernanda Cintra, professora Dra. Maria Gabi Gutierrez, enfermeira Edva Bonassa e à enfermeira Selma Fonseca, julgadoras do instrumento de coleta de dados, e professora Dra. Sofia Pavarini pelos relevantes apontamentos.

À Fundação de Coordenação de aperfeiçoamento em nível superior (CAPES) pelo incentivo financeiro.

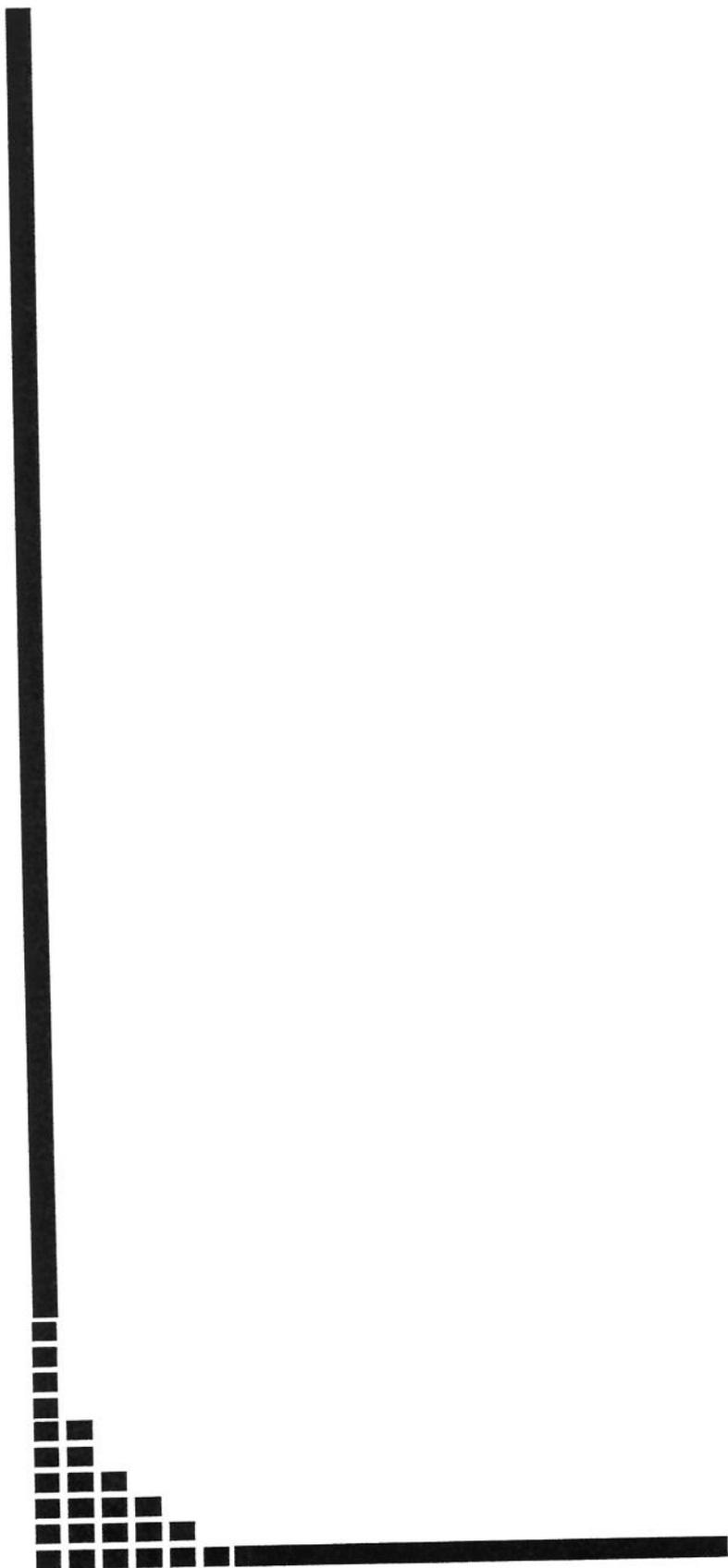
E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

---

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	xix
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	23
1.1. Considerações sociodemográficas e epidemiológicas sobre os idosos.....	25
1.2. Algumas considerações sobre as alterações no envelhecimento.....	32
1.3. Algumas considerações sobre onco-hematologia.....	35
1.4. O autocuidado e a enfermagem.....	42
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	51
<b>3. MÉTODO</b> .....	55
3.1. Apresentação do campo de pesquisa.....	57
3.2. Sujeitos da pesquisa.....	58
3.3. Instrumento de coleta de dados.....	62
3.4. Procedimento para coleta de dados.....	64
3.5. Análise e tratamento dos dados.....	65
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	119
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	125
<b>7. SUMMARY</b> .....	129
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	133
<b>9. ANEXOS</b> .....	149
Anexo I: Autorização da Instituição.....	151
Anexo II: Comitê de Ética e Pesquisa.....	153
Anexo III: Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
Anexo IV: Roteiro para Entrevista.....	159

	<i>PÁG.</i>
<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos idosos segundo idade, sexo e estado civil.....	59
<b>Tabela 2:</b> Distribuição dos idosos segundo a escolaridade.....	59
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos idosos segundo a ocupação principal.....	60
<b>Tabela 4:</b> Distribuição dos idosos segundo o estado civil e a composição familiar.....	61
<b>Tabela 5:</b> Distribuição dos idosos segundo a renda mensal individual.....	62
<b>Tabela 6:</b> Distribuição dos idosos segundo o diagnóstico médico principal.....	71
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos idosos segundo o tempo decorrido entre o início do tratamento e o momento da entrevista.....	74

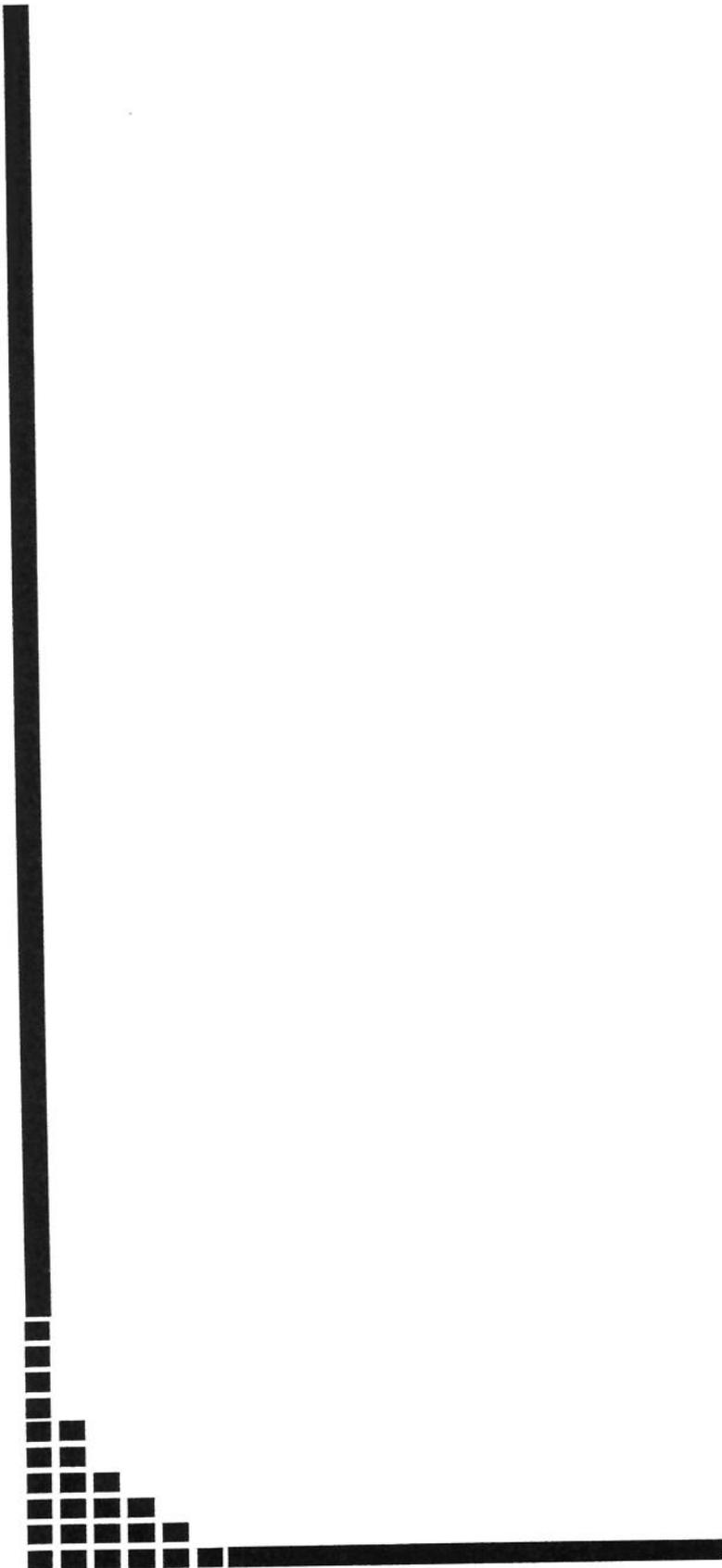
	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1:</b> Distribuição das respostas dos idosos segundo a presença de outras afecções.....	72
<b>Quadro 2:</b> Distribuição das respostas dos idosos segundo os procedimentos terapêuticos realizados.....	75
<b>Quadro 3:</b> Distribuição das respostas dos idosos segundo os sintomas percebidos, as ações desenvolvidas e as dificuldades encontradas no início da doença.....	78
<b>Quadro 4:</b> Distribuição das respostas dos idosos sobre as dificuldades frente à realização e continuidade do tratamento.....	84
<b>Quadro 5:</b> Distribuição das respostas dos idosos sobre a ocorrência dos efeitos colaterais.....	87
<b>Quadro 6:</b> Distribuição das respostas dos idosos quanto aos cuidados desenvolvidos e as dificuldades para o autocuidado na presença dos efeitos colaterais.....	91
<b>Quadro 7:</b> Distribuição das respostas dos idosos quanto aos cuidados desenvolvidos e dificuldades relatadas para o autocuidado relacionadas à manutenção do tratamento e a prevenção das complicações da doença.....	102
<b>Quadro 8:</b> Distribuição das respostas dos idosos sobre quem ajuda e quais os cuidados realizados.....	116



## ***RESUMO***

As afecções onco-hematológicas, como leucemia, linfoma e mieloma são mais frequentes com o avanço da idade. As alterações decorrentes da doença e do tratamento levam à necessidade de desenvolvimento de ações de autocuidado. Entretanto, o idoso pode apresentar limitações para o autocuidado, que podem interferir na sua recuperação. A identificação das ações e dificuldades para o autocuidado dos idosos portadores de afecção onco-hematológica pode ser uma alternativa para fundamentar a educação e orientação desta clientela com vistas ao controle e redução dos fatores de risco para a saúde e melhora dos seus conhecimentos sobre a afecção. Isso posto, este estudo tem os seguintes objetivos: identificar as afecções neoplásicas hematológicas e outras presentes nos idosos sob tratamento em um ambulatório de onco-hematologia; identificar as ações de autocuidado que estes idosos realizam com relação ao seu tratamento e as dificuldades para o autocuidado que os idosos relatam quanto ao tratamento. Pelos resultados foi observado que a afecção onco-hematológica predominante foi o mieloma múltiplo e a outra afecção prevalente é a hipertensão arterial. A maioria dos idosos apresentou uma ou mais ações de autocuidado elencadas no instrumento. As dificuldades identificadas frente ao início do tratamento, sua continuidade e presença dos efeitos colaterais, na manutenção do tratamento e prevenção de complicações da doença foram: a demora/desconhecimento do diagnóstico, limitações financeiras e a presença dos sintomas.

**PALAVRAS CHAVES:** enfermagem, geriatria, oncologia, autocuidado.



## ***1. INTRODUÇÃO***

## 1.1. CONSIDERAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE OS IDOSOS

O padrão demográfico mundial está apresentando importantes mudanças e, neste cenário, os idosos correspondem à parcela da população que mais cresce proporcionalmente, com destaque nos países em desenvolvimento. Segundo BERQUÓ & VERAS (1999), atualmente 60% (580 milhões/total) da população mundial de idosos vive nos países em desenvolvimento e, até o ano 2020, de acordo com as projeções, haverá 1,2 bilhão de pessoas idosas no mundo, sendo que 700 milhões delas em países de Terceiro Mundo.

O Brasil, considerado uma nação em desenvolvimento, contava, em 1996, com 8,7 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que correspondia, na época, a 5,4% dos habitantes. Em 2020, espera-se um crescimento ainda maior da população idosa (8,3%) que, baseado nas posições, irá superar a taxa de crescimento da população geral. No período de 1991-1996, as taxas de crescimento da população total e da idosa foram respectivamente 1,3% a.a. e 3,5% a.a. (VERAS, 1999; BÉRQUO & BAENINGER, 2000).

Ainda com relação ao número de idosos, CHAIMOWICZ (1998) estimou em 760% o seu crescimento entre 1960, quando iniciou o processo de envelhecimento populacional e 2020. Esta elevação deverá ser acompanhada de mudanças demográficas e epidemiológicas muito diversas daquelas ocorridas nos países industrializados. Para o autor, a duplicação da proporção de idosos, de 7% para 14%, acontecerá em 25 anos, enquanto nos países europeus, tais como a França e Suécia, isso se deu ao longo de 120 e 85 anos, respectivamente. É neste contexto, que o Brasil, segundo as previsões, deverá passar da 11<sup>a</sup>, em 1996, à 6<sup>a</sup> posição em 2025 (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987; SILVESTRE et al. 1996).

Alguns autores partidários (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987; BERQUÓ, 1996; CHAIMOWICZ, 1998) consideraram que este aumento na proporção de idosos nos países industrializados se deu, em grande parte, pela redução da taxa de fecundidade e queda da mortalidade, pela introdução de políticas higienistas e procedimentos intervencionistas de alta complexidade nos portadores de doenças crônicas ou neoplásicas.

Estas doenças, que no passado eram fator limitante do tempo de vida, hoje, tratadas, prolongam cada vez mais o período vital. No Brasil, o declínio da mortalidade foi determinado prioritariamente pela ação médico-sanitária e por meio de políticas urbanas como a vacinação e higiene pública, entre outras campanhas sanitárias.

Com o advento dessas mudanças políticas, técnicas e sociais afetando várias camadas da sociedade, o “boom” dos idosos segue seu curso previsível, com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, com o aumento da proporção da população idosa no mundo. Estima-se que a expectativa de vida nos países desenvolvidos, partindo de 1960 até 2020, caminhará de 69,8 para 77,2 anos, enquanto que neste País, no mesmo período, passará de 55,9 para 72,1 anos (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987).

No entanto, o aumento da longevidade não vem acompanhado de melhorias na qualidade de vida do idoso. Infelizmente não houve um planejamento, nos países menos desenvolvidos, para atender às características peculiares desta faixa etária que cresceu tão rapidamente e que agora compartilha com outros grupos etários as mesmas dificuldades sociais, econômicas e de saúde.

Para enfrentar essa situação, de acordo com BERQUÓ (1996), faz-se necessário, no momento, estudar, planejar e implementar programas que atendam às peculiaridades desta população, respeitando as características regionais, pois, além da deficiência no setor de saúde, estão presentes carências nas áreas de habitação, urbanização, transporte, previdência e trabalho. Somado aos programas de melhoria do bem-estar e qualidade de vida, deve-se incentivar a participação do idoso em decisões quanto à sua inserção social, principalmente salário, aposentadoria e saúde, quesitos mínimos para a qualidade de vida do indivíduo no decorrer do seu processo de envelhecimento.

Quanto ao perfil socioeconômico dos idosos brasileiros, CHAIMOWICZ (1998) realizou um apanhado dos principais pontos. Como característica marcante desta faixa etária, as pensões e as aposentadorias representam sua principal fonte de renda, e a maioria dos idosos aposentados recebiam da Previdência, em 1988, remuneração de até 2,5 salários mínimos. Este quadro praticamente obriga o retorno ou a permanência no mercado de trabalho, sobretudo em atividades mal remuneradas e sem garantias trabalhistas aos

indivíduos de 60 anos ou mais. A sua valorização profissional é dificultada, em parte, pelas condições de alfabetização desta população. Em 1996, 63% da população com 60 anos e mais não tinha nem quatro anos de estudo.

Outro fator associado ao baixo poder aquisitivo desta faixa etária é a redução das atividades produtivas entre as mulheres mais idosas. Em 1993, apenas 20,2% trabalhavam, em comparação aos 48,5% dos homens.

Essa variável reflete-se na condição socioeconômica da população idosa, pois, além da proporção idosa feminina ser maior que a população masculina da mesma faixa etária, a expectativa de vida das mulheres é superior a dos homens - em 1991 era de 69 anos e 63 anos, respectivamente.

Quanto à situação conjugal, dados da Contagem Populacional de 1996 apontavam que, em 1993, 66% das senhoras eram viúvas, solteiras ou separadas, enquanto que os homens na mesma faixa etária representavam 76,3% dos casados. Isto se explica pelo maior número de recasamento após a viuvez e maior tendência de se casar com mulheres mais jovens. Inversamente, a proporção de idosas solitárias vem aumentando nas últimas décadas.

Outra causa que afeta a situação social e a distribuição dos idosos brasileiros é a migração regional. CHAIMOWICZ (1998) esclareceu que o processo de emigração dos jovens acaba por enfraquecer o papel da família como provedora de suporte aos idosos, cabendo ao Estado suprir as demandas desta população, o que se dá de forma ineficiente nas regiões menos favorecidas, onde as emigrações são mais freqüentes.

Entretanto, a Contagem Populacional de 1996 sugeriu que a dinâmica populacional brasileira vem se transformando. Ao contrário de décadas passadas, as correntes migratórias nordestinas estão reduzindo. Está havendo a retenção da população nos próprios Estados em cidades de médio porte ou capitais. Esta tendência aponta para a descentralização da demanda por serviços públicos.

Com relação ao suporte formal, informal e à institucionalização, o autor citou as dificuldades crescentes que as famílias deverão enfrentar, entre elas a inexistência de políticas sociais aos cuidadores, a redução do número dos componentes familiares e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Ainda, há as carências financeiras desses idosos, pois mais da metade pertence a famílias com renda total menor que três salários mínimos. Há precariedade do suporte formal e a maioria dos idosos não conta com empregados para o auxílio de suas atividades pessoais ou domésticas, levando ao aumento das institucionalizações asilares pela impossibilidade de continuar morando em seu próprio domicílio, por morar sozinho ou pela sua condição de dependência.

Na tentativa de proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos e às pessoas que estão envelhecendo, o Governo Federal decretou, em 1996, a Política Nacional do Idoso (PNI), sob a Lei n° 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Visando a operacionalização desta política, foi proposto, pelos órgãos governamentais, o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, que por meio da inter-relação entre os ministérios e Organizações Não-Governamentais (ONGs), pretende apressar e viabilizar as ações preventivas, curativas e de promoção preconizadas na PNI, nos âmbitos de atenção à saúde, habitação, educação, transportes e outras áreas setoriais.

O Ministério da Saúde, através do serviço de atenção à saúde do idoso, apresenta, nesse plano, o objetivo de “garantir a atenção integral à saúde do idoso, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS)”, em nível nacional. Como estratégias operacionais, são propostas ações de prevenção e recuperação de incapacidade, priorizando o autocuidado, o cuidado informal e estimulando a formação de grupos de auto-ajuda, além de medidas profiláticas contra doenças transmissíveis (BRASIL, 1997).

Entretanto, os grupos que atentam para a PNI ainda são isolados. Existe carência na formação de recursos humanos e profissionais para suprir este (des)empenho do Governo Federal. Esta articulação do Ministério com as ONGs é explicável, pois o Brasil não se preparou, como alguns países europeus, como por exemplo França e Suécia, para a transformação nos padrões de mortalidade e morbidade, que conduziu à súbita elevação numérica da população idosa.

De acordo com CHAIMOWICZ (1998), ao conjunto de mudanças dos padrões de morbidade e transformações demográficas, sociais e econômicas que caracterizam uma determinada população chamamos de transição epidemiológica. O autor comparou as características básicas da transição epidemiológica clássica, experimentada pela maioria dos países em desenvolvimento e por alguns dos países latino-americanos, com as modificações ocorridas no Brasil. No modelo clássico ocorrem três alterações fundamentais: a substituição das principais causas de morte (das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis e causas externas), a mudança da maior concentração de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e o predomínio da morbidade sobre a mortalidade.

No Brasil, essa transição apresenta alguns aspectos que caracterizam, segundo o autor, um novo modelo. Na realidade, não há uma transição, mas uma superposição entre as etapas em que predominam as doenças transmissíveis e as doenças crônico-degenerativas. Ocorre uma contratransição caracterizada pela reintrodução de algumas doenças e o aumento de outras como a malária e a leishmaniose. Os padrões de morbimortalidade mantêm-se elevados, caracterizando uma transição prolongada e finalizando com uma característica típica nacional: a diversidade social das regiões brasileiras torna a situação epidemiológica contrastante, denominada polarização epidemiológica.

SAYEG (1994) afirmou que essa transição epidemiológica levará à prevalência de doenças do aparelho circulatório, sistema hematológico, neoplasias, diabetes, doenças osteoarticulares, demências do tipo Alzheimer e tantas outras crônico-degenerativas. Apontou que aproximadamente 16 milhões de brasileiros apresentarão alguma implicação crônico-degenerativa, incluindo a atual população adulta nesta estimativa, pois já passaram do estágio de risco de vida eminente ou de agravos (por exemplo acidentes) que deixam seqüelas.

As doenças crônico-degenerativas predominam na idade adulta e sua incidência, prevalência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. São caracterizadas por uma evolução lenta e progressiva, irreversível, por um longo período de latência assintomático, exigindo constante supervisão, observação e cuidado, e com possível risco de alteração da capacidade funcional da pessoa, quando sua trajetória não é interrompida ou paralisada (BRASIL, 1995; NORHTURFT et al., 2000).

Ainda a esse respeito, NORHTURFT et al. (2000) referiram que, mesmo com o reconhecimento dos profissionais da saúde de que aprender a conviver com a doença crônica, pode ser um dos mais importantes trabalhos com o idoso, ainda são escassos os cuidados médicos e intervenções direcionadas à educação para a saúde que enfatizem a prática das atividades de vida diária (AVDs) ou a qualidade de vida das pessoas com múltiplas doenças crônicas.

PEREZ (1993) recomendou que a complexidade dos problemas de saúde dos idosos exige diversas medidas, entre elas o incremento das atividades de pesquisa, a elaboração de novas estratégias, a aplicação de medidas especiais que visem à prevenção e ao retardo das enfermidades crônicas não-transmissíveis, e a reordenação das políticas de saúde dirigidas a promover a atenção e a permanência de idosos na comunidade. Desta maneira, espera-se que a própria comunidade sirva de mecanismo para evitar a institucionalização temporária ou desnecessária dos idosos.

Segundo GORDILHO et al. (2000), “a maioria das doenças crônicas que acometem o idoso têm, na própria idade, seu principal fator de risco”. Todavia, acrescentam os autores que uma doença crônica não quer dizer que o idoso seja incapaz de gerenciar sua própria vida e manter sua independência para as atividades cotidianas.

Os fatores que estabelecem a diversidade do processo de envelhecimento, bem como a estratégia de enfrentamento e adaptação para as ocorrências desse processo, e em particular para a prevenção de alteração da saúde, representam uma complexa interação entre os sistemas sociais, biológicos e psicológicos. O envelhecimento é um processo da vida e ocorre paralelo e continuamente a outras transformações. BABB (1984) apud PEREZ (1993) descreveu o processo de envelhecimento de forma “seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne incapaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente, portanto aumentando sua possibilidade de morte, e as modificações que os tecidos e órgãos sofrem durante este processo não devem considerar os problemas de saúde, mas sim as variações anatomofisiológicas normais”.

É importante ressaltar que velhice não é sinônimo de doença. Algumas pessoas apresentam modificações fisiológicas ao longo do tempo, de acordo com as alterações previstas para o processo do envelhecimento. Outras, por alguns incidentes insalubres, produzem uma compleição diferente na velhice e necessitam de ajuda para o desempenho de suas atividades (NERI, 1993).

Alguns autores descrevem sob diferentes teorias e maneiras o envelhecimento e as implicações do processo de envelhecer. Simone de Beauvoir (BEAUVOIR, 1970), por exemplo descreveu de uma maneira bastante poética que o envelhecimento é uma metamorfose constante e é mais clara aos olhos dos outros do que aos do próprio indivíduo. É um novo estado de equilíbrio biológico e, nessa onda, onde se perde e se reconquista este equilíbrio a todo momento, o homem não se dá conta do envelhecimento. Até mesmo os sinais advindos do seu corpo são ambíguos. A pessoa pode confundir facilmente as adaptações de um envelhecimento irreversível com uma doença curável.

Já HAYFLICK (1996), numa abordagem biológica, afirmou que o envelhecimento não é simplesmente a “passagem do tempo”, mas a “manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período”. Enfatizou ainda a necessidade de existir um indicador que permita medir e distinguir a idade biológica da cronológica. Para o autor, não é somente o tempo que produz efeitos biológicos, pois estes acontecimentos sucedem ao nascimento, ocorrendo em momentos e ritmos diferentes em cada um.

Diante da dificuldade em se delimitar a velhice, o critério cronológico, ainda que o menos exato, é adotado na maioria das instituições que assistem aos idosos nas análises epidemiológicas e também nos trabalhos científicos. A única justificativa para seu uso é a inexistência de um outro melhor. Como a idade cronológica é padronizada pelo desenvolvimento socioeconômico de cada sociedade, a OMS (1984) delimita a velhice a partir dos 65 anos de idade para os países desenvolvidos e, para os países em desenvolvimento, como no caso o Brasil, em função da expectativa média de vida dos cidadãos ser um pouco inferior, considera-se pertencente a este conjunto as pessoas com 60 anos ou mais (PAPALÉO NETTO, 1999; PASCHOAL, 1999).

Há consenso entre alguns autores a respeito da dificuldade para definir envelhecimento normal, ou senescência, e patológico, ou senilidade. Para PAPALÉO NETTO (1999), velhice normal, senescência ou senectude trata-se do envelhecimento com a ausência de afecções biológicas ou psicológicas, isto é, o processo fisiológico com transformações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem com o passar dos anos. Por outro lado, a velhice patológica ou senilidade significa a presença de doenças crônicas ou outras alterações biológicas ou psicológicas que podem acometer e modificar a saúde dos idosos. O ponto de discernimento entre estas condições é bastante árduo, existindo situações em que há uma grande dificuldade em diferenciar se uma determinada alteração é indício de senescência ou senilidade (NERI, 1993; PAPALEO NETTO, 1999).

## **1.2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ALTERAÇÕES NO ENVELHECIMENTO**

As mudanças biológicas, sociais e psicológicas afetam progressivamente ou subitamente o estilo de vida das pessoas e a capacidade individual de enfrentar as mudanças e crises, de se adaptar a novas situações, de correr riscos e de confrontar fatores estressantes.

Esses incidentes ou estresses aumentam a vulnerabilidade do idoso, já que no processo de senescência ocorrem diminuição das reservas funcionais, alterações fisiológicas que afetam em menor ou maior grau todos os indivíduos e que são benignas, quando isentas de doenças associadas. Entre elas, há redução de 15% a 20% da quantidade de água corporal e o acréscimo do tecido adiposo. Tal ocorrência leva à necessidade de um manuseio diferenciado das drogas nesta faixa etária, como o aumento da gravidade em processos com perda da volemia (PASSARELLI, 1997).

A seguir, serão destacadas algumas alterações fisiológicas e fisiopatológicas presentes no decorrer do processo de envelhecimento de acordo com PASSARELLI (1997), as quais merecem destaque, uma vez que o presente estudo envolve idosos submetidos a tratamento de afecções onco-hematológicas.

O sistema cardiovascular dos idosos sadios apresenta, em relação aos indivíduos mais jovens, diminuição da frequência cardíaca, do volume de ejeção, do débito cardíaco e do consumo de oxigênio, em resposta aos exercícios. No entanto, em situação de repouso ou de solicitação mínima, as condições circulatórias do idoso respondem adequadamente à demanda.

