



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Letícia Negrisoni

Sofrimento psíquico e capacidade funcional em pacientes idosos em tratamento de radioterapia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Botucatu
2018**

Letícia Negrison

**Sofrimento Psíquico e Capacidade Funcional em
pacientes idosos em tratamento de
radioterapia**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de
Botucatu, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
para obtenção do título de Mestre
em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP BIBLIOTECÁRIA
RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Negrisoli, Letícia.

Sufrimento Psíquico e Capacidade Funcional em pacientes idosos em tratamento de radioterapia / Letícia Negrisoli. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto

Capes: 40100006

1. Idoso - Doenças - Tratamento. 2. Radioterapia.
3. Stress (Psicologia).

Palavras-chave: Funcionalidade, Estresse Psicológico, Radioterapia, Idoso

FOLHA DE APROVAÇÃO

Leticia Negrisoli

Sofrimento psíquico e capacidade funcional em pacientes idosos em tratamento de radioterapia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Prof.^a Dr.^a Cristiane Lara Mendes-Chiloff

Prof.^a Dr.^a Fulvia de Souza Veronez

Botucatu, 25 de julho de 2018.

Dedico este trabalho a todos os idosos em tratamento de radioterapia, à equipe de saúde e aos meus alunos

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto pelos ensinamentos, paciência e dedicação.

À minha família que me apoiou, compreendeu, me auxiliou e me possibilitou a realização desse estudo.

À minha filha, que mesmo no seu entendimento de criança, conseguiu perceber a importância que estar no desenvolvimento desse estudo significava para mim e assim pode “emprestar” a mamãe em alguns momentos.

À Equipe de Saúde do Setor de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), que além de autorizar a minha entrada em seus espaços de trabalho me auxiliou muito em todo o processo do estudo, possibilitando meu acesso aos pacientes, aos dados, compartilhando seus saberes e suas vivências no setor e contribuindo para o meu crescimento profissional e para o engrandecimento do estudo.

À Prof.^a Dr.^a Cristiane Lara Mendes-Chiloff que me inspirou e ensinou desde o início da minha trajetória profissional, compreendeu minhas escolhas e que neste momento pode contribuir para este trabalho.

À Prof.^a Dr. Fulvia de Souza Veronez por aceitar compor a banca examinadora deste estudo.

Às minhas amigas Prof.^a Ms. Letícia Diniz Vieira e Prof.^a Ms. Ana Lucia Marcondes que me ensinaram muito com seus saberes em radiologia.

A todos que participaram deste sonho, deste momento comigo e contribuíram para a minha formação e trajetória profissional.

“O inverno é como a velhice. Tem sua beleza igualmente, exige lã, bolsa de água quente, termômetro e uma janela bem vedada. O que não queremos que entre? Maus presságios. O inverno é frio como despedida de um grande amor, mas sabemos que tudo voltará a ser ameno. Queremos que passe, temos medo que termine. Ficar sozinho volta a ser aterrorizante. O inverno é branco, é cinza, é prata. É grisalho. E, de repente, também passa. Eu queria que tudo fosse verdade, que a vida fosse assim dividida em quatro estágios que mais parecem estações do ano, mas que não acabasse, que depois do inverno viesse outra primavera, e outro verão, e outro outono, que nunca são iguais, mas sempre se repetem, sempre voltam, são tão certos quanto o sol e a lua, todo dia, toda noite. Eu queria”

Martha Medeiros

RESUMO

NEGRISOLI, L. Sofrimento psíquico e capacidade funcional em pacientes idosos em tratamento de radioterapia. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) - Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Julio de mesquita Filho” -UNESP, Botucatu, 2018.

Introdução: A população idosa cresce no Brasil e com a transição demográfica ocorrem muitas alterações, algumas no âmbito da saúde, como o aumento do aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como, por exemplo, as neoplasias. Estas têm sido cada vez mais responsáveis pelos óbitos e frequente causa de preocupação e estudos. A radioterapia é uma possibilidade de tratamento para as neoplasias e em geral, sua população atendida é principalmente composta por idosos. É comum observarmos durante o adoecimento por câncer, bem como durante os períodos de tratamento, a presença de alterações na capacidade funcional e sofrimento psíquico, neste estudo tratado como transtorno mental comum (TMC). **Objetivos:** O presente trabalho teve como objetivo principal avaliar uma população de idosos em radioterapia quanto ao sofrimento psíquico e à capacidade funcional. E como objetivos secundários observar e descrever a população estudada bem como rastrear alterações cognitivas nesta população. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal com uma população de indivíduos com 60 anos ou mais que estavam em tratamento no Serviço de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP .O período de inserção de sujeitos na pesquisa foi de 1 de abril de 2017 a 31 de agosto de 2017.Os instrumentos utilizados foram o “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ-20) para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos, e o Questionário de Atividades Funcionais (QAF) para avaliar a capacidade funcional. **Resultados:** A amostra foi composta por 82 idosos em tratamento de radioterapia e as neoplasias mais frequentes foram as de mama seguida de próstata e esôfago. A média de idade dos participantes foi de 69,3 ($\pm 6,8$) anos. A frequência de transtorno mental comum foi de 47,6% e 34,1% tinham alteração na capacidade funcional. **Conclusão:** O presente estudo pode levar a discussões sobre necessidade de preparar as equipes de saúde para a identificação de alterações psíquicas e funcionais em idosos em tratamento de radioterapia.

Palavras-Chave: funcionalidade, estresse psicológico, radioterapia, idoso.

ABSTRACT

NEGRISOLI, L. **Psychological distress and functional capacity in the elderly submitted to radiotherapy treatment.** Thesis (Master in clinical research) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Julio de mesquita Filho” -UNESP, Botucatu, 2018.

Introduction: Old age does not grow in Brazil and with a series of classes that undergo many changes, such as in the health field, such as the increase in the appearance of Noncommunicable Chronic Diseases, such as neoplasia. This was the reason why they are costed and their frequencies cause the studies. Radiotherapy is a possible treatment for neoplasms and the population served is mainly composed of elderly people. It is common to observe during cancer sickness as well as during the treatment periods the presence of alertness in the Functioning and Psychological Suffering, in this study named as Common Mental Disorder. **Objectives:** The present study aimed to evaluate a population of elderly people in radiotherapy treatment with regard to psychic suffering and functional capacity. And as secondary objectives to observe and describe the studied population as well as to track cognitive alterations in this population. **Methods:** An observation and cross-sectional analytical study was carried out. Data collecting was carried out through Self – Reporting Questionnaire (SRQ-20) for tracking mental disorder non- psychotic, Functional Activities Questionnaire (FAQ) for evaluating functional capacity of subjects. Subjects were 60 years or older and were under radiotherapy treatment during the research period from April to August, 2017. **Results:** The sample consisted of 82 elderly patients in radiotherapy treatment, the most present neoplasia in the participants of the study was breast neoplasm, prostate cancer and esophagus neoplasia. The mean age of participants was 69.3 (\pm 6.8) years. The frequency of Common Mental Disorder was 47.6% and 34.1% of elderly with altered functional capacity. **Conclusion:** The present study may lead to questions about the preparation as health team to identify psychological and functional changes in the elderly in radiotherapy treatment.

Key words: functioning, stress (psychological), radiotherapy, elderly.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Envelhecimento e sofrimento psíquico	12
2.2 A população idosa no Brasil e Saúde	13
2.3. Idosos e capacidade funcional	15
2.4. Idosos, o adoecimento por câncer e o tratamento de radioterapia	16
3. JUSTIFICATIVA	18
4. PERGUNTA PROBLEMA E HIPÓTESES	19
5. OBJETIVOS	20
5.1 Objetivo Principal	20
5.2 Objetivos Secundários	20
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
7. MATERIAIS E MÉTODOS	22
7.1 Desenho do Estudo	22
7.2 Local do Estudo	22
7.3 Participantes	22
7.3.1 Critérios de inclusão	22
7.3.2 Critérios de Exclusão	22
7.3.3 Cálculo Amostral	23
7.4 Instrumentos utilizados na coleta	23
7.4.1 Ficha de registro dos dados clínicos e sócio – demográficos	23
7.4.2 Self - Reporting Questionnaire (SRQ-20)	23
7.4.3 Questionário de Atividades Funcionais (QAF)	24
7.4.4 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	24
7.5 Procedimentos	25
7.6 Análise dos dados	26

8. RESULTADOS	27
9. DISCUSSÃO	34
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	48
APÊNDICE A	49
APÊNDICE B	52
APÊNDICE C	54
APÊNDICE D	58
ANEXOS	60
ANEXO A	61
ANEXO B	63

1 INTRODUÇÃO

A população idosa cresce no Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, 12,1% da população Brasileira tinham 60 anos ou mais, com uma projeção de crescimento para 14% em 2020.¹ Em 2050, segundo projeções, a sociedade Brasileira terá mais idosos do que crianças menores de 15 anos.²

A transição demográfica observada no Brasil está associada a diversas alterações sociais, econômicas, de atenção à saúde, entre outras, apontando para a necessidade de um olhar mais atento para esta população e suas especificidades.²

No âmbito da saúde, o envelhecimento das populações relaciona-se a uma maior incidência das neoplasias³, e conseqüentemente, a uma alteração no cenário da morbidade e mortalidade nos países.

