



LOCUS DE CONTROLE EM PESSOAS IDOSAS COM CÂNCER EM CONTEXTOS DISTINTOS

LOCUS OF CONTROL IN ELDERLY PEOPLE WITH CANCER IN DIFFERENT CONTEXTS

LOCUS DE CONTROL EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA CON CÁNCER EN DIFERENTES CONTEXTOS

Raul de Paiva Santos¹, João Henrique Moraes Ribeiro², Deusdete Inácio de Souza³, Paula Faria Dias⁴, Maria Angélica Mendes⁵, José Vitor Silva⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar o *locus* de controle e compará-lo entre pessoas idosas com câncer em contextos distintos. **Método:** estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com amostra de 40 pessoas idosas, selecionadas intencionalmente em um Hospital Universitário e uma Instituição de Apoio. A coleta de dados se deu pelo Instrumento de Caracterização pessoal, Socioeconômico e de Saúde e da Escala de Avaliação de *Locus* de Controle. Os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônico e utilizou-se a estatística descritiva para analisá-los. **Resultados:** a maioria da população apresentou *locus* de controle externo. **Conclusão:** predominou-se a externalidade nas pessoas idosas, contudo, homens evidenciaram maior *locus* de controle interno; ademais, os sujeitos idosos atendidos na Casa de Apoio exibiram maior internalidade em relação àqueles hospitalizados. **Descritores:** Controle Interno-Externo; Câncer; Idoso; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the *locus* of control and to compare it among elderly people with cancer in different contexts. **Method:** descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, with a sample of 40 elderly people, intentionally selected in a University Hospital and a Supporting Institution. The data was collected by the Personal Characterization, Socioeconomic and Health Instrument and the *Locus* of Control Rating Scale were used. The data were entered into an electronic database and the descriptive statistics was used to analyze them. **Results:** the majority of the population presented external *locus* of control. **Conclusion:** externality was predominant among the elder, but, men showed a greater *locus* of internal control; in addition, the elderly subjects cared for at the Support House showed greater internality in relation to those hospitalized. **Descriptors:** Internal-External Control; Cancer; Aged; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el *locus* de control y compararlo entre las personas mayores con cáncer en diferentes contextos. **Método:** estudio transversal, descriptivo con enfoque cuantitativo, con muestra de 40 ancianos, seleccionados intencionalmente en un Hospital Universitario y una institución de apoyo. La recolección de datos fue llevada a cabo por el instrumento de caracterización personal, socioeconómico y de salud y la Escala de Evaluación de *Locus* de Control se emplearon. Los datos fueron introducidos en una base de datos electrónicos y se utilizó la estadística descriptiva para analizarlos. **Resultados:** la mayoría de la población presenta *locus* de control externo. **Conclusión:** predominó la externalidad en las personas mayores, sin embargo, los hombres mostraron mayor *locus* de control interno; además, los sujetos ancianos atendidos en Casa de Apoyo exhibieron mayor internalidad que aquellos hospitalizados. **Descriptores:** Control Interno-Externo; Cáncer; Anciano; Enfermería Geriátrica.

¹Enfermeiro, Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas/PPGENF/UNIFAL Alfenas (MG), Brasil. E-mail: raulpaivasantos@hotmail.com; ²Enfermeiro, Mestre, Doutorando, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: enf.joaoh@gmail.com; ³Enfermeiro, mestre em Enfermagem pelo PPGENF da UNIFAL-MG. Poços de Caldas (MG), Brasil. E-mail: unijunior6@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira obstetra, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas/PPGENF/UNIFAL Alfenas (MG), Brasil. E-mail: paulinha_fdias@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas/PPGENF/UNIFAL Alfenas (MG), Brasil. E-mail: mawtws@gmail.com; ⁶Enfermeiro, Professor Titular, Diretor Acadêmico, Escola de Enfermagem Wenceslau Braz/EEWB Itajubá (MG), Universidade do Vale do Sapucaí/UNIVÁS. Pouso Alegre/MG. Itajubá (MG), Brasil. E-mail: enfjvitorsilva@oi.com.br

