



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



NATHACHA ADRIELA LIMA CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER
DE MAMA**

**TERESINA/PI
2015**

NATHACHA ADRIELA LIMA CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER
DE MAMA**

Relatório de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: a Enfermagem no contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

**TERESINA/PI
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

C331ta Carvalho, Nathacha Adriela Lima.

Avaliação da qualidade de vida de idosas portadoras de
câncer de mama/ Nathacha Adriela Lima Carvalho. – 2015.
76 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Teresina, 2015.

“Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes
Figueiredo”.

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Neoplasia da
mama. 4. Idoso. I. Título.

CDD: 610.73

NATHACHA ADRIELA LIMA CARVALHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER
DE MAMA**

Relatório de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado e Doutorado da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes
1^a Examinadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery
2^a Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino
Suplente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me proporcionar mais essa conquista.

À minha madrinha, tia e segunda mãe Francisca Lopes, que sempre se faz presente na minha vida, que foi a maior incentivadora para que eu buscasse mais esse caminho, sempre acreditando na minha capacidade e me dando forças para vencer.

Aos meus pais e irmãos, Maria da Cruz, Antonio José, Anádja e Júnior por sempre apoiarem minhas decisões, torcerem pelo meu sucesso e me ajudarem com todo suporte necessário para esta caminhada.

À minha orientadora e professora Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, agradeço profundamente a oportunidade de trabalharmos juntas e os ensinamentos compartilhados. Sua contribuição ao longo desses dois anos foi imensurável.

Às professoras da banca examinadora da qualificação e defesa. Dr.^a Ana Fátima Carvalho Fernandes, Dr.^a Inez Sampaio Nery e Dr.^a Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino pelas sugestões dadas a esse trabalho que foram essenciais para o enriquecimento deste.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, em nome da Prof.^a Dr.^a Inez Sampaio Nery por sua dedicação no gerenciamento do curso.

Ao Ariel, meu amigo e companheiro, que se fez presente em mais essa etapa da minha vida, sempre mostrando que eu seria capaz.

Aos amigos de turma do mestrado que conquistei durante esta caminhada, agradeço os conhecimentos transmitidos, as dúvidas retiradas e os momentos de descontração vividos. Desejo o sucesso de todos vocês.

Às mulheres idosas, participantes deste estudo, que me receberam em suas residências com muito carinho e dedicação em colaborar com esta pesquisa.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram e torceram pela realização efetiva desse trabalho. Muito obrigada!

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres”.

(Sêneca)

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição das idosas (n=52) com CA de mama, segundo diagnóstico de depressão, classificação da EDG-15. Teresina, PI, 2015 **38**
- Gráfico 2** - Percepção das idosas (n=52) entrevistadas sobre sua QV e sua satisfação com a saúde. Teresina, PI, 2015 **40**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica das idosas participantes (n=52) do estudo. Teresina, PI, 2015.....	36
Tabela 2 -	Dados das idosas (n=52) portadoras de CA de mama, segundo o apoio familiar. Teresina, PI, 2015.....	37
Tabela 3 -	Escore totais dos domínios e da qualidade de vida, segundo o WHOQOL- Bref, aplicados em idosas (n=52) portadoras de CA de mama. Teresina, PI, 2015.....	39
Tabela 4 -	Correlação entre a variável dependente qualidade de vida e demais variáveis independentes do estudo (n=52). Teresina, PI, 2015.....	39
Tabela 5 -	Força de correlação dentre as facetas e os respectivos domínios do instrumento WHOQOL-BREF (n=52). Teresina, PI, 2015.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APCC	Associação Piauiense de Combate ao Câncer
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Câncer
Cacon	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECM	Exame Clínico das Mamas
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EUA	Estados Unidos da América
FACT	<i>Functional Assessment Cancer Therapy</i>
FLIC	<i>Functional Living Index Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
Unacon	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

RESUMO

CARVALHO, N. A. L. **Avaliação da qualidade de vida de idosas portadoras de câncer de mama**, 2015, 76 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2015.

Introdução: O câncer de mama é o que mais acomete a população feminina em todo o mundo. Representa 14% de todos os casos de câncer nos Estados Unidos da América e apresentou proporção no ano de 2014 no Brasil de 56 casos para cada 100 mil mulheres. A idade avançada é o principal fator de risco e 35-50% dos casos ocorrem em mulheres com mais de 65 anos, fator preocupante diante das mudanças no perfil sociodemográfico relacionadas ao crescimento acelerado da população idosa. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) de idosas portadoras de câncer de mama. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado em Teresina-PI, no qual os instrumentos de coleta dos dados foram aplicados nos domicílios de idosas com câncer de mama, cadastradas em 2013 em um hospital de referência em oncologia, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob protocolo nº 649.342. A amostra do estudo foi constituída por 52 idosas com câncer de mama. Para a coleta de dados foram utilizados quatro instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental, um formulário estruturado com informações sociodemográficas e de apoio familiar, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e o questionário *World Health Organization Quality of Life* - bref, elaborado pela Organização Mundial de Saúde em 1994. Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Science*, versão 18.0. Foram realizadas análises descritivas, univariadas e bivariadas. **Resultados:** A média de pontos encontrado no MEEM foi de 21,5; a idade média foi de 67,9 anos ($\pm 5,9$), com predomínio das solteiras, separadas e viúvas (73,1%), com baixa escolaridade (51,9%), renda mensal familiar de um salário mínimo (40,4%), com presença de um cuidador (57,7%), na maioria os filhos (38,5%), e que não apresentaram sinais e sintomas depressivos (69,2%). Boa qualidade de vida geral (média de 63,6); os domínios meio ambiente e físico foram os mais comprometidos e o psicológico o mais preservado; houve forte grau de correlação entre a qualidade de vida geral e os domínios físicos, psicológicos e meio ambiente e correlação fraca e negativa entre a esta e os escores da escala de depressão geriátrica. As entrevistadas referiram boa qualidade de vida (50%) e satisfação com sua saúde (53,8%). No domínio físico a faceta com forte correlação foi dependência de medicamentos; no psicológico foi pensar, aprender, memória e concentração; no domínio social foi a de relações pessoais e no meio ambiente foi o aspecto ambiente físico. **Conclusão:** Ainda que a maioria das participantes do estudo tenha se considerado satisfeita com sua saúde e com boa qualidade de vida, foram identificadas demandas de cuidado quanto ao regime terapêutico e seus efeitos colaterais, bem como déficits psicológicos relacionados ao pensar e aprender, memorização e concentração. Aponta-se a necessidade da atenção holística e multidisciplinar, com destaque para os cuidados de enfermagem, às mulheres idosas com câncer de mama, por meio de ações multidimensionais capazes de atendê-las, minimizando as repercussões e os impactos dos tratamentos oncológicos.

Palavras-chave: Enfermagem. Qualidade de vida. Neoplasias da mama. Idoso.

ABSTRACT

CARVALHO, N. A. L. Assessment of quality of life of elderly women with breast cancer, 2015, 76 f. Master Thesis – Federal University of Piauí, Teresina, 2015.

Introduction: Breast cancer is the one that most affects the female population worldwide. Represents 14% of all cancer cases in the United States and had a proportion in 2014 in Brazil of 56 cases per 100,000 women. Advanced age is the main risk factor and 35-50% of cases occur in women over 65, worrisome given the changes in the demographic profile related to the elderly population's rapid growth.

Objective: To evaluate the quality of life (QOL) of elderly women with breast cancer.

Methodology: A descriptive study with a quantitative approach and cross-section, conducted in Teresina, PI, in which the data collection instruments were applied to elderly women with breast cancer households, indexed in 2013 in a referral hospital in oncology, after approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under protocol nº 649342. The study sample consisted of 52 elderly women with breast cancer. For data collection four instruments were used: Mini-Mental State Examination, a structured form with sociodemographic and family support information, the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the "World Health Organization Quality of Life – bref" questionnaire, prepared by the World Health Organization in 1994. The data were processed using the Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0. Descriptive, univariate and bivariate analyzes were performed. **Results:** The mean score found in MMSE was 21.5; the mean age was 67.9 years (\pm 5.9), with a predominance of single, separated and widows (73.1%), with low education (51.9%), monthly family income of a minimum wage (40.4%), with the presence of a caregiver (57.7%), most the sons (38.5%), and that did not present signs and symptoms of depression (69.2%). Good overall quality of life (average of 63.6); environmental and physical domains were the most affected and the psychological the most preserved; there was a strong degree of correlation between the overall quality of life and physical, psychological and environment domains and weak and negative correlation between this and the scores of geriatric depression scale. The interviewees reported good quality of life (50%) and satisfaction with their health (53.8%). In the physical domain the facet with strong correlation was medication dependence; in the psychological was thinking, learning, memory and concentration; in the social field was the personal relationships and the environment was the physical aspect. **Conclusion:** Although most of the study participants have considered themselves satisfied with their health and with good quality of life, care demands were identified as the therapeutic regimen and its side effects, and psychological deficits related to thinking and learning, memorization and concentration. It's pointed the need for holistic and multidisciplinary care, especially nursing care, to older women with breast cancer, through multidimensional actions capable of serving them, minimizing the repercussions effects and impacts of cancer treatments.

Keywords: Nursing. Quality of life. Breast Neoplasms. Aged.

RESUMEN

CARVALHO, N. A. L. **Evaluación de la calidad de vida de ancianas con cáncer de mama**, 2015, 76 f. Disertación (Maestría) - Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2015.

Introducción: El cáncer de mama es el que más afecta a la población femenina en todo el mundo. Representa el 14% de todos los casos de cáncer en los Estados Unidos y presentó una proporción en 2014 en Brasil de 56 casos por cada 100.000 mujeres. La edad avanzada es el principal factor de riesgo y un 35-50% de los casos ocurren en mujeres mayores de 65 años, factor preocupante en vista los cambios en el perfil sociodemográfico relacionados con el rápido crecimiento de la población anciana. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida (CV) de las mujeres ancianas con cáncer de mama. **Metodología:** Estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo y sección transversal, realizado en Teresina, PI, en el que se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en los hogares de ancianas con cáncer de mama, indexadas en 2013 en un hospital de referencia en oncología, después de la aprobación por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Piauí, bajo protocolo nº 649342. La muestra del estudio consistió en 52 ancianas con cáncer de mama. Para la recolección de datos se utilizaron cuatro instrumentos: Mini Examen del Estado Mental, un formulario estructurado con informaciones sociodemográficas y de apoyo a la familia, la Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) y el cuestionario *World Health Organization Quality of Life - bref*, preparado por la Organización Mundial de la Salud en 1994. Los datos fueron procesados en el programa *Statistical Package for the Social Science*, versión 18.0. Fueron realizadas análisis descriptivos, univariante y bivariante. **Resultados:** La media de puntuación que se encuentra en el MEEM fue de 21,5; la edad media fue de 67,9 años ($\pm 5,9$), con un predominio de solteras, separadas y viudas (73,1%), con bajo nivel de educación (51,9%), el ingreso familiar mensual de un salario mínimo (40 4%), con la presencia de un cuidador (57,7%), la mayoría hijos (38,5%), y que no presentan signos y síntomas de depresión (69,2%). La buena calidad de vida en general (media de 63.6); los dominios medio ambiente y físico fueron los más afectados y lo psicológico el más conservado; hubo un fuerte grado de correlación entre la calidad de vida en general y dominios físicos, psicológicos y el medio ambiente y débil y negativa correlación entre esto y las puntuaciones de la escala de depresión geriátrica. Los entrevistados reportaron buena calidad de vida (50%) y la satisfacción con su salud (53,8%). En el dominio físico, la faceta con una fuerte correlación fue la dependencia a los medicamentos; en el psicológico fue pensar, aprender, la memoria y la concentración; en el campo social fue las relaciones personales y en el medio ambiente fue el aspecto físico. **Conclusión:** Aunque la mayoría de las participantes del estudio se han considerado satisfechas con su salud y con buena calidad de vida, fueron identificadas demandas de atención cuanto al régimen terapéutico y sus efectos secundarios y los déficits psicológicos relacionados al pensar y aprender, la memorización y la la concentración. Señaló la necesidad de atención holística y multidisciplinar, sobre todo para los cuidados de enfermería, a las mujeres ancianas con cáncer de mama, por medio de acciones multidimensionales capaces de las satisfacer, minimizando las repercusiones y impactos de los tratamientos oncológicos.

