



## Práticas de profissionais de saúde na perspectiva de idosos que convivem com câncer

Practices of healthcare professionals from the perspective of older adults living with cancer

Lucimara Sonaglio Rocha<sup>1</sup>, Margrid Beuter<sup>2</sup>, Eliane Tatsch Neves<sup>2</sup>, Juliane Elis Both<sup>2</sup>, Miriam da Silveira Perrando<sup>2</sup>, Larissa Venturini<sup>2</sup>

**Objetivo:** compreender as práticas assistenciais dos profissionais de saúde com idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial. **Métodos:** pesquisa qualitativa, realizada em um ambulatório de hemato oncologia do Sul do Brasil. Realizou-se entrevista semiestruturada com 15 idosos. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** emergiu a categoria: a prática assistencial dos profissionais da saúde junto aos idosos que convivem com câncer com duas subcategorias: a revelação do diagnóstico da doença e práticas educativas autoritárias. **Conclusão:** mesmo diante dos instrumentos legais à disposição dos usuários dos serviços de saúde, as práticas dos profissionais de saúde ainda fundamentam-se em relações assimétricas, por meio das quais colocam-se como os únicos responsáveis pela saúde dos idosos, exigindo adesão às suas prescrições sem questionamentos, desconsiderando o cuidado de si.

**Descritores:** Idoso; Neoplasias; Autonomia Pessoal; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

**Objective:** understanding the care practices of health professionals caring for older adults living with cancer in outpatient treatment. **Methods:** a qualitative research conducted in a hematology oncology outpatient clinic in southern Brazil. A semi-structured interview was conducted with 15 older adults. Data were submitted to thematic analysis. **Results:** a category of care practice of health professionals amongst older adults living with cancer emerged with two subcategories: disclosure of the disease diagnosis and authoritarian educational practices. **Conclusion:** despite the existence of legal instruments made available to users of healthcare services, healthcare professional practices are still based on asymmetric relationships through which they place themselves as the only ones responsible for the care of the older adults, demanding adherence to their prescriptions without question, and disregarding the older adult's care of themselves.

**Descriptors:** Aged; Neoplasms; Personal Autonomy; Nursing Care; Nursing.

<sup>1</sup>Instituto Federal Farroupilha. Santo Ângelo, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondente: Lucimara Sonaglio Rocha

Rua Sobradinho, 79, Vera Cruz, CEP:99042-630. Passo Fundo, RS, Brasil. E-mail: lucimarazz@hotmail.com

## Introdução

Um dos grandes desafios da saúde pública é o envelhecimento populacional. Simultaneamente às modificações do perfil demográfico, acompanham-se as mudanças epidemiológicas, caracterizadas por uma maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o câncer. Em 2030, a estimativa global será de 21,4 milhões de novos casos de câncer com 13,2 milhões de óbitos. No Brasil, a projeção válida para os anos de 2014 e 2015, prevê a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos de câncer por ano, reforçando a relevância do problema no país<sup>(1)</sup>.

Mais da metade dos pacientes diagnosticados com câncer são idosos, havendo uma tendência de crescimento deste número<sup>(2)</sup>. O desenvolvimento do câncer está ligado ao processo de envelhecimento celular. A medida que os anos avançam as agressões externas geram um acúmulo de danos no código genético das células e propiciam o desenvolvimento das primeiras células geradoras dos tumores malignos. Por essa razão, a velhice é um fator de risco para a formação das neoplasias malignas mais comuns<sup>(3)</sup>. Assim, demonstra-se a necessidade de ações adicionais e oportunas de promoção da saúde e prevenção de doenças, especialmente, na forma de legislação e regulamentação, a fim de permitir cuidados crônicos de qualidade.

Ao longo dos séculos, o câncer foi considerado uma doença a ser escondida e silenciada. Apesar dos avanços na área da saúde e do maior número de curas efetivas o câncer ainda é relacionado à doença fatal, suscitando nos doentes e familiares sentimentos de dor e desesperança<sup>(3-4)</sup>. O doente vivencia inúmeras transformações em seu cotidiano, advindas do tratamento do câncer e seu estigma<sup>(5)</sup>. Para o idoso, esta é uma situação ainda mais complexa, pois, aliado ao diagnóstico, prognóstico, tratamento e todo o estigma da doença, este indivíduo ainda tem de conviver com as alterações anatomofisiológicas

relacionadas à idade bem como com os estereótipos da velhice presentes na sociedade.