Quanto ao sistema respiratório, o autor descreve a diminuição da elasticidade pulmonar, que leva ao aumento do volume residual e à diminuição da capacidade vital. O idoso apresenta ainda uma diminuição da eficácia da expectoração, decorrente de enrijecimento da estrutura torácica; de redução da força de contração muscular e da atividade mucociliar do epitélio brônquico; e de aumento do espaço morto. Estas alterações facilitam o aparecimento de infecções pulmonares de modo geral.

Associado à perda do volume de água no organismo, o sistema renal sofre alterações involutivas anatômicas e funcionais, independentemente da presença de nefropatias. Há perda de 40% do parênquima renal, e de aproximadamente 40 néfrons ao dia, redução de 20% a 30% dos glomérulos, diminuindo a capacidade total de filtração glomerular reduzindo o fluxo plasmático renal em 50% entre os 40 e 90 anos de idade. Estas alterações comprometem a eliminação de drogas, especialmente daquelas eliminadas pelos rins.

Com relação ao sistema gastrointestinal, o processo de envelhecimento leva a alterações, inclusive da cavidade oral, que podem causar inapetência e dificuldade na deglutição. Entre estas alterações, destacam-se a perda dos dentes, diminuição da produção da saliva, atrofia das papilas linguais e modificações musculares e do peristaltismo gastrointestinal. Ocorre ainda a atrofia da mucosa gástrica e redução da produção do suco gástrico, o que prejudica a digestão e altera tanto a absorção do ferro, que depende do meio ácido, levando ao risco de anemia ferropriva como a absorção de drogas ingeridas por via oral. A última também prejudicada pelo retardo no esvaziamento gástrico. O metabolismo das drogas também é influenciado pela redução do volume do fígado (cerca de 35%) e de seu fluxo sanguíneo.

Após os 45 anos aproximadamente, inicia-se a redução progressiva da massa óssea, sobretudo nas mulheres, com as alterações hormonais da menopausa, devido à queda da absorção de cálcio com o avanço da idade. Fatores como o sedentarismo, tabagismo, ingestão excessiva de café e menopausa precoce aumentam a possibilidade do surgimento da osteoporose.

Quanto ao envelhecimento cerebral, as alterações como a atrofia cerebral, os sulcos alargados, os depósitos de substância amilóide, placas senis, entre outras, relacionam-se com uma maior suscetibilidade do idoso à ação das drogas, como por exemplo, os indutores de sono, que podem trazer confusão mental ou delírio.

Com a justificativa de que as pessoas idosas precisam dormir uma menor quantidade de horas ou que as perturbações relacionadas ao sono são próprias da idade, os idosos muitas vezes nada comentam ou, quando o fazem, suas queixas nem sempre são valorizadas pelo profissional da saúde ou membros da família.

De acordo com os estudos de CEOLIM (1993), realmente há mudanças no padrão do sono do indivíduo idoso, porém algumas são fisiológicas. O idoso apresenta um sono mais leve, tem dificuldade de manter o sono noturno, acorda com maior facilidade à noite aos mínimos estímulos e, acordando, tem dificuldade de voltar a dormir.

Outra alteração fisiológica decorrente do envelhecimento é a atrofia da epiderme, principalmente das glândulas sudoríparas e dos folículos pilosos. Isso acrescido das mudanças na pigmentação, degeneração do colágeno e das fibras elásticas, redução da gordura subcutânea e esclerose arteriolar, leva a várias conseqüências, com destaque para a secura da pele e mudanças dos hábitos de higiene corporal.

De um modo geral, no tratamento oncológico ao idoso, deve-se refletir sobre as alterações do processo de envelhecimento na assistência de enfermagem, com ênfase aos cuidados com os procedimentos e ocorrências adversas que envolvem as modificações de pele e mucosas, absorção e eliminações, no sentido de prevenir infecções, desnutrição e toxicidade pelas drogas administradas.

### 1.3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ONCO-HEMATOLOGIA

Dentre as doenças crônico-degenerativas que podem passar despercebidas ou associadas a outras afecções, estão as anemias e as neoplasias relacionadas ao sistema hematológico. No idoso, as anemias são as mais freqüentes, conforme a literatura, entretanto, não devem ser consideradas isoladamente como doenças, mas uma manifestação clínica de diversas doenças (MOTTA & LANA, 1995; ERBAN, 1995).

Segundo MOTTA & LANA (1995), supõe-se que a anemia esteja intrinsecamente envolvida com os quesitos senescência e senilidade, pois a vitamina B12 e o ácido fólico, carentes na anemia megaloblástica, são fundamentais na formação do DNA e RNA, os quais exercem função importante nos fenômenos genéticos do envelhecimento. Um estudo realizado pelos autores com idosos hospitalizados e acometidos por anemias, demonstrou que 51% deles apresentavam anemia megaloblástica. Porém, segundo destacaram os autores, afirmar que a idade é um fator de risco para a anemia é perigoso e leva à falsa conclusão de que esta doença seja uma conseqüência inevitável do envelhecimento, pois estudos comprovam que as taxas de referência de hemoglobina e hematócrito podem ser consideradas similares entre os pacientes idosos e não-idosos.

No que diz respeito às neoplasias, convém abordar inicialmente algumas considerações gerais. O câncer é considerado uma das mais temidas doenças crônico-degenerativas, mesmo sendo a única a apresentar uma possibilidade de cura quando diagnosticada precocemente e interrompida em uma de suas fases. A neoplasia, como outra doença crônico-degenerativa, envolve múltiplos fatores de risco, entre eles os ambientais, o estilo de vida, os genéticos, havendo uma ausência quase total de interação entre espécies animais, exceto o ser humano, no seu quadro epidemiológico. De acordo com os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos. Contudo, há certos tipos de câncer mais comuns em crianças, como os neuroblastomas, tumores de Wilms e sarcomas (BRASIL, 1995).

O aumento da expectativa de vida não só eleva a exposição do indivíduo aos fatores de risco presentes no meio ambiente e o tempo dessa exposição, como também o envelhecimento oferece a oportunidade do surgimento de neoplasias genéticas, que só apareceriam tardiamente (BRASIL, 1995).

O câncer é um problema de saúde pública mundial e, no Brasil, a situação não é diferente. Com a inserção da mortalidade por causas externas, a neoplasia deixou de ser a segunda principal causa de morte da população brasileira e passou a ocupar o terceiro lugar, com 11,84% do total de óbitos em 1997, atrás de 13,23% por causas externas e 27,63% por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 1995; BRASIL, 2000a).

Salienta o INCA, a partir da verificação de que o câncer é uma questão de saúde pública no Brasil, que a melhor avaliação de sua distribuição geográfica, coortes por idade e sexo, além da orientação e a formação dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e à notificação dos registros da doença fornecem informações sólidas à priorização e planejamento estratégicos ao controle da doença, seja nos programas de prevenção e detecção precoce, seja na assistência e reabilitação do paciente (BRASIL, 2000b).

Entre as afecções neoplásicas hematológicas, incluem-se as leucemias, os linfomas, o mieloma múltiplo e, em menor frequência, a macroglobulinemia de Waldenström (RAPAPORT, 1990). Quanto às neoplasias hematológicas mais comumente encontradas, YANCIK (1997) afirmou que as leucemias e o linfoma não-Hodgkin, apesar de geralmente não serem consideradas doenças de idosos, obtiveram um aumento significativo entre 1988 e 1992, e correspondem a mais de 50% das ocorrências destes tumores nesta faixa etária.

A esse respeito, KYLE (1996) e MISRA (2000) mostram que a ocorrência das leucemias, dos linfomas e do mieloma múltiplo especificamente tem crescido com o passar das décadas e mais frequentemente associados com a idade. KYLE (1996) relatou que a média de idade dos pacientes com diagnóstico de mieloma múltiplo é de 61 anos, enquanto apenas 2% do total dos pacientes diagnosticados têm menos de 40 anos de idade. Já KERBAUY (2001) referiu que a idade média é de 65 anos e 3% dos diagnósticos com idade menor que 40 anos. Sobre os linfomas GARCÍA (1996) e COLLEONI & OLIVEIRA, (2001) apontaram para o aumento da sua incidência pelo maior número de diagnósticos precoces.

No Brasil, de acordo com dados de 1997, as leucemias e os linfomas representaram juntos 6% das neoplasias hematológicas (BRASIL, 2000b). No município de Campinas, S.P., as neoplasias foram a segunda principal causa de morte na população geral

e entre os idosos no período de janeiro a junho de 1998, segundo o Boletim n.º 23 – Mortalidade por Neoplasias, divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde. Nos homens, as seis causas mais importantes dos óbitos por neoplasia foram câncer de pulmão e brônquios, estômago, próstata, cólon, reto e ânus, esôfago, e leucemias e linfomas; e, nas mulheres, as principais causas foram câncer de mama, cólon, reto e ânus, brônquios e pulmão, leucemias e linfomas, estômago e colo de útero. O Boletim ainda indicou que as leucemias e linfomas representam a maior proporção de mortes entre os mais idosos.

Com relação ao diagnóstico da neoplasia na velhice, FERRELL (1999), FITCH et al. (1997) e KENNEDY (1997) chamaram a atenção para o grande número de idosos que recebem o diagnóstico tardiamente e para a dificuldade do tratamento, limitações estas muitas vezes decorrentes do desconhecimento dos profissionais ou só porque os sujeitos que os procuram são “velhos”. Acresce-se a este quadro a escassez de estudos e publicações na área de oncogeriatría, principalmente em âmbito nacional.

Por conta disso, em fevereiro de 1997, um grupo de oncologistas e geriatras (Oncology Geriatric Education Retreat: Integrating Geriatrics into Oncology Training) se reuniu com o objetivo de estabelecer um conhecimento mútuo do processo de envelhecimento do paciente idoso com câncer e de suas expectativas. Neste encontro, KENNEDY (1997) revelou ser a oncogeriatría uma subdivisão da geriatría e criticou os pesquisadores quanto à exclusão de idosos dos ensaios clínicos sobre o câncer. O autor enumerou os principais tipos de câncer próprios desta faixa etária (pulmão, mama, próstata, cólon e reto, linfomas e pâncreas), enfatizou a necessidade de incrementar estudos com pessoas envelhecidas e lembrou que o linfoma de Hodgkin é biologicamente diferente no idoso e no indivíduo jovem, acentuando a importância do tratamento específico para esta faixa etária.

As afecções onco-hematológicas apresentam poucas diferenças na sintomatologia clínica. De acordo com KERBAUY & CHAUFFAILLE (2001), as leucemias linfocítica e mielóide crônicas mais comuns entre os indivíduos de faixa etária maior apresentam instalação lenta, não exigindo, via-de-regra, tratamento imediato, e o prognóstico é variável, tendo pacientes convivendo com a doença 10-15 anos e outros com óbito em um ano, fato que dificulta a decisão do tratamento. Os autores acrescentaram que

os sintomas mais freqüentes são fraqueza, fadiga aos pequenos esforços, emagrecimento, febre sem causa específica, palidez cutânea e, os menos freqüentes, dor na região abdominal em decorrência de esplenomegalia .

Quanto à sintomatologia clínica do mieloma, observa-se osteoporose difusa de todo o esqueleto, resultando em dores ósseas e fraturas patológicas, anemia e insuficiência renal. Este quadro leva, em geral, ao diagnóstico de outras afecções mais associadas com o envelhecimento.

Conforme o enunciado de KOSITS, (2000) e COLLEONI & OLIVEIRA (2001), o linfoma não-Hodgkin caracteriza-se pela presença de massa tumoral em regiões de gânglios linfáticos ou circulação extralinfática não dolorosa. Também como as leucemias, os sintomas são fadiga, emagrecimento, febre e, como sinal específico, os suores noturnos. Os linfomas apresentam duas grandes divisões: os linfomas indolentes, de baixo grau de malignidade, e os agressivos, que são fatais em meses ou semanas, caso o paciente não receba tratamento imediato, porém com alto índice de cura sob tratamento precoce. Já os indolentes, que acometem 30% a 50% dos idosos diagnosticados com câncer hematológico, são de evolução lenta, não necessitando de tratamento imediato, com sobrevida de mais de 10 anos após o diagnóstico. São incuráveis e, portanto, o tratamento é apenas sintomático, incluindo baixas doses de radiação e de quimioterapia, ou a combinação de ambos.

Alguns pacientes, independentemente da idade, apresentam sucessivas recidivas da doença em curto espaço de tempo. Para os pacientes idosos que apresentam pouca reserva de medula óssea e são menos tolerantes aos tratamentos radioterápico e quimioterápico, KOSITS (2000) descreveu em seu trabalho, ao considerar as alterações fisiológicas próprias da idade, uma nova terapia, usando a droga rituximab como alternativa para aqueles acometidos por linfoma não-Hodgkin. Este trabalho constitui um dos primeiros estudos farmacológicos citando sua indicação aos idosos.

Frente à sintomatologia clínica pouco distinta, o diagnóstico diferencial é realizado por meio dos exames de hemograma e análise química do sangue periférico, incluindo avaliação das funções renal e hepática, estudos com marcadores de superfície,

eletroforese de proteínas e, ainda, identificação da proteína de Bence Jones na urina, exames radiológicos (raios-X, tomografia computadorizada e mapeamento ósseo) bem como biópsias ganglionares e da medula óssea (RAPAPORT, 1990).

FITCH et al. (1997) reforçaram que o diagnóstico do câncer é dificultado por ser uma doença cujos sintomas são discretos (como por exemplo fadiga, inapetência e dor articular) e não ser tão diferente de outras doenças preexistentes ou crônicas. Além disso, pode estar associado às alterações da idade, dificultando, deste modo, o diagnóstico médico, em particular do linfoma ou do mieloma. Acrescido a este quadro, o idoso, sob influência cultural, freqüentemente não questiona o diagnóstico dado pelo profissional da saúde ou apresenta medo ao tomar conhecimento de uma doença estigmatizada como o câncer.

KOSITS (2000), GILLESPIE (2001); HAYES (2001) mostraram que, em partilha com a problemática do diagnóstico da neoplasia entre os idosos, está o tratamento, que na prática oncológica tem freqüentemente a redução das doses ou o espaçamento do intervalo entre as aplicações das terapias. Para os autores, esta prática é justificada pela idade do paciente, pela presença de múltiplas afecções associadas, pelo pressuposto de que estes pacientes toleram menos os regimes mais intensivos ou, ainda, pelo desconhecimento das transformações que ocorrem com o metabolismo dos idosos, das reações que podem apresentar ao receber medicações complexas, como os agentes antineoplásicos e radiação.

De fato, o tratamento das neoplasias hematológicas depende, como de outras neoplasias, do estágio da doença, do tipo ou da agressividade das células envolvidas, da idade e das condições gerais do paciente. Normalmente, as doenças onco-hematológicas são tratadas com quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea, cirurgia ou com a combinação destes.

BONASSA (2000) descreveu que os agentes quimioterápicos agem em nível celular, produzindo efeitos citotóxicos e, conseqüentemente, a morte celular imediata, ou efeitos citotásticos, alterando a divisão celular e também levando à falência da célula. Infelizmente, a ação dos agentes quimioterápicos não é seletiva para as células tumorais. Deste modo, produz alterações no metabolismo mitótico das células de todos os tecidos do

organismo. Alguns quimioterápicos são usados isoladamente, outros administrados conjuntamente, com a intenção de produzir sinergismo ou de aumentar seus efeitos antineoplásicos. Ainda podem ser usadas drogas quimioterápicas associadas a outras categorias de tratamento (quimioterapia adjuvante), como a radioterapia e cirurgia, entre outros.

A administração dos quimioterápicos pode ser conduzida sob diferentes formas, levando-se em consideração os fatores ligados à própria droga (ação farmacológica e fisiológica) e ao paciente (estado físico e psicológico). São utilizadas as seguintes vias de administração: oral, subcutânea, intramuscular, intravenosa, intra-arterial, intraperitoneal, intracavitária, intrapleural e intratecal, sendo a intravenosa a mais comum.

Independentemente da via ou do estágio do câncer, a ação dos agentes é sistêmica e, como agem em todas as células, acabam provocando efeitos colaterais, segundo o autor. Estes efeitos comprometem os tecidos com reprodução celular mais rápida, como da medula óssea, da mucosa gastrointestinal e dos folículos pilosos. Assim, as conseqüências mais comuns relacionam-se ao tecido comprometido, como aplasia de medula, mucosite, náusea, vômito, diarreia e alopecia. Esta última é considerada um dos efeitos mais desagradáveis da quimioterapia, pois interfere na auto-estima do indivíduo. Em qualquer situação, os cuidados devem ser direcionados tanto para os aspectos físicos como para os aspectos psicológicos do paciente, cabendo à equipe de saúde criar meios para a manutenção do seu bem-estar.

Outro tratamento utilizado para a neoplasia é a radioterapia, que consiste no uso da irradiação ionizante, ou seja, uma alta dose de energia obtida pelos aceleradores lineares e aparelhos de cobalto. Estes equipamentos emitem feixes de radiação para a área ou região do tumor, com o objetivo de ser o mais específico possível, podendo, em casos de transplante de medula óssea, ser realizada a radioterapia sistêmica (TBI, do inglês: Total Body Irradiation).

De acordo com a literatura, esse procedimento pode ser utilizado com a finalidade curativa, combinado com a cirurgia ou como paliativo para o alívio dos sintomas como a dor e, além disso, no tratamento de metástases ou em situação de emergência (como a compressão da medula espinhal).

A radiação produz alterações celulares físicas e químicas nos tecidos e, assim como a quimioterapia, não distingue o tecido sadio do tecido doente. Entre os efeitos colaterais mais comuns, estão as reações de pele, fibrose, dor local, alopecia, inapetência, fadiga, desidratação e, como efeito tardio, a própria leucemia ou câncer de pele (BRASIL, 1995).

O resultado final dos efeitos colaterais depende de vários fatores, entre eles a idade do paciente, o estado geral, a dose, o volume irradiado e o tecido-alvo específico. Nota-se que os pacientes de ambulatório, com estado geral preservado, toleram melhor a radiação que os pacientes internados e debilitados (MEAD et al., 2000).

Entre as modalidades de tratamento indicados para a neoplasia hematológica, DULLEY (1997) destacou o transplante de medula óssea, alogênico ou autoplástico (ou autólogo). No transplante alogênico, a medula é obtida de um doador vivo, preferencialmente de um irmão, após comprovação da compatibilidade dos antígenos leucocitários humanos (sistema HLA). No transplante autólogo, emprega-se a medula óssea do próprio paciente, que é extraída e inicialmente tratada fora do corpo, para a exclusão das células cancerosas. Simultaneamente, o paciente é submetido à mielodepressão induzida pela quimioterapia e, na vigência desta, a medula óssea tratada é retornada ao paciente por um cateter venoso central.

Para o autor, há indicação do transplante de medula óssea quando existe uma falência do sistema hematopoiético, seja em decorrência de doenças que alteram a produção dos componentes sanguíneos ou por infiltração de células neoplásicas na medula óssea. Ainda é indicado este tratamento para as afecções que comprometem o sistema imunológico e para os tumores sólidos, quando o tratamento exige altas doses de quimioterapia que possam comprometer irreversivelmente o sistema hematopoiético.

Considerando que na onco-hematologia os tratamentos utilizados implicam o uso de quimioterápicos ou procedimentos que por sua vez exigem cuidados e deprimem consideravelmente determinadas funções biológicas, o idoso pode apresentar situação de fragilidade e, conseqüentemente, dificuldades para manter as práticas para seu próprio cuidado.

FERNANDES et al. (1999), em estudo sobre o significado da quimioterapia segundo a visão de pacientes leucêmicos, entrevistaram, entre seus sujeitos, idosos com até 65 anos de idade, nos quais identificaram que o tratamento quimioterápico traz alterações ao bem-estar emocional, físico e social, prejudicando o indivíduo em sua autonomia. Em decorrência, o tratamento quimioterápico estará dificultando as ações de autocuidado destes pacientes.

O enfrentamento e a adaptação do paciente idoso com câncer podem ser promovidos e favorecidos por meio da prática do autocuidado como uma alternativa eficaz para melhorar os conhecimentos distintos da afecção de que é portador. E, também, para o controle e diminuição dos fatores de risco à sua saúde e esclarecimentos sobre o preconceito contra a pessoa portadora de um câncer.

#### **1.4. O AUTOCUIDADO E A ENFERMAGEM**

Dorothea Orem (OREM, 1991) conceituou o autocuidado como as atividades práticas realizadas pelo indivíduo em benefício próprio, com a finalidade de prevenção e recuperação da saúde e bem-estar.

COPPARD (1985), defendia que o autocuidado compreende todas as ações e decisões que uma pessoa toma para prevenir, diagnosticar e tratar sua enfermidade, todas as atividades individuais dirigidas para manter e melhorar sua saúde e as decisões de empregar tanto os sistemas formais de saúde como os informais. Portanto, como abordaram OREM (1991) e COPPARD (1985), as pessoas têm capacidade e competência para a execução de ações de autocuidado. Logo, podem ser o próprio agente de autocuidado ou podem também obter ajuda de terceiros para a ação de autocuidado necessário.

O autocuidado, baseado em Orem, compreende três amplas categorias de exigências ou requisitos: 1) requisitos de autocuidado universal referem-se às demandas de ações comuns aos seres humanos durante os estágios do ciclo da vida para manter a estrutura e o funcionamento biológico, sendo eles à manutenção adequada de ar, ingestão de água e alimentos, cuidados associados à eliminação, a manutenção do equilíbrio entre

atividade e repouso, à manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social, à prevenção de riscos à vida humana, seu funcionamento e bem-estar e à promoção do desenvolvimento social; 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento são ações que buscam atender às várias etapas do desenvolvimento humano ou a uma condição que pode estar associada, ou não, à ocorrência de um evento, como por exemplo infância, casamento e aposentadoria; 3) requisito de autocuidado para o desvio da saúde diz respeito às ações relacionadas às necessidades e exigências que surgem como resultado de uma doença ou incapacidade, ou como resultado do diagnóstico e da terapia (FOSTER & JANSSENS, 1993).

Para OREM (1991), o sujeito é competente para o autocuidado quando “desenvolve capacidades para discernir fatores que devem ser controlados ou administrados a fim de regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, para decidir o que pode e deve ser feito, para planejar os componentes de sua demanda terapêutica de autocuidado e, finalmente, desempenhar as medidas designadas para alcançar os requisitos de autocuidado”. Este aprendizado das capacidades surge da combinação das experiências sociais e cognitivas, as quais permitem ao ser humano realizar ações que promovam seu estado de saúde e bem-estar.

OREM (1991) afirmou que existem fatores condicionantes a interferir no exercício e aprendizado do autocuidado. Estes fatores podem ser extrínsecos e intrínsecos, sendo que ambos afetam as aptidões do indivíduo para se engajar no autocuidado, ou prejudicam a qualidade do autocuidado solicitado. Estes fatores são a idade e o gênero, estado de desenvolvimento e estado de saúde, orientação sociocultural e sistemas de cuidados de saúde (por exemplo: o diagnóstico e tratamento, relacionamento com familiares e amigos, padrão-de-vida, ambiente e recursos disponíveis).

O autocuidado, como conceito educativo, já foi sugerido como uma das soluções para melhorar a qualidade de vida dos idosos no ano 2000, na Carta de Ottawa, em 1986. QUINTERO (1994), acreditando na capacidade ilimitada da aprendizagem, mesmo com as alterações manifestadas na senescência, sugeriu a opção do autocuidado durante a velhice como estratégia, objetivando um maior controle, por parte dos idosos, sobre sua saúde e seu microambiente, tornando-os aptos a escolher o que contribui para seu bem-estar integral.

ALMEIDA (1997) apontou que, na velhice, as atividades cotidianas são ações de autocuidado correspondentes ao próprio processo de envelhecimento. Estas atividades contribuem para o restabelecimento dos idosos no grupo em que vivem, já que experimentam uma redução de seus papéis e funções sociais nesta fase. A independência e autonomia para as atividades de vida diária (AVDs) relacionam-se com o sentimento de utilidade, dignidade e auto-estima da pessoa.

Acrescentou ALVAREZ (1990) que a teoria do autocuidado, adaptada e aplicada ao indivíduo idoso, poderá oferecer bases filosóficas e metodológicas que contribuirão para a transformação das suas crenças e valores, o que favorecerá muito a assistência de enfermagem a esta população. Os idosos adquirem alguns conhecimentos básicos de autocuidado por meio das experiências de vida cotidiana e de situações que afetem sua saúde, porém é necessário que aprendam novos conhecimentos e práticas que permitam converter-se em suas próprias fontes de bem-estar.

As alterações decorrentes da doença onco-hematológica e do tratamento podem comprometer a independência e a autonomia do idoso, assim como levar ao desenvolvimento de ações e à ocorrência de limitações para o autocuidado (OREM, 1991). Nem sempre o idoso encontra ambiente e condições favoráveis para ações de autocuidado, apresentando limitações no tratamento, de modo que interferem na sua recuperação. Estas limitações muitas vezes se referem ao seu conhecimento sobre a doença, sua motivação e sua capacidade para dar continuidade ao tratamento proposto pela equipe de saúde.

Para EASTON (1993), a teoria do autocuidado envolve um dos conceitos melhor desenvolvidos na enfermagem. A abrangência da teoria do autocuidado permite a sua utilização na prática de enfermagem e de outros profissionais de saúde em diferentes níveis de assistência: ambulatorios, hospitais, atendimentos domiciliares e outros, assim como nas diversas fases do ciclo vital e condições de saúde.

No Brasil, CHOMPRÉ (1994), partindo do pressuposto que a ação de autocuidado torna o indivíduo “co-responsável e ativo nos processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de seu estado de bem-estar”, propôs sua incorporação na prática de enfermagem dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) com o

desafio de recuperar a cidadania. SAYEG (1998), concordando com CHOMPRÉ (1994), realçou a política de desinstitucionalização do idoso e enfatizou que a proposta não exime a responsabilidade do Estado com a saúde dos cidadãos.

Ainda a esse respeito, BAQUEIRO et al. (1995), ao apresentarem um programa ambulatorial específico ao idoso denominado "Atenção à saúde do idoso", do sistema de saúde público, propuseram como objetivo o desenvolvimento do "autocuidado de forma racional", em que a orientação seja individualizada e não exclua do profissional da saúde a responsabilidade do cuidar.

FERRERO (2001), em seu estudo com idosos reinternados e o autocuidado, ressaltou que "é importante incentivar o idoso a tornar-se agente do seu próprio cuidado, porque isso efetivamente contribuirá na promoção de sua saúde". Porém, esclarece que a falta de interlocução do idoso com a equipe de saúde e seu próprio corpo impede a realização do autocuidado, levando o paciente a prejuízos na saúde.

Seguindo a revisão da literatura dos últimos dez anos, foram encontrados trabalhos relacionados ao autocuidado e à assistência de enfermagem em diversas áreas, como ortopedia, pneumologia, diabetes, saúde da mulher, ostomias, neurologia, pediatria e o autocuidado vinculado à saúde ocupacional dos próprios profissionais da saúde. São ressaltados os estudos de ABRAÃO (1993); VINHA (1994) sobre um programa educativo visando ao autocuidado das mamas durante a amamentação, BENEDINI (1993); SANTOS (1996) com pacientes ostomizados, BRUBAKER (1996), LOURENÇO & ALVIM (1997); NASCIMENTO (1999) preocupados com a saúde ocupacional, JEUKENS (1992), HOGA (1993); FUGITA (1997), sobre as crenças, conhecimentos e valores dos pacientes para o autocuidado. LIMA (1997) abordou a prática do autocuidado na avaliação da qualidade de vida de pacientes com problemas respiratórios, PADULA (1998) identificou os deficits de autocuidado universal do paciente com lesão medular. TAKAHASHI et al. (1993); NUNES (1993) acentuaram a orientação da prática do autocuidado e a motivação do paciente diabético em atendimento ambulatorial.