INTRODUÇÃO

Este estudo está centrado no *locus* de controle das pessoas idosas brasileiras portadoras de câncer. Visto que o número de idosos no Brasil passou de três milhões, em 1960 para aproximadamente 21 milhões em 2010 - um aumento 700% em 50 anos - o Brasil hoje é considerado um “jovem país de cabelos brancos”.^{1, 2} Conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS,³ em 2050, existirão no mundo em torno de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais e a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento, como o Brasil. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, sendo a maior parte deles com doenças crônicas e limitações funcionais.² O aumento da esperança de vida com a exposição aos fatores de risco das doenças crônico-degenerativas faz com que se tornem mais frequentes as complicações de saúde por esses agravos.⁴ Logo, doenças próprias do envelhecimento adquirem maior premência no conjunto da sociedade, particularmente àquelas denominadas doenças crônicas não transmissíveis; dentre elas destaca-se o câncer.^{2,5-6}

Câncer é o nome genérico atribuído ao conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo.⁷ De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer/Organização Mundial da Saúde, incidiram 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes em todo o Mundo, no ano de 2012. Em 2030, a previsão da carga global é de 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes por câncer. Já no Brasil a estimativa, para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, o que reforça a magnitude do problema no País.⁸

Apesar dos avanços científicos no tratamento do câncer, saber que se é portador do mesmo tende a acarretar inúmeros prejuízos físicos e também à saúde mental, visto que ainda é uma doença estigmatizada como dolorosa, incapacitante e de elevada letalidade. Considerando essa perspectiva de enfrentamento da doença, é relevante conhecer e interpretar as atitudes das pessoas frente à experiência da doença, pois são dados clínicos que podem embasar a implementação de intervenções no alcance de resultados.⁹ Assim, o constructo do *locus* de controle destaca-se devido ao seu potencial

de identificação “a quem” ou “a que” a pessoa atribui àquilo que lhe acontece no seu cotidiano.

Locus de controle se refere a uma característica individual da pessoa sobre a percepção de “quem” controla os acontecimentos.¹⁰ Conceito este construído pelo psicólogo Jullian Rotter em 1966, tendo três dimensões, uma interna e duas externas. *Locus* de controle interno diz respeito à crença do indivíduo quanto ao que lhe acontece na vida como sendo consequência de suas ações e até que ponto é capaz de controlar seu destino. Já *locus* de controle externo faz referência à crença do indivíduo de que o que lhe acontece na vida não tem relação com seu comportamento, mas sim com outros fatores fora de seu controle. Esse *locus* se subdivide em externo-outros - que remete para poderosos que corresponde a outras pessoas como médicos, familiares e amigos. E o externo-acaso- que é reportado à sorte, ao azar, a Deus e ao destino.¹¹ De tal modo, o *locus* influencia o comportamento do doente diante do problema de saúde, ao direcionar sua percepção referente ao problema para fatores dependentes de si ou para forças externas.¹²

Diante desse contexto, estudos centrados no *locus* de controle são relevantes, particularmente em pessoas idosas com câncer, uma vez que esse tema é pouco discutido pelos profissionais de saúde, sobretudo àqueles interessados na Geriatria, Gerontologia e Oncologia. Tais estudos favorecem a implementação de intervenções que estimulem a adaptação do tipo de *locus*, assim como aquelas que visem o enfrentamento eficaz.