Palabras clave: Enfermería. Calidad de vida. Neoplasias de la Mama. Anciano.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do problema	12
1.2	Objetivo geral	15
1.3	Objetivos específicos	16
1.4	Justificativa e relevância da pesquisa	16
2	REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL	18
2.1	Envelhecimento ativo e saudável	18
2.2	Qualidade de Vida	22
2.3	Câncer de Mama	25
2.4	O apoio familiar e dos serviços de saúde à idosa portadora de câncer de mama	28
3	METODOLOGIA	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	Local do estudo	30
3.3	Participantes do estudo	30
3.4	Instrumentos de pesquisa e coleta dos dados	31
3.5	Variáveis do estudo	32
3.6	Procedimento para coleta de dados	33
3.7	Análise dos dados	33
3.8	Aspectos éticos e legais	34
4	RESULTADOS	35
4.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes	35
4.2	Apoio familiar às idosas acometidas por câncer de mama	36
4.3	Avaliação da função cognitiva de idosas com CA de mama	37
4.4	Avaliação dos sinais e sintomas indicativos de depressão nas idosas entrevistadas	38
4.5	Escore dos domínios e da QV geral segundo o WHOQOL-Bref	38
4.6	Correlação entre as facetas e seus respectivos domínios do WHOQOL-Bref	40
5	DISCUSSÃO	43
6	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	60
	ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O câncer (CA) compreende uma doença caracterizada por divisões anormais e incontroláveis de células com alterações morfológicas, funcionais e que têm alta capacidade invasiva, e, desta forma, pode levar o indivíduo à morte (SILVA *et al.*, 2010). No Brasil, representa a segunda causa de morte por doença, sendo ultrapassado apenas pelas doenças cardiovasculares (GARÓFOLO *et al.*, 2004).

A estimativa para os anos de 2014 e 2015 é de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer no país, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Este será o mais incidente na população brasileira (182 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (INCA, 2014c).

Dentre os diversos tipos de câncer, destaca-se o de mama por ser o que mais acomete a população feminina em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. Nos últimos 40 anos, a sobrevivência tem aumentado nos países desenvolvidos e, atualmente, é de 85% em cinco anos após o diagnóstico, enquanto nos países em desenvolvimento permanece com valores entre 50% e 60% e é a maior causa de morte por câncer. Em países desenvolvidos, apresenta-se como segunda maior causa. As taxas mais elevadas de mortalidade no Brasil são encontradas nas regiões sul e sudeste, fato que pode estar relacionado a 60% dos casos serem descobertos tardiamente e à alta incidência em mulheres mais velhas (INCA, 2014c).

Segundo o *National Cancer Institute* (NCI), o câncer de mama representa 14% de todos os novos casos de câncer nos Estados Unidos da América (EUA), com quantitativo estimado em 232.670 no ano de 2014, e 40.000 casos de morte para o mesmo ano. É mais frequentemente diagnosticado em mulheres com idade entre 55 e 64 anos (idade média no momento do diagnóstico de 61 anos), faixa na qual a porcentagem de mortes por essa neoplasia também é maior (idade média no momento da morte de 68 anos) (NCI, 2014).

Nesse contexto, o alto percentual de óbitos por câncer pode estar diretamente relacionado à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. Os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, nutrição e consumo, em geral, expõem os indivíduos a agentes ambientais mais agressivos, como químicos, físicos e biológicos resultantes do acelerado processo de industrialização. Esses modelos de vida têm reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações (INCA, 2014c).

O risco estimado para o ano de 2014, no Brasil, foi de 56 casos para cada 100 mil mulheres. As regiões sudeste e sul ocupam a primeira posição (71/100mil), seguidas pelas regiões centro-oeste (51/100mil) e nordeste (37/100mil). Na região norte, o câncer de mama é o segundo tipo mais incidente, com 21 casos por 100 mil habitantes (INCA, 2015).

Vale ressaltar que a idade avançada é o principal fator de risco levantado nas estatísticas epidemiológicas deste tipo de neoplasia. Assim, a problemática do câncer de mama em idosas é relevante, considerando o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, com destaque para o grupo feminino, como se configura nas mudanças da pirâmide etária registradas no censo demográfico de 2010, com um total de 20,5 milhões de pessoas com 60 anos e mais, correspondendo a 10,8% dos habitantes, e com projeções para em 2020 alcançar 14% da população total (CARVALHO *et al.*, 2009; KÜCHEMANN, 2012; IBGE, 2011).

Embora a velhice seja um processo universal, apresenta um forte componente de gênero. Quanto mais a população envelhece, maior o número de idosas, passando o envelhecimento a ser um fenômeno predominantemente feminino, caracterizando a feminização da velhice. Os dados estatísticos nacionais evidenciam que as mulheres representam 55,5% da população idosa. Projeta-se que, em 2050, essa relação será de 100 idosas para 76 idosos (IBGE, 2011; SILVA; FIGUEIREDO, 2010).

Outros fatores de risco para o câncer de mama que merecem destaque relacionam-se à vida reprodutiva, à história familiar de câncer de mama, ao consumo de álcool e tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e à alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) (INCA, 2014c).

A qualidade de vida de mulheres com câncer de mama na velhice foi caracterizada por Bromberg (2012), que apontou a ocorrência de 50% dos casos deste tipo de neoplasia em mulheres com mais de 65 anos de idade e 30% no grupo com idade acima de 70 anos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelou um crescimento acelerado das taxas de incidência até os 50 anos, e que, após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, demonstrando a influência dos níveis dos hormônios femininos na etiologia da doença. No entanto, ressalta-se que cerca de quatro em cada cinco casos ocorrem após os 50 anos (INCA, 2014c).

A efetiva prevenção primária dessa neoplasia mamária em mulheres em todas as faixas etárias não é totalmente eficaz, considerando os fatores de risco imutáveis, como as características genéticas e a história familiar de ocorrência da doença. Nesse sentido, a detecção precoce mostra-se como melhor alternativa e deverá ocorrer por meio da mamografia e do exame clínico das mamas (ECM), o qual deverá ser realizado por médicos e/ou enfermeiras treinados. Estas estratégias diagnósticas favorecem a terapêutica adequada e oportuna, e estão associadas a bons prognósticos.

No Brasil, o INCA (2004) sugere que a mamografia seja realizada a cada dois anos em mulheres saudáveis de 50 a 69 anos e o ECM anualmente. Enquanto para faixa etária de 40 a 49 anos recomenda-se o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica, caso sejam identificadas alterações no ECM.

Para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, a rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais. Segundo o Consenso de Mama, o risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade, história familiar de câncer de mama masculino, e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (INCA, 2004).

O diagnóstico e tratamento para o câncer de mama podem afetar diferentes domínios da qualidade de vida (QV), envolvendo o bem-estar psicológico, sexual e físico. Por isso, é importante inserir a mensuração da QV em estudos como um parâmetro de comparação de tratamentos para o câncer de mama (AVELAR *et al.*, 2006).

Essa neoplasia ainda é temida pela população feminina por estar associada à mutilação física e a alterações no estilo de vida. Estas considerações podem causar

impacto psicológico na percepção da sexualidade, imagem pessoal e autoestima de maneira muito mais significativa que outros cânceres, o que pode acarretar em déficit da QV (ALVES *et al.*, 2011).

Um dos métodos mais utilizados para o tratamento é a mastectomia, cirurgia mutiladora que visa retirar todo o tumor visível e que pode trazer problemas físicos e psicológicos para a mulher. A resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada a fatores como: idade, autoadmiração, estado emocional e situação socioeconômica. Como em qualquer mutilação, a mastectomia requer, além dos cuidados próprios da cirurgia, apoio emocional, objetivando uma melhor compreensão, interação, adaptação e aceitação da autoimagem (SILVA *et al.*, 2010).

Essa neoplasia, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, pode causar um impacto direto na identidade feminina, uma desestruturação emocional intensamente perturbadora, não somente pelo significado da enfermidade, mas também pela privação de um órgão, cujo simbolismo tem origem nas primeiras culturas da humanidade (UEZ, 2006).

Segundo Huguet *et al.* (2009), a oncologia é uma das áreas que mais tem avaliado a qualidade de vida, devido, principalmente, à agressividade dos tratamentos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou QV como a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Portanto, de acordo com Ferraz (2009), deve ser considerada durante todas as fases do tratamento de uma paciente com câncer, visto que os sintomas e o próprio tratamento podem dificultar o restabelecimento da vida profissional, social, familiar e sexual.

Diante da problemática do câncer de mama em mulheres idosas, das lacunas assistenciais vivenciadas e da importância da avaliação da QV dessas idosas para proporcionar melhorias a esse grupo, muitas vezes fragilizado pelos problemas decorrentes da própria idade, delimitou-se como objeto de estudo a qualidade de vida de mulheres idosas com câncer de mama.

1.2 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade de vida de idosas com câncer de mama.

1.3 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e apoio familiar de idosas com câncer de mama.
- Avaliar a função cognitiva das idosas participantes do estudo por meio da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).
- Identificar a presença de sinais e sintomas depressivos nas idosas participantes do estudo mediante aplicação da Escala de Depressão Geriátrica Yesavage – versão reduzida (EDG-15).
- Avaliar a qualidade de vida de idosas com câncer de mama, no que se refere aos quatro domínios do questionário WHOQOL-Bref: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.
- Relacionar a qualidade de vida com os escores obtidos na EDG-15 e no MEEM.

1.4 Justificativa e relevância da pesquisa

O desenvolvimento deste estudo se apoia na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a qualidade de vida de idosas portadoras de câncer de mama no contexto da prevenção, promoção da saúde, reabilitação psicossocial e redução de danos, tendo em vista as lacunas de evidências existentes e a necessidade de discussão desta temática na comunidade científica.

O interesse para a realização deste estudo partiu do pouco contato teórico-prático com o tema durante a graduação em Enfermagem frente às demandas alçadas por uma problemática tão evidenciada na mídia e na sociedade. Por isso, é importante que os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, conheçam os níveis de QV da população sob sua responsabilidade para poder

planejar ações frente às necessidades levantadas, bem como avaliar o impacto das mesmas.

O fenômeno delimitado neste estudo está associado à transição demográfica por que passa a população mundial, com um acelerado processo de envelhecimento, e que tem como destaque no seu quadro de morbimortalidade o câncer de mama.

Segundo Figueiredo *et al.* (2012), há uma relação diretamente proporcional entre o aumento da idade e o surgimento do câncer de mama. Com o aumento da expectativa de vida, cresceu o número de mulheres idosas que podem ter a doença. A neoplasia da mama atinge progressivamente um maior número de mulheres acima de 60 anos e com taxa de mortalidade também crescente no país. Em razão disso, essa neoplasia é considerada, atualmente, um grave problema de saúde pública a nível mundial, o que motiva ampla discussão em torno de medidas que promovam seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

No período de janeiro a dezembro de 2010, foram detectados 406 casos de câncer de mama tratados no Piauí, dos quais 356 casos eram de mulheres residentes no estado e 154 eram idosas mastectomizadas sem reconstrução mamária, tanto deste quanto dos estados vizinhos (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Outro aspecto relevante na delimitação deste objeto de estudo decorreu da escassa produção científica local e nacional abordando essa temática, especialmente em periódicos da Enfermagem, o que se torna ainda mais restrito quando se investiga a QV de idosas diagnosticadas com câncer de mama nos aspectos físico, psicológico, social e ambiental.

Considerando-se a elevada incidência de neoplasia da mama na população idosa, o acelerado processo de envelhecimento populacional e as possibilidades de efetiva atuação do enfermeiro junto a essa clientela que, se devidamente orientada, terá benefícios físicos, estéticos, emocionais e sociais, evidencia-se a relevância do estudo. Ademais, os resultados encontrados contribuirão para a ciência da Enfermagem, nos âmbitos do ensino e da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO E CONCEITUAL

2.1 Envelhecimento ativo e saudável

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Estas mudanças determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, o que pode ocasionar maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte (FERREIRA *et al.*, 2012).

Esse processo de mudança na pirâmide populacional é uma significativa tendência do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade. No mundo, a cada segundo, duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de pessoas. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para um em cada cinco por volta de 2050. O envelhecimento da população é um fenômeno que não pode mais ser ignorado (UNFPA, 2012).

A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo. No período de 2010 a 2015, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 anos nas regiões em desenvolvimento. De 2045 a 2050, os recém-nascidos poderão esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, este número aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que alcance um bilhão em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando dois bilhões (UNFPA, 2012).

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (2012), há diferenças bem delineadas entre as regiões. Em 2012, 6% da população africana tinha 60 anos ou mais, comparada com 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Em 2050, estima-se que 10% da população africana terão 60 anos ou mais, comparado com 24% na Ásia, 24% na Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na

Europa. No que se refere ao fenômeno da feminização da velhice, atualmente, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, há apenas 84 homens (UNFPA, 2012).

Segundo o censo demográfico de 2010, a população brasileira de hoje é de 190.755.199 milhões de pessoas. Destas, 51% (97 milhões) são mulheres e 49% (93 milhões) são homens. O contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é de 20.590.599 milhões, o que equivale a aproximadamente 10,8% da população total. Dentre os idosos, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens. O Piauí, assim como os demais estados brasileiros, apresenta o mesmo crescimento da população idosa e conta com 289.210 idosos, o que corresponde a 9,9% da população (IBGE, 2011).