Ainda, em estudos com portadores de diabetes, FERNANDES et al. (2000) relataram a experiência da implantação de um Programa de Sistematização da Assistência baseado em Orem. Neste estudo, foram apontadas mudanças de comportamento entre os

pacientes no que diz respeito à compreensão da doença, manejo de habilidades e superação de suas dificuldades, mostrando também a lacuna de um processo contínuo de educação e avaliação por profissionais especializados.

PEIXOTO (1996) fez uma crítica a um serviço ambulatorial de saúde quanto ao modelo de assistência de enfermagem e à teoria de Orem. Embora o serviço seja caracterizado como “serviço de orientação para o autocuidado” ou “serviço de educação para o autocuidado”, ele apresentou divergências de Orem, sendo uma delas a abordagem coletiva do conhecimento pelo serviço. Orem prezava pelo conhecimento individualizado e sistematizado. Apontou ainda a importância do indivíduo ser reconhecido como aquele que tem o direito de exercer controle sobre si e sobre sua assistência, numa relação cooperativa com os profissionais de saúde. Declarou que atenção à saúde, dentro da concepção do autocuidado, remete a mudanças no funcionamento dos serviços: passagem da tomada de decisão do profissional para o usuário, assim como o controle e condução da assistência.

TASHIRO (1993), utilizando a orientação para o autocuidado ao paciente no pós-operatório de artroplastia total de quadril, e NÓBREGA, FERNANDES, SILVA (1993), DUPAS et al. (1994), TEIXEIRA (1994) e GEREMIAS (1996), abordaram os conceitos e as representações da teoria do autocuidado para o paciente e profissionais da saúde.

Quanto às investigações em oncologia, foram selecionadas as pesquisas de MEIRELLES (1998); SANHUEZA (1999); FIALHO & PAGLIUCA (2000); SILVA (2000) e SILVA et al. (2000) sobre o autocuidado em pacientes com câncer de mama e ginecológico, tendo como ponto comum o levantamento de deficits e a apresentação de desconhecimento da doença e timidez como obstáculos na prática do auto-exame das mamas ou procura de assistência médica. DUPAS (1997) e TANAKA (1998) relataram sobre o autocuidado no atendimento às crianças e adolescentes em tratamento antineoplásico.

FONSECA (1997), com o objetivo de levantar os deficits de autocuidado universais e o sistema de enfermagem fundamentado no modelo do autocuidado que melhor se aplica em um grupo de adultos em tratamento quimioterápico ambulatorial, apontou as

necessidades de alimentação, hidratação, eliminações, atividade, descanso e interação social como requisitos prejudicados pelo tratamento e doença, e o sistema de apoio-educação como o modelo de autocuidado mais adequado.

SANTOS (1990), PIMENTA (1995), MATOS (1996); FERREIRA (1997) destacaram o autocuidado como estratégia para a mudança no estilo de vida e o enfrentamento da dor e estresse causado pela afecção neoplásica.

Por outro lado, com relação à temática autocuidado e geriatria, são escassos os trabalhos, cabendo destacar os estudos de FOLDEN (1993), JOPP et al. (1993) e RODRIGUES (1993), que utilizaram a teoria do autocuidado na intervenção profissional com idosos que tiveram quedas, e após a alta hospitalar.

FOLDEN (1993) utilizou o modelo de educação-apoio da teoria do autocuidado na intervenção da enfermagem com pacientes idosos, após queda. Com isso procurou estabelecer metas individuais de autocuidado com estes idosos. O resultado do estudo confirmou o enunciado de Orem, que preconiza que a intervenção de enfermagem, baseada no modelo de assistência educação-apoio, possibilita o desenvolvimento das habilidades de autocuidado individual.

RODRIGUES (1993) associou a teoria do autocuidado de Orem e a teoria da educação libertadora de Paulo Freire a fim de descrever como a enfermeira geriátrica pode auxiliar as idosas que sofreram quedas, mantendo sua independência e autonomia. Como resultado, permitiu a participação e reflexão sobre as experiências vivenciadas e a recuperação destas idosas e sua independência.

JOPP et al. (1993) utilizaram a teoria de Orem na sistematização da assistência ao paciente idoso após alta. O estudo demonstrou que há carência no sistema de promoção para as atividades de autocuidado aos idosos hospitalizados, ainda que o planejamento destas orientações possa proporcionar a alta precoce e a melhor convalescência domiciliar após a alta hospitalar. O estudo sugeriu, ainda, a aplicação da teoria de Orem no acompanhamento ambulatorial do idoso após a alta, envolvendo o cliente e sua família, para diminuir novas hospitalizações.

RODRIGUES et al. (2001), neste texto, enfatizaram a importância do idoso se cuidar, sua capacidade de aprendizagem e os caminhos que o levam a necessitar de terceiros na realização de seus cuidados, como a perda da família ou conflitos familiares, perda dos recursos econômicos, moradia inadequada que, segundo OREM (1991), são descritos como os requisitos de desenvolvimento. Para os idosos deste estudo, estar institucionalizado significa ser dependente de outras pessoas, que se encarregam de atender a suas necessidades básicas.

Na pesquisa de ALVAREZ (1990), realizado com idosas asiladas e que buscou identificar as exigências e a competência para o autocuidado, a autora verificou que as idosas apresentaram competência para superar as limitações decorrentes do processo de envelhecimento e procuraram adaptar-se da melhor maneira possível às diferentes condições impostas por este processo, bem como ao ambiente institucional.

Especificamente relacionados à onco-hematologia, foram encontradas as pesquisas de HILDEBRAND (1991); JESUS (1992); SILVA (2000), que abordaram o autocuidado na assistência de enfermagem e como estratégia na melhoria da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea e quimioterapia.

De modo geral, os estudos sobre a temática “autocuidado”, direcionados à assistência de enfermagem, indicaram em suas conclusões finais os benefícios na recuperação e promoção da saúde dos pacientes estudados. As intervenções, visando ao autocuidado, têm favorecido a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de enfermidades, minimizando a incapacidade do idoso com enfermidades crônicas e melhorando a interação entre os sistemas de saúde e serviço social. Entretanto, escassas foram as pesquisas direcionadas ao indivíduo idoso, especificamente aquele que apresenta comprometimento oncológico.

Isso posto e considerando que:

- O avanço biotecnológico dos exames de detecção e dos tratamentos vem favorecendo a transformação do perfil epidemiológico do câncer, de uma doença de situação aguda com ameaça de vida para uma situação crônica, com aumento na sobrevida,

- Os idosos apresentam ações e dificuldades para o autocuidado,
- Há escassas pesquisas relacionadas à tríade idoso, oncologia e autocuidado,
- A importância do desenvolvimento de estudos que ofereçam subsídios aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas idosas, em particular na onco-hematologia, para o direcionamento da assistência às particularidades dos idosos,

o presente estudo visa responder às seguintes indagações:

- Quais são as afecções onco-hematológicas mais frequentes e outras presentes nos idosos assistidos em um ambulatório de onco-hematologia?
- Quais as ações para o autocuidado que esses idosos realizam durante seu tratamento?
- Quais as dificuldades para o autocuidado que esses idosos apresentam?

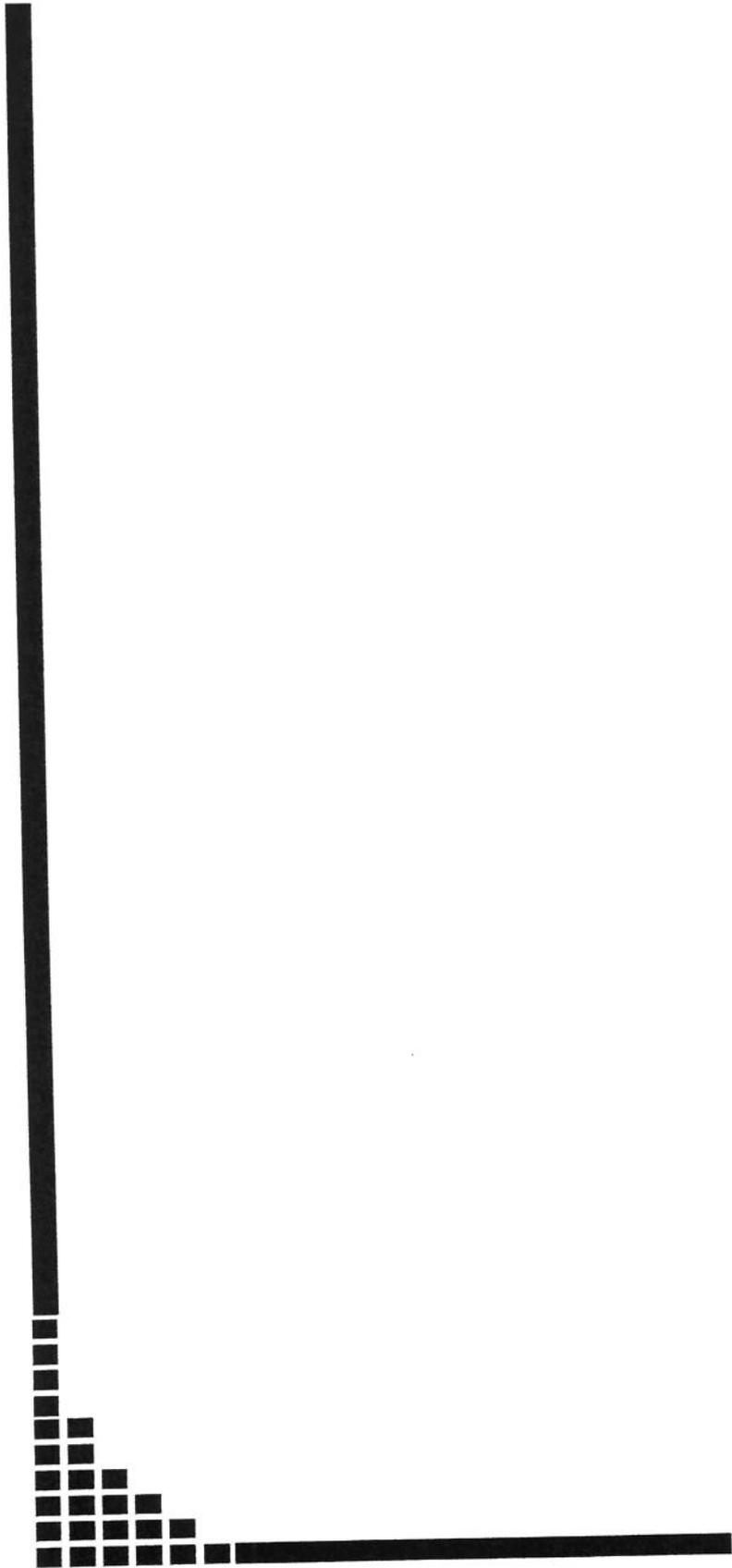
Ao responder a estas questões espera-se contribuir para a melhoria da assistência prestada a esta população, com vistas à orientação para o autocuidado e o bem-estar dos idosos submetidos ao tratamento de neoplasias hematológicas.



## ***2. OBJETIVOS***

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

- Identificar as afecções neoplásicas hematológicas e outras presentes nos idosos assistidos em um ambulatório de onco-hematologia;
- Identificar as ações de autocuidado que estes idosos realizam com relação ao seu tratamento;
- identificar as dificuldades para o autocuidado que os idosos relatam quanto ao tratamento.



### ***3. MÉTODO***

### 3.1. APRESENTAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado no Centro de Hematologia e Hemoterapia da Universidade Estadual de Campinas (HEMOCAMP), conforme autorização em anexo (Anexo I) e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Anexo II). Criado em 1985, este serviço atua como centro de referência em nível terciário e quaternário para a região de Campinas, nas áreas de hematologia e hemoterapia, voltando sua atenção à assistência, ao ensino e à pesquisa.

O atendimento à saúde aos pacientes desta especialidade é realizado em âmbito ambulatorial, por meio de consultas médicas (em média 80 pacientes/dia), tratamento quimioterápico (em média 200 procedimentos/mês), odontológico (em média 200 pacientes/mês) e procedimentos laboratoriais especializados para auxílio do diagnóstico. Para o HEMOCAMP, são encaminhados pacientes com afecções hematológicas de toda a região, inclusive de outros Estados do Brasil. Em seu ambulatório, são atendidas pessoas portadoras de hemoglobinopatias como anemias adquiridas e hereditárias, linfomas e leucemias (onco-hematologia) e distúrbios de hemostasia. Segundo o levantamento estatístico obtido pelo Banco de Dados do Sistema Departamental da Hematologia, o número de pacientes atendidos no período de 1996 a 2000 foi de 5.841, registrados nas diferentes subespecialidades: hemoglobinopatias, onco-hematologia e hemostasia, sendo que 1.277 pacientes tinham idade superior a 60 anos. Especificamente na subespecialidade de onco-hematologia, campo da presente investigação, se concentra o maior número de idosos, ou seja, 523 (40%) entre o total de 1.311 pacientes registrados no período.

O setor de consultas do Ambulatório de Hematologia conta com uma equipe de saúde composta por médicos (além de residentes e alunos do curso de medicina), profissionais da equipe enfermagem (uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem) e dois profissionais do serviço social, além de secretários e técnicos administrativos.

O paciente com agendamento para consulta médica na subespecialidade de onco-hematologia realiza exame de hemograma antes da consulta, mesmo que não esteja previsto qualquer procedimento (como quimioterapia ou biópsia). Após a consulta médica, o paciente é encaminhado para receber medicações ou realizar algum outro procedimento, se necessário.

### 3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa foram indivíduos de ambos os sexos em tratamento no Ambulatório do HEMOCAMP, na subespecialidade de onco-hematologia, que atenderam aos seguintes critérios: 1) idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com os limites estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984); 2) em tratamento no referido Ambulatório no mínimo há três meses (este critério foi estabelecido ao se adotar um tempo-limite inicial para os pacientes vivenciarem a doença e o tratamento); 3) em condições físicas e mentais para responder verbalmente às questões da entrevista; e 4) concordância em participar do estudo, assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III).

Convém esclarecer que foi mantido o sigilo e o anonimato do sujeito, bem como a garantia de que a participação na pesquisa não traria alterações no seu tratamento, mesmo para os pacientes que não concordaram em participar do trabalho.

A amostra utilizada foi de conveniência, composta de 30 idosos, que atenderam aos critérios preestabelecidos. As características destes idosos serão apresentadas a seguir, de acordo com os dados obtidos da parte I do instrumento de coleta de dados. O instrumento será explicado com detalhes adiante, no item 3.3. (p.36).

A idade dos 30 idosos entrevistados variou entre 60 e 92 anos, com média aproximada de 70, 73 anos e desvio padrão de 8,80. Observa-se predomínio do sexo feminino e estado civil casado nas diferentes faixas etárias.

**Tabela 1:** Distribuição dos idosos segundo idade, sexo e estado civil. Campinas, 2001.

Idade (em anos)	Casado		Separado		Viúvo		Total	
	M	F	M	F	M	F	M	F
de 60 a 69	07	04	01	-	02	03	10	07
de 70 a 79	03	01	-	-	-	06	03	07
maior de 80	-	01	-	-	-	02	-	03
Subtotal	10	06	01	-	02	11	13	17
<b>Total</b>	<b>16</b>		<b>01</b>		<b>13</b>		<b>30</b>	

Com relação à religião, 19 (63,3%) idosos referiram ser Católicos, dez (33,3%) Evangélicos e um (3,3%) Testemunha de Jeová. O último frisou sua filosofia religiosa de não receber transfusão sanguínea. Porém, estava ciente de que este é um dos procedimentos terapêuticos adotados em alguns casos pelo profissional da saúde, que poderia requisitá-lo em algum momento e, o paciente teria livre arbítrio na escolha.

**Tabela 2:** Distribuição dos idosos segundo a escolaridade. Campinas, 2001.

Escolaridade	n	%
Analfabeto	08	26,7
1 grau incompleto	08	26,7
1 grau completo	11	36,7
2 grau completo	01	3,3
3 grau completo	02	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Observou-se que, quanto à escolaridade, 11 (36,7%) idosos concluíram o 1º grau, oito (26,7%) não chegaram a concluí-lo e oito (26,7%) verbalizaram não saber ler ou escrever. Apenas dois (6,7%) chegaram a cursar nível superior e um (3,3%) completou o 2º grau.

Embora 19 idosos tenham afirmado ser aposentados ou pensionistas, 14 (46,7%) mantinham vínculo empregatício, com a finalidade de aumentar a renda familiar.

Com relação à ocupação principal, foi utilizada a classificação de FONSECA (1967), assim considerada pelos seguintes níveis:

Nível I ocupação manual não-especializada, em que são incluídas ocupações que não exigem experiência profissional anterior, tais como agricultor, gari, prendas domésticas, jardineiro, entre outras.

Nível II - ocupação manual especializada, em que são incluídas ocupações que exigem a realização de tarefas artesanais e manuais, além de compreensão dos processos que interferem no trabalho (construtor, costureira, viajante, motorista, entre outros).

Nível III - ocupação relacionada à supervisão, gerência e outras ocupações não manuais (que incluem secretário, bancário, entre outras).

Nível IV – profissional liberal e cargos de alta administração (diretor de escola, contador, entre outros).

Nível V – sem ocupação definida, em que estão incluídos os aposentados, pensionistas e desempregados, entre outros.

**Tabela 3:** Distribuição dos idosos segundo a ocupação principal. Campinas, 2001.

Ocupação	Distribuição	
	n	%
Nível I	8	26,7
Nível II	5	17,6
Nível IV	2	6,7
Nível V	15	30,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Sobre a composição familiar da amostra pesquisada, os dados foram classificados de acordo com os seguintes critérios de SAAD (1991):

- unigeracional: composta por indivíduos da mesma geração, com ou sem relação familiar, ou seja, cônjuge, irmãos ou amigos;
- duas gerações: compreendida por cônjuge, filhos e/ou genros ou noras, e/ou netos, e/ou sobrinhos;
- três gerações: família composta por filhos, e/ou genros ou noras e netos.

**Tabela 4:** Distribuição dos idosos segundo o estado civil e a composição familiar. Campinas, 2001.

<b>Estado civil</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Casado(a)			
▪ Unigeracional	07	04	16
▪ Duas gerações	03	02	
Separado			
▪ Sozinho	01	-	01
Viúvo(a)			
▪ Sozinho	-	03	13
▪ Instituição para idosos	-	01	
▪ Duas gerações	02	05	
▪ Três gerações	-	02	
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>30</b>

Com relação à renda econômica individual foi considerado o valor do salário mínimo vigente na época (R\$ 181,00)<sup>1</sup>. Os idosos apresentavam renda média de 2,18 salários mínimos, com desvio-padrão de 2,27.

Entre os 30 sujeitos entrevistados, 18 (60%) responderam ser os responsáveis pelas finanças da casa, ou seja, os provedores da residência.

<sup>1</sup> Fonte: Tabela de índices Econômicos do jornal "Gazeta Mercantil".

**Tabela 5:** Distribuição dos idosos segundo a renda mensal individual. Campinas, 2001.

<b>Renda mensal individual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
≤ 1 S.M.*	12	40
>1 a ≤ 2 S.M	9	30
>2 a ≤ 3 S.M.	3	10
>3 a ≤ 4 S.M.	3	10
>4 a ≤ 5 S.M.	1	3,3
> 5 S.M.	2	3,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

S.M.\* salário mínimo vigente na época da pesquisa.

Quanto ao meio de transporte utilizado de sua residência à instituição em estudo, prevaleceu a referência quanto ao uso de veículo automotor próprio ou da família, (46,7%). Outra situação identificada foi o uso do transporte oferecido pelas prefeituras das cidades de origem dos pacientes, relatada por 36,7%. Os outros meios de transportes citados foram o ônibus municipal (6,7%) e um veículo automotor de uma instituição asilar (3,3%).

### **3.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi elaborado a partir dos objetivos do estudo e do levantamento bibliográfico sobre o tema, sendo apresentado em anexo (Anexo IV). A fim de verificar o adequado entendimento do instrumento, este foi submetido a um pré-teste com seis sujeitos que atenderam aos critérios preestabelecidos para inclusão na amostra e, concomitantemente ao pré-teste, o instrumento foi submetido a julgamento por cinco avaliadoras, enfermeiras, profissionais da área de onco-hematologia e gerontologia.

Assim, após a realização do pré-teste e do julgamento das avaliadoras, a versão final do instrumento (Anexo IV) apresenta-se composta por quatro partes, descritas a seguir:

Parte I – Dados sociodemográficos: constituídos de itens com o objetivo de caracterizar os sujeitos do estudo, compreendendo sexo, data de nascimento, religião, estado civil, escolaridade, ocupação, composição familiar, renda econômica e tipo de transporte utilizado até o hospital.

Parte II – Dados relacionados à doença e ao tratamento: compostos por questões referentes ao diagnóstico médico oncológico ou principal, tratamento no momento, início do tratamento, terapêuticas realizadas e presença de outra afecção crônica ou aguda. Estes dados foram obtidos durante a entrevista e complementados pelo prontuário do paciente.

Parte III – Dados relacionados às práticas de autocuidado frente ao tratamento. Para a elaboração desta parte, foi utilizada bibliografia específica, visando direcioná-la à assistência a pacientes idosos oncológicos e à prática do autocuidado (ALVAREZ, 1990; GROENWALD et al, 1990; McNALLEY et al, 1991; AHANA, 1992; ZANCHETTA, 1993; McCORKLE et al, 1996; CLARK & McGEE, 1997; PAPALÉO, 1999; BONEVSKI, et al, 2000; DUARTE & DIOGO; 2000; SANSON-FISHER et al, 2000).

Para identificar as ações e dificuldades do idoso para o autocuidado, desde o início da doença até o momento da entrevista, ou seja, na vigência do tratamento, esta parte do instrumento foi dividida em duas amplas questões, conforme descrição a seguir:

A) A questão A se refere ao início da doença; diz respeito às ações de autocuidado que o sujeito realizou na presença dos sintomas da doença, bem como às dificuldades encontradas. Foram elaboradas as seguintes questões norteadoras da entrevista:

1. O (a) senhor (a) observou algo diferente em seu corpo? O quê?
2. O que o (a) senhor (a) fez quando observou as alterações em seu corpo?
3. O que foi difícil para o (a) senhor (a) nesta fase?

B) A questão B, referente às ações e dificuldades para o autocuidado no decorrer do tratamento, é subdividida em tópicos. No primeiro tópico, foi questionado quanto às dificuldades para a continuidade do tratamento e à presença de efeitos colaterais. Em outro, sob forma de quadro, foram listados na primeira coluna os possíveis efeitos colaterais decorrentes do tratamento, de acordo com a descrição da literatura investigada sobre oncologia e gerontologia. Na segunda coluna, foram descritas as ações de autocuidado realizadas na presença dos respectivos efeitos colaterais ou dos sinais apresentados. Na terceira coluna, reservou-se um espaço para o registro dos relatos dos sujeitos quanto às dificuldades encontradas para a prática do autocuidado perante estas questões e, na quarta coluna, para o registro da pesquisadora, caso o efeito colateral não se aplicasse ao sujeito entrevistado.

Concluindo esta questão, o último tópico alude às ações e dificuldades de autocuidado diante da manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença. Apresentadas também sob forma de quadro, na primeira coluna ficaram listadas as seguintes variáveis: higiene (corporal, oral, do couro cabeludo e higiene íntima), integridade cutânea mucosa, hidratação, alimentação, eliminações, atividade física, sono e repouso, interação social e recreação, bem-estar e auto-estima, e cuidados com o ambiente. De modo semelhante ao quadro anterior, a segunda coluna ficou composta por ações de autocuidado desenvolvidas e a terceira destinada ao registro das possíveis dificuldades dos idosos.

Parte IV - Dados relacionados às orientações obtidas pelos idosos sobre a realização dos cuidados necessários, contendo questões sobre as orientações fornecidas aos idosos e quem as realizou; e a necessidade de ajuda para a realização dos próprios cuidados.

### **3.4. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Após consentimento do responsável pelo Serviço (Anexo I) e do Comitê de Ética (Anexo II), foi realizado contato com os profissionais do local, chefe de residentes e equipe de enfermagem, para esclarecimentos relativos ao estudo, tais como os objetivos, a disponibilidade logística para a realização das entrevistas e a disposição dos prontuários. A equipe profissional foi atenciosa e colaborou quando solicitada.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, sem agendamento prévio, nos dias em que os idosos tinham consultas ou procedimentos no ambulatório de onco-hematologia. Após o contato e a manifestação de interesse em participar da pesquisa por parte do sujeito, seguia-se a leitura pela pesquisadora, com esclarecimentos e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) pelo sujeito. A partir de então, era iniciada a coleta das informações.

Os encontros foram realizados no período de janeiro a julho de 2001, tiveram duração de 30 a 45 minutos e ocorreram no período da manhã, entre 7 e 12 horas às quartas-feiras, e entre 13 e 17 horas às sextas-feiras, quando os pacientes estavam agendados para procedimentos.

As entrevistas foram feitas enquanto os idosos aguardavam a consulta médica, em ambiente privado, ou semi-privativo no momento em que recebiam a quimioterapia, sem interferências dos profissionais ou de outros pacientes.

### **3.5. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS**

Os resultados foram inseridos em um banco de dados e processados eletronicamente. Para a organização dos dados e análise estatística, foi utilizado o software desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde -- Programa Global de AIDS, (Genebra, Suíça) e Centro de Controle das Doenças -- Escritório do Programa de Epidemiologia (Atlanta, Georgia - USA), denominado EPI-INFO, na versão 6.04, de janeiro de 1997.

Foram realizadas análises de frequência para as variáveis categóricas e estatística descritiva (com medidas de posição e dispersão) para as variáveis contínuas.

Os dados das questões abertas foram analisados por meio de várias leituras em que se buscou apreender os temas mais expressivos, comuns e semelhantes entre si.

MINAYO (1999) descreveu que fazer uma análise temática baseia-se em descobrir os núcleos de significação que compõem um discurso, cuja presença ou frequência relacionam-se ao propósito do objeto em análise. Portanto, o conteúdo nessa

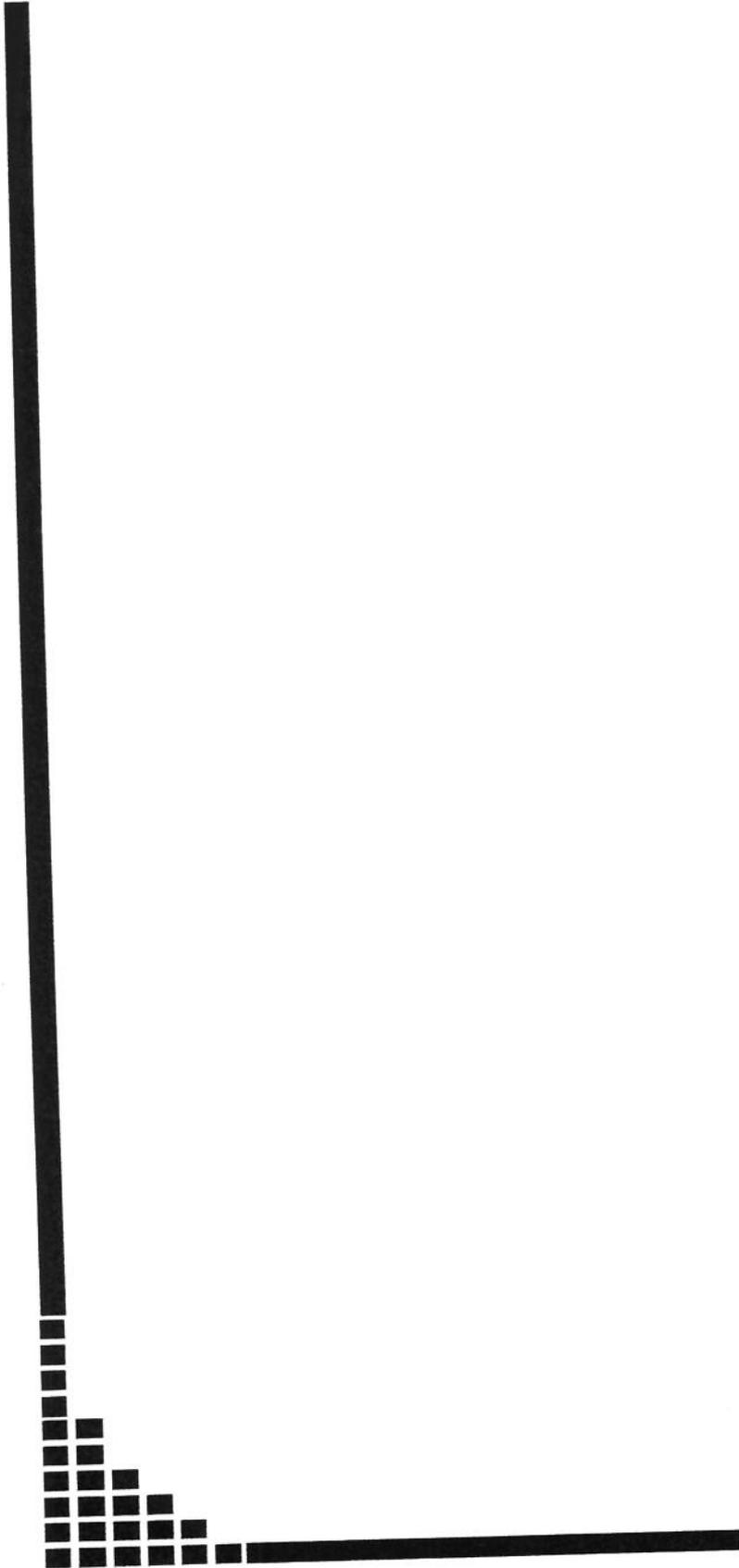
análise determinou o agrupamento das dificuldades para o autocuidado em núcleos temáticos que emergiram dos discursos dos idosos nas entrevistas e são apresentados a seguir com suas respectivas explicações, para melhor esclarecimento.