Face ao exposto, os objetivos desta pesquisa consistiram em conhecer as características socioeconômicas e de saúde e avaliar o *locus* de controle, comparando-o entre pessoas idosas hospitalizadas portadoras de câncer com aquelas atendidas em uma Instituição de apoio ao portador de câncer da cidade de Pouso Alegre/MG.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Casa de São Rafael (CSR) e no Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), localizados na cidade de Pouso Alegre, Sul do Estado de Minas Gerais, Brasil. CSR é Instituição filantrópica de apoio ao portador de câncer, restringindo-se ao tratamento ambulatorial oferecido pelos profissionais: enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Já o HCSL distingue-se como hospital geral que também presta

tratamento cirúrgico, quimio e radioterápico à população com enfermidades oncológicas.

Este estudo teve como participantes pessoas idosas portadoras de câncer, atendidas ou hospitalizadas na CSR ou no HCSL, respectivamente. A amostra foi composta por 40 pessoas, 20 de cada cenário de estudo, facilitando a comparação dos dados entre as Instituições. O cálculo amostral considerou o número de indivíduos idosos atendidos ou hospitalizados para tratamento oncológico, durante o período compreendido entre agosto e outubro de 2012. Ponderou-se que alguns pacientes idosos poderiam não consentir em participar da pesquisa ou não estar aptos a participar da mesma, bem como a necessidade da realização do pré-teste. Nessa perspectiva, a amostragem distinguiu-se como não probabilística, do tipo intencional.

Os critérios adotados à definição da amostra compreenderam: 1) Ter idade igual ou superior a 60 anos; 2) Possuir diagnóstico médico de câncer; 3) Encontrar-se em atendimento na CSR ou hospitalizado no HCSL; 4) Possuir capacidade de verbalização oral e apresentar funções cognitivas preservadas, estando orientado em relação a si mesmo, ao tempo e ao espaço, obtendo após aplicação do Instrumento de Avaliação Mental - Mini Mental,¹³ escore igual ou superior a 70%. Não obstante deveriam consentir, de maneira livre e esclarecida, em participar da pesquisa.

Foram empregados dois instrumentos, são eles:

1) Questionário de Caracterização Pessoal, Familiar, Social, Econômica e de Saúde - este foi validado no Brasil e é constituído por questões fechadas relacionadas à idade, gênero, estado civil, número de filhos, tipo de família, situação de trabalho, orçamento familiar, estado de saúde e outros.¹⁴

2) Escala de Avaliação de *Locus* de Controle - obtida a partir da Escala original de *locus* de controle interno-externo de Rotter e traduzida e adaptada ao contexto brasileiro por Dela Coleta.¹⁵ Sua forma final contém 15 itens que diferem da forma original na qual eram pareados dois a dois, com uma opção interna e outra externa e, nessa adaptação, devem receber somente a resposta concordo ou discordo. A Escala pode ser aplicada coletiva ou individualmente. Não havendo especificação quanto ao tempo de duração, neste estudo o entrevistado gastou cinco minutos para responder. Os escores são obtidos a partir da aplicação do gabarito, no qual cada item se consigna um ponto para a resposta em acordo com o gabarito e zero para a resposta em desacordo. O escore total varia de zero a quinze pontos, significando

que quanto maior o escore maior a externalidade do *locus* de controle do indivíduo.

A coleta de dados foi conduzida mediante entrevista estruturada direta, realizada no período compreendido entre agosto e outubro de 2012, tendo como tempo médio, aproximadamente 20 minutos cada entrevista. Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores e a coleta de dados foi realizada em encontro único com o paciente idoso agendado previamente. Ademais, procurou-se aplicar os instrumentos em ambientes livre de ruído, preservando a autonomia e a privacidade dos pacientes idosos.

Empregou-se a Estatística Descritiva para as variáveis de tendência central, tais como: valor mínimo (VMin) e valor máximo (VMax), média (M), mediana (MED) e amplitude (AMP) e o desvio padrão (DP). As informações obtidas na coleta de dados foram inseridas em um banco de dados eletrônico previamente elaborado no programa computacional *Microsoft Excel* 2010. Após análise estatística, os dados foram tabulados de acordo com a natureza da variável.