Estima-se que a velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior que a das sociedades mais desenvolvidas no século passado. Essa mesma variação demográfica poderá ocorrer nas próximas duas décadas (entre 2011 e 2031) no Brasil. Espera-se que a população idosa triplique nos próximos quarenta anos, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (VERAS, 2012). Em comparação, na França, foi necessário mais de um século para que sua população idosa aumentasse de 7% para 14% do total.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

um processo sequencial, individual, acumulativo, 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 e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2003).

Essa mudança populacional está diretamente relacionada ao aumento da expectativa de vida, o qual acarretou transformações culturais, e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida, como a redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. Contudo, o idoso tem maior possibilidade de ser acometido por doenças degenerativas e crônicas, que pode torná-lo sem autonomia (KÜCHEMANN, 2012). Com isso, destaca-se que o envelhecimento populacional pode provocar profundas mudanças na sociedade em decorrência, principalmente,

do impacto econômico e financeiro da aposentadoria e dos cuidados com um número crescente de idosos.

Frente ao exposto, os gastos em saúde aumentam substancialmente. De fato, estes tendem a emergir como um dos maiores desafios nas próximas décadas no Brasil. Existem duas forças que projetam o aumento do dispêndio com saúde: o aumento da proporção e dos anos de vida de idosos na população e o aumento da intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos. Estes utilizam mais serviço de saúde, onde as internações hospitalares são mais frequentes e geralmente mais demoradas (VERAS, 2012).

A OMS argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. Em todos os países, e principalmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade (WHO, 2005).

As mudanças fisiológicas que ocorrem no envelhecimento podem levar à diminuição da capacidade funcional a médio e longo prazo, o que torna os idosos mais suscetíveis à fragilidade e à dependência de cuidados. Essas limitações podem ser reduzidas se, ao longo da vida, as pessoas adquirissem hábitos de vida saudáveis e contassem com oportunidades de integração social, segurança e bem-estar. Porém, essas condições não dependem apenas de escolha pessoal, mas das oportunidades oferecidas pelo meio social e político (FARIAS; SANTOS, 2012).

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas, as pessoas vivem mais em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico. A expectativa de vida, atualmente, está situada acima dos 80 anos em 33 países; há apenas cinco anos, somente 19 deles haviam alcançado esse patamar. Somente o Japão conta com uma população de mais de 30% de idosos e, por volta de 2050, estima-se que 64 países se equipararão (UNFPA, 2012).

O envelhecimento ativo proporciona o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, além da participação dessas pessoas na sociedade de acordo com suas necessidades e capacidades. Para alcançar o envelhecimento de maneira positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida. As políticas e os programas de saúde devem ser baseados nos

direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas e não somente à capacidade de fazer parte da força de trabalho, em que objetiva-se a melhoria da qualidade de vida (FARIAS; SANTOS, 2012; WHO, 2005).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como destaque a eficiência em alcançar medidas específicas de promoção e prevenção da saúde, cuidando dos idosos que vivem na comunidade. Essa é uma excelente medida para a melhoria da qualidade de vida dessa população tão frágil, na qual o governo e todos os setores da comunidade são peças fundamentais para o alcance do envelhecimento com independência e autonomia (FERREIRA *et al.*, 2012).

Para tais resultados, cada Unidade de Saúde da Família deve ofertar profissionais para agir de forma humanizada e consciente com a finalidade de buscar os idosos para a prática de atividades físicas e mantê-los independentes funcionalmente. O objetivo é proporcionar, dessa forma, um envelhecimento saudável e com qualidade (FERREIRA *et al.*, 2012).

Diante desta realidade, foi proposta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em atendimento ao Pacto pela Saúde, cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS *et al.*, 2008).

No que se refere ao papel do enfermeiro na promoção da saúde desse grupo populacional, este contribui para a construção da autonomia do idoso, bem como na apreensão de conhecimentos relacionados às suas particularidades, priorizando as questões demográficas e epidemiológicas e diferenciando as alterações fisiológicas e patológicas no processo de envelhecimento. Além disso, apresenta atribuições acerca do conhecimento da legislação nacional e políticas públicas voltadas às pessoas idosas, e no desenvolvimento de ações que considerem as limitações e a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (SANTOS; SOUZA; LIMA, 2013).

2.2. Qualidade de vida

Comparando-se com outros tempos, nunca se falou tanto em saúde e bem-estar como no século XXI, no qual a população mundial tem aderido a hábitos de vida mais saudáveis com a finalidade de alcançar a longevidade com qualidade, tendo em vista que essas medidas resultam na prevenção de doenças e agravos à saúde (FURLAN *et al.*, 2013). A expressão “qualidade de vida” tem sido cada vez mais utilizada pela população e, principalmente, em propagandas de produtos que prometem aos seus consumidores o aprimoramento de sua QV (GIMENES, 2013).

Nesse sentido, a QV se relaciona intimamente com a compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, onde a promoção da saúde é o principal resultado a ser alcançado. Segundo Makluf, Dias e Barra (2006), a QV está necessariamente ligada ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

O aumento da expectativa de vida demonstra os avanços alcançados na medicina. A busca contínua por viver bem tem estimulado o repensar sobre o contexto da população com idade mais avançada e quais são seus anseios. Assim, tem crescido o interesse dos indivíduos e sociedade em conseguir uma sobrevida maior, com QV, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade (FREITAS, 2011).

Entender como idosas acometidas por doença degenerativa avaliam sua QV permite aos enfermeiros e demais profissionais da saúde a implementação de estratégias que perpassem o enfoque na doença. É possível, assim, compreender o que essa população valoriza, e como vivencia suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, para auxiliar as atuais e futuras idosas a viverem essa etapa com sucesso (PASKULIN *et al.*, 2010).

Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e estado subjetivo de saúde são conceitos afins, voltados para a avaliação subjetiva do paciente e ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Entretanto, QV é mais geral e inclui uma variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos

relacionados com o seu funcionamento diário, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (WHO, 1998).

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS (1994) conceituou qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Encontram-se diferentes definições para o termo QV; seu significado ainda é indeterminado e, desta forma, beneficia sua utilização difusa. Gimenes (2013) citou alguns dos fins da qualidade de vida: técnicos, como conceito articulador de outros conceitos ou de práticas nas ciências biomédicas; econômicos, como aglutinador de valor ou justificador da produção ou compra de produtos e serviços; clínicos, como indicador da eficácia de um procedimento de intervenção ou como medida organizadora de grupos de pacientes; político-administrativos, como medida de avaliação e de comparação de políticas públicas de saúde; e subjetivos, como perceber e avaliar a própria saúde ou como forma de organizar as possibilidades de seu aprimoramento.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), "qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial". A partir disso, identifica-se a variedade de significados que esse termo pode abranger, o qual pode estar relacionado ao modo, condições e estilos de vida, ou incluir as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; e, ainda, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

A avaliação da qualidade de vida de um indivíduo é considerada uma percepção subjetiva e uma fase muito importante para o direcionamento de uma abordagem mais abrangente e humanística para o tratamento de uma patologia. Dessa forma, essa avaliação tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde, no sentido de mensurar o impacto da doença e do próprio tratamento sentidos pelo paciente (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

No campo da saúde, a discussão da relação entre saúde e qualidade de vida, mesmo inespecífica e generalizada, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referenciar esta ideia e subsidiar políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A melhoria da QV se tornou um dos resultados mais

esperados por parte das práticas assistenciais e das políticas públicas com finalidade de promoção da saúde e prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

A área da oncologia é a que mais cresce no desenvolvimento de melhorias e avanços tecnológicos em seus tratamentos, com o intuito de gerar maior longevidade e com a máxima qualidade aos indivíduos acometidos por neoplasias. Assim, muitos profissionais incluem a QV como uma meta durante e após os tratamentos (HUGUET *et al.*, 2009).

A terapia oncológica, principalmente a quimioterapia e a radioterapia, pode gerar efeitos invasivos para o hospedeiro e pode deixar o organismo vulnerável e debilitado devido à existência de aversões alimentares e inapetência, o que afeta a homeostase nutricional com repercussões negativas sobre a qualidade de vida dos pacientes.

De fato, tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada a partir de parâmetros como: diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Entretanto, é importante atentar-se aos resultados que esses tratamentos poderão gerar. Por isso, há necessidade de analisar o impacto da doença e do seu tratamento sobre a qualidade de vida do doente (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

A avaliação da qualidade de vida pode ser realizada de diferentes maneiras. Existem instrumentos criados especificamente para essa finalidade devido à falta de clarificação conceitual do tema, ou mesmo a simples avaliação de cada um sobre seu estado na vida, para que não haja a visão de apenas um observador (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é umas das formas mais comuns de se avaliar a QV em grandes populações. Além de considerar aspectos socioeconômicos, abrange questões de saúde, incluindo o cálculo da expectativa de vida ao nascer e taxa de mortalidade da população (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Os instrumentos para a avaliação da QV variam de acordo com os objetivos dos estudos e são divididos em genéricos e específicos. Os específicos são desenvolvidos para o uso em grupos de doenças definidas. Na oncologia, existem: o *Functional Assessment Cancer Therapy* (FACT) e *Functional Living Index Cancer* (FLIC). Estes constituem tentativas de padronização das medidas para permitir comparação entre estudos e culturas (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; RABIN, 2006).

Por outro lado, os instrumentos genéricos têm o potencial de capturar consequências de intervenções em saúde, como os efeitos colaterais e, ainda, apontar decorrências da comorbidade sobre a saúde. A principal característica desses instrumentos é a possibilidade de utilização em várias condições e para a população em geral. O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* compreende um instrumento do tipo genérico para avaliar QV, desenvolvido simultaneamente no mundo em mais de 15 idiomas e que pode ser utilizado para pacientes com câncer (RABIN, 2006).

Diante do exposto, ainda é um desafio conceituar e avaliar a QV diante da dependência de diversos fatores, como os sociais, ambientais, econômicos, biológicos e psíquicos. Entretanto, com o avanço tecnológico, o aprimoramento de instrumentos que auxiliam nessa avaliação e o aumento de pesquisas nesse âmbito, essa problemática está cada vez mais acessível para a população e profissionais das diversas áreas.

2.3 Câncer de Mama

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública e o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação física, social e psicológica são pontos fundamentais da luta contra essa neoplasia. Pode ser definido como uma doença causada por incontroláveis divisões de células anormais, as quais originam células-filhas com alterações morfológicas e funcionais, capazes de invadir tecidos e estruturas regionais à distância (SILVA *et al.*, 2010).

A idade avançada é o principal fator de risco. Cerca de 35 a 50% dos casos ocorrem em mulheres com mais de 65 anos. Além disso, a mortalidade por câncer aumenta com o avançar da idade: 19,7% entre 65 e 74 anos; 22,6% entre 75 e 84 anos; e 15,1% em 85 anos ou mais (CAPPELLANI *et al.*, 2013).

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 12,10 óbitos/100.000 mulheres em 2012. As regiões sudeste e sul são as que apresentam as maiores taxas, com 13,61 e 13,42 óbitos/100.000 mulheres em 2012, respectivamente (INCA, 2014a).

Segundo o NCI, a prevalência esperada no ano de 2011 foi de 2.899.726 mulheres com câncer de mama nos EUA e, entre os anos de 2007 a 2011, o número de novos casos dessa neoplasia foi de 124,6 por 100 mil mulheres e o número de óbitos foi de 22,2 por 100 mil mulheres anualmente (NCI, 2014).

O principal sintoma dessa neoplasia é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, embora existam tumores de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais são: edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo, e secreção papilar. Essa secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA, 2014b).

O diagnóstico precoce é a melhor alternativa para o aumento da sobrevida das pacientes, para que se detecte o câncer ainda na fase inicial ou local. Nos EUA, 60,8% dos casos de neoplasia da mama são diagnosticados na fase inicial e a sobrevida em cinco anos após o diagnóstico nesse caso é de 98,5% (NCI, 2014).

Por vezes, a cura não é possível, mas o alívio do sofrimento deve ser o principal objetivo a ser alcançado após o diagnóstico, por meio das intervenções de uma equipe multidisciplinar, para melhorar a QV das pacientes, visto que o câncer pode induzir sentimentos negativos e, desta forma, prejudicar a adesão ao tratamento (DALAMARIA, 2008). Essa neoplasia costuma ter efeitos secundários importantes na vida das pacientes. Por esta razão, nos últimos anos, muitos investigadores têm se dedicado ao estudo da QV e da adaptação psicossocial da mulher com câncer da mama.

Nos últimos anos aconteceram importantes avanços na abordagem dessa neoplasia no que diz respeito às cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. Este pode variar de acordo com o estadiamento da doença, características biológicas e condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivo principal prolongar a sobrevida e melhorar a QV (INCA, 2014b).