As neoplasias têm sido, cada vez mais, responsáveis pelos óbitos.^{3,4,5} Este fenômeno pode ser explicado pelo fato de que muitas neoplasias têm incidências maiores nesta faixa etária³ e também por um aumento no número de técnicas de rastreamento e diagnóstico mais eficazes que anteriormente.

As neoplasias são um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células. O tratamento oncológico é complexo e pensado a partir de cada caso. Existem diversas intervenções possíveis que podem ser usadas isoladamente ou combinadas para a realização do tratamento.⁵

A radioterapia é uma das possibilidades de tratamento para as neoplasias e trata-se de uma técnica que utiliza radiação ionizante com o objetivo de atingir as células neoplásicas induzindo a morte celular e, desse modo, impedindo sua multiplicação.^{5,6}

A radioterapia pode vir acompanhada de sofrimento psíquico não só pelos efeitos colaterais do tratamento, mas também pelas fantasias presentes no processo de adoecimento e tratamento.^{6,7,8,9}

É muito comum observarmos durante o adoecimento por câncer e seus tratamentos, sofrimento psíquico e alteração na capacidade funcional dos indivíduos e, quando o adoecimento é observado em um idoso, a condição de envelhecimento e o modo como o indivíduo vivencia este momento da vida pode gerar uma maior fragilidade em relação ao enfrentamento da doença bem como uma alteração em sua autonomia.^{7,8}

O que observamos a partir disso, em geral, são indivíduos idosos em sofrimento físico e psíquico com um maior grau de dependência para a execução de suas atividades de vida diária gerando consequências para sua qualidade de vida e de seus familiares e cuidadores em geral.⁷

Alguns estudos mostram que a radioterapia pode ser, ainda, a causa da incapacidade funcional, independentemente de haver sofrimento psíquico. Neste contexto, a avaliação destas condições sofrimento psíquico e funcionalidade - durante o tratamento de radioterapia em idosos pode ser útil para a caracterização destas condições, com o objetivo de observar a presença de uma associação entre estas duas condições ou não.^{8,10}

Este estudo tem como tema, portanto, as diversas postulações que se fazem a partir do exposto acima. A saúde mental é de grande importância para a vida das pessoas.¹¹ Situações específicas, como os tratamentos oncológicos, exigem emocionalmente dos indivíduos acometidos.^{7,8} Muitas vezes, os doentes com diagnóstico de neoplasia já chegam ao tratamento com sofrimento psíquico evidente e, com os efeitos adversos do tratamento, pode haver intensificação deste quadro psíquico.^{10,6} As alterações das atividades cotidianas, de vida diária vivenciadas por idosos acometidos por câncer e em tratamento de radioterapia podem estar associadas ao sofrimento psíquico, já que esta não se associa somente a incapacidades e limitações físicas.⁸

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e sofrimento psíquico

O envelhecimento é uma fase do desenvolvimento humano e, como em toda fase de desenvolvimento, são observadas modificações em diversos aspectos (físico, emocional, social), num processo de construção multifatorial. Estudos atuais têm buscado traçar as principais modificações, alterações e manifestações mais presentes nessa fase.^{12,13}

Observa-se que essas alterações podem ser normais ou patológicas e estão relacionadas a fatores internos e externos ao indivíduo como a personalidade do sujeito e seu modo de lidar com o mundo, as relações familiares e sociais, condições econômicas, qualidade de vida, entre outras.¹²

Algumas dessas alterações do funcionamento do indivíduo são marcantes e muito exploradas como a maior fragilidade física e maior propensão ao desenvolvimento de doenças crônicas, declínio cognitivo, diminuição da produtividade profissional e econômica e muitas vezes um maior isolamento social em decorrência destes outros fatores anteriormente citados.^{13,14}

Alterações cognitivas, emocionais e os acometimentos físicos, bem como as alterações nas atividades de vida diária dos idosos podem estar associadas a implicações significativas na qualidade de vida dos indivíduos.^{15,16,17,18,19} por esta razão vê-se muitas vezes uma necessidade de sistematizar a investigação destas condições.²⁰

Podemos ainda observar uma maior fragilidade física e com isso um maior contato com situações de adoecimento, o que pode trazer maior angústia e sofrimento ao idoso propiciando, muitas vezes, uma intensa reflexão acerca da vulnerabilidade e terminalidade humana.¹²

É importante estudar as implicações psicológicas decorrentes das modificações no envelhecimento, muitas vezes determinantes para a escolha do estilo de vida e os modos de enfrentamento que serão utilizados pelo mesmo ao longo desta fase.^{21,22}

Muitos são os modos de enfrentamento utilizados por idosos para lidar com as adversidades da vida e o enfrentamento, em geral, ocorre centrado no problema. No caso dos

idosos adoecidos, as estratégias utilizadas se caracterizam por ações, como buscar atendimento médico e cuidados com o corpo para minimizar os problemas vividos.^{21,22}

A sabedoria e a presença familiar sempre foram apontadas como fatores que contribuem para o enfrentamento das adversidades. Porém, sabemos que nem sempre esses são fatores presentes na vida do idoso e talvez por essa razão surjam diversos estudos para entender, descrever e desenvolver modelos de intervenção que contribuam para o bem-estar físico e emocional, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso.²¹

A maior parte dos estudos psicológicos com a população idosa é centrada na identificação de sintomas depressivos, mas entendemos que a depressão, apesar da expressiva manifestação na população geral e também na população idosa, não é o único modo de expressão do sofrimento psíquico.^{22,23,24}

Muitas vezes, o sofrimento psíquico não é observado de modo estruturado e consistente para preencher critérios diagnósticos para transtornos mentais. Porém observa-se com frequência manifestações diversificadas como ansiedade, fadiga, insônia e principalmente queixas somáticas num conjunto de manifestações psíquicas que tem sido denominado Transtorno Mental Comum (TMC).²⁵

A prevalência de TMC, em geral, é alta em indivíduos que procuram serviços de saúde, porém este transtorno é subdiagnosticado pelo fato de os sintomas somáticos serem abordados apenas em seu aspecto físico da manifestação sintomática.²⁵

Os estudos de prevalência de TMC em idosos no Brasil apresentam resultados muito variados, sendo encontradas prevalências que variam de 17,9% a 55,8% dependendo das características da população estudada. Todos os estudos encontrados utilizaram-se, para identificar presença de TMC, o SRQ-20 que se constitui um instrumento de rastreio para identificação de sintomas psíquicos não psicóticos.^{25,26,27,28,29,30}

2.2 A população idosa no Brasil e saúde

O Brasil passa por um processo de transição demográfica^{2,30,31} e este fenômeno tem ocorrido rapidamente, diferente do observado em países da Europa e outros países desenvolvidos.^{32,33}

Para a região de abrangência da DRS 06, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) estima que, em julho de 2018, a população será composta por 269.191 indivíduos com 60 anos ou mais.³⁴

Figura 1- Projeção da população de idosos no Departamento Regional de Saúde 06 em julho de 2018

Projeção da população por faixas etárias quinquenais, em 1º de julho			
DRS 06 - Bauru - 2018			
Faixa Etária - Quinquenal	Homem	Mulher	Total
60 a 64 anos	39.752	44.902	84.654
65 a 69 anos	30.450	35.814	66.264
70 a 74 anos	21.418	26.924	48.342
75 anos e mais	27.441	42.490	69.931
Total da Seleção	119.061	150.130	269.191
Total Geral da População	851.576	867.385	1.718.961

Fonte: Fundação SEADE³⁴

O envelhecimento é um dos responsáveis pela alteração dos indicadores de saúde, sendo possível observar uma especificidade no perfil epidemiológico do idoso bem como uma maior utilização de serviços hospitalares exigindo maiores recursos financeiros e de saúde direcionados a essa população.^{31,34}

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa preconiza e outros estudos reforçam que a atenção a essa população seja feita de modo sistematizado e respeitando as características do envelhecimento.^{35,36}

Verifica-se, no Brasil, um aumento do número de mortes por DCNT na população geral (72% das mortes) e sabe-se que, além do alto índice de mortalidade, as DCNT podem ocasionar uma diminuição da autonomia do indivíduo bem como um impacto para a família e a sociedade,³⁴ além do impacto econômico ao país, já que as DCNT são as principais causas de internação em idosos.³⁷

As DCNT de maior impacto, seja pelo alto índice de mortalidade ou de internação, para a população de idosos no Brasil são as doenças do aparelho circulatório. Em relação às neoplasias, as taxas de internação bem como a mortalidade vêm aumentando; em 2009, a taxa de internação desta doença era de 301/100 mil habitantes e a frequência de óbitos por câncer, no ano de 2008 foi de 136.982 e 5 anos depois, em 2012 foi de 157.490 óbitos.^{37,38}