1. Auto-imagem: referência dos idosos quanto às mudanças físicas que interferem no desenvolvimento de ações de autocuidado, podendo ser expressões como vergonha de sair na rua, aceitação da nova aparência e uso de dispositivos que possam melhorar sua imagem.
2. Adequação ao tratamento: limitações para a adaptação ao tratamento. Foram relatados como dificuldade em adaptar-se à alimentação, uso de medicamentos, restrições impostas pelo tratamento, uso de dispositivos, etc.
3. Presença de sintomas: quando os sinais e sintomas da doença, os efeitos colaterais da terapêutica ou outras complicações da própria doença ou do tratamento se constituíram empecilhos para efetivação das ações de autocuidado: a presença da mucosite que impede a ingestão alimentar, a fraqueza que impede a realização do próprio cuidado pessoal, a dor que limita a locomoção, o extravasamento da quimioterapia, o enfaixamento das mãos que leva à imobilização, entre outros.
4. Desconhecimento da doença e do tratamento: os idosos deste estudo referiram não ter realizado alguns procedimentos visando ao seu bem-estar, em decorrência do desconhecimento da complexidade de seu problema, seja relacionado à doença propriamente dita ou ao tratamento.
5. Condições de saúde preexistentes desfavoráveis: presença de afecções anteriores à doença onco-hematológica, as quais restringem as condições do indivíduo para a realização de práticas de autocuidado: presença de hérnia de disco, déficit visual, cirurgias anteriores, problemas vasculares em membros inferiores, etc.

6. Ausência de companhia/cuidador: relatos dos idosos que necessitavam de alguém para auxiliá-los, no entanto não contavam com um cuidador ou companhia para a efetivação daquela determinada atividade.
7. Limitação financeira: enunciados em que os idosos expressaram a insuficiente condição financeira para a obtenção de medicações, utensílios pessoais como roupas e calçados, alimentos adequados e, ainda, a necessidade de ajuda de filhos, outros parentes ou de desconhecidos para a aquisição desses bens.
8. Mudança de hábitos: situações em que os idosos alteraram seus hábitos cotidianos buscando uma melhora em seu bem-estar geral. Os relatos fizeram alusão à realização de alterações dos costumes, seja cultural ou prático, como deixar hábitos nocivos à saúde (tabagismo, alcoolismo, café), prestar mais atenção ao seu corpo, cuidar melhor de sua saúde e delegar tarefas.
9. Dificuldade/demora do diagnóstico: atraso do diagnóstico onco-hematológico preciso. Nas falas, os idosos deste estudo se reportaram ao tempo anterior ao diagnóstico onco-hematológico, quando foram tratados como portadores de afecções distintas, e ao tempo de espera pelo resultado de biópsia ou de outro exame.
10. Enfrentamento da doença e do tratamento: situações em que expressaram sua tristeza e os mecanismos desenvolvidos para encarar a experiência vivida: crises de depressão; medo em se expressar; isolamento; irritabilidade; aceitação da auto-imagem; conhecimento do diagnóstico, do tratamento e do que deve ser feito para controlar e conviver com a situação.
11. Acesso ao serviço de saúde: dificuldades que os idosos encontraram para chegar ao serviço de saúde, incluindo o tempo de espera entre o encaminhamento para a Unicamp, o agendamento e a consulta, o medo de não ter vaga, os obstáculos relacionados aos meios de transporte, a

distância entre sua residência e o serviço de saúde, chegando até mesmo a mudar de residência para outra cidade, para facilitar a proximidade do centro de tratamento.

12. Ambiente: dificuldades relacionadas ao ambiente físico, tais como a presença de fatores de risco para acidentes (sem apoio, piso escorregadio), o ambiente incômodo com barulhos, iluminação forte e a presença de muitas pessoas.
13. Relacionamento com familiares e amigos: relatos em que os idosos citaram seus vínculos familiares e fraternais, a saudade, a distância dos entes queridos, a dificuldade em se expressar e o cuidado em não preocupá-los, assim como o arranjo familiar mencionado, como morar com netos e sobrinhos.
14. Necessidade de ajuda de outra pessoa: dificuldades mencionadas pelos idosos deste estudo quando, em algum momento do tratamento, passaram do papel de cuidadores dos membros da família para serem cuidados, ou seja, serem dependentes de outros. Os depoimentos referiram-se ao aceitar ser cuidado pelo ente familiar (marido, esposa, filhos, irmãos) e como essa situação os levou ao constrangimento.
15. Perdas ocorridas: perdas ocorridas pela instalação da própria doença ou do processo de envelhecimento, como a diminuição da memória e a dificuldade para leitura.



## ***4. RESULTADOS E DISCUSSÃO***

Os resultados apresentados são referentes às questões da parte II, III e IV do Instrumento de coleta de dados, lembrando que a parte I foi utilizada para caracterizar os sujeitos da pesquisa, conforme descrição no item 3.2. (Sujeitos da pesquisa).

Quanto aos dados sobre a doença/tratamento, o diagnóstico médico principal predominante, entre as afecções onco-hematológicas, foi o mieloma múltiplo, em 40,0%; seguido da leucemia linfocítica crônica, em 26,7%; leucemia mielocítica crônica, em 20,0%; e linfoma não-Hodgkin, em 13,3%, de acordo com a Tabela 6.

**Tabela 6:** Distribuição dos idosos segundo o diagnóstico médico principal. Campinas, 2001.

<b>Diagnóstico médico principal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
mieloma múltiplo	12	40,0
leucemia linfocítica crônica	08	26,7
leucemia mielocítica crônica	06	20,0
linfoma não-Hodgkin	04	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Segundo RAJKUMAR & WITZIG (2000), o mieloma múltiplo representa 1% de todas as neoplasias malignas e 10% das afecções onco-hematológicas. Lembrando KERBAUY (2001), a idade média para esta afecção é de 65 anos, portanto, a prevalência do mieloma múltiplo neste estudo corresponde a literatura a respeito da idade média dos idosos entrevistados, 70,73 anos.

Em relação as outras afecções onco-hematológicas, KYLE (1996), GARCIA (1996), YANCIK (1997), MISRA (2000), COLLEONI & OLIVEIRA (2001) reforçaram a crescente incidência associada à idade e ao avanço dos recursos diagnósticos e terapêuticos.

O diagnóstico do câncer em qualquer idade é um sério problema de saúde. Entretanto, seu diagnóstico concomitante a outras afecções, e associado com a idade mais avançada, determina complexidade nos cuidados e no tratamento para o paciente idoso.

No Quadro 1, observa-se a distribuição das outras afecções presentes relatadas pelos idosos no momento da entrevista.

**Quadro 1:** Distribuição das respostas dos idosos segundo a presença de outras afecções.

Afecções	n
Hipertensão arterial sistêmica	14
Osteoporose	06
Diabetes melittus	05
Afecções visuais	05
Doenças infecciosas	05
Doenças inflamatórias	03
Outras afecções*	12

\*insuficiência renal aguda e crônica, labirintite, angina, hipotireodismo, rinite alérgica, hérnia de hiato, hemorróida e deficit auditivo.

Com relação à presença de outras afecções, a hipertensão arterial (n=14) e a osteoporose (n=6) foram as mais freqüentes, identificadas nos prontuários ou relatadas pelos entrevistados. Outros diagnósticos com menor ocorrência neste grupo, como mostra o Quadro 2, incluem diabetes mellitus (n=5), afecções visuais (n=5), doenças infecciosas (n=5) e inflamatórias (n=3).

A ocorrência da hipertensão arterial sistêmica nesta amostra vai ao encontro dos dados da literatura quanto ao aumento significativo do risco do evento cardiovascular com a idade. Segundo STEFANINI & BARBOSA (2001), há um aumento de 20% nos indivíduos na faixa etária de 35 a 64 anos e de 3% entre aqueles com idade acima de 65 anos. Para MIRANDA (2001), há ainda a hipertensão arterial sistólica isolada (HASI) que aparece, em média, em 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais. Note-se que as doenças cardiovasculares são a principal causa de óbito da população brasileira (BRASIL, 2000a).

Quanto à osteoporose, CASTRO et al. (2001) a consideraram um problema de saúde pública por sua alta prevalência entre os idosos, com elevada morbidade e mortalidade em consequência das fraturas e suas complicações.

OGLE et al. (2000) afirmaram que a presença de comorbidades pode afetar a apresentação e o reconhecimento clínico da doença oncológica, não somente no momento do diagnóstico mas também na sua evolução. Como apontou YANCIK (1997), é difícil separar as alterações decorrentes do processo do envelhecimento individual normal e o quadro clínico das doenças crônicas das condições presentes ao diagnosticar o câncer. Vale lembrar que o limite é tênue entre o envelhecimento normal e as afecções mais comuns presentes nesta idade.

O autor, em seu estudo com sujeitos de idade superior a 55 anos, com o objetivo de verificar o impacto da comorbidade no diagnóstico do câncer, no tratamento e na sobrevida, identificou 24 condições crônicas, entre elas a hipertensão, com maior frequência, seguida de problemas gastrointestinais, problemas nos olhos, trato urinário, diabetes e fratura.

O estudo mostrou também, como esperado pelo próprio autor, que a frequência das condições crônicas aumenta com o avançar da idade. Os idosos com idade entre 65 e 74 anos apresentavam de três a quatro condições crônicas enquanto aqueles com idade superior a 75 anos apresentaram de cinco a seis ou mais afecções associadas.

No presente estudo, foram verificadas algumas das condições crônicas e agudas descritas por YANCIK (1997), como por exemplo hipertensão arterial e diabetes, e também a identificação de mais de um diagnóstico por idoso.

Na Tabela 7, visualizou-se a distribuição dos idosos deste estudo de acordo com o tempo de início do tratamento.

**Tabela 7:** Distribuição dos idosos segundo o tempo decorrido entre o início do tratamento e o momento da entrevista. Campinas, 2001.

<b>Início do tratamento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
até 6 meses	09	30,0
de 7 a 12 meses	07	23,3
de 13 a 18 meses	03	10,0
de 19 a 24 meses	05	16,7
de 25 a 36 meses	03	10,0
+36 meses	03	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Neste trabalho, foi considerado o início do tratamento o momento em que o paciente apresentou o primeiro contato com a instituição, seguido do diagnóstico da neoplasia hematológica. Nove idosos estavam em tratamento há até seis meses, sendo que um deles há três meses. Por outro lado, três idosos estavam em tratamento há mais de 36 meses, com destaque para um deles que o havia iniciado há 96 meses. A média do início do tratamento foi de 20,83 meses, com desvio-padrão de 22,70 meses e mediana de 12 meses.

No momento das entrevistas, 12 (40,0%) pacientes realizavam quimioterapia, 17 (56,7%) não estavam em tratamento quimioterápico e radioterápico, estando apenas sob controle laboratorial e clínico da doença. Somente um idoso estava em uso de talidomida por dois meses como alternativa de tratamento. Vale salientar que este paciente tinha realizado transplante de medula há 19 meses e estava em tratamento pela recidiva da doença.

A seguir, no Quadro 2, são apresentados os procedimentos realizados pelos idosos até o momento da entrevista. Observou-se que os procedimentos predominantes foram os exames (n=20), que na realidade auxiliam o tratamento, seja no diagnóstico ou no controle da afecção. Os exames mencionados foram a biópsia, endoscopia, coleta de sangue, raios-x e a tomografia.

**Quadro 2:** Distribuição das respostas dos idosos segundo os procedimentos terapêuticos realizados.

<b>Tratamento</b>	<b>n</b>
Exames	20
Outras medicações via oral	18
Quimioterapia via oral	14
Quimioterapia via endovenosa	14
Transfusão sanguínea	10
Radioterapia	07
Transplante de medula óssea	01

Destacaram-se ainda nessa tabela o uso de outras medicações via oral (n=18), ou seja, fármacos administrados para o tratamento de outras afecções diferentes da neoplasia. Fazem parte destes grupos os anti-hipertensivos, os antiinflamatórios e os hipoglicemiantes, entre outros.

O uso de polifármacos na velhice é destacado por vários autores, como por exemplo CHAIMOWICZ (1997), por conta da presença de múltiplas afecções. Esta situação, de acordo com o autor, exige do profissional médico em particular algumas considerações à sua prescrição, tais como as peculiaridades da farmacocinética e farmacodinâmica desta faixa etária, as dificuldades inerentes ao alto custo das medicações associados ao baixo rendimento destas pessoas, e as características individuais dos idosos relacionadas ao conhecimento e ao uso de medicações prescritas.

No presente estudo, 40% da amostra apresentava renda mensal individual menor ou igual a um salário mínimo e 30% eram aposentados ou desempregados, fatos estes que podem limitar ou impedir a adesão medicamentosa.

Outro procedimento terapêutico mencionado por 14 idosos foi a quimioterapia endovenosa ou a oral, nas quais são utilizadas medicações de alto custo e freqüentemente encontradas somente em farmácias especializadas, fazendo com que o paciente dependa de sua oferta pela instituição em que realiza o tratamento. Ademais, requerem para sua administração um planejamento de doses e freqüência, bem como orientações sobre seus efeitos colaterais, que são semelhantes independentemente da via de administração.

De acordo com a literatura, o desconhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica dos agentes antineoplásicos no organismo dos indivíduos idosos tem levado a lacunas nos resultados de investigações sobre esta questão. A este respeito, GILLESPIE (2001) destacou estudos com idosos portadores de linfoma não-Hodgkin submetidos a esquemas quimioterápicos diferentes, em que os autores, ao diminuírem a dose e a freqüência dos quimioterápicos alegando a baixa tolerância aos regimes mais intensivos, apontaram falhas na interpretação dos resultados clínicos devidas a estes esquemas diferenciados.

Entre os poucos estudos envolvendo a geriatria e a onco-hematologia, KOSITS (2000) realizou uma pesquisa clínica de um novo medicamento para o tratamento do linfoma não-Hodgkin, com menor toxicidade e maior especificidade antitumoral. O autor indicou esta nova terapêutica como um recurso importante para os pacientes com idade mais avançada, quando há reduzida reserva de medula óssea e chances maiores de remissão da doença.

A transfusão sangüínea (n=10) é um tratamento de suporte para os pacientes que realizam quimioterapia que, resultante do efeito colateral ou da sua própria condição física, apresentam alto grau de anemia, necessitando do aporte sangüíneo. Cabe aos profissionais da saúde, em especial à equipe de enfermagem, observar as reações clínicas no momento da transfusão e servir de apoio ao paciente idoso no que diz respeito às dúvidas e orientações.

No presente estudo, os idosos que realizaram radioterapia (n=7) a fizeram em um período anterior às entrevistas, sendo usada para alívio imediato dos sintomas compressivos, porém nenhum deles apresentava no momento conseqüências da terapêutica.

Ainda sobre essa modalidade de tratamento, MEAD et al. (2000) descreveram um estudo usando a radioterapia associada com a quimioterapia em pacientes, em sua maioria idosos, portadores de linfoma não-Hodgkin cerebral, onde apontaram que o estado neurológico e a idade são significativos para a sobrevida do paciente. Em seus resultados, relataram que o risco de morte se eleva para 5% a cada ano entre os pacientes com idade maior e igual a 60 anos, com sobrevida variando de dois a três anos, dependendo do quadro neurológico do paciente.

O transplante de medula óssea foi realizado apenas em um idoso. À época do transplante, este tinha 59 anos e não havia sido submetido ao esquema quimioterápico. Estes dados corroboram os achados da literatura, onde não há indicações de transplante de medula para indivíduos com idade superior a 60 anos (KERBAUY & CHAUFFAILLE, 2001).

É importante observar que os procedimentos terapêuticos indicados para as afecções onco-hematológicas são muitas vezes agressivos, especialmente ao se tratar de pacientes idosos que, por causa das alterações do processo de envelhecimento e da freqüente presença de múltiplas afecções, podem se apresentar mais fragilizados. Assim, a orientação e a prioridade no atendimento destas pessoas deveriam ser condutas adotadas nos serviços de saúde.

Isso posto, a seguir serão abordados os resultados referentes à parte III do instrumento de coleta de dados, quanto às práticas de autocuidado no início da doença (item A) e diante do tratamento (item B).

No Quadro 3 serão apresentados os sinais e sintomas percebidos pelos pacientes no início da doença, as ações desenvolvidas e as dificuldades encontradas nesta fase, agrupadas segundo os núcleos temáticos descritos anteriormente no item 3.5. Análise e tratamento dos dados (p. 39).

**Quadro 3:** Distribuição das respostas dos idosos segundo os sintomas percebidos, as ações desenvolvidas e as dificuldades encontradas no início da doença.

	<b>n</b>
<b>SINAIS e SINTOMAS</b>	
Emagrecimento	19
Fraqueza	18
Dor	18
Sudorese	06
Tumor palpável	06
Inapetência	06
Febre	05
Sangramento	03
Prurido	02
Outros sinais	19
<b>AÇÕES DESENVOLVIDAS</b>	
Procurou cuidado médico	21
Não procurou/foi levado a prof.	05
Procurou cuid. alternativo	04
Outras ações	05
<b>DIFICULDADES</b>	
Demora/dificuldade do diagnóstico	13
Enfrentamento da doença/tratamento	07
Acesso ao serviço de saúde	05
Perdas ocorridas	04
Presença de sintomas	03
Limitações financeiras	03
Ausência de companhia/cuidador	02

Entre os sinais e sintomas mais freqüentes dos idosos se incluíram o emagrecimento (n=19), a fraqueza (n=18) e a dor (n=18). Estas manifestações são descritas na literatura como queixas mais comuns entre os idosos, podendo sugerir inúmeros diagnósticos, dificultando, deste modo, o profissional médico no diagnóstico específico da afecção onco-hematológica, além de raramente serem apontadas como primeiros sinais de uma afecção oncológica.

McCORKLE et al. (1996) apontaram que o emagrecimento atinge dois terços dos pacientes oncológicos, associado à fraqueza. Os responsáveis por esta perda de peso e fraqueza são as alterações patológicas que a doença e o tratamento provocam no sistema nervoso central, no centro de controle da fome e da saciedade, que podem estimular a ingesta alimentar ou inibir a fome. Junto a estas alterações, estão as modificações periféricas, como inibição dos sensores para o paladar e olfato, situados na região oronasal.

A respeito da dor a maioria dos idosos no estudo de OLIVEIRA & TOLEDO (2000) referiram que ela nem sempre é devida ao câncer. Nos pacientes tratados em um ambulatório de dor crônica na cidade de São Paulo, em 10% dos casos a dor não está relacionada ao câncer ou ao tratamento instituído e, em pacientes hospitalizados, esta situação é observada em 3% dos atendimentos.

Os autores ainda discutiram a dificuldade do tratamento analgésico nessa faixa etária por inúmeros motivos, entre eles os estudos desenvolvidos sobre a dor, onde os pesquisadores excluem os pacientes idosos. Devido às alterações próprias do processo do envelhecimento, como o deficit visual, auditivo ou a condição de demência, os idosos têm dificuldade de entender as escalas analógica e visual numérica, parâmetros utilizados para a mensuração da dor. Ademais, suas queixas nem sempre possuem credibilidade junto aos profissionais da saúde.

Por outro lado, os profissionais também encontram dificuldade pela inexperiência na prescrição de opióides aos pacientes já debilitados. No tratamento é necessário associar medicações procurando abrandar seus efeitos colaterais. Por questão de segurança prefere-se o uso de drogas de vida média curta (morfina) às drogas de vida média longa (metadona) que requerem maior monitorização e portanto nem sempre são indicadas em conseqüência das condições clínicas do paciente oncológico (OLIVEIRA; TOLEDO, 2000).

Esse desconhecimento específico da dor crônica e sua terapêutica também são relatados por SILVA & ZAGO (2001) ao destacarem as poucas informações disponíveis sobre o câncer em idosos, além da inabilidade do profissional ao promover o apoio psicológico adequado.

Outra dificuldade no tratamento são as consultas e prescrições múltiplas exigidas para o tratamento analgésico, e que nem sempre são possíveis de evitar com os pacientes oncológicos e idosos.

Além do mais, biologicamente, as mudanças no processo de instalação do câncer ocorrem lenta e silenciosamente. A rapidez da ação de procura do serviço de saúde depende de muitos fatores, sendo um deles, o indivíduo já ter tido uma experiência anterior com algum conhecido ou familiar com problema oncológico. Uma outra situação na qual pode se fazer precocemente o diagnóstico onco-hematológico ocorre quando a pessoa que desconhece os sinais e sintomas tem contato com o sistema de saúde para exames de rotina ou por uma condição aguda, aparentemente portador de boa saúde mas que nos exames suspeita-se da hipótese de um câncer.

Existem poucas manifestações específicas, porém há alguns sinais comuns que podem indicar particularmente uma afecção onco-hematológica. Mas são necessárias análises para sua confirmação. Entre estes sinais estão a perda de peso, a intensa fadiga e fraqueza, a dor óssea, a inapetência, a presença de nódulos indolores e a sudorese noturna (McCORKLE et al., 1996).

Destacam-se também em nosso estudo, a presença de outros sinais, mencionados por 19 idosos. Incluem-se a dispnéia, a esplenomegalia, a anemia, vômitos, desidratação, fratura, hematomas, edemas, tosse, epigastralgia, icterícia, sintomas de gripe, lesões em língua, nervosismo, cansaço e desânimo. Apenas um idoso disse não ter percebido qualquer sintoma no início da doença.

Das ações desenvolvidas, observou-se que 21 idosos mencionaram a procura por cuidado médico. Os demais foram levados por familiares, procuraram cuidado alternativo ou realizaram exames e se auto-medicaram.

Quanto aos temas de dificuldades emergidas, embora a maioria dos sujeitos tivesse procurado cuidado médico, o obstáculo mais citado foi a demora ou a dificuldade do diagnóstico, conforme exemplos de relatos dos sujeitos entrevistados.

"... fui tratado um ano com antiinflamatório. Pensavam que a dor era inflamação do nervo ciático ..." (J.B.V., 62 anos, mieloma múltiplo)

"... o médico ignorou minha fraqueza e emagrecimento. Pensava que era anemia ..." (C.A.M., 78 anos, leucemia mielocítica crônica)

"... demorou dois anos para o diagnóstico (...). Eu tinha os caroços pelo corpo (axila, pescoço) ... e fui tratada como alergia ...". (C.P.S, 64 anos, linfoma não-Hodgkin)

Por meio desses dados, identificou-se que, entre as ações desenvolvidas e as dificuldades encontradas no início da doença, destaca-se a procura por cuidado médico e a demora/dificuldade do diagnóstico, que correspondem aos achados da literatura. FITCH et al. (1997), ao ressaltarem a importância da promoção da saúde e da detecção precoce do câncer em idosos, apontaram que o grande problema que os leva ao diagnóstico tardio é a dificuldade de distinguir entre as mudanças do processo do envelhecimento e as condições crônicas preexistentes, somados falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas do câncer, idéia também compartilhada por YANCIK (1997) e OGLE et al. (2000).

Outra dificuldade identificada nas respostas de sete idosos diz respeito aos mecanismos de enfrentamento da doença, interpretados como insegurança quanto ao seu futuro, preparação para o óbito, medo que lhes acontecesse algo, abandono do tratamento ao melhorarem os sintomas e ter que aprender a conviver com a doença.

"... estou adquirindo prática da doença (...). Estou aprendendo a conviver com ela (...). Eu mesma leio o hemograma ..." (C.G. P., 63 anos, leucemia linfocítica crônica)

"... quando soube que era câncer o que eu tinha, comecei a preparar meu óbito ..." (A.F.S., 61 anos, mieloma múltiplo).

"... não retornei mais às consultas porque me senti bem depois dos remédios ..." (J.N.A., 66 anos, leucemia linfocítica crônica).

A respeito das dificuldades de enfrentamento da doença e do tratamento, relacionadas aos estados de reação ao diagnóstico, destaca-se CINTRA (1998), em seu trabalho com pacientes idosos portadores de glaucoma. A autora citou a ocorrência das manifestações denominadas de medo bom e de medo ruim como mecanismos de enfrentamento da doença e do envelhecimento. Ela relatou que o medo bom estimula os sujeitos a buscarem esclarecimentos sobre sua afecção, tratamento e prognóstico, desejando serem informados e não poupados do conhecimento de seu diagnóstico, favorecendo a convivência com a afecção. Já o medo ruim está associado ao desconhecimento e ao isolamento, que imobiliza suas ações, tornando-os dependentes e sem autonomia. As falas dos idosos deste estudo demonstraram tanto a presença do medo bom como do medo ruim. Diferentemente do trabalho de CINTRA (1998), no presente estudo os idosos se reportaram apenas ao enfrentamento da doença e não ao envelhecimento ou à idade avançada.

Ainda sobre o enfrentamento da doença, WAGNER (1993) questionou: Como será para um indivíduo com idade mais avançada receber o diagnóstico de que tem um câncer? Como será para esse indivíduo o enfrentamento dos tratamentos desagradáveis e da ausência de garantia de vida?

O autor responde a estas questões por meio dos estados semelhantes aos manifestados pelos idosos deste estudo como a angústia, a depressão e a ansiedade para enfrentarem a doença, levando ao medo ruim descrito por CINTRA (1998), que inverte a ação de busca de ajuda, ocorrendo o isolamento em si mesmo e impossibilitando tomar atitudes diante da gravidade da situação.

A dificuldade denominada acesso aos serviços de saúde (n=5) reúne as limitações impostas pela distância da residência, pela ausência do meio de transporte e pela escassez de recursos para o tratamento da doença.

"... a ambulância da prefeitura traz, mas não leva ..." (H.E.B., 69 anos, leucemia linfocítica crônica)

"... tive que mudar para mais perto ..." (M.B.A., 61 anos, mieloma múltiplo)

A respeito do núcleo temático acesso ao serviço de saúde, foram citados, nos trabalhos de SANSON-FISHER et al. (2000) e BONEVSKI et al. (2000), dificuldades semelhantes às do presente estudo, sendo a distância dos centros de tratamentos um dos fatores limitantes descritos pela maioria dos idosos.

Enquanto algumas dificuldades relatadas pelos idosos no início da doença estavam diretamente relacionadas à própria afecção, outras referiam-se às perdas ocorridas, mencionadas por quatro idosos ao se reportarem à memória curta, esquecimento e redução das atividades.

"... estou com a memória curta, esquecida (...). Sinto falta da leitura. Eu lia muito ..."  
(A.C.F., 91 anos, leucemia linfocítica crônica)

Com relação à presença dos sintomas, três idosos apontaram as limitações e desconfortos que a própria doença trouxe neste momento de ansiedade e insegurança do diagnóstico. Esta dificuldade aparece em outros momentos, como será visto adiante, nos relatos das dificuldades encontradas na vigência dos efeitos colaterais e na manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença.