O projeto de estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/MG, sob o parecer consubstanciado de número 27671; estando também em conformidade com o preconizado pela Resolução nº466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A manifestação voluntária da decisão das pessoas idosas em participar do estudo ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Estão apresentados em duas partes distintas: na primeira são visualizados os resultados de caracterização da amostra, separadamente, dos dois cenários do estudo e na segunda parte, estão exibidos os dados referentes ao *locus* de controle das pessoas idosas atendidas na Instituição de apoio e daquelas hospitalizadas, respectivamente, e por gêneros.

Na primeira Instituição, identificou-se a média de idade de 67,8 anos (DP= 5,37), em relação ao gênero, era uma amostra homogênea. Também sua totalidade era seguidora de alguma religião sendo que 75,0% eram católicos, sabiam ler e escrever, e desses, 85,0% traziam o ensino fundamental incompleto ou ainda não tinham instrução de ensino; 70,0% eram casados e da mesma

forma, eram aposentados ou pensionistas, sendo que 45,0% possuíam rendimento mensal de dois salários mínimos; 85,0% portavam doença crônica, desses, 47,1% apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); com 90,0% fazendo uso contínuo de medicamentos em casa e, por último 35,0% classificaram seu estado atual de saúde como “regular”.

Já no cenário hospitalar, verificou-se média de idade de 70,0 anos (DP= 7,55); 55,0% eram do gênero masculino; sua totalidade professava alguma crença religiosa, sendo 60,0% católicos; 70,0% sabiam ler e escrever, no entanto 60,0% possuíam o ensino fundamental incompleto ou não tinham

instrução; 45,0% eram casados; 85,0% eram aposentados ou pensionistas e 35,0% possuíam rendimento mensal de dois salários mínimos; 90,0% portavam doença crônica, sendo que 33,3% desses declararam conviver com HAS associada ou não ao diabetes *mellitus* (DM); 90,0% faziam uso contínuo de medicamentos em casa e por fim, 60,0% qualificaram seu estado de saúde atual como “bom”.

Os resultados referentes ao *locus* de controle dos participantes idosos estão organizados nas tabelas 1 e 2 a seguir, separadas por gênero e por Instituição, visando oferecer ao leitor melhor visualização e comparação dos dados.

Tabela 1. Medidas de tendência central e dispersão, referentes ao *locus* de controle dos entrevistados do gênero feminino, HCSL e CSR. Pouso Alegre (MG), Brasil, 2012 (n=19).

		HCSL		CSR		N	%
Tipo de locus de controle	Locus de controle externo	8		6		14	73,7%
	Locus de controle interno	1		4		5	26,3%
	M. MED. DP. VMin. VMax. AMP.						
Locus de controle							
HCSL	8,67	6,0	1,32	6,0	10,0	4,0	
CSR	8,90	11,5	2,56	5,0	13,0	8,0	

Tabela 2. Medidas de tendência central e dispersão, referentes ao *locus* de controle dos entrevistados do gênero masculino, HCSL e CSR. Pouso Alegre (MG), Brasil, 2012 (n=21).

		HCSL		CSR		N	%
Tipo de locus de controle	Locus de controle externo	7		7		14	66,7%
	Locus de controle interno	4		3		7	33,3%
	M. MED. DP. VMin. VMax. AMP.						
Locus de controle							
HCSL	8,18	7,0	2,27	4,0	11,0	7,0	
CSR	7,80	7,0	1,23	6,0	10,0	4,0	

DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes foi de 68,9 (DP=6,46) anos, corroborando com os dados do Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que evidencia a faixa etária entre 60 e 69 anos como a mais populosa dentre as pessoas idosas. Naturalmente, essa faixa apresentará maior prevalência de doenças crônico-degenerativas; neste estudo em particular, o câncer.¹

