



# Percepções sobre envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos

Perceptions of aging and falling ill: a study with elderly persons in palliative care

Mariana dos Santos Ribeiro<sup>1</sup>  
Moema da Silva Borges<sup>1</sup>

## Resumo

**Objetivo:** apreender as percepções de idosos, em cuidados paliativos, sobre o enfrentamento do envelhecer e adoecer. **Método:** estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Participaram do estudo 11 idosos em cuidados paliativos, devido à doença oncológica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas com auxílio do *software* ALCESTE. **Resultados:** a partir da análise de conteúdo, foram identificados dois eixos. O primeiro, Resistir para Sobreviver e Viver possui duas categorias: a primeira, envelhecer com integridade retrata a percepção positiva que os participantes possuíam do processo de envelhecimento e as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas para lidar com o envelhecer e adoecer; a outra categoria, o desenvolvimento resiliente, faz menção às trajetórias de vida dos participantes e as adversidades do processo de desenvolvimento e envelhecimento. O segundo eixo, Resistir para Morrer bem, possui uma única categoria e faz referência às percepções dos idosos acerca do estresse relacionado ao adoecimento. **Conclusão:** os resultados evidenciam que as percepções sobre envelhecer e adoecer foram de resiliência, já que os participantes focaram em ganhos em vez das perdas. Neste contexto, utilizaram estratégias de enfrentamento resilientes: o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação.

## Palavras-Chave:

Envelhecimento. Oncologia.  
Cuidados Paliativos.  
Adaptação Psicológica.  
Resiliência Psicológica.

## Abstract

**Objective:** to learn the perceptions of elderly persons in palliative care regarding coping with aging and illness. **Method:** an exploratory, descriptive, qualitative study was carried out. The study included 11 elderly persons in palliative care because of oncologic disease. Semi-structured interviews were carried out which were analyzed with the aid of the ALCESTE software. **Results:** two axes were identified from the content analysis. The first, Resist to Survive and Live, has two categories: the first, aging with integrity, portrays the positive perception of the participants regarding the aging process, and coping strategies used to deal with aging and with illness; the other category, resilient development, refers to the life trajectories of the participants and the adversities of the process of development and aging. The second axis, Resist to Die Well, has only one category and refers to the

**Keywords:** Aging. Medical  
Oncology. Palliative Care.  
Adaptation, Psychological.  
Resilience, Psychological.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

perceptions of the elderly about the stress related to illness. *Conclusion:* the results show that the perceptions of aging and falling ill involved resilience, as the participants focused on what they had gained rather than their losses. In this context, they used resilient coping strategies: spiritual support, cognitive restructuring, and acceptance.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo o câncer. As neoplasias representam mais de 45% dos óbitos em indivíduos acima de 80 anos, com tendência a um aumento gradativo de suas taxas de mortalidade<sup>1</sup>.

O câncer afeta o corpo, a mente, o bem-estar social, as relações familiares e o espírito. Em virtude dessa complexidade, o cuidado ao paciente oncológico requer uma abordagem que extrapole as necessidades biológicas e proporcione uma terapêutica integral, com inclusão dos componentes psicológicos, sociais e espirituais<sup>2</sup>.

Difícilmente as dimensões psico-sócio-espirituais ocupam lugar de destaque na assistência aos idosos portadores de doenças oncológicas que ameaçam a vida; as terapêuticas focam, sobretudo, no aumento da sobrevida e provocam sofrimento. A fim de transtornar esta perspectiva para uma visão de alívio, se insere a filosofia dos cuidados paliativos<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem que busca proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida por meio do alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais<sup>4</sup>.

Na velhice, umas das causas de sofrimento psico-sócio-espiritual consistem nas perdas sucessivas ao longo da vida que incluem: a consciência da própria finitude, perda na saúde e/ou capacidade física, perda na qualidade das relações emocionais, a morte de entes queridos, menor integração social, redução da qualidade de vida em um sentido material e redução da qualidade de vida em um sentido cognitivo<sup>5,6</sup>.