Isso dá a entender que, apesar dos sinais e sintomas como dor, fraqueza, diminuição do paladar, entre outros, não implicarem em fazer parte de ações para o autocuidado, eles acabam interferindo na realização dessas práticas e na convalescência destes idosos durante os diferentes momentos de seu tratamento.

"... eu sentia muita dor,. Não levantava sozinha do leito ..." (A.F.R., 79 anos, mieloma múltiplo)

Quanto às limitações financeiras, apenas três idosos entrevistados mencionaram que os recursos financeiros insuficientes impediam a obtenção de medicações, de alimentos adequados, o acesso à companhia e/ou cuidador, além do próprio acesso ao serviço de saúde para o início e manutenção do tratamento.

"... não tenho dinheiro para comprar os remédios (...). Tive que parar de trabalhar ..."  
(A.A., 67 anos, leucemia linfocítica crônica)

"... como frutas quando recebo minha aposentadoria ..." (C.G.P., 63 anos, leucemia linfocítica crônica)

Somente dois sujeitos do estudo afirmaram ter a dificuldade ausência de companhia/cuidador que envolve morar sozinho, não ter quem os ajude, não ter alguém que realize os cuidados por eles.

"... moro sozinha (...). Meu vizinho que me levou ao médico ..." (E.M.J., 88 anos, linfoma não-Hodgkin)

A seguir, serão apresentados os resultados referentes ao item B da parte III do instrumento de coleta, sobre as ações e dificuldades no decorrer do tratamento, após o diagnóstico médico.

De acordo com o que mostra no Quadro 4, foi observado que as dificuldades no decorrer do tratamento se assemelhavam às do início, logo após o diagnóstico da doença, embora a frequência em que aparecem seja quase inversa.

**Quadro 4:** Distribuição das respostas dos idosos sobre as dificuldades frente à realização e continuidade do tratamento.

<b>Dificuldades para o tratamento</b>	<b>n</b>
Limitação financeira	09
Presença de sintomas	06
Desconhecimento da doença e do tratamento	04
Enfrentamento da doença/tratamento	03
Acesso ao serviço de saúde	03
Adequação ao tratamento	02
Condições de saúde preexistentes desfavoráveis	01

Como é observado, algumas dificuldades relatadas pelos idosos ao realizar e dar continuidade ao tratamento, como limitação financeira (n=9), presença de sintomas (n=6), enfrentamento da doença/tratamento (n=3) e acesso ao serviço de saúde (n=3), são semelhantes às dificuldades encontradas no início da doença, apontadas no Quadro 3. As limitações do tipo desconhecimento da doença e do tratamento (n=4), adequação ao tratamento (n=2) e condições de saúde preexistentes desfavoráveis aparecem como novos núcleos temáticos.

Os idosos mencionaram a falta de recursos financeiros principalmente para aquisição dos medicamentos e a presença de sintomas como fraqueza e vômito como grandes dificuldades para o autocuidado diante da realização e continuidade do tratamento.

"... não tinha dinheiro para comprar os remédios ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

"... eu sentia muita fraqueza, não conseguia sair da cama ..." (J.M.B.G., 70 anos, leucemia linfocítica crônica)

Na realização e continuidade do tratamento, portanto foi observado que os dois grupos de dificuldades de maior ocorrência foram a limitação financeira (n=9) e a presença de sintomas (n=6). Estes núcleos corresponderam aos achados dos estudos de SANSON-FISHER et al. (2000) e BONEVSKI et al. (2000), em que os autores, ao levantarem as necessidades assistenciais dos pacientes com câncer, identificaram o apoio financeiro para as viagens aos centros de tratamento e a aquisição de recursos destinados ao tratamento. Há também relatos de sintomas como fadiga, dor, náusea e vômitos, insônia, falta de energia, cansaço, os quais prejudicam a mobilidade funcional para as atividades diárias. Os autores identificaram ainda a necessidade do paciente ser informado sobre as ações que podem realizar em benefício próprio.

Quanto às dificuldades por desconhecimento da doença e do tratamento (n=4), os idosos relataram que não foram orientados sobre a própria afecção, sua complexidade, os possíveis tratamentos e seus efeitos adversos. Afirmaram que este desconhecimento dificulta a continuidade do tratamento, uma vez que são leigos e desconhecem a intrincada experiência que estão vivenciando, além do envio de recados aos profissionais da saúde, em que requerem esclarecimentos, orientações, atenção e respeito.

"... quando cai em cima da gente é muito difícil (...). Só agora, depois de tudo, é que eu sei como é pesado (...). É fundamental ter uma orientação ..." (A.F.S., 61 anos, mieloma múltiplo)

Sobre esta questão, FITCH et al. (1997) questionaram o conhecimento que o idoso tem sobre o câncer, desde quais atitudes pessoais e ações estratégicas poderiam ser efetivas para a redução de riscos e detecção precoce até quais as possíveis barreiras que poderiam enfrentar perante a doença. Em suas conclusões os autores propuseram a realização de orientações sobre a doença e o tratamento, recomendando um programa de detecção precoce do diagnóstico de câncer em pacientes idosos.

Ainda sobre o desconhecimento da doença e do tratamento, SANSON-FISHER et al. (2000) e BONEVSKI et al. (2000) apontaram alguns resultados semelhantes ao presente estudo, como o desconhecimento da sintomatologia clínica, a falta de orientação sobre a doença e o tratamento, a ausência de orientações para seu próprio cuidado no dia-a-dia.

Com relação aos outros núcleos de dificuldades, os estados de enfrentamento da doença/tratamento (n=3), como o desânimo e o nervosismo, e a necessidade de mudança de residência para facilitar o acesso ao tratamento interferiram em suas práticas de autocuidado, conforme exemplos de relatos descritos a seguir.

"... me deu um desânimo para tudo ..." (A.F.R., 79 anos, mieloma múltiplo)

"... tive que mudar para Campinas porque lá não tinha como tratar ..." (H.E.B., 69 anos, leucemia linfocítica crônica)

A dificuldade denominada adequação ao tratamento (n=2) refere-se às exigências do próprio tratamento que os idosos não relacionaram diretamente à idade avançada, mas às condições difíceis e necessárias para o tratamento, como o acesso venoso, o uso de polifármacos e a mudança de hábitos alimentares ou sociais.

As dificuldades denominadas condições de saúde preexistentes desfavoráveis foram citadas por apenas um idoso que sofreu uma intervenção cirúrgica por fraturas na costela havia um ano, sendo que até o momento da entrevista o material usado para a

fixação limitava sua movimentação e causava dor à inspiração profunda. Convém esclarecer que esta situação foi anterior ao diagnóstico do mieloma múltiplo, feito após avaliação das fraturas.

Quanto aos efeitos colaterais, seis pacientes não tinham realizado qualquer terapêutica, portanto, não apresentavam nenhum dos sinais e sintomas elencados. Dos pacientes que mencionaram a presença dos efeitos colaterais, o estresse psicológico, a fadiga e a anorexia predominaram nas queixas, conforme o Quadro 5.

**Quadro 5:** Distribuição das respostas dos idosos sobre a ocorrência dos efeitos colaterais.

Efeitos Colaterais	n*
Estresse psicológico	23
Fadiga	22
Anorexia	20
Náuseas e vômitos	18
Perda de peso	17
Infecção	17
Imunodepressão	15
Alopecia	13
Dor	13
Mucosite	12
Lesões na pele	11
Impotência	08
Sangramento	04
Diarréia	02

\* alguns idosos relataram mais de um efeito colateral.

O estresse psicológico é encontrado em todo curso do processo da doença e do tratamento. De acordo com FITCH et al. (1997), no início pode ser gerado pela demora do diagnóstico, o medo de sua descoberta, o desconhecimento da instituição e dos profissionais da saúde, além da crença de que não está vivenciando aquela situação. Durante o tratamento, os principais fatores estressantes estiveram relacionados aos próprios efeitos colaterais, como a alteração da imagem corporal, fadiga, dor, náuseas e vômitos, entre outros, e todo o comprometimento adverso que o tratamento pode acarretar, como a perda da independência ou incerteza de seu futuro.

A fadiga vem sendo citada como um dos mais freqüentes efeitos colaterais dos antineoplásicos, tendo como fatores predisponentes a anemia, distúrbios do sono, dor crônica, náusea e vômito.

Em estudos com pacientes acometidos por afecção onco-hematológica recebendo quimioterapia e radioterapia, 90% deles referiram fadiga durante o tratamento e 37% relataram que a falta de energia não melhorou após o fim do tratamento (McCORKLE et al., 1996).

O prejuízo das habilidades para o autocuidado também pode estar associada com o tempo prolongado deste efeito colateral, em comparação aos efeitos colaterais agudos como a náusea e o vômito.

Com relação à anorexia, McCORKLE et al. (1996) descreveram que fatores psicológicos, socioculturais e fisiológicos influenciam a alimentação das pessoas, especialmente dos pacientes oncológicos. Entre os fatores psicológicos, os autores destacaram os estados de depressão ou estresse psicológico, enquanto os fatores socioculturais estão associados aos tipos específicos de alimentos indicados pelo profissional, seu preparo, a ausência de companhia durante as refeições e os horários. Os fatores fisiológicos dizem respeito à presença de tumores no trato gastrointestinal ou nos órgãos próximos, os quais podem causar compressão ou alterar os processos de digestão e absorção, além do que pode ser a anorexia consequência de outros efeitos colaterais como mucosite, alterações do olfato, paladar e xerostomia.

As náuseas e vômitos representam alguns dos sintomas mais comuns no tratamento antineoplásico, citados pelos pacientes como uma sensação extremamente desconfortável. Talvez por ser um dos primeiros sintomas a se manifestar e também um dos mais agudos, há descrições de um rol de cuidados para sua prevenção e controle. Os cuidados farmacológicos envolvem as medicações antieméticas e os não-farmacológicos as intervenções na dieta, mudanças de hábitos e tratamentos complementares como massagem nos pés e técnicas de relaxamento antes da administração dos quimioterápicos (McCORKLE et al., 1996; ARAKAWA, 1997; GREALISH et al., 2000).

A perda de peso pode ser considerada a mais importante manifestação indicativa do estado nutricional. Esta reação adversa está diretamente ligada ao sistema nervoso central, que estimula o centro de satisfação da fome, provocando a inapetência. A perda de peso maior ou igual a 10% já representa uma clínica significativa, possibilitando complicações se associar-se a outras condições, como febre, cirurgia, trauma ou infecção (McCORKLE et al., 1996).

Citando a infecção, na população idosa, suas características são muito diferentes da população adulta jovem. GASSELIN (1997) apontou que seu diagnóstico na geriatria não possui especificidade na maioria dos casos, a começar pela sintomatologia. A febre não é notória nesta faixa etária. O autor acrescentou ainda que os sinais clínicos podem exprimir a descompensação do órgão atingido, como exemplo dos pulmões na pneumonia ou a hiperglicemia no diabetes mellitus. Porém, na avaliação e exame físico, deve-se atentar para a alteração do estado geral, anorexia e taquiarritmia, entre outros sinais.

Também DEAN et al. (1996) descreveram que as infecções nos pacientes oncológicos são potencialmente preveníveis e freqüentemente tratáveis. Os grandes responsáveis pela presença da infecção no tratamento antineoplásico são os mecanismos de defesa da pele e das membranas, da medula óssea, do baço e do tecido linfóide.

Associada à infecção está a imunodepressão causada pelos agentes antineoplásicos, ao agirem na medula óssea. Esta condição depende de alguns fatores, como o agente antineoplásico usado, a dose, intervalos, idade, estado nutricional, tipo e

estágio da doença. Alguns pacientes realizam a administração de agentes estimuladores de granulócitos concomitantemente à quimioterapia. A toxicidade hematológica chega ser irreversível em algumas situações, sendo indicado o transplante de medula óssea como resgate hematológico, principalmente nas leucemias e linfomas (DULLEY, 1997).

Nas faixas etárias mais avançadas, principalmente nos idosos com afecções onco-hematológicas, a imunodepressão deve ter uma avaliação rigorosa, pois uma das manifestações do processo do envelhecimento é a substituição do tecido mielóide pelo tecido adiposo. Daí a presença comum da leucemia mielóide crônica nesta faixa etária.

De acordo com a literatura investigada e com os resultados obtidos, é difícil valorizar um efeito colateral em detrimento de outro, ou seja, não existe um mais importante ou mais expressivo que o outro. Na realidade, eles formam uma rede interligada, são interdependentes. Os cuidados desenvolvidos e as dificuldades encontradas também se inter-relacionam, sendo significativo para os profissionais da saúde que trabalham com pacientes idosos e/ou portadores de afecções onco-hematológicas ter conhecimento desta inter-relação.

A seguir, será apresentado o quadro relativo ao item B no instrumento de coleta de dados (Anexo IV), no qual consta o número de ocorrências dos cuidados desenvolvidos e os núcleos temáticos oriundos das dificuldades relatadas pelos idosos para o autocuidado na presença dos efeitos colaterais.

Fica aqui esclarecido que optamos por demonstrar no Quadro 6 a seqüência da variável relacionada ao efeito colateral de acordo com sua apresentação utilizada no instrumento de coleta de dados, e não priorizar o número de ocorrências para cada uma delas.

Relembrando, os efeitos colaterais mais habituais foram o estresse psicológico, a fadiga, a anorexia, náuseas e vômitos, a perda de peso, a infecção e a imunodepressão, discutidas anteriormente.

**Quadro 6:** Distribuição das respostas dos idosos quanto aos cuidados desenvolvidos e as dificuldades para o autocuidado na presença dos efeitos colaterais.

Efeito colateral	Cuidados desenvolvidos	n*	Dificuldades	n*
Alopecia (N=13)	Usa peruca, chapéu, lenço... Raspagem do couro cabeludo	11 01	Auto-imagem	06
Mucosite (N=12)	Evita alimentos quentes Retira próteses  Usa escova com cerdas macias  Faz bochecho com solução anestésica  Aumento da frequência da higiene oral  Usa medicações  Usa práticas alternativas  Visitas ao dentista Evita uso de fio dental	11 09  09  06  05  04  02  01 01	Presença dos sintomas    Adequação ao tratamento	07    05
Sangramento (N=04)	Aplica pressão no local Procura serviço médico  Preserva coágulos Aplica água fria no local	03 02  01 01	Presença dos sintomas	01
Lesões na pele (N=11)	Evita coçar Usa curativos nas lesões  Preserva bolhas sem romper Usa práticas alternativas  Usa hidratantes Usa medicações apropriadas Usa aparelho elétrico	06 04  02 02  02 01 01	Presença dos sintomas  Adequação ao tratamento  Desconhecimento da doença e do tratamento	03  02  01

Efeito colateral	Cuidados desenvolvidos	n*	Dificuldades	n*
Perda de peso (N=17)	Controla o peso	05	Presença dos sintomas  Desconhecimento da doença e do tratamento  Ausência de companhia/cuidador	07  01  01
	Aumenta frequência das refeições	03		
	Aumenta quantidade de alimentos Aumenta ingestão de frutas	02 01		
	Toma medicamentos para aumentar apetite	01		
Anorexia (N=20)	Altera cardápio da dieta Comunica médico	10 10	Presença dos sintomas	07
	Aumenta frequência das refeições Usa medicações apropriadas	07 06	Adequação ao tratamento	02
	Usa práticas alternativas Realiza higiene oral antes das refeições	04 01	Ausência de companhia/cuidador	02
			Limitação financeira	01
Náuseas e vômitos (N=18)	Diminui quantidade de alimentos Usa medicações apropriadas	13 12	Presença dos sintomas  Condição de saúde preexistente desfavorável  Adequação ao tratamento	05  01  01
	Aumenta a frequência das refeições Altera cardápio da dieta	08 07		
	Comunica médico Usa práticas alternativas	07 02		
	Realiza higiene oral antes das refeições Mudou hábito alimentar	01 01		
Diarréia (N=02)	Usa alimentos obstipantes Comunica médico Usa medicações apropriadas	02 01 01	Presença dos sintomas	02
Fadiga (N=22)			Ambiente	05
	Expressa cansaço Aumenta tempo de repouso	20 17	Necessidade de ajuda de outras pessoas	04
	Solicita ajuda de outros Realiza técnicas de relaxamento	16 11	Adequação ao tratamento	03
			Presença dos sintomas	03
	Evita sons e lugares desagradáveis Procura apoio religioso	07 05	Ausência de companhia/cuidador	02
	Usa medicamentos	01	Enfrentamento da doença	02
			Limitação financeira	01

<b>Efeito colateral</b>	<b>Cuidados desenvolvidos</b>	<b>n*</b>	<b>Dificuldades</b>	<b>n*</b>
Dor (N=13)	Expressa dor	13	Presença dos sintomas	06
	Refere ao médico a permanência da dor	10	Enfrentamento da doença e do tratamento	04
	Usa analgésicos	09	Adequação ao tratamento	01
	Investiga causa da dor	01		
Impotência (N=08)	Fala com parceiro(a)	06	Enfrentamento da doença e do tratamento	01
Imunodepressão (N=15)	Evita locais fechados e aglomerados	14	Desconhecimento da doença e do tratamento	02
	Evita contato com pessoas que possam estar ou ter tido infecção	09		
	Evita contato com pessoas que tomaram vacina recentemente	08	Adequação ao tratamento	02
	Usa de máscaras	04	Presença dos sintomas	02
	Ingere medicação prescrita	02		
	Altera o ambiente	01		
Infecção (N=17)	Ingere medicação prescrita	15	Presença dos sintomas	04
	Observa temperatura corporal	12	Ausência de companhia/cuidador	04
	Mantém precauções de prevenção	04	Acesso ao serviço de saúde	01
	Usa práticas alternativas	01	Limitação financeira	01
Estresse psicológico (N=23)	Procura apoio religioso	17	Enfrentamento da doença e do tratamento	07
	Expressa sensações de tristeza, raiva,...	16		
	Procura apoio psicológico	03	Relacionamento com familiares e amigos e amigos	06
	Procura apoio alternativo	02		
	Conversa com amigos	02	Ausência de companhia/cuidador	04
	Conversa com sua família	01		
Participa médico	01	Mudança de hábitos	01	
Administra medicação apropriada	01			

\*alguns idosos relataram mais de um cuidado desenvolvido ou mais de uma dificuldade.

Com relação ao efeito colateral **alopecia**<sup>2</sup> manifestado por 13 idosos, as ações de autocuidado prevalentes (n=11) trataram do uso de artifícios para melhorar a autoimagem. Apenas um idoso contou ter raspado o couro cabeludo antes que os cabelos caíssem durante o tratamento, com o objetivo de não ver seus cabelos caírem gradativamente. Por outro lado, seis idosos apontaram dificuldades relacionadas à autoimagem, tais como adaptação, aceitação e vergonha da mudança física ocorrida.

"... senti falta do cabelo (...). Ficou chocante ..." (M.B.A., 61 anos, mieloma múltiplo)

"... tinha vergonha de sair na rua (...). Se você raspa, é uma coisa. Com a quimioterapia é diferente. A cabeça fica mole e gosmenta ..." (A.F.S., 61 anos, mieloma múltiplo)

A **mucosite**, como efeito colateral, esteve presente em 12 idosos, cujos cuidados de maior prevalência foram evitar alimentos quentes (n=11), retirar próteses (n=9), uso de escovas macias (n=9) e bochecho com soluções antissépticas (n=6). Todos os cuidados elencados no instrumento de coleta de dados foram realizados por no mínimo um idoso.

As dificuldades para o autocuidado relatadas foram os próprios sintomas (n=7), ou seja, a mucosite ou outro sintoma (sangramento) relacionado à mucosa oral torna penoso a estes idosos seu próprio cuidado. Ademais, cinco idosos citaram a necessidade de se adequar ao tratamento, como rever as rotinas cotidianas, a ingestão de alimentos não muito quentes, dieta hipossódica, principalmente para os que já possuem hipertensão como afecção preexistente, bem como a retirada da prótese na presença dos ferimentos e o uso de pomadas.

A seguir, alguns relatos dos idosos deste estudo:

"... sentia fome e não conseguia comer ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

"... tive que me adaptar comer alimentos sem sal ..." (A.A., 67 anos, leucemia linfocítica crônica)

---

<sup>2</sup> Os efeitos colaterais encontram-se em negrito a partir deste trecho.

Quanto ao **sangramento**, apesar de apenas quatro idosos relatarem a sua presença, representa uma complicação freqüente, de acordo com os dados da literatura, pois, além de fazer parte dos efeitos colaterais da terapêutica, é uma das manifestações da doença.

Os cuidados desenvolvidos de maior freqüência foram o ato de aplicar pressão no local (n=3) e a procura por serviço médico (n=2). Outros cuidados mencionados, tais como preservar os coágulos e aplicar compressas de água fria no local, tiveram ambos apenas uma ocorrência.

A dificuldade mencionada para o cuidado foi a fraqueza, que de um modo geral dificulta a sua prática.

"... senti muita fraqueza, meus filhos me levaram ao Pronto Socorro ..." (J.M.B.G., 70 anos, leucemia mielocítica crônica)

As **lesões na pele** foram apresentadas por 11 idosos, que realizaram, em sua maioria, os cuidados de evitar coçar (n=6), seguidos da prática de curativos nas lesões (n=4). Para todos os cuidados elencados, houve no mínimo uma ocorrência, e apenas um idoso não efetuou nenhum cuidado para esse efeito colateral.

As dificuldades apontadas por três idosos fizeram alusão à presença dos sintomas, tais como o edema de membros inferiores, herpes e o incômodo no local da punção por extravasamento quimioterápico, como complicações cutâneas pós-quimioterapia. Outra dificuldade citada por dois sujeitos relacionou-se ao grupo "adequação ao tratamento", isto é, ter que se adaptar à restrição da mobilidade causada pelo enfaixamento das mãos por um período de seis meses e pelos hematomas causados nas tentativas de acesso venoso.

"... fiquei seis meses com as mãos enfaixadas ..." (J.M.B.G., 70 anos, leucemia mielocítica crônica)

O desconhecimento da doença e do tratamento foi uma dificuldade para o cuidado de um idoso quando questionava se a descamação em seu corpo era decorrente da doença, da quimioterapia ou do creme indicado.

Quanto à **perda de peso**, apesar de sua elevada ocorrência (n=17), poucos idosos responderam realizar os cuidados elencados, com destaque para cinco, que controlavam o peso e três que aumentaram a frequência das refeições. Também para este efeito colateral, a grande dificuldade referida para o autocuidado relaciona-se com a presença de sintomas (n=7). Neste caso, os idosos associaram a perda de peso com a dificuldade em conseguir comer, em decorrência da inapetência ou da mucosite. Porém, deve-se levar em conta que a perda de peso também é uma das manifestações da doença.

"... não conseguia comer pela mucosite ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

As outras dificuldades mencionadas em menor frequência (n=1), mas de grande valia para a efetivação das práticas de autocuidado, são: o desconhecimento da doença e do tratamento e a ausência de companhia/cuidador para o preparo das refeições, fato que leva um grande intervalo entre elas, favorecendo a perda de peso.

Com relação à **anorexia**, 20 idosos referiram apresentá-la, sendo que dez responderam ter cuidados em alternar o cardápio da dieta e comunicar ao médico. Sete aumentaram a frequência das refeições. Refletiram desse modo, a realização de ações para o autocuidado e a busca de soluções ao seu problema.

Como dificuldades para a prática do autocuidado, os idosos relataram a presença de sintomas como maior dificuldade (n=7) expressa pela própria anorexia, mucosite, fraqueza e diminuição do paladar. Também as dificuldades em se adequar ao tratamento foram novamente indicadas como limitações para o autocuidado, perante a ausência de apetite e a necessidade da ingesta alimentar.

"... tinha muitas feridas na boca ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

Outras dificuldades para o autocuidado foram a ausência de companhia/cuidador, situações em que os idosos vivenciaram a problemática de não contarem com uma pessoa para o preparo das refeições, e a limitação financeira, expressa por um idoso que não contava com recursos suficientes para adquirir medicações indicadas para suavizar a anorexia.

Quanto aos efeitos colaterais **náuseas e vômitos**, presentes em 18 sujeitos deste estudo, a maioria referiu cuidados ao diminuir a quantidade de alimentos (n=13) e o uso de medicações apropriadas (n=12). Todos os cuidados elencados no instrumento de coleta de dados foram realizados por no mínimo um idoso. As dificuldades, em sua maioria, estiveram associadas à presença de sintomas (n=5) como enjoô pelos temperos e inapetência.

"... o tempero já me enjoava (...). Não tinha fome ..." (O.F.R.A., 85 anos, leucemia linfocítica crônica)

No mais, a condição de saúde anterior desfavorável e a dificuldade em se adequar ao tratamento, também foram manifestas.

A **diarréia** foi citada por dois idosos que desenvolveram ações de autocuidado expressas pelo uso de alimentos obstipantes, no entanto apresentaram dificuldades para estas ações vinculadas à presença de sintomas como a própria diarréia ou a obstipação.

O efeito colateral **fadiga** foi citado por 22 idosos que realizaram cuidados em expressar seu cansaço (n=20), aumentar o tempo de repouso (n=17), solicitar ajuda de outros (n=16) e realizar técnicas de relaxamento (n=11).

Entre as dificuldades presentes, foi destacado o ambiente (n=5), quando este foi encarado como um empecilho para o autocuidado, sobretudo nas falas dos idosos acerca do barulho da rua, da casa, dos vizinhos e dos netos interferindo no seu descanso e bem-estar.

"... o barulho do vizinho me incomoda..." (M.T.N., 65 anos, mieloma múltiplo)

A necessidade de ajuda de outras pessoas (n=4) comprovou o desconforto destes idosos quando passaram do papel de cuidadores para serem cuidados, quando referiram precisar da ajuda dos filhos ou do marido no banho ou ainda quando passaram a depender de um parente próximo para o cuidado.

"... precisei ficar na casa de minha cunhada. Não tinha quem cuidasse de mim. Meu marido ficou cuidando da casa ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

O núcleo temático denominado adequação ao tratamento (n=3) neste contexto bem expressou o desconforto enunciado pelos idosos deste estudo quando diminuíram suas atividades profissionais e cotidianas em função do tratamento.

"... tive que parar de trabalhar... Meu irmão está trabalhando no meu lugar ..." (J.B.V., 60 anos, mieloma múltiplo)

A dificuldade denominada presença de sintomas (n=3) relatada pelos sujeitos deste estudo como a dor, palpitação e falta de ar constituíram-se como obstáculos para a prática do autocuidado.

"... a dor não me deixa descansar ..." (A.F.R., 79 anos, mieloma múltiplo)

Outros núcleos temáticos, em menor proporção, referiram-se à ausência de companhia/cuidador (n=2) apontada quando, apesar da fadiga, não puderam contar com alguma ajuda no cotidiano (ou mesmo para companhia ou conversar), enfrentamento da doença (n=2), nos relatos da crises de depressão e nervosismo, e limitação financeira (n=1), na menção da diminuição dos recursos.

Sobre a **dor**, presente em 13 idosos, todos referiram este sintoma, sendo que a maioria comunica ao profissional médico (n=10) e faz uso de analgésicos (n=9). Todos realizaram um cuidado elencado.

As dificuldades descritas, em sua maioria, relacionaram-se ao próprio efeito colateral (n=6), isto é, à dor como fator limitante para o autocuidado e, ainda, o núcleo temático enfrentamento da doença (n=4), relativo ao estado de desânimo à terapia analgésica. Houve apenas uma ocorrência do grupo denominado adequação ao tratamento relacionada à limitação do paciente em não poder ingerir qualquer analgésico.

"... a dor às vezes melhora, às vezes não, mas todo dia tenho dor ..." (M.T.N., 65 anos, mieloma múltiplo)

A **impotência** foi relatada por oito idosos, tendo a maioria o cuidado de falar com seus parceiros. No entanto, a dificuldade manifestada por um idoso, quando afirmou ter omitido seu problema do parceiro e do médico, sugeriu mecanismo de enfrentamento. Esta atitude, associada ao medo ruim, de acordo com CINTRA (1998), impede o cuidado para este efeito colateral.

