RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

ONCOLOGIA E CLUSTER DE SINTOMAS EM IDOSOS EM QUIMIOTERAPIA EM HOSPITAL TERCIÁRIO NO BRASIL

ONCOLOGY AND SYMPTOM CLUSTER IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT A TERTIARY HOSPITAL IN BRAZIL

ONCOLOGÍA Y CONGLOMERADO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES ANCIANOS EN QUIMIOTERAPIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN BRASIL

Thalyta Cristina Mansano Schlosser[1], Luiza Mariana Hevia Otero[1], Mariana Stavarengo[1], Renata Cristina Silva[1], Thainá Francisca de Sousa[1], Cláudia Martins da Costa[2].

[1]Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
[2]Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, Brasil.

Recebido/Received: 13-01-2025 Aceite/Accepted: 13-01-2025 Publicado/Published: 13-01-2025

DOI: http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(2).706.28-46

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é uma realidade na atualidade e, com o envelhecimento aumentam as possibilidades do desenvolvimento de doenças, como o câncer e a depressão.

Objetivo: Analisar os sintomas depressivos em idosos em quimioterapia num hospital.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica de abordagem quantitativa realizada num Hospital em Campinas-SP, no ambulatório de quimioterapia, com os instrumentos de pesquisa: *Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Esperança de Herth e Vulnerable Elders Survey (VES 13).*

Resultados: Participaram neste estudo 23 pacientes em tratamento quimioterápico no ambulatório do Hospital. A maioria dos participantes possui idade média de 67 anos, cor/raça predominantemente branca e do sexo feminino, a escolaridade média é de cerca de 7 anos, com renda de até dois salários mínimos, vivem em núcleo familiar e afirmam ter alguma vivência religiosa. O estudo evidenciou que 56,52% dos idosos participantes estão em risco de vulnerabilidade, com presença de sintomas depressivos e má qualidade do sono. Observou-se que a presença de sintomas depressivos e a má qualidade do sono, vinculadas às manifestações clínicas resultantes do tratamento oncológico, e as alterações fisiológicas do envelhecimento impactam diretamente na vida dos idosos em sua funcionalidade e qualidade de vida.

Conclusão: É imperativo reconhecer a heterogeneidade do envelhecimento e a influência dos contextos individuais, econômicos e sociais nesse processo. Populações vulneráveis, como os idosos, enfrentam um risco ainda maior de sofrerem os impactos negativos do câncer. Ressalta-se a necessidade de intervenções específicas para esta população e políticas de saúde pública direcionadas.

Palavras-chave: Enfermagem; Envelhecimento; Idoso; Oncologia; Quimioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a reality today and, with aging, the possibilities of developing diseases such as cancer and depression increase.

Objective: To analyze depressive symptoms in elderly patients undergoing chemotherapy in a hospital.

Methods: This is a cross-sectional, analytical research with a quantitative approach carried out in a hospital in Campinas-SP, in the chemotherapy outpatient clinic, using the following research instruments: *Sociodemographic and Clinical Characterization Questionnaire, the*

Pittsburgh Sleep Quality Index, the Beck Depression Inventory, the Herth Hope Scale and the Vulnerable Elders Survey (VES 13).

Results: The study included 23 patients undergoing chemotherapy treatment at the hospital outpatient clinic. Most of the participants had an average age of 67 years, were predominantly white and female, with an average schooling of around 7 years, with an income of up to two minimum wages, living in a family nucleus and claiming to have some religious experience. The study showed that 56.52% of the elderly participants were at risk of vulnerability, with depressive symptoms and poor sleep quality. In addition, it was observed that the presence of depressive symptoms and poor sleep quality, linked to the clinical manifestations resulting from cancer treatment, and the physiological changes of ageing have a direct impact on the lives of the elderly in terms of their functionality and quality of life.

Conclusion: It is imperative to recognize the heterogeneity of ageing and the influence of individual, economic and social contexts on this process. Vulnerable populations, such as the elderly, face an even greater risk of suffering the negative impacts of cancer. Highlighting the need for specific interventions for this population and targeted public health policies.

Keywords: Aged; Aging; Chemotherapy; Medical Oncology; Nursing.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población es una realidad en nuestros días, y con el envejecimiento aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades como el cáncer y la depresión.