Toda perda gera uma reação denominada luto que pode ser vivenciado diferentemente por cada idoso a depender de suas características prévias de

personalidade, estilo de vida, a história das perdas e dos recursos internos e externos utilizados para lidar com elas<sup>7</sup>.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a capacidade para adaptar-se às perdas decorrentes do envelhecimento e de seus desafios, incluindo o adoecimento, depende necessariamente da resiliência desenvolvida ao longo da trajetória de vida de cada pessoa<sup>8,9</sup>.

A resiliência consiste na capacidade de resistir às adversidades com flexibilidade e adaptação. Quando compreendida como um processo que se desenvolve ao longo da vida, a resiliência é interpretada como uma ponte entre os processos de enfrentamento e desenvolvimento<sup>8,10</sup>.

Por sua vez, o enfrentamento consiste na resposta frente a um agente estressor, sendo que, na velhice, as experiências passadas de enfrentamento funcionam como um guia para lidar com situações estressoras atuais<sup>9</sup>. Neste contexto, o presente estudo visa responder a seguinte questão norteadora: Como idosos em cuidados paliativos enfrentam o envelhecer e adoecer?

Espera-se sensibilizar profissionais da saúde para a importância de realizar a escuta da trajetória de vida das pessoas idosas a fim de compreender as estratégias de enfrentamento já utilizadas em situações de perdas progressivas, com a finalidade de auxiliar os profissionais a prestar um cuidado personalizado e qualificado. Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi apreender as percepções de idosos em cuidados paliativos sobre o enfrentamento do envelhecer e adoecer.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, de natureza qualitativa. A escolha pelo delineamento qualitativo deveu-se ao fato de sua adequação às pesquisas que buscam compreender os participantes a partir do significado que eles

atribuem às suas experiências, assim como o objetivo do presente estudo<sup>11</sup>.

Os dados foram coletados ao longo dos meses de agosto e dezembro de 2016 na Clínica Médica e no Centro de Alta Complexidade em Oncologia de um Hospital Universitário em Brasília - Distrito Federal (DF). Participaram do estudo 11 idosos em cuidados paliativos portadores de doença oncológica.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que possuíam registro de acompanhamento paliativo de doença oncológica em prontuário. Foram excluídas as pessoas com dificuldade de verbalização, de expressão e de organização das ideias.

Os dados foram coletados em três momentos distintos de encontros entre a pesquisadora e o participante: 1) Conversa inicial sobre a história de vida do participante a fim de favorecer o *rapport* entre ele e a pesquisadora, esse passo serviu como preparo para os momentos subsequentes. 2) Aplicação de questionário sociodemográfico para delineamento do perfil. 3) Entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado após extensa revisão da literatura em sete bases de dados e que incluiu temas sobre envelhecimento, adoecimento e enfrentamento<sup>12</sup>.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora que, após obtenção do consentimento dos participantes, foram gravadas. Elas tiveram duração média de 30 minutos e, após cada entrevista, a pesquisadora anotou as suas impressões e aspectos relevantes do discurso; o registro contínuo constituiu um diário de campo.

As entrevistas foram realizadas até o momento em que foi identificada redundância na fala dos entrevistados, o que dispensou a necessidade de inserção de novos participantes na pesquisa e caracterizou, portanto, o ponto de saturação.

Os dados obtidos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temático com o auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de text*). O *software* realiza uma análise estatística a partir da individualização do texto de cada entrevista que passam a ser chamadas

de Unidades de Contexto Inicial (UCI), quando estas são processadas dentro do programa, são elaboradas as Unidades de Contexto Elementar (UCE), organizadas em classes que são interpretadas a partir de suas significações<sup>13</sup>.

O *software* ALCESTE, por meio do agrupamento quantitativo, gerou um dendograma apresentado em dois eixos e três classes. A partir das palavras e verbos de maior qui-quadrado destacados no dendograma e do diário de campo, buscou-se extrair os significados dando prosseguimento à análise de conteúdo<sup>14</sup>.

