

## **Envelhecimento bem-sucedido e estratégias de seleção, otimização e compensação em idosos com câncer**

### **Successful aging and selection, optimization and compensation strategies for the elderly with cancer**

Jéssica Faria Souto<sup>1</sup>

Santa Casa da Misericórdia de São João del-Rei – São João del-Rei/MG

Ronny Kurashiki Oliveira<sup>2</sup>

Hospital Erasto Gaertner – Curitiba/PR

#### **RESUMO**

Entende-se como envelhecimento bem-sucedido a compensação, por parte do idoso, das suas capacidades reduzidas em função do envelhecimento normal. O presente estudo investigou sobre o envelhecimento bem-sucedido em idosos acometidos pelo câncer e conheceu as estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC) adotadas. Oito idosos atendidos em um hospital oncológico na região sul do país participaram do estudo, no qual se utilizou o Mini Exame do Estado Mental, um questionário fechado e uma entrevista semiestruturada. Na análise dos dados, foram comparadas a vivência do paciente antes e depois da doença e as informações coletadas foram interpretadas por meio da análise de conteúdo. Verificou-se que os idosos com câncer com potencial de orquestração dos mecanismos SOC favorecem um envelhecimento bem-sucedido.

**Palavras-chave:** idoso; câncer; enfrentamento.

#### **ABSTRACT**

Successful aging is understood as the compensation by the elderly of their reduced abilities as a function of normal aging. The present study investigated successful aging in cancer-affected elderly and researched the strategies of selection, optimization and compensation (SOC) adopted. Eight elderly people attended at a cancer hospital in the southern region of the country participated in the study, which used the Mental State Mini Exam, a closed questionnaire, and a semi-structured interview. In the data analysis, the patient's experience

<sup>1</sup> Psicóloga com Mestrado em Psicologia e Residência Multiprofissional em Cancerologia, ênfase em Psicologia – jefsouto@gmail.com

<sup>2</sup> Psicólogo Especialista em Cancerologia e em Cuidados Paliativos – kurashiki.r@hotmail.com  
Agência de fomento: Hospital Erasto Gaertner.

before and after the disease was compared and the information collected was interpreted through content analysis. It was verified that the elderly with cancer with the potential of orchestrating the SOC mechanisms have been found to favor successful aging.

**Keywords:** elderly; cancer; coping.

## Introdução

O processo acelerado do envelhecimento populacional é um dos maiores desafios para a saúde pública, em função da grande incidência de doenças crônicas não transmissíveis que ocorrem nessa fase da vida, como o câncer (Carreira, 2007; INCA, 2016).

Sabe-se que os idosos, ao se depararem com problemas de saúde, fontes estressoras e dificuldade no desempenho em atividades de vida diária, podem se utilizar de estratégias que proporcionem a manutenção do engajamento em tarefas (Neri, 2007; Salmazo-Silva, Lima-Silva, Barros, Oliveira, Ordonez, Carvalho, Almeida, 2012).

O envelhecimento bem-sucedido está sendo compreendido neste estudo dentro da perspectiva *Life-Span* do desenvolvimento ao longo da vida, em que as capacidades reduzidas em função do envelhecimento normal são compensadas, permitindo que os idosos lidem de maneira bem-sucedida com os eventos negativos que aumentam sua incidência na velhice, como doenças, acidentes e perdas (Freire, Resende & Rabelo, 2012).

Para auxiliar no enfrentamento de perdas e limitações, Baltes e Baltes (1990) propõem o desenvolvimento das estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC), como um mecanismo que contribui para o manejo e melhor adaptação às mudanças psicológicas, biológicas e sociais decorrentes do processo de envelhecimento.

Fazendo parte do modelo SOC, a Seleção compreende a evitação de tarefas para as quais o indivíduo possui dificuldade e eleição daquelas que apresenta melhor desempenho, implantando metas compatíveis com os recursos disponíveis. A Otimização, envolve a manutenção, aprimoramento e coordenação de habilidades ainda preservadas e recursos internos e externos

envolvidos para alcançar níveis mais adaptativos nas metas selecionadas, conforme o desejado por cada pessoa. Já a Compensação, indica adotar comportamentos alternativos, através de processos de substituição, para manter o funcionamento semelhante ao anterior existente, compensando habilidades comprometidas (Baltes & Baltes, 1990).

Através dessas estratégias, o idoso dispõe de recursos internos e externos a fim de aprimorar o desempenho em suas atividades, e favorecer o alcance de níveis mais adaptativos, e, conseqüentemente, um envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990; Neri, 2006).

