



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**LARISSA CRISTINA RODRIGUES ALENCAR**

**SATISFAÇÃO DOS IDOSOS EM TRATAMENTO DE CÂNCER ACERCA DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO**

**SÃO LUÍS**

**2019**

**LARISSA CRISTINA RODRIGUES ALENCAR**

**SATISFAÇÃO DOS IDOSOS EM TRATAMENTO DE CÂNCER ACERCA DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

**SÃO LUÍS**

**2019**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rodrigues Alencar, Larissa Cristina.

Satisfação dos idosos em tratamento de câncer acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização / Larissa Cristina Rodrigues Alencar. - 2019.

110 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Câncer. 2. Cuidado de Enfermagem. 3. Enfermagem. 4. Idoso. 5. Satisfação do paciente. I. Lima Sardinha, Ana Hélia de. II. Título.

**LARISSA CRISTINA RODRIGUES ALENCAR**

**SATISFAÇÃO DOS IDOSOS EM TRATAMENTO DE CÂNCER ACERCA DOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha – Orientadora  
Doutora em Ciências Pedagógicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Poliana Pereira Costa Rabelo – 1º. Membro  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Nair Portela Silva Coutinho – 2º. Membro  
Doutora em Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes – 1º. Membro Suplente  
Doutora em Enfermagem  
Universidade Federal do Maranhão

---

Dra. Isaura Letícia Tavares Rolim – 2º. Membro Suplente  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico este trabalho a Deus, à minha  
família, amigos, namorado e a todos que  
foram fonte de apoio para mim.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que em Sua infinita misericórdia me escolhe como sua filha e me concede a graça de realizar este tão almejado sonho. Sem Deus nada seria possível, pois Seu sustento me fez chegar até aqui.

À Universidade Federal do Maranhão pela estrutura, corpo docente e técnico administrativo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que me proporcionaram a oportunidade e auxiliaram neste percurso do mestrado

Aos meus pais Maria de Fátima Rodrigues Alencar e Jakson de Alencar que forneceram apoio e subsídios para que conseguisse estudar. Em especial minha mãe que é minha fonte de confiança e que sempre esteve disposta, sem mensurar esforços, a me ajudar até mesmo no que parecia impossível.

Ao meu namorado Italo lury de Souza Guida pela paciência de está ao meu lado nos momentos bons e ruins fornecendo palavras de apoio e incentivo para que eu jamais desistisse.

À minha irmã Aline Cristina que mesmo distante me deu apoio e incentivo para conquista dos meus objetivos. Sendo também exemplo de esforço para lutar.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha por toda paciência, aprendizados que obtive na graduação e na pós-graduação por meio dela. Pelas oportunidades proporcionadas, pela sua generosidade em me auxiliar no alcance desta conquista.

Aos meus amigos e amigas enfermeiros por todos os momentos compartilhados. Por todo incentivo e ajuda. Também todos os meus outros, amigos da enfermagem ou não, que me deram apoio durante todo esse tempo.

Aos meus irmãos e amigos da Comunidade Católica Shalom que são muito importantes para mim, em especial pelas palavras de incentivo, pelas orações de interseção pelo minha Dissertação e por essa nova etapa da minha vida.

Aos meus professores que foram essenciais para minha formação e que proporcionaram o conhecimento a cerca desta belíssima profissão. Revelando valores profissionais e pessoais indispensáveis para ser um profissional de excelência.

Ao Hospital de Referência em Oncologia que me proporcionou o local de realização da pesquisa, a colaboração de toda equipe de funcionários da instituição. Também agradeço a todos os idosos que se dispuseram a participar do estudo. À

todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão desse objetivo.

Meus sinceros agradecimentos!

*“Provai e vede como o Senhor é bom.  
Feliz do homem que se refugia junto dele.”  
(Salmo 33, 9)*



ALENCAR, L. C. R. **Satisfação dos idosos em tratamento de câncer acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização**. 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

## RESUMO

A satisfação do paciente pode ser compreendida como a comparação de suas expectativas com as percepções a respeito do encontro com o serviço real. Conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida desses idosos é essencial para o planejamento de ações que visem ao adequado atendimento de suas necessidades. O objetivo deste estudo é avaliar a satisfação dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização. Realizou-se um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 365 idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e que estavam internados em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia de São Luís – MA no período da pesquisa. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, sendo um o questionário socioeconômico, demográfico e clínico e o outro o Instrumento de Satisfação do Paciente. Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel® 2013 for Windows 2010 já com conversão automática de escores. Utilizou-se o programa Data Analysis and Statistical Software (STATA®) versão 14.0 para a análise descritiva e inferencial. Quanto aos resultados obtidos, evidenciou-se a prevalência do sexo masculino, faixa etária de 60-69 anos, cor parda, aposentados, oriundos de outros municípios do estado, ensino fundamental incompleto, casados/união estável, renda entre 1 a 2 salários mínimos, prevalência de câncer de próstata e pele, tratamento cirúrgico, ex-fumantes e etilistas. Apresentaram um bom índice de satisfação (3,56), com ênfase no domínio técnico-profissional. Houve associação entre as variáveis sexo, cor, procedência, renda, histórico de câncer na família, tabagismo e etilismo com satisfação dos cuidados de enfermagem. Destaca-se a importância de o enfermeiro conhecer a satisfação dos pacientes idosos em tratamento de câncer, pois seu cuidado, além de humanizado, deve ser voltado para suas particularidades, bem como os fatores que influenciam o seu nível de satisfação, de modo a estabelecer um elo de confiança com quem cuida e consequentemente favorecer uma avaliação positiva do cuidado que este idoso recebe.

**Descritores:** Enfermagem. Satisfação do paciente. Câncer. Cuidado de Enfermagem. Idoso.

ALENCAR, L. C. R. **Satisfaction of the elderly in cancer treatment about nursing care during hospitalization.** 2019. 111 f. Dissertation (Master degree) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2019.

### **ABSTRACT**

Patient satisfaction can be understood as the comparison of their expectations with perceptions about meeting the actual service. To know the impact of the disease and the treatment on the life of these elderly people is essential for the planning of actions that aim at the adequate attendance of their needs. The objective of this study is to evaluate the satisfaction of the elderly with cancer about the nursing care during the hospitalization. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out. The sample consisted of 365 elderly men and women, diagnosed with cancer and hospitalized at a High Complexity in Oncology Center in. Two instruments were used to collect data, one being the socioeconomic, demographic and clinical questionnaire and the other the Patient Satisfaction Instrument. The collected data was organized in spreadsheets of the program Microsoft Office Excel® 2013 for Windows 2010 already with automatic conversion of scores. Data Analysis and Statistical Software (STATA®) version 14.0 was used for descriptive and inferential analysis. Regarding the results obtained, the prevalence of males, aged 60-69 years, brown, retired, from other municipalities of the state, incomplete elementary school, married / stable union, income between 1 and 2 minimum wages, prevalence of prostate and skin cancer, surgical treatment, ex-smokers and alcoholics. They presented a good index of satisfaction (3.56), with emphasis in the technical-professional domain. There was an association between the variables gender, color, origin, income, history of cancer in the family, smoking and alcohol consumption with nursing care. It is important to note the importance of the nurse to know the satisfaction of elderly patients in cancer treatment, since their care, besides being humanized, should be focused on their particularities, as well as the factors that influence their level of satisfaction, in order to establish a bond of trust with those who take care of and consequently favor a positive evaluation of the care that this elderly person receives.

**Keywords:** Nursing. Patient satisfaction. Cancer. Nursing Care. Old man.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís –MA, 2018. ....	41
<b>Tabela 2</b> - Características clínicas dos idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís –MA, 2018.....	43
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	44
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	46
<b>Tabela 5</b> - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	47
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	48
<b>Tabela 7</b> - Características socioeconômicas e demográficas e a distribuição das respostas de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	50
<b>Tabela 8</b> - Características clínicas e a distribuição das respostas de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018. ....	52

## LISTA DE SIGLAS

<b>AGM</b>	Avaliação Geriátrica Multidimensional
<b>ANOVA</b>	Análise de Variância
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional de Câncer
<b>IARC</b>	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
<b>ISP</b>	Instrumento de Satisfação do Paciente
<b>MA</b>	Maranhão
<b>NSNS</b>	Newscale Satisfaction with Nursing Scale
<b>NUPECE</b>	Núcleo de Pesquisa Educação e Cuidado em Enfermagem
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>PSI</b>	Patient Satisfaction Instrument
<b>PSS</b>	Patient Satisfaction Scale
<b>QT</b>	Quimioterapia
<b>RT</b>	Radioterapia
<b>RL</b>	Radicais Livres
<b>SIOG</b>	Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFMA</b>	Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Processo de Envelhecimento</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Gerontologia Oncológica</b> .....	<b>24</b>
<b>3.3</b>	<b>Cuidados de Enfermagem com Pacientes Oncológicos</b> .....	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>Satisfação dos Pacientes acerca dos Cuidados de Enfermagem</b> .....	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo e Natureza do Estudo</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2</b>	<b>Local da Pesquisa e Período de Coleta de Dados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>População e Amostra do Estudo</b> .....	<b>36</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão</b> .....	<b>37</b>
<b>4.3.2</b>	<b>Critérios de Não Inclusão</b> .....	<b>37</b>
<b>4.3.3</b>	<b>Critérios de Exclusão</b> .....	<b>37</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos de Pesquisa</b> .....	<b>38</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise Estatística</b> .....	<b>38</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Idosos</b> .....	<b>41</b>
<b>5.2</b>	<b>Avaliação da Satisfação dos Idosos Oncológicos acerca dos Cuidados de Enfermagem</b> .....	<b>44</b>
<b>5.3</b>	<b>Relação de Influência da Avaliação da Satisfação dos Idosos em Tratamento de Câncer com as variáveis do estudo</b> .....	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>6.1</b>	<b>Aspectos Socioeconômicos, Demográficos e Clínicos da amostra</b> .....	<b>54</b>
<b>6.2</b>	<b>Satisfação dos Idosos com Câncer acerca dos Cuidados de Enfermagem na Hospitalização</b> .....	<b>64</b>
<b>6.3</b>	<b>Relação de Influência da Avaliação da Satisfação dos Idosos em Tratamento de Câncer com as variáveis do estudo</b> .....	<b>72</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>77</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>93</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>103</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido como uma etapa pertencente ao desenvolvimento de cada ser humano. É um processo dinâmico, progressivo, irreversível, natural e individual, acompanhado por mudanças crescentes morfológicas, funcionais, psicológicas e bioquímicas, além de papéis sociais. É considerado um fenômeno mundial, seguido de mudanças epidemiológicas que ocorreram nos países gradativamente (NETTO, 2016).

O aumento mundial da expectativa de vida constitui-se em um importante evento para a saúde pública. Pessoas em todo o mundo estão vivendo mais. Pela primeira vez na história, a predominância na expectativa de vida é de 60 anos ou mais (TESTON; SILVA; MARCON, 2017). Em 2050, espera-se que a população mundial de envelhecidos chegue a 2 bilhões, em contraponto aos 900 milhões em 2015 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A estrutura etária do Brasil também está se transformando rapidamente, há um aumento marcante dos cidadãos sexagenários. Segundo dados do IBGE (2013), o crescimento do número de idosos de 60 anos ou mais, em termos absolutos, passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões.

No Maranhão, o público etático de 60 anos ou mais está crescendo. Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Maranhão, a população senil atingiu a marca de 8,6% para aqueles acima de 60 anos, representando 525.983. O município de São Luís possui 5, 7% desse total de indivíduos (IBGE, 2013).

Com o aumento da expectativa de vida, observa-se a elevação dos índices de doenças crônico-degenerativas. Essas já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Estima-se que, em 2008, 36 milhões de mortes, (63%) ocorreram em consequência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DCNT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimento, especialmente por mortalidades prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um embate cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2013).

As neoplasias são relevantes para o cenário de morbimortalidade do país, pois ocupam o segundo lugar como causa de óbito e configuram-se como um problema de saúde pública. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS – 2013), de 58 milhões de morte no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representa 13% dos casos registrados. Os tipos de carcinomas com maior mortalidade foram: de pulmão (1,3 milhões), estômago (cerca de 1 milhão), fígado (66 mil), colorretal (655 mil) e câncer de mama (502 mil) (FONSECA et al., 2015).

Estima-se que 26 milhões de novos casos de cânceres serão diagnosticados no mundo até 2030 e que mais de 50% deles ocorrerão em idosos, que é também o grupo de maior taxa de mortalidade por essa doença (FERREIRA et al., 2015). No Brasil, 70% dos registros dessa patologia ocorrem em indivíduos idosos (INCA, 2016). Em 2015, foram confirmados 1,2 milhão de óbitos, desses, 65,45% eram de pessoas com 60 anos ou mais e 17% dessas mortes têm como causa o câncer, sendo os mais frequentes de pulmão, mama e próstata (BRASIL, 2017; XIMENES, 2017).

O câncer agrega um conjunto de tumores com localizações topográficas variadas, de diferentes tipos morfológicos, que têm em comum duas principais características biológicas: o crescimento celular descontrolado e a capacidade de se estender para além do tecido em que se origina (FIGUEIREDO et al., 2014). É uma patologia crônico-degenerativa e atualmente, é um grande problema de saúde pública mundial tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento (INCA, 2017).

O processo de carcinogênese encontra-se fortemente relacionado à imunossenescência e ao envelhecimento (LÓPEZ-OTÍN et al., 2013; LI et al., 2016). Pois a incidência dessa enfermidade aumenta de forma considerável com a idade, já que, com o avançar dos anos, acumulam-se fatores de riscos de tipos específicos de cânceres (BRAZ et al., 2018). Ademais, sabe-se que o sistema imune também se torna comprometido com a idade, sendo menos eficaz no combate a neoplasias (XU; LARBI, 2017).

É pertinente considerar que o câncer, assim como algumas outras enfermidades, carrega um forte estigma social. A notícia do diagnóstico afeta o psicológico de pacientes, familiares, da sociedade em geral e, muitas vezes, da própria equipe, pois esses imaginam um percurso doloroso e progressivo rumo à finitude biológica (KREUZ; FRANCO, 2017). Nesse contexto, o câncer em indivíduos

idosos passa a representar importante foco na atenção e no cuidado nas próximas décadas (XIMENES, 2017).

O diagnóstico de câncer pode representar um evento catastrófico na vida das pessoas, as quais terão de lidar com um estresse associado à doença fatal e aos efeitos colaterais aversivos do seu tratamento. Algumas estratégias são necessárias para o alcance da eficácia da terapia, tais como: implementações de medidas preventivas e de proteção de agravos, diagnóstico precoce de complicações do tratamento, instituição de condutas eficazes, farmacológicas ou não, para diminuir o risco de sequelas, oferecer meios de reabilitação física, psíquica, social e criação de condições dignas para o cuidado integral ao idoso com ou sem possibilidade de cura (GOMES, 2013; TERRA et al., 2013).

O processo de hospitalização para tratar o câncer pode ser devastador para maior parte dos pacientes, pois eles se sentem desgastados pelos procedimentos e manipulações, principalmente as pessoas idosas. Ao vivenciarem o cotidiano do hospital em uma unidade oncológica, o paciente insere-se em uma nova realidade, tendo a limitação do seu espaço físico restrita à dependência dos cuidados recebidos no ambiente terapêutico e dos horários de suas atividades determinados pela equipe de saúde. O ambiente hospitalar é considerado um local tenso, sombrio, triste e desalentador que desperta inúmeros e diferentes sentimentos para quem o frequenta (DUARTE, 2012; GOMES, 2013).

Conhecer o impacto da doença e do tratamento na vida dos idosos com câncer é essencial para o planejamento de ações que visem ao atendimento adequado de suas necessidades. Os enfermeiros reconhecem a importância das diversas terapias do câncer, porém as prioridades não devem recair apenas no manejo da patologia, mas se estender ao ambiente construído ao seu redor. A atenção não deve se ater apenas ao mundo biológico da enfermidade, mas também incluir o mundo do portador da doença, no sentido sociológico (GOMES, 2013).

O cuidar é uma atitude social inerente ao ser humano, apesar de ser vivido individualmente, é originário das relações intersubjetivas, sendo significado e ressignificado a partir da relação estabelecida com o outro (CAPALBO et al., 2013). O enfermeiro tem como ação social zelar pelas pessoas através de atos e comportamentos que variam de acordo com as situações de diligências e o relacionamento estabelecido ao processo saúde-doença (WALDOW; BORGES, 2011).



O momento da hospitalização é uma oportunidade ímpar para que a Enfermagem coloque em prática seu potencial de cuidado, ajudando o idoso a adaptar-se a essa nova situação (CALDAS; TEIXEIRA, 2012). Esse contexto, que exige assistência qualificada e efetiva, requer da equipe o conhecimento da patologia em si, das terapias utilizadas para o controle dos diversos cânceres e, além disso, a habilidade para lidar tanto com os próprios sentimentos quanto das pessoas que estão sendo tratadas (MINEO, 2013). Assim, infere-se que é necessário um preparo contínuo, que faça parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na área da enfermagem oncológica (LUZ, 2016).

Prestar assistência de qualidade ao cliente com diagnóstico de câncer deve ser sempre uma prioridade para os profissionais de enfermagem, pois são eles que têm constante contato com esses pacientes, tendo a oportunidade de aproximar-se de quem recebe esses cuidados, além de compreender melhor os anseios e expectativas desse indivíduo e amadurecer a prática de zelar com excelência (LEVANDOVSKI, 2013).

Para atender com qualidade, é importante identificar os aspectos que precisam ser modificados para melhorar o atendimento. O Código do Consumidor, descrito na Lei nº 8.078 de setembro de 1990, orienta aos usuários sobre a escolha de serviços de qualidade, que ofereçam sistemas de controle e segurança. Entretanto, outros fatores influenciam numa assistência de qualidade, como por exemplo, a satisfação dos usuários, que é um importante indicador para avaliar serviços de saúde. O próprio Ministério da Saúde preconiza que o paciente e sua família devem opinar sobre a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2000; HADDAD, 2008).

A satisfação do paciente pode ser compreendido como a comparação de suas expectativas com as percepções a respeito do encontro com o serviço real (MORAIS; MELLEIRO, 2013). A realização de pesquisas acerca do bem-estar dos pacientes, permite aos gestores e profissionais, identificar com mais facilidade os aspectos que necessitam de mais atenção, buscando opções para adequar os cuidados necessários.

Dentre os fatores que influenciam a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre enfermeiro e paciente, o apoio afetivo, as informações sobre a saúde, o controle da decisão pelo paciente e a competência técnica do profissional que o assiste (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2010).

A equipe de enfermagem ocupa uma posição de destaque em influenciar o bem-estar do paciente com o cuidado recebido, pois é ela a responsável pela satisfação direta ao paciente, pela organização do acolhimento e pela coordenação do trabalho de enfermagem com outros serviços hospitalares, além de compor o maior número de profissionais da equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

Haja vista que a satisfação do paciente reflete na qualidade do atendimento, na busca dos serviços de saúde seguros e por uma assistência aprimorada, tem estimulado pesquisadores a tratar da temática da satisfação dos usuários, observando-se um aumento significativo no número de produções sobre o assunto, tanto no âmbito nacional, quanto internacional. No entanto, pesquisas relacionadas ao conteúdo do idoso com câncer acerca dos cuidados de enfermagem ainda são escassas.

Levando em consideração a importância da avaliação da satisfação dos cuidados em pacientes oncológicos, surgiram alguns questionamentos: qual o nível de satisfação dos idosos com câncer acerca dos atendimentos de enfermagem? Como os idosos com câncer caracterizam os cuidados recebidos pela enfermagem durante a hospitalização? Quais são as características socioeconômicas, demográficas e clínicas desses idosos? Quais aspectos são considerados mais satisfatórios? Existe relação entre o contentamento dos idosos com câncer e as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas?

A partir disso, surgiu o problema da pesquisa: qual a satisfação dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização?

A motivação que norteou o desenvolvimento deste estudo foi a participação no Grupo de Pesquisa, Educação e Cuidado em Enfermagem: um enfoque na saúde do idoso (NUPECE), que proporcionou um despertar para o cenário de transição epidemiológica e demográfica no Brasil, aguçando o desejo de continuar investigando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em especial o câncer. O contato com essa faixa etária e suas particularidades assentiu ainda mais a afinidade com a temática do estudo.

Destaca-se que os idosos formam o grupo com maior risco de desenvolver câncer e se encontram como foco das políticas de saúde pública no Brasil. É essencial que a assistência desse grupo etário na hospitalização seja desenvolvida em sua totalidade, mediante suas necessidades de forma humanizada e qualificada.