A amostra contou com maior número de pessoas idosas do gênero masculino, diferenciando dos números do IBGE, que estimam maior número de mulheres na faixa etária entre 65-69 anos; sendo aproximadamente 40 mil mulheres no Estado de Minas Gerais e trezentas na cidade de Pouso Alegre/MG a mais do que os homens idosos nessa faixa de idade.¹ O fato pode ser explicado pelos dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) que confirmam maior incidência geral de câncer em homens.⁸

Em relação à religião, a totalidade da amostra professava ao menos alguma,

destacando-se a católica; estando em concordância com o Censo 2010, o qual indica que aproximadamente 65% da população brasileira se define como católica, acompanhada por 22,0% de evangélicos.¹

Quanto à educação, 72,5% sabiam ler e escrever e não haviam concluído o Ensino Fundamental ou até mesmo não tinham instrução alguma. Conforme o IBGE, aproximadamente metade da população brasileira possui Ensino Fundamental incompleto ou não possui instrução.¹ O ocorrido na população do estudo pode ser justificado pelo fato de que a maioria dos idosos, quando jovens, não possuía condições financeiras para estudar, visto que em meados do século XX, somente os jovens moradores da área urbana, com condições financeiras favoráveis, tinham acesso à escola ou Universidade.

Referente ao estado civil 57,5% da população era casada, valor superior ao encontrado no Censo Populacional de 2010 que foi de 38,5% no Estado de Minas Gerais, Brasil;¹ O percentual encontrado por este estudo é justificado provavelmente pelo fato

dos participantes serem somente idosos, ao passo que o Censo abrange a população jovem e adulta. A respeito da renda mensal, 77,5% da população era aposentada ou pensionista. Ainda em relação às condições financeiras, 30,0% tinha rendimento mensal de dois salários mínimos, em concordância com o encontrado no Estado de Minas Gerais em 2010, que era de aproximadamente R\$ 1.200,00, sendo o salário mínimo levado em consideração pelo IBGE de R\$ 510,00.¹ Mesmo considerando o baixo valor da aposentadoria, essa ainda constitui, na maioria das vezes, a fonte principal de renda da pessoa idosa e, muitas vezes de toda a família.

Por fim, grande parte da amostra possuía além do câncer outras patologias, uma vez que a pessoa idosa acumula doenças crônico-degenerativas típicas do envelhecimento, como a HAS e o DM, chegando à velhice com múltiplas comorbidades. Igualmente, a maioria dos entrevistados fazia uso contínuo de medicamentos para controle sintomático das doenças, como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, dentre outros.

A despeito do constructo *locus* de controle, evidenciou-se nas pessoas idosas de ambos os gêneros, nos dois Cenários de estudo, a presença de *locus* de controle externo (LCE) ou a externalidade. Nesse sentido, a pessoa com esse tipo de *locus* atribui a outrem o controle do que lhes acontece, desde acontecimentos cotidianos até aqueles de maior importância, como os relacionados à condição de saúde da mesma. Nota-se, também, a ocorrência de uma discrepância nos resultados, segundo os gêneros, apresentando as mulheres idosas, maior externalidade em relação aos homens. Uma possível explicação pode estar relacionada ao fato de que, na sociedade contemporânea, o homem ainda tende a centralizar as tomadas de decisão. As pessoas com *locus* de controle predominantemente externo possuem atributos de:

a) tendência ao conformismo; b) não percepção das demandas diárias; c) maiores chances de ser passível de influência de acordo com o *status* da fonte de informação e menor habilidade para aceitar as implicações do fracasso; d) imediatismo; e) visão do futuro negativa e ideias suicidas; f) insatisfação com a interação social.¹⁵ De tal modo, pessoas com maior externalidade são mais propensas ao pessimismo, podendo-se inferir que as mesmas, caso necessitem de tratamento em longo prazo como por exemplo, controle de doenças crônicas com medicamentos de uso contínuo, podem aderir de forma não assídua

ao seu tratamento, pois acreditam com parcimônia em melhoras.