Estudos dentro da temática da Oncologia e do envelhecimento se justificam, à medida que verificar como o idoso maneja as mudanças ocasionadas pelo câncer, e através da identificação das estratégias utilizadas por eles, é possível refletir sobre a existência do envelhecimento bem-sucedido, ainda que na presença de uma interferência não normativa como esta doença.

Com base nestes apontamentos, buscou-se discutir sobre o envelhecimento bem-sucedido em idosos acometidos pelo câncer e identificar suas estratégias de seleção, otimização e compensação adotadas no nesta fase da vida.

## **Método**

### *Desenho*

Os participantes selecionados para o presente estudo realizavam tratamento em hospital oncológico da região Sul do país, cujo caráter é filantrópico e 90% dos pacientes são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram considerados como critérios de inclusão: pacientes diagnosticados com câncer há pelo menos 6 (seis) meses, independentemente do tipo ou estadiamento da doença, acompanhados pelo setor de Oncologia Clínica do Hospital; com 65 anos ou mais de idade; de ambos os sexos; com cognição preservada conforme constatado na aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003); com

condições de comunicação verbal que possibilitasse participação na entrevista; e que não estivessem internados no momento da coleta de informações.

Como critérios de exclusão: idosos com déficit cognitivo grave sugestivo de demência; e participantes com limitações de fala.

A coleta de dados cessou após a ocorrência de saturação teórica, em que, desde o início do processo, foi realizada uma categorização contínua do discurso, até que nenhuma nova categoria fosse constatada (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). A partir do exposto nos relatos, na análise foi comparada a vivência do paciente antes e depois da doença.

### *Instrumentos*

Os instrumentos utilizados foram o Mini Exame do Estado Mental (Brucki et al., 2003) para verificação da capacidade cognitiva dos participantes, um questionário fechado para coleta de informações relevantes para compreensão dos objetivos propostos, sendo estas relacionadas à identificação sociodemográfica do paciente; tipo de doença oncológica e estadiamento atual; e tratamentos (atuais e realizados). Uma entrevista semiestruturada foi elaborada e direcionada por um roteiro que possibilitou acesso às informações sobre o conhecimento do paciente acerca de seu problema de saúde; suas concepções sobre o câncer; e a sua experiência do adoecimento.

### *Coleta de Dados e Aspectos Éticos*

Inicialmente, os participantes foram recrutados no serviço de Oncologia Clínica, pelos próprios pesquisadores, por intermédio das agendas diárias constantes no prontuário eletrônico. As entrevistas ocorreram em local reservado dentro do hospital e, na sequência, o material foi transcrito e, concomitantemente, pré-analisado, conforme metodologia prevista por Bardin (1977) e Fontanella et al., (2008). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Erasto Gaertner (2.419.893-CEP/HEG). Todos eles foram identificados por nomes próprios escolhidos por eles.

## Resultados

Foram entrevistados 8 pacientes, com idades entre 67 e 89 anos e todos eles resultaram em pontuação satisfatória no MEEM. A maioria era do sexo feminino (87,5%), estado civil casado (62,5%) e religião protestante (50%). A escolarização apresentou-se variada, sendo que 25% deles eram analfabetos, 25% estudaram até o ensino fundamental e outros 25% completou o ensino médio.

Sobre o trabalho que desempenhavam, 3 idosas do lar, 1 modelista, 1 empregada doméstica e 3 aposentados (técnico em refrigeração, professora e auxiliar de produção).

A partir do objetivo do estudo e baseado nos conteúdos encontrados, foram criadas três categorias temáticas que são apresentadas a seguir:

### **4.1. Percepções Acerca do Processo de Adoecimento**

#### *4.1.1. Passividade e Resignação Frente ao Adoecimento*

7 participantes apresentaram em seu discurso uma posição de passividade e de resignação frente ao processo de adoecimento, em que a ocorrência deste evento foi atribuída ao divino. Isentaram-se de pensar a respeito das possíveis causas e fatores relacionados ao surgimento da sua doença, como se esta não pertencesse a eles, como se apenas estivessem emprestando o seu corpo para um propósito divino. Acreditavam que, de modo geral, somente Deus tem o poder de decisão a esse respeito, e, se privavam da responsabilidade de movimento em busca do que desejam.

*Senhorita Alegre, 71. Cada minuto que Deus me der, eu vou viver! (...) E a gente tem que saber que lá tem um Deus na frente no controle de tudo. O que for pra levar desse mundo ou não, Ele sabe. O dia que for, Ele sabe, né?! Então eu não questiono isso; jamais, em tempo algum!*

Além disso, 3 participantes da presente pesquisa trouxeram em suas falas crenças relacionadas à aceitação de um destino, o qual acreditam que poderia ser de qualquer pessoa, adotando uma postura de distanciamento subjetivo, tendo em vista que a doença aconteceu por um acaso da vida.