É significativo ressaltar a atuação da enfermagem nos cuidados oncológicos sob a ótica dos idosos. Visto que ao serem atendidos em suas expectativas, os pacientes apresentam melhores condições de responder positivamente às intervenções terapêuticas, pois se envolvem com o atendimento prestado e aderem às orientações propostas. Além disso, o bem-estar do paciente está relacionado com aumento da qualidade de vida.

Nesse contexto, é importante a produção de conhecimento, visto que este poderá proporcionar adequado tratamento aos idosos com câncer, pois entende-se que esse estudo pode demonstrar a repercussão dos cuidados de enfermagem e seu impacto na satisfação dos idosos. Espera-se também que possa oferecer subsídios para guiar novas investigações a partir dos resultados apresentados.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a satisfação dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar aspectos clínicos, socioeconômicos e demográficos dos idosos com câncer;

Identificar a satisfação dos idosos com câncer de acordo com os domínios profissional, educacional e confiança;

Verificar a relação entre a satisfação dos idosos com câncer e as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Processo de Envelhecimento**

O envelhecimento humano ganhou especial atenção da Ciência, já que se tornou realidade em diversos países, incluindo o Brasil. O fenômeno de transição demográfica, expresso pelo aumento da expectativa de vida do brasileiro e pela consequente concentração de pessoas com mais idade na pirâmide etária, associados à redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, especialmente pela redução de casos de doenças infectocontagiosas e conseguinte prevalência de doenças crônicas não transmissíveis – transição epidemiológica –, são fatores que tem contribuído para que a população brasileira em geral viva mais e se torne progressivamente mais velha (JACINTO et al., 2012).

Envelhecer é considerado como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente (SANTO, 2014).

Atualmente várias teorias são propostas para explicar a origem do fenômeno do envelhecimento, cada qual com um conjunto de conceitos, fatos e indicadores. Dentre as inúmeras teorias que buscam apontar as causas do envelhecimento pode-se destacar: a Teoria Genética, a Teoria Imunológica, a Teoria do Acúmulo de Danos, a Teoria das Mutações, a Teoria do Uso e Desgaste e a Teoria dos Radicais Livres (RLs), uma das teorias mais plausíveis até o momento. Essa teoria sustenta a ideia de que o envelhecimento celular normal seja desencadeado e acelerado pelos RLs, moléculas instáveis e reativas capazes de reagir com os constituintes do organismo em busca de uma maior estabilidade (FRIES; PEREIRA, 2011).

Ao analisarmos o processo de envelhecimento percebemos que hoje existem grandes variações entre os indivíduos ao conceituar tal processo, se fala em velhices e não em uma velhice única. A idade é um modo de limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade particular. Pode-se dizer que ao nascer o indivíduo já começa a envelhecer. Em países desenvolvidos, é considerada pessoa idosa aquela com mais de 65 anos de idade.

Nos países em desenvolvimento, a idade de 60 anos marca o início da velhice, em termos cronológicos (CARVALHO, 2012).

No Brasil, a delimitação de uma idade cronológica é instituída, primeiramente, pela Lei nº 8.842 em seu Capítulo I, Artigo 2º, onde considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 1994). É reafirmada pelo Estatuto do Idoso, Título I, Artigo 1º, no qual é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos asseguradores às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

De acordo com Fechine; Trompieri (2012), o envelhecimento pode ser compreendido a partir de três subdivisões: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário, conhecido também como envelhecimento normal ou senescência, é aquele que atinge todos os seres humanos, atingindo o organismo de forma gradual e progressiva, possuindo efeito cumulativo.

Já o envelhecimento secundário é resultante das interações das influências externas, sendo variável entre indivíduos em meios diferentes. O envelhecimento secundário tem como característica o fato de decorrer de fatores culturais, geográficos e cronológicos (NETTO, 2016). O envelhecimento terciário ou terminal é o período caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acumular dos efeitos do envelhecimento, como também por patologias dependentes da idade (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Silveira et al. (2013) enfatiza que além da perspectiva de uma população que envelhece, faz-se necessário refletir sobre as circunstâncias em que ocorre o envelhecimento, avaliando suas reais condições de saúde e hábitos de vida. Tal avaliação pretende, além de analisar o perfil dos idosos, oferecer perspectivas de autocuidado com vistas a alcançar o chamado envelhecimento saudável, condição na qual o idoso preserva padrões de atividades psicomotoras, socioculturais, econômicas, entre outras, com qualidade de vida e autonomia.

Envelhecer é um direito personalíssimo e a sua proteção, um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2013).

Além do Estatuto do Idoso que assegura os direitos aos idosos, em 2006 foi aprovada através da Portaria Nº 2528, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que como finalidade primordial recuperar, manter e promover a

autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, sempre levando em consideração os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A PNSPI estabelece estratégias que traçam um ideal de saúde a ser oferecido pelo Estado ao idoso, afirmando maneira de como esse deve ser olhado ou não pela saúde pública e privada (DUARTE; MOREIRA, 2016). A Política dispõe que a saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde mental, física, capacidade funcional independência financeira e suporte social, fomentando questões que promovam uma vida mais digna para essa faixa etária (BRASIL, 2006).

Segundo Ciosak et al. (2011) um dos maiores desafios na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde.

A preocupação com as condições de saúde do idoso tem motivado o desenvolvimento de vários estudos sobre o envelhecimento humano. Essas pesquisas são essenciais no direcionamento de políticas públicas que atendam à parcela idosa da população, mesmo porque o atual sistema de saúde brasileiro ainda precisa ser ajustado e organizado para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da expectativa de vida (VERAS, 2012).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são comuns em idosos, pois estes apresentam características próprias na manifestação das doenças, constituindo um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral e cardiovasculares em particular, além de apresentar maior número de comorbidades (ROCHA-BRISCHILIARI et al., 2017). As DCNT são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade no Brasil e pela maior proporção das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar (MALTA et al., 2015).

As doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas, principais DCNT, tem respondido por grande parte das mortes antes dos 70 anos de idade e perda de qualidade de vida, gerando incapacidades e alto grau de limitação das pessoas doentes em suas atividades de trabalho e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde (SCHMIDT et al., 2012).

### 3.2 Gerontologia Oncológica

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula é transformada por mutação genética. Esta célula forma um clone e se prolifera e de maneira anormal pelo corpo do indivíduo, adquirindo características invasivas, podendo se infiltrar em tecidos circunvizinhos e ganhar acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos e atingir outras regiões do corpo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2014).

Os fatores desencadeadores do câncer podem ser classificados como endógenos e ambientais, e dentre os genéticos e familiares (hereditariedade). Quanto aos fatores ambientais, destacamos os agentes físicos (exposição à radiação, inflamação crônica, o uso de tabaco); os fatores dietéticos como a ingestão de álcool, consumo de nitritos e nitratos; agentes químicos (fumaça de tabaco, corantes, pesticidas, dentre outros); fatores socioculturais (estilo e hábitos de vida); fatores por agentes infecciosos (vírus e bactérias) (KARKOW et al., 2015).

A incidência mundial do câncer aumenta num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. Resulta diretamente das transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos, pela urbanização acelerada, modos de vida e novos padrões de consumo (INCA, 2013).

O aumento da expectativa de vida não só eleva a exposição do indivíduo aos fatores de risco presentes no meio ambiente e o tempo dessa exposição como, também, o envelhecimento propicia o surgimento de neoplasias genéticas cujo aparecimento é tardio (SALIMENA et al., 2013). A oncologia e o envelhecimento relacionam-se de forma direta, assim, o número de casos de câncer aumenta proporcionalmente à idade, ou seja, quanto mais a população se torna envelhecida, a tendência no crescimento do número de casos de câncer se confirma (VIANNA, 2011).

Segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), órgão ligado à Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de casos de câncer no mundo deverá aumentar 75% até 2030 e chegar a 90% em países mais pobres. Os autores ainda destacam que os tipos de câncer mais prevalentes nos próximos anos vão variar de acordo com cada país: em nações com estilo de vida “ocidentalizado”, ou seja, associado à má-alimentação e ao sedentarismo, como, por exemplo, os Estados Unidos, Brasil, Rússia e Reino Unido, os índices de câncer relacionados à



obesidade, como o de mama e o colorretal, e ao tabagismo, especialmente o de pulmão, deverão aumentar; em países subdesenvolvidos, como a África subsaariana, os casos de cânceres relacionados a quadros de infecção, como o de fígado, de estômago e de colo do útero, igualmente podem aumentar (BRAY et al., 2012).

Houve vários avanços no tratamento do câncer. Em geral, cirurgia, radioterapia e quimioterapia são as formas mais comuns de tratamento utilizadas. Porém a imunoterapia e a hormonioterapia também são utilizadas para o tratamento de alguns tipos de tumores. Estas técnicas podem ser utilizadas isoladamente ou em uso combinado, tendo em vista que a opção de tratamento deve ser definida segundo o tipo de câncer e o estágio da doença, a fim de proporcionar melhores resultados (BARRETO; TREVISAN, 2015).

Os idosos se tornam um grupo de atenção, já que, ao contrário dos pacientes mais jovens, o tratamento oncológico radical (cirurgia associada, ou não, ao tratamento adjuvante e à radioquimioterapia) para os idosos tem se mostrado discutível, uma vez que os sintomas do tratamento interferem significativamente em sua qualidade de vida relacionada a saúde (TONETI et al., 2014).

Percebe-se o idoso como uma clientela cada vez mais presente nos centros de tratamento oncológico, a qual merece um olhar especial por parte das políticas de saúde pública, com vistas a promover a detecção precoce e ofertar serviços de qualidade. Além disso, conforme o Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, Título II, Dos direitos Fundamentais, Capítulo IV, Do Direito à Saúde, Art. 15 (BRASIL, 2003), é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (VIANNA, 2011).

Oliveira et al. (2017) ressalta a importância de se realizar o delineamento do perfil do idoso com câncer. Esse desenho permite estimar a sobrevida dos pacientes, analisando as características clínicas e socioeconômicas que influenciam na capacidade de tolerar o tratamento antineoplásico, pois o idoso frágil com câncer geralmente tem uma baixa expectativa de vida, seja por apresentar maior toxicidade a esse grupo de medicamentos ou por fatores intrínsecos à fase da vida experienciada, tais como maior nível de dependência, maior risco de quedas,

hospitalizações e reinternações, além do próprio perfil clínico-epidemiológico do paciente.

Para que o tratamento seja dirigido da forma mais adequada possível ao paciente idoso, é necessária a existência de instrumentos que permitam diminuir a incerteza da estratégia terapêutica a implementar e conseqüente minimização do risco (PIMENTEL et al., 2016). Nesse contexto, o câncer em indivíduos idosos passa a representar importante foco na atenção e no cuidado nas próximas décadas. Diretrizes das Sociedades Internacionais como a American Society of Clinical Oncology (HURRIA; COHEN, 2015) e a International Society of Geriatric Oncology (SIOG, 2011) recomendam a Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM), de maneira a abordar o idoso integralmente.

Conforme Kenis et al. (2011); Ramjauin et al. (2013), na AGM diversos fatores são levados em consideração, como aspectos nutricionais, cognitivos, alterações no humor, polifarmácia, equilíbrio, comorbidades e funcionalidade (atividades de vida diária, como cuidados pessoais e realização de atividades sem o auxílio de familiares). Incontestáveis contribuições foram relatadas na literatura com relação à importância da avaliação integral e do acompanhamento das terapias antineoplásicas, no sentido de conhecer a expectativa de vida, redução da toxicidade, melhora da tolerância e adesão às terapias.

A avaliação da capacidade funcional é uma das dimensões mais importantes a serem observadas na tomada de decisões em relação a idosos oncológicos e tem sido relatada como preditiva de morbimortalidade (FERRAT et al., 2015). A prevalência da limitação funcional em idosos com câncer tem sido reportada como duas vezes maior que na população idosa em geral (AALDRIKS et al., 2013).

As indicações terapêuticas no idoso envolvem decisões éticas e médicas, norteadas pela avaliação multidimensional e com base em critérios complexos e individuais relativos à localização e às características clínicas tumorais. As três principais modalidades de tratamento são a cirurgia, quimioterapia e radioterapia (FAGUNDES et al., 2012). A cirurgia oncológica é opção terapêutica muito importante, mas os idosos tendem a receber tratamentos cirúrgicos inadequados porque são considerados inaptos pela estimativa do seu risco cirúrgico (DELGADO, 2008).

A quimioterapia (QT), modalidade de tratamento sistêmico, pode ser combinada à cirurgia ou à radioterapia (RT), sendo classificada em: curativa, quando

é usada com o objetivo de obter o controle completo do tumor; adjuvante, quando subsequente à cirurgia curativa, tendo o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases a distância; neoadjuvante, quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a complementação terapêutica com a cirurgia e/ou RT; e paliativa, cuja finalidade é melhorar a qualidade de sobrevivência do paciente (HURRIA; COHEN, 2015).

As comorbidades adicionam complexidade ao manejo do idoso com câncer porque podem influenciar a sobrevivência e decisões terapêuticas, afetando o resultado final do tratamento. Nos pacientes com câncer o aumento no índice de comorbidades resulta em equivalente aumento na mortalidade cumulativa (FABRÍCIO, 2011).

Consoante com Delgado (2008) para a radioterapia, os idosos correspondem a um grupo muito heterogêneo, visto que a morbi-mortalidade aumenta com as insuficiências funcionais de órgãos irradiados. As novas técnicas radioterápicas estão sendo dirigidas para a limitação dos campos radioterápicos com aumento da eficácia antitumoral. Mas há um ponto bem definido: os pacientes considerados aptos para a radioterapia devem receber tratamentos como aqueles dos mais jovens, já que não se observou aumento da toxicidade induzida pela radioterapia, tanto precoce quanto tardia.

A fusão dos princípios da Geriatria e da Oncologia é considerada essencial para fornecer cuidados de qualidade baseados em evidências para esse crescente grupo de indivíduos. O objetivo consiste em reunir informações e interpretá-las, a fim de favorecer as decisões de tratamento e maximizar o benefício. Incorporar essa prática aos atendimentos do paciente idoso com câncer e à pesquisa clínica constitui o maior foco de discussão atualmente (SIOG, 2017).

### **3.3 Cuidados de Enfermagem com Pacientes Oncológicos**

A essência do trabalho dos enfermeiros consiste na prestação de cuidados à saúde, envolvendo aspectos de ordem bio-psico-socio-espiritual. Portanto, no seu cotidiano de trabalho vê o indivíduo no processo de adoecer, por meio de perspectiva holística em multidimensionalidade. A partir disso, têm-se diversas concepções acerca do servir ao outro. Essa atitude pode ser compreendida como “uma ação e comportamento de assistir, administrar e ensinar com zelo, mantendo o bem-estar (SALIMENA et al., 2013).

O cuidar constitui-se em uma atitude de vida cuja finalidade é assegurar a manutenção e a continuidade da existência. Ademais, o cuidar compreende o envolvimento afetivo com a pessoa que está sendo cuidada, instituindo-se em um modo de ocupação, preocupação e responsabilização. No campo conceitual, o cuidar também pode ser definido como uma prática fundamentada, sistematizada, com capacidade de autodirigir-se (SANTOS, 2016).

O processo de cuidar é o instrumento utilizado para a realização do cuidado, por meio do qual as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, pautadas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana. Deve envolver o conhecimento técnico-científico, a habilidade prática e expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade do enfermeiro com o paciente, abrangendo o resgate do processo interativo, do componente emocional e a dimensão moral (WALDOW, 2007; BARROS; LIMA; SANTOS, 2015).

O atendimento ao paciente oncológico é complexo em função de características peculiares do adoecimento, requerendo do enfermeiro responsabilidades que lhe são privativas, competências e conhecimentos técnico-científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal (NASCIMENTO et al., 2012).

A equipe de enfermagem destaca-se, entre os profissionais da saúde, sendo imprescindível no processo de cuidar dos pacientes oncológicos, envolvendo a interação pautada no respeito e conhecimento dos valores do ser humano, a fim de buscar uma relação dinâmica e proporcionar o máximo conforto. Neste sentido, os enfermeiros precisam estar preparados para cuidar do paciente considerando-o em sua integralidade, acolhendo-o através da escuta de sentimentos e vivências, amenizando o sofrimento de conviver com a doença e com os efeitos do tratamento (MISTURA et al., 2012; SALIMENA et al., 2013).

Salienta-se que o paciente com câncer e sua família, na maioria das vezes, sentem-se fragilizados com a situação da doença, além de apresentarem muitas dúvidas, curiosidades e expectativas em relação ao tratamento oncológico. Diante disso, torna-se fundamental a presença da equipe de enfermagem na orientação e na escuta desses indivíduos, possibilitando um esclarecimento que reduza e minimize o

sofrimento, por meio da escuta e do olhar atento (SALES et al., 2012). Entende-se que o câncer, assim como qualquer outra doença crônica, desestrutura emocionalmente o paciente e os seus familiares. Dessa forma, cabe à enfermagem sensibilizar-se com as necessidades não atendidas, e inserir no plano de assistência um cuidado integral (VICENZI et al., 2013).

A importância do relacionamento paciente e equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar, inclui a maneira como é dada a notícia, a clareza com que é abordado o assunto, a abertura que é dada ao paciente e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento, sentimentos, dúvidas, recuperação (SILVA et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas. O paciente idoso, por exemplo, está fragilizado pelo natural processo do envelhecimento e com uma perspectiva de sobrevida reduzida; por isso diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica maligna, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento orgânico considerável. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com esse paciente, alcançado por meio da comunicação, para identificar suas necessidades e proporcionar, melhor qualidade de vida (PETERSON; CARVALHO, 2011; PEITER et al., 2015).

Na prática, observa-se com frequência a tendência dos profissionais em priorizar as necessidades relacionadas aos aspectos psicobiológicos, o que interfere no funcionamento do corpo do paciente. Embora tais necessidades demandem atenção para manter a vida, as necessidades psicossociais e psicoespirituais são dignas de nota na manutenção da qualidade de vida, considerando-se inteiramente o cliente (RIBEIRO et al., 2016).

Segundo Salimena et al. (2013) e Ribeiro et al. (2016) o enfermeiro é orientado a se envolver totalmente com o cuidado, atentando não apenas às necessidades psicobiológicas, mas também às necessidades psicossociológicas e psicoespirituais. Todas essas necessidades estão profundamente inter-relacionadas, pois compõem o ser humano inteiramente. Portanto, a avaliação e a identificação das necessidades dos pacientes oncológicos se traduzem em uma ferramenta valiosa, pois permitem detectar o diagnóstico e estabelecer e implementar intervenções de enfermagem adequadas ao momento vivenciado.

Enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos trabalham em um ambiente de grande exigência, pela alta complexidade dos tipos de cânceres, pelas manifestações de cada indivíduo, pela produção de conhecimento que vem mudando o cuidado na oncologia, requerendo do profissional constante atualização, onde a educação deve ser considerada um instrumento de reflexão acerca da realidade (LUZ et al., 2016).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, dentre outros aspectos, destaca a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos na atenção oncológica; o fomento à formação e a especialização de recursos humanos para atuação na rede de atenção oncológica; a educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção. A política ainda destaca que a qualificação, a especialização e a educação permanente dos profissionais de saúde são componentes fundamentais para o controle do câncer (BRASIL, 2013).

### **3.4 Satisfação dos Pacientes acerca dos Cuidados de Enfermagem**

A preocupação com a avaliação dos serviços de saúde vem se manifestando entre outros fatores em consequência do aumento da população brasileira na faixa etária dos 65 anos ou mais. Porém, com o aumento dos custos com a atenção à saúde, e principalmente com aumento de doenças crônico-degenerativas que acompanham o crescimento da população, torna-se importante que a avaliação em saúde esteja baseada nas necessidades da população, permitindo a melhora da qualidade de vida (POLIZER; INNOCENZO, 2006).

A qualidade na assistência à saúde tem ganhado destaque nos últimos anos e seu significado passado por constante construção conceitual e metodológica. Avaliar a qualidade de assistência em saúde é um grande desafio, dada a peculiaridade das instituições de saúde e os padrões de qualidade cada vez mais elevados de tais estabelecimentos, buscar efetivos meios para mensurar os serviços prestados é uma nova realidade (MELLEIRO, 2013).

Na enfermagem, sempre existiu um controle informal da qualidade da assistência, representada pela preocupação secular dos enfermeiros em seguir os procedimentos à risca, acreditando que, com isso, garantir-se-iam os resultados

desejados. A partir da organização das atividades de enfermagem, na denominação de processo de enfermagem, os enfermeiros desenvolveram um sistema formal que fundamentou a avaliação da qualidade dessas ações e, portanto, a avaliação constituiu-se num processo intencional, técnico e político, auxiliado por diversas áreas do conhecimento que pode ser aplicado a qualquer prática profissional (HADDAD, ÉVORA, 2008).