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser: local (cirurgia e radioterapia) e sistêmica (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica). O tratamento cirúrgico é fundamental no controle dessa neoplasia e, na maioria das

vezes, é a primeira modalidade de intervenção terapêutica. Em muitos casos, pode ser a única. A indicação da técnica cirúrgica mais adequada está diretamente relacionada à apresentação da doença e não à idade da paciente. Porém, em virtude do câncer de mama em idosas ter um comportamento biológico indolente, além de uma maior frequência da presença de comorbidades nestas pacientes, o tratamento, de forma geral, tende a ser menos agressivo. No entanto, mulheres com mais de 70 anos apresentam maiores índices de mortalidade quando comparadas a pacientes jovens (SILVA *et al.*, 2013).

A cirurgia conservadora e a mastectomia proporcionam sobrevida igual em mulheres de todas as idades com tumores em estágios iniciais. Contudo, estudos têm mostrado melhor QV em pacientes submetidas a tratamento conservador, principalmente nessa população mais frágil (SILVA *et al.*, 2013).

O tratamento do câncer de mama, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, por meio da portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível de atenção deve estar capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica (BRASIL, 2014).

Com relação às mulheres idosas, destaca-se que, apesar das mudanças ocorridas no quadro epidemiológico da morbimortalidade feminina, o câncer de mama é uma das maiores causas de morte nesta população, e o tipo mais comum de câncer feminino. No período de janeiro a dezembro de 2010, foram detectados 406 casos de câncer de mama tratados no Piauí, dos quais 161 (40%) são de mulheres residentes em Teresina, 195 (48%) de outros municípios do estado, e 50 casos (12%) de outros estados e, portanto, 356 casos (87%) de mulheres residentes no Piauí (PIAUI, 2010).

Diante dessas estatísticas, percebe-se que a atenção à saúde da mulher, especialmente, à idosa, ainda se faz de modo errôneo ou incompleto, evidenciado pelas altas taxas de diagnósticos de câncer de mama em estágios avançados, mesmo diante da maior acessibilidade aos meios de diagnóstico, com a finalidade de tornar efetivo o tratamento e fazer com que a maioria das mulheres acometidas pelo câncer de mama viva por muitos anos. Por isso, melhorar a QV destas

mulheres representa um desafio individual e para os profissionais que prestam assistência à saúde (DALAMARIA, 2008).

2.4 O apoio familiar e dos serviços de saúde à idosa portadora de câncer de mama

Atualmente, uma das maiores demandas assistenciais identificadas nos serviços de saúde refere-se ao atendimento da população idosa, com maior percentual do grupo feminino, que geralmente busca cuidados para si e para os familiares. No entanto, o que se observa, é um atendimento dicotomizado, voltado para as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, com caráter curativo, sendo negligenciada a assistência integral e holística (CARVALHO *et al.*, 2009).

Destaca-se a desatenção à prevenção e diagnóstico do câncer de mama, onde a oncologia e o envelhecimento possuem uma relação de proporcionalidade direta, ou seja, à medida que a população envelhece aumenta o número de casos de câncer. Ressalta-se, ainda, que o câncer produz impacto na geriatria e gerontologia e vivenciar essa realidade implica em repensar os cuidados e implementar novas estratégias que visem o melhor atendimento a essa parcela da população (VISENTIN; LENARDT, 2010).

Segundo Visentin e Lenardt (2010), no que diz respeito à prestação do cuidado, a enfermagem reconhece a importância das formas para se tratar o câncer, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. No entanto, as prioridades não recaem somente na eficácia destes tratamentos. É preciso se estender ao modo de cuidar e tratar a enfermidade no idoso, avaliar os contextos e as experiências, na busca da terapêutica para, dessa forma, planejar o cuidado e o tratamento adequados.

O processo de assistir o paciente oncológico é uma área específica da enfermagem, profissão da área da saúde cuja essência e especificidade são o cuidado ao ser humano. Segundo Stumm, Leite e Maschio (2008), cuidado é entendido como ir ao encontro, dar sentido à existência, buscar transpor a realidade do sofrimento e da dor, mediante formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado. Desta maneira, o cuidar na enfermagem se traduz em uma

dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida. Competem à equipe de enfermagem oncológica, além das atribuições de cunho técnico e assistencial, atividades de caráter educativo, relativas à prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação, envolvendo equipe, pacientes e familiares.

A resposta ao diagnóstico de câncer é individual, porém, reações como medo, ansiedade, negação, desesperança e perda de controle são comuns. Neste cenário, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, é a que está mais próxima e por um período maior do paciente e seus familiares. Deve-se prestar atendimento humanizado, compreendendo-os e apoiando-os em todas suas necessidades, no decorrer do processo do adoecimento. A assistência de enfermagem exige presença, flexibilidade, corresponsabilidade, partilha de sentimentos, conhecimentos e solidariedade (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

De acordo com o INCA (2006), cuidar das emoções é tão importante quanto o cuidar físico, principalmente se esse for abalado por um diagnóstico de câncer. O apoio emocional e os cuidados com os pacientes com câncer são fatores essenciais para sua recuperação. Durante o tratamento, o que eles mais precisam é de solidariedade, em que a ajuda de amigos e familiares é fundamental. Esse apoio, no entanto, não deve se restringir ao aspecto psicológico. O acompanhamento às consultas, o cuidado com a alimentação e a preocupação com a realização dos curativos em casa também são importantes.

O estudo realizado por Nascimento *et al.* (2011) demonstrou que o suporte social se destacou na busca do enfrentamento. Durante o tratamento e a reabilitação da mulher mastectomizada, o apoio que os familiares, amigos ou outras pessoas prestam é fundamental, contribuindo de forma positiva na trajetória da mulher nesse período. O suporte social é uma estratégia que pode trazer benefícios para a saúde física e emocional dos pacientes e de sua família, e está relacionado com a adaptação psicossocial e a qualidade de vida.

O apoio familiar encoraja a mulher a enfrentar os desafios do tratamento do câncer de mama e constitui uma das principais formas de aceitar a situação de modo positivo para as tomadas de decisão. O afeto familiar permite estabilidade para o doente lutar contra as adversidades, suprimindo suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação no diagnóstico e no tratamento (BITTENCOURT *et al.*, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. Utiliza-se esse método para descobrir e descrever quantas pessoas de uma determinada população em um dado momento compartilha uma característica ou um grupo de características. Este desenho tem como característica significativa a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Teresina-PI, no período de agosto a novembro de 2014. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados nos domicílios de idosas acometidas por câncer de mama, cadastradas no ano de 2013 em um hospital de referência em oncologia, onde está inserida a Associação Piauiense de Combate ao Câncer (APCC), que se destaca como centro de saúde detentor de tecnologia avançada e, desta forma, fornece substancial e reconhecida contribuição para a saúde pública do Brasil.

3.3 Participantes do estudo

A totalidade de mulheres portadoras de câncer de mama, com 60 anos ou mais, no ano de 2013, do referido hospital foi 76. A coleta de dados iniciou com a busca dos endereços e telefones dessas mulheres por meio dos prontuários que foram disponibilizados. Em seguida, tentou-se contatar as 76 mulheres por telefone. Destas, cinco foram a óbito, três apresentavam limitações cognitivas no MEEM, uma

era sequelada de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o cuidador referiu que a mesma não tinha condições de participar, duas se negaram a participar do estudo, sete não se encontravam em Teresina no período da coleta de dados (agosto a novembro de 2014) e seis não foram localizadas.

Para a seleção da amostra, foram utilizados os critérios de inclusão: faixa etária maior ou igual a 60 anos, com diagnóstico de câncer de mama (CID 10, C 50), que residem em Teresina-PI, sem limitações cognitivas no MEEM ou quaisquer motivos que impeçam as respostas às questões dos instrumentos utilizados. Foram excluídas da pesquisa as mulheres que não se enquadraram nos critérios acima, que não responderam todas as questões dos instrumentos de coleta de dados e/ou se recusaram a participar do estudo.

Assim, a população estudada foi composta por 52 idosas aptas a responderem todos os instrumentos de coleta de dados.

3.4 Instrumentos de pesquisa e coleta de dados

Como instrumentos para a coleta de dados, foram utilizados: o MEEM (ANEXO A) elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), o qual foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos; a EDG-15 (ANEXO B) desenvolvida há mais de 20 anos (YESAVAGE, 1983), especificamente para detecção de sinais e sintomas depressivos em idosos; um formulário estruturado para contemplar os dados de caracterização do perfil dos participantes, com informações sociodemográficas e de apoio familiar (APÊNDICE A) e o questionário WHOQOL-bref (ANEXO C), elaborado pela OMS, em 1994, para avaliar a qualidade de vida.

Inicialmente, aplicou-se o MEEM, o qual examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, e habilidades de linguagem e visão – espaciais. Sua pontuação pode variar de 0 (zero) pontos, que indica maior grau de comprometimento cognitivo, até 30 pontos, que corresponde à melhor capacidade cognitiva. Para o ajuste das notas de corte, considerou-se o grau de escolaridade dos sujeitos, segundo Bertolucci *et al.* (1994), que validaram e adaptaram o MEEM para a população brasileira, e segundo as

recomendações destes autores. Os escores de corte foram: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade.

Em seguida, aplicou-se o formulário sociodemográfico e de apoio familiar; a EDG-15, com validação no Brasil em 2005 por Paradela, Lourenço e Veras. É composta por 15 perguntas afirmativas ou negativas e um resultado de seis ou mais pontos suspeita-se de depressão. A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer, com prevalência variando de 22% a 29%. Essa variabilidade está associada a sítios do tumor, estágio clínico, dor, funcionamento físico limitado, além da existência de suporte social, e está associada a um pior prognóstico e aumento da mortalidade por câncer (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Por fim, aplicou-se o questionário WHOQOL-bref, versão abreviada em português do WHOQOL-100, que foi validado no Brasil por Fleck, em 2000. Esse instrumento é constituído por 26 questões (sendo as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral) e as respostas seguem uma escala Likert de cinco pontos (quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Além destas duas questões, o instrumento tem 24 facetas que são avaliadas por uma única questão, as quais, por sua vez, referem-se a quatro domínios que, dentre outros aspectos, avaliam:

- Físico: mobilidade, energia, fadiga e capacidade de trabalho;
- Psicológico: autoestima, sentimentos positivos e negativos;
- Relações sociais: atividade sexual, relações pessoais e suporte social;
- Meio ambiente: recursos financeiros, ambiente no lar, cuidados de saúde e sociais.

São perguntas simples, diretas e auto-explicativas (FLECK, 2000).

3.5 Varáveis do estudo

As variáveis independentes do estudo foram relacionadas às características sociodemográficas e de apoio familiar das participantes: idade, situação conjugal, escolaridade, trabalho, renda familiar, número de pessoas que reside na casa, quem é o chefe do domicílio, cuidador - presença e pessoa que desempenha essa função;

o escore médio obtido no MEEM e na EDG. A variável dependente foi a QV geral de idosas portadoras de câncer de mama.

3.6 Procedimentos para a coleta de dados

O WHOQOL-Bref é autoaplicável. Contudo, devido à dificuldade de leitura e ao baixo nível da escolaridade comum na população estudada, optou-se por entrevistas que foram realizadas pela própria pesquisadora. Os instrumentos foram aplicados no domicílio da idosa, conforme sua disponibilidade, em privacidade e em apenas um encontro. A aplicação de todos os instrumentos teve duração média de 30 minutos para cada participante.

A maior dificuldade encontrada nessa etapa foi, primeiramente, contatar essas idosas, visto que a identificação ocorreu por telefonema, e, posteriormente, localizar os endereços, muitas vezes, distantes e de difícil acesso.

3.7 Análise dos dados

O WHOQOL-Bref fornece um perfil da QV obtido por meio dos escores dos quatro domínios, de maneira que quanto mais alto os escores melhor é a QV. As duas questões gerais são examinadas separadamente: a primeira questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua QV e a segunda questão revela a percepção do indivíduo sobre a sua saúde.

Os quatro domínios indicam a percepção individual da QV do entrevistado. Cada uma das 24 questões possui uma pontuação que varia de 1 a 5. Para o cálculo manual de cada domínio, há uma equação que resulta em um escore bruto. O escore bruto é então convertido em um escore transformado, utilizando-se uma tabela de referência. O método de transformação converte os escores brutos em valores de uma escala de 4 a 20, comparáveis com o WHOQOL-100. Em seguida, em uma escala de 0 a 100. Os escores dos domínios podem ser agrupados e então revelar um escore único para a QV (PEDROSO *et al.*, 2010).