A análise de conteúdo busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação por meio de procedimentos sistemáticos que permitem a inferência de conhecimentos<sup>14</sup>.

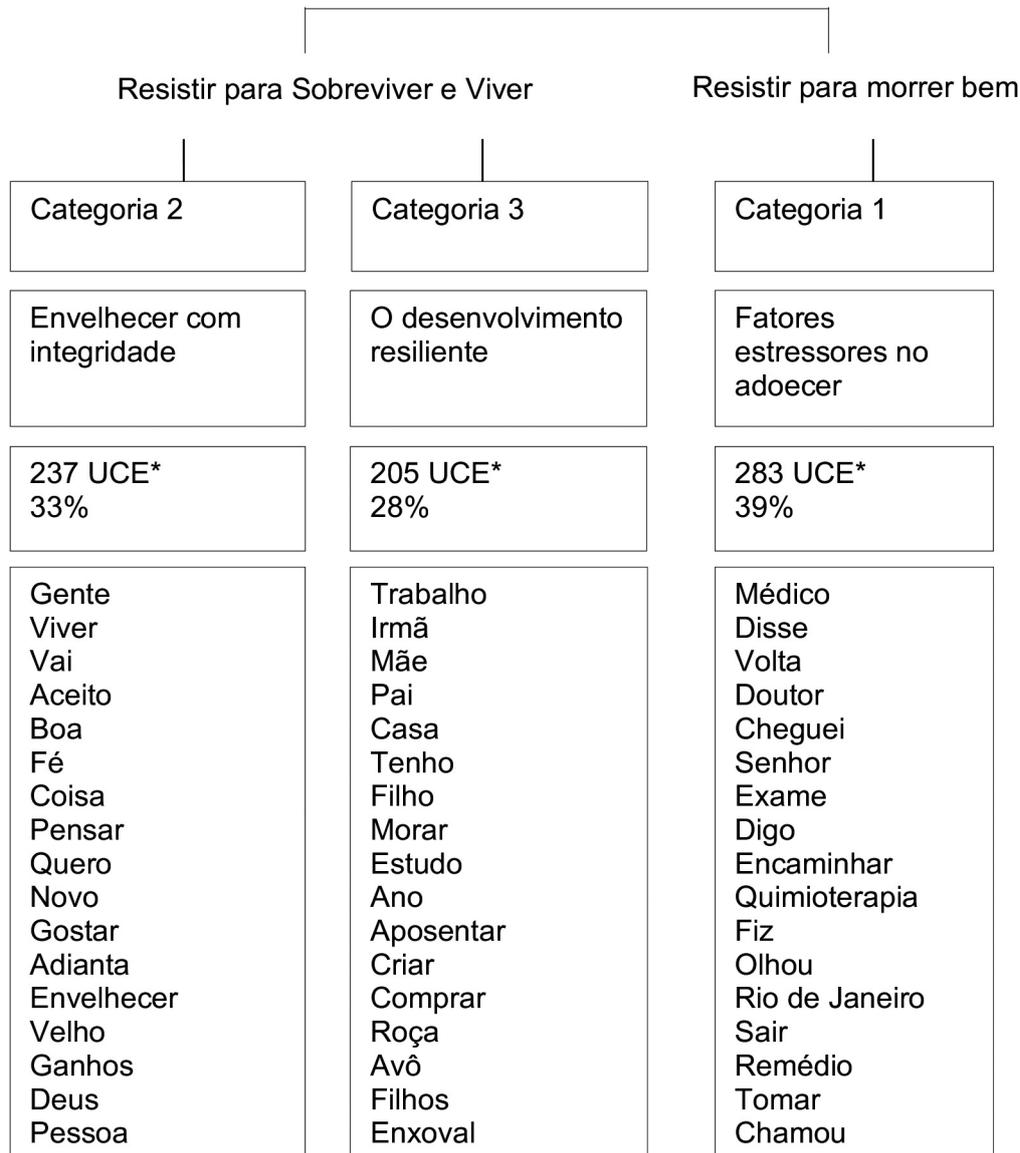
Os referenciais teóricos utilizados para embasar a análise de conteúdo foram: a classificação de enfrentamento segundo Skinner, et al. e a concepção de resiliência de acordo com Anaut<sup>10,15</sup>.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o parecer número 1.667.697. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os nomes reais foram substituídos por pseudônimos.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 11 idosos: seis homens e cinco mulheres, com média de idade de 68,9 anos e média de escolaridade de 4,54 anos. Oito idosos tinham ciência do seu diagnóstico há mais de um ano, indicando certa familiaridade com a doença. Cinco deles precisaram deixar sua cidade de origem, lar e familiares para buscar tratamento na capital, evidenciando as dificuldades de acesso ao tratamento em determinados locais do país.