Figura 2- Distribuição da causa morte de idosos na DRS 06 no ano de 2016

Causa Básica de Morte - Capítulo	Faixa Etária do Falecido em anos - 6 faixas
	60 anos e mais
	Frequência
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	250
Causas externas de morbidade e mortalidade	351
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	53
Doenças do aparelho circulatório	2.727
Doenças do aparelho digestivo	503
Doenças do aparelho geniturinário	413
Doenças do aparelho respiratório	1.663
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	38
Doenças do sistema nervoso	291
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	36
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	498
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2
Neoplasias [Tumores]	1.611
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1.120
Transtornos mentais e comportamentais	93
Total	9649

Fonte: Fundação SEADE³⁴

A figura 2 mostra a distribuição da causa morte de idosos na DRS 06 no ano de 2016. Podemos observar que, na DRS 06, as neoplasias foram a causa básica de morte de 16,69% dos idosos falecidos em 2016 ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e das doenças do aparelho respiratório³⁴ muito análoga à situação no Brasil como um todo onde as neoplasias com o passar dos anos, têm sido cada vez mais, responsáveis pelos óbitos, ficando atrás apenas das causas circulatórias.^{3,5}

Por esta razão tornam-se de extrema importância as políticas de alerta aos primeiros sinais e sintomas da doença bem como um incentivo ao envelhecimento ativo como forma de prevenção.³⁷

2.3 Idosos e capacidade funcional

A Organização Mundial da Saúde (OMS), baseada num modelo de sujeito biopsicossocial e na importância de todas as dimensões da vida, descreveu e classificou o que chamamos de funcionalidade.³⁹ A funcionalidade de um indivíduo está diretamente relacionada à capacidade ou potencialidade do mesmo em realizar suas atividades de vida diária e de conseguir executar tarefas relacionadas aos diversos domínios descritos na Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e tais habilidades são fundamentais para proporcionar ao indivíduo uma sensação de bem-estar biopsicossocial .^{39,40}

Observa-se, muitas vezes, uma perda da capacidade funcional com a progressão da idade⁴¹ e alguns fatores podem estar associados a isto como o equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão, déficit cognitivo e idade avançada.^{42,43} Esta redução da capacidade funcional, por sua vez, pode ter uma implicação significativa, extensa e complexa na vida de um sujeito.^{39,40,41}

A capacidade funcional consiste em um novo paradigma de saúde proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).³⁶ Independência e autonomia pelo maior tempo possível são metas a serem alcançadas.³⁴

Deste modo, avaliar a capacidade funcional torna-se importante dentro da avaliação da saúde do idoso e permite o desenvolvimento de um plano assistencial mais adequado.^{34,36}

O Questionário de Atividades Funcionais (QAF) é comumente utilizado no Brasil para identificar incapacidade ou perdas funcionais em indivíduos, principalmente pela sua fácil aplicação e adaptabilidade ao contexto brasileiro.⁴⁴

2.4. Idosos, o adoecimento por câncer e o tratamento de radioterapia

O câncer muitas vezes é visto, na sociedade em que vivemos, como representante de um grave e permanente problema de saúde.⁴⁵

O adoecimento por câncer é complexo e consiste no crescimento desordenado de células e pode ser classificado como benigno ou maligno e ser considerado primário se estiver presente em seu local de origem ou secundário (metástase) quando ele atinge outro órgão, distinto do local de origem da neoplasia⁵ A doença exige tratamentos, em geral, longos e intensos que podem vir acompanhados, na maioria das vezes, de um relato de ansiedade, fadiga, alterações no desempenho das atividades de vida diária e diminuição na qualidade de vida, além de fantasias em relação ao adoecimento e a doença e alterações nas relações sociais e familiares.^{45,46}

As modalidades terapêuticas mais utilizadas para tratamento destas doenças, em geral, são a quimioterapia, realizada pela ação de fármacos, e a radioterapia, em que se utiliza radiação ionizante para o tratamento.⁵

O primeiro tratamento de câncer por radioterapia é datado de 1896 e, desde então, esta modalidade de tratamento passou por grande desenvolvimento científico e tecnológico. Embora a técnica tenha passado por intensas modificações desde o seu surgimento, como o

fracionamento de dose para tratamento buscando minimizar os efeitos nocivos da radiação, e embora a eficácia seja comprovada cientificamente, alguns efeitos biológicos são relatados com uso da radiação ionizante como meio de tratamento.⁴⁷

Um estudo prévio identificou modificações nas atividades de vida diária de pacientes submetidos a tratamento de radioterapia e associou essas alterações aos efeitos colaterais do tratamento⁷ evidenciando a importância em se estudar esta população. Um estudo pontuou a importância em se desenvolver instrumentos de avaliação geriátricas específicas para idosos com câncer.⁴⁸

3 JUSTIFICATIVA

A ideia deste estudo surgiu da atividade profissional diária da pesquisadora, que em sua atuação profissional como professora das disciplinas de Psicologia do Relacionamento Humano e Ética e Saúde para um curso de Tecnologia em Radiologia sempre sentiu falta de um material didático e/ou científico que descrevesse as nuances psicológicas, cognitivas e funcionais dos indivíduos usuários dos diversos serviços em radiologia para uso na disciplina.

Dentre os diversos setores, o setor de radioterapia sempre foi alvo de constantes inquietações dos alunos por se tratar de um setor em que o adoecimento que ocasiona tal tratamento é majoritariamente o câncer; este recheado de medos e fantasias de um modo geral.

Surge então uma curiosidade nesta pesquisadora em poder olhar para esta população e caracterizá-la quanto aos diversos aspectos da saúde psíquica e seu funcionamento global.

Sendo necessário um recorte e um delineamento para a cientificidade do processo proposto, efetuamos o recorte descrito posteriormente.

Justifica-se ainda, o estudo, pela lacuna existente na descrição da população estudada. Se olharmos para o importante papel da capacidade funcional na vida cotidiana de um sujeito, para a habilidade dos mesmos em executar atividades em diversos domínios de sua vida diária, fazem-se necessários estudos que consigam aferir, demonstrar e analisar quais fatores estariam relacionados ao surgimento ou à manutenção de alterações na capacidade funcional.

Se pensarmos ainda que, em geral, condições como o envelhecimento e o adoecimento muitas vezes são descritas na literatura como fatores que podem contribuir para alterações na capacidade funcional, torna-se relevante propor um estudo que objetiva olhar para a população idosa acometida por um adoecimento invasivo como o câncer e submetidos a um tratamento muitas vezes também invasivo como a radioterapia, afim de conhecer, descrever e caracterizar esta população quanto ao seu sofrimento psíquico, alterações cognitivas e da capacidade funcional bem como possíveis associações e relações entre estas variáveis.

4 PERGUNTA PROBLEMA E HIPÓTESES

Diante do exposto, colocam-se algumas questões.

Em uma população de idosos em tratamento de radioterapia, a frequência de idosos com alteração na capacidade funcional e com presença de sofrimento psíquico são maiores que na população geral de idosos?

Há uma associação entre alteração na capacidade funcional e sofrimento psíquico?

As hipóteses do estudo baseiam-se na prática profissional diante de populações desta natureza e construímos, portanto, a hipótese de que o adoecimento do idoso bem como o tratamento podem contribuir para o surgimento ou a manutenção do sofrimento psíquico desta população, e por isso fazemos a hipótese de que nesta população pode haver uma maior frequência deste fenômeno.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Principal

Conhecer, descrever e caracterizar uma população idosa acometida por câncer e submetida à radioterapia quanto ao seu sofrimento psíquico e capacidade funcional.

5.2 Objetivos Secundários

- a) Descrever as características sociodemográficas e clínicas (local da neoplasia,) dos participantes da pesquisa.
- b) Rastrear alteração cognitiva.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com anuência da instituição proponente, tendo sido autorizada sua execução (APÊNDICE A).

Os participantes convidados a participar do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e foram incluídos após consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

7 MATERIAIS E MÉTODOS

7.1 Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo observacional, analítico e transversal.

7.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no Setor de Radioterapia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

O setor realiza tratamentos para controle de doenças oncológicas e de queloides e atende toda a demanda do hospital das clínicas para o procedimento além de atender pacientes advindos de toda a DRS 06

O setor conta com uma equipe composta por médicos radioterapeutas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, físico, tecnólogos em radiologia, técnicos em radiologia, nutricionista e assistente social. O setor também é campo de estágio para a formação de profissionais no nível técnico e superior.

7.3 Participantes

7.3.1 Critérios de inclusão

Ter 60 anos ou mais.

Estar em tratamento de radioterapia curativo e/ou paliativo de uma doença oncológica no período de inclusão de participantes no estudo (1 de abril de 2017 a 31 de agosto de 2017).

7.3.2 Critérios de Exclusão

Estar em tratamento de radioterapia sem ter uma doença oncológica.

7.3.3 Cálculo amostral

No período de 1 de abril de 2017 a 31 de agosto de 2017, realizamos um levantamento junto ao setor de radioterapia do HCFMB verificando a frequência dos pacientes em tratamento registrada em prontuário e pudemos observar que, neste período, passaram por tratamento de radioterapia no setor 254 indivíduos. Destes, 157 eram idosos.

