

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
CURSO DE MESTRADO

DINARA HANSEN

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
CÂNCER DE MAMA

PORTO ALEGRE

2008

DINARA HANSEN

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Antonio Luiz Frasson

PORTO ALEGRE

2008

DINARA HANSEN

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____, de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Boss - PUCRS

Prof. Dr. Carlos Henrique Menke - UFRGS

Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson - PUCRS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H249q Hansen, Dinara

Qualidade de vida de idosas após o tratamento cirúrgico
de câncer de mama / Dinara Hansen. – Porto Alegre, 2009.
63 f.

Diss. (Mestrado) – Inst. de Geriatria e Gerontologia,
PUCRS

Orientador: Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson

1. Neoplasias de Mama – Tratamento. 2. Qualidade de
Vida. 3. Idosas. 4. Gerontologia. I. Frasson, Antonio Luiz.
II. Título.

CDD 618.976994

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que participaram da pesquisa, principalmente pelas experiências de vida a mim passadas.

A minha mãe por todo o auxílio e amor que a mim foi dado, pela experiência de vida, de luta e sucesso profissional e pela renúncia de realizar seus sonhos em favor da realização dos meus.

Aos meus irmãos, com quem pude contar sempre, mesmo em momentos de grandes dificuldades, pelas palavras de consolo e afeto.

A você, Alfredo Guimarães Costa, pelo amor, companheirismo e afeto durante esses anos.

A minha amiga Sílvia Guimarães Costa, por ter me acolhido, durante todo esse período de estudos, em sua residência com alegria e amor, compartilhando comigo as alegrias e dificuldades passadas. Muita gratidão à você.

A todos os colegas do PPG Gerontologia Biomédica, principalmente à vocês Cristiani Trentin, Vilma Beltrame, Audry Tejada e Morgana Gabriel Toson e pela dedicação aos estudos e pelo auxílio a mim concedido.

Ao meu orientador, Dr. Antonio Luiz Frasson e ao professor Irênio, pela dedicação e conhecimentos a mim passados.

Aos secretários do PPG Gerontologia Biomédica, Mônica, Cletiane e Paulo pela atenção e carinho diários nesses dois anos de estudos.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados Sociodemográficos.....	30
TABELA 2 - Dados do Tratamento do Grupo de CA de mama.....	32
TABELA 3 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao câncer de mama.....	33
TABELA 4 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao tipo de cirurgia de câncer de mama.....	34
TABELA 5 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao tratamento adjuvante.....	35
TABELA 6 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado aos dados demográficos.....	37
TABELA 7 - Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado aos dados demográficos.....	38

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 Aspectos gerais sobre QV	12
2.2 Envelhecimento	13
2.2.1 Epidemiologia	14
2.2.2 Envelhecimento e Doença	16
2.2.3 Alterações durante o envelhecimento	17
2.3 Câncer de Mama	18
2.3.1 Epidemiologia	19
2.3.2 Fatores de Risco	20
2.3.3 Diagnóstico	19
2.3.4 Tratamento	20
2.3.4.1 Quimioterapia	22
2.3.4.2 Radioterapia	23
2.3.4.3 Hormonioterapia	24
2.3.4.4 Cirurgia	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos	26
4 MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Local de estudo	27
4.3 Amostra	27
4.4 Critérios de Inclusão	27
4.5 Critérios de Exclusão	28
4.6 Variáveis da amostra	28
4.7 Materiais e métodos	28

4.8 Logística	29
4.9 Análises estatísticas	30
4.10 Aspectos éticos	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Perfil sócio-demográfico da amostra.....	31
5.2 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old.....	33
5.3 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old de acordo com tipo de cirurgia e tratamento adjuvante.....	35
5.4 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old de acordo com os dados sócio-demográficos	37
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
6.1 Discussão dos dados sociodemográficos.....	39
6.2 Discussão dos resultados sobre o tratamento do câncer de mama	40
6.3 QV geral e câncer de mama nos domínios do Whoqol-bref e do Whoqol-old	41
6.4 Domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old em relação ao tipo de cirurgia e tratamento adjuvante.....	42
6.5 Domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old em relação aos dados sócio-demográficos	44
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXO A	56
ANEXO B	57
ANEXO C	60
ANEXO D	62