Guiomar, 89. (...) *Aceitando, né?! Convivendo com outras pessoas, conversando sobre o assunto e achando que, como outros, eu também tenho problema. Então é normal!*

Os dados apresentados corroboram com o estudo de Soares, Santana e Muniz (2010), o qual também identificou nos idosos por eles entrevistados, que o câncer remete a múltiplas significações, podendo ser a de aceitação, resignação e medo, evidenciando a pluralidade dos sentimentos.

Nesse sentido, verifica-se que, essa gama de sentimentos pode acontecer de forma concomitante, em um processo de elaboração da vivência, como observado no discurso de uma das participantes, em que é expressa a “tomada de consciência” da sua co-participação no processo de adoecimento e tratamento, contudo sem deixar de acreditar que a responsabilidade pelo resultado final será sempre de uma instância superior; mesmo que o indivíduo se engaje no tratamento.

Apesar desses conteúdos e sentimentos não serem excludentes por si só, nota-se um receio por parte dos entrevistados de que, ao trazer de modo enfático sua participação ativa no processo, pudesse desviá-lo do trajeto determinado por Deus.

#### 4.1.2. *Relação com a Doença*

Identificou-se conteúdos retratando a maneira com que os idosos se relacionam com o seu diagnóstico, sendo que em 3 deles verificou-se uma descaracterização da própria doença, ainda que tivessem conhecimento sobre a existência da mesma. Esses idosos não mencionaram a palavra “câncer” durante toda a entrevista, optando por chamar de “anomalia”, “esse problema”, “essa doença”, “isso”. Vale evidenciar que apesar do câncer ser uma multiplicação das células do próprio indivíduo, é possível notar que em uma das entrevistadas, descreve a doença, como se fosse algo em várias partes do corpo.

Doralice, 70. *Tratando dessa doença do lado direito. Que é do fígado, do rim e a vesícula. (...) Eu fui operada da cabeça, né?! Eu pensei que era da cabeça! E o dr. disse que não. Então cresceu isso em mim sem eu saber.*

A resistência dos idosos em pronunciarem a palavra “câncer” pode vir de uma época em que esta ação não era permitida, tamanha comoção gerada diante do diagnóstico (Kikuchi & Jacob-Filho, 2012).

Uma relação reflexiva também deve ser registrada, em que uma das participantes se questiona sobre a possibilidade de o adoecimento ter sido evitado, demonstrando um grau de conhecimento a respeito, mesmo que ainda não utilize o termo câncer, talvez retratando uma dificuldade relacionada ao termo.

*Senhorita Alegre, 71. (...) Se, por um acaso, tivesse no nosso Estado lá um aparelho que detectasse doenças assim, eu creio que, quem sabe se tornaria mais fácil, sabe?! Porque pra lá não tem recurso. Não tem um aparelho pra detectar doenças assim.*

Repassar ao paciente diagnosticado com câncer, e seus familiares, informações claras, corretas e fidedignas, podem diminuir as dificuldades em relação à compreensão sobre a doença, seus tratamentos e efeitos colaterais possíveis. A tomada de conhecimento a esse respeito pode ser terapêutica, inclusive resultando em adesão e melhor resposta do paciente ao tratamento (Bifulco & Faleiros, 2014). Cinco participantes mostraram-se apropriados do processo de adoecimento com discurso formal e com busca constante por maiores informações e esclarecimentos.

*Guiomar, 89. Câncer de mama e pulmão. Mama já não tá mais, mas faz parte. Um passou para o outro. (...) Gosto muito de ler sobre tudo que se refere ao assunto. (...) E aí descobriram e fizeram a biópsia e descobriram que estava se tornando um câncer; necrosando internamente. Aí eu passei para cirurgia.*

#### 4.1.3. *Ressignificação do Momento Vivido*

Constituem essa categoria os discursos de 5 participantes que abordaram sobre as repercussões psíquicas após o adoecimento, como amadurecimento e aprendizado, reconhecendo terem agregado conteúdos positivos dessa experiência. Em 2 entrevistas percebe-se que os participantes resignificaram o momento vivido, e entenderam ser possível extrair dela algum aprendizado. A literatura aponta que o modo com que os idosos percebem o câncer contribui para a sua maneira de enfrentar os efeitos decorrentes, sendo



essa percepção atravessada por múltiplos fatores presentes no processo de envelhecer (Soares, Santana & Muniz 2010), como verificado na seguinte fala.