Com base nestas informações, realizamos o cálculo amostral. Para nível de confiança de 90% e erro amostral de 5% a amostra foi de 100 idosos, porém durante este período foi possível incluir 82 participantes no estudo que preenchiam os critérios de inclusão utilizados.

7.4 Instrumentos utilizados na coleta de dados

7.4.1 Ficha de registro dos dados sociodemográficos - (ANEXO B)

Para melhor compreensão da população estudada, elaborou-se uma ficha de registro.

7.4.2 Self - Reporting Questionnaire (SRQ-20) - (APÊNDICE B)

Neste estudo, consideramos “sofrimento psíquico” a presença de TMC no idoso e para obter a frequência desta manifestação, utilizou-se o “Self- Reporting Questionnaire” (SRQ-20) elaborado por Harding *et al.* (1980) e validado para uso no Brasil para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos.^{50,51}

O instrumento constitui-se num questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos composto por 20 questões sendo que sua pontuação varia de 0 a 20 pontos.

O teste de acurácia diagnóstica do instrumento indicou efetividade do instrumento para rastreio dos TMC e por meio do cálculo da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos, determinou-se uma nota de corte de 7 ou mais pontos, sendo que cada resposta afirmativa vale um ponto.⁵¹

Sendo assim, indivíduos com 7 ou mais respostas afirmativas compõem o grupo dos indivíduos com maior probabilidade de ter TMC.⁵¹

7.4.3 Questionário de Atividades Funcionais (QAF) - (APÊNDICE C)

Para avaliação da capacidade funcional, utilizou-se o Questionário de Atividades Funcionais (QAF) desenvolvido por Pfeffer et al. (1982).⁵² e validado para uso na população idosa no Brasil por Dutra (2014).⁵³

O instrumento é constituído por 10 itens a serem respondidos preferencialmente por seu acompanhante, e que aferem a capacidade do indivíduo em realizar suas atividades cotidianas. As respostas possíveis são as mostradas na figura 3.

Figura 3 - Pontuação do Questionário de Atividades Funcionais

Pontuação QAF	
Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

Fonte: Pfeffer *et al.*⁵²

A pontuação do teste varia de 0 a 30 pontos e o estudo de validação do instrumento nos sugere a partir da sensibilidade e especificidade estabelecidas que a pontuação de corte deve ser 6.⁵³

Sendo assim, indivíduos com pontuação ≥ 6 são considerados indivíduos com alteração de sua capacidade funcional.⁵³

7.4.4 Mini Exame do Estado Mental (APÊNDICE D)

Para rastrear alterações cognitivas, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).⁵⁴

O MEEM é constituído de 10 itens que avaliam orientação (temporal e espacial), memória imediata e de evocação, atenção e cálculo, linguagem, funções executivas e habilidade visuoespacial.

O escore total pode variar entre 0 e 30 pontos.

Para a ponderação dos resultados optamos por utilizar as sugestões para uso do MEEM no Brasil realizadas por Brucki et. al ⁵⁵ já que esta versão nos possibilitou uma ponderação de acordo com a escolaridade. Os escores de corte utilizados foram: 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo, 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo, 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo, 29 pontos para aqueles com 12 ou mais anos de estudo.⁵⁵

O rastreio de alterações cognitivas foi inserido no estudo apenas para controle desta variável, já que alterações cognitivas são frequentemente associadas a alterações na capacidade funcional.⁵⁶

7.5 Procedimentos

Foi realizado inicialmente contato com o responsável pelo setor e, após autorização do mesmo bem como da instituição e do comitê de ética, iniciou-se o estudo.

Foram convidados a participar do estudo os idosos que estavam recebendo tratamento de radioterapia nos dias programados para a coleta; estes eram convidados a participarem do estudo no momento em que chegavam para realizar o tratamento e a coleta dos dados foi realizada sempre após a submissão do paciente ao tratamento de radioterapia*.

Após informação e consentimento, procedeu-se com a coleta dos dados. Os dados foram coletados pela autora do estudo conforme orientação de aplicação dos instrumentos descritos acima, e digitados no Excel® e posteriormente transferidos para o software SPSS Statistics® 22.0 para análise estatística.

* As coletas foram realizadas sempre após as sessões de radioterapia para não atrapalhar a rotina do serviço.

7.6 Análise dos dados

As variáveis categorizadas foram apresentadas em forma de valores brutos e relativos. As variáveis contínuas foram apresentadas em forma de medidas de tendência central: médias e desvios-padrões (se distribuição normal dos dados) ou medianas e intervalos interquartílicos (se distribuição não normal). As comparações das médias foram realizadas por meio do Teste t de Student e as associações entre as variáveis categorizadas, por meio do teste do qui-quadrado. Utilizou-se o coeficiente de Pearson para a correlação de dados com distribuição normal. O nível de significância estatística utilizado foi de 0,05.

8 RESULTADOS

Durante o período de coleta passaram por tratamento de radioterapia no local do estudo 254 pacientes e destes, 157 eram idosos o que representa 61,8% dos pacientes em tratamento. Na tabela 1, os aspectos sociodemográficos e clínicos foram descritos.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas e clínicas da população estudada em relação ao sexo, escolaridade e neoplasias (N=82)

Escolaridade	N(%)
0	8(9,8)
1-4	29(35,4)
5-8	39(47,6)
9-11	4(4,9)
≥ 12	2(2,4)
Sexo	N(%)
Feminino	40(48,8)
Masculino	42(51,2)
Tipo de Neoplasias	N(%)
Mama	29(35,3)
Próstata	16(19,5)
Esôfago	16(19,5)
Cabeça e Pescoço *	12(14,6)
Reto	5(6,0)
Pulmão	4(4,8)
Coluna	2(2,4)
Abdômen	1(1,2)
Face	1(1,2)
Colo de útero	1(1,2)
Pele	1(1,2)
Estômago	1(1,2)
Crânio	1(1,2)
Quadril / Metástase	1(1,2)
Úmero/ Metástase	1(1,2)

Fonte: material elaborado pelo autor. * Neoplasias da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, laringe, cavidade nasal e seios perinasais, glândulas salivares e tireoide.

A amostra foi constituída por 82 participantes dos quais 51,2% eram do sexo masculino e 48,8% do sexo feminino.

No que diz respeito à escolaridade, 45,2% tinham escolaridade de até 3 anos de estudo, 47,6% entre quatro e oito anos de estudo e 7,3% possuíam 9 ou mais anos de estudo. Estatisticamente, não houve diferença significativa entre a distribuição dos níveis de escolaridade por sexo ($p=0,7$).

As neoplasias mais frequentes na amostra foram as de mama (35,3%) seguidas das neoplasias de próstata (19,5%) e esôfago (19,5%). Logo em seguida vêm as de cabeça e pescoço (neoplasias da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, laringe, cavidade nasal e seios perinasais, glândulas salivares e tiróide) representando 14,6% dos casos, seguidos do câncer de reto (6%), pulmão (4,8%) e coluna (2,4%).

Quanto às características do adoecimento e tratamento, mapeamos a população estudada quanto ao acometimento oncológico, buscando saber se o câncer é primário ou secundário (metástase), se estavam em tratamento curativo ou paliativo, se foram acompanhados por um cuidador no momento da coleta de dados, se informaram (ou havia registro em prontuário) de já ter realizado tratamento em saúde mental (psicologia e/ou psiquiatria) prévio e/ou concomitante à radioterapia. O número de óbitos ocorridos durante o período de coleta na população estudada também foi registrado.

Tabela 2- Mapeamento das características de adoecimento e tratamento da população estudada (N=82)

Característica	N (%)
Câncer Primário	80(97,56)
Metástase	2(2,43)
Em cuidados paliativos	3(3,65)
Tinha acompanhante no momento da coleta	18(21,95)
Tratamento em saúde mental prévio ou durante o tratamento de radioterapia	10(12,19)
Óbito	8(9,75)

Fonte: material elaborado pelo autor

Foi observado que dois idosos apresentavam uma neoplasia metastática enquanto 80 estavam em tratamento de câncer primário, três estavam em tratamento paliativo e os outros 79 (96,34%) estavam em tratamento curativo; 12,19% destes idosos relataram já ter efetuado ou estar em tratamento em Saúde Mental.

Na coleta de dados, 21,95% estavam acompanhados de um cuidador no momento da coleta.

Houve oito (9,75%) óbitos no período do estudo.

Tabela 3- Medidas de tendência central das variáveis contínuas – idade, escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Questionário de Atividades Funcionais (QAF) e do “Self- Reporting Questionnaire” (SRQ-20)

	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Idade	69,3(±6,8)	60	87
MEEM	20,7(±5,4)	6	29
SRQ-20	6,9(±4,1)	1	17
QAF	5,0(±6,2)	0	27
Escolaridade	4,3(±3,0)	0	12

Fonte: material elaborado pelo autor

A média de idade dos participantes do estudo foi de 69,3(±6,8) anos sendo que o participante com menor idade no estudo tinha 60 anos e o sujeito com maior idade no estudo tinha 87 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade, considerando sexo ($p=0,9$).

Já no SRQ-20 a média de pontos foi de 6,9(±4,1) sendo que a pontuação mínima obtida foi 1 e a máxima, 17.