A velhice pode ser um período extremamente difícil para algumas pessoas, muitas delas, não conseguem se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa da vida. Uma das maiores dificuldades reside no sentimento que acompanha o processo de perdas e de declínio físico, de reflexões profundas sobre a própria vida e a proximidade da morte. Somado a isso, na sociedade atual, o envelhecimento tem sido sinônimo de improdutividade<sup>(6)</sup>.

Dessa forma, o envelhecimento e a vivência de uma situação crônica, como o câncer, por si, podem acarretar a perda da autonomia do idoso. Preservar a autonomia e a independência durante a velhice é uma meta fundamental para os indivíduos e para a sociedade, constituindo-se como uma vertente central do envelhecimento saudável<sup>(7)</sup>. Porém, o envelhecimento está cercado de preconceitos que influenciam o cuidado em saúde direcionado ao idoso. Observa-se que os profissionais de saúde, muitas vezes, menosprezam a capacidade de decisão do idoso, fornecendo informações superficiais sobre seu tratamento e diagnóstico, impedindo-o de exercer a autonomia sobre o que acha melhor para o seu cuidado<sup>(8)</sup>.

A autonomia do usuário do serviço de saúde é uma necessidade do sujeito e promovê-la de forma crescente é uma tarefa do profissional de saúde<sup>(9)</sup>. A autonomia, por ser um fator primordial no cuidado de si, possibilita que o indivíduo seja soberano em suas decisões sobre si mesmo, sobre o seu corpo e a sua mente<sup>(4)</sup>. O cuidado dialogado e participativo, a educação e a informação em saúde são condições que instrumentalizam o idoso ao cuidado de si.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objetivo compreender as práticas assistenciais dos profissionais de saúde com idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial.

## Métodos

Caracteriza-se como um estudo qualitativo, realizado em um ambulatório de hemato oncologia de um hospital universitário do sul do Brasil. Os participantes da pesquisa foram 15 idosos com o diagnóstico de câncer.

A seleção dos sujeitos que compuseram a amostra do estudo ocorreu por meio da análise dos prontuários de pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial a partir da aplicação dos seguintes critérios de inclusão: ser idoso (60 anos ou mais), estar vivenciando o câncer, estar realizando tratamento por um período mínimo de três meses, apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal e possuir conhecimento sobre o seu diagnóstico de câncer. O critério temporal de tratamento foi estabelecido ao se adotar um tempo-limite inicial para os idosos vivenciarem o diagnóstico e tratamento da doença. Foram excluídos aqueles idosos que estavam finalizando o ciclo de tratamento na data da abordagem inicial.

Observando-se os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, os idosos foram convidados para participar do estudo. Após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa foram agendadas as coletas. As entrevistas apresentaram duração média de 50 minutos, tiveram como cenário o ambulatório de hemato oncologia do hospital nos meses de fevereiro a abril de 2010, foram conduzidas pela pesquisadora principal, gravadas e transcritas na íntegra mediante a autorização dos idosos. As coletas foram suspensas mediante a saturação dos dados determinada pela repetição das respostas e atendimento satisfatório do objetivo proposto.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado e foi composta por dois eixos norteadores: caracterização sociodemográfica dos participantes (sexo, idade, estado civil, procedência, escolaridade, número de filhos, principal atividade profissional que desenvolveu ou desenvolveu, renda, com quem reside, problemas de saúde e tempo de tratamento) e questionamentos orientadores relacionados ao objetivo do estudo (par-

ticipação nos cuidados à saúde e aspectos relacionados à vivência do câncer).

Os dados foram submetidos à análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, fundamentada na regularidade das afirmações denotando, dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos depoimentos. Depois de realizada a leitura do material buscando-se agrupar os fragmentos que se repetiam e/ou continham semelhança semântica nos diferentes depoimentos, procedeu-se a categorização dos elementos constitutivos de cada tema, completando-se as três etapas de análise: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>(10)</sup>.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Foram sujeitos do estudo 15 idosos, oito do sexo feminino e sete do sexo masculino. A idade variou de 61 a 84 anos. Em relação à escolaridade, dois não eram alfabetizados, 12 possuíam o ensino fundamental incompleto e um o ensino médio completo. Quanto ao estado civil, dez idosos eram casados, três viúvos e dois divorciados. Os idosos eram aposentados, com renda entre um a quatro salários mínimos nacionais (valor estimado, à época, era de R\$510,00 a R\$2040,00, equivalente a aproximadamente \$272,00 a \$1090,00 dólares americanos). Com relação ao tipo de câncer, seis idosos realizavam tratamento para câncer de mama; cinco para câncer de próstata; um para câncer de cólon; um para câncer de pulmão; um para câncer de pele e um para câncer de pâncreas.