A satisfação dos cuidados de enfermagem é um importante preditor na avaliação da qualidade da assistência à saúde. Conhecer a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem é fundamental no planejamento de um atendimento de qualidade: o paciente satisfeito tende a apresentar mais confiança nos cuidadores, a colaborar com o atendimento prestado, e a aderir melhor ao tratamento proposto, além de apresentar melhor qualidade de vida (CHEUNG et al., 2009; MORAES, 2014).

Na área da saúde, as primeiras pesquisas de satisfação dos pacientes surgiram no final da década de 1970 na Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de conseguir melhores resultados clínicos por meio da adesão ao tratamento. Com Donabedian (1988) nos anos 80, passa-se a incorporar a avaliação do paciente como indicador de qualidade e não mais apenas como um atributo para a adesão ao tratamento.

A partir de então, a avaliação do usuário começa a ter um sentido mais amplo – passa a ir além da relação médico-paciente, considerando instalações físicas e qualidade técnica dos profissionais de saúde. No Brasil, as pesquisas de satisfação dos usuários tornam-se mais comuns a partir dos anos 1990, após a redemocratização nos anos 1980, quando movimentos e associações reivindicando melhores serviços passaram a ganhar força (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; MORAES, 2014).

Donabedian refere que a satisfação do paciente é antes de tudo “uma medida do resultado da interação entre os profissionais da saúde e o paciente” (KOSS, 1954; DONABEDIAN, 2005). Atualmente, o modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por ele, a partir de indicadores que avaliam estrutura, processo e resultado, ainda é uma referência do tema (MOURA; MAGALHÃES, 2011; SOLLER; REGIS FILHO, 2011). Assim, a pesquisa de satisfação do paciente pode ser considerada um dos métodos de avaliação dos resultados, em relação à qualidade assistencial.

É cada vez maior a expectativa de que os profissionais de enfermagem estejam envolvidos com a qualidade do cuidado prestado, pois são eles que têm constante contato com este usuário, tendo a oportunidade de aproximar-se de quem recebe esses cuidados, além de compreender melhor os anseios e expectativas desse indivíduo e amadurecer a prática de cuidar com qualidade (LEVANDOVISK, 2013).

Para o enfermeiro, a qualidade do cuidado pode ser influenciada por aspectos de comportamento ou basear-se na competência técnica, enquanto na visão do paciente, os atributos que ele considera mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para aspectos interpessoais no relacionamento entre este e o profissional que presta o cuidado. Esses aspectos fundamentam-se em receber atenção por parte do enfermeiro, amizade, que este seja bom ouvinte, além de demonstração de carinho, competência, habilidade e ensino sobre o cuidado, bem como receber atendimento rápido às chamadas, respeito às necessidades, tratamento agradável e ser envolvido no próprio cuidado (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

A satisfação refletida por quem recebe o cuidado permite monitorar os resultados alcançados e propor mudanças para melhorias no atendimento a partir de seus valores e expectativas. Em virtude disso, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que a satisfação do usuário é um resultado mensurável da qualidade dos cuidados de saúde e deve ser incorporada à avaliação dos serviços de saúde (WALDON; BORGES, 2011).

A satisfação percebida perante um serviço implica que um padrão aceitável foi alcançado. Já a insatisfação é definida como o descontentamento, ou a falha no satisfazer, é expressa em termos do ambiente físico e fatores ambientais. Nesse âmbito, a satisfação é um conceito subjetivo, complexo e multidimensional, é determinada pela qualidade dos cuidados prestados e pela expectativa do cliente, que, perante esses cuidados, envolve fatores físicos, emocionais, mentais sociais e culturais (ATHANASIOU; DARI, 2010).

Dentre os fatores que influenciam a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem, destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre enfermeiro e paciente, o apoio afetivo, as informações sobre saúde, o controle da decisão pelo paciente e a competência técnica do profissional que o assiste, o que repercutirá na avaliação cognitiva e emocional do paciente com base em experiências anteriores (LIMA JÚNIOR et al., 2015).



A equipe de enfermagem é a principal responsável por suggestionar positiva ou negativamente a satisfação do paciente uma vez que é quem cuida, está ao lado do paciente durante toda a internação 24 horas por dia, além de representar a maior parte dos profissionais. As atividades desses profissionais no contexto da instituição hospitalar têm-se diversificado, tornando-se um processo complexo a ser desenvolvido em relação ao paciente e às suas necessidades, pois eles são compreendidos pelo cuidar, educar e gerenciar (CALDEIRA et al., 2016).

Diferentes métodos, técnicas e instrumentos são utilizados para avaliar a satisfação do usuário, cada qual com suas vantagens e desvantagens. Talvez seja necessária uma combinação de técnicas para dar conta da complexidade da avaliação desse indicador, evitando a perda de informações inerente a cada modelo (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Os estudos utilizam diversos modos para mensurar a satisfação, incluindo desde questionários próprios, escalas, até entrevistas semi-estruturadas.

Na perspectiva de Oliveira e Rodrigues (2006), Liu e Wang (2007), Wagner e Bear (2008) e Denisco e Barker (2009), os instrumentos que permitem conhecer a satisfação do cliente em relação aos cuidados de enfermagem devem abarcar os seguintes domínios e elementos: a) comunicação/relação-eficácia na comunicação, conhecimento do cliente, conhecimento da pessoa, compaixão, escuta ativa, empatia, disponibilidade, solicitude, autenticidade, proximidade, cordialidade, tranquilidade, otimismo, humor/distração, vigilância/monitorização; b) informação-disponibilidade, oportunidade, segurança, clareza e adequação da linguagem, consentimento explícito e implícito; c) amenidades/ condições ambientais- acolhimento, ambiente humano, atmosfera agradável, luminosidade, ruído, temperatura; d) controle emocional; e) segurança transmitida/ arte de cuidar; f) trabalho de equipe multidisciplinar; g) responsabilidade pela tomada de decisão; h) competência no desempenho/proficiência-percepção do cliente; k) resolução de problemas-percepção da ajuda recebida; l) atenção às necessidades físicas, emocionais e espirituais; m) promover o autocuidado; n) envolvimento dos familiares/pessoas significativas; o) apoio aos familiares/pessoas significativas; p) liberdade no serviço; q) percepção do cliente perante o enfermeiro/responsável; r) percepção do cliente diante da qualidade na assistência dos cuidados de enfermagem prestados; s) custos associados à prestação de cuidados e t) continuidade dos cuidados.

Um dos primeiros instrumentos específicos utilizados para avaliar a assistência de enfermagem foi o *Patient Satisfaction Scale* (PSS), desenvolvido por Risser em 1975, que avalia a percepção do paciente sobre o cuidado que recebe do profissional, considerando aspectos sociais, características de personalidade, características operacionais, além da competência técnica do enfermeiro. Em 1982, Hinshaw e Atwood adaptaram e validaram o PSS para utilizá-lo em pacientes internados. O instrumento, que passou a ser chamado de *Patient Satisfaction Instrument* (PSI), composto de três domínios: cuidado técnico-profissional, confiança e educacional. O PSI foi adaptado e validado para utilização no Brasil em 2004, onde foi chamado de Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) (OLIVEIRA, 2004).

O ISP após o pré-teste, obteve alta consistência interna para todos os itens do instrumento, possuindo confiabilidade suficiente para ser aplicado no Brasil. Vários autores empregaram o ISP para avaliar diversos serviços. Como a pesquisa realizada por Odicino e Guirardello (2010) que teve como objetivo avaliar a satisfação de puérperas com os cuidados de enfermagem recebidos. Vasconcelos e Osinaga (2011) procuraram identificar e avaliar a satisfação dos clientes sobre a assistência de enfermagem prestada em um serviço de Pronto Atendimento. Levandovsky (2013) analisou a satisfação de clientes com os cuidados de enfermagem em um serviço de emergência hospitalar.

Recentemente, uma pesquisadora envolvida na adaptação e validação do ISP realizou a mesma proposta com o *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales* (NSNS), com o objetivo de oferecer um instrumento alternativo para avaliação da satisfação do paciente com o atendimento de enfermagem. O NSNS, que já é utilizado em diversos países, é avaliado como de fácil compreensão e permite avaliar, além da satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem, as experiências que ele vivencia com a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2013).

Portanto, a pesquisa de satisfação do paciente com o serviço de enfermagem emerge como ferramenta para avaliar o cuidado à luz do seu consumidor, favorecendo a tomada de decisão do enfermeiro em busca de melhorias de interesse à assistência de enfermagem (MARQUES et al., 2018). Pois, por meio do conhecimento dessas demandas, pode ser desenvolvido um planejamento mais focado nas necessidades da população atendida (GOUVEIA et al., 2009).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo e Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, que faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES”, cujo o propósito é o avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer, atendidos em hospital de referência em tratamento do câncer no Maranhão.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas, e cujo registro não consta de documentos (MANZATO; SANTOS, 2014).

Os estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ARAGÃO, 2011). A pesquisa transversal é apropriada para descrever a situação, o status do fenômeno, ou a relação entre os fenômenos em um ponto do tempo (MOURA et al., 2010). O interesse está em avaliar a associação entre as respostas obtidas, é comum considerar algumas variáveis como fatores (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008).

A pesquisa com abordagem quantitativa trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las. Requer uso de recursos e técnicas estatísticas. Essa forma de abordagem é empregada em vários tipos de pesquisa, em especial as descritivas, principalmente quando buscam a relação de causa-efeito entre os fenômenos, e também pela facilidade de poder descrever a complexidade de um problema, analisar e compreender a interação de certas variáveis (PRODANOV, 2013).

## **4.2 Local da Pesquisa e Período de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2018, no Hospital do Câncer Aldenora Bello, localizado no município de São Luís – MA, é um hospital de referência em oncologia para todo o Estado.

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, possui uma área com aproximadamente 834 km<sup>2</sup> e a população com mais de 1 milhão de habitantes, com 96% de área urbana e 4% de área rural. A Ilha de São Luís está localizada no centro do litoral maranhense, situa-se ao norte do estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao sul, o Estreito dos Mosquitos a separa do continente; a leste, limita-se com a Baía de São José e a oeste com a Baía de São Marcos (IBGE, 2013).

O Hospital do Câncer Aldenora Bello é uma Instituição Filantrópica mantida pela Fundação Antônio Jorge Dino, fundado em 1958. Atualmente, conta com uma área de 8.145,19m<sup>2</sup>, com 4444,50m<sup>2</sup> de área construída. Possui 175 leitos de internação, divididos em enfermarias clínica, cirúrgica, pediatria, UTI e apartamentos. Além disso, conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, que está sendo ampliado para duplicar sua capacidade de atendimento neste setor. Possui também um Serviço de Pronto Atendimento exclusivo para pacientes em atendimento oncológico.

É um dos dois Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no Estado do Maranhão, e conta com equipe médica que atua em todas as áreas da oncologia, além de equipe multiprofissional completa para o atendimento integral ao paciente oncológico.

## **4.3 População e Amostra do Estudo**

A população foi constituída por 365 pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, com diagnóstico de câncer e que estavam internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello no período da pesquisa.

Para o cálculo amostral dos pacientes que foram entrevistados, considerou-se a população finita de 1881 internações de idosos efetivadas no ano de 2017, a amostra foi do tipo aleatória simples considerou-se dois níveis probabilísticos, sendo

o nível de significância ( $\alpha = 5\%$ ) e o de erro amostral ( $d = 5\%$ ), totalizando um resultado de 320 idosos.

A identificação dos idosos que foram avaliados se deu por meio do número do prontuário tratando-se de uma população heterogênea, portanto, de uma amostragem estratificada. Os idosos foram escolhidos de forma aleatória por meio de sorteio entre os pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica até a data da entrevista e que preenchiam os critérios de inclusão.

#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

- Idosos com idade igual ou superior a 60 anos;
- Ambos os gêneros;
- Estar internado no Hospital Aldenora Bello e recebendo assistência de enfermagem há pelo menos 5 dias. Este critério foi adotado, considerando que, após cinco dias de internação, o paciente já se familiarizou com a dinâmica de funcionamento da unidade onde está internado;
- Estar consciente, orientado em tempo e espaço e com capacidade de comunicar-se oralmente com a pesquisadora.

#### 4.3.2 Critérios de Não Inclusão

- Idosos Traqueostomizados;
- Idosos com câncer em cuidados paliativos e/ou com sedação contínua em bomba.

#### 4.3.3 Critérios de Exclusão

- Os idosos que desejarem se retirar da pesquisa;
- Os idosos que não preencheram 100% do Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP).

#### 4.4 Instrumentos de Pesquisa

Foram utilizados dois instrumentos para a pesquisa. O primeiro é o formulário socioeconômico, demográfico e clínico elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE A), que possui 8 variáveis referentes aos aspectos socioeconômicos e demográficos. Estas são: idade, raça/cor, sexo, escolaridade, procedência, estado civil, situação de trabalho, renda familiar. Quanto aos dados clínicos, as 8 variáveis correspondem a: diagnóstico e tempo de diagnóstico, histórico de câncer na família, tratamento, consumo de tabaco e álcool.

O segundo é o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) (ANEXO A), que foi adaptado e validado no Brasil a partir do instrumento original denominado *Patient Satisfaction Instrument*, desenvolvido por Hinshaw e Atwood (1982), com o objetivo de mensurar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem (MORAES, 2014).

O ISP é constituído por 25 itens agrupados em três domínios: Profissional, Educacional e Confiança. O domínio profissional contém sete itens que abordam questões técnicas do cuidado. O educacional dispõe de sete itens que tratam de situações relacionadas às atitudes do enfermeiro frente ao paciente. E o domínio confiança aborda onze situações sobre relacionamento interpessoal entre enfermeiro e paciente. Esses itens são respondidos numa escala de medida do tipo Likert, com cinco alternativas variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o nível de satisfação.

#### 4.5 Análise Estatística

Os dados coletados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel® 2013 for Windows 2010 já com conversão automática de escores. Utilizou-se o programa *Data Analysis and Statistical Software* (STATA®) versão 14.0 para a análise descritiva e inferencial.

Para obtenção da pontuação das escalas, foi utilizada as instruções de Oliveira (2004). A cada item será atribuído uma pontuação, levando-se em conta os itens positivos (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 24 e 25) e os negativos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 18, 19, 20 e 22). Os itens positivos terão a pontuação invertida, ao

contrário dos itens negativos, que manterão a pontuação no sentido original da escala. Portanto, para os itens negativos a alternativa “concordo totalmente” terá valor de 1 ponto, a alternativa “concordo” terá valor de 2 pontos, e assim por diante, até a alternativa “discordo totalmente” que teve valor de 5 pontos. Já para os itens positivos, a alternativa “concordo totalmente” teve valor atribuído de 5 pontos e “discordo totalmente” terá o valor de 1 ponto.

As pontuações das três subescalas foram obtidas através da soma do resultado de cada item da subescala (educacional – 7 itens, técnica-profissional – 7 itens e confiança – 11 itens) e cálculo da média das pontuações de cada subescala (divisão da soma das pontuações obtidas em cada item da subescala pelo número de itens da subescala) (OLIVEIRA, 2004).

Na sequência, foi obtida a média simples da escala (soma das pontuações de todos os itens dividida pelo número de itens, que é 25) (OLIVEIRA, 2004), como também as médias de respostas das pontuações da escala, calculando-se quantas vezes cada pontuação foi escolhida em cada questionário e, em seguida, determinando-se a média destes valores sobre todas as aplicações do questionário.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências e porcentagem e as variáveis quantitativas com média e desvio padrão. A normalidade dos dados quantitativos foi verificada com o Shapiro Wilker. Para avaliar a associação das respostas do ISP e as características sociodemográficas e clínicas foram realizados os testes t-Student para amostra independente ou Análise de Variância (ANOVA) com post-hoc Bonferroni. Também, foi calculado o alfa de Cronbach para verificar a consistência interna dos itens do questionário ISP. O coeficiente vai de 0 a 1, sendo que o 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e o 1 indica presença de consistência de 100% (HAIR et al, 2005). Os testes foram realizados considerando o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Este estudo é um subprojeto do projeto intitulado: “HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra-HUUPD com parecer nº 1.749.940 (ANEXO B), conforme exigido pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos, garantindo o caráter sigiloso das respostas bem como o anonimato do participante.

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa e receberam todas as explicações necessárias para o entendimento dos objetivos, riscos, benefícios do estudo apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Neste documento foram assegurados de forma escrita aos participantes: confidencialidade das informações apresentadas e permissão para se retirarem da pesquisa a qualquer momento. Foram emitidas duas cópias do TCLE, uma ficou com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização dos Idosos

Quanto às características socioeconômicas e demográficas dos idosos que participaram desta pesquisa, constata-se um número maior de idosos do sexo masculino (55,62%). No que concerne à idade, a prevalência foi a faixa etária de 60-69 anos (52,88%), variando em um intervalo de 60 aos 98, sendo a média 70,24 anos. Com relação a raça/cor destaca-se a cor parda (83,84%), representando um número significativo (Tabela 1).

No que se refere a situação de trabalho, 94,76% dos participantes afirmaram ser aposentados. Quanto à naturalidade, 64,93% dos idosos declararam ser oriundos de outros municípios do estado. No que diz respeito à escolaridade, 43,68% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. No tocante ao estado civil, a prevalência entre os idosos foi de casados/união estável (59,73%). Quanto à renda, 90,68% relataram possuir renda entre 1 a 2 salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características socioeconômicas e demográficas dos idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís –MA, 2018.

VARIÁVEIS	GERAL	
	n (365)	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	162	44,38
Masculino	203	55,62
<b>Idade #</b>		
60 - 69 anos	193	52,88
70 - 79 anos	122	33,42
≥ 80 anos	50	13,70
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	37	10,14
Preta	21	5,75
Amarela	1	0,27
Parda	306	83,84
<b>Situação de trabalho</b>		
Aposentado	346	94,76
Empregado	17	4,66
Outros	2	0,55
<b>Procedência</b>		
São Luís e região metropolitana	124	33,97
Outros municípios do estado	237	64,93
Outros estados	3	0,82
Outro país	1	0,27

<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	96	26,37
Ensino Fundamental completo	45	12,36
Ensino Fundamental incompleto	159	43,68
Ensino médio incompleto	28	7,69
Ensino médio completo	19	5,22
Educação superior incompleta	10	2,75
Educação superior completa	7	1,92
<b>Estado civil</b>		
Casado/união estável	218	59,73
Solteiro	56	15,34
Separado/Divorciado	20	5,48
Viúvo	71	19,45
<b>Renda (Salário Mínimo) *</b>		
Sem renda	9	2,47
Menor que 1	16	4,38
Entre 1 e 2	331	90,68
Entre 3 a 4	6	1,64
5 ou mais	3	0,82

#Idade média  $\pm$  Desvio Padrão = 70,24  $\pm$  8,09

\*Salário mínimo de R\$ 954,00

Com relação às características clínicas dos idosos, na avaliação dos diagnósticos de câncer, foram elencados alguns tipos específicos, além das opções dadas de outros carcinomas que não constavam nas alternativas. Os diagnósticos de câncer mais prevalentes foram: câncer de próstata (26,30%), de pele (15,06%) e de colo de útero/ovário (13,97%) (Tabela 2).

No que concerne ao histórico de câncer na família, um número significativo de entrevistados relatou não ter casos de carcinoma na família (69,32%). Quanto aos tratamentos realizados para o câncer, esses foram divididos em três: cirúrgico, quimioterápico e radioterápico. 92,33% dos idosos realizaram tratamento cirúrgico. Há uma relevância de idosos que não foram submetidos ao tratamento quimioterápico (59,18%). Dentre os entrevistados, 66,03% afirmaram não ter realizada a intervenção radioterápica (Tabela 2).

Quanto ao tabagismo, 54,79% dos entrevistados afirmaram ter parado de fumar. Em relação ao consumo de bebida alcoólica, há prevalência de participantes que pararam de ingerir álcool. No que tange a quantidade de anos do diagnóstico, a média foi de 2,92 anos. Referente tempo do início do tratamento a média foi de 2,34 anos (Tabela 2).