Nos resultados obtidos a partir do Questionário de Atividades Funcionais, a média de pontos foi de 5 (±6,2) pontos, sendo a pontuação mínima de 0 e máxima de 27.

A média de pontos obtidos no MEEM foi de 20,7(±5,4) pontos sendo que o menor resultado obtido no teste pelos participantes foi 6 e o maior, 29 pontos.

A média de anos de estudo da amostra foi de 4,3(±3,0).

Tabela 4- Distribuição dos escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), do Questionário de Atividades Funcionais (QAF) e do “Self- Reporting Questionnaire” (SRQ-20) entre os sexos dos participantes.

		Sexo		Total	p*
		Masculino	Feminino		
MEEM	Normal	10(12,2%)	4(4,8%)	14(17%)	0,17
	Alterado	32(39%)	36(44%)	68(83%)	
QAF	Normal	28(34,1%)	26(31,7%)	54(65,8%)	0,9
	Alterado	14(17,07%)	14(17,07%)	28(34,1%)	
SRQ-20	Normal	22(26,8%)	21(25,6%)	43(52,4%)	1,0
	Alterado	20(24,4%)	19(23,2%)	39(47,6%)	

Fonte: material elaborado pelo autor. * Teste do qui-quadrado

Observou-se que 47,6% obtiveram resultados alterados no SRQ-20, sendo que destes, 24,4% eram do sexo masculino e 23,2% do sexo feminino.

No QAF dos 34,1% com respostas alteradas 17% era do sexo feminino e 17% do sexo masculino.

Já no MEEM, dos 83% com resposta alterada, 39% eram do sexo masculino e 44% do sexo feminino.

Não se observou diferença estatisticamente significativa em relação à distribuição dos entrevistados nos diferentes grupos, considerando sexo e escores do MEEM, QAF e SRQ-20.

Tabela 5. Resultados Mini Exame do Estado Mental (MEEM), do Questionário de Atividades Funcionais (QAF)

		QAF		Total
		Normal	Alterado	
MEEM	Normal	14	0	14
	Alterado	40	28	68
	Total	54	28	82

Fonte: material elaborado pelo autor

Observamos na tabela 5 que todos os idosos que apresentaram alteração no QAF (28) também apresentaram alteração no MEEM, deste modo conseguimos visualizar que 34,1% da

amostra apresentaram ao mesmo tempo resultados sugestivos de alteração cognitiva e funcional.

Pensando a relevância deste dado e a implicação que essas duas alterações em conjunto podem ocasionar como a redução da autonomia e uma conseqüente maior dependência de cuidados, analisamos separadamente as alterações cognitivas deste grupo de 28 idosos para verificar as áreas de maior dificuldade desses idosos com maior prejuízo global.

Quadro 1- Mapeamento dos resultados brutos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) por função cognitiva para idosos com resultado alterado dos testes Mini Exame do Estado Mental (MEEM), do Questionário de Atividades Funcionais (QAF) (N=28)

Idosos	Orientação (Temporal e Espacial)	Memória	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Execução	Cópia	Total (30)
I 1	5	3			2			10
I 2	8	3	2		2			15
I 3	3	3		1	3			10
I 4	8	3		3	3	3	1	21
I 5	10	3		3	3	4		23
I 6	5	3		2	2	1		13
I 7	5	3			2			13
I 8	5	3		1	2			11
I 9	5	3		2	2	1	1	14
I 10	5	3		1	2	1		12
I 11	5	3			2	1		11
I 12	7	3	3		2	5	1	21
I 13	9	3			3	5		20
I 14	7	3		2	3	3		18
I 15	3				2	1	1	7
I 16	7	3		3	3	3		19
I 17	1	3			2			6
I 18	8	3	1	3	3	3		21
I 19	5	3		1	1			10
I 20	10	3	1	1	3	4		22

I 21	6	3	2	2	3	3	1	20
I 22	9	3		1	3	5	1	22
I 23	10	3		3	3			19
I 24	9	3		3	3	3		21
I 25	3	3		1	3	2		12
I 26	9	3	2		2			16
I 27	9	3			3	2	1	18
I 28	7	3	3		2	5		20

Fonte: material elaborado pelo autor

No quadro acima apresentamos integralmente o desempenho desse grupo de idosos (28) destacando as funções cognitivas que os indivíduos não pontuaram para que seja possível visualizar as áreas de maior prejuízo para os mesmos.

Tabela 6- Correlações entre os escores dos instrumentos utilizados (Mini Exame do Estado Mental (MEEM), do Questionário de Atividades Funcionais (QAF) e do “Self - Reporting Questionnaire” (SRQ-20)

	Coeficiente de correlação de Pearson	p
SRQ-20*MEEM	-0,55	<0,001
SRQ-20*QAF	0,64	<0,001
MEEM*QAF	-0,70	<0,001

Fonte: material elaborado pelo autor

Foram efetuados os Testes de Correlação de Pearson para verificar possíveis correlações entre os resultados obtidos no SRQ-20 e MEEM; SRQ-20 e QFA; MEEM e QFA.

Os testes de correlação entre os resultados obtidos através dos instrumentos SRQ-20 e MEEM apresentaram correlação de Pearson -0,55.

Para os resultados obtidos através do SRQ-20 e QFA a correlação de Pearson foi de 0,64.

Já os resultados do QFA e MEEM apresentaram correlação de Pearson - 0,7.

Portanto, observaram-se correlações moderadas entre as distribuições dos escores dos instrumentos utilizados.

9 DISCUSSÃO

Em relação à população estudada, quanto à escolaridade, foi observado que a média de anos de estudo foi de 4,3 anos, abaixo da média da população brasileira idosa. Dados do IBGE mostram que a média de anos de estudos entre idosos no Brasil é de 6,7 anos e que 19,3% da população idosa tem oito anos ou mais de estudo. Também de acordo com o IBGE, 39% dos idosos são analfabetos no Brasil e no presente estudo 9,8%, sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos, o que é diferente do ocorrido na população idosa brasileira em que se observa maiores taxas de analfabetismo entre mulheres idosas.³

O tipo de neoplasia mais frequente nesse estudo foi a de mama seguido de próstata e esôfago. Na população geral brasileira, o câncer de pele é o mais frequente, seguido de mama e próstata, porém no nosso estudo o número de idosos com câncer de pele foi baixo, isso ocorre pelo fato de nossa amostra se restringir apenas a idosos em tratamento de radioterapia e a radioterapia não ser tratamento de escolha para câncer de pele.⁵⁶

Observamos no nosso estudo uma frequência de TMC (aqui denominado de “sofrimento psíquico”) de 47,6%. Não existem estudos no Brasil de prevalência de TMC nesta população para que seja possível uma comparação, o que nos mostra a importância de olharmos para essa população já que se trata de uma frequência alta (quase metade da amostra) e ainda assim encontramos essa lacuna teórica.

A alta frequência de TMC nesta população nos chama a atenção pela implicação que esta apresentação pode ter na vida de um idoso como um aumento das manifestações ansiosas, menor capacidade de resiliência diante dos acontecimentos da vida, aumento da sensação de angústia e das somatizações entre outras.^{24,25,28}

O TMC se manifesta por meio de sensações de ansiedade, fadiga, insônia e principalmente queixas somáticas^{25,27} que, para um idoso adoecido e em tratamento, pode se misturar às sensações vivenciadas a partir do adoecimento e também dos efeitos do tratamento.^{7,57}

O modo de enfrentamento do idoso vai variar de acordo com as suas características pessoais, de personalidade, mas também de acordo com fatores externos como o modo como é acolhido e amparado em seu adoecimento e sofrimento.^{21,22}

O saber e a presença da família sempre foram apontados como fatores de proteção ao sofrimento psíquico e também como fatores que favorecem o enfrentamento à doença.^{21,22}

Apesar de não ser objetivo deste estudo olhar para o enfrentamento, pela alta frequência de sofrimento psíquico na amostra podemos levantar uma hipótese de que os mecanismos de enfrentamento à doença e ao adoecimento não têm sido (para a maioria) efetivos em minimizar o sofrimento.

Ao nos depararmos com estes resultados, é possível realizar uma reflexão ainda sobre a importância do acolhimento, do preparo das equipes de saúde para lidar com pacientes fragilizados (tanto fisicamente quanto psiquicamente) e também da importância de se olhar para o cuidador como alguém que pode ser parceiro neste momento de cuidado. Esta importância em se ter equipes treinadas e a existência de protocolos específicos ao cuidado do idoso principalmente idosos adoecidos ou institucionalizados também já foi evidenciado por outros autores^{34,35,36} bem como a importância do cuidador e da família para o processo de tratamento e cuidado em geral.^{21,34}

Estimamos ainda a prevalência de alteração na capacidade funcional, pois nos interessava compreender se a população estudada, além de apresentar sofrimento psíquico, tinha prejuízo em suas tarefas de vida diária e autocuidado e se esses idosos eram dependentes de cuidados e aferimos que 34,1% da amostra apresentou indícios de alteração na capacidade funcional.