Inicialmente foi realizada a organização dos dados mediante a revisão manual dos questionários. Os dados foram digitados no programa *Microsoft Excel* e depois importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* (versão 18.0). De posse dos dados, foram realizadas análises descritivas, univariadas e bivariadas. Para as variáveis numéricas, foi observado o padrão de distribuição não normal. Por conseguinte, o teste selecionado para avaliar a correlação da variável dependente, QV, dentre as variáveis independentes do estudo foi o teste não paramétrico de Spearman. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$. A discussão foi feita à luz dos conhecimentos produzidos e publicados sobre o tema.

3.8 Aspectos éticos e legais

O presente estudo obedeceu a todos os critérios contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O Projeto de Pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), sob protocolo nº 649.342, e por um hospital referência em oncologia de Teresina (PI), instituição em que se levantaram os nomes e endereços das idosas portadoras de câncer de mama cadastradas no ano de 2013.

As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em que constam os objetivos do estudo, a garantia de sigilo, anonimato e o direito de, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa sem qualquer tipo de dano.

4 RESULTADOS

Inicialmente, apresenta-se o perfil sociodemográfico e de apoio familiar das idosas portadoras de câncer de mama entrevistadas; em seguida, a avaliação cognitiva dessas idosas por meio dos escores obtidos pelo MEEM; depois são apresentados os resultados gerados pela EDG-15 para a identificação da presença ou não de sinais e sintomas depressivos dessa amostra. Posteriormente, é exibida a avaliação da QV no que se refere aos quatro domínios do questionário WHOQOL-Bref: físico, psicológico, relações sociais e meio ambientes e, por fim, a relação da variável QV com os escores obtidos na EDG e no MEEM.

4.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

Participaram do presente estudo 52 idosas com diagnóstico de câncer de mama em 2013, no qual a média de idade foi de 67,9 anos ($\pm 5,9$), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 82 anos. Em relação à faixa etária, 34 mulheres (65,4%) tinham de 60 a 69 anos de idade e 18 idosas (34,6%) possuíam 70 anos ou mais.

Foram formados dois grupos para caracterizar a situação conjugal: o primeiro compreendeu as idosas solteiras, separadas ou viúvas, com 73,1%; o segundo abrangeu as casadas ou em união estável, com 26,9%. Quanto à escolaridade, 51,9% da amostra não concluíram o ensino fundamental, 19,2% tinham o ensino superior completo, 9,6% concluíram o ensino fundamental, 7,7% possuíam o ensino médio completo, 5,8% eram analfabetas, 3,8% não finalizaram o ensino médio e 1,9% tinham o ensino superior incompleto.

Segundo a ocupação, 80,8% das entrevistadas não trabalhavam e apenas 19,2% ainda eram ativas. Quanto à renda familiar, 40,4% viviam com um salário mínimo mensal, 38,5% recebiam entre 2 e 4 salários mínimos, 19,2% tinham uma renda entre 4 e 10 salários mínimos e 1,9% viviam com 10 ou mais salários mínimos. O valor do salário mínimo, no momento da pesquisa, era R\$ 724,00. (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das idosas participantes (n=52) do estudo. Teresina, PI, 2015

Variáveis	n (%)	<i>x</i> (\pmdp)	IC	Mín-Máx
Idade		67,9 (5,9)	66,3-69,6	60 - 82
60 a 69 anos	34 (65,4)			
70 e mais anos	18 (34,6)			
Situação conjugal				
Solteiro/separado/viúvo	38 (73,1)			
Casada/União estável	14 (26,9)			
Escolaridade				
Não alfabetizado	03 (5,8)			
Ensino fundamental incompleto	27 (51,9)			
Ensino fundamental completo	05 (9,6)			
Ensino médio incompleto	02 (3,8)			
Ensino médio completo	04 (7,7)			
Ensino superior incompleto	01 (1,9)			
Ensino superior completo	10 (19,2)			
Trabalho				
Sim	10 (19,2)			
Não	42 (80,8)			
Renda familiar				
Um SM	21 (40,4)			
≤ 2 a <4	20 (38,5)			
≤ 4 a <10	10 (19,2)			
≤ 10 a <20	01 (1,9)			

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: *x* = média dp = desvio padrão IC = intervalo de confiança

4.2 Apoio familiar às idosas acometidas por câncer de mama

Em relação ao apoio familiar às idosas portadoras de CA de mama, constatou-se que dentre as entrevistadas nenhuma morava sozinha. 57,7% moravam com até três pessoas e 42,3% moravam com quatro pessoas ou mais, média de 1,4 ($\pm 0,2$), mínimo 2 e máximo 5. Em 55,7% dos domicílios, as participantes eram as provedoras, em 19,23% o chefe do domicílio era o cônjuge; o filho era o chefe em 19,23% dos domicílios e em apenas 5,8% era outro familiar.

Dentre as idosas entrevistadas, 57,7% afirmaram possuir um cuidador. Este, na maioria das vezes, era o filho (38,5%) ou cuidador particular (11,5%), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Dados das idosas (n=52) portadoras de CA de mama, segundo o apoio familiar. Teresina, PI, 2015

Variáveis	n (%)	$x (\pm dp)$	IC	Mín-Máx
Quantas pessoas moram na casa		1,4 (0,2)	1,4-1,2	2 - 5
Até 3	30 (57,7)			
04 e mais	22 (42,3)			
Chefe de domicílio				
Própria pessoa	29 (55,8)			
Cônjuge	10 (19,2)			
Filho	10 (19,2)			
Outro familiar	03 (5,8)			
Possui cuidador				
Sim	30 (57,7)			
Não	22 (42,3)			
Cuidador (n=30)				
Filhos	20 (38,5)			
Cuidador particular	06 (11,5)			
Outros	04 (7,7)			

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: x = média dp = desvio padrão IC = intervalo de confiança

4.3 Avaliação da função cognitiva de idosas com CA de mama

A função cognitiva foi avaliada em 55 idosas por meio da aplicação do MEEM, que objetiva avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). No estudo, a média encontrada foi de 21,5 pontos no MEEM ($\pm 4,5$), o valor mínimo foi 8 e o máximo 30.

Os pontos de corte utilizados foram: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para baixa e média escolaridade e 26 pontos para alta escolaridade (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Ressalta-se que 52 idosas não possuíam déficit na função cognitiva, e apenas três idosas mostraram algum grau de comprometimento cognitivo. Por isso, não foram aplicadas as demais escalas utilizadas na investigação, atendo-se apenas para o MEEM.

4.4 Avaliação dos sinais e sintomas indicativos de depressão nas idosas entrevistadas

Utilizou-se a EDG-15 para detecção de sinais e sintomas indicativos de depressão nas idosas e não de uma avaliação diagnóstica clínica. Segundo Silva *et al.* (2012), essa escala de depressão apresenta 15 perguntas negativas ou afirmativas que verificam sinais e sintomas depressivos, na qual uma pontuação entre 0 a 5 é considerada normal, 6 a 10 indica depressão leve a moderada e 11 a 15 depressão severa.

Dentre as 52 idosas com câncer mama nas quais se aplicou a EDG, 69,2% não apresentaram sinais e sintomas depressivos. Contudo, em 30,8% o resultado foi positivo, sendo estas classificadas com depressão leve a moderada, como mostra o Gráfico 1.

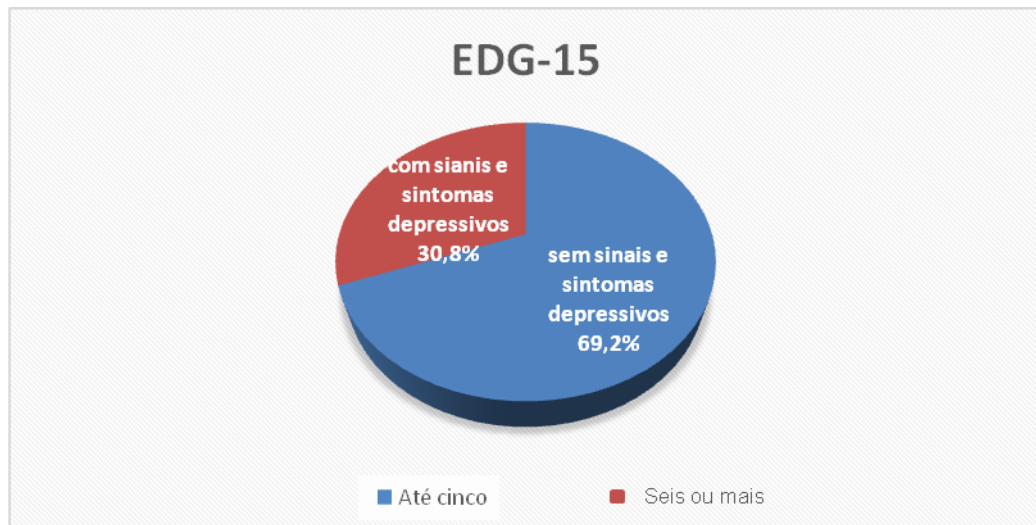


Gráfico 1 - Distribuição das idosas (n=52) com CA de mama, segundo diagnóstico de depressão, classificação da EDG-15. Teresina, PI, 2015

4.5 Escores dos domínios e da QV geral segundo o WHOQOL-Bref

O questionário WHOQOL-Bref fornece um perfil da QV obtido mediante os escores dos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os escores obtidos com o WHOQOL-Bref estão descritos na tabela 3. Observou-se que a qualidade de vida foi considerada boa, com média de 63,3 (\pm 14,6). Os domínios mais comprometidos foram os domínios meio ambiente e físico com médias de 53,9 (\pm 18,7) e 60,6 (\pm 19,7), respectivamente. O mais preservado foi o domínio psicológico, apresentando a média de 70,8 (\pm 15,6).

Tabela 3 - Escores totais dos domínios e da qualidade de vida, segundo o WHOQOL- Bref, aplicados em idosas (n=52) portadoras de CA de mama. Teresina, PI, 2015

Variáveis	x (\pm dp)	IC	Mín-Máx
Domínio físico	60,6 (19,7)	55,0-66,0	14,3-96,4
Domínio Psicológico	70,8 (15,6)	66,3-75,0	25-100
Domínio relações sociais	69,5 (18,3)	64,4-74,7	25-100
Domínio meio ambiente	53,9 (18,7)	48,7-53,2	21,9-100
Qualidade de vida	63,6 (14,6)	59,5-67,7	35,6-91,6

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: x = média dp = desvio padrão IC = intervalo de confiança

Todos os domínios apresentaram correlação entre si e com a Qualidade de Vida Geral, conforme é apresentado na tabela 4, destacando-se os domínios físico, psicológico e meio ambiente que apresentaram forte grau de correlação (0,7 – 0,9). Também houve correlação entre a QV geral e as variáveis independentes encontradas no MEEM e na EDG-15, porém, nesta última, obteve-se uma correlação fraca e negativa (0,1 – 0,3), ou seja, quanto menor o índice de sinais e sintomas depressivos, melhor a qualidade de vida geral (DANCEY; REIDY, 2013).

Tabela 4 - Correlação entre a variável dependente qualidade de vida e demais variáveis independentes do estudo (n=52). Teresina, PI, 2015

Variáveis	x (\pm dp)	r	p valor
Domínio físico	60,6 (19,7)	0,83	<0,01
Domínio Psicológico	70,8 (15,6)	0,84	<0,01
Domínio relações sociais	69,5 (18,3)	0,69	<0,01
Domínio meio ambiente	53,9 (18,7)	0,88	<0,01
MEEM	22,2 (3,4)	0,27	<0,01
EDG	4,7 (2,3)	-0,34	<0,01

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: x = média dp = desvio padrão r = coeficiente de correlação de Spearman
 p valor = significância obtida pelo teste de Spearman

No que se refere às duas primeiras questões do WHOQOL-Bref, relacionadas à percepção do indivíduo sobre sua QV e sobre sua saúde, 50% das idosas entrevistadas avaliaram sua QV como boa e 53,8% dos sujeitos da pesquisa, mostraram-se satisfeitos com sua saúde (Gráfico 2).