**Tabela 2** - Características clínicas dos idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís –MA, 2018.

VARIÁVEIS	GERAL	
	n (365)	%
<b>Diagnóstico</b>		
Câncer de Próstata	96	26,30
Câncer de Pele	55	15,06
Câncer de Colo de Útero/Ovário	51	13,97
Câncer de Esôfago/Estômago	39	10,68
Câncer de Colón/Reto	31	8,49
Câncer de Pulmão	30	8,21
Câncer de Laringe	12	3,28
Câncer de Cabeça e Pescoço	5	1,37
Câncer Renal	2	0,54
Linfoma de Hodkin	1	0,27
Leucemia	1	0,27
<b>Histórico de câncer na família</b>		
Sim	107	29,31
Não	253	69,32
Não sabe	4	1,10
Não informado	1	0,27
<b>Realizou tratamento cirúrgico</b>		
Sim	337	92,33
Não	27	7,40
Não informado	1	0,27
<b>Realizou tratamento quimioterápico</b>		
Sim	148	40,55
Não	216	59,18
Não informado	1	0,27
<b>Realizou tratamento radioterápico</b>		
Sim	124	33,97
Não	241	66,03
<b>Fumante</b>		
Sim	61	16,71
Não	104	28,49
Parou	200	54,79
<b>Etilista</b>		
Sim	83	22,74
Não	65	17,81
Parou	217	59,45
<b>Quantidade de anos do diagnóstico</b>		
Média ± Desvio Padrão		2,92 ± 4,47
Mediana e Diferença interquartil		1 (3,16 – 0,33)
<b>Quantidade de anos do início do tratamento</b>		
Média ± Desvio Padrão		2,34 ± 3,63
Mediana e Diferença interquartil		1 (2,75 – 0,41)

## 5.2 Avaliação da Satisfação dos Idosos Oncológicos acerca dos Cuidados de Enfermagem

Primeiramente, é importante destacar que, neste estudo, o coeficiente alfa de *Cronbach* do ISP 0,89, indicando boa consistência interna na análise de confiabilidade, pois sabe-se que esse coeficiente, para indicar confiabilidade necessita ter um valor mínimo de 0,70. Na análise dos domínios técnico-profissional, confiança e educacional, também foram obtidos coeficientes satisfatórios ( $\alpha= 0,71$ ;  $\alpha=0,78$ ;  $\alpha=0,70$ , respectivamente).

A satisfação geral foi de 3,56, identifica-se que houve um bom índice de contentamento dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização. Ao analisar o conteúdo dos idosos pelos domínios do ISP, constata-se que o domínio técnico-profissional obteve maior média (3,82), seguido do domínio da Confiança (3,55) e domínio educacional (3,30) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

<b>SATISFAÇÃO POR DOMÍNIOS (n=365)</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Técnico-profissional <sup>a</sup></b>	<b>3,82</b>	<b>0,41</b>
12. O enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas	3,86	0,63
13. O enfermeiro (a) está sempre muito desorganizado para aparentar calma	3,74	0,77
15. O enfermeiro (a) dá bons conselhos	4,00	0,49
16. O enfermeiro(a) realmente sabe do que está falando	3,96	0,50
18. O enfermeiro (a) é muito lento para fazer as coisas para mim	3,15	1,08
20. O enfermeiro (a) não faz corretamente o seu trabalho	3,97	0,80
25. O enfermeiro (a) é habilidoso ao auxiliar o médico nos procedimentos	4,04	0,50
<b>Confiança <sup>b</sup></b>	<b>3,55</b>	<b>0,46</b>
01. O enfermeiro(a) deveria ser mais atencioso(a) do que ele ou ela é	2,26	1,26
03. O enfermeiro (a) é uma pessoa agradável de se ter por perto	4,22	0,63
04. A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao enfermeiro (a)	3,86	0,70
05. O enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é	1,96	0,89
06. O enfermeiro (a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto	3,86	0,58
09. Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro (a)	3,83	0,55
10. O enfermeiro (a) está muito ocupado no posto para perder tempo conversando comigo	3,15	1,11
14. O enfermeiro (a) é compreensivo(a) ao ouvir os problemas do paciente	4,11	0,82
19. O enfermeiro (a) não tem paciência suficiente	3,81	0,93
22. Eu estou cansado do enfermeiro (a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior:	3,92	0,95
23. Só de conversar com o enfermeiro (a) já me sinto melhor	4,08	0,71
<b>Educacional <sup>c</sup></b>	<b>3,30</b>	<b>0,48</b>
02. O enfermeiro(a) muitas vezes acha que você não é capaz de entender a explicação médica sobre sua doença, então ele simplesmente não se preocupa em explicar	3,40	0,95

07. O enfermeiro (a) explica as coisas em uma linguagem simples	3,60	0,82
08. O enfermeiro (a) faz muitas perguntas, mas quando ele recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito	3,54	0,85
11. Eu gostaria que o enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame	1,53	0,77
17. É sempre fácil entender o que o enfermeiro está dizendo	3,52	0,91
21. O enfermeiro (a) fornece as orientações na velocidade correta	3,72	0,74
24. O enfermeiro (a) sempre dá explicações completas e suficientes do porquê os exames foram solicitados	3,80	0,67
<b>SATISFAÇÃO GERAL <sup>d</sup></b>	<b>3,56</b>	<b>0,40</b>

<sup>d</sup>Alpha Cronbach Geral = 0,89

<sup>a</sup>Alpha Cronbach Técnico-profissional = 0,71

<sup>b</sup>Alpha Cronbach Confiança = 0,78

<sup>c</sup>Alpha Cronbach Educacional = 0,70

Ao analisar cada item do domínio Técnico-profissional, apresentado em média e desvio padrão na tabela 3, constata-se que, o maior número dos idosos participantes da pesquisa, proferiu um nível de satisfação acima do ponto médio da escala tipo likert do instrumento. Apresenta-se com maior pontuação o item 25 e com menor nota o item 18.

Quanto ao domínio da confiança do ISP, a totalidade das questões exibiu um nível de satisfação superior à média da escala utilizada no instrumento, sendo o item 03 a que obteve a maior pontuação. No entanto, dois tópicos apontaram valores inferiores à média, com as menores notas do domínio, sendo essas as questões 05 e 01 respectivamente.

Ao avaliar o domínio educacional, de acordo com as médias apresentadas, em semelhança ao domínio anterior, a maior parte dos pesquisados manifestou um nível satisfatório acima da média da escala utilizada no instrumento. O item 24 indicou a maior pontuação nesse domínio e o ponto 11 apresentou não só a menor nota do domínio, mas também a menor nota de todo o instrumento.

Foi realizado também o cálculo da frequência de resposta das pontuações, mostrando a distribuição dos resultados de acordo com as notas da escala tipo Likert em cada domínio. Observou-se que a pontuação 4 (“concordo” para os tópicos positivos e “discordo” para os tópicos negativos) apresentou maior frequência de respostas, traduzindo um bom nível de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem.

A resposta menos utilizada pelos participantes foi a pontuação 1 (“discordo totalmente” para os pontos positivos e “concordo totalmente” para os pontos negativos). A alternativa “Não tenho opinião” também foi pouco utilizada pelos idosos participantes da pesquisa.

A tabela 4 apresenta a análise da distribuição das respostas de acordo com a pontuação de cada item do domínio técnico-profissional do ISP, descrita em frequências absolutas e relativas. Houve um predomínio da pontuação 4 tanto para os itens positivos quanto negativos. A pontuação menos utilizada foi a 1 (“discordo totalmente” para os itens positivos e “concordo totalmente” para os itens negativos).

**Tabela 4** - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

SATISFAÇÃO POR DOMÍNIOS	RESPOSTA (n = 365)						
	Técnico Profissional	Positiva ou Negativa	Concordo totalmente n (%)	Concordo n (%)	Não tenho opinião n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
12. O enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas	+		15 (4,11)	316 (85,58)	6 (1,64)	24 (6,58)	4 (1,10)
13. O enfermeiro (a) está sempre muito desorganizado para aparentar calma	-		4 (1,10)	43 (11,78)	16 (4,38)	282 (77,26)	20 (5,48)
15. O enfermeiro (a) dá bons conselhos	+		36 (9,86)	306 (83,84)	14 (3,84)	8 (2,19)	1 (0,27)
16. O enfermeiro(a) realmente sabe do que está falando	+		25 (6,85)	318 (87,12)	10 (2,74)	10 (2,74)	2 (0,55)
18. O enfermeiro (a) é muito lento para fazer as coisas para mim	-		21 (5,75)	121 (33,15)	7 (1,92)	211 (57,81)	5 (1,37)
20. O enfermeiro (a) não faz corretamente o seu trabalho	-		1 (0,27)	31 (8,49)	24 (6,58)	230 (63,01)	79 (21,64)
25. O enfermeiro (a) é habilidoso ao auxiliar o médico nos procedimentos	+		43 (11,78)	305 (83,56)	8 (2,19)	8 (2,19)	1 (0,27)
12. O enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas	+		15 (4,11)	316 (85,58)	6 (1,64)	24 (6,58)	4 (1,10)
Escala Likert - perguntas positivas do ISP*			(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Escala Likert - perguntas negativas do ISP*			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

\*ISP - Questionário de instrumento de satisfação do paciente

A tabela 5 exibe a análise da distribuição dos resultados de acordo com a pontuação de cada item do domínio da Confiança do ISP, descrita em frequências absolutas e relativas. Houve a predominância da nota 4 para os pontos positivos. Já para os pontos negativos, apesar de também ocorrer a prevalência da pontuação 4, as notas 1 (“discordo totalmente” para os objetos positivos e “concordo totalmente” para os objetos negativos) e 2 (“discordo” para os itens positivos e “concordo” para os negativos) obtiveram frequências significativas em dois itens (01 e 05).

**Tabela 5** - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

Confiança <sup>b</sup>		Concordo totalmente	Concordo	Não tenho opinião	Discordo	Discordo totalmente
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
01.O enfermeiro(a) deveria ser mais atencioso(a) do que ele ou ela é	-	137 (37,53)	110 (30,14)	5 (1,37)	110 (30,14)	3 (0,82)
03.O enfermeiro (a) é uma pessoa agradável de se ter por perto	+	113 (30,96)	231 (62,29)	11 (3,01)	10 (2,74)	-
04.A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao enfermeiro (a)	+	27 (7,40)	298 (81,64)	6 (1,64)	30 (8,22)	4 (1,10)
05.O enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é	-	101 (27,67)	220 (60,27)	1 (0,27)	40 (1,96)	3 (0,82)
06.O enfermeiro (a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto	+	13 (3,56)	315 (86,30)	11 (3,01)	25 (6,85)	1 (0,27)
09.Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro (a)	+	5 (1,37)	317 (86,85)	24 (6,58)	16 (4,38)	3 (0,82)
10.O enfermeiro (a) está muito ocupado no posto para perder tempo conversando comigo	-	21 (5,75)	126 (34,52)	6 (1,64)	200 (54,79)	12 (3,29)
14.O enfermeiro (a) é compreensivo(a) ao ouvir os problemas do paciente	+	111 (30,41)	216 (59,18)	11 (3,01)	23 (6,30)	4 (1,10)
19.O enfermeiro (a) não tem paciência suficiente	-	4 (1,10)	51 (13,97)	24 (6,58)	216 (59,18)	70 (19,18)
22.Eu estou cansado do enfermeiro (a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior:	-	4 (1,10)	35 (9,59)	53 (14,52)	166 (45,48)	107 (29,32)

23.Só de conversar com o enfermeiro (a) já me sinto melhor +	87 (23,84)	243 (66,58)	17 (4,66)	15 (4,11)	3 (0,82)
Escala Likert - perguntas positivas do ISP*	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Escala Likert - perguntas negativas do ISP*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

\*ISP - Questionário de instrumento de satisfação do paciente.

A tabela 6 retrata a verificação da distribuição das respostas de acordo com a pontuação de cada tópico do domínio educacional do ISP, descrita em frequências absolutas e relativas. Houve a prevalência da pontuação 4 tanto para os itens positivos quanto para os negativos. A pontuação menos utilizada foi a 1 (“discordo totalmente” para os pontos positivos e “concordo totalmente” para os pontos negativos).

**Tabela 6** - Distribuição das médias de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

Educacional	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho opinião	Discordo	Discordo totalmente
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
02.O enfermeiro(a) muitas vezes acha que você não é capaz de entender a explicação médica sobre sua doença, então ele simplesmente não se preocupa em explicar -	5 (1,37)	100 (27,40)	11 (3,01)	242 (66,30)	7 (1,92)
07.O enfermeiro (a) explica as coisas em uma linguagem simples +	5 (1,37)	284 (77,81)	2 (0,55)	73 (20,00)	1 (0,27)
08.O enfermeiro (a) faz muitas perguntas, mas quando ele recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito -	2 (0,55)	74 (20,27)	20 (5,48)	261 (71,51)	8 (2,19)
11.Eu gostaria que o enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame -	205 (56,16)	145 (39,73)	-	9 (2,47)	6 (1,64)
17.É sempre fácil entender o que o enfermeiro está dizendo +	8 (2,19)	270 (73,97)	1 (0,27)	79 (21,64)	7 (1,92)



21. O enfermeiro (a) fornece as orientações na velocidade correta +	4 (1,10)	311 (85,21)	4 (1,10)	39 (10,68)	7 (1,92)
24.O enfermeiro (a) sempre dá explicações completas e suficientes do porquê os exames foram solicitados +	7 (1,92)	319 (87,40)	3 (0,82)	31 (8,49)	5 (1,37)
Escola Likert - perguntas positivas do ISP*	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
Escola Likert - perguntas negativas do ISP*	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

\*ISP - Questionário de instrumento de satisfação do paciente

### 5.3 Relação de Influência da Avaliação da Satisfação dos Idosos em Tratamento de Câncer com as variáveis do estudo

Ao verificar a relação de influência entre a satisfação dos idosos em tratamento de câncer e as variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas constatou que apenas algumas dessas apresentaram estatisticamente significativa para a satisfação geral e para os domínios individualmente, sendo elas: sexo, raça/cor, procedência, renda, histórico de câncer na família, tabagismo e etilismo. Estas estão mais detalhadas no decorrer do texto e a análise completa está descrita na tabela 7.

Ao relacionar a satisfação dos idosos com câncer e a variável sexo, não se identificou diferença estatisticamente significativa. Constatou-se que houve significância estatística nos domínios da Confiança e Educacional, indicando que as idosas do sexo feminino estão mais satisfeitas. No entanto, é possível observar valores mais altos nos três domínios para o sexo feminino (Tabela 7).

Quando relacionamos os domínios da satisfação e a raça/cor, salientamos que a satisfação geral e satisfação para o domínio confiança foram associadas à raça/cor do paciente. A qual, a média da satisfação geral foi maior para a cor parda do que para a cor branca e média de satisfação para o domínio confiança foi maior para cor preta que para a raça branca (Tabela 7).

Ao verificar a satisfação dos idosos em tratamento de câncer e sua procedência, certificou-se que a satisfação geral e satisfação para o domínio técnico-profissional e confiança estabelecem relação de influência com a procedência do paciente. Nos quais, a média de contentamento geral dos precedentes de São Luís

foi maior que a média dos indivíduos que vieram de outros estados. Esse mesmo padrão de relação foi estabelecido para os domínios técnico-profissional e confiança. (Tabela 7).

No que concerne à relação entre a renda e a satisfação com os cuidados de enfermagem, destacamos que a satisfação pelo domínio educacional foi associada a essa variável. Observamos que a média de satisfação do domínio educacional dos idosos sem renda ou com renda entre 1 a 2 salários foi maior que a média dos indivíduos com renda superior a 3 salários (Tabela 7).

**Tabela 7** - Características socioeconômicas e demográficas e a distribuição das respostas de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

VARIÁVEIS	SATISFAÇÃO GERAL		SATISFAÇÃO POR DOMÍNIOS (n=365)					
			Técnico Profissional		Confiança		Educativa	
	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#
<b>Sexo</b>								
Feminino	3,60		3,84		3,60		3,36	
	0,42		0,42		0,47		0,51	
Masculino	3,52	<b>0,026</b>	3,80	0,3394	3,51	<b>0,021</b>	3,26	<b>0,027</b>
	0,38		0,41		0,46		0,49	
<b>Idade</b>								
60 - 69 anos	3,54		3,80		3,54		3,30	
	0,39		0,42		0,44		0,47	
70 - 79 anos	3,60	0,256	3,84	0,725	3,61	0,111	3,34	0,376
	0,43		0,44		0,49		0,50	
≥ 80 anos	3,49		3,82		3,45		3,22	
	0,36		0,32		0,43		0,50	
<b>Raça/Cor</b>								
Branca	3,37 <sup>a</sup>		3,69		3,31 <sup>a</sup>		3,15	
	0,45		0,44		0,49		0,59	
Preta	3,63		3,89		3,64 <sup>A</sup>		3,36	
	0,39	<b>0,010</b>	0,45	0,070	0,40	<b>0,002</b>	0,45	0,172
Amarela	2,96	(A>a)	3,14		2,90	(A>a)	2,85	
	-		-		-		-	
Parda	3,57 <sup>A</sup>		3,83		3,58 <sup>A</sup>		3,32	
	0,39		0,40		0,45		0,47	
<b>Situação de trabalho</b>								
Aposentado	3,55		3,81		3,55		3,29	
	0,40		0,41		0,46		0,48	
Empregado	3,62	0,787	3,86	0,901	3,61	0,850	3,39	0,549
	0,42		0,49		0,36		0,57	
Outros	3,62		3,85		3,50		3,57	
	0,19		0,20		0,32		-	
<b>Procedência</b>								
São Luís e região metropolitana	3,65 <sup>A</sup>		3,92 <sup>A</sup>		3,66 <sup>A</sup>		3,36	
	0,35		0,29		0,44		0,44	

Outros municípios do estado	3,51 <sup>a</sup> 0,42	<b>0,003</b> (A>a)	3,77 <sup>a</sup> 0,45	<b>0,001</b> (A>a)	3,50 <sup>a</sup> 0,45	<b>0,002</b> (A>a)	3,27 0,51	0,215
Outro estado ou outro país	3,22 0,28		3,42 0,28		3,15 0,27		3,14 0,28	
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	3,54 0,44		3,84 0,45		3,56 0,47		3,36 0,52	
Ensino Fundamental completo	3,53 0,38	0,451	3,77 0,40	0,060	3,52 0,45	0,349	3,29 0,47	0,415
Ensino Médio Completo	3,62 0,37		3,94 0,36		3,63 0,43		3,28 0,45	
Ensino superior completo	3,58 0,51		3,88 0,45		3,65 0,57		3,15 0,57	
<b>Estado civil</b>								
Casado/união estável	3,54 0,39		3,80 0,41		3,54 0,44		3,28 0,47	
Solteiro	3,62 0,39	0,582	3,87 0,37	0,693	3,62 0,46	0,596	3,36 0,45	0,471
Separado/Divorciado	3,58 0,39		3,85 0,32		3,50 0,50		3,41 0,45	
Viúvo	3,56 0,45		3,82 0,46		3,55 0,48		3,30 0,55	
<b>Renda (Salário Mínimo)</b>								
Sem renda/Menor que 1	3,61 0,33		3,90 0,40		3,54 0,34		3,43 <sup>A</sup> 0,38	
Entre 1 e 2	3,56 0,40	0,211	3,81 0,41	0,419	3,56 0,46	0,639	3,30 <sup>A</sup> 0,48	<b>0,009</b> (A>a)
3 ou mais	3,33 0,59		3,69 0,53		3,41 0,62		2,85 <sup>a</sup> 0,68	

Destaca-se que a satisfação para os domínios técnico profissional foi associada ao histórico de câncer na família. No qual, a média de satisfação do domínio técnico-profissional foi maior nos indivíduos que não sabiam relatar tal histórico do que a média daqueles que tinham histórico de câncer na família (Tabela 8).

Ressalta-se que a satisfação geral e satisfação para o domínio educacional foram associadas ao elitismo. No qual, a média satisfatória geral dos idosos que pararam de consumir bebida alcóolica foi maior do que a média dos idosos que ainda ingerem álcool e daqueles que não consomem. O mesmo padrão de relação de influência foi estabelecido para o domínio educacional (Tabela 8).

Observa-se que a satisfação geral e satisfação para o domínio técnico-profissional, confiança e educacional foram associadas ao tabagismo. Nos quais, a média de aprovação geral dos idosos que pararam de consumir tabaco foi maior que a média dos idosos que eram tabagistas. Esse mesmo padrão de relação de influência foi estabelecido para os domínios técnico-profissional, confiança e educacional (Tabela 8).

As variáveis idade, escolaridade, situação de trabalho, estado civil e a realização de tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico não apresentaram relação de influência com a satisfação dos cuidados de enfermagem (Tabelas 7 e 8).

**Tabela 8** - Características clínicas e a distribuição das respostas de satisfação geral e por domínios do Questionário de instrumento de satisfação de idosos internados no Hospital do Câncer Aldenora Bello. São Luís – MA, 2018.