As mulheres idosas hospitalizadas apresentaram maior índice de externalidade em relação àquelas não hospitalizadas. Possível explicação para esta ocorrência aumentada no âmbito hospitalar repousa no fato de que estar hospitalizada retira, mesmo que parcialmente, a autonomia da mulher de realizar suas atividades de vida diária, tendendo a transferir seu *locus* de controle para o externo-outros poderosos. Corroborando com o exposto, autores identificaram que mulheres apresentaram maior percepção externa ao acaso às condições de saúde, portanto atribuíam o controle de sua doença ao acaso, o que poderia trazer influências negativas no controle de sua doença crônica.¹⁶

As pessoas idosas do gênero masculino, nos dois cenários de estudo, apesar de obterem maior externalidade, diferiram das mulheres entrevistadas por apresentarem maior número de indivíduos com *locus* de controle interno (LCI). Pessoa com *locus* de controle mais interno propende a ter mais habilidades para lidar com a doença ou com a perda,¹⁷ inclinando-se a apresentar: a) maior fluência verbal; b) maior resistência às influências sociais, à coerção e aos comportamentos perigosos; c) mais persistência na solução de problemas lógicos e no esforço para obtenção de melhores resultados; d) mais inquisitivos, curiosos e eficientes no processamento de informações; e) mais ativos e alertas com comportamentos mais perigosos; f) menor pessimismo e mais habilidades para enfrentar situações adversas; g) mais tolerância ao desconforto e por derradeiro; h) maior força do ego.¹⁵ Dessa forma, a pessoa com maior internalidade busca ser mais resiliente e otimista, caso sofra de alguma doença crônica e necessite de tratamento em longo prazo, hipoteticamente ela será mais assídua e aderente ao mesmo, já que é mais esforçada, tolerante ao desconforto e hábil no combate e superação das adversidades, enfim mais persistente. Em pesquisa com integrantes idosos de um Programa de longevidade da cidade do Rio Grande do Sul, Brasil, evidenciou-se que o idoso que apresentava maior *locus* de controle interno também exibiu melhor qualidade de vida.¹⁸

Os homens idosos hospitalizados, do mesmo modo que aconteceu com as mulheres hospitalizadas, apresentaram maior externalidade em relação aos não hospitalizados; possivelmente isso se deve ao fato de que a hospitalização traz consigo uma restrição da autonomia do homem, além de

outros fatores, como a dependência até para o autocuidado, na alimentação, higiene e medicação, entre outras. Ademais, o próprio envelhecimento em si caracteriza-se como situação de adversidade, em ambos os gêneros, em relação à manutenção da vida, da segurança, da independência, contexto esse acentuado pela evasão dos filhos, pela dependência de medicamentos, de cuidadores e de outros profissionais.

Destarte, o desafio de ser idoso e com câncer é ainda maior, devido às implicações biopsicossociais e espirituais da doença, resultando no alargamento da externalidade, seja no âmbito hospitalar, ambulatorial ou mesmo na comunidade. Neste estudo, a grande maioria dos entrevistados possui câncer e outras comorbidades, necessitando de tratamentos médicos e do uso de medicamentos contínuos, ou seja, dependem intensamente de cuidados ou orientações de outrem. Em um Sistema de Saúde fundamentado no Modelo Biomédico, tradicionalmente, pessoas idosas têm sua crença potencializada no profissional médico e, dessa forma se caracteriza como uma pessoa com *locus* de controle externo a outros-poderosos.¹⁹

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que na maioria, em ambos cenários de estudo, o *locus* de controle externo foi o mais predominante e ao se avaliar o tipo de *locus* por gênero, encontrou-se maior externalidade, contudo o *locus* de controle interno estava mais presente nos homens.