Quanto à **imunodepressão**, 15 idosos a apresentaram como efeito colateral. Grande parte deles manifestaram cuidados preventivos como evitar locais fechados e aglomerados (n=14), evitar contato com pessoas de risco para infecções (n=9), e evitar contato com pessoas que tomaram vacina recentemente (n=8).

No que diz respeito às dificuldades para o autocuidado, foram identificados três núcleos temáticos, a saber: o desconhecimento da doença e do tratamento, incluindo relatos sobre a falta de orientação quanto aos riscos; a dificuldade para se adequar ao tratamento, no cuidado de usar a máscara como um dispositivo preventivo de infecções; e a presença afecções indesejadas como a infecção e a pneumonia, limitantes ao autocuidado, tendo duas ocorrências respectivamente.

"... não consegui usar a máscara que foi recomendado ..." (O.F.R.A., 85 anos, leucemia mielocítica crônica)

Com relação à **infecção** (n=17), a maioria dos idosos referiram como cuidado o uso de medicação prescrita (n=15) e a mensuração da temperatura corporal (n=12). As dificuldades mais frequentes foram agrupadas em presença dos sintomas e a ausência de companhia/cuidador, ambas com quatro menções. As outras foram o acesso ao serviço de saúde e a limitação financeira, com uma menção respectivamente.

O núcleo temático sobre a presença dos sintomas abrangeu neste efeito colateral, a dor, a tosse e as alterações da própria infecção, como a pneumonia e a infecção urinária. As dificuldades agrupadas em ausência de companhia/cuidador foram atinentes a relatos dos idosos perante a necessidade de ficarem internados e não terem acompanhantes para ajudá-los nos cuidados, ou somente pela companhia.

"... precisei ficar internada por pneumonia e não tinha quem ficasse comigo ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

O **estresse psicológico** foi o efeito colateral de maior ocorrência entre os idosos, ou seja, 23 sujeitos deste estudo o referiram. Como cuidados desenvolvidos, 17 procuram o apoio religioso e 16 expressaram sensações de tristeza, raiva e choro. Todavia, as dificuldades para lidar com este efeito colateral decorreram dos mecanismos de

enfrentamento da doença e do tratamento para sete idosos, que relataram a presença de insegurança quanto à cura, a busca de informações sobre sua afecção ou a preferência em se isolar. Para as dificuldades próprias do relacionamento com familiares e amigos (n=6), os idosos abordaram algumas discussões com os filhos, saudades e distanciamento da família.

"... li várias literaturas sobre o câncer, pesquisas, novos tratamentos, cura, tipos, metástases. É do interesse da gente. Todo tratamento que faço procuro levar muito a sério. É minha obrigação, minha responsabilidade." (A.F.S., 61 anos, mieloma múltiplo)

"... não levo meus familiares ao médico. Prefiro ir sozinha e saber tudo. Não quero incomodar os outros. Não tenho amigos em que posso confiar ..." (C.G.P., 63 anos, leucemia linfocítica crônica)

As outras dificuldades tratadas em menor frequência foram a ausência de companhia/cuidador (n=4), principalmente a falta de companhia para desabafar e a mudança de hábitos referida por uma idosa, que se afastou de uma atividade prazerosa.

Com relação aos cuidados desenvolvidos, tinha sido observado de uma maneira geral que, na presença da maioria dos efeitos colaterais, os idosos deste estudo realizaram no mínimo uma prática de autocuidado elencada e outras citadas por eles. Poucos foram os sujeitos que afirmaram a ausência de cuidados para seu benefício próprio. Isso mostra que, não obstante as dificuldades relatadas, estas pessoas procuravam adotar ações de autocuidado, visando minimizar os efeitos colaterais do tratamento e a cura da doença, bem como sua reabilitação e seu bem-estar.

DODD & SHIBA (1996) realizaram estudos à luz da Teoria de Autocuidado, de Orem, com pacientes portadores de câncer em que a avaliação e detecção das práticas desenvolvidas pelos sujeitos, na presença dos efeitos colaterais e no tratamento, em sua maioria, apresentaram comportamentos positivos para o autocuidado após as orientações.

Ainda que não seja um objetivo deste estudo discutir a adesão ao tratamento, é importante destacar que as medicações usadas provocam reações orgânicas desagradáveis e, no entanto, os idosos deste estudo demonstraram confiança na eficácia da terapêutica, sem se ausentar das consultas médicas e da terapia, problemática comum em muitos tratamentos para afecções crônicas.

A segurança depositada na instituição de saúde também foi outro ponto positivo salientado por alguns idosos, que se diziam satisfeitos e agradecidos a Deus por terem conseguido uma vaga naquele centro. As colocações, confiança no tratamento, na instituição e em Deus sustentam a esperança e a crença na cura da doença, fazendo com que estes idosos suportem com menos pesar esta experiência.

GOLDSTEIN (1995) referiu que as crenças existenciais (fé em Deus), um dos mecanismos de enfrentamento, permitem ao indivíduo dar um sentido à vida e ajudam a manter a confiança nos momentos difíceis.

Quanto às dificuldades relacionadas à prática de autocuidado na presença de efeitos colaterais, o núcleo temático presença dos sintomas apareceu com maior frequência, seguido da adequação ao tratamento e ausência de companhia/cuidador e, depois, o enfrentamento e a limitação financeira.

Nos enunciados de DODD & SHIBA (1996), a presença de alguns dos efeitos colaterais, principalmente fadiga e fraqueza, e também relatos das condições financeiras, apareceram como fatores responsáveis pela limitação do autocuidado.

A capacidade de adequar-se ao tratamento é descrita por alguns autores como um pré-requisito para o convívio com uma afecção crônica, especificamente o câncer (DODD & SHIBA 1996; REUBEN, 1997; OGLE, 2000; GILLESPIE, 2001; HAYES, 2001). Estes autores sugeriram a orientação para o autocuidado e educação à saúde para minimizar os efeitos colaterais das terapêuticas antineoplásicas e seu maior controle, quando na presença destes efeitos.

Quanto à ausência de companhia/cuidador, este grupo de dificuldades revelou o (re)arranjo familiar após as novas mudanças sociodemográficas e culturais da sociedade, onde as famílias têm um número menor de filhos, cada vez mais mulheres trabalham fora de casa e os valores sociais e familiares tomaram outra dimensão, principalmente a solidariedade para com os idosos (PAVARINI & NERI, 2000).

Essa carência de cuidadores familiares e o baixo poder aquisitivo têm levado o idoso à situação de desamparo, não tendo quem o ajude em suas necessidades básicas, durante as refeições, ajudá-lo no banho, no vestir e nos cuidados específicos com a afecção, como na administração de medicamentos e transporte até a instituição de saúde.

As afecções onco-hematológicas, por apresentarem características de doenças crônico-degenerativas, requerem continuidade do tratamento, mesmo após um procedimento terapêutico específico como a quimioterapia ou radioterapia. Assim, no decorrer e após estas intervenções são necessárias orientações especialmente para os cuidados na manutenção do tratamento e na prevenção das complicações da doença, na tentativa de desenvolver as habilidades do paciente e seu potencial para o autocuidado de modo contínuo.

Assim sendo, será apresentado o próximo item da parte III do instrumento de coleta de dados, o Quadro 7, incluindo as respostas dos idosos sobre as práticas de autocuidado e as dificuldades na manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença.

**Quadro 7:** Distribuição das respostas dos idosos quanto aos cuidados desenvolvidos e dificuldades relatadas para o autocuidado relacionadas à manutenção do tratamento e a prevenção das complicações da doença.

Variável	Cuidados desenvolvidos	N	Dificuldades	N
Higiene corporal	Mantém unhas curtas	30	Presença de sintomas	07
	Usa toalha individual	28		
	Toma banho diariamente	27	Necessidade de ajuda de outros	05
	Lava as mãos após eliminações	26		
	Troca de roupas diariamente	24	Adequação ao tratamento	02
	Usa sabonete individual	12	Ambiente	01
	Usa chinelo antiderrapante	01	Ausência de companhia/cuidador	01
	Alterou o ambiente	01		
Evita banho diário	01			
Higiene couro cabeludo	Evita lavar diariamente	25	Presença de sintomas	03
	Evita secador	24		
	Evita produtos químicos	23	Auto-imagem	03
	Evita condicionador	19	Condições de saúde preexistentes	01

Variável	Cuidados desenvolvidos	N	Dificuldades	N		
	Evita escovar ou pentear excessivamente	18				
	Evita uso de muito shampoo	16				
	Lava diariamente	03				
	Usa produtos próprios para o couro cabeludo	02				
Higiene oral	Usa escovas apropriadas	26	Presença de sintomas	01		
	Escova os dentes no mínimo 3x/dia	19				
	Escova os dentes mais de 3x/dia	11				
	Usa soluções antissépticas	06				
	Usa creme dental não abrasivo	04				
	Usa fio dental 1x/dia	01				
	Usa fio dental mais de 1x/dia	01				
	Usa práticas alternativas	01				
Higiene íntima	Realiza diariamente	27	Presença dos sintomas	01		
	Realiza após evacuações	06	Condições de saúde preexistentes	01		
	Realiza após micções	03				
Integridade cutâneo-mucosa	Usa roupas confortáveis	30	Necessidade de ajuda de outros	07		
	Usa roupas com tecido macio	30				
	Usa calçados confortáveis	30				
	Usa calçados com sola de borracha	28				
	Mantém unhas lixadas	24				
	Observa alterações na pele	24				
	Seca bem dobras da pele e região interdigital	23			Mudança de hábitos	03
	Observa cavidade oral diariamente	15			Condições de saúde preexistentes	03
	Evita coçar	12			Ausência de companhia/cuidador	02
	Usa hidratante	12			Limitação financeira	02
	Observa região púbica diariamente	11				
	Lubrifica os lábios	07				
Evita objetos perfuro-cortantes	04					
Usa filtro e/ou protetor solar	04					
Hidratação	Ingere mais de 4 copos de líquidos/dia	22	Presença dos sintomas	14		
	Alterna tipos de líquidos ingeridos	18				
	Observa umidade da cavidade oral	17			Mudanças de hábito	02
	Ingere líquidos mesmo sem vontade	01				
Alimentação	Faz 3-5 refeições/dia	25	Adequação ao tratamento	10		
	Lava mão antes das refeições	24	Presença de sintomas	05		
	Faz higiene oral após as refeições	23				

<b>Variável</b>	<b>Cuidados desenvolvidos</b>	<b>N</b>	<b>Dificuldades</b>	<b>N</b>		
	Ingere alimentos pastosos	22	Ausência de companhia/cuidador	02		
	Usa prótese dentária	21	Mudança de hábitos	01		
	Evita alimentos condimentados	19				
	Evita alimentos difíceis de mastigar	19				
	Evita alimentos crus	17				
	Alterna cardápio das refeições	14				
	Ingere alimentos mornos	13				
	Evita frutas ácidas	12				
	Alimenta-se mesmo com inapetência	11				
	Usa medicamentos para náuseas	05				
	Mudanças no hábito alimentar	05				
	Faz higiene oral antes das refeições	02				
Eliminações	Observa alteração frequência e características das micções	28	Condições de saúde preexistentes	08		
	Observa alteração da frequência a característica das evacuações	27				
	Procura assistência médica Faz uso de diuréticos	06 01				
Atividade física	Deambula	28	Presença dos sintomas	11		
	Faz caminhadas regularmente	08	Adequação ao tratamento	04		
	Faz outro exercício físico regular	02	Enfrentamento	03		
Sono e repouso	Descansa quando se sente cansado	18	Presença dos sintomas	13		
	Aumenta horas de repouso	15				
	Observa e comunica alteração do sono noturno	14			Relacionamento com familiares e amigos	01
	Faz uso de técnicas de relaxamento	05			Ambiente	01
	Usa práticas alternativas Mudou hábitos e ambiente	01 03				
Interação social e recreação	Recebe visita de familiares	23	Condições preexistentes	06		
	Assiste TV, ouve rádio	22	Mudanças de hábitos	05		
	Recebe visita de amigos	18	Relacionamento com familiares e amigos	05		
	Participa de grupos sociais	18				
	Realiza atividade manual	14	Presença de sintomas	04		
	Procura leituras e músicas agradáveis	11	Adequação ao tratamento	03		
	Visita familiares	10	Ambiente	02		
	Participa de festas, reuniões	10				

Variável	Cuidados desenvolvidos	N	Dificuldades	N
	Evita aglomerado no período restrito pelo médico	09	Ausência de companhia/cuidador	02
	Visita amigos	08		
	Prefere ficar isolada	02		
	Tem sonhos e esperança	01		
Bem-estar e auto-estima	Conversa com familiares sobre problemas de saúde	18		
	Procura manter seu ritmo de vida	15		
	Conversa com amigos sobre problemas de saúde	14	Enfrentamento	07
	Conversa com seu médico sobre seu problema de saúde	11	Relacionamento com familiares e amigos	07
	Conversa com seu parceiro sobre seu problema de saúde	10	Adequação ao tratamento	05
	Prefere não preocupar familiares e amigos	05		
	Tem sonhos e esperança	01		
Ambiente	Mantém ambiente iluminado	29		
	Evita móveis em local de passagem	18		
	Retira tapetes	17		
	Evita encerar e lavar pisos escorregadios	17	Ambiente	10
	Faz uso do corrimão em escadas	16		
	Faz uso de tapetes antiderrapante	14		
	Observa condições dos móveis	07		
Mudanças no ambiente e hábitos	02			

Como na presença dos efeitos colaterais, os cuidados desenvolvidos na manutenção do tratamento e na prevenção das complicações da doença apresentaram um número expressivo de ocorrências. Todos os cuidados elencados no instrumento de coleta de dados foram mencionados pelo menos por um idoso.

Os idosos deste estudo referiram, para as diferentes variáveis (higiene, alimentação, atividade física), a prática de ações com vistas ao seu próprio bem-estar, elencadas no Quadro 8, quanto aos cuidados com a afecção onco-hematológica e com a faixa etária em que se encontravam.

Com relação à higiene (corporal, do couro cabeludo, oral e íntima), para efeito de análise, foram agrupadas essas práticas em cuidados com o próprio corpo, uso de recursos materiais e cuidados com o ambiente. Especificamente quanto à **higiene corporal**<sup>3</sup>, observou-se predomínio das práticas de cuidados com o próprio corpo, como manter unhas curtas (n=30), tomar banho diariamente (n=27) e lavar as mãos após eliminações (n=26). Quanto à preocupação com o material, a maioria dos idosos usavam toalha individual (n=28) e trocavam de roupa diariamente (n=24).

A preocupação com o ambiente foi descrita somente duas vezes, relacionando-se ao uso de chinelos antiderrapantes e alteração do ambiente como ações desenvolvidas para seu bem-estar.

As dificuldades relatadas pelos idosos quanto à higiene corporal foram representadas pela presença dos sintomas (n=7) em sua maioria, em função da precária mobilidade, e pela necessidade de ajuda (n=5) quando relataram que substituíram o papel de cuidador, ou seja, de agente do cuidado e passaram a ser os receptores dos cuidados. Alguns ainda referiram a adequação ao tratamento, o ambiente e a ausência de companhia/cuidador.

"... minha mão esquerda está fraca. Preciso da minha sobrinha para cortar minhas unhas ..." (V.B.S., 77 anos, leucemia linfocítica crônica)

"... eu fazia tudo. Agora meus filhos me levam na cadeira de rodas...(...) (A.L.A., 61 anos, mieloma múltiplo)

Quanto à **higiene do couro cabeludo**, de modo semelhante, verificou-se que predominaram os cuidados sobre o uso de recursos, como: evitar o uso de secadores (n=24), de produtos químicos (n=23), de condicionador (n=19) e de muito shampoo (n=16). Pertinente aos cuidados com o próprio corpo, 25 idosos afirmaram evitar lavar o couro cabeludo diariamente e 18 evitaram escovar ou pentear os cabelos excessivamente.

---

<sup>3</sup> As variáveis passam a ser destacadas em negrito.

Embora com baixa ocorrência, as dificuldades supra-citadas disseram respeito à presença de sintomas (n=3) e auto-imagem. Apenas um idoso referiu como limitação para o autocuidado a existência de psoríase no couro cabeludo, como condição de saúde preexistente.

"... é difícil aceitar que os cabelos estejam caindo ..." (A.L.A., 61 anos, mieloma múltiplo)

Em relação à **higiene oral**, ocorreram 26 referências ao uso de escovas de dentes apropriadas, mas predominaram os cuidados com o próprio corpo, como a escovação dos dentes no mínimo três vezes ao dia (n=19) e mais de três vezes ao dia (n=11). O uso de solução antisséptica, fio dental e a realização de práticas alternativas também foram relatadas pelos idosos deste estudo. Como dificuldade, somente um idoso apontou a presença de sintomas, neste caso o espessamento da mucosa oral.

Com relação aos cuidados descritos para a **higiene íntima**, a maior parte dos idosos disseram adotar esta higiene diariamente (n=27), e outros somente após as evacuações (n=6) e as micções (n=3). As dificuldades para a prática de autocuidado relacionaram-se à presença de sintomas (n=1), quando o idoso disse permanecer acamada em decorrência da fraqueza, necessitando realizar a higiene na cama, e ainda as condições de saúde preexistentes, como a presença de hemorróidas (n=1).

Quanto à **integridade cutâneo-mucosa**, todos os idosos deste estudo (N=30) salientaram práticas relacionadas ao emprego de materiais adequados, no caso peças de vestuário: roupas e calçados confortáveis, e com tecido macio, e o uso de sapatos com sola de borracha (n=28). Ademais, a maioria mantém cuidados com o próprio corpo como unhas lixadas e observa alterações da pele (n=24), secar bem as dobras da pele e região interdigitais (n=23) e observar a cavidade oral diariamente (n=15). Em menor número de ocorrências, aparecem todos os cuidados elencados no instrumento de coleta de dados.

As maiores dificuldades sobre a integridade cutâneo-mucosa pontuaram a necessidade de ajuda de outras pessoas (n=7), com relatos apontando para a indispensável colaboração de terceiros para as práticas de autocuidado e a presença dos sintomas (n=6), quando os idosos referiram-se à limitação de ações de autocuidado em consequência da manifestação de um efeito colateral ou de um sintoma como o cansaço.

"... minha filha que me seca e me ajuda a se vestir, e eu tenho vergonha. Acho que é a vergonha que me atrapalha ..." (A.F.R., 79 anos, mieloma múltiplo)

As outras dificuldades enunciadas referiram-se às mudanças de hábito (n=3). Os idosos manifestaram incômodo em alterar alguns costumes em benefício da manutenção do tratamento e da prevenção das complicações da doença. Entre as alterações dos hábitos, destacou-se a observação do próprio corpo.

As condições de saúde preexistentes (n=3) - como a fragilidade cutânea ou a presença de um processo alérgico - também foram obstáculos para o cuidado. Outros grupos de dificuldades foram identificados em menor frequência: a ausência de companhia/cuidador e limitação financeira, ambas com duas ocorrências.

A manutenção da higiene e da integridade cutâneo-mucosa apareceu como um dos principais meios de prevenção da infecção na maioria das condições de saúde de uma pessoa, bem como em qualquer faixa etária.

Os cuidados realizados pela maioria dos idosos deste estudo corresponderam, na realidade, às ações de autocuidado indicadas para a promoção de saúde e presença de agravos nesta faixa etária, frente às alterações decorrentes da senescência, entre elas da pele e anexos. A redução de colágeno, de gorduras subcutâneas, de melanina, do suporte sangüíneo e do número e função das glândulas sudoríparas foram mudanças que justificaram os cuidados elencados (DIOGO, 1996).

Particularmente nas afecções onco-hematológicas e na idade mais avançada, os cuidados com a higiene e integridade do tegumento ganham uma importância maior. A primeira manifestação reacional do tratamento antineoplásico atinge as células da epiderme, debilitando a principal barreira contra os agentes infecciosos (McCORKLE et al., 1996).

Considerando os indivíduos em faixas etárias mais avançadas e a fragilidade epidérmica como parte do processo de envelhecimento, naturalmente já há uma redução de sua proteção. A atividade de manutenção da higiene e integridade da pele e tegumentos representa um dos indicadores mais utilizados na verificação da capacidade funcional dos idosos (DIOGO, 1996; DIOGO, PASCHOAL & CINTRA, 2000).

Os resultados apontados no presente estudo são semelhantes aos da literatura quanto à presença de aspectos que limitam as práticas de autocuidado (DIOGO, 1996; DIOGO, PASCHOAL & CINTRA, 2000). Entre as situações mencionadas, estão a presença de sintomas e doenças preexistentes, as quais, ao restringirem a mobilidade dos idosos, levam à incapacidade funcional e à necessidade de ajuda de terceiros, além da necessidade de adaptações no ambiente, com o objetivo de reduzir os riscos para acidentes.

PAVARINI & NERI (2000) citando BALTES & SILVERBERG (1994) descreveram modalidades de dependência no idoso geradas por algumas das dificuldades mencionadas pelos sujeitos deste estudo, em questão a dependência estruturada, conseqüente à aposentadoria ou perda do trabalho; dependência física, desencadeada pela limitação funcional; e a dependência comportamental, retratada pela necessidade de ajuda de outras pessoas.

Para os cuidados quanto à **hidratação**, a maioria dos idosos referiram adotar ações de autocuidado, como ingerir mais de quatro copos de água por dia (n=22), alternar os tipos de líquidos ingeridos (n=18) e observar a umidade da cavidade oral (n=17). A grande dificuldade relatada referiu-se à presença dos sintomas (n=14) ao mencionarem a ausência de sede ou a presença de boca seca. Em menor frequência, esteve a mudança de hábito (n=2). Eles mencionaram o abandono do álcool e café com o advento da afecção onco-hematológica.

"... não sinto sede. Só bebo mais água quando estou com febre ..." (E.M.J., 88 anos, linfoma não-Hodgkin)

Na variável **alimentação**, 25 dos idosos expressaram cuidados com a frequência das refeições/dia (n=25), a higiene das mãos antes das refeições (n=24) e a higiene oral após as refeições (n=23). A preocupação quanto à ingestão de alimentos pastosos também foi apontada (n=22), assim como o uso de prótese dentária (n=21) e a restrição do consumo de alimentos condimentados (n=19), difíceis de mastigar (n=18) e crus (n=17).

As maiores dificuldades nesse caso se referiram à adequação ao tratamento (n=10), onde os idosos indicaram como fator limitante das práticas de autocuidado ter que se alimentar sem apetite ou se ajustar ao uso de dispositivos específicos. A dificuldade denominada presença dos sintomas (n=5) teve como exemplo expressivo a inapetência.

"... fiquei 45 dias com sonda para me alimentar..." (S.B.D., 78 anos, mieloma múltiplo)

"... eu não tinha fome, comia obrigada ..." (O.F.R.A., 85 anos, leucemia linfocítica crônica)

Dificuldades de menor ocorrência são elencadas pelos sujeitos, como a ausência de cuidador/companhia (n=2), diante da inexistência de uma pessoa que prepara as refeições e as mudanças de hábitos (n=1), neste caso o abandono do consumo de álcool.

Quanto às **eliminações**, predominaram os cuidados de observar as características das micções (n=28) e das evacuações (n=27). O único grupo de dificuldades mencionadas por oito idosos relacionou-se às condições de saúde preexistentes desfavoráveis, como a incontinência urinária e a obstipação.

Os cuidados desenvolvidos para a hidratação, alimentação e eliminações apresentaram elevada ocorrência, isto é, a maioria dos idosos entrevistados afirmaram realizar ações de autocuidado direcionadas a estas necessidades.

Por outro lado, o processo de envelhecimento desencadeia alterações fisiológicas e anatômicas dos diferentes órgãos, cujos efeitos e conseqüências, associados aos sintomas da doença, tratamento e condições de saúde preexistentes, podem impedir ou limitar a prática de autocuidado.

Especificamente no trato gastrointestinal, as mudanças na cavidade oral, tais como a redução da saliva, a atrofia das papilas da língua, irregularidade ou ausência de dentes e ainda, as alterações no mecanismo da digestão, desencadeiam desde a perda do apetite, dificuldade de mastigação e deglutição, diminuição do metabolismo e absorção de fármacos e alguns nutrientes, até a obstipação intestinal ou incontinência fecal (DIOGO, 1996).

No sistema urogenital, as alterações nos rins, bexiga e próstata podem levar à inadequada absorção de água, redução das funções renais e dificuldades na micção, ocasionando retenção ou incontinência urinária e redução de eliminação de fármacos.

Essas alterações podem ainda ficar exacerbadas com o advento da doença onco-hematológica e seu tratamento, além de outras afecções preexistentes. A deficiência de cuidados para estas necessidades pode levar à desidratação, provocada tanto pela baixa ingestão hídrica quanto por náuseas, vômito ou diarreia.

Entre os sintomas emergidos neste estudo, alguns correspondem aos achados de McCORKLE et al. (1996), ao identificarem a inapetência como o principal sintoma presente nos pacientes oncológicos. Esta inapetência é justificada pela sensação de saciedade precoce, determinada pelo sistema nervoso central, e pela obstipação intestinal, em consequência da administração de opióides.

Os cuidados que podem ser realizados na presença de uma destas manifestações, visando a mudanças de hábitos e a adequação ao tratamento, incluem a abstenção alcoólica e de cafeína, o uso de artefatos para o auxílio da alimentação e hidratação, como a sonda nasogástrica, o uso de fraldas e laxantes, o aumento da ingestão hídrica e de fibras, entre outros (McCORKLE et al., 1996; DIOGO, 1996).

Como prática relacionada ao cuidado com a **atividade física**, quase que a totalidade de idosos realizam uma ação de autocuidado, com destaque para deambulação (n=28), enquanto em menor número realizam outras atividades, como fazer caminhadas (n=8) ou outro exercício físico (n=2). A dificuldade relatada de maior ocorrência diz respeito à presença de sintomas (n=11), seguida de adequação ao tratamento (n=4) e o enfrentamento (n=3).

"... a dor dificulta andar, e minhas pernas estão fracas..." (M.T.N., 65 anos, mieloma múltiplo)

"... não tenho mais pernas, me canso muito, sinto muita fraqueza ..." (J.M.B.G., 70 anos, leucemia mielocítica crônica)

Quanto ao **sono e repouso**, os idosos referiram desenvolver ações de cuidado, descansando quando se sentem cansados (n=18), aumentando as horas de sono e repouso (n=15) e observando e comunicando ao médico alterações do sono noturno (n=14). A principal dificuldade para os idosos deste estudo foi a presença dos sintomas (n=13), principalmente a insônia, que, neste trabalho, os idosos relacionaram ao tratamento ou à preocupação com a afecção, enquanto o relacionamento com familiares e amigos e o ambiente foi relatado com menor frequência (n=1).

"... tenho insônia quando faço a quimioterapia ..." (B.V., 60 anos, mieloma múltiplo)

Quanto às atividades físicas e sono e repouso, estas variáveis estiveram diretamente relacionadas. Segundo CEOLIM (2000), a atividade física regular é benéfica na qualidade do sono do indivíduo idoso. Estas devem ser realizadas com regularidade e critérios adequados às condições de saúde dos idosos.

A autora descreveu que, no decorrer do processo de envelhecimento, o sono sofre mudanças quantitativas e qualitativas, como dificuldade em manter o sono noturno, tendência a dormir durante o dia, despertar muito cedo e percepção do sono como mais leve e menos satisfatório.

A insônia, referida pelos idosos, parece corresponder a insônia psicológica, descrita por CEOLIM (2000), também denominada comportamental ou apreendida. Esta manifestação tem relação com os estados de ansiedade, que no presente estudo é desencadeada pela situação da doença e tratamentos vivenciados.

Assim, a manutenção de hábitos regulares, a prática de atividade física, a adequação do ambiente, recomendações estas propostas pela autora, acrescida dos cuidados elencados e de condições que reduzam a ansiedade, poderiam favorecer o sono e repouso destes idosos.

Especificamente com pacientes oncológicos e idosos, o trabalho de BONEVSKI et al. (2000) apontou a insônia e a incapacidade de se movimentar como um dos sintomas limitantes às práticas da vida diária.