VARIÁVEIS	SATISFAÇÃO GERAL		SATISFAÇÃO POR DOMÍNIOS (n=365)					
			Técnico Profissional		Confiança		Educativa	
	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#	Média DP*	p-valor#
<b>Histórico de câncer na família</b>								
Sim	3,49		3,76 <sup>a</sup>		3,48		3,25	
	0,41	0,072	0,41	<b>0,018</b>	0,47	0,144	0,50	0,270
Não	3,58		3,83	(A > a)	3,57		3,32	
	0,40		0,41		0,45		0,48	
Não sabe/Não informado	3,56		4,25 <sup>A</sup>		3,76		3,51	
	0,40		0,18		0,15		0,16	
<b>Tratamento cirúrgico</b>								
Sim	3,56		3,82		3,56		3,30	
	0,40	0,693	0,41	0,665	0,45	0,191	0,49	0,773
Não	3,51		3,80		3,43		3,33	
	0,43		0,40		0,51		0,47	
Não informado	3,8		4,14		4,09		3,00	
	-		-		-		-	
<b>Tratamento quimioterápico</b>								
Sim	3,56		3,82		3,57		3,28	
	0,39	0,365	0,36	0,713	0,47	0,098	0,49	0,736
Não	3,55		3,81		3,53		3,31	
	0,41		0,44		0,44		0,48	
Não informado	4,12		4,14		4,45		3,57	
	-		-		-		-	
<b>Tratamento radioterápico</b>								
Sim	3,56		3,81		3,57		3,29	
	0,39	0,772	0,43	0,618	0,45	0,6055	0,49	0,739
Não	3,55		3,82		3,54		3,31	
	0,41		0,41		0,46		0,48	
<b>Fumante</b>								
Sim	3,37 <sup>a</sup>		3,66 <sup>a</sup>		3,40 <sup>a</sup>		3,03 <sup>ab</sup>	
	0,49		0,52		0,51		0,57	
Não	3,51 <sup>a</sup>	<b>&lt;0,001</b>	3,77 <sup>a</sup>	<b>&lt;0,001</b>	3,50	<b>0,001</b>	3,26 <sup>ab</sup>	<b>&lt;0,001</b>
	0,43	(A > a)	0,45	(A > a)	0,48	(A > a)	0,49	(A > a)
Parou	3,64 <sup>A</sup>		3,89 <sup>A</sup>		3,62 <sup>A</sup>		3,40 <sup>A</sup>	(B < b)
	0,33		0,33		0,41		0,42	
<b>Etilista</b>								
Sim	3,44 <sup>a</sup>		3,75	0,215	3,46	0,05	3,10 <sup>a</sup>	
	0,43	<b>0,003</b>	0,48		0,44		0,53	0,001
Não	3,51	(A > a)	3,74		3,51		3,30 <sup>A</sup>	

	0,35	0,52	0,54	0,51	(A > a)
Parou	3,61 <sup>A</sup>	3,87	3,60	3,38 <sup>A</sup>	
	0,35	0,33	0,43	0,44	

---

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Aspectos Socioeconômicos, Demográficos e Clínicos da amostra

Ao serem analisadas as características dos idosos participantes da pesquisa, verificou-se a prevalência do sexo masculino. Assemelhando-se ao estudo realizado por Caldeira et al. (2016), no qual foi avaliado a aprovação com os cuidados de enfermagem de 223 entrevistados, destes, 119 homens (53,4%) e 104 mulheres (46,6%). Corroborando também a pesquisa realizada com idosos em São Luís por Lima Júnior (2015), em que a predominância do sexo masculino foi de 53%. No entanto, divergiu do estudo de Levandovisk (2013), com o predomínio de mulheres (56,4%).

Tal predominância masculina pode correlacionar-se ao fato destes negligenciarem sua saúde tanto por falta de tempo para cuidar de si, devido ao trabalho, quanto para manter a sua masculinidade, por isso procuram menos o serviço de saúde primário para prevenir doenças. Ademais, tendem a ter hábitos menos saudáveis que as mulheres.

Consoante ao levantamento feito pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2017) em média, os homens têm 77% mais chances de desenvolver câncer do que as mulheres, chegando a esse número fazendo uma conta que excluiu os cânceres relacionados com o sexo do paciente: próstata, mama, ovário e útero. No entanto, não existe razão biológica para isso. Homens adoecem e morrem mais de câncer porque se expõem mais aos fatores de riscos da doença, como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, dieta desequilibrada e sedentarismo (NUNES; GASPAR, 2016).

No que concerne à faixa etária, a predominância foi de 60-69 anos, com a média 70,24 anos. Corroborando os dados obtidos por Cesar et al. (2010), que encontrou 56,1% dos idosos com essa mesma faixa etária. Em pesquisa realizada com a população sexagenária de uma comunidade de São Luís, Oliveira et al. (2010) também observou que a predominância dos participantes (51,6%) pertencia a esse intervalo etático.

Pesquisas constatarem que a maior parte das internações de idosos por neoplasias foi encontrada na faixa etária de 60 a 69 anos, porém esse dado não indica necessariamente que a taxa de internação nesse segmento de idade foi maior entre os idosos de 70 a 79 anos ou com mais de 80 anos, porque o cálculo não teve por

base a população total considerada, mas apenas o valor percentual de cada intervalo de idade para o total de registros encontrados no Sistema de Internação Hospitalar (MUÑOZ et al., 2015). FREITAS; MELO (2005); MARTIN et al. (2006); MENDES (2013). Constataram ser a ocorrência de internações por neoplasias menor na faixa acima de 80 anos. A menor frequência de internamentos por câncer em idosos acima de 80 anos pode estar relacionada ao fato de se tratar de uma doença com alta letalidade e de duração, em geral, relativamente curta (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

No que se refere a cor/raça, houve a prevalência da cor parda (83,84%). Dados confirmatórios a essa pesquisa foram encontrados por Cesar (2010), que mostra 73,7% dos idosos referindo ser da cor parda. Martins (2014) em um estudo de delineamento do perfil sociodemográfico e clínico de idosos em São Luís, encontrou a preponderância da cor parda (52,9%), seguida da cor branca (26,4%). Esses dados divergem dos obtidos pela PNAD (2015) em que a prevalência declarada é da cor branca (54,4%).

Pode-se justificar a maior prevalência de idosos que referiram serem pardos pelo fato do Brasil ser um país que possui grandes diversidades, regionais, raciais e históricas. Ademais, adaptação dos indivíduos afrodescendente no estado do Maranhão fez desse Estado o de maior população negra do Brasil e o 1º na população negra rural (OLIVEIRA et al., 2010).

A composição racial da população idosa brasileira vem se modificando ao longo dos últimos anos (MARTINS, 2014). Na primeira década do século XXI, os indivíduos brasileiros com 65 anos ou mais cresceu 29,5%, passando de 9,9 milhões (5,8%) em 2000 para 14,0 milhões (7,4%) em 2010.1 Em 2000, predominavam idosos brancos (61,7%) em relação aos idosos pardos (29,5%) e pretos (6,9%) e, em 2010, diminuiu a proporção de idosos brancos (56,8%), aumentando a de pardos (33,8%) e pretos (7,7%) (OLIVEIRA, 2014).

No que diz respeito à procedência dos sexagenários, evidencia-se que o maior número de entrevistados é oriundo de municípios dos interiores do Estado do Maranhão (64,93%). Diverge do estudo realizado em Recife por Mendes et al. (2009), no qual, 49% dos participantes eram oriundos da capital do estado. Esse fato pode estar relacionado ao crescente número de migração do interior do Estado para a capital nas últimas décadas, proveniente da busca por melhores condições de vida.

Também pelo fato dos idosos se deslocarem para realizar o tratamento contra o câncer em um hospital de referência para todo o estado.

Campos; Barbieri (2013) afirmam que diferentemente dos fatores atribuídos à migração da população mais jovem, relacionados às transições no ciclo de vida, como busca de emprego, melhores salários, casamentos e oportunidades de educação, a migração de idosos é explicada, em grande parte, pelas especificidades das etapas do ciclo de vida das pessoas com idades mais avançadas. Entre os principais determinantes dessas migrações despontam fatores como: aposentadoria, estado de saúde, procura por suporte, reunião familiar, viuvez, busca por residência em locais que apresentam “amenidades”, como clima agradável, baixo custo de vida, segurança e instituições de saúde.

Quanto à escolaridade, 43,68% dos idosos possuíam o ensino fundamental incompleto. Ratificando os valores obtidos por Oliveira et al. (2014) (59,6%) e Martins (2014) (48%). Marques et al. (2018) alcançaram resultados diferentes, em pesquisa realizada em Porto Alegre, na qual 49,15% dos participantes tinham o ensino médio completo.

Os resultados referentes ao grau de escolaridade dos idosos estudados não diferem dos dados da PNAD 2013, segundo os quais, 50,2% das pessoas com 60 anos ou mais possuíam menos de 4 anos de estudo. Pesquisas com idosos têm revelado uma baixa escolaridade entre eles, sendo explicada pela consequência da desigualdade social no Brasil e das políticas de educação das décadas de 30 e 40 – quando o acesso à escola ainda era muito restrito (SUDRÉ et al., 2014).

A falta de instrução entre os idosos possui estreita relação com dificuldades no trato da saúde por parte dos mesmos, a exemplo de problemas com manuseio de medicamentos, seguimento de dietas, prescrições e outros. Isso requer dos profissionais de saúde maior atenção relativa ao tipo e forma de linguagem que devem nortear o processo de comunicação entre eles e os idosos na operacionalização do cuidado terapêutico (LUZ et al., 2015).

No que diz respeito ao estado civil, houve predomínio de casados/união estável (59,73%). Em pesquisa realizada por Martins (2014), 43% dos idosos são casados ou vivem com companheiro. CALDEIRA et al. (2016) obteve em seus dados que 52,9% dos participantes eram casados. Informação distinta foi encontrada por SILVA et al. (2010), onde 44,3% dos participantes eram viúvos.



A variável referente ao estado civil tem relevância no campo psicossocial e existencial, ao contribuir na avaliação das condições de vida, ao considerar as significações do matrimônio, viuvez, separações e divórcios (OLIVEIRA et al., 2010). Esse dado se torna importante tratando-se de idosos (as), pois ter o apoio de um parceiro ou parceira torna-se fundamental no processo do envelhecimento, trazendo-lhes segurança, companhia e afeto nessa fase da vida (SIMONATO; BERGAMASCO, 2016).

A falta de um companheiro muitas vezes influencia negativamente, pois se perde uma “vigilância” no ambiente doméstico, o que pode dificultar o tratamento e as condições psicológicas. É importante que os profissionais de saúde atentem para essa característica e assim possam desenvolver assistência baseada em suas particularidades, alcançando qualidade no cuidado à saúde.

A prevalência dos idosos aposentados (94,76%), corrobora com outras pesquisas (MARTINS, 2014) (SANTOS et al., 2018) e também com a análise da população brasileira realizada pelo IBGE (2013). No tocante a renda, percebeu-se que a predominância dos idosos vive com uma variante de 1 a 2 salários mínimos (90,69%). Reis et al. (2011), em sua pesquisa evidenciou que dos (60,66%) dos idosos possuíam esse mesmo rendimento. Em estudo realizado com idosos na Paraíba, foi evidenciada a prevalência dos idosos com 1 salário mínimo (65%) (CAMBOIM et al., 2017).

Geralmente, as aposentadorias e pensões são as únicas rendas do idoso, o que leva este grupo a apresentar baixo poder aquisitivo. Isso incita os idosos a se manterem ativos, a maior parte deles, com baixa remuneração e com funções inadequadas para a idade, sem garantia empregatícia (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Tal fato leva o idoso a se sujeitar as más condições de vida e saúde, em muitos casos, podendo ser prejudicado pelas condições inadequadas de trabalho.

As condições financeiras dos idosos interferem nas suas preocupações e desejos. (SILVA et al., 2011). Conforme Martins et al. (2015), o padrão baixo econômico do grupo pode restringir os cuidados necessários à saúde, impossibilitando os idosos de receberem assistência adequada, dificultando a compra dos medicamentos, continuidade do tratamento e interferindo na manutenção e recuperação do bem-estar. Dependência da saúde pública.

Ao analisar as variáveis clínicas, quanto ao diagnóstico de câncer, destaca-se entre os idosos participantes da pesquisa, a prevalência do carcinoma de próstata,

pele e colo de útero/ovário. Em estudo realizado por Lima et al. (2018), houve predominância de casos de câncer de mama (26,5%), seguido pelo de próstata (17,0%) e de estômago (12,0%). Na pesquisa de Muñoz (2015), as localizações mais frequentes de câncer foram: as de próstata (10,8%), mama (9,8%), neoplasias malignas, situadas em locais mal definidos, secundárias e não especificadas (8,99%), seguidas pelo câncer de cólon (8,05%). Trabalho efetuado em Belém obteve que 46,4% das mulheres apresentaram câncer de mama, 12,5% câncer de colo de útero e os homens 38,6% câncer de próstata e 19,3% câncer de estômago (SANTOS et al., 2017).

Os diagnósticos de cancros preponderantes nesse estudo estão entre os principais tipos de cânceres que acometem a população do Estado do Maranhão. Segundo estimativas do INCA (2017), o câncer de próstata apresentaria uma incidência de 1200 casos para cada 100 mil habitantes no Maranhão e 240 casos somente na capital. Para o câncer de pele (pele melanoma) foi registrado 60 casos para cada 100 mil habitantes no Estado e 1640 casos para cada 100 mil habitantes com pele não melanoma; para o câncer de colo de útero, verificou-se 1090 casos para cada 100 mil habitantes no Maranhão, sendo 240 dos registros na capital Ludovicense. Já o câncer de ovário houve 110 casos para 100 mil habitantes no Estado do Maranhão, 40 casos na capital São Luís.

As prevalências dos tipos de cânceres no estudo confirmam a literatura no que concerne à morbidade por câncer entre os idosos, exceto pela constância do câncer de mama, que foi a menor proporção no presente estudo. Relata-se na literatura que as frequências mais elevadas no homem são: câncer de pele, próstata, pulmão, estômago e cólon. Na mulher, são: câncer de mama, pele, colo do útero, cólon, estômago e pulmão, além do sistema linfático (leucemias e linfomas) em ambos os sexos (DAZZI; ZATTI; BALDISSERA, 2014).

Conforme a pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2017), estimou-se 61.200 novos casos de câncer de próstata para o Brasil em 2016. Esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 novos registros a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma. O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 95,63/100 mil na Sul, 67,59/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte (LIMA et al., 2018).

A etiologia do câncer de próstata não é totalmente conhecida, entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença podemos citar a presença de testosterona e a idade. Essas práticas de rastreamento para o câncer de próstata especialmente em idosos brasileiros ainda são poucas conhecidas (LIMA et al., 2018).

O câncer do colo do útero ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (25,62/100 mil). Nas Regiões Nordeste (20,47/100 mil) e Centro-Oeste (18,32/100 mil), ocupa a segunda posição mais frequente; nas Regiões Sul (14,07/100 mil) e Sudeste (9,97/100 mil), ocupa a quarta posição (INCA, 2017).

Existe uma associação entre idosos com presença de comorbidades ao acesso a cuidados de saúde e motivação para participar de programas de triagem para o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino, o que ocasiona o comprometimento devido à capacidade de tolerar, aceitar e ser considerado um tratamento complexo (FEITOSA et al., 2017).

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016”, recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas, com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais (INCA, 2017).

A incidência do câncer de ovário apresenta variação de 9,1/100 mil mulheres nas Regiões mais desenvolvidas para 4,9/100 mil mulheres nas localidades menos desenvolvidas. Enquanto a mortalidade varia de 5,0/100 mil mulheres nas Regiões mais desenvolvidas e 3,1/100 mil nas menos desenvolvidas. Em 2012, a incidência foi maior em países com altos níveis de desenvolvimento humano (55%). Observaram-se elevadas taxas de incidência e mortalidade na Europa e América do Norte (FERLAY et al., 2013). Em 2015, no Brasil, ocorreram 3.536 óbitos por câncer de ovário (BRASIL, 2017).

Fatores genéticos como a história familiar de câncer de ovário ou de mama, mutações de alto risco dos genes BRCA1 e BRCA2; menopausa tardia, endometriose, nuliparidade (nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos), obesidade e tabagismo

estão associados com o desenvolvimento do câncer ovariano. A gravidez e uso de contraceptivos orais (supressão da ovulação) são considerados fatores de proteção (STEWART; WILD, 2014).

Mundialmente, o câncer de pele é o mais comum, sendo o melanoma, o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular os tipos mais frequentes da doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016). O câncer de pele pode ser classificado de duas formas, como melanoma e não melanoma (INCA, 2016).

Para o Brasil, estimam-se 85.170 novos casos de cânceres de pele não melanoma entre homens e 80.410 nas mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 82,53 casos novos a cada 100 mil homens e 75,84 para cada 100 mil mulheres. É o mais incidente em ambos os sexos (INCA, 2018).

Em geral, os idosos passam pelos mesmos fatores de risco que os adultos. O agravante é que eles são portadores de um sistema imune deficiente, além de sofrerem as consequências dos aspectos ambientais aos quais foram submetidos ao longo de toda a vida. O conhecimento dos fatores de riscos é necessário, assim como a adesão às medidas protetoras, para que se produza menor chance de desenvolverem neoplasias, uma vez que a radiação solar é cumulativa (IMANICHI, 2017).

Em referência ao histórico de câncer na família, 69,62% dos idosos afirmaram não ter história anterior de câncer na família. No entanto, sabemos que essa característica é considerada um dos fatores mais relevantes para estimar o risco pessoal de desenvolver câncer (ROTH, 2007). Essa resposta negativa pode ser justificada pelo fato dos idosos, por vezes, não se recordarem da informação ou não terem conhecimento acerca do fato ter acontecido ou não com algum parente.

Quanto ao tratamento a que foram submetidos, os idosos predominantemente realizaram procedimento cirúrgico (92,33%), não realizaram quimioterapia (59,18%) e radioterapia (66,03%). Dados semelhantes foram encontrados por Toneti et al. (2014) em que 81% dos pesquisados já haviam sido submetidos à cirurgia, e apenas 38,1% relataram realizar ou já ter realizado também o tratamento radioterápico. Em pesquisa realizada por Santos et al. (2017) a maior parte dos idosos havia sido submetida à cirurgia oncológica (51%) e estava em tratamento atual por quimioterapia (66,7%).

O paciente idoso merece um cuidado diferenciado, pois esses apresentam mais fragilidades físicas, como menor massa muscular e alterações cognitivas, mas também fragilidades sociais e familiares. Definir o tratamento oncológico somente com base na idade cronológica e em características da doença, sem considerar a condição de saúde do idoso, não é suficiente, pois a decisão se torna subjetiva. Para evitar o subtratamento e conduzir da melhor maneira o manejo do câncer em idosos, é importante que o oncologista trabalhe em parceria com o geriatra para uma avaliação global de saúde (MOUTINHO, 2017).

Os objetivos da estratégia terapêutica nesses indivíduos não se resumem apenas ao aumento da sobrevivência, devendo também incluir resultados em relação ao estado funcional (expresso na capacidade de cuidar de si próprio e manter-se física e mentalmente independente) e à qualidade de vida (PIMENTEL et al., 2016).

Oliveira et al. (2010) ressaltam a importância de se realizar o delineamento do perfil do idoso com câncer. Esse desenho permite estimar a sobrevida dos pacientes, analisando as características clínicas e socioeconômicas que influenciam na capacidade de tolerar o tratamento antineoplásico, pois o idoso com câncer é frágil e geralmente tem uma baixa expectativa de vida, seja por apresentar maior toxicidade a esse grupo de medicamentos ou por fatores intrínsecos à fase da vida experienciada, tais como: maior nível de dependência, risco iminente de quedas, hospitalizações e reinternações, além do próprio perfil clínico epidemiológico do paciente (SANTOS et al., 2017).

As terapêuticas antineoplásicas instituídas estão longe de serem as ideais para o idoso com doença oncológica. Os idosos em comparação com populações mais jovens geralmente têm mais comorbidades, tomam mais medicamentos, têm mais efeitos adversos, mais interações medicamentosas, maior variabilidade do estado nutricional e do estado de saúde crônica subjacente que pode contribuir para maiores diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas. Esses dados são escassos em doentes idosos, essencialmente devido à baixa inclusão deles em ensaios clínicos (PIMENTEL et al., 2016).