Quanto à análise de conteúdo emergiram três categorias distribuídas em dois eixos (Figura 1). O *software* ALCESTE evidenciou as palavras de maior qui-quadrado em cada categoria conforme Figura 1.



\*UCE: Unidade de Contexto Elementar

**Figura 1.** Dendograma do corpus das entrevistas organizado em dois eixos e três categorias. Brasília, DF, 2016.

## DISCUSSÃO

O primeiro eixo, denominado Resistir para sobreviver e viver bem, faz menção às trajetórias de vida dos participantes e às estratégias utilizadas para sobreviver aos inúmeros desafios enfrentados no processo do envelhecimento. Esse eixo foi composto pelas categorias nomeadas envelhecer com integridade e o desenvolvimento resiliente. As duas categorias juntas compreenderam 61% do discurso (Figura 1).

O segundo eixo denominado Resistir para morrer bem foi formado por uma única categoria, denominada Fatores estressores no adoecer, e explanou as dificuldades vivenciadas durante o adoecimento, causadas, sobretudo, devido ao difícil acesso ao tratamento. Essa categoria representou 39% das falas dos participantes (Figura 1).

Os percentuais que foram identificados no primeiro e segundo eixo indicam que os entrevistados estavam, durante suas narrativas, mais focados no

processo de viver que na perspectiva de morrer. Resultados semelhantes foram narrados em um estudo realizado na Noruega que descreveu a experiência de vida diária de idosos com câncer incurável e apontou a necessidade dessas pessoas de manter uma forte conexão com a vida<sup>16</sup>.

### Resistir para Sobreviver e Viver

Esse eixo ressalta que o comportamento dos idosos ao longo da vida se manteve focado no enfrentamento e na superação das adversidades ao invés de esquivar-se delas.

### Categoria 2: Envelhecer com integridade

Os trechos com as palavras de destaque da categoria 2 apontam para uma percepção positiva do envelhecimento ainda que os idosos mencionassem as perdas em suas trajetórias. Conforme a teoria de Erik Erikson, na velhice, as pessoas podem experimentar o sentimento de desespero quando não reconhecem um sentido em sua trajetória de vida, ou podem experimentar a integridade, quando são capazes de distinguir suas perdas e conquistas e atribuir um significado a elas<sup>17</sup>.

Pôde-se aprender que os idosos deste estudo elaboraram suas perdas de forma positiva e utilizaram, segundo a classificação de Skinner, et al., as seguintes estratégias de enfrentamento: 1) reestruturação cognitiva, 2) suporte espiritual e 3) aceitação<sup>15</sup>.

### Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva é uma estratégia de enfrentamento que busca ativamente mudar a visão de uma situação estressante para enxergá-la sob uma luz positiva<sup>15</sup>. Foi nessa perspectiva que os participantes centraram-se preferencialmente nos ganhos em detrimento dos aspectos negativos do envelhecer.