Objetivo: Analizar la sintomatología depresiva en pacientes ancianos sometidos a quimioterapia en un hospital universitario.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, analítico, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital de Campinas-SP, en el ambulatorio de quimioterapia, utilizando los siguientes instrumentos de investigación: *Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Esperanza de Herth y Encuesta de Ancianos Vulnerables (VES 13).*

Resultados: Participaron en este estudio 23 pacientes sometidos a tratamiento quimioterápico en el ambulatorio del hospital. La mayoría de los participantes tenía edad media de 67 años, predominantemente blancos y de sexo femenino, escolaridad media de unos 7 años, ingresos de hasta dos salarios mínimos, vivían en un núcleo familiar y afirmaban tener alguna experiencia religiosa. El estudio mostró que el 56,52% de los ancianos participantes presentaban riesgo de vulnerabilidad, con síntomas depresivos y mala calidad del sueño. Además, se observó que la presencia de síntomas depresivos y la mala calidad del sueño,

vinculadas a las manifestaciones clínicas resultantes del tratamiento del cáncer, y los cambios fisiológicos del envejecimiento tienen un impacto directo en la vida de los ancianos en términos de su funcionalidad y calidad de vida.

Conclusión: Es imperativo reconocer la heterogeneidad del envejecimiento y la influencia de los contextos individuales, económicos y sociales en este proceso. Las poblaciones vulnerables, como los ancianos, se enfrentan a un riesgo aún mayor de sufrir los efectos negativos del cáncer. Lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas para esta población y de políticas de salud pública dirigidas a ella.

Descriptores: Anciano; Enfermería; Envejecimiento; Oncología Médica; Quimioterapia.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma denominação que abarca uma variedade de doenças, resultantes do crescimento descontrolado das células, podendo estas invadir tecidos e órgãos, disseminando-se por diferentes regiões do corpo. Este fenômeno está associado a diversos fatores de risco, incluindo aspectos culturais, ambientais, hábitos de vida (como tabagismo e obesidade), predisposição genética e o envelhecimento da população[1].

Numa escala global, o câncer tem sido a principal causa de morte prematura (antes dos 70 anos). Segundo estimativas de 2018, foram registrados 18 milhões de novos casos de câncer em todo o mundo[2]. No contexto brasileiro, em sua ferramenta de gestão na área oncológica nacional, o Instituto Nacional de Câncer (INCA)[3] previu, para o período trienal de 2023 a 2025, cerca de 704 mil novos casos anuais da doença no país.

O envelhecimento populacional é um fenômeno de alcance mundial que traz consigo mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos. Conforme a Organização Mundial de Saúde[4], estima-se que até 2050, uma em cada cinco pessoas, terá mais de 60 anos, totalizando 2 bilhões de idosos em todo o mundo. No entanto, durante o processo de envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) predominam, e sua incidência e mortalidade aumentam à medida que a expectativa média de vida da população cresce[3].

A idade é um fator de risco para o câncer e, as chances de desenvolvimento de neoplasias em pessoas idosas são 11 vezes maiores em comparação com adultos jovens[5]. Observa-se um aumento significativo das taxas de doenças crônicas degenerativas, incluindo o câncer, devido ao aumento da expectativa de vida e ao perfil de envelhecimento populacional[6]. Assim, considerando a tendência epidemiológica do envelhecimento, a predisposição para o predomínio de câncer e outras doenças crônicas nessa população aumenta a cada ano.

O câncer tem a capacidade de provocar diversas modificações, tanto psicológicas, emocionais, quanto físicas. De entre essas alterações, os distúrbios associados ao sono são uma das principais queixas de pacientes oncológicos[7]. Somado a isso, o sono ao longo da vida apresenta mudanças em sua qualidade e quantidade, ou seja, com o envelhecimento tende a apresentar um declínio em relação a sua duração[8].

O sono é importante na manutenção de diversos processos metabólicos, sua disfunção pode acarretar doenças como, diabetes, ansiedade, hipertensão e outras doenças cardíacas[9]. Pacientes oncológicos, quando comparados a outros, apresentam maiores dificuldades em pegar no sono e se manter dormindo e, esse processo pode estar associado aos tratamentos a que são submetidos[10]. Davidson *et al*[11], num estudo, expõem que pacientes oncológicos com distúrbios do sono apresentam dificuldade em lidar com o stress, são afetadas as emoções, a capacidade de concentração e outras esferas da vida diária.

Os distúrbios associados ao sono podem perdurar mesmo após o término do tratamento, devido às alterações fisiológicas associadas ao câncer, uso de quimioterápicos, dor e fadiga[12]. A fadiga que também é um sintoma associado, trata-se de uma vivência subjetiva de cansaço que não cessa mesmo após um período de repouso, podendo afetar além da qualidade de vida, a satisfação pessoal dos indivíduos[13], comumente presente em qualquer fase do câncer, adjunto de fatores físicos e psicológicos[14].

Observa-se que o sono está relacionado com as defesas imunológicas. Durante o processo de sono-vigília o corpo passa por diversas mudanças fisiológicas, tanto de âmbito físico, mental e função cardíaca, além de influenciar parâmetros imunológicos, relacionados com a contagem de leucócitos, função proliferativa e produção de citocinas[15].