Decidir quanto ao tratamento adjuvante é particularmente desafiador, pois alguns pacientes podem não viver o suficiente para se beneficiar do impacto na sobrevida. Existem dados controversos na literatura a esse respeito, com estudos evidenciando que o idoso pode ser prejudicado por reduções de doses aleatórias e

outros esquemas tradicionais, quando utilizados, podem ter menor impacto na sobrevivência do idoso (FABRÍCIO, 2011).

No que diz respeito ao tabagismo, 54,79% dos idosos referiram ter parado de fumar. Corroborando dados de outros estudos da literatura, como Ximenes et al. (2017) (56,7%) e Martins (2015) (55,8%). Sobreira; Sarmento; Oliveira (2011) evidenciou dados diferenciados em que há prevalência dos idosos que nunca haviam fumado (56,7%) e 36,7% já tinham fumado no passado.

O fato dos idosos terem cessado o consumo de tabaco pode ser esclarecido pelas necessidades de mudanças de hábitos de vida, com a adoção de um estilo mais saudável. Assim como aos baixos índices de uso de tabaco entre idosos de 60 anos ou mais (13,3%), evidenciado por dados do IBGE (2013).

O tabagismo é apontado como uma das principais causas de doenças e mortes em boa parte do mundo, desfavorecendo a longevidade, sendo fator de risco para inúmeras doenças, principalmente: câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. (LUZ et al., 2014). Os idosos que param de fumar aos 70 anos têm um aumento da sobrevivência em aproximadamente 20%. Os benefícios com a interrupção do hábito de fumar são maiores entre os mais jovens, porém o abandono do cigarro, em qualquer idade, reduz o risco de morte e melhora a condição geral de saúde. Após o abandono do cigarro, espera-se um aumento de dois a três anos na expectativa de vida entre idosos com 65 anos ou mais (GOULART et al., 2016).

Além da relação do fumo com a longevidade, é importante enfatizar que a continuação do tabagismo após o diagnóstico pode diminuir a eficácia do tratamento, aumentar o risco de infecção e a probabilidade de complicações, além de comprometer o estado nutricional pela redução do apetite (OLIVEIRA et al., 2014).

Concernente ao consumo de álcool, 59,45% afirmaram ter parado de ingerir bebida alcoólica. Tais dados foram semelhantes aos encontrados na pesquisa de (Sobreira; Sarmento; Oliveira (2011), no qual 66,7% dos idosos referiram ter interrompido o consumo de álcool, e no trabalho de Ximenes (2017), em que 53,3% também mudaram o hábito. Valores divergentes foram obtidos por Martins et al. (2014) em que 53,4% dos idosos relataram nunca ter ingerido bebida alcoólica.

Esse fato também pode estar associado à necessidade de findar a utilização da bebida alcoólica após surgimento da doença ou de outras comorbidades. Além disso, segundo Barbosa et al. (2018) a sensibilidade aos efeitos do álcool

aumenta com a idade: idosos podem começar a ter problemas pelo uso do álcool, mesmo que o seu padrão de consumo continue o mesmo.

Foi importante o fato de os idosos pesquisados em sua prevalência não fazerem uso do tabagismo e do etilismo. Visto que o alcoolismo configura importante problema de saúde pública, uma vez que os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco. Pelo fato da população idosa fazer parte de um grupo que apresenta vários problemas de enfermidades, o consumo de muitos medicamentos que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações tanto medicamentosas quanto com os alimentos, agrava o quadro instalado, causando dificuldade de recuperação e interação social (LUZ et al., 2015).

No tocante a quantidade de anos do diagnóstico, a média foi de 2,92 anos. Referente à quantidade de anos do início do tratamento, a média foi de 2,34 anos. Os idosos do estudo não demoraram muito para iniciar o tratamento após receber o diagnóstico. Apenas com um pequeno intervalo de dias ou mês entre o diagnóstico e o início do tratamento. A pesquisa concretizada por Souza et al. (2015) evidenciou a prevalência do intervalo de 30 a 60 dias do diagnóstico para o início do tratamento.

Estudos sobre o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas. Há ferramentas, como o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que auxiliam no monitoramento e avaliação das ações de controle e pesquisa do câncer, além de auxiliar na tomada de decisão frente à avaliação dos efeitos dos tratamentos e controle das variáveis que constam na ficha de tumor (BRASIL, 2006; PINTO et al., 2012).

A lei que garante ao paciente oncológico o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico é recente, todavia, redes para o controle do câncer existem há mais tempo (BRASIL, 2012). O retardo no diagnóstico do câncer no Brasil, tem sido atribuído ao precário acesso aos serviços de saúde e também à ausência de políticas públicas de saúde que contemplem o acesso a exames de rotina para o diagnóstico precoce da doença (THULER et al., 2014; ABRAHÃO et al., 2015; COSTA et al., 2016; XIMENES, 2017).

O elevado tempo de espera para a realização dos exames, diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevivência. Além disso,

um tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à qualidade de vida, pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, resultando na sobreposição de sequelas. É importante considerar ainda o aumento dos gastos públicos como consequência dos tratamentos mais caros e prolongados, bem como os custos previdenciários decorrentes do afastamento do trabalho (PAIVA; CESSE, 2015).

## **6.2 Satisfação dos Idosos com Câncer acerca dos Cuidados de Enfermagem na Hospitalização**

O coeficiente alfa de *Cronbach* do ISP nesta pesquisa foi 0,89, indicando boa consistência interna na análise de confiabilidade. Na análise dos domínios técnico-profissional, confiança e educacional também foram obtidos coeficientes satisfatórios ( $\alpha=0,71$ ;  $\alpha=0,78$ ;  $\alpha=0,70$ , respectivamente).

O maior número dos serviços de saúde no qual o ISP foi utilizado, a avaliação de confiabilidade foi satisfatória, demonstrando boa correlação entre as respostas dos usuários. Na aplicação do ISP em idosos internados na clínica médica de um hospital universitário, a avaliação de sua confiabilidade pelo mesmo teste estatístico obteve consistência interna satisfatória para todos os domínios do ISP, sendo confiança ( $\alpha=0,84$ ), profissional ( $\alpha=0,67$ ) e educacional ( $\alpha=0,81$ ) (LIMA JÚNIOR et al., 2015).

Dados semelhantes são encontrados na validação do ISP realizada por Oliveira (2004), no qual os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* para os domínios confiança, profissional e educacional foram respectivamente: 0,79; 0,62 e 0,88. Da mesma forma, a consistência interna do ISP para Levandovisk (2013) resultou em consistência satisfatória para o total de itens do ISP ( $\alpha=0,93$ ) e para os domínios confiança ( $\alpha=0,87$ ); técnico-profissional ( $\alpha=0,77$ ) e educacional ( $\alpha=0,81$ ).

Dorigan; Guirardello, (2010) em pesquisa realizada em serviço de gastroenterologia também evidenciou níveis satisfatórios de consistência interna do instrumento ISP para todos os domínios, no qual obteve seguintes valores: confiança ( $\alpha=0,73$ ), profissional ( $\alpha=0,67$ ) e educacional ( $\alpha=0,70$ ).

A média de satisfação geral identificada foi de 3,56, indica um bom índice de satisfação dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização. No trabalho realizado por Ferreira et al. (2016), pacientes internados



em um hospital de referência em média e alta complexidade, no estado de Minas Gerais, percebe-se que os participantes relataram satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos apresentando média geral de 3,75 dos itens do ISP.

Verificou-se que houve um bom índice de satisfação dos usuários (3,90) com os cuidados dos enfermeiros na Clínica Médica em pesquisa desenvolvida por Santos, Sardinha e Santos (2017). Na análise dos cuidados de enfermagem recebidos em uma unidade de terapia intensiva pós-operatória, Moraes (2014) obteve média geral de satisfação de 3,98.

Levandovisk (2013) constatou que satisfação geral foi de 3,69, confirmando que houve um bom índice de contentamento dos usuários com os cuidados de enfermagem no serviço de emergência.

A satisfação dos pacientes pode ser influenciado por diversos fatores, tais como: a própria hospitalização, ter que submeterem-se as normas e rotinas hospitalares, acostumarem-se ao ambiente, os anseios positivos e negativos desenvolvidos pelo paciente, distanciamento do convívio familiar, as dificuldades em lidar com o diagnóstico de câncer, expectativas e desesperanças quanto ao tratamento e prognóstico da doença. Esses fatores estão diretamente relacionados aos sentimentos do paciente e a forma de enfrentamento da hospitalização.

Outros aspectos podem interferir na avaliação da satisfação acerca dos cuidados despendidos pela equipe de saúde, dentre ele, a dificuldade de realizar a avaliação abertamente e ocorrer uma interpretação errônea por parte da equipe, receio de analisar a equipe negativamente e não receber o tratamento adequado ou ser tratado com indiferença e medo de desenvolver uma relação conflituosa com os profissionais.

Um aspecto que precisa ser enfatizado é o fato de os pacientes serem idosos e estarem em tratamento oncológico. Esse público alvo que já necessita de atenção diferenciada por parte da equipe, em especial os profissionais enfermeiros, devido as suas fragilidades, necessitam de uma atenção individualizada e podem avaliar os cuidados recebidos de forma singular, de acordo com seus valores.

Ressalta-se também que as clínicas médicas e cirúrgicas do hospital referência em oncologia são setores onde acontecem os atendimentos integral e multiprofissional dos idosos internados para receberem tratamentos de média e alta complexidade, aqueles que estão hemodinamicamente estáveis ou em estado

semicrítico, em processo de discernimento concreto do diagnóstico, os que precisaram ou foram submetidos a procedimentos cirúrgicos.

Os idosos atendidos nesses setores necessitam de diversos procedimentos, várias medicações, exames diversos e outros serviços que podem influenciar na satisfação com os três domínios e seus aspectos analisados. Esses usuários valorizam muito os momentos de atenção, humanização e cuidado individualizado prestado pelos profissionais de enfermagem.

Moraes (2014) afirma que a interação com os profissionais envolvidos no atendimento e aspectos relacionados aos serviços, como acesso, alimentação, limpeza, organização, estrutura física e organizacional também pode interferir na satisfação dos pacientes. É quase um consenso entre os autores que a satisfação está diretamente relacionada com as expectativas dos pacientes em relação ao atendimento.

É importante destacar que os resultados dos estudos mostram que a avaliação do paciente com relação à assistência de enfermagem baseia-se não somente nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional, no momento em que este promove a assistência. Conforme Oliveira; Guirardello (2010), a valorização do cuidado expressivo pode ser avaliada de forma diferente pelas pessoas, pois depende da singularidade de cada uma. Para alguns, “ser bem cuidado” representa ser atencioso para com os outros, porém o cuidado técnico não está dissociado do cuidado expressivo.

Ao analisar a satisfação dos usuários pelos domínios do ISP, identifica-se que o domínio técnico-profissional obteve maior média (3,82), se comparado aos outros domínios. E os domínios confiança e educacional alcançaram média de 3,55 e 3,30 respectivamente.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ferreira et al. (2016), no tocante aos três domínios do instrumento ISP, o domínio técnico-profissional foi mais bem avaliado (3,79), seguido pelo domínio confiança (3,78) e educacional (3,16). Pesquisa executada por Marques et al. (2018) corrobora os valores encontrados nesse trabalho, com o destaque do domínio técnico-profissional (4,14), seguido dos domínios confiança (3,98) e educacional (3,87). Levandovisk (2013) constatou que o domínio técnico-profissional obteve maior média (3,90) e o domínio confiança (3,60) e educacional (3,63) tiveram médias semelhantes.

Oliveira et al. (2014) afirma que o destaque aos domínios profissional e confiança, reforça a importância do papel do enfermeiro no processo de cuidar, de modo a facilitar e estabelecer vínculo com o paciente. Isto pode resultar em segurança e confiança por parte do mesmo em relação ao profissional e ao cuidado recebido, favorecendo a comunicação com melhoria na qualidade da assistência prestada.

Com relação ao domínio técnico-profissional, as duas situações que obtiveram maiores valores foram: “o enfermeiro (a) é habilidoso ao auxiliar o médico nos procedimentos” e “o enfermeiro (a) dá bons conselhos”. A situação com menor valor foi: “o enfermeiro (a) é muito lento para fazer as coisas para mim”. É relevante observar os aspectos da assistência do enfermeiro que são analisados nessa categoria, são estes: capacidade de organização, habilidades profissionais, capacidade de compreender as patologias e os tratamentos e domínio de conhecimento técnico-científico.

A preponderância desses itens denota que os participantes acreditam no conhecimento técnico-científico dos profissionais responsáveis ao atendimento, depositando boa satisfação à capacidade técnica da equipe de enfermagem. Para o item negativo com menor índice de satisfação, resultados sugerem que o nível de contentamento do paciente pode ser influenciado por características do enfermeiro e sua avaliação sobre o cuidado recebido, pode ter pontos positivos e negativos.

Santos, Sardinha e Santos (2017) evidenciaram em sua pesquisa os tópicos que obtiveram as maiores médias no domínio técnico-profissional, foram estes: “o enfermeiro (a) é habilidoso (a) ao auxiliar o médico nos procedimentos”, “o enfermeiro (a) realmente sabe o que está falando”, “o enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas”. Já Ferreira et al. (2016) identificou, no domínio profissional, as duas avaliações com maior média que são: “o enfermeiro dá bons conselhos” e “é sempre fácil entender o que o enfermeiro está dizendo”.

A conquista da qualidade técnica do serviço de enfermagem merece ser considerada um evento louvável, visto que o cuidado hospitalar, ainda que complexo e permeado por diferentes facetas, é acompanhado de risco evidente à segurança do paciente internado (TRES et al., 2016), portanto, que incorre na necessidade de plena habilidade técnica da equipe, a fim de atenuar os riscos assistenciais e promover a melhor qualidade do cuidado (MORAES, 2014).

Esses resultados confirmam que a competência técnica influencia na satisfação do usuário hospitalizado, assim como a habilidade, o ensino sobre o

cuidado, a prestação da assistência em tempo hábil e o respeito às necessidades do paciente. Logo, o papel do enfermeiro no processo de cuidar, estabelece uma relação de confiança, segurança, compromisso e respeito (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006).

É necessário vislumbrar que, mesmo a satisfação do paciente acerca da qualidade técnica do serviço de enfermagem seja, certamente, um indicador plenamente válido e importantíssimo à apreciação do cuidado (MRAYYAN, 2006), é necessário que as organizações lancem mão de estratégias de gestão e avaliação sistêmicas da qualidade hospitalar, a fim de que a completude de informações possa contribuir mais pontual e assertivamente ao processo de melhoria (MORAES, 2018).

Logo, fica evidente o papel do enfermeiro no processo de cuidar, pois esse estabelece um vínculo com os idosos, criando uma relação de confiança, segurança, compromisso e respeito. Os idosos, pela grande experiência de vida, conseguem realizar uma troca de conhecimentos com os profissionais de enfermagem, que estejam abertos a esta troca. No final da assistência e dessa troca de saberes, o vínculo formado permite um crescimento profissional que será intrínseco ao enfermeiro em todo o trilhar de sua profissão.

No que diz respeito ao domínio confiança, as situações com melhor média de satisfação foram: “o enfermeiro é uma pessoa agradável para se ter por perto” e “o enfermeiro (a) é compreensivo (a) ao ouvir os problemas do paciente”. Os itens com menores índices de satisfação foram: “o enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é” e “o enfermeiro (a) deveria ser mais atencioso (a) do que ele ou ela é”. É importante destacar as características da assistência do enfermeiro que são avaliadas nessa categoria, são estas: relacionamento interpessoal, atenção dispensada ao paciente, solicitude, confiança estabelecida entre o paciente e o enfermeiro, capacidade de compreensão dos anseios e temores do paciente, tempo gasto com o enfermo, paciência e empatia.

Para Ferreira et al. (2016), no item confiança, a melhor avaliação positiva foi: “o enfermeiro é uma pessoa agradável para se ter por perto”, com média de 4,11, a mais alta média encontrada nos tópicos do ISP. Entre os pontos negativos, a que obteve a avaliação menos satisfatória foi “eu estou cansado do enfermeiro falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior”, com média de 3,96.

Oliveira; Guirardello (2010) em sua pesquisa, comparando a satisfação de dois hospitais, evidenciou que para os pacientes do hospital A, algumas das situações

relacionadas ao domínio confiança foram: “eu estou cansado do enfermeiro (a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior”; “o enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é”; e “o enfermeiro (a) é uma pessoa agradável ter por perto”. Para o hospital B, tem-se como exemplo as situações: “o enfermeiro (a) é uma pessoa agradável tê-lo por perto” e, “só de conversar com o enfermeiro (a) já me sinto melhor”.

As duas situações relacionadas ao domínio confiança que obtiveram os maiores valores no estudo de Santos, Sardinha e Santos (2017) foram: “o enfermeiro (a) é uma pessoa agradável de tê-lo por perto”, “A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao (à) enfermeiro (a)”, comprovando que a confiança, companheirismo, amabilidade, comunicação e a empatia apresentam relação com a satisfação do usuário hospitalizado.

Esses dados reforçam a importância do papel do enfermeiro no processo de cuidar, de modo a facilitar e estabelecer vínculo com o enfermo. Isso pode resultar em segurança e confiança por parte do mesmo em relação ao profissional e ao atendimento recebido, favorecendo a comunicação com melhoria na qualidade da assistência prestada.

Percebe-se que a confiança nas relações entre paciente e provedor é um aspecto que pode influenciar a satisfação dos doentes, além de não ser um assunto novo na literatura. Os estudos precedentes demonstraram que “confiança” é um tema que os pacientes avaliam há vários anos e relatam como uma satisfação existente entre o enfermo e o prestador de cuidados (BERRY et al., 2008; LIN, 2012).

A partir deste panorama, infere-se que os relacionamentos estabelecidos entre enfermeiras e clientes no decorrer da prestação de serviços são etapas únicas e riquíssimas de oportunidades, momentos de se fazer o melhor para o alcance das expectativas dos clientes. Ressalta-se que pensar na enfermagem como uma prática social requer refletir que a enfermeira e os demais profissionais da equipe devem adotar atitudes que, no atendimento, conjecturem a preocupação e a intencionalidade de cuidar com responsabilidade, zelo, respeito, afeto e alegria (MOURA; MOREIRA, 2005).

A disponibilidade dos enfermeiros quando solicitados, assim como o respeito à privacidade dos pacientes, influenciam positivamente a satisfação. Além da demonstração de preocupação, proporcionar ajuda para minimizar as dores

vivenciadas e a disposição de tempo suficiente para o atendimento também são fatores determinantes para a satisfação dos enfermos.

Em relação ao processo assistencial, a interação profissional/cliente indicou dois elementos que influenciaram a avaliação positiva da qualidade do serviço: a capacidade técnica do profissional, que depende do seu conhecimento e julgamento utilizados nas decisões estratégicas apropriadas para prestar os cuidados aos pacientes e da sua competência para as implementações desse processo e o adequado relacionamento interpessoal, que é vital, por englobar a afabilidade e interesse dos prestadores da assistência para com os pacientes e o incentivo para que estes decidam participar ativamente no tratamento e cuidados propostos (CONTRERAS; VERAS, 2011).

Segundo Cadah (2000); Oermann; Templim (2000), o adequado relacionamento interpessoal entre enfermeira e paciente permite, não só propiciar a identificação das necessidades de cuidados, mas também o esclarecimento dos possíveis efeitos do tratamento e a maneira de administrá-los, contribuindo para diminuir a ansiedade e aumentar a adesão às terapias. Ressalta-se que, para tal, a enfermeira precisa desenvolver sua habilidade em comunicação e lembrar que a tecnologia se faz importante quando não se esquece o aspecto humano e que o bom relacionamento entre cliente e prestador de serviço é um diferencial na qualidade da assistência.

No que diz respeito ao domínio educacional, as situações com melhor média de satisfação foram: “o enfermeiro (a) sempre dá explicações completas e suficientes do por que os exames foram solicitados” e “o enfermeiro (a) fornece orientações na velocidade correta”. O item com menor índice de satisfação foi: “eu gostaria que o enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame”. Destaca-se os aspectos avaliados nessa categoria: uso de linguagem simples para que o paciente compreenda, não subestimar o paciente, fornecimento de informações, esclarecimentos sobre procedimentos, velocidade em que são esclarecidas as dúvidas, responsividade e tangibilidade.

Em pesquisa realizada por Santos, Sardinha e Santos (2017) no domínio educacional, o tópico que obteve a menor média foi: “eu gostaria que o enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame”. Este resultado evidencia a necessidade de reavaliar o papel do enfermeiro na prestação de informações completas, precisas e verdadeiras, ficando perceptível que os usuários

que não receberam informações suficientes sobre seu tratamento ou sobre o resultado dos seus exames, apresentaram menor nível de satisfação com o cuidado de enfermagem.