*Senhorita Alegre, 71. (...) tem horas que Deus pode se apresentar na vida da gente, assim, por meios radicais, mas que fazem com que a gente melhora. Às vezes é pra melhora da gente, sabe?! Eu acho assim! Não questiono a doença não! Faz com que a gente amadureça mais, aprenda mais, ne?! Viver melhor!*

Dar mais atenção ao cuidado com a saúde aparece como uma repercussão psíquica em 3 destes participantes, em que, na busca de viver melhor, procuraram mudar alguns dos seus hábitos.

*Guiomar, 89. Teve [mudanças], porque eu passei a ter uma vida mais cuidada. Uma alimentação, também, mais controlada, mais saudável.*

Essa postura vem de encontro com o que Bifulco e Faleiros (2014) acreditam ser necessário aos pacientes com câncer, ou seja, que se reorganizem física, emocional e socialmente, possibilitando o enfrentamento de uma etapa da vida perpassada por tratamentos e incertezas.

#### *4.1.4. Repercussões para os Familiares*

Esta categoria surge a partir do discurso de 4 participantes que trazem questões acerca de diferentes repercussões do adoecimento por câncer aos seus familiares; mudanças que lhes foram exigidas em algum momento, durante este percurso. Identificou-se o deslocamento dos filhos dos participantes para a residência destes, seja para morar ou para passar algum período do dia, propiciando cuidado, auxílio nas atividades de vida diária, mudança na rotina diária e no relacionamento, tendo em vista que estes familiares se tornaram, também, cuidadores.

*Jéssica, 68. Ela [a filha] veio pra me cuidar, agora veio pra morar. Que ela tem casa lá do lado, ne?! E ela veio cuidar de mim. E ela cuida muito bem! Ela me traz, compra o que eu preciso.*

A fala de uma participante traz, ainda, sobre outra repercussão psíquica em seus filhos, no que diz respeito à expectativa de manutenção da funcionalidade e do padrão de comportamento anterior ao câncer do familiar



adoecido. Neste caso, percebe-se que é esperado, pelos familiares, que a idosa continue saindo de casa para passear e fazer suas atividades.

Mauro, 73. *Então os filhos vêm e tiram na marra, né?! “Não! Não! Que a mãe tem que sair! A mãe tem que fazer alguma coisa!”. E inventam uma conversa lá. Daí os filhos tiram! Daí “nós sai”!*

No caso desta participante, a mesma havia relatado sobre os hábitos anteriores que envolviam sair de casa com frequência, o que pode influenciar na tentativa dos filhos de estimulá-la a manter a continuidade desta rotina. Pode-se depreender que a própria paciente, bem como seus filhos, tinha a expectativa de que a qualidade de vida estaria ligada à manutenção desta rotina.

## **4.2. Experiências Cotidianas**

### *4.2.1. Experiências para Além do Câncer*

Em 4 idosos ouvidos estava presente no discurso a existência de experiências que vão para além do câncer, ou seja, o adoecimento não aparece como sendo exclusiva fonte de sofrimento e limitações e, estavam presentes outros aspectos centrais vistos como empecilho, e conseqüentemente causando um impacto na qualidade de vida destes pacientes. Pode-se citar os relatos observados nas entrevistas que versam sobre o falecimento de uma neta, o adoecimento do marido ou mesmo a saudade sentida da comunidade em que residia antes de se mudar para o tratamento do câncer.

Norma, 67. *Sou casada, tenho três filhos, meus netos que eu amo [choro]. Desculpa eu estar chorando! Eu perdi uma neta, a mais velha.*

### *4.2.2. Sintomas bem controlados*

Crises de dor sentida como limitadora da qualidade de vida e restritivas das atividades de vida diária mostraram-se presentes no discurso de 4 participantes. Estes sintomas, quando bem controlados, favoreceram o bem-estar e a funcionalidade e melhor adaptação e aceitação do quadro clínico do idoso.

*Senhorita Alegre, 71. Na época que eu passei um pouco, assim, eu só pedia pra Deus “meu Deus, eu só quero respirar!”. (...) Secou tudo: as pernas desinchou, a barriga murchou e por causa dos gases, assim, o remédio pra gás que eu tomo, assim, depois essas coisas acabou tudo e pude respirar bem.*

Verificou-se, também, que em episódios de crise, o sofrimento se torna mais presente, podendo o idoso apresentar uma vivência simbiótica com a sua doença, desencadeando uma desvalorização dos demais níveis que compõe a vida dos sujeitos, como observado durante a entrevista com uma das participantes do estudo.