No caso de pessoas idosas com câncer, é comum a ocorrência de manifestações correlacionadas, sendo os sintomas depressivos um dos efeitos colaterais da doença e de seus desdobramentos. Esta é uma importante dificuldade enfrentada por muitos pacientes idosos, com alta prevalência devido ao tamanho dessa população[16]. A vulnerabilidade social, por sua vez, resulta da interação entre a obtenção de informações, recursos materiais, enfrentamento de barreiras culturais e imposições violentas, bem como das relações com os fatores estruturais da sociedade, sendo um conceito adequado para compreender a dinâmica do processo de desigualdade social[17].

Segundo Jesus *et al*[17], fatores sociais como residir em áreas de maior vulnerabilidade, baixo nível de escolaridade, status socioeconômico e acesso limitado aos serviços públicos, podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade e suas repercussões na saúde dos sujeitos. Embora a vulnerabilidade social seja um fator importante em todas as fases da vida, há evidências crescentes de que, na velhice, várias circunstâncias sociais estão associadas ao envelhecimento.

Um elemento crucial nos resultados do tratamento do câncer é a esperança. Os pacientes oncológicos frequentemente questionam sua perspectiva de futuro diante da doença, influenciando a sua maneira de lidar com ela. A esperança na recuperação da saúde motiva os idosos a percorrerem longas distâncias em busca de tratamento, a suportarem procedimentos invasivos incansavelmente, a modificarem seus estilos de vida e rotinas diárias e a permanecerem em tratamento, mesmo debilitados[18].

Portanto, é necessário reconhecer que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, ou seja, ocorre de forma diferente entre as pessoas. Desse modo, há influência dos diferentes cenários individuais, além das condições econômicas e sociais no envelhecimento. Pessoas que vivem em situação socioeconômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer física e mentalmente e morrer, quadro este que se intensifica em populações vulneráveis, como os idosos[19].

Assim, urge a importância de mensurar e entender o impacto da esperança, da vulnerabilidade, do padrão de sono e dos sintomas depressivos em idosos oncológicos em quimioterapia, e no desfecho da doença, possibilitando o planejamento de intervenções para estimular o tratamento desses idosos e reduzir efetivamente o efeito da doença no cotidiano dos indivíduos. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental, estabelecendo vínculos com os idosos e fornecendo suporte emocional, informações sobre a doença e seu tratamento, incentivando o paciente a continuar lutando pela vida e aumentando a sua confiança no tratamento em curso.

Tamanho impacto da doença evidencia que o câncer é um problema mundial de saúde pública e necessita cada vez mais de aporte das pesquisas, a fim de obter recursos que melhorem a qualidade vida e a humanização na assistência aos pacientes com essa doença.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os sintomas depressivos em idosos em quimioterapia num hospital.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico de abordagem quantitativa, realizado com pessoas idosas em tratamento oncológico num hospital de Campinas/SP. Foram aplicados instrumentos para identificação dos *clusters* de sintomas, em idosos em tratamento quimioterápico, sendo a escolha dos participantes por conveniência. Todas as etapas da pesquisa foram desempenhadas no mesmo hospital, nos ambulatórios de quimioterapia e radioterapia e nos setores de cuidados paliativos para os idosos oncológicos.

Os critérios de inclusão foram idosos com diagnóstico de câncer confirmado, TqqNqqM0 em qualquer estágio[20] e participação voluntária no estudo. Os critérios de exclusão foram a pontuação na Escala de Karnofsky menor que 70[21], inadequadas condições clínicas (tais como mucosite, dor, náusea, dispnéia, vômitos) e emocionais (tais como choro, apatia, agressividade) para responder a uma entrevista.

Os instrumentos de coleta de dados foram:

1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica;
2. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh;
3. Inventário de Depressão de Beck;
4. Escala de Esperança de Herth;
5. Vulnerable Elders Survey (VES-13).

O *Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica* foi elaborado pela pesquisadora para um estudo anterior realizado com idosos com câncer, com a finalidade de registar os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Foi adaptado, aprimorado, submetido a pré-teste e avaliado por juízes para validação de conteúdo[6].

O *Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh*[22], validado no Brasil como PSQI-BR-BR[23], é um questionário que permite avaliar a qualidade e os distúrbios do sono presentes no mês anterior à sua aplicação. Contém 19 questões autoadministradas ou aplicadas como entrevista e cinco questões para serem respondidas pelos companheiros de quarto, se houver. Estas últimas não são pontuadas e não foram utilizadas neste estudo. As 19 questões são agrupadas em sete componentes:

a) Qualidade subjetiva do sono;
b) Latência do sono;
c) Duração do sono;
d) Eficiência habitual do sono;
e) Transtornos do sono;
f) Uso de medicação para dormir;
g) Disfunção diurna.