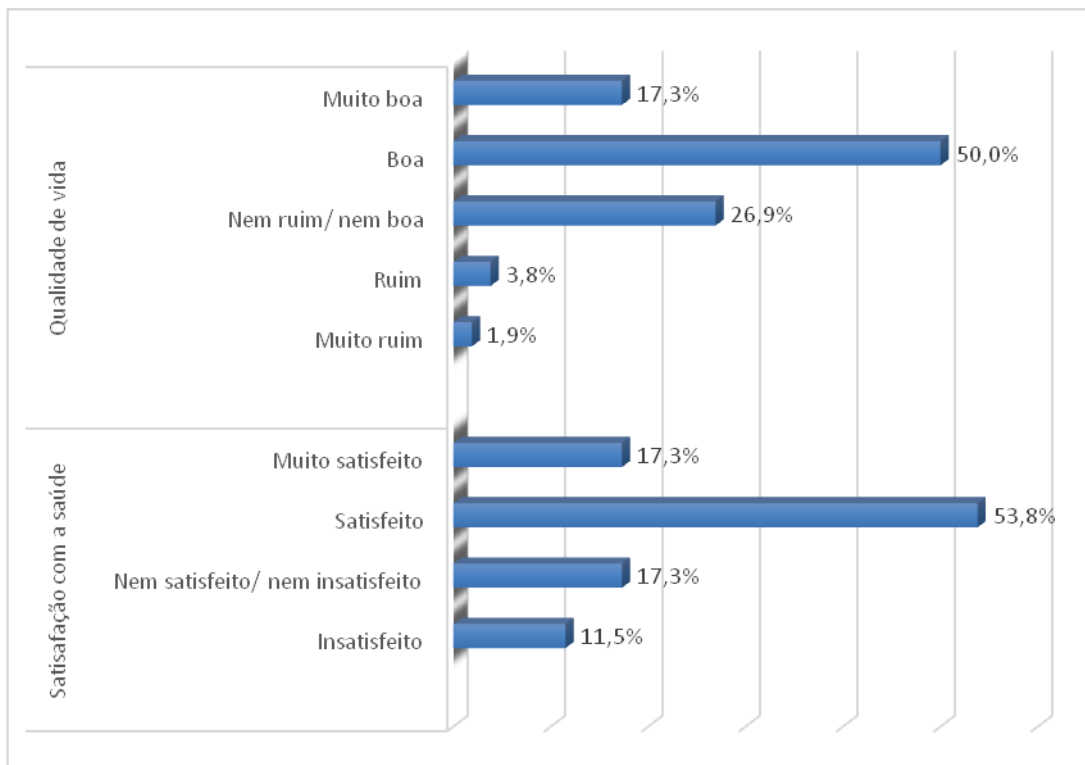


Gráfico 2 - Percepção das idosas (n=52) entrevistadas sobre sua QV e sua satisfação com a saúde. Teresina, PI, 2015

4.6 Correlação entre as facetas e seus respectivos domínios do WHOQOL-Bref

Os domínios do WHOQOL-Bref são gerados a partir das 24 facetas (questões), divididas em quatro domínios com os seguintes aspectos: físico, que avalia dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho; o psicológico avalia sentimentos positivos, pensar; aprender; memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais; o domínio social observa as relações pessoais, suporte/apoio social e atividade sexual; por fim, o domínio meio ambiente

avalia segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir informações e habilidades, participação em oportunidades de lazer, ambiente físico e transporte.

A tabela 5 mostra as forças de correlação entre os domínios e suas respectivas facetas. No domínio físico, a faceta que apresentou correlação mais forte foi dependência de medicamentos ou de tratamento; no psicológico foi pensar, aprender, memória e concentração; no domínio social, a maior influência foi a faceta relações pessoais. Finalmente, o domínio meio ambiente apresentou maior correlação com a questão ambiente físico (poluição/ruídos/trânsito/clima).

Tabela 5 - Força de correlação dentre as facetas e os respectivos domínios do instrumento WHOQOL-BREF (n=52). Teresina, PI, 2015

Domínios	nº faceta	r	p valor
Domínio físico			<0,01
Dor e Desconforto	Q3	-0,79	
Energia e Fadiga	Q4	-0,57	
Sono e Repouso	Q10	0,73	
Mobilidade	Q15	0,70	
Atividades da vida cotidiana	Q16	0,78	
Dependência de medicamentos ou de tratamentos	Q17	0,90	
Capacidade de trabalho	Q18	0,82	
Domínio Psicológico			<0,01
Sentimentos positivos	Q5	0,69	
Pensar, aprender, memória e concentração	Q6	0,79	
Autoestima	Q7	0,74	
Imagem corporal e aparência	Q11	0,67	
Sentimentos negativos	Q19	0,74	
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	Q26	-0,65	
Domínio relações sociais			<0,01
Relações pessoais	Q20	0,77	
Suporte (Apoio) social	Q21	0,69	
Atividade sexual	Q22	0,73	
Domínio meio ambiente			<0,01
Segurança física e proteção	Q8	0,53	
Ambientes no lar	Q9	0,65	
Recursos financeiros	Q12	0,67	
Condições de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Q13	0,81	

Continua

Tabela 5 - Força de correlação dentre as facetas e os respectivos domínios do instrumento WHOQOL-BREF (n=52). Teresina, PI, 2015

Domínios	nº faceta	r	p valor
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Q14	0,60	
Participação em oportunidades de recreação/lazer	Q23	0,79	
Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	Q24	0,85	
Transporte	Q25	0,77	

Fonte: Pesquisa direta.

Conclusão.

Legenda: Q = questão r = coeficiente de correlação de Spearman

p valor = significância obtida pelo teste de Spearman

5 DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, na qual a média foi de 67,9 anos ($\pm 5,9$), sendo a maior proporção constituída pela faixa etária de 60 a 69 anos (65,4%). Nos estudos de Dalamaria (2008) e Hansen (2008; 2013), realizados em Porto Alegre com idosas com câncer de mama, as médias de idade foram de 62,8 anos; 69,56 anos e 69,56 anos, respectivamente, o que não difere do perfil do presente estudo. Hansen (2013) também apresentou em sua pesquisa a faixa etária de 60 a 69 anos em maior proporção (56%).

Em estudos realizados por Nicolussi e Sawada (2011), em Ribeirão Preto (SP), e Silva *et al.* (2010), no sul do Brasil, os quais não limitaram a faixa etária para mulheres idosas, demonstraram uma acentuada proporção dessa população, representando 37,1% do total dos participantes. Huguet *et al.* (2009), em Campinas (SP), encontraram em sua amostra uma média de 56,4 anos e 36,4% dos entrevistados eram idosas com CA de mama. Almirão (2010), em sua pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul, constatou que 25% da população do estudo foram compostos por mulheres com idade igual ou superior a 60 anos e Santos Júnior (2010) apresentou um total de 20% também nessa faixa etária.

Barreto *et al.* (2008) observaram que a maior incidência de câncer de mama ainda está presente nas mulheres com faixa etária igual e superior a 50 anos, porém, tem sido observado um aumento de casos em mulheres jovens. Este fato pode estar relacionado ao avanço tecnológico, à conscientização feminina e aos programas de rastreamento ou, ainda, ser resultado da modificação da história natural da doença em virtude das alterações ambientais e da exposição aumentada a agentes cancerígenos.

Neste estudo, em relação à situação conjugal, predominaram idosas sem companheiro, identificando-se como solteiras, separadas ou viúvas, com 73,1% do total, número semelhante ao encontrado em outras pesquisas (DALAMARIA, 2008; HANSEN, 2008; HANSEN, 2013). Em estudos nos quais a amostra não era composta apenas por idosas, houve diferenciação quanto a esse aspecto, com predomínio das casadas (ALMIRÃO, 2010; HUGUET *et al.*, 2009; KLASSEN; MARTELLI, 2010; SANTOS JÚNIOR, 2010).

A presença de um companheiro, muitas vezes, é essencial para o enfrentamento de tal neoplasia, visto que o câncer de mama pode acarretar na mulher um conjunto de medos e incertezas, devido às alterações na imagem corporal e possível perda da autonomia. Nas idosas pode ser mais intenso por associar-se a problemas decorrentes da própria idade em que se encontram (NASCIMENTO, 2011).

Quanto à escolaridade, 51,9% das idosas não chegou a concluir o ensino fundamental. Estudos realizados com idosas obtiveram resultados semelhantes a esta investigação: Dalamaria (2008) apresentou 53,5%; Hansen (2008), 64% e Santos Júnior (2010) 32% de participantes com baixa escolaridade. É importante destacar que, no Brasil, os idosos apresentam baixa escolaridade, normalmente associada à baixa condição econômica (VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2011).

No que se refere à ocupação, 80,8% das entrevistadas deixaram de exercer atividades laborais, em decorrência a sintomas como dor no braço e no local da cirurgia e não poder se expor ao sol. Vale ressaltar que nesta faixa etária a maioria dos indivíduos encontra-se em situação de aposentadoria. Este resultado corrobora com o encontrado por Dalamaria (2008), no qual 80,3% dos idosos não trabalhavam. No estudo de Amaral *et al.* (2009) sobre QV em mulheres mastectomizadas, os dados não foram semelhantes. Apenas 16,6% da amostra não eram ativas no trabalho.

Na pesquisa, a maior parte dos participantes possuía uma renda familiar de um salário mínimo vigente (40,4%), correspondendo a R\$ 724,00. Portanto, classificavam-se como baixo nível socioeconômico, como também encontrado no estudo de Kluthcovsky e Urbanetz (2012), no qual 67,3% dos participantes tinham uma renda mensal familiar *per capita* de valor menor ou igual a um salário mínimo. Amaral *et al.* (2009) apresentaram como resultado uma proporção de 57% de indivíduos que possuíam renda de um a dois salários mínimos. Em pesquisa realizada por Mera e Ortiz (2012), em Santiago (Chile), com mulheres com câncer de mama e média de idade de 52,8 anos, diferentemente deste estudo, o nível socioeconômico de 71,4% era médio e apenas 14,3% era baixo.

A alta porcentagem de pessoas com baixa renda pode estar associada ao serviço hospitalar no qual foram identificados os prontuários, por ter grande parte do seu atendimento por meio do SUS. Ademais, esse nível salarial ainda impede o acesso de milhões de mulheres ao exame que detecta o câncer de mama, qual seja

a mamografia. Chor *et al.* (2011) afirmam que a posição socioeconômica está relacionada a dificuldades adicionais no acesso ao rastreamento e, conseqüentemente, ao estadiamento mais avançado no diagnóstico.

Em relação ao apoio familiar às idosas acometidas por câncer de mama, constatou-se que a totalidade não morava sozinha, sendo que 57,7% dividiam a casa com até três pessoas, similarmente ao encontrado no estudo de Amaral *et al.* (2009), com 56,7%, e de Sales *et al.* (2001) em que apenas 4% de sua amostra morava sozinha. 96% das idosas revelaram que teve ou estava tendo apoio dos membros da família. Mesmo assim, 55,7% dos domicílios eram chefiados pela própria entrevistada.

No processo do envelhecimento e adoecimento pode existir a necessidade de envolvimento familiar, fato evidenciado nesta pesquisa, em que 57,7% dos sujeitos afirmaram possuir um cuidador. Na maioria dos casos, eram os filhos (38,5%) ou cuidador particular (11,5%). A definição de cuidador pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), diz que:

“É a pessoa, membro ou não da família, que presta cuidados ao idoso dependente ou doente, com ou sem remuneração, podendo executar seus préstimos no lar, no hospital ou em instituição. E o bom cuidador não é aquele que faz todas as atividades pela pessoa, mas, sim, é aquele que estimula o autocuidado sempre que possível para que ela conquiste sua autonomia. Assim, o cuidador não se sobrecarrega nas suas tarefas de cuidar do outro e tem oportunidades de se auto cuidar, com a finalidade de preservar a saúde e melhorar a qualidade de vida” (CARVALHO, 2011, p. 51).

O mundo está envelhecendo e isto se deve ao número crescente de idosos na população que, em conjunto, acarreta o aumento dos casos de doenças crônico-degenerativas, frequentemente encontradas nesses indivíduos (ALVES *et al.*, 2007). Estas doenças estão associadas à maior incapacidade funcional, visto que, segundo Brito e Pavarini (2012), o próprio processo de envelhecimento acarreta o declínio gradual de funções como: linguagem, percepção, habilidades motoras e funções executivas, sendo a perda da memória a que mais se destaca, uma vez que compromete pequenas tarefas relativas às atividades da vida diária.

Na amostra estudada, a média de pontos do MEEM foi de 21,5 ($\pm 3,4$), considerando-se os pontos de corte conforme a escolaridade. Na pesquisa de Lera *et al.* (2011), realizada em pacientes idosos com câncer, 17,5% eram idosas com neoplasia da mama e a média obtida no MEEM foi de 26,63 pontos, equivalendo à

ausência de alterações. Na aplicação da EDG, a média de pontos obtida foi de 3,93 (sem alteração), corroborando com a média de 4,7 do presente estudo. Ademais, 69,2% das entrevistadas não apresentaram sinais e sintomas depressivos e 30,8% foram classificadas com depressão leve a moderada. Acredita-se que essa diferença identificada entre os estudos está relacionada ao fato dos participantes não serem exclusivamente idosas com câncer de mama.

Segundo Fan *et al.* (2008), as taxas de depressão em pacientes com câncer de mama situam-se entre 10% e 25% e o risco de depressão é mais evidenciado no primeiro ano após o diagnóstico. Santichi *et al.* (2012), em estudo realizado com mulheres em tratamento para câncer de mama em Americana (SP), detectaram que 66,6% das mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama apresentaram sintomas ansiosos e 22,2% apresentaram sinais e sintomas depressivos.