*Doralice, 70. (...) Não vejo nada, porque eu to deitada. Fico mais com os olhos fechados do que tudo.*

Sobre a sensação dor, Naime (2014, p. 103) a aponta como um dos fatores de risco para a depressão em idosos acometidos pelo câncer, junto com o *déficit* no suporte social recebido, aumento da incapacidade física e dificuldade no autocuidado. É importante que os profissionais de saúde se atentem ao controle de sintomas dos pacientes, compreendendo o impacto negativo destes sobre o bem-estar dos pacientes.

#### 4.2.3. *Ter com Quem Contar*

Dos entrevistados, 6 participantes trouxeram em sua fala a importância de se ter com quem contar durante o processo do adoecimento, auxiliando no enfrentamento desse momento vivido. Destes, 4 apontaram para o suporte recebido de seus familiares, como filhos, marido, irmão, netos, nas tarefas de casa, auto-cuidado, acompanhamento em rotinas no hospital; ou mesmo apoio sócio-emocional.

*Stella, 72. Meu irmão do coração. Ele está fazendo tudo, tudo com T maiúsculo.*

Para Costa e Araújo (2008), a percepção da rede de suporte social está entre os diferentes fatores que podem embasar a avaliação subjetiva da qualidade de vida, juntamente com estratégias de enfrentamento psicológico e *lôcus* de controle (controle pessoal sobre o comportamento). Como a perspectiva do câncer mudou, passando de uma doença inexoravelmente fatal,

a ser entendida como uma doença crônica, tem sido colocada em foco a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela mesma (Franco & Kovács, 2008), sendo de suma importância atentar-se à rede de apoio do paciente.

Uma idosa trouxe sobre a oportunidade do acesso a melhores condições de conforto ao receber, além do suporte do irmão, a ajuda de uma cuidadora que a acompanha 24 horas por dia. De modo similar, outra participante destaca o trabalho de uma diarista como benéfico para auxílio nas atividades domésticas.

O suporte institucional recebido surge na fala de 3 participantes, que ressaltaram gratidão aos profissionais pelo bom atendimento no hospital em que realizavam tratamento, corroborando com Costa e Leite (2009), que discutem sobre o papel da equipe multiprofissional enquanto facilitadora de uma melhor qualidade de vida desses pacientes, a partir da interação da equipe com respostas emocionais e comportamentais, em meio às estratégias terapêuticas.

*Senhorita Alegre, 71. Eles tratam a gente super bem: com amor, com carinho, com dedicação! Coisa que é difícil hoje em dia, né?! São muito humanos, que a gente sabe. Um coração de ouro, todos eles. E a gente tá feliz, apesar da doença, sabe?!*

#### 4.2.4. *Relação da Idade Cronológica com a Disfuncionalidade*

Apesar de historicamente a terceira idade ser relacionada com doenças e declínio da qualidade de vida, foi verificado no discurso de apenas 3 participantes a atribuição de sua condição ao seu processo de envelhecimento, como consequências advindas do avançar da idade, como maiores chances de acometimento de doenças, limitações na funcionalidade e necessidade de maior auto-cuidado.

*Senhorita Alegre, 71. (...) principalmente na minha idade, é tudo mais difícil, né. Não é igual o pessoal mais novo. Com as pessoas novas já existem os problemas de cura. Imagina o pessoal de idade igual a mim.*

Contudo se pode compreender que os sujeitos da pesquisa, em sua maioria, não têm a idade cronológica como sendo sinônimo de disfuncionalidade, nem atribuem à idade mais avançada a vivência de sua

doença. O que isso pode indicar é uma resignificação do processo de envelhecimento em si, que influenciado por diversos fatores, se apresenta como sendo uma fase de vida em que há desejo por independência e funcionalidade. Esse registro torna-se importante à medida que o envelhecer não precisa ser necessariamente, uma experiência de declínio (Neri, 2006).

#### 4.2.5. *Discurso Performativo*

Muitas vezes pode-se atribuir às palavras e pensamentos uma relação de causalidade com a realidade vivida, semelhante a crenças supersticiosas em que ao se pensar e falar sobre algo, maior será a chance de isso ocorrer de fato. Isso é denominado discurso performativo (Ottoni, 2002) e foi identificado na fala de 3 participantes, as quais procuram transparecer estarem bem, serem fortes e ativas, constante tentativa de evitarem repercussões negativas. Essas idosas aparentam entender o câncer como causador de sofrimento, mas, quando versam sobre sua própria experiência, o pensamento que surge era de que elas não podiam se entregar, deveriam se manter otimistas, para assim, melhorarem.