No estudo realizado por Ferreira et al. (2016), no item educacional, a questão mais bem avaliada entre as positivas foi “o enfermeiro (a) fornece as informações na velocidade correta”, com média de 3,87. E na avaliação negativa a mais expressiva foi a média de 3,69 na questão “o enfermeiro (a) faz muitas perguntas, mas quando ele recebe a resposta parece não fazer nada a respeito”.

O resultado menos satisfatório encontrado foi a comunicação do enfermeiro, contemplado no tópico educacional. Nesse processo, os profissionais devem fazer referência aos pacientes pelo nome de cada um. Durante o diálogo é importante uma relação de “olho no olho” e que os profissionais se comuniquem com termos de fácil entendimento e possibilitem uma escuta sensível e qualificada. Na abordagem ao paciente, tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares (FERREIRA et al., 2016). A carência de recursos humanos e o tempo insuficiente para prestar cuidados de enfermagem são outros fatores que podem contribuir para o resultado menos satisfatório do domínio educacional.

Segundo Silva et al. (2010), diversos fatores podem contribuir para esse resultado no domínio educacional, como a carência de recursos humanos de apoio e de enfermagem, o tempo insuficiente para prestar cuidados de enfermagem, o que pode indicar elevada carga de trabalho dos enfermeiros, pressa na execução das tarefas e recursos humanos insuficientes. Para Dorigan e Guirardello (2010), esse resultado sugere a necessidade de reavaliar o papel do enfermeiro no fornecimento de informações e orientações aos pacientes.

Marques et al. (2018) considera-se que o achado sobre a satisfação do paciente ao caráter educativo da equipe de enfermagem, deve contribuir para se repensar o cuidado prestado, reavaliando as ações relacionadas à educação em saúde, em especial, pelo enfermeiro, que precisa liderar o trabalho da enfermagem. Isso porque cabe ao enfermeiro fortalecer os atributos que vão além da sua capacidade técnica, enfatizando o aspecto educativo inerente à sua profissão.

Postula-se que estes achados confluem a empatia e confiança do paciente perante o enfermeiro, responsável pelo cuidado prestado, uma vez demonstrado alta satisfação do paciente com a presença do profissional, bem como da sensação positiva ao remeter-se ao mesmo.

### **6.3 Relação de Influência da Avaliação da Satisfação dos Idosos com Câncer com as variáveis do estudo**

Com o desenvolvimento desse estudo, foi possível conhecer as características sociodemográficas, o índice de satisfação com os cuidados de enfermagem e quais as variáveis que interferem no nível de contentamento dos idosos.

Quando analisadas as características dos idosos, constatou-se predomínio do sexo masculino (53,0%). No entanto, evidenciamos que a satisfação geral e a satisfação por domínios foram associadas ao sexo. Observamos que a média de satisfação geral e a média por domínios foi maior nas mulheres.

Alguns autores não identificaram influência significativa da variável sexo sobre a satisfação do paciente (MORAES, 2014; OLIVEIRA; GUIRAEDELLO, 2006; FERREIRA et al., 2016). Todavia, quando associados os valores de satisfação ao sexo dos idosos, Dorigan e Guirardello (2010) identificaram maior nível de satisfação das mulheres em relação aos homens, tanto para o total de itens do ISP como para o domínio profissional.

Não obstante, Santos, Sardinha e Santos (2017) relataram, em relação ao sexo, que os homens apresentaram maior nível de satisfação em relação às mulheres, tanto para o total de itens do Instrumento de Satisfação do Paciente, como para os domínios confiança e educacional, com valor de  $p$  respectivamente ( $p=0,004$ ) e ( $p=0,001$ ). Embora estudos tragam diferenças significativas para esta variável, ainda não há consenso na literatura sobre a influência desta.

No que concerne a relação entre a renda e a satisfação dos cuidados, destacamos que satisfação pelo domínio educacional foi associada a essa variável. Observamos que a média de satisfação do domínio educacional dos idosos sem renda ou com renda entre 1 a 2 salários foi maior que a média dos indivíduos com renda superior a 3 salários. Oliveira et al. (2014) também evidenciou em seu estudo essa associação.

Diante disso, pesquisadores afirmam que os serviços de saúde pública ainda não cumprem o desiderato apontado na Constituição de que é obrigação do Estado oferecer aos cidadãos todos os meios para que ele goze de boa saúde, visto que ainda há críticas quanto aos serviços oferecidos à população, como os apontados pelo estudo (OLIVEIRA et al., 2014; SCHMIDT et al., 2014).



É importante ressaltar que pessoas de baixa renda, normalmente, por apresentarem baixa escolaridade e características sociodemográficas semelhantes às encontradas nessa pesquisa, não costumam expressar insatisfação com a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, por não possuírem outra opção de internação, sujeitam-se às condições precárias e aos vários problemas da saúde pública, como superlotação dos hospitais.

Evidencia-se que a satisfação geral e satisfação para os domínios técnico profissional e confiança foram associadas à procedência do paciente, nos quais, a média de satisfação geral dos precedentes de São Luís foi maior que a média dos idosos que vieram de outros estados. Esse mesmo padrão de associação foi estabelecido para os domínios técnico profissional e confiança.

Pontinha (2013) não encontrou resultados estatisticamente significativos para essa associação. Contudo, salienta que apesar das diferenças não serem significativas, a tendência dos resultados vai ao sentido de serem as pessoas do meio rural que apresentam pior satisfação face à prestação de cuidados de saúde em todas as dimensões da escala e também na questão referente à satisfação geral.

Salientamos que a satisfação geral e satisfação para o domínio confiança foram associadas a raça/cor do paciente. Na qual, a média da satisfação geral foi maior para a cor parda do que para a cor branca e a média de satisfação para o domínio confiança maior para cor preta do que para a raça branca.

Destaca-se que a satisfação para os domínios técnico profissional foi associada ao histórico de câncer na família. No qual, a média de satisfação do domínio técnico-profissional foi maior nos indivíduos que não sabiam relatar tal histórico que a média daqueles que tinham histórico de câncer na família.

Salienta-se que a satisfação geral e satisfação para o domínio educacional foram associadas ao elitismo. Na qual, a média de satisfação geral dos idosos que pararam de consumir bebida alcoólica foi maior que a média dos idosos que ainda ingeriam álcool e daqueles que não consumiam. O mesmo padrão de associação foi estabelecido para o domínio educacional.

Observa-se que a satisfação geral e satisfação para os domínios técnico profissional, confiança e educacional foram associadas ao tabagismo. Nos quais, a média de satisfação geral dos idosos que pararam de consumir tabaco foi maior que a média dos idosos que eram tabagistas. Esse mesmo padrão de associação foi estabelecido para os domínios técnico profissional, confiança e educacional.

Não foram encontradas pesquisas que associassem a raça/cor, histórico de câncer na família, o etilismo e o tabagismo e a satisfação dos cuidados.

Dessa forma, é possível afirmar que a satisfação dos idosos está diretamente associada às variáveis sexo, raça/cor, procedência, renda, histórico de câncer, tabagismo e elitismo. É importante enfatizar que os dados da presente pesquisa visam contribuir para a compreensão dos fatores que influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem na avaliação da assistência de enfermagem nas Clínicas Médicas e Cirúrgicas do Hospital Oncológico, no que diz respeito aos idosos que são atendidos nesse serviço.

Ressalta-se que o instrumento foi aplicado para fornecer informações sobre quais situações que resultam em insatisfação para o paciente, sendo que esses dados devem ser valorizados pelo enfermeiro no planejamento e realização do cuidado.

Avaliar a satisfação dos cuidados de enfermagem sob a ótica dos idosos com câncer permite realizar análise de problemas de diferentes perspectivas e buscar soluções consensuais. Salienta-se a necessidade de monitoramento constante da satisfação dos pacientes e ajuste dos cuidados de saúde prestados em conformidade. Sendo elemento importante para obter opiniões e sugestões dos pacientes, pois são os destinatários de cuidado.

É pertinente frisar como fator limitante da pesquisa, a escassez de estudos avaliando a satisfação dos idosos com câncer acerca dos cuidados de enfermagem. Permanecem aspectos que necessitam de aprofundamento quanto aos fatores que influenciam o conteúdo dos idosos. Sugere-se a realização de novos estudos, a fim de identificar se os resultados dessa pesquisa apresentam similaridade com outros serviços de oncologia.

## 7 CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos com câncer apontaram bom nível de satisfação (3,56) com os cuidados de enfermagem recebidos durante a hospitalização. Com as maiores médias relacionadas ao domínio técnico-profissional (3,82), seguido do domínio confiança (3,55). Possibilitando-nos o conhecimento dos aspectos que necessitam ser melhorados e daqueles com boa avaliação.

Evidencia-se também fatores influenciadores da satisfação dos idosos, como a própria hospitalização, ter que submeterem-se as normas e rotinas hospitalares, acostumarem-se ao ambiente, os anseios positivos e negativos desenvolvidos pelo paciente, distanciamento do convívio familiar, as dificuldades em lidar com o diagnóstico de câncer, expectativas e desesperanças quanto ao tratamento e prognóstico da doença.

Destaca-se a importância de o enfermeiro conhecer a satisfação dos pacientes idosos em tratamento de câncer, pois seu cuidado, além de humanizado, deve ser voltado para suas particularidades, bem como os fatores que influenciam o seu nível de satisfação, de modo a estabelecer um elo de confiança com quem cuida e conseqüentemente favorecer uma avaliação positiva do cuidado que este idoso recebe.

A prestação de cuidados de excelência centrada no paciente constitui um grande desafio para todas as instituições de saúde. Para isso, revela-se crucial, identificar pontos fortes e fracos na prestação de cuidados, analisar os fatores condicionantes que afetam essa prestação de cuidados, avaliar a sua qualidade e desenvolver estratégias que possibilitem a sua melhoria.

Portanto, faz-se necessário que o enfermeiro assistencial esteja mais próximo do paciente, que se apresente como o responsável pelos cuidados de enfermagem implementados, que se mostre disponível para tirar dúvidas e esclarecer sobre diagnóstico e tratamento; e que proporcione orientações abrangentes e direcionadas às necessidades dos pacientes, desde à admissão até a alta hospitalar. Assim, desenvolverão competências para uma enfermagem centrada no paciente, inserindo-os como sujeitos ativos no cuidado e obtendo maiores níveis de satisfação pelo trabalho prestado.

Torna-se fundamental diversificar as metodologias de ensino empregadas na formação dos profissionais a partir de estratégias criativas, com o intuito de

proporcionar mais interação entre enfermeiro e paciente e, desta forma, servir como estratégia para melhorar a satisfação dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AALDRIKS, A. A. *et al.* Prognostic value of geriatric assessment in older patients with advanced breast cancer receiving chemotherapy. **The Breast**, v. 22, n. 5, p. 753-60, 2013.

ABRAHÃO KDE S, *et al.*, Determinants of advanced stage presentation of breast cancer in 87,969 Brazilian women. **Maturitas**, v. 82, n. 4, p. 365-70, 2015.

ALHUSBAN, M. A. ABUALRUB, R. F. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. **Journal Nursing Management**, v. 17, n. 6, p. 749-758, 2009.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **About Basal and Squamous Cell Skin Cancer**. Atlanta, 2016.

Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8818.00.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures**. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/cspe042151.pdf>> Acesso em: 28 de maio de 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, ano III, n. 6, p. 52-59, ago. 2011.

ATHANASIOU, T. DARZI, A. **Key topics in surgical and methodology**. New York: Springer, 2010.

BARBOSA, M. B. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 125-135, 2018.

BARRETO, R. S. TREVISAN, J. A. **Assistência de enfermagem ao paciente oncológico e a evolução no tratamento do câncer**. Disponível em: <[http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais\\_simposio/arquivos\\_up/documentos/artigos/11c60f746604e23f513cc9570ced9a87.pdf](http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/11c60f746604e23f513cc9570ced9a87.pdf)> Acesso em: 26 agosto 2017.

BARROS, A. G.; LIMA, K. Y. N.; SANTOS, V. E. P. Caracterização de teses e dissertações acerca do cuidar em enfermagem na oncologia. **Revista Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2550-2560, abr./jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2017. /

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série B, Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. **Anais do I Seminário Nacional do Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**; Brasília, 2000.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1994, seção 1, p 77.

BRASIL, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília, DF, 2006.

BRAY, F, *et al*. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 8, p. 790-801, 2012.

BERRY, L. L, *et al*. Patients' commitment to their primary physician and why it matters. **Ann Fam Med**, v. 6, p. 6–13, 2008.

CALDAS, C. P. TEIXEIRA, P. C. O idoso hospitalizado sob o olhar da teoria de enfermagem humanística. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n. 4, p. 748-757, out./dez. 2012.

CALDEIRA, A. B. R. *et al.* Satisfação de pacientes quanto à assistência de enfermagem: dimensão educacional. **Journal of Health Biology Science**, v. 4, n. 4, p. 245-250, Fortaleza, 2016.

CAPALBO, M. C. P. *et al.* A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v.47, n.3, p. 736-741, 2013.

CHEUNG, C. S. *et al.* Contributors to surgical in patient satisfaction: development and reability of a targeted instrument. **Asian Journal of Surgery**. Taiwan, v. 18, n. 3, p. 143-150, Juy. 2009.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**; v. 45, (Esp. 2), p.1763-1768, 2011.

COTRAN, R. S. *et al.* **Patologia estrutural e funcional**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 234-295.

CARVALHO, R. S. **Saúde e Qualidade de vida na velhice: a percepção do idoso mais velho**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Recife, p.89, 2012.

CESAR, J. A. *et al.* Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 61-69, 2010.

CAMPOS, M. B. BARBIERI, A. F. Considerações teóricas sobre as migrações de idosos. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S69-S84, 2013.

COSTA GJ, et al., Undertreatment trend in elderly lung cancer patients in Brazil. **J Cancer Revista Clínica de Oncologia**, published online 07 april 2016.

CADAH, L. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes** (Dissertação). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 2000.

DAZZI, M. C.; ZATTI, C. A.; BALDISSERA, R. Internações Hospitalares por Neoplasias no Estado do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal Surgical Clinical Research**, v. 7, n. 2, p. 05-09, jun/ago. 2014.

DELGADO, G. L. Tratar ou não tratar os idosos portadores de câncer? **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**. Sorocaba, v. 10, n. 3, p. 25 - 27, 2008.

DENISCO, S. M.; BARKER, A. **Advanced practice nursing**. United Kingdom: Jones & Barlett Learning, 2009.

DIAS, K. C. C. *et al.* Strategies to humanize the care of hospitalized elderly: study with assistant nurses. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n.1, p. 1832-1846, jun. 2015.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. Sep 23-30;260(12):1743-8, 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DORIGAN, G. H.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. **Acta paulista de Enfermagem**, v. 23, n.4, p. 500-505, 2010.

DUARTE, M.L.C. *et al.* O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 111-118, 2012.

DUARTE, C. A. B; MOREIRA, L. E. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Integralidade e Fragilidade em Biopolíticas do Envelhecimento. **Revista Estudos interdisciplinares do envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 149-170, 2016.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 303-312, 2005.

FABRÍCIO, V. C. Tratamento oncológico no idoso. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 68, p. 4-7, maio 2011.

FAGUNDES LA; FERRIGNO R. **Peculiaridades da radioterapia no idoso in:**



**Oncogeriatrics uma abordagem multidisciplinar**, Barueri, SP. Manole, 2012.

FECHINE, B. R. TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, p. 106-132, jan/mar. 2012.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide. **Lyon, France: IARC**, 2013.

FEITOSA, L. M. H. *et al.* Realização do colpocitológico em idosas. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, 11(9):3321-9, set., 2017.

FERREIRA, P. H. C. *et al.* Satisfação dos clientes externos quanto aos cuidados de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. 1, e 975, 2016.

FERRAT, E. *et al.* Predictors of 1-year mortality in a prospective cohort of elderly patients with cancer. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, v. 70, n. 9, p. 1148-1155, 2015.

FIGUEIREDO, *et al.* **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. 2ª reimpressão, 1ª edição, São Caetano do Sul: Yendis, 2014. 501p.

FONSECA, I. S. S. *et al.* Qualidade de vida do paciente quimioterápico: uma revisão de literatura entre 2002 a 2012. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 3, n. 3, p. 25-38, 2015.

FREITAS, T. A. M.; MELO, M. H. P. J. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 25-36, jan/abr. 2005

FRIES, A. T. PEREIRA, D. C. Teorias do envelhecimento humano. **Revista Contexto & Saúde**, Unijuí, v. 10, n. 20, p. 507-514, jan./jun. 2011.

GOMES, I. P. MENDES, M. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 671-9, 2013.

GOMES, B. *et al.* A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. **Servir**, Lisboa, v. 56, n. 2, p. 6-24, 2008.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Health care user satisfaction in Brazil, 2003. **Caderno de Saúde Pública**. 2009; 21 (Supl): S109-S18.

GOULART, B. H. L. Value: the next frontier in cancer care. **The Oncologist, Dayton**, v. 21, n. 6, p. 651-3, 2016.

GORZONI, M.L E S.M. ROCHA. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2016.

HADDAD, M. C. L. ÉVORA, Y.D.M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 47-52, 2008.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 5a. Ed. São Paulo: Bookman, 2005.

HINSHAW, A. S. *et al.* A patient satisfaction instrument: precision by application. **The Journal of Nursing research**, Taiwan, v. 31, n. 3, p. 170-191, 1982.

HURRIA, A. COHEN, H. J. **Comprehensive geriatric assessment for patients with cancer**. 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2013)**. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015** / IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Rio de Janeiro, p108, 2016.

IBGE. **Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica: síntese dos indicadores sociais**. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2017.

IMANICHI, D. *et al.* Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. **Revista Diagnóstico e Tratamento Oncologia**, v. 22, n. 1, p. 3-7, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES-INCA. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-2014.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA-INCA. **Monitoramento das ações de controle do câncer de pele. Informativo Detecção Precoce**, ano 7, n. 3, 2016c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-2016.pdf> >. Acesso em: 24 set. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> >. Acesso em: 24 nov. 2017.

JACINTO, L. T. A. *et al.* Fatores de risco para doença arterial coronariana em idosos: Perspectivas para a atuação da Enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 15, p. 326-30, 2012.

KARKOW, M. C. Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um hospital universitário. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.3, n.Esp., p 636-646, 2015.

KENIS, C.; WILDIERS, H. (org.). **Practice guideline: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients**. Geneva, SIOG, 2011. 102 p.

KOSS, E. **The health of regionville**. New York: Hafner; 1954.

KREUZ, G. *et al.* Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. **Revista Kairós, Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 117-133, 2017.

LEMOS, M. C. PASSOS, J. P. Satisfação e frustração no desempenho do trabalho docente em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 3, n.2, p. 45- 45, 2012.

LEVANDOVSKI, P.F. **Satisfação dos usuários com cuidados de enfermagem em serviço de emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LIBERMAN, S. **Envelhecimento do sistema endócrino**. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2011.p. 788-795.

LIMA, C. A. Qualidade dos prontos-socorros e prontos-atendimentos: a satisfação dos usuários. **Einstein**, v. 13, n. 4, p. 587-93, 2015.

LIMA, A. P. *et al.* Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 55-61, 2018.

LIN, C. C. Patient satisfaction is a customer relations issue but an even greater health issue. **Cancer Nurs**, v. 35, n. 5, p. 397, 2012.

LIMA JÚNIOR, J. R. M. *et. al.* Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 419-432, 2015.

LI, X. *et al.* Comorbidities among patients with cancer who do and do not develop febrile neutropenia during the first chemotherapy cycle. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, Norwalk, v. 22, n. 5, p. 679-89, 2016.

LIU, Y.; WANG, G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. **Journal of Nursing Carequality**, v. 22, n. 33, p. 266-271, 2007.

LÓPEZ-OTÍN, C. *et al.* The hallmarks of aging. *Cell*. v. 153, n. 6, p. 1194-1217, 2013.  
LUZ, K. R. *et al.* Enfermeiros na atenção oncológica: conhecimento na prática do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3369-76, set., 2016.

LUZ, K. R. *et al.* Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1187-94, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 373-87, 2015.

MANZATO, A. J.; SANTOS, A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa.** Departamento de Ciência de Computação e Estatística, Ibilce: Unesp, 2014.

MARQUES, L. G. S. *et al.* Satisfação do paciente sobre a assistência de enfermagem hospitalar. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 3, p. 236-244, 2018.

MARTIN, G. B. *et al.* Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 59-65, jan/mar. 2006.

MARTINS, N. A. **Pessoas idosas com incontinência urinária: trajetória da proposição de um modelo de assistência especializada em enfermagem**. 2014. 141p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, 2009, p. 157-165

MENDES, P. D. V. Morbidade das Internações em 2012 no SUS do Estado de São Paulo. **Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 19, p. 1-12, 2013.