A **interação social e recreação** é uma das variáveis que apresenta maior número de cuidados apontados pelos idosos deste estudo. Grande parte recebe visita de familiares (n=23) e amigos (n=18), participa de grupos sociais (n=18) e assiste à televisão ou ouve rádio (n=22). As dificuldades relacionam-se à condição de saúde preexistente (n=6), especificamente o déficit visual, seguida da mudança de hábitos (n=5) e relacionamento com familiares e amigos (n=5); e ainda com menor número de relatos, a presença de sintomas (n=4), adequação ao tratamento (n=3), ambiente e ausência de companhia/cuidador (n=2).

"... não consigo mais fazer crochê porque não enxergo direito e minhas mãos tremem ..." (M.L.P.P., 63 anos, mieloma múltiplo)

"... ainda não consegui voltar às minhas atividades manuais, à pastoral da saúde e serviço voluntário. Mudou muito meu ritmo de vida ..." (S.A.R., 60 anos, linfoma não-Hodgkin)

Com relação ao **bem-estar e auto-estima**, o cuidado de maior número de ocorrência foi conversar com os familiares (n=18), vindo depois a manutenção de seu ritmo de vida (n=15) e conversar com seus amigos (n=14). As dificuldades para o autocuidado encontradas estão incluídas no enfrentamento da doença e tratamento (n=7), relacionamento com familiares e amigos (n=7) e a dificuldade em adequar-se ao tratamento (n=5).

"... pensei que ia morrer. Agora que revivi, estou gravando falas para deixar. Não falo sobre minha doença. Falo sobre Deus ..." (J.M.A., 79 anos, mieloma múltiplo)

É difícil discorrer sobre **interação social e recreação e bem-estar e auto-estima** associada à uma afecção grave sem deixar de citar a qualidade de vida.

FERRELL (1999) descreveu um modelo de qualidade de vida para idosos com diagnóstico de câncer, onde apresentaram os domínios relacionados com o bem estar físico, psicológico, social e espiritual. O bem estar físico inclui o equilíbrio entre fadiga e vigor, atividades funcionais e a saúde física. O bem estar psicológico compreende o controle da ansiedade, depressão, lazer, medo de recorrência da afecção, estresse do diagnóstico e o controle de tratamento. O bem estar social implica nos relacionamentos e papéis sociais e

na família, isolamento, trabalho, finanças, auto imagem, função sexual e, o bem estar espiritual o significado da doença, sua esperança, religiosidade, força interior e mecanismos de enfrentamento.

Pela observação das ações elencadas, um pouco mais da metade dos entrevistados apresentaram práticas de autocuidado, sugerindo certa preocupação com sua qualidade de vida, porém ao observarmos os núcleos temáticos das dificuldades, foi observado que os fatores para o bem estar do indivíduo apontadas por FERRELL (1999) estão comprometidos.

Ainda sobre a qualidade de vida de idosos portadores de uma afecção grave, DIOGO (2001) descreveu a satisfação com a vida de pacientes com membros amputados. A autora cita DIENER & LARSEN (1993) e DIENER (1984), quando menciona que o sistema emocional reage de acordo com os eventos imediatos e estado psicológico em um dado momento e assim, quando a saúde está comprometida, os transtornos físicos, psicológicos e sociais podem interferir no bem estar geral. Isso nos remete ao momento em que os idosos deste estudo estão vivenciando. As condições de saúde preexistentes, a mudança de hábito, o relacionamento com familiares e amigos, o enfrentamento da doença e, a adequação ao tratamento, interferem diretamente no bem estar e conseqüentemente a qualidade de vida do grupo.

Os cuidados desenvolvidos para o **ambiente** relacionam-se prioritariamente à manutenção do ambiente iluminado (n=29), à restrição de móveis em local de passagem (n=18), retirada de tapetes (=17), manutenção do piso não escorregadio (n=17) e o uso de corrimão e escadas (n-16).

A grande dificuldade descrita por dez idosos esteve relacionada ao próprio ambiente, visto como inseguro, com locais de risco para quedas, além de sua permanência em ambiente estranho, como a casa de parentes.

"... o tapete me incomoda, mas não quero falar porque a casa não é minha ..." (H.E.B., 69 anos, leucemia linfocítica crônica)

"... estou dormindo na sala porque o quarto é muito escuro ..." (E.M.J., 88 anos, linfoma não-Hodgkin)

A esse respeito, MELLO & PERRACINI (2000) compararam as alterações funcionais decorrentes do processo de envelhecimento e suas conseqüências em relação ao ambiente. Semelhante ao presente trabalho, é apontado o risco de quedas pelas alterações nos sistemas muscular, ósseo, e outros, no caso de nosso trabalho, também pela toxicidade do tratamento antineoplásico e da própria doença.

Como intervenções ambientais na prevenção de quedas, estão as elencadas como cuidados desenvolvidos no presente estudo, somadas às modificações de hábitos e atitudes e o conhecimento prévio do ambiente.

A seguir, será apresentado o item IV do instrumento de coleta de dados, referente às orientações obtidas pelos idosos sobre os cuidados necessários para o convívio com a doença.

Quanto às orientações recebidas pelo grupo em estudo, 18 idosos (60,0%) negaram qualquer orientação sobre os cuidados necessários para o convívio com a doença, confirmando os dados relacionados ao desconhecimento da doença e do tratamento; 12 (40,0%) responderam que receberam orientações dos médicos, todavia dois destes mencionaram que houve reforço das informações por parte do familiar e um por parte do enfermeiro.

Quando questionados sobre a necessidade de algum tipo de ajuda para a realização dos cuidados, 23 (76,7%) afirmaram necessitar de ajuda de outra pessoa e sete (23,3%) negaram. Deve-se considerar que seis idosos não haviam recebido qualquer tipo de tratamento até o momento da coleta de dados e estavam apenas em controle da doença por meio de exames. A seguir, será mostrado o Quadro 8 que representa a distribuição das respostas dos idosos sobre quem ajuda e os cuidados realizados.

**Quadro 8:** Distribuição das respostas dos idosos sobre quem ajuda e quais os cuidados realizados.

<b>Quem ajuda</b>	<b>N</b>
Familiares e cônjuge	17
Deus	04
Cuidador leigo contratado	02
Enfermagem	01
Amigos	01
<b>No que ajuda</b>	
Cuidados pessoais	13
Serviços domésticos	11
Aquisição material	06
Apoio emocional	04
Procedimentos técnicos	02
Companhia	01

Como mostra o Quadro 7, de acordo com as respostas, a pessoa que auxilia nos cuidados em geral é o cônjuge ou outro membro da família, relatado entre 17 idosos. No entanto, quatro idosos fizeram menção a Deus, reforçando a questão da crença e da fé para superação das dificuldades. Os demais fizeram alusão ao cuidador leigo, ao membro da equipe de enfermagem e aos amigos. Dois idosos, embora necessitassem de ajuda de outra pessoa para a realização dos cuidados, não contavam com este apoio, ou seja, não contavam com um cuidador.

De acordo com WANDERLEY (1998), os cuidadores descritos no presente estudo se identificam como cuidador familiar que possui parentesco com o idoso, geralmente o cônjuge, filhos (as), noras ou genros e sobrinhos (as); o cuidador leigo, neste trabalho representado pelo cuidador contratado que recebe honorários por seus serviços, porém não recebeu qualificação para a atividade, o cuidador profissional com habilitação específica para o exercício profissional e o cuidador terceiro, aquele que não tem nenhum grau de parentesco com a pessoa idosa, sendo um amigo ou vizinho.

Ainda a respeito de cuidadores, MEINER (1999) relatou que o número de cuidadores familiares têm aumentado anualmente, como resultado da mudança dos prognósticos dos indivíduos com câncer. Na família de idosos com câncer, a dinâmica familiar sofre alterações consideráveis. Um cuidador primário é designado rapidamente, sem garantia da sua atenção por um longo período, entretanto a manutenção do cuidado é incerto, até que as necessidades aparecem. Além da sobrecarga de trabalho o cuidador do paciente com câncer se depara com o desconhecimento e o medo de contaminação, situações estas que freqüentemente podem levar ao estresse pessoal do cuidador (MEINER, 1999).

Verificou-se que, segundo as respostas dos idosos, os cuidados realizados pela pessoa que ajuda referem-se aos cuidados pessoais (n=13) e serviços domésticos (n=11), lembrando que a fadiga é um dos efeitos colaterais mais comuns, exigindo um apoio maior de outras pessoas. A necessidade de ajuda na aquisição de recursos materiais (n=6) corrobora as condições econômicas dos idosos do grupo estudado. Outros idosos mencionaram a necessidade de ajuda no campo emocional (n=4) e, os demais, nos procedimentos técnicos e na companhia.

Sobre as atividades de ajuda desenvolvidas pelos cuidadores, PERLINI (2000) destacou os cuidados realizados por cuidadores familiares de idosos acometidos de acidente vascular cerebral. Entre as necessidades de ajuda de seus idosos, estão as práticas de higiene e manutenção da integridade cutâneo-mucosa, semelhante aos presentes resultados. Outras necessidades de ajuda no estudo da autora são as atividades domésticas, como o preparo das refeições e o suporte técnico na administração de medicamentos.



## ***5. CONCLUSÕES***

Os resultados desta investigação nos permitiram apresentar as seguintes conclusões quanto aos idosos investigados:

- ↳ As afecções neoplásicas hematológicas mais freqüentes são o mieloma múltiplo (40,0%) e a leucemia linfocítica crônica (26,7%);
- ↳ A hipertensão arterial sistêmica é a afecção de maior prevalência nesta amostra, embora a osteoporose, o diabetes mellitus, afecções visuais, infecciosas e inflamatórias tenham ocorrido em menor número;
- ↳ No início da doença a ação de autocuidado predominante entre os idosos foi a procura por cuidado médico;
- ↳ Na presença dos efeitos colaterais, os idosos realizaram as seguintes ações de autocuidado; de acordo com sua maior ocorrência para cada efeito colateral:
  - ◆ Alopecia-usa peruca, chapéu e lenço (n=11)
  - ◆ Mucosite-evita alimentos quentes (n=11), retira próteses (n=9), usa escovas de dentes macias (n=9);
  - ◆ Sangramento-aplica pressão no local (n=3) e procura por serviço médico (n=2);
  - ◆ Lesões na pele-evita coçar (n=6);
  - ◆ Perda de peso-controla o peso (n=5);
  - ◆ Anorexia-alterna cardápio (n=10) e comunica o médico (n=10);
  - ◆ Náuseas e vômitos-diminui quantidade de alimentos (n=13) e usa medicações apropriadas (n=12);
  - ◆ Diarréia-usa alimentos obstipantes (n=2);

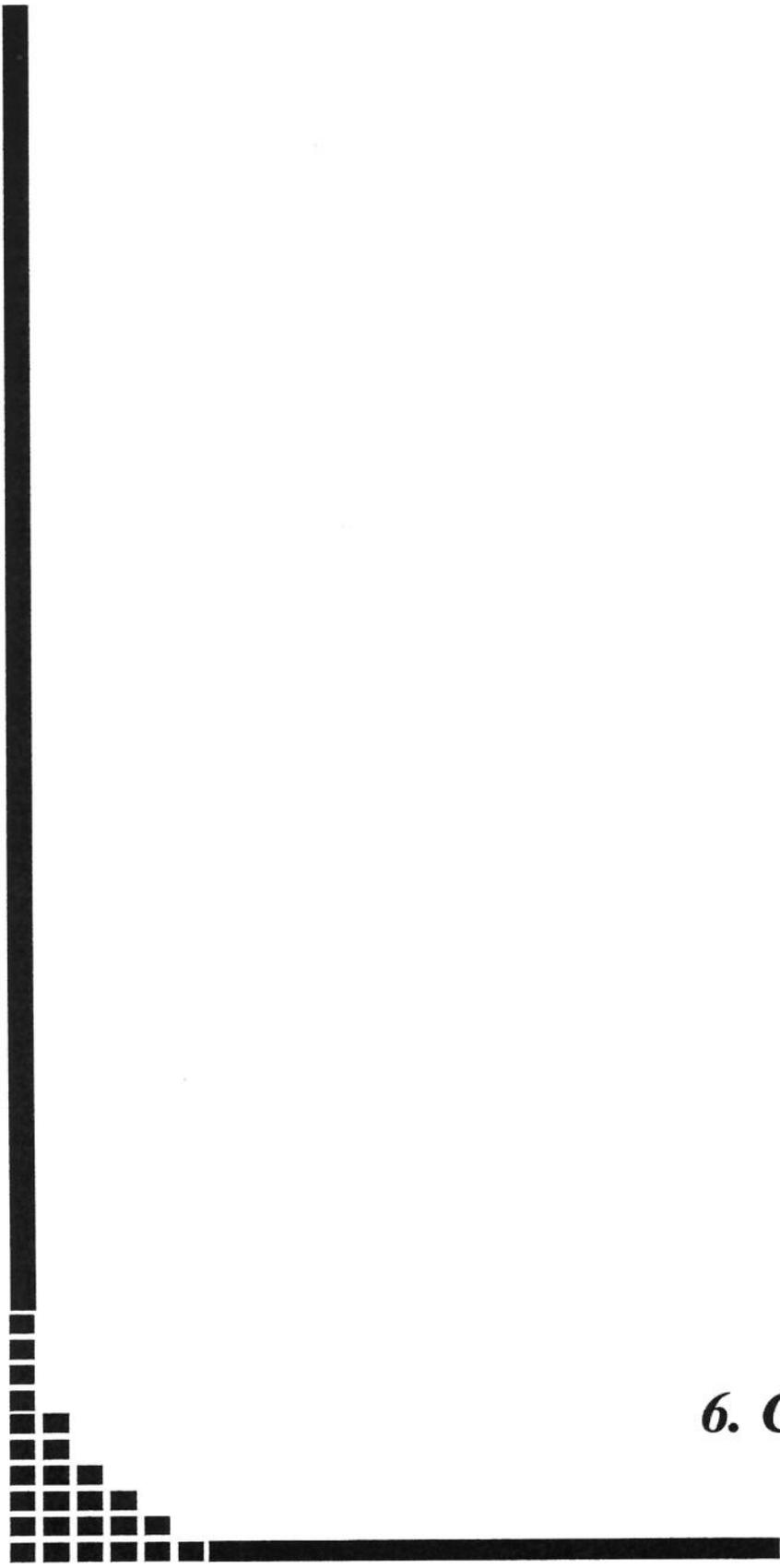
- ◆ Fadiga-expressa cansaço (n=20), aumenta tempo de repouso (n=17) e solicita ajuda de outros (n=16);
  - ◆ Dor-expressa a dor (n=13), comunica o médico (n=10) e usa analgésicos (n=9);
  - ◆ Impotência-comunica com parceiro (a) (n=6);
  - ◆ Imunodepressão-evita locais fechados e aglomerados (n=14) e contato com situações de risco (n=9);
  - ◆ Infecção-ingere medicação prescrita (n=15) e observa temperatura corporal (n=12);
  - ◆ Estresse psicológico-procura apoio religioso (n=17) e expressa sentimentos (n=16).
- ↳ Na manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença, os idosos deste estudo realizaram ações de autocuidado, dos quais destacaremos as de maior ocorrência:
- ◆ Higiene corporal-mantém unhas curtas (n=30), usa toalha individual (n=28), banha-se diariamente (n=27) e lava as mãos após as eliminações (n=26);
  - ◆ Higiene do couro cabeludo-evita lavar diariamente (n=25), restringe o uso de secador (n=24), o uso de produtos químicos (n=23), condicionador (n=19) e escovar excessivamente (18);
  - ◆ Higiene oral-uso de escovas macias (n=26) e escova os dentes no mínimo três vezes ao dia (n=19);
  - ◆ Higiene íntima-realiza diariamente (n=27);

- ◆ Integridade cutâneo-mucosa-uso de roupas confortáveis e com tecido macio (n=30), uso de calçados confortáveis (n=30) e uso de calçados com sola de borracha (n=28);
- ◆ Hidratação-ingere mais de quatro copos de líquidos por dia (n=22), alterna tipos de líquidos ingeridos (n=18) e observa umidade de cavidade oral (n=17);
- ◆ Alimentação-faz de três a cinco refeições por dia (n=25), lava as mãos antes das refeições (n=24), faz higiene oral após as refeições (n=23), ingere alimentos pastosos (n=22), usa prótese dentária (n=21), evita alimentos condimentados e difíceis de mastigar (n=19) e evita alimentos crus (n=17);
- ◆ Eliminações-observa alteração da frequência e características das micções (n=28) e observa alteração da frequência e características das evacuações (27);
- ◆ Atividade física-deambula (n=28);
- ◆ Sono e repouso-descansa quando se sente cansado (n=18);
- ◆ Interação social e recreação-recebe visita de familiares (n=23), assiste televisão e ouve rádio (n=22), recebe visita de amigos e participa de grupos sociais (n=18);
- ◆ Ambiente-mantém iluminado (n=29), evita móveis em local de passagem (n=18), retira tapetes e restringe lavar e encerar pisos escorregadios (n=17) e faz uso do corrimão da escada (n=16);
- ↳ No início da doença a dificuldade predominante para o autocuidado diz respeito a demora e a dificuldade do diagnóstico (n=13) e ao enfrentamento da doença e tratamento (n=7);
- ↳ Para a continuidade do tratamento os idosos relataram dificuldades para o autocuidado vinculadas à limitação financeira (n=9), à presença de sintomas

(n=6) e ao desconhecimento da doença e do tratamento (n=4), seu enfrentamento (n=3), acesso ao serviço de saúde (n=3), adequação ao tratamento (n=2) e condições de saúde preexistentes desfavoráveis (n=1);

↳ As dificuldades para o autocuidado na presença dos efeitos colaterais foram apontadas em pequeno número para cada efeito colateral considerado separadamente. Somente para a mucosite e diarreia mais da metade dos idosos que apresentaram estes efeitos mencionaram dificuldades para o autocuidado. Para os demais efeitos colaterais em contexto, destacam-se dificuldades como a presença de sintomas (47 ocorrências), a adequação ao tratamento (16 ocorrências) e a ausência de companhia/cuidador (13 ocorrências);

↳ Na manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença, a maioria dos idosos negaram impedimentos para cada uma das variáveis investigadas. Os núcleos das dificuldades mais mencionados foram a presença dos sintomas (71 ocorrências), condições de saúde preexistentes (20 ocorrências) e adequação ao tratamento (18 ocorrências).



## ***6. CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Os idosos do presente estudo, realizaram no início da doença, práticas de autocuidado como a procura por cuidados médicos ou até mesmo por cuidado alternativo. No entanto, se depararam com dificuldades que emergiram principalmente da própria atenção médica, como a demora ou a dificuldade do diagnóstico preciso e o acesso ao serviço de saúde.

No decorrer do tratamento e na prevenção das complicações da doença, os idosos deste estudo realizaram ações de autocuidado. Todavia, enfrentaram dificuldades que impediam ou limitavam sua prática de autocuidado.

Entre os núcleos temáticos que emergiram das falas sobre as dificuldades, os de maior ocorrência foram a presença dos sintomas, adequação ao tratamento, ausência de companhia/cuidador e condições de saúde preexistentes desfavoráveis.

Acredita-se que este trabalho, com enfoque na tríade idoso-oncologia-autocuidado, apresentará contribuições relevantes para o campo social, na orientação e promoção à saúde dos idosos, no âmbito acadêmico, fornecendo subsídios para novas pesquisas e na atuação profissional, no oferecimento de dados auxiliares à assistência prestada aos idosos portadores de neoplasias hematológicas.

Finalizando, o presente estudo demonstrou que os idosos, em sua maioria apresentaram no mínimo um dos cuidados elencados no instrumento de coleta de dados, sendo as dificuldades relatadas pertinentes a cada momento, ou seja, no início e no transcorrer do tratamento.

Sugere-se, para as próximas pesquisas em diferentes instituições, a avaliação de outros itens, como a necessidade de ajuda de outras pessoas, a mudança de papel de cuidador para o ser cuidado, o fato do idoso portador de uma afecção crônico-degenerativa não relacioná-la com o fator idade e o uso de práticas alternativas ao controle da mucosite, náuseas, vômitos e a ansiedade, entre outros efeitos colaterais.



## ***7. SUMMARY***

Oncohematological diseases like leukemia, lymphoma and myeloma increase as age advances. Self-care activities have to be developed because these diseases and the treatment produce alterations. However, the elderly may have some restrictions regarding self-care activities that could interfere with their recovery. Identifying the self-care activities as well as the difficulties faced by individuals with oncohematological diseases could help in defining the education and guidance required to control and reduce the risk factors as well as amplify the information these individuals have about these diseases. This study, therefore, has the following objectives: identify the hematological neoplastic diseases as well as the other diseases present in elderly individuals being treated at the oncohematological outpatients unit; identify the self-care activities performed in relation to the treatment and the associated difficulties faced by these elderly individuals. The results demonstrated that the predominating oncohematological disease was multiple myeloma. The other common disease was arterial hypertension. Most of the elderly patients revealed one or more self-care activities. Diagnostic delay, lack of information in relation to the diagnosis, financial limitations and the manifestation of the symptoms were difficulties that most of the elderly patients faced at the beginning of the treatment, during the appearance and continuity of the side effects, as well in the prevention of complications.

**KEYWORDS:** nursing; geriatrics; oncology; self-care.



***8. REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

- ABRAÃO, A. C. F. de V. **Aleitamento materno: efeito de um programa educativo para o autocuidado com as mamas na incidência de ingurgitamento mamário e traumas mamilares.** 1993, p. 110. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica)-Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- AHANA, D. N.; KUNISHI, M. M. **Protocolos de enfermagem para o tratamento do paciente oncológico.** 2 ed. São Paulo: Andrei, 1992.
- ALMEIDA, M. H. M. de, **C.I.C.Ac. instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado.** 1997, 194p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALVAREZ, M. A. **Identificação das exigências de autocuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las.** 1990, p. 138. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- ARAKAWA, S. Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. **Câncer Nursing.** v.20, n. 5p. 342-349, 1997.
- BAQUEIRO, M. B. et al. Atenção à saúde do idoso- projeto de atividade de extensão. **Rev. Baiana Enf.,** Salvador, v.8, n. 1/2, p. 177-187, 1995.
- BEAUVOIR, S. **A velhice.** As relações com o mundo. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970, v. 2.
- BENEDINI, Z. **Pesquisando para educar: “a pedagogia do ostomizado” e a prática da visita domiciliária.** 1993, p. 112. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Seminário Internacional “Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século”, I, Brasília, 1996. **Anais.** Brasília: MPAS, SAS, 1996, p. 16-34.

- BERQUÓ, E., VERAS, R.P. Brasil envelhece, mas dá pouca atenção aos idosos. **Jornal do Cremesp**. São Paulo, n.139, ano XVIII, março 1999.
- BERQUÓ,E.; BAENINGER, R. os idosos no Brasil: considerações demográficas. **Textos NEPO 37**. Unicamp, Campinas, 2000.
- BONASSA,E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo: Ateneu, 2000.
- BONEVSKI, B. et al. Evaluation of instrument to assess the needs of patients with cancer. **Cancer**. v.88, n.1, p. 217-224, 2000.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. **Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência nacional de saúde on line**. [on line]. Disponível na Internet via [www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns) (29/06/00), 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. [on line]. Disponível na Internet via <http://www.inca.org.br/epidemiologia2000/estimativas.html>. (07/06/00), 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, Pro-onco, 1995.
- BRUBAKER, B. H. Self-care in nursing home residents. **Journal of Gerontological Nursing**, p. 22-30, 1996.
- CASTRO, M. L. et al. Alterações do metabolismo do cálcio e doenças ósteo-metabólicas: osteopenias. In: **Atualização Terapêutica**. Prado, F. C. 20ªed., São Paulo, Artes Médicas, 2001.
- CEOLIM,M.F. **Idosas institucionalizadas: organização temporal da vigília e do sono**. 1993, Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI - demografia, saúde e sociedade.** Belo Horizonte: Postgraduate, 1998.

\_\_\_\_\_ **Um país jovem de cabelos brancos.** Belo Horizonte: Postgraduate, 1997.

CHOMPRÉ, R. R. Autocuidado: necessidade ou responsabilidade? **Rev. Baiana Enf.**, Salvador, v.7, n. 1/2, p. 153-161, 1994.

CINTRA, F. A. **A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva vygotkiana: subsídios para a educação à saúde.** São Paulo, 1998, p. 321. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CLARK, J. C., MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica-um curriculum básico.** 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COLLEONI, G.W.B.; OLIVEIRA, J.S.R. Linfomas. In: **Atualização Terapêutica.** Prado, F. C. 20ªed., São Paulo, Artes Médicas, 2001.

COPPARD, L. La autoatencion de la salud y los ancianos. In: **Hacia el bienestar de los ancianos.** Washington DC: Organizacion Panamericana de la Salud, 1985, (publicacion científica nº492).

DEAN, J.et al. Infeccion. In: **Cancer Nursing: a comprehensive textbook.** 2 ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.

DIOGO, M.J.D. Consulta de enfermagem em gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo, Ateneu, 1996.

DIOGO, M.J.D. **Satisfação com a vida e a capacidade funcional em idosos com amputação de membros inferiores.** 2001. p. 125. Tese (livre-docência)-Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas.

DIOGO, M.J.D., PASCHOAL, S.M.P., CINTRA, F.A. Avaliação global do idoso. In: **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Ateneu, 2000.

- DODD, M.; SHIBA, G.H. Conceptual themes basic to cancer nursing: self-care. In: **Cancer Nursing: a comprehensive textbook**. 2 ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.
- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Ateneu, 2000.
- DULLEY, F.L. Transplante de medula óssea. In: NEWMANN, J. et al. **Transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997.
- DUPAS, G. **Buscando superar o sofrimento impulsionada pela esperança-a experiência da criança com câncer**. 1997, p. 188. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 7, n.1, p. 11-18, 1994.
- EASTON, K.L. Defining the concept of self-care. **Rehabilitation Nursing**, v.18, n.6, p. 384-387, 1993.
- ERBAN,J.K. Hematologic problems of the elderly. In: REICHEL,W. **Care of the elderly-clinical aspects of aging**, 4 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- FERNANDES, A. F. C., et al. A quimioterapia na visão de pacientes leucêmicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.45, n.1, p. 49-54, 1999.
- FERNANDES, W. L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao diabético jovem embasada no autocuidado. **Rev. RENE. Fortaleza**. v. 1, n. 1, p. 76-82, Fortaleza, 2000.
- FERREIRA, M. C. **A pessoa em tratamento de câncer: características epidemiológicas e do estilo de vida**. 1997, p. 110. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FERRELL, B.R. The marriage: geriatrics and oncology. **Geriatr. Nurs.**, v.20, n.5, p. 238-40, 1999.

- FERRERO, S.H. **Estudo das limitações para o autocuidado de idosos reinternados, portadores de vasculopatias.** 2001, p.99. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- FIALHO, A. V. M., PAGLIUCA, L. M. F. Mulher portadora de câncer: diagnóstico de enfermagem à luz da teoria do autocuidado de Orem. **Rev. RENE. Fortaleza.** v. 1, n. 1, p. 46-50, Fortaleza, 2000.
- FITCH, M. et al. Health promotion and early detection of cancer in older adults: needs assessment for program development. **Cancer Nursing**, Philadelphia: Williams & Wilkins, v.20, n.6, p. 381-388, 1997.
- FOLDEN, S. L. Effect of a supportive-educative nursing intervention on older adult's perceptions of self-care after a stroke. **Rehabilitation Nursing.** v.18, n.3, p. 162-167, 1993.
- FONSECA, G.T. Modelo para uma qualificação de ocupações. **Rev. Bras. Est. Pedag.,** v.48, n. 107, p. 274-311, 1967.
- FONSECA, S.M. O cuidado de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica: uma aplicação da teoria de Dorothéa Orem. **Acta Paul. Enf.,** São Paulo, v.10, n.2,p.74-79,1997.
- FOSTER, P. C. , JANSSENS, N. P. Dorothéa E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- FUGITA, R. M. I. **O conhecimento, as crenças, os valores e as práticas de autocuidado das mulheres relativos a higiene íntima e ao corrimento vaginal.** 1997, p. 150. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- GARCÍA, A. M. et al. Tendencias de la incidencia y la mortalidade de los linfomas en Cuba. **Rev. Bras. de Cancerol.,** Rio de Janeiro, v.42, n.3, 1996.