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

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

Ao se focarem nos aspectos positivos, os participantes ressaltaram as conquistas materiais que estavam sendo desfrutadas. Chamou atenção a referência à liberdade como ganho de autonomia e emancipação. Essas percepções valorizaram os aspectos positivos do envelhecer e são corroboradas pelo estudo realizado com idosos que frequentavam uma Universidade Aberta da Terceira Idade. No referido estudo, identificou-se um equilíbrio entre ganhos e perdas tanto nos aspectos biológicos como emocionais e sociais do envelhecer<sup>18</sup>.

Observou-se que eles não aludiram negação ou fuga dos problemas e restrições que advieram em decorrência do envelhecimento, retiraram o foco da dor, das restrições e das dificuldades para viver melhor.

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

Ao reconhecer, no processo de envelhecer, os aspectos que foram benéficos buscando manter o bem-estar apesar das atribulações, a estratégia cognitiva configurou-se como uma importante tática de enfrentamento.

### Suporte Espiritual

A espiritualidade busca uma conexão com Deus ou com um poder maior, com aquilo que dá sentido à vida e transcende o tangível em busca por algo maior que si próprio e que pode ou não incluir filiação religiosa<sup>19,20</sup>.

Na fala dos idosos pôde-se aprender que o suporte espiritual se configurou como estratégia de enfrentamento que contribuiu para manejar o estresse do envelhecimento e adoecimento, favorecendo a atribuição de significado ao processo de viver.

Nos discursos, identificou-se que as bases do suporte espiritual, foram ancoradas na fé, na leitura dos livros sagrados e na prática da oração<sup>20</sup>.

A fé contribui na atribuição de sentido à existência, ela constitui uma preocupação humana universal que permite seguir caminhos religiosos em prol de uma vida organizada e orientada por valores<sup>19</sup>. A partir da fé, os idosos buscaram a aproximação à forma divina que tudo rege.

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

Os livros religiosos constituíram a base dos valores de suas vidas e argumentação para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas.

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

E a oração constitui um importante meio de aproximação com o sagrado visando proteção e apoio frente às situações adversas no processo de envelhecer e adoecer.

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

A prática religiosa pautada na leitura de livros sagrados, associada ao ato de rezar, teceu as bases do suporte espiritual. Estudo realizado na Croácia encontrou que as crenças religiosas aliadas ao ato de rezar contribuíram para uma melhor aceitação da doença e para a confrontação de adversidades psicológicas que ocorreram com o diagnóstico do câncer<sup>21</sup>.

## Aceitação

Os idosos perceberam a velhice como um processo natural e como parte integrante da vida. Apesar de reconhecerem as evidências de alguma limitação, eles aceitaram a velhice de maneira serena e natural ao invés de se opor à situação vivenciada e tentar modificá-la.

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

Pôde-se inferir que a doença, foi percebida como parte do processo de envelhecer. A aceitação é a última fase dos estágios da morte e do morrer, quando a pessoa teve o tempo necessário para elaborar a sua situação<sup>22</sup>. Parece que os idosos despojaram-se dos seus medos e angústias, sendo capazes de manifestar sentimentos de paz e tranquilidade.

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

Na narrativa de Samuel foi possível estabelecer a comparação entre a “morte feliz” com a “morte triste”; denotou-se que os sentimentos de segurança, ausência de medo e sentir-se bem cuidado no ambiente hospitalar conformaram a expressão da “morte feliz”. Discurso semelhante foi evidenciado em um estudo conduzido na Austrália com 40 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos, em que os participantes relataram um sentimento de alívio ao encontrarem um lugar que poderia ajudá-los no final de suas vidas<sup>23</sup>.

## Categoria 3: O desenvolvimento resiliente

Nessa categoria, emergiu da narrativa dos idosos a luta pela vida que foi permeada por inúmeros desafios: poucas oportunidades de acesso aos estudos, dificuldades financeiras, necessidade de trabalhar ainda na infância para complementar a renda familiar, precárias condições de moradia, ausência de saneamento básico e a perda dos genitores e cônjuges.

Dos 11 participantes, apenas dois conseguiram finalizar o ensino fundamental.