O *locus* de controle se caracteriza como relevante traço da personalidade do indivíduo que orienta a tomada de decisão e consequentes comportamentos de enfrentamentos, eficazes ou não, da doença e do prognóstico.²⁰ O indivíduo com *locus* de controle externo tende a se sentir incapacitado para agir de forma favorável ao controle de sua doença, ao contrário daqueles que são guiados pelo *locus* de interno.¹¹ Diante dessa perspectiva, torna-se conveniente a elaboração de outros estudos sobre o constructo *locus* de controle, com diferentes eixos metodológicos e contextos de saúde/doença, em especial na identificação de fatores que antecedem ou influenciam a externalidade ou a internalidade do *locus*, tais como presença de doença crônica, uso contínuo de medicamentos, nível de escolaridade ou ainda a faixa etária.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários das Instituições Casa de São Rafael e Hospital das Clínicas Samuel Libânio.

FINANCIAMENTO

Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, pelo apoio financeiro para elaboração e submissão deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento (BR), Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010, Resultados Gerais da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 235p.
2. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 May-June [cited 2015 July 01];43(3):548-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.
3. World Health Organization. The World Health Report. Geneva: OMS; 2001. 169p.
4. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.99-106.
5. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 July 01];45(2):1763-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.
6. Duarte RC, Nogueira-Costa R, Viana LS. Tratamento do paciente geriátrico portador de câncer. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.117-123.
7. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 98p.
8. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. 124p.
9. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. Acta Paul Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 July 01];23(4):486-92. Available from:

Santos RP, Ribeiro JHM, Souza DI et al.

Locus de controle em pessoas idosas com...

<http://www.redalyc.org/html/3070/307023863007/>.

10. Alves AS, Lopes MHB. *Locus of control and choice of contraceptive method*. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 May-June [cited 2015 July 01];60(3):273-278. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300005>.

11. Baptista MN, Santos KM, Dias RR. Auto-eficácia, *locus de controle* e depressão em mulheres com câncer de mama. Psico Argumento [Internet]. 2006 [cited 2015 July 01];24(44): 27-36. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=135&dd99=view&dd98=pb>.

12. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica e o *locus de controle* da saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2004 [cited 2015 July 01];38(3):254-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000300003>.

13. Folstein MF, Folstein SE, McHuge PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journ Psychiatr Res. 1975; 12: 189-198.

14. Silva JV, Kimura M. Adaptação cultural e validação da Appraisal self-care agency (ASA-A) [pesquisa]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

15. Dela Coleta MF, Dela Coleta JA. Estudos sobre o *locus de controle*: uma amostra da pesquisa brasileira no período 1979-1995. Cad Psicol. 1997; (1):135-142.

16. Dela Coleta MF, Dela Coleta JA. Escalas para medida de atitudes e outras variáveis psicossociais. Rev USP. 1996: 12-14.

17. Timm LA, Argimon IIL, Wendt GW. Correlação entre domínio de qualidade de vida e *locus de controle* da saúde em idosos residentes na comunidade. Sci Med. [Internet]. 2011 [cited 2015 July 01];21(1):9-13. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/8317/6154>.

18. Fuscaldi FS, Balsanelli ACS, Grossi SAA. Lócus de controle em saúde e autoestima em portadores de diabetes mellitus tipo 2. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 Aug [cited 2015 July 01]; 45(4):855-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400009>.

19. Araujo LG. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da forma C da escala multidimensional health *locus of control* (pain *locus of control*) para idosos comunitários com dor crônica

[dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, MG; 2008.

20. Fernandes SCS, Almeida SSM. Estudo correlacional entre *locus de controle* e valores humanos. Interação psicol. [Internet]. 2008 July-Dec [cited 2015 July 01];12(2):215-222. Available from: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/8133/10250>.

Submissão: 02/09/2015

Aceito: 21/01/2017

Publicado: 15/02/2017

Correspondência

Raul de Paiva Santos
Rua João Pinheiro, 98
Bairro Centro
CEP: 37130-085 – Alfenas (MG), Brasil