- GASSELIN, B.D. Particularidades geriátricas das infecções. Tradução de Raul Penido Filho. Rio de Janeiro. **Arq. Geriatr.gerontol.** v. 1, n. 1, 1997. Título original: Principes du traitement des infections.
- GEREMIAS, R., VIEIRA, S. D. Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: um incentivo ao paciente crônico. **Texto e Contexto-Enfermagem.** Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 300-1, 1996.
- GILLESPIE, T. Chemotherapy dose and dose intensity: analyzing data to guide therapeutic decisions. **Oncology Nursing Forum.** v. 28, n. 2, supplement, 2001.
- GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e velhice. In: Neri, A. L. (org) **Psicologia do envelhecimento.** Campinas: Papirus, 1995.
- GORDILHO, et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso.** Rio de Janeiro: UNATI, 2000.
- GREALISH, L. et al. Foot massage: A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. **Cancer Nursing,** Philadelphia: Williams & Wilkins, v.23, n.3, p. 237-243, 2000.
- GROENWALD, S. L., et al. **Cancer nursing-principles and practice.** 2 ed., Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1990.
- HAYES, N. A. Analyzing current practice patterns: lessons from Amgen's project chemolnsight. **Oncology Nursing Forum.** v. 28, n. 2, supplement, 2001.
- HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- HILDEBRAND, S.M. **O modelo conceitual de autocuidado de Orem na clínica hematológica:** aplicação do processo de enfermagem. 1991. Trabalho de conclusão de curso. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- HOGA, L. A. K. A influência da crença religiosa na motivação de uma doente para o autocuidado. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.27, n.1, p. 73-85, 1993.
- JESUS, C. A. de. **Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica**. 1992, p. 279. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- JEUKENS, M. M. F. **Conhecimentos de homens infectados pelo HIV sobre procedimentos de autocuidado**. 1992, Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- JOPP, M., et al. Using self-care theory to guide nursing management of the older adult after hospitalization. **Rehabilitation Nursing**. v.18, n.2, p. 91-3, 1993.
- KENNEDY, B.J. Aging and cancer. **Cancer**. v.80, n.7, 1997.
- KERBAUY, J. Mieloma Múltiplo. In: **Atualização Terapêutica**. Prado, F. C. São Paulo, Artes Médicas, 2001.
- KERBAUY, J.; CHAUFFAILLE, M.L.L.F. Doenças mieloproliferativas crônica (LMC). In: **Atualização Terapêutica**. Prado, F. C. São Paulo, Artes Médicas, 2001.
- KOSITS, C. Rituximab: a new monoclonal antibody therapy for non-Hodgkin's lymphoma. **Oncology Nursing Forum**. v. 27, n. 1, 2000.
- KYLE, L.E. Distúrbios dos plasmócitos. In: **CECIL: tratado de medicina interna**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, v.1.
- LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2 ed. São Paulo: Harbra, 1987.
- LIMA, L. S. de. **Pacientes portadores de bronquiectasia: assistência de enfermagem e avaliação da qualidade de vida**. 1997, p.126. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- LOURENÇO, L. H. S. C., ALVIM, N. A. T. Projeto UFRJ, como vai sua saúde? **Rev. Alt. Enf.**, Rio de Janeiro, v.1, n.4, jul., 1997.

- MATOS, M. J. G. **O ser no mundo com câncer**. 1996, p. 166. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- McCORKLE, R. et al. **Cancer Nursing: a comprehensive textbook**. 2 ed., Philadelphia: W.B. Saunders, 1996.
- McNALLEY, J. C. et al. **Guidelines for oncology nursing practice**. 2 ed., Oncology Nursing Society, 1991.
- MEAD, G. M. et al. A medical research council randomized trial in patients with primary cerebral non-Hodgkin lymphoma-cerebral radiotherapy with and without cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisone chemotherapy. **Cancer**. v.89, n.6, p. 1359-70, 2000.
- MEINER, S. Essentials of home-based cancer care of the elderly. **Geriatric Nursing**. v. 20, n. 5, p. 275-7, 1999.
- MEIRELES, M. C. C. C. **Linfedema pós cirurgia por câncer de mama: avaliação de um protocolo de tratamento**. 1998, p. 116. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MELLO, M. A. F.; PERRACINI, M. R. Avaliando e adaptando o ambiente doméstico. In: **Atendimento domiciliar-um enfoque gerontológico**. DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M.J.D. São Paulo, Ateneu, 2000.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed., São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1999.
- MIRANDA, R. D. Hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. In: **Atualização Terapêutica**. Prado, F. C. 20ªed., São Paulo, Artes Médicas, 2001.
- MISRA, R. R., et al. Prognostic factors for hematologic cancers. **Understanding Clinical Trials**, v.14, n.4, 2000.

- MOTTA, G.K.; LANA, R.L. Anemia megaloblástica: enfoque no idoso, **Rev. Gerontologia**, São Paulo: Lemos, v. 3, n.3, p. 143-151, 1995.
- NASCIMENTO, L. C. **O autocuidado e o trabalhador de saúde**. 1999, p. 184. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.
- NÓBREGA, M. M. L., FERNANDES, W. L., SILVA, A. S. Teoria do autocuidado de Dorothea Orem: uma abordagem conceitual. **Ciência Cultura e Saúde**. v.12, n. 2, p. 49-53, 1993.
- NORDHURFT, V. et al. Chronic disease self-management: improving health outcomes. **Nursing clinics of North America**. V:35, n. 2, June 2000.
- NUNES, A. M. P. Motivação para o autocuidado: um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, n.2, v.1, p. 53-66, 1993.
- OGLE, K.S., et al. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. **Cancer**. v.88, n.3, 2000.
- OLIVEIRA, J. O. J. ; TOLEDO, M. **A dor crônica no paciente idoso**. 21 de novembro de 2000. Hospital Alemão Osvaldo Cruz, São Paulo. Reuniões científicas da Central da Dor do Hospital A. C. Camargo (Hospital do câncer). Nota de aula.
- OREM, D. **Nursing. Concepts of practice**. 4 ed., Philadelphia: Mosby, 1991.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Grupo científico sobre la epidemiología del envejecimiento**, Ginebra, 1984. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. (Serie de informes técnicos 706).

- PADULA, M. P. C. **Caracterização dos deficits de autocuidado universal da pessoa com lesão medular.** 1998, p.114. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- PAPALÉO NETTO, M **Gerontologia.** São Paulo: Ateneu, 1999.
- PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo, Ateneu, 1999.
- PASSARELLI, M.C. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. **O mundo da saúde.** v. 21, n.4, p. 208-12, São Paulo, 1997.
- PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: **Atendimento domiciliar-um enfoque gerontológico.** DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M.J.D. São Paulo, Ateneu, 2000.
- PEIXOTO, M. P. Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria de autocuidado de Orem. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 30, n. 1, p. 1-13, São Paulo, 1996.
- PEREZ, E. A. **Enfermeria gerontologica: conceptos para la practica.** Washington DC, Organizacion Panamericana de la Salud, 1993, (serie PALTEX para executores de programas de salud nº 31).
- PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicilio: o azer do cuidador familiar.** 2000, p. 122. Dissertação (mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- PIMENTA, C. A. M. **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados a dor no câncer.** 1995, p. 133. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- QUINTERO, O.M. El autocuidado. In: **la atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994, (publicación científica nº546)
- RAJKUMAR, S.V.; WITZIG, T.E. A review of angiogenesis and antiangiogenic therapy with thalidomide in multiple myeloma. **Cancer Treatment Reviews**. v. 26, p. 351-362, Rochester, Minnesota, Harcourt publishers, 2000.
- RAPAPORT, S. **Hematologia-introdução**. 2 ed. Roca, 1990.
- REUBEN, D. B. Geriatric assessment in oncology. **Cancer**, v.80, n.7, p.1311-16, 1997.
- RODRIGUES, R. A. P. **Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda”**. 1993, p. 203. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- RODRIGUES, R. A. P. et al. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Rev. Latino-am.enfermagem**. v. 9, n. 1, p. 7-12, Ribeirão Preto, 2001.
- SAAD, P. M., Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: Fundação SEADE. **A população idosa e o apoio familiar**. Informe demográfico n. 24, 1991, São Paulo.
- SANHUEZA, A. O. I. **O significado da mama para um grupo de mulheres chilenas com câncer de mama**. 1999, p. 158. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- SANSON-FISHER, R. et al. The unmet supportive care needs of patients with cancer. **Cancer**, v.88, n.1, p.226-237, 2000.
- SANTOS, V. L. C. G. **A bolsa na mediação “estar ostomizado” – “estar profissional”**: análise de uma estratégia pedagógica. 1996, p. 174. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- SANTOS, V. **Proposta alternativa de ensino-aprendizagem para o autocuidado: uma contribuição da enfermagem ao enfrentamento da dor e equalização do estresse.** 1990, p. 152. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- SAYEG, M. A. Breves considerações sobre planejamento em saúde do idoso. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA. **Caminhos do envelhecer.** Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- \_\_\_\_\_. Envelhecimento bem sucedido e o autocuidado: algumas reflexões. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v.2, n.3, p. 96-98, 1998.
- SILVA, L. M. G. da. **Qualidade de vida e transplante de medula óssea em neoplasia hematológica.** 2000, p. 126. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. (2000).
- SILVA, S. R. **Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar a pacientes portadores de câncer ginecológico, submetidas a quimioterapia antineoplásica.** 2000, p. 144. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. (2000).
- SILVA, R. M. et al. Auto-exame das mamas em mulheres jovens e a relação com o autocuidado. **Rev. RENE. Fortaleza.** v. 1, n. 1, p. 9-13, Fortaleza, 2000.
- SILVA, L. M. H.; ZAGO, M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev. Latino-am.enfermagem.** v. 9, n. 4, p. 44-9, Ribeirão Preto, 2001.
- SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, 0(1), 1996.
- STEFANINI, E, BARBOSA, L. A. Prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares. In: **Atualização Terapêutica.** Prado, F. C. 20ªed., São Paulo, Artes Médicas, 2001.

- TAKAHASHI, O. C., et al. Atendimento ambulatorial interdisciplinar ao paciente diabético. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.1, n. 4, p. 43-44, 1993.
- TANAKA, C. **Orientação de enfermagem para o autocuidado de crianças e adolescentes com osteossarcoma em tratamento ambulatorial com altas doses de metrotexate.** 1998, Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- TASHIRO, M. T. O. **Efeito de um programa educativo a pacientes para o autocuidado no pós-operatório de artroplastia total de quadril.** 1993, p.129. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- TEIXEIRA, E. R. **O mel que passa: representações sobre saúde, doença e o autocuidado.** 1994, p. 110. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- VERAS, R.P. Atenção preventiva ao idoso – uma abordagem de saúde coletiva. In:
- PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Ateneu, 1999.
- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idoso no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.
- VINHA, V.H.P. **Projeto aleitamento materno: autocuidado com a mama puerperal.** São Paulo: Sarvier, 1994.
- WAGNER, E. C. A. Viver a doença e a proximidade da morte. *Gerontologia.* v. 1, N. 1, p. 13-6, 1993.
- WANDERLEY, M. B. **Publicização do papel do cuidador domiciliar.** Série Programas e Serviços de Assistência Social. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS, 1998.
- YANCIK, R. Cancer burden in the aged. *Cancer.* v.88, n.7, jan., 1997.
- ZANCHETTA, M. S. **Enfermagem em cancerologia-prioridades e objetivos assistenciais.** Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

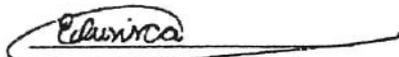


## ***9. ANEXOS***

Dr. Fernando Lopes  
Diretor do Ambulatório de Hematologia

Solicito de V.S., a autorização para realizar a pesquisa: **Ações e limitações para o autocuidado em pacientes idosos com afecções neoplásicas hematológicas**, junto aos pacientes do Ambulatório de Hematologia. O estudo será sob a orientação da Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria José D'elboux Diogo.

Atenciosamente

  
Edgarda Helena Ruisca  
Aluna do curso de pós-graduação  
do Dep. De EnF. da FCM Unicamp

*cinete*  
  
FERNANDO LOPES ALBERTO  
Médico I  
CRM 76219

Contato

Email: [mahe@obelix.unicamp.br](mailto:mahe@obelix.unicamp.br)

Telefone: (019) 241-8881.



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas-S.P.  
☎ 0 \_\_ 19 7888936  
☎ 0 \_\_ 19 7888925  
☒ [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)

CEP. 18/09/00

PARECER PROJETO: Nº 251/2.000

#### IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "AÇÕES E LIMITAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO EM PACIENTES IDOSOS COM AFECÇÕES NEOPLÁSICAS HEMATOLÓGICAS."  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Edegarda Helena Ruisca de Toledo  
INSTITUIÇÃO: HEMOCAMP/UNICAMP  
APRESENTAÇÃO AO CEP: 01/08/2000

#### II - OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo verificar e analisar as características sócio-demográficas dos idosos em tratamento no ambulatório do HEMOCAMP; identificar as afecções neoplásicas hematológicas e outras presentes nestes idosos; identificar e analisar as ações e limitações de autocuidado que estes idosos realizam com relação ao seu tratamento.

#### III - SUMÁRIO

Serão estudados 30 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, em tratamento no ambulatório do HEMOCAMP, por um período mínimo de três meses e no máximo por um ano. Através de questionários os pacientes serão caracterizados quanto as suas características sócio-demográficas, quanto ao seu estado de saúde, e quanto ao autocuidado no contexto do tratamento da doença.

#### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Os objetivos estão bem delineados. O estudo não acarreta risco para os pacientes envolvidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está bem redigido.

#### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado os termos do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

#### VI - DATA DA REUNIÃO

homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP, em 12 de setembro de 2000

  
Prof. Dra. Carmen Silvia Bevilacqua  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, ....., concordo em participar da pesquisa intitulada **Ações e limitações para o autocuidado em pacientes idosos com afecções neoplásicas hematológicas**, realizado por Edegarda Helena Ruisca de Toledo, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José D'Elboux Diogo, que tem por principal objetivo caracterizar os idosos quanto as condições sócio-demográficas, afecções hematológicas de maior prevalência e identificar e analisar as ações e limitações para o autocuidado destes idosos. Este trabalho trará importantes contribuições tanto para a assistência, quanto para a orientação do autocuidado exigido pelo tratamento. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e nem para o meu tratamento no ambulatório de hematologia do Centro de Hematologia e Hemoterapia da UNICAMP (HEMOCAMP). Estará garantido o sigilo e anonimato das informações e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento pela equipe. O presente estudo não acarretará em gastos adicionais para a minha pessoa.

Nome completo do paciente:

Idade:

Endereço:

RG.

HC.

Assinatura:

Responsável pela pesquisa: Edegarda Helena Ruisca de Toledo

Telefone: 788-8820/241-8881

Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP: 788-8936

Assinatura:

## Roteiro para Entrevista

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº: \_\_\_

## I-DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS:

Nome:(iniciais).....sexo: ( ) F ( ) M Data de nascimento:.....religião:.....

Estado civil:.....

Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) 1º grau completo ( ) incompleto

( ) 2º grau completo ( ) incompleto

( ) 3º grau completo ( ) incompleto

Trabalha ( ) não ( ) sim: no que?..... aposentado: ( ) sim ( ) não

Com quem reside:.....

Renda econômica mensal individual: .....( em n.º de salários mínimos)

É o provedor da residência: ( ) sim ( ) não

Qual o meio de transporte utilizado até o hospital?.....

## II-DADOS RELACIONADOS À DOENÇA/TRATAMENTO:

Diagnóstico médico principal:.....

Tratamento no momento: ( ) quimioterapia ( ) radioterapia ( ) outros.....

Início do tratamento:.....(em meses)

Terapêuticas já realizadas:

( ) quimioterapia via oral ( ) quimioterapia via endovenosa ( ) transplante de medula óssea

( ) radioterapia ( ) cirúrgico ( ) outras medicações via oral ( ) exames

( ) transfusão sanguínea ( ) outros ( ) não sabe referir

É portador de alguma outra afecção? Em caso afirmativo, qual(is)?.....

## III-DADOS RELACIONADOS AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO FRENTE AO TRATAMENTO

A)Ações e dificuldades no início da doença

1-O (a) Senhor/a observou algo de diferente em seu corpo? O quê?

2-O que o (a) Senhor/a fez quando observou as alterações em seu corpo?

3-O que foi difícil para o (a) Senhor/a nesta fase?

Variável	Sintomas percebidos	Ações desenvolvidas	Dificuldades
Início da doença	( ) não percebeu nada ( ) fraqueza ( ) febre ( ) emagrecimento ( ) sudorese ( ) prurido ( ) sangramento ( ) tumor palpável ( ) inapetência ( ) outros.....	( ) procurou cuidado médico ( ) procurou cuidado alternativo ( ) não procurou e foi levado ao profissional da saúde ( ) outro.....	

B)Ações e dificuldades no decorrer do tratamento após diagnóstico médico

1-Encontrou alguma dificuldade na realização ou continuidade do tratamento?

R.:.....

.....

2-O Sr(a) apresentou algum efeito colateral?

Alguma reação em consequência ao tratamento?

não  sim Qual (is)?.....

3-Quais os cuidados que o (a) Sr. (a) tem feito na presença do efeito colateral?

4-Encontrou alguma dificuldade em relação aos cuidados?

Efeito colateral	Cuidados desenvolvidos	Dificuldades	Não se aplica
Alopécia	<input type="checkbox"/> usa peruca, chapéu, lenço, turbante, aplique <input type="checkbox"/> usa de filtro solar <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Mucosite	<input type="checkbox"/> evita uso de fio dental <input type="checkbox"/> usa escovas com cerdas macias <input type="checkbox"/> evita alimentos quentes, apimentados e difíceis de mastigar <input type="checkbox"/> aumentou frequência da higiene oral <input type="checkbox"/> retira próteses <input type="checkbox"/> faz bochechos com solução anestésica e antifúngica <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Sangramento	<input type="checkbox"/> preserva os coágulos <input type="checkbox"/> aplica pressão no local de sangramento <input type="checkbox"/> aplica água fria no local <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Lesões na pele	<input type="checkbox"/> evita coçar <input type="checkbox"/> usa curativos nas lesões <input type="checkbox"/> preserva bolhas sem romper <input type="checkbox"/> usa as medicações apropriadas <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Perda de peso	<input type="checkbox"/> aumenta quantidade de alimentos <input type="checkbox"/> aumenta frequência das refeições <input type="checkbox"/> controla o peso <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/> usa as medicações apropriadas <input type="checkbox"/> comunica o médico <input type="checkbox"/> alterna cardápio da dieta <input type="checkbox"/> aumenta frequência das refeições <input type="checkbox"/> realiza higiene oral antes das refeições <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Náuseas e vômitos	<input type="checkbox"/> usa as medicações apropriadas <input type="checkbox"/> comunica o médico <input type="checkbox"/> alterna cardápio da dieta <input type="checkbox"/> diminui quantidade de alimentos <input type="checkbox"/> aumenta frequência das refeições <input type="checkbox"/> realiza higiene oral antes das refeições <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Diarréia	<input type="checkbox"/> usa as medicações apropriadas <input type="checkbox"/> comunica o médico <input type="checkbox"/> usa alimentos constipantes		<input type="checkbox"/>
Fadiga	<input type="checkbox"/> aumenta tempo de repouso <input type="checkbox"/> expressa seu cansaço <input type="checkbox"/> solicita ajuda de outras pessoas <input type="checkbox"/> evita sons e lugares desagradáveis <input type="checkbox"/> realiza técnicas de relaxamento ou meditação <input type="checkbox"/> outro.....		<input type="checkbox"/>

Efeito colateral	Cuidados desenvolvidos	Dificuldades	Não se aplica
	<input type="checkbox"/> nenhum		
Dor	<input type="checkbox"/> expressa sua dor <input type="checkbox"/> faz uso de analgésicos <input type="checkbox"/> refere ao médico a permanência da dor mesmo com o uso de medicação <input type="checkbox"/> não faz uso de medicação <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Impotência	<input type="checkbox"/> fala com sua parceira <input type="checkbox"/> fala com seu médico <input type="checkbox"/> faz uso de medicamentos <input type="checkbox"/> outro.....		<input type="checkbox"/>
Imunodepressão	<input type="checkbox"/> evita contato com pessoas que possam estar ou ter tido infecção <input type="checkbox"/> evita contato com pessoas que tomaram vacina recentemente <input type="checkbox"/> evita locais fechados e aglomerados de pessoas <input type="checkbox"/> faz uso de máscaras <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Infecção	<input type="checkbox"/> mantém precauções de prevenção (máscaras) <input type="checkbox"/> observa temperatura corporal <input type="checkbox"/> administra medicação prescrita <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>
Estress psicológico	<input type="checkbox"/> expressa sensações de tristeza, raiva (chora) <input type="checkbox"/> procura apoio terapêutico (psicólogo) <input type="checkbox"/> procura apoio religioso (Padre, pastor,...) <input type="checkbox"/> procura apoio alternativo (benzedeira, ioga, massagem,...) <input type="checkbox"/> outro..... <input type="checkbox"/> nenhum		<input type="checkbox"/>

5-Quais os cuidados que o(a) Sr(a) tem tido algum cuidado para a manutenção do tratamento e prevenção das complicações da doença?

Variável	Cuidados desenvolvidos	Dificuldades
Higiene corporal	<input type="checkbox"/> toma banho diariamente <input type="checkbox"/> troca de roupas diariamente <input type="checkbox"/> lava as mãos após eliminações <input type="checkbox"/> usa toalha individual <input type="checkbox"/> usa sabonete individual <input type="checkbox"/> mantém unhas curtas <input type="checkbox"/> outro.....	
Higiene couro cabeludo	<input type="checkbox"/> evita lavar diariamente <input type="checkbox"/> evita usar muito shampoo <input type="checkbox"/> evita condicionador <input type="checkbox"/> evita secador <input type="checkbox"/> evita produtos químicos (tinturas, permanentes,...) <input type="checkbox"/> evita escovar ou pentear excessivamente <input type="checkbox"/> outro.....	
Higiene oral	<input type="checkbox"/> escova os dentes no mínimo 3 vezes/dia <input type="checkbox"/> escova os dentes mais de 3 vezes/dia <input type="checkbox"/> usa escova de cerdas macias <input type="checkbox"/> usa creme dental não abrasivo <input type="checkbox"/> usa fio dental 1 vez/dia <input type="checkbox"/> usa fio dental mais de 1 vez/dia <input type="checkbox"/> usa soluções antissépticas para bochecho <input type="checkbox"/> outro.....	

Variável	Cuidados desenvolvidos	Dificuldades
Higiene íntima	<input type="checkbox"/> realiza diariamente <input type="checkbox"/> realiza após micções <input type="checkbox"/> realiza após evacuações <input type="checkbox"/> outro.....	
Integridade cutânea-mucosa	<input type="checkbox"/> usa hidratantes <input type="checkbox"/> usa filtro solar <input type="checkbox"/> lubrifica os lábios <input type="checkbox"/> usa roupas confortáveis <input type="checkbox"/> usa roupas com tecido macio <input type="checkbox"/> usa calçados confortáveis <input type="checkbox"/> usa calçados com sola de borracha <input type="checkbox"/> observa cavidade oral diariamente <input type="checkbox"/> observa região púbica diariamente <input type="checkbox"/> seca bem as dobras da pele e região interdigitais <input type="checkbox"/> mantém unhas lixadas <input type="checkbox"/> troca o uso da lâmina de barbear pelo aparelho elétrico <input type="checkbox"/> evita objetos perfuro-cortantes (tesoura, alicate, serrote, faca, pas...) <input type="checkbox"/> observa alterações de cor, calor, manchas na pele. <input type="checkbox"/> evita coçar <input type="checkbox"/> outro.....	
Hidratação	<input type="checkbox"/> ingere mais de 4 copos de líquidos no dia <input type="checkbox"/> observa umidade da cavidade oral (presença de saliva) <input type="checkbox"/> alterna tipos de líquidos ingeridos (sucos, água, chás...) <input type="checkbox"/> outro.....	
Alimentação	<input type="checkbox"/> faz 3-5 refeições no dia <input type="checkbox"/> procura se alimentar mesmo na presença de inapetência <input type="checkbox"/> ingere alimentos mais pastosos <input type="checkbox"/> evita alimentos condimentados <input type="checkbox"/> evita alimentos crus <input type="checkbox"/> evita alimentos difíceis de mastigar <input type="checkbox"/> ingere alimentos mornos <input type="checkbox"/> evita frutas ácidas e de cascas finas <input type="checkbox"/> alterna cardápio das refeições <input type="checkbox"/> lava as mãos antes das refeições <input type="checkbox"/> faz higiene oral antes das refeições <input type="checkbox"/> faz higiene oral após as refeições <input type="checkbox"/> usa prótese dentária para facilitar mastigação <input type="checkbox"/> usa medicamentos para evitar náuseas e vômitos. <input type="checkbox"/> outro.....	
Eliminações	<input type="checkbox"/> observa alteração na frequência das micções <input type="checkbox"/> observa alteração na característica da urina <input type="checkbox"/> observa alteração na frequência das evacuações <input type="checkbox"/> observa alteração na característica das fezes <input type="checkbox"/> procura por assistência médica <input type="checkbox"/> outro.....	
Atividade física	<input type="checkbox"/> deambula <input type="checkbox"/> faz caminhadas regularmente <input type="checkbox"/> faz outro exercício físico regular <input type="checkbox"/> outro.....	
Sono e repouso	<input type="checkbox"/> descansa quando se sente cansado <input type="checkbox"/> aumentou horas de repouso <input type="checkbox"/> observa e comunica o médico alteração do sono noturno <input type="checkbox"/> faz uso de técnicas de relaxamento <input type="checkbox"/> outro.....	
Interação social e recreação	<input type="checkbox"/> visita amigos <input type="checkbox"/> visita familiares (filhos, netos, sobrinhos, primos,...) <input type="checkbox"/> recebe visitas dos amigos <input type="checkbox"/> recebe visita dos familiares <input type="checkbox"/> participa de grupos sociais (centros de convivência, clubes, igrejas, praças, grupos de apoio,...)	

Variável	Cuidados desenvolvidos	Dificuldades
	<input type="checkbox"/> participa de festas, reuniões familiares, jogos. <input type="checkbox"/> evita contato em aglomerados no período restrito, determinado pelo médico. <input type="checkbox"/> realiza alguma atividade manual <input type="checkbox"/> procura leituras agráveis (jornais, revistas,...) <input type="checkbox"/> assiste televisão, ouve rádio <input type="checkbox"/> outro.....	
Bem-estar e auto-estima	<input type="checkbox"/> conversa com os amigos sobre seu problema de saúde <input type="checkbox"/> conversa com os familiares sobre seu problema de saúde <input type="checkbox"/> conversa com seu (sua) parceiro (a) sobre seu problema de saúde <input type="checkbox"/> conversa com seu médico sobre seu problema de saúde <input type="checkbox"/> procura manter seu ritmo de vida igual ao que era antes do diagnóstico. <input type="checkbox"/> outro.....	
Cuidados com o ambiente	<input type="checkbox"/> retira tapetes <input type="checkbox"/> usa o corrimão ao subir e descer escadas <input type="checkbox"/> usa tapetes com ventosas no banheiro ou de borracha <input type="checkbox"/> mantém ambiente iluminado <input type="checkbox"/> evita encerar o chão e lavar pisos escorregadios <input type="checkbox"/> evita móveis em locais de passagem <input type="checkbox"/> observa condições dos móveis (pés, encostos,..) <input type="checkbox"/> outro.....	

#### IV- Dados relacionados às orientações obtidas e a realização dos cuidados necessários

1-O (a) Senhor(a) recebeu alguma orientação sobre os cuidados necessários para o convívio com a doença?

sim       não

2-Quem orientou?

familiar       amigo       vizinho       médico

enfermeiro       dentista       fisioterapeuta

nutricionista       assistente social       outros.....

3-Precisa de algum tipo de ajuda para realização dos cuidados?

sim       não

4-Quem ajuda?.....

5-No que ajuda?.....