“Não tivemos oportunidade de estudar, meu pai morava na roça, e em roça nós andávamos léguas para ir para uma escola, naquele tempo, não tinha escola gratuita, era pago e só para aqueles que podiam pagar.” (Maria)

O depoimento de Maria evidencia as barreiras para o acesso à educação por dificuldades financeiras. No contexto de escassez, as crianças precisaram trabalhar para contribuir com a renda familiar.

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

A realidade descrita pelos participantes corrobora o resultado de um estudo brasileiro que relaciona a renda familiar com o trabalho infantil, indicando que essa situação se mantém ainda nos dias atuais. Sabe-se que quando a renda familiar é baixa, os pais não têm alternativa e optam que seus filhos trabalhem ao invés de estudarem. Essa escolha tem uma consequência significativa no futuro, porque impacta na qualificação profissional com consequente dificuldade para aumentar a renda, perpetuando, assim, o ciclo da pobreza<sup>24</sup>.

No Brasil, em 2015, 17,6% das crianças de zero a quatro anos de idade e 18,0% das crianças e adolescentes de cinco a 14 anos viviam em domicílios cujo rendimento mensal máximo per capita era um quarto do salário mínimo<sup>25</sup>.

Os entrevistados mencionaram as condições precárias de habitação e a falta de acesso ao saneamento básico que vivenciaram durante a infância.

“Minha vida foi de luta! Naquele tempo, lá em Formosa, tinha muita casa de palha, de pau a pique, minha mãe morou em casa assim... era pau a pique, não tenho vergonha de falar não, era pau a pique, chão puro.” (Maria)

Entretanto, frente a todos os desafios, a perda da morte dos pais na infância e a viuvez configuraram os episódios mais difíceis de superar.

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

Na infância, as necessidades primárias de afeto são satisfeitas pelos pais. A sensação de segurança, reconhecimento, autoestima e o desenvolvimento emocional da pessoa são influenciados pela presença ativa dos pais. Nessa perspectiva, a perda do genitor, quando se é jovem, produz um vazio que pode gerar repercussões, inclusive, em situações da vida adulta, como construir uma família e na criação de seus próprios filhos<sup>7</sup>.

Nessa mesma perspectiva, a viuvez sobrecarrega a velhice com o peso da solidão contínua. Perde-se o companheiro de muitos anos e de uma vida construída a dois, permanecendo uma sensação de vazio<sup>7</sup>.

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

Entretanto, apesar das inúmeras dificuldades e perdas, os participantes relataram enfrentar cada adversidade que surgiu em suas vidas com força e determinação; imprimiram na trajetória da vida, uma marca de luta e jamais de esquiva. Manifestaram orgulho de seus valores e de suas origens humildes.

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

A luta pela sobrevivência conferiu sentido à vida; apesar das adversidades, o orgulho pelo vivido e valores aprendidos fizeram parte do conceito de integridade. A narrativa dos idosos confirma que a integridade descrita por Erikson permite a pessoa ser capaz de vivenciar a velhice reconhecendo suas realizações e conquistas<sup>17</sup>.

Nesse contexto, percebe-se que a resiliência construída ao longo da vida se sobressaiu para lidar com as adversidades vivenciadas, assim, os participantes puderam lidar com o estresse a partir de uma perspectiva positiva<sup>10</sup>.

## Resistir para Morrer bem

Esse eixo relata os principais estressores do adoecimento e a percepção dos idosos sobre a sua condição de saúde.

### Categoria 1: Fatores estressores no adoecer

Na narrativa dos idosos, chamou atenção que a doença e o tratamento constituíram fatores estressores, eles destacaram: os sinais e sintomas da doença, o diagnóstico e, sobretudo, a falta de acesso ao tratamento.

O câncer consiste em um crescimento de células que invadem os tecidos e órgãos, criando massas que alteram a estrutura inicial de um órgão e que podem, inclusive, espalhar-se para outras regiões do corpo<sup>26</sup>. A descoberta de massas no próprio corpo foi o primeiro sinal e estressor percebido pelos participantes.