RESUMO

O câncer de mama é o câncer mais comum entre as mulheres e ocorre em maior número após os 60 anos de idade, sendo idade dependente. O tratamento do câncer está voltado para o aumento das possibilidades de cura e sobrevida, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Objetivou-se com este trabalho avaliar o impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida de um grupo de mulheres após os 60 anos de idade. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal com enfoque descritivo e analítico em uma amostra de 50 idosas que realizaram tratamento de câncer de mama e um grupo controle de 50 idosas sem o diagnóstico de câncer de mama, freqüentadoras do Hospital São Lucas da PUCRS. As idades variaram de 60 a 94 anos, com média de 70,76 anos e desvio padrão de 6,95 anos. A qualidade de vida geral do grupo de câncer de mama mostrou-se significativamente melhor comparado ao grupo controle. Na relação da qualidade de vida e dados sócio-demográficos, o estado de saúde foi o que mais contribuiu para melhor qualidade de vida. Estado civil e primeiro grau completo também tiveram interferência significativa na qualidade de vida. Pode-se concluir que o tratamento de câncer de mama tem impacto na qualidade de vida na maioria das vezes enquanto está sendo realizado. Após o término do tratamento, a qualidade de vida tende a melhorar.

Palavras chaves: câncer de mama, tratamento e qualidade de vida.

ABSTRACT

The breast cancer is the most common cancer among women and occurs in greater numbers after 60 years of age, and it is age dependent. The cancer treatment is focused on increasing the opportunities for cure and survival, and improving the quality of life of patients. The objective of this study was to evaluate the impact of the treatment of breast cancer in the quality of life of a group of women after 60 years of age. This was a quantitative, cross-sectional with observation and analytical study on a sample of 50 elderly women who underwent treatment for breast cancer and a control group of 50 elderly people without a diagnosis of breast cancer, who frequented the St. Luke's Hospital PUCRS. The ages ranged from 60 to 94 years, with an average of 70.76 years and standard deviation of 6.95 years. The quality of life of the general group of breast cancer proved to be significantly better compared to the control group. In respect of quality of life and socio-demographic data, the state of health was the largest contributor to improved quality of life. Marital status and complete the first grade also had significant interference in quality of life. It was concluded that the treatment of breast cancer has an impact on quality of life in most of the time while being held. After the end of treatment, quality of life tends to improve.

Key-words: breast cancer, treatment and quality of life.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil está vivenciando um intenso processo de envelhecimento populacional; segundo projeções para o ano de 2020 os idosos chegarão a 25 milhões de pessoas, sendo 15 milhões de mulheres, numa população de 219,1 milhões, representando 11,4 % da população brasileira.¹

A expectativa de vida dos brasileiros em 2006 era de 72,4 anos de idade, devendo atingir 81,3 anos em 2050.¹ No Rio Grande do Sul, a expectativa de vida passou de 72,3 anos em 1996 para 74,8 anos no ano de 2006.²

A esperança de vida ao nascer para as mulheres aumentou em média 8 anos, resultando no número de mulheres idosas superior ao número de homens nas faixas de idades mais avançadas no Rio Grande do Sul.³

Diante desta realidade inquestionável das transformações iniciadas no último século e que nos faz observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa Qualidade de Vida (QV).⁴

A QV se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais relevante. Tendo em vista a variabilidade do conceito de QV e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, a QV para os idosos.

O processo biológico do envelhecimento caracteriza-se por uma etapa da vida em que ocorrem perdas de funções de órgãos, tornando a pessoa mais exposta a doenças.⁵ Como citado previamente, o número de idosos no mundo aumenta a cada dia, tornando-se uma parcela cada vez maior da população mundial.^{6,7}

O ponto de início do envelhecimento constitui um parâmetro arbitrário, pois pessoas de mesma idade podem ter profundas diferenças biológicas. Porém, é fato que em pessoas idosas, a ocorrência de tumores é maior, sendo que 50% de diagnósticos de câncer ocorrem em pacientes entre 65 e 85 anos.⁸

Dentre os vários tipos de câncer, encontramos o câncer de mama, considerado o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres.³ Para o ano de 2008 são esperados no Brasil 49.400 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Apresenta maior incidência na faixa etária entre 40 e 69 anos de idade, sendo considerado raro antes do 35 anos.³

O câncer de mama é talvez, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, o que mais causa medo, pela sua grande freqüência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, isto é, quanto mais idade, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia, sendo que a faixa etária dos 60 aos 70 anos é de maior incidência.⁹

O tratamento de pacientes com câncer está voltado para o aumento das possibilidades de cura e sobrevida, bem como melhorar a QV dos pacientes. Apesar disso, ele costuma ter efeitos secundários importantes na vida desses pacientes. Por esta razão, tem-se observado, nos últimos anos, um crescente interesse em investigar a QV de pacientes submetidos a tratamento oncológico, assim como o desenvolvimento de testes para medir a relação entre saúde e QV.