Quando buscamos estudos de prevalência da alteração de capacidade funcional em idosos pudemos observar que, nos estudos encontrados, a prevalência de idosos com alteração da capacidade funcional também dependia do recorte do estudo, e não encontramos estudos com a população aqui estudada, o que faz com que não possamos comparar as taxas de prevalência.^{41,42,46}

Porém é possível verificar na literatura alguns fatores de risco para alteração da capacidade funcional como aumento da idade, fragilidade física e alterações cognitivas.^{41,46} Nossa amostra foi composta por indivíduos idosos com um agravamento da saúde e alterações cognitivas o que poderia contribuir para essa frequência de 34,1% já que estas são as condições apontadas como fatores de risco e agravamento para alteração na capacidade funcional.^{41,46}

Observamos uma contradição nestes resultados; 34,1% da amostra teve indícios de dificuldades na sua funcionalidade, o que em geral reflete na sua capacidade de autonomia, de autocuidado, de realizar sozinho, de modo independente, suas atividades cotidianas e de

locomoção. Porém, apesar do observado, também pudemos aferir que apenas 21,95% da amostra tinham um acompanhante no momento da coleta.

Seriam interessantes outros estudos que pudessem olhar com maior profundidade esta relação do paciente com seu cuidador. Olhar para a percepção que os familiares, cuidadores e a própria equipe de saúde têm para a funcionalidade do paciente. Será que é possível no cotidiano do cuidado em saúde observar (sem o auxílio de instrumentos sistematizados) as dificuldades apresentadas por esses idosos?

Pode ser que estas dificuldades e alterações não sejam tão evidentes, principalmente no início das mesmas, e deste modo o idoso permanece por um tempo, ainda que com dificuldade, efetuando suas atividades de vida diária sem auxílio, seja da equipe de saúde ou da família, e muitas vezes de modo não efetivo.

A Política Nacional de da Saúde da Pessoa idosa preconiza que a atenção a esta população precisa ser feita de modo integral e respeitando as características do envelhecimento³⁵. Seria interessante se pudéssemos então instrumentalizar as equipes de saúde e sistematizar a atenção a estes idosos.^{34,48}

No setor de radioterapia em que o estudo foi realizado, 61,8% dos pacientes em tratamento no período do estudo eram idosos, tornando necessário, portanto, a implementação e sistematização de práticas que sejam direcionadas especificamente a esta população.

A avaliação cognitiva inicialmente foi pensada nesse estudo apenas para controle das variáveis que queríamos observar (TMC e funcionalidade) já que encontramos descritas associações das mesmas com a função cognitiva.^{23,24,25} porém, ao aplicar o MEEM, encontramos uma alta frequência de rastreo positivo na amostra (83%).

Apesar deste alto índice, não podemos inferir que estes sujeitos tinham algum tipo de entidade nosológica específica²⁴, mas conseguimos identificar que tais idosos possuíam uma alteração na capacidade cognitiva e ainda ter pistas de quais domínios cognitivos estavam mais alterados, acarretando maior prejuízo ao seu funcionamento.

O estudo nos permitiu verificar que as funções cognitivas de maior prejuízo para os idosos que participaram deste estudo foram atenção e cálculo, memória de evocação e função executiva. Alterações no domínio destas funções podem prejudicar o funcionamento do idoso de diversos modos, desde impedindo muitas vezes a execução de tarefas que antes eram feitas até uma dificuldade de socialização dependendo da gravidade da alteração.^{58,59} Quando identificada alteração intensa num teste de rastreo, é importante o encaminhamento para

especialistas que consigam avaliar com maior complexidade o impacto destas funções na capacidade funcional do idoso.⁶⁰

Não podemos afirmar que o adoecimento por câncer, bem como o tratamento de radioterapia, está associado ao aparecimento ou manutenção de tais alterações já que apesar de alguns estudos voltados ao entendimento das alterações cognitivas em idosos com câncer, nenhum deles é conclusivo quanto a esta questão^{59,61} e já que a cognição é uma função psíquica complexa e seus acometimentos e alterações também.^{19,62,63}

Não é possível também uma generalização dos resultados obtidos neste estudo pelas suas próprias características, embora possamos pensar na importância de novos estudos que investiguem profundamente as questões apresentadas.

Além da alta prevalência de idosos com alteração cognitiva na amostra estudada, o que nos chama a atenção é que, se observamos os resultados cruzados do MEEM e QAF, temos uma situação peculiar. Todos os idosos que apresentaram alteração em sua capacidade funcional também apresentaram alterações cognitivas, o que correspondeu a 34,1% da amostra, ou seja, 34,1% dos idosos da população estudada apresentou ao mesmo tempo indicação de alteração cognitiva e de sua capacidade funcional. Por se tratarem de instrumentos de rastreio, não podemos confirmar a presença de sinais e sintomas patológicos^{24,63,64} mas podemos dizer que este grupo específico de idosos encontrado no estudo possui uma alteração global de seu funcionamento e, portanto, de sua autonomia e autocuidado, sem contar que juntas essas duas alterações intensificam uma suspeita de processo demencial no idoso e, portanto, exigiria ações de investigação diagnósticas mais complexas.^{60,63,64}

Este grupo específico de 28 idosos (34,1%) necessitou de um olhar mais específico para análise. Identificamos um prejuízo maior das funções de atenção e cálculo, memória de evocação e função executiva como na amostra total, porém observamos que este grupo de idosos apresentou prejuízo intenso também para percepção, além de uma média de pontuação menor para orientação espacial e temporal. Tais alterações podem estar contribuindo para o declínio na capacidade funcional já que essas funções são primordiais para que o idoso consiga preservar sua autonomia e autocuidado.⁶⁵

Esse estudo não objetivou verificar a influência que tais alterações podem ter sobre o autocuidado e a adesão ao tratamento, porém seria interessante estudar tais questões nesta população já que as mesmas em geral estão relacionadas a uma maior dependência do idoso em relação ao cuidado geral e da saúde e as diversas implicações que isso pode gerar ao idoso de modo geral e à sua qualidade de vida, ao tratamento, aos serviços de saúde, entre outras.⁶⁵

Além de olharmos para estas variáveis de modo independente, também buscamos compreender se as mesmas se associam entre si e de que modo isso ocorre na população estudada.

Pudemos observar uma correlação positiva entre os resultados obtidos a partir do SRQ-20 e QAF demonstrando uma correlação moderada entre essas duas variáveis.

Pudemos perceber que TMC (sofrimento psíquico) e capacidade funcional se correlacionaram nesse estudo. Quanto mais alterada as questões afetivas, maior foi o prejuízo na funcionalidade. A correlação encontrada foi moderada, isso talvez pelo fato de tanto alteração na capacidade funcional quanto sofrimento psíquico serem manifestações complexas e multicausais possibilitando que as duas variáveis se associem entre si, mas também tenham relação com outras variáveis.^{19,62,63}

Isto é demonstrado nesse estudo pela associação também encontrada entre essas duas variáveis e a cognição. Os resultados no MEEM tiveram uma correlação negativa com os resultados obtidos no QAF, ou seja, quanto maior a pontuação do MEEM (cognição mais preservada) menor a pontuação no QAF (menor alteração da funcionalidade) e os resultados do SRQ-20 e do MEEM também apresentaram uma correlação de negativa o que nos permite dizer que nesta população quanto menor foi a pontuação no MEEM (maior alteração da cognição) maior foi a pontuação no SRQ-20 (maior indicativo de presença de TMC).

Pudemos observar ainda que a alteração da capacidade funcional, apesar de se associar à presença de sofrimento psíquico se mostrou mais fortemente associada à alteração da cognição já que além do índice de correlação observamos que todos os idosos que apresentaram alteração no QAF apresentaram também resultados alterados no MEEM.

Entendemos que o estudo possui algumas limitações e que por esta razão não é possível uma generalização dos resultados. Trata-se de um estudo de um único centro, uma amostra pequena e de conveniência e ainda não pudemos controlar todas as variáveis como o estado psíquico dos idosos antes do tratamento radioterápico para entender o funcionamento basal do indivíduo, suas características de personalidade e de funcionamento psíquico e social, a percepção da doença e do tratamento, a submissão dos mesmos a tratamentos prévios ou concomitantes ao tratamento radioterápico seja ele medicamentoso ou de outra natureza, condições econômicas ou socioculturais dos sujeitos de causalidade linear já que a apresentação alterada do psiquismo é multicausal, talvez sejam necessários estudos qualitativos que consigam aprofundar tais questões e observar o indivíduo e o processo de adoecimento e

tratamento como um todo para melhor compreensão das características encontradas nesse estudo.