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

Além de massas, os participantes referiram a dor e a anorexia como sintomas que os fizeram suspeitar de uma doença grave.

“O que eu estou sentindo mesmo, vou falar aqui para você, essa dor aqui não pára.” (Eduardo)

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

As queixas dos entrevistados corroboram um estudo que apontou os sintomas prevalentes nos portadores de câncer avançado: dor (78,4%), anorexia (64,4%) e constipação (63,5%)<sup>27</sup>.

A dor é um dos sintomas mais comuns vivenciados por pessoas idosas com câncer e é difícil de ser avaliado e manejado por sua natureza subjetiva. As consequências de um mau manejo da dor incluem: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, problemas cardiovasculares, delirium, insônia, comprometimento funcional e redução

do apetite que geralmente vem acompanhado de perda de peso<sup>28</sup>.

Em processo de adoecimento oncológico, a anorexia também se faz presente e se associa ao aumento da atividade inflamatória, com reduzida capacidade de absorção intestinal e perda de massa muscular por estados hipercatabólicos, caracterizando uma perda de peso acentuada<sup>28,29</sup>.

Além disso, em pessoas idosas, associam-se outros fatores que contribuem para a perda de apetite: fatores sociais, físicos, psicológicos e médicos. Nesse contexto, o contato próximo com familiares que os estimule a comer constitui um dos fatores que pode contribuir para evitar que a anorexia se agrave<sup>30</sup>.

A partir dos sinais físicos em seus corpos, iniciou-se a suspeita de uma doença grave que culminou em elevação do nível de estresse. Apesar de já suspeitarem da doença, a má notícia não deixou de causar impacto significativo na vida deles.

A má notícia pode levar os pacientes a experimentarem dor antecipatória relacionada a todas as perdas que tiveram e que ainda irão ter no futuro: perda de funcionalidade, do seu papel social e possível morte. Em função disso, uma parte das pessoas com doenças graves preferem não saber toda a verdade sobre o seu diagnóstico<sup>31</sup>.

Ainda que a literatura descreva a hesitação no momento do diagnóstico, os idosos do presente estudo foram unânimes em afirmar que gostariam de ter acesso à verdade e receber a informação completa acerca de sua condição de saúde.

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

Apesar dos sentimentos negativos derivados do recebimento do diagnóstico de câncer, o maior fator estressor foi o acesso penoso ao tratamento, descrito como angustiante. Alguns avaliaram que o atendimento em suas cidades de origem era inadequado e, por esse motivo, optaram pela mudança para a capital do país em busca de diagnóstico assertivo e de tratamento adequado.

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

Além da dificuldade em iniciar o tratamento, os participantes também referiram a necessidade de interrompê-lo, devido à falha dos recursos técnicos:

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

O relato dos entrevistados valida outro estudo que encontrou como as principais barreiras nos casos de doenças oncológicas: a descoberta da doença e as dificuldades de acesso ao tratamento; incluindo a demora no diagnóstico, dificuldades no acesso aos exames, os efeitos colaterais e as barreiras para se realizar o tratamento<sup>32</sup>.

É preciso reconhecer que o presente estudo apresenta limitações que residem no fato da pesquisa ter sido realizada em uma única instituição pública de cuidados oncológicos, o que impede a comparação com outros cenários. Futuros estudos podem expandir os cenários de pesquisa a fim de identificar estratégias de enfrentamento em outros contextos.

## CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que, ao longo da trajetória de vida do grupo estudado, o enfrentamento das adversidades forjou a capacidade de manejar de forma positiva os fatores estressores identificados em suas narrativas.

As percepções sobre o processo do envelhecer e adoecer denotaram que, para eles, envelhecer constituiu um privilégio e, apesar das dificuldades, estavam gratos pela vida, por isso experimentaram integridade em vez de desesperança.