*Jéssica, 68. Ah, o câncer é horrível, né?! E já deu no rim, deu no baço, deu no seio, eu operei o seio, agora voltou no seio novamente; tive que tirar o seio fora. Mas tudo bem! Me sinto feliz assim mesmo.*

Aqui se ressalta a importância destes pensamentos, aparentemente esperados para quem está vivenciando uma doença grave, mas que pode configurar fonte de estresse e angústia. Isso porque, ao se colocarem em uma posição de otimismo 'a todo custo', é possível que as mesmas se sintam pressionadas para que sentimentos e emoções de tristeza não sejam vivenciados, sendo que esses são característicos a um processo de adoecimento saudável, como apontam Bifulco e Faleiros (2014).

#### 4.2.6. *Limitações Advindas do Câncer*

Todos os participantes trouxeram em seu discurso questões relacionadas a limitações advindas do adoecimento, como dificuldades no trabalho, nas atividades domésticas e no lazer, tendo-os atribuído aos

esquecimentos, fraqueza física, cirurgias, dores e a reações à quimioterapia. A esse respeito, sabe-se que o diagnóstico de câncer modifica ou mesmo restringe hábitos de vida, provocando alterações objetivas e subjetivas, com sentimentos e reações diversos, sendo necessário o uso de mecanismos de enfrentamento ao momento vivido (Trincaus & Corrêa, 2007).

*Chuko, 71. A única coisa que eu gosto de fazer é pescar, uma vez por semana, a cada dez dias, vou pescar só. Mas é só... Fora isso é só coisa rotineira: fazer compra no mercado, essas coisinhas...*

Costa e Leite (2009) pontuam que comportamentos que aumentem o bem-estar subjetivo e reduzam o possível desequilíbrio ocasionado pelo impacto do câncer podem ser produzidos no processo de enfrentamento da doença, resultando em melhor adaptação a esta e melhor qualidade de vida. Na presente pesquisa, 6 participantes referiram capacidade de desempenho em suas atividades de vida diária e demonstraram satisfação consigo mesmos por fazê-lo. Dentre estes, 2 idosas falaram da resistência de aceitarem ajuda e dependerem dos filhos.

*Mauro, 73. Os filhos ajuda, mas trabalha, né?! Tudo tem suas obrigação!*

Adotar estas estratégias do modelo SOC supracitadas significa compreender que alterações regulares de objetivos e sentido da própria vida ocorrem no curso do envelhecimento, conseqüentemente, requerendo modificações e redistribuição de recursos. Esses mecanismos podem diminuir o risco de dificuldades relacionadas à adaptação e a comportamentos disfuncionais nessa etapa e potencializar um envelhecimento bem-sucedido, uma vez que contribuem para o desenvolvimento psicológico favorável, com bem-estar, realização de objetivos pessoais, gestão de vida e personalidade (Fonseca, 2010).

É importante ressaltar que apenas 2 participantes pontuaram incapacidades mais graves, sendo que uma delas atribui às dores sentidas e a outra por diminuição de mobilidade em um dos membros inferiores.

### **4.3. Otimização Seletiva com Compensação**

#### **4.3.1. Potencial Adaptativo**

Em 7 idosos entrevistados verificou-se um potencial adaptativo, em que, diante das perdas e declínios identificados por eles, metas e domínios do funcionamento foram-selecionados, tais como fazer caminhada, pintura, leitura, música, meditação, costurar, reparos e atividades domésticas que não exigissem muito esforço físico. Os idosos selecionaram metas coerentes com seus objetivos pessoais e com seus recursos internos e externos disponíveis.

*Norma, 67. Eu não posso fazer todas as atividades, mas faço aquilo que eu posso. Sempre procuro melhorar, né. Procuro fazer o máximo que eu posso.*

Paralelamente, esses idosos referiram uma otimização das atividades por eles selecionadas, bem como a utilização de estratégias compensatórias quando não havia recursos disponíveis para serem investidos. Verificou-se uma busca por maneiras alternativas de realização das suas atividades ou novos padrões que pudessem ser alcançados com os recursos disponíveis. A esse respeito, Neri (2006) traz que funções de otimização seletiva e compensação oportunizam a maximização de ganhos e minimizar as perdas, sendo esta, uma alternativa para limitar as consequências.

*Guiomar, 89. (...) E mesmo no meu trabalho, às vezes vem rolos de tecido pra corte. Então, antigamente eu pegava os rolos, colocava em cima da mesa, abria, fazia o que tinha que fazer com ele e tal. Hoje em dia eu já não faço mais (...). Quando tem uma peça diferente e precisa montar, pelo menos precisa fazer um protótipo, que a gente chama de piloto pra costureira saber montar, então eu faço. Mas se for já meio pesado eu já não... já estou mais sossegada.*

Nesta última fala é possível verificar na prática como se dá o processo de adaptação à limitação, redirecionamento dos objetivos, bem como a maneira como as atividades ocorrem, sendo que, a essência das preferências do sujeito não se perde.