Apesar das limitações apresentadas, a partir deste estudo pudemos caracterizar a população estudada e perceber a importância de se olhar para esta população bem como a importância em preparar as equipes que atuam nos diversos setores de radioterapia para conhecer as características psíquica, cognitiva e funcional dos idosos em tratamento e assim poder implementar ações específicas para a população idosa. Pensamos ainda que, dado os resultados apresentados, torna-se necessário um preparo de toda a equipe de saúde para poder conhecer e rastrear tais alterações sendo possível assim possibilitar uma atenção mais específica ao idoso melhorando a qualidade da atenção em saúde e possibilitando encaminhamentos dos idosos para tratamento especializado quando necessário.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu aos seus questionamentos iniciais. Pudemos caracterizar e descrever acima as características referentes ao sofrimento psíquico e capacidade funcional da população estudada, possibilitando-nos um maior conhecimento acerca dessa população. A partir das associações e correlações entre as variáveis pudemos confirmar a hipótese inicial de relação entre sofrimento psíquico e alteração na capacidade funcional além de conseguirmos observar uma relação entre alteração cognitiva e alteração da capacidade funcional, como era já cristalizado por estudos anteriores.

Pudemos ainda identificar que adoecimento e alteração na funcionalidade com diminuição da autonomia do paciente são fatores que podem estar relacionados ao desenvolvimento de TMC e conseqüente sofrimento psíquico já que alteração da capacidade funcional se associou positivamente a sofrimento psíquico e já que nossa prevalência de TMC foi superior ao encontrado nos estudos de base populacional com idosos.

Pretendemos assim realizar uma apresentação dos dados obtidos no setor em que o estudo foi realizado bem como propor um treinamento dos membros da equipe para identificação e rastreamento de sinais de alteração emocional, cognitiva e funcional dos idosos em tratamento para que se estabeleçam maiores possibilidades de identificação e encaminhamento para aqueles que necessitarem.

Será possível ainda a produção de materiais didáticos para ensino tanto educacional como de formação continuada de profissionais que atuem na área. E esperamos que o material apresentado possa ser um diferencial no preparo de profissionais da saúde, que conhecendo melhor a população atendida, possam oferecer um atendimento eficaz e satisfatório ao idoso, promovendo bem-estar e promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. CARVALHO Bezerra, Fernanda. et al. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.1,p.155-167, 2012.
2. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. 2014.
3. BIVAR, W. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE. **Censo Demográfico**, 2010.
4. FUNDAÇÃO SEADE. **Distribuição da cauda morte de idosos no Brasil**. 2016. <http://produtos.seade.gov.br/produtos>. Acesso em 25/05/2018.
5. INCA. **ABC do Cancer: abordagens básicas para o controle do cancer**, 3.ed, Rio de Janeiro, 2017.
6. OKUNO, Emico; YOSHIMURA, Elisabeth Mateus. **Física das Radiações**. Oficina de Textos, 2016.
7. POIRIER, Patrícia. Factors affecting performance of usual activities during radiation therapy. **Oncology nursing forum**. 2007.
8. PETRI, Suzanne; BERTHELSEN, Connie B. Lived experiences of everyday life during curative radiotherapy in patients with non-small-cell lung cancer: A phenomenological study. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 10, n. 1, p. 29397, 2015.
9. PURCELL, Amanda et al. A multidimensional examination of correlates of fatigue during radiotherapy. **Cancer**, V.116, n.2, p.529-537, 2010.
10. LEON, Steven P.; FOLKERTH, Rebecca D.; BLACK, Peter McL.

11. Microvessel density is a prognostic indicator for patients with astroglial brain tumors. **Cancer**, v. 77, n. 2, p. 362-372, 1996..
12. MCDAID, David;PARKE,A-La. Investing in mental health and well-being:finding from the DataPrev project. **Health promotion international**. V.26,n. suppl_1,p.i108-i139,2011.
13. PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. Artmed Editora, 2013.
14. FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.
15. CHARLES, Susan Turk. Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. **Psychological bulletin**, v. 136, n. 6, p. 1068, 2010.
16. ONG, Anthony D.; BERGEMAN, Cindy S.; BOKER, Steven M. Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. **Journal of personality**, v. 77, n. 6, p. 1777-1804, 2009.
17. SILVA, Carolina Andrea Muñoz; ORELLANA, Pedro Antonio Rojas; NASSR, Gabriel Nasri Marzuca. Avaliação do estado funcional de idosos com dependência moderada e severa pertencentes ao Centro de Saúde Familiar. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 76-83, 2015
18. NAQVI, Raza et al. Preventing cognitive decline in healthy older adults. **Canadian Medical Association Journal**, v. 185, n. 10, p. 881-885, 2013.
19. COLLETTE, Fabienne,; SALMON, Eric. Executive Functioning and brain networks. **Revue de Neuropsychologie**, V.6, N.4, P.256-266,2014.

20. MORLEY, John E. et al. Brain health: The importance of recognizing cognitive impairment. An IAGG consensus conference. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.16, n.9, p.731-739, 2015.
21. MELO, Denise Mendonça; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: Uma Revisão Sistemática. **Ciência, & Saúde Coletiva**, v.20, p.3865-3876, 2015.
22. TRENTINI, Mercedes et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2005.
23. TALARICO, Juliana Nery de Souza et al. Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 803-809, 2009.
24. MORIMOTO, Sarah Shizuko et al. Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.1345, n.1, p.36-46, 2015.
25. SACHDEV, Perminder S. et al. DSM-5 and mental disorders in older individuals: an overview. **Harvard review of psychiatry**, v.23,n.5, p. 320, 2015.
26. BORIM, Flávia Silva Arbex et al. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013.
27. GUEDES, Marília Silva; NETO, Jorge Lopes Cavalcante. Transtorno Mental Comum e Imagem Corporal de Idosas do Nordeste Brasileiro. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v.20, n.3, 2015.
28. ROCHA, Saulo Vanconcelos et al. Atividade Física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do Nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.60, n.2, p.80-85,2011.

29. MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros et al. Associação entre Transtornos Mentais Comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.21, p.3387-3398, 2016.
30. SILVA,, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, p. 639-646, 2018.
31. LUCCHESI, Roselma et al. Prevalência de Transtorno Mental Comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.03, 2014.
32. MUNDIAL, BANCO. Envelhecendo em um Brasil mais velho. 2011. 2015.
33. ERVATTI, Leila; BORGES, Gabriel Mendes; DE PONTE JARDIM, Antonio (Ed.). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.
34. FUNDAÇÃO SEADE. **Projeção da população idosa no Brasil**. 2016. <http://produtos.seade.gov.br/produtos>. Acesso em 25/05/2018.
35. BORGES, Ana Paula Abreu; COIMBRA, Angela Maria Castilho. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Rio de Janeiro: EAD/Ensp**, 2008.
36. RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. 2007.
37. MORAES, Edgar Nunes de. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. In: **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. 2012.
38. MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

39. BRASIL. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. 2015.
40. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade.*2003
41. DI NUBILA, Heloisa BV. Uma introdução à CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010.
42. MARA DOS SANTOS TAVARES, Darlene; APARECIDA DIAS, Flavia. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012.
43. PIRES NUNES, Daniella et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, 2010.
44. MOYE, Jennifer; MARSON, Daniel C.; EDELSTEIN, Barry. Assessment of capacity in an aging society. **American Psychologist**, v. 68, n. 3, p. 158, 2013
45. ASSIS, Luciana de Oliveira et al. O questionário de atividades funcionais de Pfeffer: revisão integrativa da literatura brasileira. **Estud. interdiscip. envelhec**, p. 297-324, 2015
46. BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *Revista da SBPH*, v. 10, n. 1, p. 9-24, 2007.
47. DA SILVA, Daisy Aparecida; SANTOS, E. A.; OLIVEIRA, J. R. Atuação do nutricionista na melhora da qualidade de vida de idosos com câncer em cuidados paliativos. **Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 33, n. 3, p. 358-364, 2009.

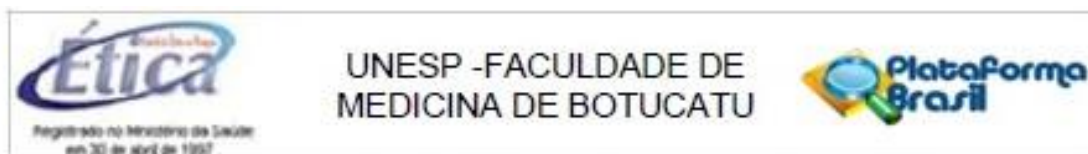
48. COSTA PINTO, A. C. L.; LEITE, M. T. T. História da radioterapia. *Radioterapia em Oncologia*, p. 7-18, 1999.
49. HURRIA, Arti et al. Developing a cancer-specific geriatric assessment. **Cancer**, v. 104, n. 9, p. 1998-2005, 2005.
50. HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J. ;CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.A.; IGNACIO, L.L.; MURTHY, R.S. & WIG, N.N. (1980) – Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries. *Psychological Medicine*, 10: 231-241.
51. MARI, Jair J.; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.
52. PFEFFER, Robert I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, Washington, v. 37, n. 3, p. 323-329, May 1982.
53. DUTRA, Marina Carneiro et al. Validação do questionário de Pfeffer para população idosa brasileira. 2014.
54. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.
55. BRUCKI, Sonia MD et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, 2003.
56. OVERDORP, Eduard J. et al. The combined effect of neuropsychological and neuropathological deficits on instrumental activities of daily living in older adults: a systematic review. **Neuropsychology review**, v. 26, n. 1, p. 92-106, 2016.
57. DE MORTALIDADE BRASIL, INCA Atlas. Ministério da Saúde; 2016: Instituto Nacional de Câncer; 2016 [Available from: <https://mortalidade.inca.gov.br>].