A partir da análise das entrevistas, emergiu a categoria temática, a prática assistencial de profissionais da saúde com idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial com duas subcategorias: a revelação do diagnóstico da doença e práticas educativas autoritárias.

## A revelação do diagnóstico

Os idosos participantes do estudo relataram a forma como foi a revelação do diagnóstico da doença: *O médico me falou bem direto o diagnóstico. Ninguém nunca escondeu nada, eu perguntava tudo, até naqueles exames que não era nada, que davam as células benignas. Ai um dia que eu fui ao médico ele disse: 'É um câncer. É daqueles que mata lento, se não for tratado. Não é daqueles violentos que em três meses, seis meses, um ano a pessoa morre. A senhora tem muitos anos de vida pela frente, mas o seu diagnóstico é de um câncer.' O doutor se admirou comigo, da minha reação, eu com a minha idade, sozinha, mas ele me disse de forma direta (P2). Faz uns dez anos que fiquei sabendo pelo médico, não deu para fazer mais cirurgia (P3).*

A atitude de revelação do diagnóstico pelo profissional de saúde de maneira objetiva ao idoso foi exceção neste estudo. Dos 15 idosos entrevistados, dois tomaram conhecimento do diagnóstico antes da família enquanto 13 foram comunicados depois dos familiares: *Só me falaram o que eu tinha depois, depois que eu tirei os pontos. Eu não me assustei, já estava desconfiado porque hoje em dia qualquer coisa é (câncer). Daí eu pensei que isso só podia ser maligno, e era. Os filhos já sabiam, ele contou rapidamente, mas para mim, foi só no dia que eu fui tirar os pontos. Até foram quatro filhos meus juntos, eles já sabiam, estavam com medo que eu poderia levar um susto, um choque. Mas não, eu disse: 'não doutor, isso aí eu já estava imaginando. E eu não tenho medo de morrer. Eu tenho medo de sofrer para morrer' (P1). Ele chamou meu marido em particular para falar, mas na hora que ele foi falar, eu cheguei na sala e ele não falou nada, aí que eu fiquei bem desconfiada. Daí vieram os exames e confirmaram. O médico mesmo que disse: 'olha, é câncer!' Eu na hora, assim, me deu uma fraqueza. Eu disse na hora, que Deus era maior que tudo, porque eu tenho uma proteção divina, e foi mesmo (P8). Ele (médico) pediu uma reunião com as filhas depois que veio o resultado da segunda biópsia (P14). Ele (médico) não me falou o que eu tinha, sabia só que tinha três nódulos no pâncreas, tiraram um pedaço do baço, tiraram um pedaço do intestino, fiquei doze dias sem comer e sem beber (P15).*

Conforme os depoimentos dos idosos, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento já haviam sido discutidos entre o médico e os familiares. Percebe-se que a família e o profissional da saúde, com intenção

de preservar o idoso do sofrimento de uma má notícia, optaram por privar o paciente do diagnóstico. Nestes casos, a autonomia individual é subestimada, seguindo direção contrária as propostas emergentes de ampliação no cotidiano dos serviços de saúde do respeito às decisões autônomas dos indivíduos. Para os idosos esta questão merece ainda mais discussão, uma vez que os critérios legais referentes à idade não devem significar ausência ou presença de competência individual para decidir.