Os idosos do presente estudo, referiram maior satisfação no desempenho das atividades que lhes eram relevantes, a partir da orquestração de estratégias, ou seja, modificarem a maneira de realizar suas tarefas,

levando-se em consideração a sua capacidade naquele momento da vida, a partir dos recursos que dispunham. Estes aspectos, como nos mostra na literatura, favorecem o envelhecimento bem-sucedido ou adaptativo (Neri, 2006).

#### 4.3.2. *Ajuste de Expectativas*

Nos 7 idosos citados na categoria anterior foi observado o movimento de ajuste das expectativas pessoais em relação ao reconhecimento de limitações advindas do adoecimento para uma reorganização dos seus objetivos e investimento em atividades no contexto em que se encontravam. Essa tomada de consciência sobre os recursos reais disponíveis indicam uma maior satisfação subjetiva e controle pessoal (Freire et al., 2012).

*Guiomar, 89. Faço menos esforço agora. Era metida a carregadora de peso, hoje em dia eu já sou mais sossegada, não tenho mais esse problema. Se eu vejo que posso, eu faço, se vejo que não posso, eu não faço e pronto.*

Ao ajustar as expectativas em relação àquilo que é possível realizar dentro de suas atuais condições, os idosos tendem a diminuir o grau de frustração experimentado. Isso porque, com uma maior consciência de suas capacidades, a seleção das atividades e todo o processo que se segue têm maiores chances de ser realizado com eficácia, o que por sua vez, é fonte de satisfação pessoal.

#### 4.3.3. *História de Vida*

Observou-se em 4 participantes o modo com que agiram e percebiam as situações vivenciadas ao longo da vida, e aplicavam as suas estratégias adaptativas, e isso, vem de encontro com o exposto pela perspectiva do modelo SOC, em que o desenvolvimento psicológico é compreendido como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional que se estende ao longo de toda a vida por meio de mudanças, com ganhos e perdas concorrentes. O desenvolvimento individual é marcado por interação entre influências socioculturais e biológicas tanto previsíveis de natureza normativa, graduadas



por idade e graduadas por história, quanto não previsíveis de natureza não normativa (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Baltes, 1987).

*Stella, 72. (...) o que eu mais tenho me esforçado é de não perder a paz. (...) É, eu ouço um cd. Eu gosto muito de rezar. Acompanho “bastante” músicas, assim, dentro da minha espiritualidade que é mais na linha mística, assim. (...) Olhar só as coisas boas da vida, só os lados positivos das pessoas. Isso é o lado que eu tô tentando. Quer dizer, já é o meu estilo.*

Uma vez constatado o que já fora pesquisado por Salmazo-Silva et al. (2012) de que a vivência na velhice é um reflexo de um processo ampliado que diz respeito à história de vida de cada um, é possível refletir sobre as possibilidades profiláticas deste modelo. Incentivar os aspectos até aqui apontados para serem considerados mesmo por idosos saudáveis e ainda por pessoas que não se enquadram no envelhecimento, pode favorecer uma maior instrumentalização desses sujeitos quando se encontrarem frente a uma doença como o câncer.

## **Considerações finais**

O presente estudo verificou que os idosos com câncer têm potencial de orquestração dos mecanismos de seleção, otimização e compensação, sendo este um processo individual e contextualizado que oportuniza um envelhecimento bem-sucedido. Assim, foi possível compreender que o câncer em idosos, por si só, não é, necessariamente, gerador de disfuncionalidade e sofrimento.

Um dos pontos centrais deste estudo encontra-se na análise de que a doença por si só não impede a qualidade de vida dos idosos, mas um tratamento e cuidado que não leve em consideração as crises e sintomas, por sua vez, sim. Os sintomas, quando mal controlados, dificultam o manejo da SOC e o envelhecimento bem-sucedido. Nesse sentido, faz-se imperativo que programas governamentais de saúde acrescentem em sua ênfase, do objetivo curativo, para recursos materiais e profissionais de promoção da melhora do bem-estar e do estado funcional de idosos (Paixão & Reichenhein, 2005).

Ações que favoreçam a qualidade de vida e o bem-estar do paciente podem ser inseridas.

Propõem-se uma discussão imediata e relevante para aplicação no plano social e político, no que se refere a planejamento de políticas públicas para o envelhecimento. Para se alcançar um envelhecimento bem-sucedido, é preciso que haja incentivo público efetivo nos diferentes setores envolvidos, podendo resultar significativamente na recuperação, manutenção e promoção da saúde e do bem-estar dos idosos acometidos pelo câncer.