Não obstante, o adoecimento e o acesso ao tratamento foram percebidos como eventos geradores de estresse, constituindo fonte de angústia e sofrimento. Para fazer frente às perdas e adversidades do envelhecer e adoecer utilizaram, sobretudo, as estratégias de enfrentamento características de um processo resiliente, destacando-se: o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação.

Entende-se que a compreensão, pela equipe de saúde, das estratégias de enfrentamento dos doentes pode agregar qualidade no cuidado prestado a eles. Logo, sugere-se que essa temática seja difundida principalmente entre os profissionais que prestam cuidados aos idosos em cuidados paliativos por meio de discussões em grupo e atividades de educação continuada nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):85-94.
- Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Webster F. Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic Review. *Psychooncology.* 2015;24(9):977-86.
- Gawande A. *Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2015.
- World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* Inglaterra: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
- Farber SS. Envelhecimento e elaboração das perdas. *Terceira Idade Estud Envelhec.* 2012;23(53):7-17.
- Dockendorff DCT. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educ Gerontol.* 2014;40(5):363-84.
- Jaramillo IF, Fonnegra LJ. *Los duelos en la vida.* Colômbia: Grijalbo; 2015.
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(5):1475-95.
- Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult development and aging.* 6ª ed. USA: Cengage Learning; 2011.

10. Anaut M. *Lá resilience: surmonter les traumatismes*. Lion: Armand Colin; 2005.
11. Sutton J, Austin Z. Qualitative Research: data collection, analysis, and management. *Can J Hosp Pharm*. 2015;68(3):226-31.
12. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):880-8.
13. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the ALCESTE in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *J Nus UFPE on line*. 2013;7(7):5015-22.
14. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do estudo. *Inf Soc Estud*. 2014;24(1):13-8.
15. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: a review and critique of category systems for Classifying Ways of Coping. *Psychol Bull*. 2003;129(2):216-69.
16. Haug SH, Danbolt LJ, Kvigne K, Demarinis V. How older people with incurable cancer experience daily living: a qualitative study from Norway. *Palliat Support Care*. 2015;13(4):1037-48.
17. Erikson J. *The life cycle completed: extended version*. London: W. W. Norton Company; 1998.
18. Dátilo GMPA, Marin MJS. O Envelhecimento na percepção de idosos que frequentam uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2015;20(2):597-609.
19. Gutz L, Camargo BV. Spirituality among older elderly: a study of social representations. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):793-804.
20. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse*. 2017;53(1):48-59.
21. Haguigui F. Correlations between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2013;25(3):236-40.
22. Kübler-Ross E. *On Death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. United Kingdom: Taylor & Francis; 2009.
23. MacArtney JI, Broom A, Kirby E, Good P, Wootton J, Yates PM, et al. On resilience and acceptance in the transition to palliative care at the end of life. *Health (London)*. 2015;19(3):263-79.
24. Ramalho HMB, Mesquita SP. Determinantes do trabalho infantil no Brasil urbano: uma análise por dados em Painel 2001-2009. *Econ Apl*. 2013;17(2):193-225.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IIBGE; 2016.
26. World Health Organization. *Guide to cancer early diagnosis*. Geneva: WHO; 2017.
27. Tai SY, Lee CY, Wu CY, Hsieh HY, Huang, JJ, Huang CT, et al. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. *BMC Palliat Care*. 2016;11:15-32.
28. Alexander K, Jessica G, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management In older cancer patients. *Clin Geriatr Med*. 2016;32(1):45-62.
29. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 2ª ed. São Paulo: ANCP; 2012.
30. Soenen S, Chapman IM. Body weight, anorexia, and undernutrition in older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9): 642-8.
31. Prado AJF, Silva EA, Almeida VA, Fráguas Júnior R. Medical environment: bad news' impact on patients and doctors: towards an effective modelo of communication. *Rev Med (São Paulo)*. 2013;92(1):13-24.
32. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):499-510.

Recebido: 06/08/2018

Revisado: 05/11/2018

Aprovado: 26/11/2018