Vivenciar o diagnóstico do câncer pode desencadear uma série de sentimentos, principalmente negativos, sejam eles de impotência, desesperança, temor e apreensão, os quais não se restringem ao paciente e seus familiares, mas expandem-se a todos que os cercam. Este fato fica manifesto no transcorrer desta pesquisa pela condição incômoda gerada pelo termo câncer, conforme fica expresso nos depoimentos dos participantes: *Às vezes dá vontade de parar com essas quimios (sessões de quimioterapia), porque eu acho que não tenho mais nada pela minha disposição, acho que eu não tenho mais a doença ruim (câncer) (P1). Descobrir a doença (câncer) não mudou nada em minha vida, não tenho medo de morrer (P3). Fiquei sabendo da doença (câncer) agora, vim para cá fazer a biópsia, estou fazendo as quimios (sessões de quimioterapia) para ver se ele (câncer) seca, se diminui. Porque esse tumorzinho (câncer) que eu tenho ali não é de hoje (P4). Esse problema (câncer) que me deu da próstata (P5). Eu acho que mudou alguma coisa depois que eu descobri essa doença (câncer), o corpo parece que ficou diferente (P12). Tenho o problema (câncer) na próstata (P13). Eu fui fazer os exames porque o sobrinho estava com o problema (câncer) e eu fui atrás dele e acabei vendo que estava com o problema (câncer) também (P14).*

## Práticas educativas autoritárias

Além das discussões éticas no que se refere a revelação do diagnóstico do câncer, neste estudo observou-se a relação de poder exercida pelo profissional de saúde no cuidado de si dos idosos que vivenciam o câncer, como pode ser identificado na fala a seguir: *Como pouco e conforme o que a enfermeira me disse. Como o que eu devo comer, só aquilo ali, feijão, arroz, massa. Posso*

*comer mandioca, batatinha e salada de cenoura e beterraba, couve-flor, tudo coisa cozida, nada cru. Tomate eu não como (P1). É tudo bem cuidado, conforme o médico falou (P5).*

Nos relatos, os idosos afirmam que se cuidam como os profissionais de saúde recomendaram, sem questioná-los a respeito do por que da necessidade de mudança de hábitos. Porém, muitas vezes, o idoso, em sua fragilidade, não se percebe como um ser com autonomia para fazer questionamentos e dar sugestões, aceitando passivamente que lhe é imposto por sentir-se, em muitas situações, envergonhado ou constrangido: *Quando fui procurar o médico já estava quase paralisado. Sentia dores nas pernas, no corpo todo, para urinar também, às vezes saía uma quantidade de sangue na urina. Depois comecei a tomar uns chazinhos, estava 98 (o valor do antígeno prostático específico) e depois foi para 17. Tomei chá de cambará, até o médico se apavorou, faço o chá da casca da árvore. Não contei para o doutor, fiquei com vergonha. Eu estava fazendo o tratamento dele, o que ele ia pensar (P13).*

Percebe-se que o idoso manteve em segredo o uso do chá com receio de ser reprovado pelo médico. Este fato evidencia que o diálogo entre o idoso e o profissional de saúde é fragmentado e até, muitas vezes inexistente. O relato, ainda, evidencia o retrato de uma questão fundamentalmente cultural: o paciente, sendo idoso ou não, nutre a expectativa de que o profissional de saúde, conhecedor da área, possua mais capacidade para a tomada de decisão. Nesta relação (profissional-paciente) percebe-se que o segundo é comumente um ser submisso ao saber do primeiro.

Os conflitos entre o fazer do profissional e o direito do paciente de decidir e opinar sobre os seus próprios interesses, em relação à sua saúde foram constantes no universo pesquisado. *Quando eu fui procurar o meu médico, ele me disse que eu estava gorda, me levava na conversa. Eu não conseguia comer e ele dizia que era bom porque eu estava gorda. Eu levantava a blusa e mostrava minha barriga, parecia que eu estava grávida. Mas o médico não acreditava em mim. Ele não via que eu estava emagrecendo, amarelando. Agora eu perguntei para ele: 'doutor, eu vou melhorar ou não vou melhorar?' E ele me respondeu: 'vai fazer alguma diferença a senhora saber?' (P15).*

A negligência com os sintomas relatados pela paciente demonstra a pouca importância dada pelo profissional acerca dos sinais manifestados pela idosa. Ao mesmo tempo em que ignora o relato da idosa, o profissional desconsidera o conhecimento de si manifesto por ela. Sendo assim, o profissional não reconhece que o doente é capaz de conhecer a si mesmo e suas necessidades, dificultando, até mesmo, o seu próprio exercício profissional, já que o conhecimento do idoso somado aos seus conhecimentos possibilitaria a identificação rápida do problema e a seleção dos procedimentos para resolvê-lo. O relato ainda demonstra que o profissional lhe nega informações acerca do seu prognóstico, cerceando a participação da idosa no processo terapêutico. Nessa situação, observa-se que não há espaço para o diálogo e a relação profissional-paciente não se concretiza, o que pode repercutir negativamente na continuidade do tratamento.