A pontuação de cada componente varia de 0 a 3 pontos, permitindo as seguintes respostas para cada queixa de sono: nenhuma no último mês, menos de 1 vez por semana, 1 ou 2 vezes por semana, 3 vezes ou mais por semana. A pontuação global é obtida com a soma dos componentes, podendo variar de 0 a 21 pontos. Quanto mais elevado o valor obtido, pior a avaliação da qualidade do sono, sendo que o escore global de cinco pontos constitui o ponto de corte que permite distinguir entre sujeitos com sono de má qualidade e transtornos do sono (acima de cinco pontos) e aqueles com sono de boa qualidade (cinco pontos ou menos)[22,23].

O *Inventário de Depressão de Beck* (BDI) é uma medida de avaliação de depressão amplamente usada na pesquisa e na clínica[24], validado no Brasil[25]. A escala original consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido[26]. Os pontos de corte recomendados são[24]:

a) 10 pontos ou menos, correspondem a ausência de depressão ou depressão mínima;

b) de 10 a 18, correspondem a depressão, de leve a moderada;

c) de 19 a 29 correspondem a depressão, de moderada a grave;

d) de 30 a 63 correspondem a depressão grave.

A *Escala de Esperança de Herth* (EEH) é uma escala de fácil e rápida aplicação, validada para uso no Brasil[18]. A EEH é designada para facilitar a avaliação em vários intervalos onde as variações nos níveis de esperança poderão ser identificadas. O instrumento constitui-se de 12 afirmações com respostas em escala do tipo Likert com escores de 1 a 4 para cada uma delas, com as seguintes possibilidades de respostas: discordo completamente, discordo, concordo e concordo completamente. O escore total varia de 12 a 48 sendo que, quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. A EEH demonstrou propriedades psicométricas adequadas e está disponível para utilização[18].

O *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) desenvolvido por Saliba *et al*[27], é um instrumento elaborado com o objetivo de desenvolver uma ferramenta simples, a fim de identificar os idosos com risco de deterioração da saúde e de morte, para os autores dessa ferramenta, a vulnerabilidade é definida como uma condição que aumenta o risco de declínio funcional e morte em idosos. No Brasil, sua versão adaptada e validada em português foi bem compreendida e aceite pela população de estudo, apresentando propriedades psicométricas consistentes e adequadas para sua utilização[28,29]. O VES-13 é composto por 13 itens que contemplam:

idade, saúde autorreferida, capacidade física e capacidade funcional e seu escore varia entre 0 e 13 pontos, sendo a pontuação igual ou maior que 3 considerada como ponto de corte para classificar o indivíduo como vulnerável[28,29].

As entrevistas foram realizadas cerca de 3 vezes por semana, no período da manhã, com duração média de 1 hora. Aplicou-se o questionário socioeconômico, juntamente com as escalas do projeto guarda-chuva. Os dados sociodemográficos e clínicos estão sendo caracterizados conforme idade, cor autorreferida, sexo, escolaridade, renda mensal, fonte da renda mensal, estado civil, núcleo de moradia, presença de doenças crônicas, uso de medicamentos e vivência de alguma religião, dentre outros itens presentes no questionário utilizado.

Os dados recolhidos foram digitados na planilha do programa Microsoft® Excel for Windows versão 2007 (*Microsoft Corporation Inc.*). Em seguida, o banco de dados foi transportado para o programa SAS 9.4 (*Statistical Analysis System*) para a análise, que contou com suporte de um estatístico da UNICAMP.

O controle de qualidade foi realizado para garantir que o estudo fosse desenvolvido de acordo com o protocolo e que os dados obtidos fossem registrados de forma fidedigna.

RESULTADOS

Participaram neste estudo 23 pacientes entrevistados no ambulatório de quimioterapia do hospital.

Os pacientes idosos, com relação à faixa etária, apresentam idade média de 67 anos (mínima de 60 anos e máxima de 85 anos). No que diz respeito a cor, 72,73% (16) se autodeclararam brancos, 22,73% (5) pardos e 4,55% (1) preto. No tocante ao sexo, há predomínio do sexo feminino, que corresponde a 52,63% (10) da amostra, os homens representam 47,37% (9) (desconsiderando 4 indivíduos sem a informação).