Com o avanço tecnológico e a melhoria dos tratamentos e minimização dos sintomas colaterais, a sobrevivência de mulheres com câncer de mama tem aumentado. É importante avaliar a qualidade de vida dessas mulheres, tendo em vista que o diagnóstico, em muitos casos, acarreta angústia, sofrimento e ansiedade, além da agressividade do tratamento e as diversas queixas relacionadas aos sintomas. (LOTTI *et al.*, 2008).

De acordo com o instrumento WHOQOL-Bref, no que se refere à percepção dessas mulheres sobre sua qualidade de vida, 50% avaliaram-na como boa e 53,8% afirmaram estarem satisfeitas com sua saúde. Paredes *et al.* (2013), em pesquisa feita com 27 pacientes submetidas a reconstrução mamária imediata ou tardia, entre agosto de 2007 a agosto de 2012, sobre a qualidade de vida das mesmas, 41% classificaram sua qualidade de vida como boa e 33% como muito boa. Em relação à satisfação com a saúde, 41% das entrevistadas admitiram não estarem nem satisfeitas e nem insatisfeitas com sua saúde.

O estudo de Lôbo *et al.* (2014), realizado com mulheres com neoplasia da mama e em quimioterapia, mostrou que estas consideravam seu estado de saúde e a QV satisfatórios, evidenciados pelo alto escore da Qualidade de Vida Global (76,14), resultado um pouco superior ao escore do presente estudo (63,6). As mulheres mastectomizadas participantes do estudo de Klasen e Martelli (2010) apresentaram semelhanças com esta pesquisa, na qual 50% das participantes avaliaram sua QV como boa e 60% estavam satisfeitas com sua saúde.

No que se refere aos domínios, foi observado um comprometimento maior nos aspectos correspondentes ao meio ambiente e físico, com médias equivalentes a 53,9 ($\pm 18,7$) e 60,6 ($\pm 19,7$), respectivamente. O mais preservado foi o psicológico com média de 70,8 ($\pm 14,6$). Estes resultados não corresponderam a outros estudos, como o de Dalamaria (2008), no qual o pior domínio foi o físico e o melhor compreendeu as relações sociais; Huguet *et al.* (2009) apresentaram o domínio psicológico como o mais afetado e físico como o menos comprometido. Kluthcovsky e Urbanetz (2012) compararam mulheres com câncer de mama com mulheres saudáveis e aquelas com a neoplasia apresentaram piores avaliações de qualidade de vida geral para os domínios físico, psicológico e meio ambiente em relações às saudáveis.

Pesquisa realizada na Colômbia por Zapata e Romerio (2010) apresentou resultados similares ao tratar-se de todos os domínios (escores maiores que 60), sendo o domínio físico o mais comprometido e o psicológico o menos afetado. Ademais, a percepção dos participantes quanto à sua qualidade de vida foi boa e estavam satisfeitos com a sua saúde.

No que se refere às correlações existentes entre a variável dependente QV e as variáveis independentes, todos os domínios apresentaram correlação entre si e com a Qualidade de Vida Geral, com destaque nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Estes apresentaram forte grau de correlação, demonstrando que qualquer alteração nesses domínios irá afetar diretamente a QV geral da idosa de maneira mais significativa, comparando-se aos demais domínios que obtiveram fraca correlação.

Houve correlação também entre a QV geral e as variáveis independentes encontradas no MEEM (fraca correlação) e na EDG-15 (correlação fraca e negativa), o que demonstra que quanto menor o índice de sinais e sintomas depressivos, melhor será a QV geral e quanto maior o déficit cognitivo pior será a QV.

Foi possível observar que a percepção da qualidade de vida, nos domínios, foi maior influenciada por algumas facetas que compõem o instrumento WHOQOL-Bref, em detrimento de outras. Isto significa que alguns aspectos que compõem a QV são mais relevantes que outros para as mulheres desse estudo.

A faceta que mais influenciou o domínio físico foi dependência de medicamentos ou de tratamentos; no psicológico foi pensar, aprender, memória e

concentração; nas relações sociais foi relações pessoais e no domínio meio ambiente foi a faceta referente ao ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima).

Na pesquisa de Klasen e Martelli (2010), no domínio físico, a questão com menor escore foi: “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária”, na qual 50% da amostra demonstraram respostas negativas como nada e muito pouco. No domínio psicológico, a indagação “O quanto você consegue se concentrar?” foi a que obteve o maior número de respostas negativas, com 30%; nas relações sociais, a questão “Quão satisfeito você está com a sua vida sexual?” recebeu 40% das respostas como insatisfeito e 10% como nem satisfeito nem insatisfeito. No domínio meio ambiente, a questão “Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?” obteve 80% das respostas negativas.

Os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, precisam conhecer as formas de avaliar/medir a QV em diferentes fases do tratamento do câncer de mama, diante da assistência direta ao paciente. QV e oncologia são temas amplos de discussão que se fundem quando pensamos em um tratamento que esteja alicerçado ao cuidado integral e humanizado, visando à prevenção de complicações e, conseqüentemente, um adequado retorno às suas atividades sociais, laborais e de lazer, para, assim, terem qualidade em sua vida.

6 CONCLUSÃO

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, não somente pelo elevado número de óbitos em todo o mundo, como também pelo acelerado processo de mudança no perfil sociodemográfico da população mundial. Isto resulta no aumento do número de idosas e, proporcionalmente, no crescimento dos casos dessa neoplasia, que tem como principal fator de risco a idade avançada.

Com relação a essa questão, o presente estudo alcançou os objetivos de avaliar a QV e a função cognitiva de idosas portadoras de câncer de mama, caracterizar o perfil sociodemográfico e de apoio familiar das participantes, identificar a presença de sinais e sintomas depressivos nessas idosas e correlacionar as características encontradas e a qualidade de vida.

Participaram desta investigação 52 idosas com diagnóstico de câncer de mama em 2013, em que a média de idade foi de 67,9 anos ($\pm 5,9$), sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 82 anos, com maior concentração na faixa etária de 60 a 69 anos (65,4%) e 34,6% possuíam 70 anos ou mais. Houve predominância do grupo das solteiras, separadas e viúvas com 73,1%, com baixa escolaridade (51,9% da amostra não concluíram o ensino fundamental), que não trabalhavam (80,8%) e apresentavam renda familiar de um salário mínimo (40,4%).

Em relação ao apoio familiar, constatou-se que nenhuma das idosas morava sozinha, de modo que 57,7% conviviam com até três pessoas e 42,3% moravam com quatro pessoas ou mais, uma média de 1,4 ($\pm 0,2$), com mínimo 2 e máximo 5. Em 55,7% dos domicílios, a idosa portadora de CA de mama era a chefe; a maioria possuía cuidador (57,7%), que era, mais frequentemente, o filho (35,2%).

Evidenciou-se a importância da participação familiar nesse momento, tendo em vista que, em muitos casos, é um suporte para a mulher no enfrentamento do diagnóstico e do tratamento de uma doença grave, por meio da manifestação de comportamentos adaptativos.

Em relação ao déficit cognitivo, a média encontrada no MEEM foi de 21,5 pontos ($\pm 4,5$), o valor mínimo foi de 8 e o máximo 30. Assim, no que se refere à aplicação da EDG-15, 52,2% das idosas investigadas não apresentaram sinais e sintomas depressivos, enquanto 30,8% foram classificadas com depressão leve a moderada.

Esta investigação, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosas com câncer de mama, evidenciou por meio do WHOQOL-Bref um escore com média de 63,3 ($\pm 14,6$) que representa boa QV da amostra estudada. Os domínios mais comprometidos foram o ambiental e o físico com médias de 53,9 ($\pm 18,7$) e 60,6 ($\pm 19,7$) respectivamente, e o mais preservado foi o domínio psicológico, com média de 70,8 ($\pm 15,6$). Todos os domínios apresentaram correlação entre si e com a Qualidade de Vida Geral, destacando-se os domínios físico, psicológico e meio ambiente que apresentaram forte grau de correlação. Também houve correlação entre a QV geral e as variáveis independentes encontradas no MEEM e na EDG-15. Entretanto, nesta última obteve-se uma correlação fraca e negativa, ou seja, quanto menor o índice de sinais e sintomas depressivos, melhor a qualidade de vida geral.

Houve correlação entre os domínios e suas respectivas facetas. No domínio físico, o aspecto que apresentou maior correlação foi dependência de medicamentos ou de tratamento; no psicológico foi o pensar, aprender, memória e concentração; no domínio social, a maior influência foi a faceta relações pessoais e o domínio meio ambiente apresentou maior correlação com a questão ambiente físico (poluição/ruídos/trânsito/clima).

No que se refere à percepção das idosas sobre sua QV e sobre sua saúde, 50% das entrevistadas avaliaram sua QV como boa e 53,8% mostraram-se satisfeitas com sua saúde. Mulheres com 60 anos e mais acometidas por câncer de mama tendem a reagir ao diagnóstico da doença e ao tratamento de maneira mais positiva, o que pode estar associado às experiências vividas, ao bom relacionamento familiar, à fé e à valorização da vida.

Diante do câncer, as mulheres idosas podem passar por mudanças em suas relações sociais, familiares e consigo mesmas. Portanto, é necessária a assistência humanizada capaz de vê-las como pessoa que sofre, mas que não perdeu sua essência. O cuidado de enfermagem para pacientes com câncer deve ser visto como pleno, encorajador, afetuoso e comprometido em auxiliar na adaptação às novas condições de vida.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a dificuldade de acesso às participantes da pesquisa, uma vez que a amostra foi constituída apenas por idosas portadoras de câncer de mama no ano de 2013, o que dificulta a generalização dos resultados encontrados. Dessa forma, salienta-se a necessidade de maiores e mais detalhadas investigações sobre o tratamento do câncer de mama e sua influência na

QV da população idosa, diante do acelerado processo do envelhecimento que também é realidade local.

Ressalta-se a necessidade de programas de educação em saúde, com destaque para a importância do profissional enfermeiro que presta a assistência direta a essas pacientes. A finalidade é promover saúde, prevenir e controlar os fatores de risco, com ações voltadas para a melhoria da QV de idosas, as quais são acometidas em sua grande maioria por doenças crônico-degenerativas, comuns nessa faixa etária.

Diante desses resultados, é necessário construir parcerias entre os profissionais de saúde, mulheres idosas, familiares e organizações sociais com vistas à implementação de ações capazes de minimizar os fatores que interferem na QV dessas idosas. Nesse sentido, recomenda-se a realização de atividades físicas, alimentação saudável, formação de redes de apoio social, abstinência de fumo e álcool, uso correto de medicamentos, acesso aos serviços de saúde e informações sobre seus direitos.

Para tanto, ressalta-se como imperativa a necessidade de uma equipe multidisciplinar para a realização de uma assistência holística e o consequente alcance da plena QV a este grupo. Destaca-se a atuação da enfermagem por ter habilidades na implementação de cuidados efetivos no âmbito curativo e, sobretudo, na recuperação e reabilitação das idosas com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012.142 p.
- ALMIRÃO, R. I. **Qualidade de vida e estresse em mulheres com câncer de mama**, 2010, 128 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, 2010.
- ALVES, L. C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, pp. 1924-30, ago. 2007.
- ALVES, P. C. *et al.* Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, pp. 732-7, jul./ago. 2011.
- AMARAL, A. V. *et al.* Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 7, n. 2, pp. 36-54, jun. 2009.
- AVELAR, A. M. A. *et al.* Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 15, n. 1, pp. 11-20, jan./fev. 2006.
- BARRETO, R. A. dos S. *et al.* As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 1, pp. 110-23, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>> Acesso em: 20 nov. 2014
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, pp. 1-7, mar. 1994.
- BITTENCOURT J. F. V. *et al.* A mulher submetida à mastectomia: tecendo possibilidades do cuidar em enfermagem considerando o apoio da rede social primária. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 269, out. 2010.

BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Rev Psiq Clín.** v. 36, n. 3, p. 109-115, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 13 jun, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 27 fev, 2014.

BRITO, T. R.; PAVARINI, S. C. The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. **Rev. latinoam. enferm.,** Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, pp. 677-84, July/Aug. 2012.

BROMBERG, S. E. **Câncer de mama na mulher idosa,** Sociedade Brasileira de Mastologia, São Paulo, ano XVI, n. 100, pp. 1-12, 2012.

CAPPELLAN, A. *et al.* Prognostic factors in elderly patients with breast cancer. **BMC surg. (Online).**, London, v. 13, suppl. 2, pp. 1-12, Oct. 2013. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24268048>> Access on: 20 nov. 2014

CARVALHO, C. M. R. G. *et al.* Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 62, n. 4, pp. 579-82, jul./ago. 2009.