É importante refletir ainda sobre o papel dos profissionais de saúde no trabalho junto aos idosos com câncer sem a pré-concepção da existência de um envelhecimento do declínio e do “não há mais o que fazer”. Intervenções, adaptações e atendimentos necessários poderão ser realizados a partir de um planejamento terapêutico, estabelecendo o equilíbrio entre as limitações decorrentes do envelhecimento e do adoecimento e os benefícios advindos da orquestração dessas estratégias.

Por fim, conclui-se que o envelhecimento bem-sucedido começa muito antes do que a chegada da idade cronológica, como é um processo subjetivo, mental e prático, depende muito mais dos recursos e percursos biográficos dos sujeitos, como observado em 50% dos participantes deste estudo, do que de estratégias generalizadas e prontas a serem seguidas, que podem não se adequar às necessidades vivenciadas pelos idosos com câncer.

Como limitação da presente pesquisa, destaca-se a exclusão de participantes com limitações de fala e ou cognitivas, podendo ser ampliada a amostra em posteriores estudos. Essa ampliação pode ainda alcançar grupos maiores e estratificados, como análise do tempo de doença e do estadiamento. A investigação do modelo SOC em pacientes oncológicos de outras faixas etárias também pode contribuir para o desenvolvimento da temática.

Sugere-se também que mais investigações sejam realizadas a fim de ampliar a compreensão da utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação por idosos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e efeitos desta no envelhecimento bem-sucedido para implementar ações e favorecer este processo.

Uma das limitações quando se investiga estratégias de enfrentamento é avaliar a presença de alterações de humor que podem anular a capacidade do indivíduo em implementar tais ações. Nesse sentido, para futuras pesquisas, sugere-se a inclusão de um instrumento para verificar a presença ou ausência de sintomas de ansiedade e depressão.

## Referências

- Baltes, P. B. (1987) Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 32(5) 611-626.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Orgs.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* (PP. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Reese, H. W. & Lipsitt, L. P. (1980) Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda.
- Bifulco, V. A. & Faleiros, D. A. M. (2014) Câncer do idoso. In Bifulco, V. A. & Fernandes, H. J. (Orgs.), *Câncer: uma visão multiprofissional*. (PP. 443-466). Barueri: Minha Editora.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. & Okamoto, I. H. (2003) Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 61(3-B), 777-781.
- Carreira, L. (2007) Editorial: Estamos envelhecendo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6, 2, 145.
- Costa, P. & Leite, R. C. B. O. (2009) Estratégias de enfrentamento utilizadas em pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(4), 355-364.
- Costa, S. B. N. & Araujo, T. C. C. F. (2008) Qualidade de vida do enfermo oncológico: um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação. In Carvalho, V. A., et al. (Orgs.), *Temas em Psico-oncologia* (PP.15-19). São Paulo: Summus.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008) Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

- Franco, M. H. P. & Kovács, M. J. (2008) Pesquisa em psico-oncologia. In: Carvalho, V. A., et al. (Orgs.). *Temas em Psico-oncologia* (PP. 590-595). São Paulo: Summus.
- Freire, S. A., Resende, M. C. & Rabelo, D. F. (2012) Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em Psicologia*, 16(1), 190-210.
- Instituto Nacional do Câncer. (2016) *O que é câncer?* Rio de Janeiro. Recuperado em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- Kikuchi, E. L. & Jacob-Filho, W. (2012) O impacto do câncer no idoso com multimorbidades. In Giglio, A., et al. (Orgs.), *Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar* (PP. xviii). Barueri, SP: Manole.
- Naime, F. F. Câncer do idoso. (2014) In Bifulco, V. A. & Fernandes, H. J. (Orgs.), *Câncer: uma visão multiprofissional* (PP. 95-109). Barueri: Minha Editora.
- Neri, A. L. (2007) Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In\_\_ (Orgs.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (PP. 13- 59). Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2006) O legado de Paul Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Otoni, P. (2002) John Langshaw Austin e a visão performative da linguagem. *DELTA*, 18(1), 117-143.
- Paixão, J. R. C. M. & Reichenhein, M. E. (2005) Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.
- Salmazo-Silva, H., Lima-Silva, T. B., Barros, T. C., Oliveira, E. M., Ordonez, T. N., Carvalho, G., Almeida, E. B. (2012) Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 97-116.
- Soares, L. C., Santana, M. G. & Muniz, R. M. (2010) O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 660-667.
- Trincaus, M. R. & Corrêa, A. K. (2007) A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Revista da Escola de Enfermagem*, 41(1), 44-51.