A escolaridade média da amostra é de cerca de 7 anos (mínimo 1 ano e máximo 15 anos). Quanto à renda mensal (considerando salário-mínimo de 2024 no valor de R$ 1.412), 82,61% (19) declaram receber até dois salários mínimos, 13,4% (3) recebem de 6 até 10 salários mínimos e 4,35% (1) não possui renda. A amostra apresenta dados de estado civil, sendo 86,96% (20) casados(das), e predominância na moradia com núcleo familiar, sendo esses 95,65% (22). No quesito religião, 91,3% (21) afirmaram ter alguma vivência religiosa. Os dados podem ser observados nas tabelas 1↗ e 2↗.

Conforme os dados das 23 entrevistas realizadas (Tabela 3↗), observou-se que 13 dos 23 idosos entrevistados obtiveram pontuação maior que 3 na escala VES-13. Dessa forma 56,52% dos participantes foram classificados como vulneráveis. A prevalência de vulnerabilidade observada neste estudo foi elevada, atingindo mais da metade da população entrevistada.

Na Tabela 4↗, podemos observar os escores de esperança segundo faixa etária e escolaridade, podendo o mesmo, de uma forma geral, considerar-se como elevado.

Diante do contexto dos sintomas depressivos em idosos em tratamento quimioterápico (Tabela 5↗), percebe-se que a depressão presente nesses indivíduos pode impactar negativamente nas atividades de vida diária, por outro lado, a depressão em si é multicausal, estabelecendo então relação conjunta entre um facto e outro[30].

Em relação ao índice de qualidade do sono (Tabela 6↗), observa-se, por meio dos dados coletados, uma predominância da má qualidade do mesmo. Os resultados demonstram que indivíduos com câncer podem apresentar alterações no padrão do sono, podendo ocorrer devido aos tratamentos aos quais são submetidos, às alterações fisiológicas pelas quais passam, além da presença de dor e fadiga[6].

DISCUSSÃO

Num estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado numa Central de Quimioterapia (CQ) de um hospital do Estado de São Paulo, com amostra de 23 idosos em tratamento quimioterápico para qualquer tipo de câncer, observou-se que o distúrbio do sono é elevado em pacientes idosos oncológicos, corroborando com dados de pesquisas anteriores[12], demonstrando que uma das consequências do câncer é a má qualidade do sono, podendo associar-se a isso, uma má qualidade de vida. A alteração do padrão do sono em pacientes com câncer e em tratamento oncológico encontram-se associadas a fatores diversos, desde a presença do próprio câncer em si, até o uso de quimioterápicos, dor e fadiga[12].

Em relação ao sono 65,22% dos idosos com câncer e em tratamento oncológico, analisados no presente estudo, apresentam uma má qualidade do sono. Observa-se que pacientes oncológicos apresentam maior dificuldade em pegar no sono e manter-se dormindo, quando comparados com pacientes não oncológicos[10]. Estudos apontam que a ausência de uma boa qualidade de sono colabora para o desenvolvimento de distúrbios diversos como, depressão, ansiedade, medo, irritabilidade, fadiga, ideação suicida etc.[8]. Podem tornar-se mais acentuados quando associados ao diagnóstico de câncer, visto que, se trata de um processo de transformação intensa em diversas áreas da vida. Observa-se nos resultados que um núme-

ro significativo de pacientes entrevistados apresentam depressão leve a moderada. Esta informação colabora para compreender a relação entre a depressão e o sono e, como estes se influenciam mutuamente, agindo tanto como causa, como efeito, um do outro.

O sono pode não só desencadear todos os sintomas citados acima, como também sofrer influência dos mesmos. Os idosos que apresentaram uma má qualidade do sono possuem influência fisiológica (diminuição na qualidade e quantidade do sono). Embora seja um tema de extrema importância, pesquisas acerca da qualidade do sono em idosos oncológicos ainda são escassas[12]. Muitos dos pacientes não têm informação de que problemas relacionados com o sono também são uma condição clínica que possui tratamento. Essa falta de informação, colabora para que o paciente não reporte ao profissional da saúde sua condição, impossibilitando que o mesmo seja capaz de não apenas identificá-los, mas também traçar estratégias de melhoria juntamente ao paciente[8].