## Discussão

No presente estudo, os familiares exerceram o papel de intermediários da informação do diagnóstico de câncer fornecida pelos profissionais de saúde. Tal dado converge aos obtidos em Singapura onde a taxa de não revelação do diagnóstico foi de 23,0% para os pacientes em comparação com 2,0% para os familiares. O mesmo estudo destaca que a não-revelação ocorreu principalmente entre os pacientes com idade avançada ( $\geq 70$  anos)<sup>(11)</sup>. Reconheceu-se que comunicação do diagnóstico para pacientes com câncer possui um papel fundamental na adaptação e na capacidade de lidar com a doença. Investigação realizada com pacientes com câncer em estado terminal concluiu que a divulgação de informações detalhadas sobre a doença contribuiu para a melhoria da qualidade de comunicação entre profissionais e pacientes<sup>(12)</sup>. Considera-se uma obrigação ética do profissional, em respeito à autonomia individual, fornecer as informações necessárias, diagnóstico, prognóstico e possibilidades de tratamento, independente das consequências das informações reveladas<sup>(13)</sup>.

No caso do diagnóstico do câncer evidenciou-se uma repercussão emocional provocada pela revelação. Assim, este momento deverá levar em conta as condições psicossocial e espiritual, do indivíduo, seus valores e princípios, bem como, a linguagem adequada para comunicar sua doença, com a finalidade de evitar a disciplinarização e alienação do idoso no que se refere ao processo de tomada de decisão a respeito de sua saúde<sup>(14)</sup>. No presente estudo, a não revelação, foi concebida como uma forma de proteção ao idoso. O profissional e a família, ao adotarem esta postura paternalista não valorizam a capacidade de decisão do idoso para exercer seu autogoverno<sup>(8)</sup>.

O direito à autonomia do idoso que vivencia o câncer em tratamento ambulatorial não foi plenamente respeitado. Tal assertiva baseia-se na percepção de que os profissionais de saúde não foram sensíveis às necessidades consideradas importantes para o idoso, sejam estas de apoio, informação ou cuidados especializados. Desta forma, o idoso percebe-se incompreendido e sem autonomia expressando um conflito entre o fazer do profissional e o seu direito de decidir e opinar sobre os seus próprios interesses.

Observou-se que a equipe de enfermagem permanece em grande parte centrada em práticas educativas autoritárias e em saberes unilateralmente selecionados como necessários, a partir de critérios técnicos, contrariando os princípios éticos e bioéticos do exercício profissional<sup>(13,15)</sup>. As relações estabelecidas, as técnicas, procedimentos e rotinas presentes nos serviços de saúde não podem impermeabilizar o espaço de troca entre profissionais e idosos<sup>(16)</sup>. Além disso, apesar do reconhecimento do papel fundamental do enfermeiro no processo de revelação do diagnóstico de câncer<sup>(17)</sup>, não foi observado o envolvimento deste profissional no sentido de facilitar a adaptação da pessoa idosa e sua família a encarar esta nova realidade o que poderia promover uma assistência integral e mais humanizada.

Frente aos dados obtidos no estudo, é importante que a população de uma maneira geral seja es-

clarecida de maneira mais eficiente quanto aos seus direitos na posição de usuária dos serviços de saúde. Tratando-se especificamente da pessoa idosa, o Estatuto do Idoso<sup>(18)</sup>, faz referência ao direito do usuário do serviço de saúde fazer as opções entre os tratamentos de saúde disponíveis. No artigo 17 do referido estatuto, consta que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”<sup>(18:14)</sup>. Porém, para ter condições de optar pelo tratamento, o idoso necessita ser informado e orientado acerca das opções terapêuticas.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem<sup>(19)</sup>, no artigo 4, inciso I, consta que os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões. Tais padrões incluem a qualidade de assistência e o atendimento aos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção a saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde. Considerando essas diretrizes, enfatiza-se a formação humanizada, compreendendo o ser em toda a sua existência, como cidadão de direitos. Entretanto, verificou-se que ainda faz-se necessário que temas da bioética sejam trabalhados no cotidiano dos serviços de saúde<sup>(20)</sup>.