CARVALHO, R. R. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:** competência dos cuidadores de pessoas dependentes, 2011, 122 f. Monografia (especialização) - Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Brasília, 2011.

CHOR, D. *et al.* Desigualdade socioeconômica afeta a chance de realizar mamografia no Brasil. **CMDSS,** Rio de Janeiro, v. 1, out. 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/CMDSS-1110.1v1.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2014.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia.** 5. ed. São Paulo: Artmed, 2013. 608 p.

DALAMARIA, J. M. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres idosas com câncer de mama**, 2008, 116 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FANN, J. R. *et al.* Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. **Gen. hosp. psychiatr.**, New York, v. 30, n. 2, pp. 112-6, 2008.

FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, pp. 167-76, jan./mar. 2012.

FERRAZ, A. M. N. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**, 2009, 65 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curitiba, 2009.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, pp. 513-8, jul./set. 2012.

FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* **Prevalência de idosas mastectomizadas que não se submeteram a reconstrução mamária em instituição de referência**. Relatório Final. Teresina, Maio 2012.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 33-8. 2000.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, pp. 189-98, Nov. 1975.

FREITAS, V. F. F. S. de Qualidade de vida do idoso no município de Herval. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, pp. 156-63, jan./mar. 2011.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Nova York: UNFPA, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2015.

FURLAN, V. L. A. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 28, n. 2, pp. 264-9, abr./jun. 2013.

GARÓFOLO, A. *et al.* Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, pp. 491-505, out./dez. 2004.

GIMENES, G. de F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, pp. 291-318, mai./ago. 2013.

GUIMARÃES, A. G.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, pp. 581-92. 2012.

HANSEN, D. **Qualidade de vida de idosas após o tratamento cirúrgico de câncer de mama**, 2009, 63 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

_____. Qualidade de vida de idosas submetidas ao tratamento de câncer de mama. **FisiSenectus**, Unochapecó, v. 1, n. 1, pp. 13-24, jan./jun. 2013.

HUGUET, P. R. *et al.* Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, pp. 61-7, fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O apoio de familiares e amigos na recuperação dos pacientes com câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=1262> Acesso em: 03 jan. 2015.

_____. **Atlas On-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>> Acesso em: 29 dez. 2014.

_____. **Controle do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/no_brasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude> Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. **Estimativa 2014:** Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014c. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>> Acesso em 29 dez. 2014.

_____. **Detecção precoce do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/>> Acesso em: 29 jan. 2015.

_____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2014.

KLASEN, C. K. ; MARTELLI, C. **Análise da percepção da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas submetidas à intervenção fisioterapêutica**, 2010, 64 f. Monografia (Graduação) – Universidade Regional de Blumenau - Centro de Ciências de Saúde, Blumenau, 2010.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; URBANETZ, A. A. L. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, pp. 453-8, out. 2012.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**, Brasília, v. 27, n. 1, pp. 165-880, abr. 2012.

LERA, A. T. *et al.* Aplicação do instrumento termômetro de estresse em pacientes idosos com câncer: estudo piloto. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n. 2, pp. 112-6, mar./abr. 2011.

LOTTI, R. C. B. *et al.* Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, pp. 367-71, 2008.

LÔBO, S. A. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, pp. 554-9. 2014.

MAKLUF, A. S.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, pp. 49-58, jan./mar. 2006.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MERA, P. C.; ORTIZ, M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento com la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. **Ter. psicol.**, Santiago, v. 30, n. 3, pp. 69-78. 2012.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 7-18. 2000.

NASCIMENTO, A. N. *et al.* Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 10, n. 4, pp. 789-94, 2011.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Cancer Statistics Factsheets: cancro da mama**. Bethesda: NCI, 2014. Disponível em:
<<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>> Acesso em: 03 mar. 2015

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, pp. 759-66, dec. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS**. Genebra: OMS, 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores** . Washington: OPAS, pp. 405, 2003.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, pp. 918-23, dez. 2005.

PAREDES, C. G. *et al.* Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Rev. bras. cir. plást.**, São Paulo, v. 28, n. 1, pp. 100-4. 2013.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, pp. 101-7. 2010.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Rev. bras. qual. vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, pp. 31-6. 2010.

PEREIRA; E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esp.**, São Paulo, v. 26, n. 2, pp. 241-50, jun. 2012.

PIAUI. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Piauí. **Programa Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Teresina, 2010.

RABIN, A. G. **Avaliação da qualidade de vida das mulheres com câncer de mama e a percepção de seus parceiros**, 2006, 115 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SALES, C. A. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Rev. bras. cancerol.**, v. 47, n. 3, pp. 263-72. 2001.

SANTICHI, E. C. *et al.* Rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para o câncer de mama. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 1, pp. 42-67, jan. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n1/v10n1a04.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2015.

SANTOS JÚNIOR, N. C. **Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama**, 2010, 71 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília – Faculdade de Ciências da saúde, Brasília, 2010.

SANTOS, G. R.; SOUZA, J. M.; LIMA, L. C. A atuação da enfermagem na atenção à saúde do idoso: possíveis ações a serem realizadas segundo as diretrizes da política nacional de saúde da pessoa idosa. **Rev. Unijales**, ano VII, 6. ed. 2013.

SANTOS, S. S. C. *et al.* Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, pp. 649-53, jun. 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, pp. 580-8, mar./abr. 2004.

SILVA, L. C. R. *et al.* Câncer de mama em mulheres acima de 70 anos de idade: diretrizes para diagnóstico e tratamento. **Rev. méd. Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 23, n. 1, pp. 105-12. 2013.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L F. Desafios históricos da enfermagem à luz do pensamento bioético. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 5, pp. 841-3, set./out. 2010.

SILVA, S. E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, pp. 727-34, set./out. 2010.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 1, pp. 75-82, jan./mar. 2008.

UEZ, M. E. **Câncer de mama: imagem corporal e envelhecimento feminino**, 2006, 107 f. Dissertação (Mestrado) – Pós Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifera Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 231-8, jan. 2012.

VISENTIN, A; LENARDT, M. H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, pp. 486-92, abr. 2010.

VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, pp. 2541-8, mai. 2011.

_____. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Brasília: OMS, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol1.html>> Acesso em: 11 out. 2014.

_____. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YESAVAGE J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. psychiat. res.**, v. 17, n. 1, pp. 37-49, 1983.

ZAPATA, C. S.; ROMERO, H. G. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. **Rev. panam. salud pública.**, Washington, v. 28, n. 1, pp. 9-18, jun. 2010.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por NATHACHA ADRIELA LIMA CARVALHO, sob a orientação da Prof^a. Dr. MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEREDO. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Estudo: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA

Pesquisadoras responsáveis: Nathacha Adriela Lima Carvalho e Maria do Livramento Fortes Figueredo

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Telefones para contato: (86) 9947-8215 // (86)8803 4813

A pesquisa tem como objetivo geral: A qualidade de vida de idosas portadoras de câncer de mama. Será garantido o acesso a pesquisa em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Amenos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconfortos ou lesões. O participante terá direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem nenhum prejuízo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

N. identidade

Maria do Livramento Fortes Figueredo
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



APÊNDICE B - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E APOIO FAMILIAR

Idade: _____

(4) ≥ 10 e < 20 salários

Data de Nasc.: ____/____/____

(5) Acima de 20 salários

Situação conjugal:

- (1) Solteira
- (2) Casada
- (3) Separada
- (4) Viúva
- (5) União estável

Quantas pessoas moram em sua casa, incluindo a senhora?

Escolaridade:

- (1) Não alfabetizado
- (2) Ensino fundamental incompleto
- (3) Ensino fundamental completo
- (4) Ensino médio incompleto
- (5) Ensino médio completo
- (6) Ensino superior incompleto
- (7) Ensino superior completo

Quem é o chefe do domicílio?

- (1) Própria pessoa
- (2) Cônjuge
- (3) Filho (a)
- (4) Outro familiar

Trabalha:

- (1) Sim
- (2) Não

Possui cuidador?

- (1) Sim
- (2) Não

Renda familiar:

- (1) Um salário mínimo
- (2) ≥ 2 e < 4 salários
- (3) ≥ 4 e < 10 salários

Quem é seu cuidador?

- (1) Cônjuge
- (2) Filho (a)
- (3) Genro ou nora
- (4) Cuidador particular
- (5) Outro _____

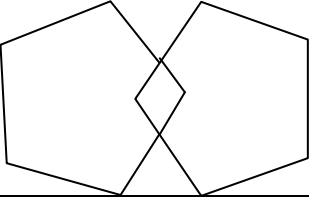
ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

TESTE		PONTOS
1	Orientação temporal (0-5)- SEMESTRE-MÊS-DIA-DIA DA SEMANA - ANO	
2	Orientação espacial (0-5)-ESTADO-RUA-CIDADE-LOCAL-ANDAR	
3	Registro (0-3): nomear – PENTE-RUA-CANETA	
4	Cálculo. Tirar 7 (0-5) -100-93-86-79-65 Alternativamente soletre a palavra MUNDO de trás para frente	
5	Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE-RUA-CANETA	
6	Linguagem 1(0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA	
7	Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	
8	Linguagem 3 (0-3): siga o comando:PEGUE O PAPEL COM A MAO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO, COLOQUE-O EM CIMA DA MESA	
9	Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHER OS OLHOS	
10	Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa	
11	Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho 	
TOTAL:		
<p>SCORE:</p> <p>13 pontos: Analfabetos</p> <p>18 pontos: Baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos)</p> <p>26 pontos: Alta escolaridade (8 ou mais anos)</p>		

Fonte: Folstein *et al.* (1975), validado para a língua portuguesa por Bertolucci *et al.* (1994)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



ANEXO B - Escala de depressão geriátrica na versão curta EDG-15

Escala de depressão geriátrica na versão curta EDG-15	Escore	
	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?		
2. Você deixou muito de seus interesses e atividades?		
3. Você sente que sua vida está vazia?		
4. Você se aborrece com frequência?		
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?		
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?		
8. Você sente que sua situação não tem saída?		
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		
11. Você acha maravilhoso estar vivo?		
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		
13. Você se sente cheio de energia?		
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?		
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO



ANEXO C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO WHOQOL-bref

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas que lhe parecem mais apropriadas. Essa, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nessas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4, se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos,	1	2	3	4	5

	colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

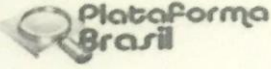
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**



ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS MASTECTOMIZADAS: uma contribuição para a enfermagem

Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22206614.0.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.342

Data da Relatoria: 15/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que se propõe avaliar a qualidade de vida de idosas mastectomizadas cadastradas em um hospital de referencia no tratamento do câncer em Teresina-PI, com vistas a minimizar seqüelas, danos, sofrimentos e maximizar a qualidade de vida de mulheres com 60 anos ou mais pós mastectomia, uma cirurgia mutiladora que acarreta danos tanto físicos quanto psicológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida de idosas mastectomizadas;

Descrever as características socioeconômicas e de saúde de idosas mastectomizadas cadastradas em um hospital de referencia no tratamento do câncer em Teresina-PI participantes do estudo;

Levantar os determinantes da qualidade de vida das idosas mastectomizadas participantes do estudo de acordo com os domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais do questionário Whoqol-bref;

Discutir como os determinantes físicos, psicológicos, sociais e ambientais influenciam a qualidade de vida de idosas mastectomizadas;

Relacionar a qualidade de vida com as características socioeconômicas e de saúde das idosas mastectomizadas.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

Página 01 de 03

Continuação do Parecer: 649.342

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os sujeitos desse estudo são mínimos, porém a partir do momento que se entra em contato com idosas em tratamento de uma doença temida pela sociedade as mesmas poderão ficar constrangidas ou até mesmo enrustecidas pelos questionamentos que serão feitos, bem como poderão temer que as informações fornecidas por elas tornem-se de conhecimento público. Estes riscos serão minimizados pelo compromisso

ético das pesquisadoras e explicação sucinta da pesquisa antes de dar início aos questionamentos.

Benefícios:

Com o presente estudo espera-se que a partir do conhecimento produzido seja possível o crescimento técnico-científico para os enfermeiros e familiares que prestam assistência e convivem com idosas portadoras de câncer de mama após mastectomia de forma a gerar aprendizado e a conseqüente mudança de comportamento assistencial para com a clientela mencionada, que por sua vez se beneficiará de um cuidado mais sistematizado e efetivo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante sobre mulheres idosas que realizaram mastectomia e a qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa apto para ser realizado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela

Bairro: Ininga SG10

CEP: 64.049-550

UF: PI

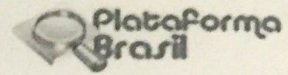
Município: TERESINA

Telefone: (863)215-5734

Fax: (863)215-5660

E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 649.342

TERESINA, 15 de Maio de 2014

Assinado por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215--5734 **Fax:** (863)215--5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