Relativamente à depressão, em idosos com câncer, os sintomas mostram-se comuns, apresentando-se como um dos efeitos colaterais da doença e do seu tratamento. Tem-se aqui, um problema significativo, com alta prevalência, visto o tamanho da população idosa e o contraste com a esperança expressada pelos idosos oncológicos, durante a realização da pesquisa[16]. A depressão gera impactos em várias áreas da vida, levando a problemas nas relações interpessoais, menor qualidade de vida e aumento da dor, tanto em pacientes idosos oncológicos, como não oncológicos. Além disso, possui influência sobre a maneira como o indivíduo enfrenta os problemas[16]. Informação relevante indica que o momento do diagnóstico de câncer e todos os processos seguintes (quimioterapia, medo, sentimentos de incerteza), demandam não somente da parte física do paciente, mas também psicológica. Ela pode influenciar a maneira como o indivíduo percebe sua condição naquele momento e as estratégias de enfrentamento que serão utilizadas. A depressão em idosos com câncer pode ser agravada por diversos fatores, como dor física, preocupação com o prognóstico, hospitalização prolongada, medo da morte e perda de autonomia[16]. Dos idosos entrevistados 56,76% apresentam depressão leve a moderada, segundo o escore do *Inventário de Depressão de Beck*. A depressão é multicausal, isto é, apresenta diversos fatores, deste modo, os pacientes idosos oncológicos com depressão são cercados não só pela doença e todos os sentimentos que a mesma acarreta, como também fatores econômicos, sociais (mudança no papel social, menos convívio familiar/social), até uma depressão já existente, porém não identificada, agravada pelo diagnóstico de câncer. Quando comparados aos outros grupos etários, a população idosa apresenta uma maior dificuldade no diagnóstico de depressão por apresentarem sintomas não clássicos. A identificação da depressão em idosos com câncer pode ser prejudicada, visto que, a doença e os efeitos colaterais dos tratamentos, podem desencadear sintomas como os vivenciados por pacientes com depressão como, dor e fadiga, podendo assim misturar-se[16].

No que diz respeito à vulnerabilidade, os resultados deste estudo revelaram uma prevalência elevada da mesma, entre idosos oncológicos em quimioterapia, sendo 43,24% classificados como vulneráveis pela escala VES-13, o que é superior às taxas observadas em estudos realizados nos Estados Unidos (32,3%) e Irlanda (32,1%)[31].

Essa discrepância pode ser explicada, em parte, pelas desigualdades socioeconômicas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto que, no Brasil, as histórias de vida são marcadas por dificuldades econômicas e limitações no acesso a serviços de saúde, contribuindo significativamente para uma maior vulnerabilidade em idosos[32]. Além disso, observa-se que a maioria dos idosos entrevistados neste estudo apresenta renda mensal de até dois salários mínimos, um fator que intensifica os desafios associados à adesão ao tratamento e à manutenção de condições adequadas de saúde.

A vulnerabilidade social também está relacionada com outros aspectos, como o baixo nível de escolaridade, as barreiras de acesso a serviços de saúde e o isolamento social, fatores que, segundo Jesus *et al* (2017)[17], são determinantes para o aumento do risco de adoecimento em populações idosas. No presente estudo, à excessão de 1 dos idosos entrevistados, todos relataram morar com familiares, o que pode ser considerado um fator protetor contra o isolamento social, mas que também indica a dependência de uma rede de apoio que, em contextos de vulnerabilidade econômica, pode ser insuficiente para atender às necessidades crescentes de cuidado.

Os dados deste estudo também evidenciam a importância de considerar a heterogeneidade do processo de envelhecimento, pois embora a senescência seja um processo natural, o estilo de vida, as condições econômicas e os contextos sociais desempenham um papel crucial na determinação da vulnerabilidade[19].

Assim, os resultados obtidos reforçam a necessidade de desenvolver políticas públicas adaptadas às especificidades da população brasileira, no qual estratégias que considerem os aspectos físicos, emocionais e sociais dos pacientes idosos oncológicos são cruciais para a humanização do cuidado e para a redução das desigualdades em saúde, além disso, a implementação de intervenções baseadas em evidências pode contribuir para a construção de um modelo de cuidado mais inclusivo e eficaz.

Embora o exposto ao longo desta discussão, observa-se que o nível de esperança em idosos, mensurado pela *Escala de Esperança de Herth* (EEH) se caracterizou como elevado, verificou-se que a esperança é um recurso muito utilizado para lidar com o câncer, sendo importante na construção da aceitação e do enfrentamento do tratamento da doença, caracterizando-se como um potente indicador de um melhor bem estar desses indivíduos[33]. No presente estudo o nível de esperança dos idosos avaliados pela EEH, apresentou uma média elevada

(36,09 pontos), assim como outras pesquisas realizadas em pacientes com câncer[18,34]. Numa pesquisa realizada na China com idosos lidando com câncer terminal, a esperança tornou-se uma estratégia de adaptação psicológica e de enfrentamento do câncer, estimulada e apoiada pela conexão interpessoal estabelecida com profissionais de saúde, amigos e familiares desses idosos. Essa conexão aumentou a esperança de vida em muitos pacientes que estavam lidando com dores intensas e realizavam diversos tratamentos todos os dias[35].