58. SCHULZE, Thekla; MAERCKER, Andreas; HORN, Andrea B. Mental health and multimorbidity: psychosocial adjustment as an important process for quality of life. **Gerontology**, v. 60, n. 3, p. 249-254, 2014.
59. LOIDL, Verena et al. Which environmental factors have the highest impact on the performance of people experiencing difficulties in capacity?. **International journal of environmental research and public health**, v. 13, n. 4, p. 416, 2016.
60. MANDELBLATT, Jeanne S. et al. Cognitive effects of cancer and its treatments at the intersection of aging: what do we know; what do we need to know?. In: **Seminars in oncology**. Elsevier, 2013. p. 709-725.
61. BRODZIAK, Andrzej et al. Guidelines for prevention and treatment of cognitive impairment in the elderly. **Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research**, v. 21, p. 585, 2015.
62. KARUTURI, Meghan et al. Understanding cognition in older patients with cancer. **Journal of geriatric oncology**, v. 7, n. 4, p. 258-269, 2016.
63. HUGO, Julie; GANGULI, Mary. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 3, p. 421-442, 2014.
64. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)**. Artmed, 2002.
65. PALM, Rebecca et al. People with dementia in nursing home research: a methodological review of the definition and identification of the study population. **BMC geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 78, 2016.
66. A ELLIOTT, Rohan et al. Ability of older people with dementia or cognitive impairment to manage medicine regimens: a narrative review. **Current clinical pharmacology**, v. 10, n. 3, p. 213-221, 2015.



APÊNDICES

APÊNDICE A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sofrimento Psíquico e Capacidade Funcional em pacientes idosos em tratamento de radioterapia

Pesquisador: LETICIA NEGRISOLI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64122517.8.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.971.877

Apresentação do Projeto:

Idem ao parecer anterior 1.950.243 de 06 de março de 2.017

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao parecer anterior 1.950.243 de 06 de março de 2.017

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao parecer anterior 1.950.243 de 06 de março de 2.017

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao parecer anterior 1.950.243 de 06 de março de 2.017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As solicitações sobre esclarecimentos de termos específicos foram atendidas no novo TCLE.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise das adequações do processo CAAE: 64122517.8.0000.5411, sou de parecer favorável à aprovação da execução desse projeto de pesquisa sem a necessidade do mesmo ser enviado a CONEP.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

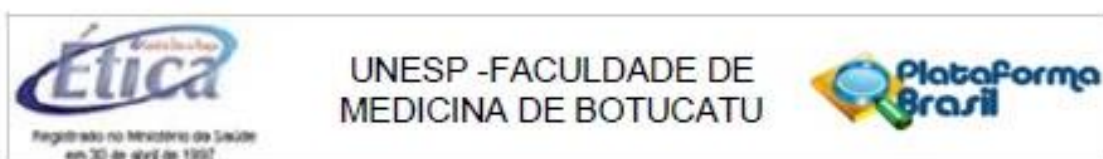
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1508

E-mail: capeflup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.971.877

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 20 de Março de 2.017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 20/03/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_835136.pdf	14/03/2017 13:41:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2017 13:34:39	LETICIA NEGRISOLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	25/01/2017 13:55:23	LETICIA NEGRISOLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	25/01/2017 13:53:37	LETICIA NEGRISOLI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/01/2017 11:50:04	LETICIA NEGRISOLI	Aceito

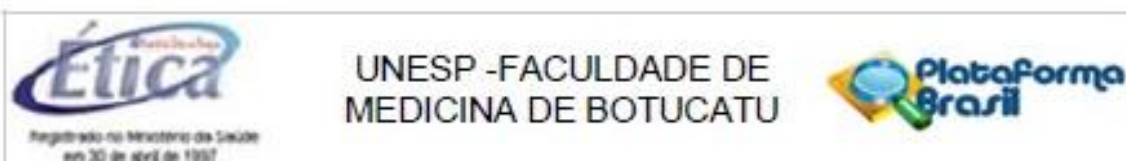
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Processo: 1.971.877

BOTUCATU, 20 de Março de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capelup@fmb.unesp.br

APÊNDICE B

SRQ- 20 (SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE)

NOME	
RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE.	
1. Tem dores de cabeça freqüentes?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
2. Tem falta de apetite?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
3. Dorme mal?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
4. Assusta-se com facilidade?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
5. Tem tremores de mão?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
7. Tem má digestão?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
9. Tem se sentido triste ultimamente?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
10. Tem chorado mais do que de costume?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [1]
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
17. Tem tido idéias de acabar com a vida	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]

18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
20. Cansa-se com facilidade?	(<input type="checkbox"/>) SIM [1] (<input type="checkbox"/>) NÃO [0]
TOTAL:	

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS (QAF)

1) Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

2) Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinha (a)?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

3) Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

4) Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

5) Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

6) Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

7) Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

8) Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?

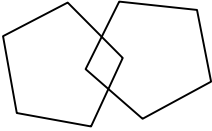
Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

9) Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

10) Ele (Ela) pode ser deixado (a) sozinho (a) de forma segura?

Sim é capaz	0
Nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
Com alguma dificuldade, mas faz	1
Nunca fez e teria dificuldade agora	1
Necessita de ajuda	2
Não é capaz	3

<p>1. Orientação Temporal Espacial</p> <p>Qual é o (a)</p> <p>1.1 Dia da semana? ___ 1</p> <p>1.2 Dia do mês? _____ 1</p> <p>1.3 Mês? _____ 1</p> <p>1.4 Ano? _____ 1</p> <p>1.5 Hora aproximada? __1</p> <p>Onde estamos?</p> <p>2.1 Local? _____ 1</p> <p>2.2 Instituição (casa, rua)? ___ 1</p> <p>2.3 Bairro? _____ 1</p> <p>2.4 Cidade? _____ 1</p> <p>2.5 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p>
<p>8. Registros</p> <p>Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.</p> <p>-Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa. _____ 3</p> <p>8. . Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. _____ 1</p> <p>9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).</p> <p>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</p> <p>_____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriados (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	
<p>Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003)</p> <p>20 pontos para analfabetos (0 anos de estudo)</p> <p>25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudo</p> <p>26,5 pontos para idosos com 5 a 8 anos de estudo</p> <p>28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo</p> <p>29 pontos para aqueles com escolaridade ≥ 12</p>	<p>TOTAL DE PONTOS OBTIDOS _____</p>



ANEXOS

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
RESOLUÇÃO 466/2012**

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "SOFRIMENTO PSÍQUICO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM PACIENTES IDOSOS EM TRATAMENTO DE RADIOTERAPIA", que será desenvolvido por mim Letícia Negrisoli (Psicóloga), com orientação do profissional (Médico) e Professor Dr. Alessandro Ferrari Jacinto da (Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP).

Estou estudando pacientes idosos que estão realizando tratamento de radioterapia. Em geral pessoas que estão passando por este tratamento podem ter um sofrimento emocional intenso e este estudo quer entender se este sofrimento emocional pode dificultar a vida diária das pessoas deixando mais difícil seu cotidiano, podendo impedir a pessoa de cuidar de sua saúde e realizar suas atividades diárias.

Para isso é importante que eu entreviste algumas pessoas e aplique questionários que me ajudem a identificar sinais e sintomas deste sofrimento emocional e também que me permitam conhecer a rotina e as atividades diárias realizadas por estas pessoas, para que eu possa saber em qual delas há mais dificuldade na realização.

Por isso solicito seu consentimento para realizar estes procedimentos.

Solicito também seu consentimento para consultar seu prontuário médico para coletar outras informações lá contidas como (Informações sobre o início e indicação para realização da radioterapia, número de sessões realizadas, diagnóstico) referentes a consultas feitas anteriormente pelo (a) Senhor (a).

Quero informar que não há benefício imediato em participar desta pesquisa porém que a própria coleta consiste em uma avaliação psicológica e se identificado que o senhor (a) se beneficiaria de acompanhamento psicológico serão realizados os encaminhamentos necessários além de a pesquisa poder gerar benefícios futuros para pacientes em radioterapia, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa já que procura -se conhecer melhor as manifestações psicológicas destes sujeitos para que se possa estabelecer protocolos diagnósticos e de tratamento em benefício da saúde mental e qualidade de vida dos sujeitos.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirar-se a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião

Júnior - Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, _____/_____/_____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome (Pesquisador) Leticia Negrison

Endereço: Rua Mauro César Teixeira, 711 - Flora Rica - Botucatu - SP

Telefone: 14997493131

Email: lnegrison@hotmail.com

Nome (orientador) Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP

- Campus de Botucatu - Botucatu, SP

Telefone: (14) 3880-1171

Email: alessandrojacinto@uol.com.br

ANEXO B**Ficha de registro dos dados sóciodemográficos****Identificação do Paciente**

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: F () M ()

Escolaridade: _____(anos)

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

Identificação do responsável (se houver)

Nome: _____

Grau de parentesco : _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: F () M ()

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____