MINEO, F, L. V. *et al.* Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 2, n 2, julho, 2013.

MISTURA, C.; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS, V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, maio./jun, 2012.

MORAIS, A.S. MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.15, n.1, p.11220, 2013.

MORAES, K. B. **Carga de trabalho e Satisfação dos pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pós-operatória**. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 471-477, set. 2010.

MRAYYAN, M. T. Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. **Int Nurs Ver**, v. 53, n. 3, p. 224-30, 2006.

MOUTINHO, S. Idosos, da detecção da neoplasia aos cuidados na escolha das terapias. **Revista Oncologia**. no 7 • número 35 abril/maio/junho 2017.

MOURA, G. M. S. S. MAGALHÃES, A. M. M. Atuação do enfermeiro a partir dos resultados dos indicadores. **PROENF Gestão**, v. 1, n. 2, p. 65-96, 2011.

MOURA, E. R. F. *et al.* Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 250-5, abr./jun. 2010.

MOURA, A.C.F, MOREIRA, M.C. A unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes - indicativos para gestão do ambiente na enfermagem oncológica. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 9, n. 3, p. 372-380, 2005.

MUÑOZ, R. L. S. *et al.* Hospitalizações por neoplasias em idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde na Paraíba/Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 479-491 set./dez. 2015.

NASCIMENTO, L. K. A. S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**., Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-85, março de 2012.

NETTO, M.P. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. Tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p.1-12, 2016.

NUNES, E. M. G. T.; GASPAR, M. F. M. Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, e55726, 2016.

ODININO, N. G. GUIRARDELLO, E. B. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n. 4, p. 682-90, 2010.

OERMANN, M H, TEMPLIM, T. Important attributes of quality health care: consumer perspectives. **J Nurs Scholarship**, v. 32, n. 2. 2000.

OLIVEIRA, R. B. *et al.* Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem? **Revista Enfermagem em Foco**, v. 5, n. ¾, p. 70-74, 2014.

OLIVEIRA, A. M. L. **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do patient satisfaction instrument. 2004.** 132 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

OLIVEIRA, A. M. L.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 71-7, 2006.

OLIVEIRA, V. RODRIGUES, V. Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros**, v. 16, p. 52, 2006.

OLIVEIRA, B. L. C. A. *et al.* Situação social e de saúde da população idosa de uma comunidade de São Luís-MA. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.11, n. 3, p. 25-29, set./dez. 2010.

PAIVA, C. J. K, CESSE, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015.

PASCHOAL, S. M. P; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. **Epidemiologia do envelhecimento.** In: PAPALETTO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 2007. Cap.4, p 39-56.

PEITER, *et al.* (2015). Fatores que interferem no gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico em um hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 404-413, jul./set. 2016.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-7, jul./ago. 2011.

PINTO, I. V, *et al.* Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.1, n. 20, p. 113-120, 2012.

PIMENTEL, F. L .*et al.* Neways: cancer network for welfare aging. **Acta Médica Portuguesa**, v. 29, n. 4, p. 235-236, apr. 2016.

POLIZER, R. *et al.* Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 59, n. 4, p. 548-51, jul-ago 2006.

PONTINHA, C. R. **Satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde.** Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2013.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMJAUN, A. *et al.* Improved targeting of cancer care for older patients: a systematic review of the utility of comprehensive geriatric assessment. **Journal of Geriatric Oncology**, Amsterdam, v. 4, n. 3, p. 271-81, 2013.

REIS, K. M. C, JESUS, C.A. C. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p.1130-8, 2015.

RISSER NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. **Nurs Res**, v. 24, n. 1, p: 45-52, 1975.

RIBEIRO, J. P.*et al.* Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Res fundam. care**. Online, out./dez, 2016.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. *et al.* The rise in mortality from breast cancer in young women: trend analysis in Brazil. **PLoS One**, v. 12, n. 1, e0168950, jan. 2017.

ROTH, F. L. **Consistência de histórico familiar de câncer em um estudo de base populacional.** Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2007.

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Modern epidemiology.** 3. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams, 2008.

SALIMENA, A. M. O. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.18, n. 1, p. 142-7, Jan./Mar. 2013.



SALIMENA, A. M. O. *et al.* Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. **Rev Enferm UFSM**, 2013.

SALES, C. A. *et al.* Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2012; 25(5): 736-42.

SANTO, C. E. **Perfil da saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Bauru**. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia de Bauru/ USP. São Paulo, 2014.

SANTOS, E. G. A. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 47-56, 2017.

SANTOS, L. M. **Significados e experiências de cuidadores/familiares de pacientes oncológicos sobre lesão por pressão: estratégias para o cuidado em domicílio**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2017. – Niterói: [s.n.], 2017. 196 f.

SANTOS, M. A, SARDINHA, A. H. L, SANTOS, L. N. Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. **Rev Gaucha Enferm**, v. 2, n. 3, p. 56-62, 2017.

SANTOS, F. K. *et al.* The patients' satisfaction with nursing care in hemodialysis. **Revista Cuidado é Fundamental Online**. 2018 abr/jun; 10(2):432-440

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Reino Unido, v. 4, p. 61-74, 2012.

SILVA, M. E. D. C. *et al.* Assistência de enfermagem ao paciente oncológico no hospital. **Revista de Enfermagem - UFPI**, Teresina, v. 2, p. 69-75, dec. 2013.

SILVA, R. M. *et al.* Satisfação dos pacientes no pós-operatório de fratura quanto aos cuidados de enfermagem: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, p. 211-116, 2010.

SILVEIRA, R.E. *et al.* Atividade sexual e risco para DST's entre idosos de três municípios mineiros. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 15, n. 177, p. 87-92, 2013.

SIMONATO, D. C.; BERGAMASCO, S. M. P. P. Perfil dos idosos e idosas do assentamento Gleba XV de Novembro – Pontal do Paranapanema – SP. **Retratos de Assentamentos**, v. 17, n. 2, 2014. p. 231-255.

**SIOG**. International Society of Geriatric Oncology. Siog.org/content/whygeriatric-oncology – 2018.

**SIOG**. International Society of Geriatric Oncology. Mission. 2011. Disponível em: [www.siog.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107&Itemid=1](http://www.siog.org/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=1). Acesso em 24 de maio de 2017.

SILVA, H. O. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 123-133, 2011.

SITTA, M. C. LEPPER, R. V. B. Avaliação perioperatória. In: Oncogeriatría uma abordagem multidisciplinar. **Giglio AD**, Karnakis Theodora – Barueri, SP: Manole, 2012.

SOBREIRA, F. M. M.; SARMENTO, W. E.; OLIVEIRA, A. M B. Perfil Epidemiológico e Sócio-Demográfico de Idosos Frequentadores de Grupo de Convivência e Satisfação Quanto à Participação no Mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, n. 429-438, 2011.

SOUZA, C. B. *et al.* Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.12, p. 3805-3816, 2015.

SOLLER, S. A. L. REGIS FILHO, G. I. Uso dos indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 591-610, 2011.

SUDRÉ, M. R. S. *et al.* Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.14, n. 1, p. 933-940, jan./mar. 2014.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). World Cancer Report: 2014. **Lyon: IARC**, 2014.

TRES, D. P. *et al.* Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por Indicadores. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

THULER, L. C. *et al.* Determinants of late stage diagnosis of cervical cancer in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetricia**, v. 36, n. 6, p. 237-243, 2014.

TERRA, F.S. COSTA, A.M.D.D., DAMASCENO, L.L. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.11, n.2, p. 112-7, 2013.

TESTON, E. F. SILVA, A. C. P. MARCON, S. S. Percepção de pacientes oncogeriátricos sobre a funcionalidade familiar. REME – **Rev Min Enferm**, v. 21:e-1032, 2017.

TONETI, F. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, p. 1030-1038, nov-dez. 2014.

TOSCANO, B. A. F. *et al.* Câncer: implicações nutricionais. **Revista Ciências Saúde**, v 19, n. 2, p. 171-180, 2008.

VASCONCELOS, A. T.; OSINAGA, V. L. M. **Satisfação do cliente sobre os cuidados de enfermagem em um serviço de pronto atendimento**. In: 9<sup>o</sup> Mostra Acadêmica UNIMEP, 2011, São Paulo.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p.599-613, 2005.

VERAS, R. P. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 3-8, 2012.

VIANNA, A. E. *et al.* A enfermagem oncológica frente ao câncer em pacientes idosos. **Revista Contexto & Saúde**, Unijuí, v. 10, n. 20, p. 569-572, jan./jun. 2011.

VICENZI, A. *et al.* Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. **Revista de Enfermagem - UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 409-417, Set/Dez 2013.

VISENTIN, A. *et al.* O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.4, p. 486-492, 2010.

WAGNER, D.; BEAR, M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing Framework. **Journal Advanced Nursing**, v. 65, n.3, p. 692-701, 2008

WALDOW, V. R. Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: **Vozes**; 2007.

WALDOW, V. R. BORGES, R. F. Caring and humanizaon: relaonships and meaning. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-8, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: World Health Organization; 2017.

XIMENES, C. R. C. **Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com câncer**. Tese (Doutorado em Oncologia) – Programa de PósGraduação em Oncologia - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2017.

XU, W. LARBI, A. A. Markers of T Cell Senescence in Humans. **Int J Mol Sci**, v.18, n. 8, p. E1742, 2017.

## ANEXOS

**ANEXO A****QUESTIONÁRIO DE INSTRUMENTO DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE (ISP)  
(HINSHAW e ATWOOD, 1982)**

1. O enfermeiro(a) deveria ser mais atencioso(a) do que ele ou ela é

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

02. O enfermeiro(a) muitas vezes acha que você não é capaz de entender a explicação médica sobre sua doença, então ele simplesmente não se preocupa em explicar

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

3. O enfermeiro (a) é uma pessoa agradável de se ter por perto

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

4. A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao enfermeiro (a)

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

05. O enfermeiro (a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

06. O enfermeiro (a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

7. O enfermeiro (a) explica as coisas em uma linguagem simples

- Concordo totalmente  
 Concordo  
 Não tenho opinião  
 Discordo  
 Discordo totalmente

<p>08. O enfermeiro (a) faz muitas perguntas, mas quando ele recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>09. Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>10. O enfermeiro (a) está muito ocupado no posto para perder tempo conversando comigo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>11. Eu gostaria que o enfermeiro (a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>12. O enfermeiro (a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>13. O enfermeiro (a) está sempre muito desorganizado para aparentar calma</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>14. O enfermeiro (a) é compreensivo(a) ao ouvir os problemas do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>15. O enfermeiro (a) dá bons conselhos</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>

<p>16. O enfermeiro(a) realmente sabe do que está falando</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>17. É sempre fácil entender o que o enfermeiro está dizendo</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>18. O enfermeiro (a) é muito lento para fazer as coisas para mim</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>19. O enfermeiro (a) não tem paciência suficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>20. O enfermeiro (a) não faz corretamente o seu trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>21. O enfermeiro (a) fornece as orientações na velocidade correta</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>22. Eu estou cansado do enfermeiro (a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior:</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>
<p>23. Só de conversar com o enfermeiro (a) já me sinto melhor</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo totalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho opinião</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo totalmente</p>



24. O enfermeiro (a) sempre dá explicações completas e suficientes do porquê os exames foram solicitados

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não tenho opinião
- Discordo
- Discordo totalmente

25. O enfermeiro (a) é habilidoso ao auxiliar o médico nos procedimentos

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não tenho opinião
- Discordo
- Discordo totalmente

## ANEXO B



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** HOMENS E MULHERES COM CÂNCER: SIGNIFICADOS, PERCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES

**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima Sardinha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 58484616.3.0000.5086

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.749.940

**Apresentação do Projeto:**

O câncer é uma doença crônico-degenerativa multicausal e atualmente é um grande problema de saúde pública mundial tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Existem fatores determinantes de vários tipos de câncer, muitos deles são hereditários, entretanto, a interação com fatores como, os hábitos de vida dos indivíduos e suas condições socioeconômicas, demográficas e ambientais determina um risco aumentado do adoecimento. No ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos

incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, atualmente, com câncer. O objetivo consistirá em avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer, atendidas em hospital de referência em tratamento do câncer no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem mista baseado nos pressupostos de pesquisas qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), localizado em São Luís do Maranhão, atualmente o único Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do estado do Maranhão. Serão utilizados questionários validados com perguntas fechadas para a obtenção de dados quantitativos e um roteiro de entrevista para os dados qualitativos. Os dados quantitativos serão importados para o software de tratamento estatístico STATA 14, onde serão gerados

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

gráficos e tabelas, analisados e discutidos à luz da literatura. A análise qualitativa será interpretado demonstrando a peculiaridade de cada participante da pesquisa mediante as questões norteadoras.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer.

##### **Objetivo Secundário:**

Caracterizar variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas dos homens e mulheres com câncer.

Correlacionar os indicadores socioeconômicos e demográficos e clínicos dos homens e mulheres com câncer;

Verificar a percepção qualidade de vida dos homens e mulheres com câncer;

Identificar a qualidade de vida dos cuidadores de homens e mulheres com câncer;

Identificar a imagem corporal autorreferida dos homens e mulheres com câncer;

Descrever os significados dos cuidados para os homens e mulheres com câncer;

Descrever o significado de cuidar de paciente com câncer para os cuidadores e os profissionais de enfermagem;

Conhecer as percepções dos homens e mulheres ao enfrentarem o câncer;

Conhecer as implicações do câncer para os homens e mulheres;

Descrever a satisfação dos usuários a cerca da assistência de enfermagem.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

A pesquisadora refere que: "O risco aos participantes será de ordem emocional, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar relacionado às perguntas formuladas."

##### **Benefícios:**

Segundo a pesquisadora: "Os benefícios estão relacionados à relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos usuários, cuidadores e os profissionais de enfermagem oportunizando os participantes a discutirem sobre o entendimento do significado, percepções e implicações do câncer, visando à melhoria da assistência dos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

mesmos."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante que pretende avaliar os significados, percepções e implicações dos homens e mulheres com câncer e poderá contribuir para o entendimento dos significados, percepções e implicações que acometem os homens e mulheres com câncer, visando à melhoria da assistência dos mesmos.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

#### **Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O pesquisador deve: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP quando solicitado; e encaminhar os resultados para publicação sejam eles favoráveis ou não e justificar ao CEP caso haja interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_765097.pdf	02/09/2016 08:34:09		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	02/09/2016 08:33:21	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cancer2.docx	02/09/2016 08:32:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Cancer_usuario2.pdf	02/09/2016 08:32:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_profissionais2.pdf	02/09/2016 08:31:55	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cancer_cuidador2.pdf	02/09/2016 08:31:34	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario3.pdf	28/07/2016 12:35:58	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario1.pdf	28/07/2016 12:35:06	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	questionario2.pdf	28/07/2016 12:34:23	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao.pdf	28/07/2016 12:31:47	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.PDF	28/07/2016 12:20:16	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.PDF	28/07/2016 12:19:38	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.749.940

Outros	declaracao_de_responsabilidsde.PDF	28/07/2016 12:19:11	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	28/07/2016 11:39:09	Ana Hélia de Lima Sardinha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 28 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:**  
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1/3

Prezado Senhor (a).

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Convidamos o Senhor para participar da Pesquisa intitulada **“IDOSOS COM CÂNCER: A SATISFAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO”**, sob a responsabilidade das pesquisadoras Larissa Cristina Rodrigues Alencar e Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

O (A) Sr. (a) foi selecionado porque tem idade igual ou maior do que 60 anos e está em atendimento no Hospital do Câncer Aldenora Bello, porém a sua participação não é obrigatória.

O objetivo da pesquisa é avaliar a satisfação dos idosos acerca dos cuidados de enfermagem durante a hospitalização. Esta pesquisa será realizada devido ao aumento do número de pessoas diagnosticadas com câncer, em especial no Brasil, havendo a necessidade de buscar melhorias na realidade de saúde dos pacientes portadores de câncer, destacando-se aqui os cuidados prestados pela enfermagem.

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em responder uma entrevista que será realizada com perguntas sobre: sua idade, sua raça, seu estado civil, sua profissão, sua renda, sua escolaridade, sua procedência, aspectos referentes as suas condições clínicas como diagnóstico, tratamento, histórico de câncer na família, hábitos de vida. Além da aplicação de um questionário de como você avalia os cuidados de enfermagem recebidos durante sua hospitalização.

O risco aos participantes será de ordem emocional, relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas, quando surgem sentimentos que podem estar remetidos às perguntas formuladas. A sua participação neste estudo contribuirá para o planejamento da atenção à saúde, visando a desenvolver ações terapêuticas qualificadas a serem aplicadas de forma



individual além da assistência à família, possibilitando maior relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais e estudantes de Enfermagem sobre o cuidado aos idosos com câncer, e que o (a) Sr. (a) tenha uma maior reflexão quanto a importância de cuidar de si mesmo, do cuidado da família e do cuidado do enfermeiro.

Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária. O (a) Sr. (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso do (a) Sr. (a) retirar-se do estudo, favor avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a). Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa.

A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, o (a) Sr. (a) não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o (a) Sr. (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

O (A) Sr. (a) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com a Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, na Avenida dos Portugueses, 1966, Bacanga - CEP 65080805 São Luís-MA, pelo telefone 3301-9701, ou 98159961 no horário das 8h às 12h e das 14 às 18h ou no seguinte e-mail: [anahsardinha@ibest.com.br](mailto:anahsardinha@ibest.com.br).

Havendo questões éticas ou denúncias relativas a esta pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 2109 1250 no horário das 8h às 12h e das 14 às 18h ou no seguinte endereço: Rua Barão de Itapary nº 227, Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, 4º andar. Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Caso O (A) Sr. (a) concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pelo pesquisador responsável.

Desde já agradecemos.

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a fala utilizada nestas informações do estudo foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmo também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

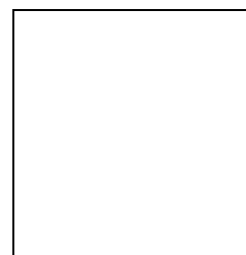
São Luís,        de                      de 2018.

---

Assinatura da pesquisadora

---

Assinatura do (a) pesquisado (a)



## APÊNDICE B

### Aspectos socioeconômicos, demográficos e dados clínicos dos pacientes

Nome: \_\_\_\_\_

Data do preenchimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Nº Formulário \_\_\_\_\_

<b>I. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS</b>
<b>1. Idade (anos completos):</b> _____
<b>2. Sexo (    )</b>  (1) Masculino    (2) Feminino
<b>3. Raça/Cor: (    )</b>  (1) Branca    (2) Preta    (3) Amarela    (4) Parda    (5) Indígena
<b>4. Profissão ( _____ )</b>
<b>5. Situação de trabalho (    )</b>  (1) Empregado    (2) Desempregado    (3) Aposentado    (4) Licença saúde (5) Outros
<b>6. Procedência (    )</b>  (1) Capital do Estado    (2) Outros municípios da Ilha de São Luís (3) Outros municípios do Estado    (4) Outros Estados
<b>7. Renda (em salários mínimos) (    )</b>  (1) Sem renda (2) Menor que 1 (3) 1 salário (3) Entre 1 e 2 (4) Entre 3 e 4 (5) Entre 5 e 6

(6) 7 ou mais

**8. Escolaridade ( )**

(1) Analfabeto

(2) Ensino Fundamental completo

(3) Ensino Fundamental incompleto

(4) Ensino médio incompleto

(5) Ensino médio completo

(6) Educação superior incompleta

(7) Educação superior completa

**9. Estado civil ( )**

(1) Casado/união estável (2) Solteiro (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo

**II. DADOS CLÍNICOS**

**1. Tempo de Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ meses

**2. Diagnóstico ( )**

(1) Câncer de mama

(2) Câncer de colón/reto

(3) Câncer de pulmão

(4) Linfoma de Hodkin

(5) Câncer de colo de útero/ovário

(6) Câncer de esôfago/estômago

(7) Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**3. Presença de outras**

**doenças:** \_\_\_\_\_

**4. Tabagismo ( )**

(1) Sim

(2) Não

(3) Parei de fumar. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**5. Consumo de Bebida Alcoólica ( )**

(1) Sim

(2) Não

(3) Parei de beber. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**6. Você tem história de câncer na família?**

(1) Sim – Quem? \_\_\_\_\_

(2) Não

**7. Quando iniciou o tratamento? \_\_\_\_\_****8. Quais tipos de tratamento estão sendo realizados?**

a) Tratamento Cirúrgico

b) Tratamento Quimioterápico

c) Tratamento Radioterápico

d) Outros. Quais? \_\_\_\_\_