Desta forma, é essencial que profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, ajudem a potencializar a esperança em pacientes, devido à sua capacidade de gerar força, pensamentos positivos, ajudar no enfrentamento do câncer e proporcionar aos idosos uma melhor qualidade de vida. Sugere-se uma instrumentalização para realizar uma avaliação completa do indivíduo, enquanto ser integral, considerando as suas características biopsicossociais, com o intuito de planejar ações de atenção à saúde, voltadas para esses idosos, de forma individualizada[6].

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar as condições sociais, emocionais e de qualidade do sono dos participantes e ainda identificar os impactos causados pelo câncer em idosos. É imperativo reconhecer a heterogeneidade do envelhecimento e a influência dos contextos individuais, econômicos e sociais nesse processo. Populações vulneráveis, como os idosos em situação socioeconômica precária, enfrentam um risco ainda maior de sofrerem os impactos negativos do câncer, destacando a necessidade de intervenções específicas e políticas de saúde pública, direcionadas para esta problemática e para esta população.

Ressalta-se a importância de estudos, cujos resultados possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida e humanização no cuidado aos pacientes idosos com câncer. O câncer persiste como um desafio global de saúde pública, exigindo esforços multidisciplinares e uma abordagem que leve em consideração, não apenas a dimensão física da doença, mas sim, um olhar mais holístico à população idosa.

Este estudo apresenta algumas limitações importantes. Os resultados aqui apresentados são de apenas uma parcela dos participantes, uma vez que a coleita de dados ainda não terminou. Além disso, a seleção dos participantes por conveniência entre aqueles que estão em tratamento quimioterápico, tendo como viés os idosos do sexo feminino. Importa salientar também que a duração da entrevista é prolongada e pode variar de 30 a 50 minutos, podendo ser afetada por conversas adicionais que surgem durante o processo, o que dificulta o foco nas questões principais.

Agradecimentos

Financiamento de discentes da FEnf/UNICAMP em iniciação científica pelo PIBIC.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas de câncer. Instituto Nacional do Câncer; 2021 [citado em abril 2023]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer.

2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. Nov 2018;68(6):394-424.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer; 2023 [citado em 20 abril 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

5. Camarano AAC, Kanso S. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: Freitas EV. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3.ª ed. Reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 133-152.

6. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. Texto contexto – enferm. 2012;21(3): 600-7.

7. Moore P, Dimsdale JE. Opioids, sleep, and cancer--related fatigue. Med Hypotheses. Jan 2002;58(1):77-82.

8. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud psicol. 2007;24(4):519-28.

9. Alves HB, Alves HB, Vasconcelos KP, Silva CTL, Silva MN de S, Patrício DF, Dantas RR, Melo PYB de. Alterações da qualidade do sono em idosos e sua relação com doenças crônicas. Braz. J. Hea. Rev. 2020;3(3):5030-42.

10. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006;14(6):872-8.

11. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. Soc Sci Med. 2002;54(9):1309-21.

12. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012; 20(6):1100-8.

13. Borges JA, Quintão MMP, Chermont SSMC, Mendonça Filho HTF de, Mesquita ET. Fatigue: A Complex Symptom and its Impact on Cancer and Heart Failure. Int J Cardiovasc Sci. 2018;31(4):433-42.

14. Mota DDC de F, Pimenta CA de M. Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. Rev. Bras. Cancerol. 2002;48(4):577-83.

15. Besedovsky L, Lange T, Born J. Sleep and immune function. Pflugers Arch. Jan 2012;463(1): 121-37.

16. Saracino RM, Rosenfeld B, Nelson CJ. Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: a review of the literature. Aging Ment Health. 2016;20(12):1230-1242.

17. Jesus ITM de, Orlandi AA dos S, Grazziano E da S, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta paul enferm. 2017;30(6): 614-20.

18. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev esc enferm USP. 2008;42(2): 227-32.

19. Santos AAD, Pavarini SCI, Brito TRP de. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Esc Anna Nery. 2010;14(3):496-503.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6.ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

21. Karnofsky DA, Burchenal JH. Present status of clinical cancer chemotherapy. Am J Med. Jun 1950 Jun;8(6):767-88.

22. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.

23. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, Barreto SS. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Med. 2011;12(1):70-5.

24. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-897.

25. Gorenstein C, Andrade LHSG. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait anxiety inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res. 1996;29(4):453-7.

26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. Jun 1961;4:561-71.

27. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(12):1691-9.

28. Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. Cad Saude Publica 2013; 29(3):621-628.

29. Luz LL, Santiago LM, Silva JFS, Mattos IE. Psychometric properties of the Brazilian version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). Cad Saude Publica 2015; 31(3):507-515.

30. Santos ALS, Silva LM, Saldanha ZO. Idosos com câncer no período pré-operatório: dados de qualidade de vida, ansiedade e depressão. Rev Pan--Amaz Saude. 2020;11.