As limitações deste estudo são pertinentes à abordagem qualitativa, ligada ao caráter particular da amostra de idosos, ou seja, idosos que convivem com câncer em tratamento em um ambulatório de hematologia de um hospital universitário do sul do Brasil, o que, por sua vez, limita a generalização dos dados obtidos. Concomitantemente, acredita-se ser necessária a realização de outros estudos que possam aprofundar a investigação das práticas dos profissionais de saúde com idosos a partir da percepção dos profissionais. Conhecer esta poderia evidenciar práticas diferenciadas e formular novas alternativas das aqui apresentadas. Apesar de tais limitações, acredita-se que o panorama apresentado é importante para ações direcionadas aos idosos que convivem com câncer.

## Conclusão

As práticas dos profissionais de saúde com idosos que convivem com câncer em tratamento ambulatorial fundamentaram-se em ações na qual os familiares exerceram o papel de intermediários da informação do diagnóstico de câncer fornecida pelos profissionais de saúde. A não revelação do diagnóstico foi concebida como uma forma de proteção ao idoso, desconsiderando-se a capacidade de decisão deste no exercício do seu autogoverno. Reconheceu-se que comunicação do diagnóstico possui um papel fundamental na adaptação e na capacidade do idoso de lidar com a doença.

O direito à autonomia do idoso que vivencia o câncer em tratamento ambulatorial não foi plenamente respeitado, uma vez que, os profissionais de saúde não foram sensíveis às necessidades consideradas importantes, sejam estas de apoio, informação ou cuidados especializados. Assim, evidenciou-se conflitos entre o fazer do profissional e o direito do idoso de decidir e opinar sobre os seus próprios interesses, em relação à sua saúde.

A equipe de enfermagem permaneceu em grande parte centrada em práticas educativas autoritárias e em saberes unilateralmente selecionados como necessários, a partir de critérios técnicos, contrariando os princípios éticos e bioéticos do exercício profissional. Somado a isso, não foi observado o envolvimento do enfermeiro no sentido de facilitar a adaptação da pessoa idosa ao vivenciar o diagnóstico e tratamento do câncer.

É importante que a população de uma maneira geral seja esclarecida de maneira mais eficiente quanto aos seus direitos na posição de usuária dos serviços de saúde. A discussão acerca dos aspectos bioéticos da assistência ao idoso que vivencia o câncer deve ser estimulada na formação de novos profissionais e no cotidiano dos serviços de saúde a fim de promover uma assistência integral e mais humanizada.

## Colaborações

Rocha LS, Beuter M e Neves ET contribuíram para a concepção e projeto do trabalho, coleta de dados, análise crítica, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Both JE, Perrando MS e Venturini L contribuíram para a redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2014. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
2. Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Maryska LG, Janssen H, et al. International society of geriatric oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014 [cited 2015 nov 13]; 34(10). Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/07/28/JCO.2013.54.8347.full.pdf+html>
3. Leite VMC, Lisboa CR, Pinto FJM. Causas de óbitos em idosos na cidade de Fortaleza (CE). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010; 34(2):288-98.
4. Rocha LS, Beuter M, Neves ET, Leite MT, Brondani CM, Perlini NMOG. Self-care of elderly cancer patients undergoing outpatient treatment. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(1):29-37.
5. Reticena KO, Beuter, Sales CA. Life experiences of elderly with cancer pain: the existential comprehensive approach. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):417-23.
6. Farber S. Envelhecimento do corpo: noções dispares nas mídias atuais. *Comunic Soc*. 2012; 21(1):123-33.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Cunha JXP, Oliveira JB, Nery VAS, Sena ELS, Boery RNS, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde Debate*. 2012; 36(95):657-64.
9. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(4):628-37.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Kao YH, Goh C. The practice of nondisclosure of advanced cancer diagnosis in Singapore: a continuing challenge. *Singapore Med J*. 2013; 54(5):255-8.
12. Nakajima N, Kusumoto K, Onishi H, Ishida M. Does the approach of disclosing more detailed information of cancer for the terminally ill patients improve the quality of communication involving patients, families, and medical professionals? *Am J Hosp Palliat Care*. 2015; 32(7):776-82.
13. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.
14. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2014.
15. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):185-8.
16. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: do tecnicismo a uma ética do cuidado. *Fractal*. 2011; 23(3):641-58.
17. Jonas LT, Silva NM, Paula JM, Marques S, Kusumota L. Communication of the cancer diagnosis to an elderly patient. *Rev Rene*. 2015; 16(2):275-83.
18. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Almeida BAA, Aguiar MG. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Rev Bioét*. 2011; 19(1):197-217.