31. OFORI, G. Building A Body Of Knowledge In Project Management In Developing Countries. [s.l.] World Scientific, 2023.

32. YASSUDA, M. S.; NERI, A. L. Velhice bem--sucedida. [s.l.] Papirus Editora, 2014.

33. Silva NM, Santos MA dos, Oliveira RAA de, Storti LB, Souza IMO, Formighieri PF, et al. Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança. Psic: Teor e Pesq. 2019;35:e35441.

34. Gibson M, Gorman E. Long-term care residents with cancer and their health care providers reflect on hope. Can J Aging. 2012;31(3):285-293, 2012.

35. Chen H, Komaromy C, Valentine C. From hope to hope: the experience of older Chinese people with advanced cancer. Health (London). 2015;19(2):154-71.

Autores
Thalyta Cristina Mansano Schlosser
https://orcid.org/0000-0002-4487-1639
Luiza Mariana Hevia Otero Almeida
https://orcid.org/0009-0000-9994-1211
Mariana Stavarengo
https://orcid.org/0009-0008-5801-0806
Renata Cristina Silva
https://orcid.org/0009-0005-1017-2783
Thainá Francisca de Sousa
https://orcid.org/0009-0000-5825-7712
Cláudia Martins da Costa
https://orcid.org/0000-0001-5904-6829

Autora Correspondente/Corresponding Author
Thalyta Cristina Mansano Schlosser – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
tmansano@unicamp.br

Contributos dos autores/Authors' contributions
TS: Conceitualização, metodologia, análise de dados, redação do manuscrito original.
LA: Análise de dados, redação – revisão e edição.
MS: Análise de dados, redação – revisão e edição.
RS: Análise de dados, redação – revisão e edição.
TS: Análise de dados, redação – revisão e edição.
CC: Conceitualização, análise de dados, supervisão, redação – revisão e edição.
Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Considerações Éticas
Este artigo é um recorte de um projeto maior intitulado de "Oncologia e Envelhecimento: Cluster de Sintomas e Construção de Protocolos e Manuais", aprovado no Comitê de Ética da FCM-UNICAMP sob CAAE 63986222.3.0000.5404.

Ethical Considerations
This article is an excerpt from a larger project entitled "Oncology and Aging: Cluster of Symptoms and Construction of Protocols and Manuals", approved by the Ethics Committee of FCM-UNICAMP under CAAE 63986222.3.0000.5404.

Responsabilidades Éticas
Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.
Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures
Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2024 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.
©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2024 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

Tabela 1 – Dados de anos de estudo e idade obtidos com o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica, Campinas-SP.[↖]

Variável	n	Média	Mínimo	Máximo
Anos de estudo	23	7,70	1,00	15,00
Idade	23	67,33	60,42	85,78

Tabela 2 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica, Campinas-SP.[↖]

Variável	n	%
Cor		
Branca	16	72,73
Preta	1	4,55
Parda	5	22,73
Sem informação	1	
Conjugal		
Solteiro	20	86,96
Casado	1	4,35
Divorciado	1	4,35
Viúvo	1	4,35
Mora com		
Sozinho	1	4,35
Familiares	22	95,65
Crença		
Não	2	8,70
Sim	21	91,30
Renda		
Nenhuma	1	4,35
Até 2 SM	19	82,61
6-10 SM	3	13,04
Gênero		
F	10	52,63
M	9	47,37
Sem informação	4	

Tabela 3 – Atividades funcionais nos idosos em quimioterapia, Campinas-SP.

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?	n	%
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	16	69,57
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	7	30,43
Levantar ou carregar objetos com peso próximo de 5 quilos		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	17	73,91
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	6	26,09
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	20	86,96
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	3	13,04
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	21	91,3
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	2	8,7
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	19	82,61
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	4	17,39
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas		
Nenhuma/ Pouca dificuldade	13	56,52
Muita dificuldade/ Incapaz de fazer	10	43,48

Tabela 4 – Faixa etária, Escolaridade e Escore Herth, Campinas-SP.

Variável	n	Média	Mínimo	Máximo
Idade	23	67,33	60,42	85,78
Anos de estudo	23	7,70	1,00	15,00
Escore Herth	23	36,09	32,00	41,00

Tabela 5 – Escore do Inventário de Depressão de Beck, Campinas-SP.

Variável	n	%
Escore Beck cat.		
0 a 9	6	26,09
10 a 18	15	65,22
19 a 29	1	4,35
30 ou mais	1	4,35

Tabela 6 – Escore do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Campinas-SP .

Variável	n	%
PSQI class.		
Boa qualidade	8	34,78
Má qualidade	15	65,22