O câncer de mama, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, causa um impacto direto na identidade feminina. A mastectomia realizada como procedimento cirúrgico para o câncer de mama causa 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.¹⁰

A QV associada a diferentes terapias antineoplásicas pode auxiliar pacientes e médicos na escolha da melhor modalidade terapêutica. Neste sentido, este estudo possibilitará analisar os diversos aspectos da QV em idosas que realizaram o tratamento de câncer de mama podendo assim apresentar e discutir dados sobre o tema.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos gerais sobre QV

Entende-se por QV, a percepção do indivíduo tanto de sua posição na vida, no contexto da cultura e nos sistemas de valores nos quais se insere, como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um amplo conceito de classificação, afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, por suas relações sociais, por seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente.^{11,12}

A QV se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, e tem no conceito de promoção de saúde seu foco mais relevante.¹²

Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e estado subjetivo de saúde são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mais necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Entretanto QV é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.¹³

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "QV" foi, inicialmente, compartilhado por cientistas sociais e filósofos. O crescente avanço tecnológico dentro da área da saúde trouxe como consequência, condições crônicas e aumento da sobrevivência dos pacientes.^{14,15} A oncologia foi uma das especialidade que se viu confrontada com as necessidades de se avaliar a QV dos seus pacientes.¹⁶

A avaliação da QV considera a percepção subjetiva do paciente, isto é, um passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer. Esta tendência é bem documentada na literatura, devido ao aumento do número de estudos de câncer da mama que registram resultados de avaliação de QV.¹⁴

Dessa forma, a avaliação da QV vem sendo utilizada dentro da área da saúde como um desfecho importante no sentido de avaliar o impacto da doença sentido pelo paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e predizer a influência dos tratamentos sobre a condição da mesma.¹⁷

O grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, construído através de um método transcultural (WHOQOL).^{7, 11, 18}

Este projeto foi realizado com a colaboração de 15 centros simultaneamente em diferentes culturas. Para esse grupo, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações em gerais”.¹⁹

Ainda, segundo esses especialistas, o conceito qualidade de vida envolve três aspectos essenciais: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Dessa forma, diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (como exemplo mobilidade) e negativas (como exemplo dor).⁹

No Brasil, o Grupo de Estudos em Qualidade de Vida, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vêm estudando e pesquisando essa temática, contribuindo na validação em Português dos instrumentos WHOQOL-100, WHOQOL BREF e mais recentemente o WHOQOL-OLD.

2.2 Envelhecimento

O organismo humano passa por algumas fases desde a sua concepção até a morte, sendo elas: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento.²⁰

O envelhecimento é caracterizado pelo declínio das funções de diversos órgãos, sendo difícil definir um ponto de transição. No final da terceira década de idade surgem as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento, que podem variar de um indivíduo para outro.²³

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, que começa na concepção e termina na morte, no qual ocorre alterações, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, podendo ocasionar maior incidência de processos patológicos.^{22, 23}

Conforme Paschoa²³ existem alguns conceitos diferentes de envelhecer: biologicamente, o envelhecimento começa tão precocemente quanto à puberdade, sendo um processo contínuo durante toda a vida; socialmente, as características das pessoas idosas variam conforme a cultura, com o passar das gerações, com as condições de vida, trabalho, onde as desigualdades destas condições levam às desigualdades no processo de envelhecer; intelectualmente, este processo tem início quando os indivíduos começam a apresentar perdas de memória, falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as suas capacidades intelectuais anteriores; economicamente, quando este deixa o mercado de trabalho, não sendo mais considerada uma pessoa economicamente ativa; funcionalmente, quando é necessária a ajuda de outras pessoas para realizar suas necessidades básicas e/ou tarefas habituais que anteriormente eram realizadas sem ajuda de outros; inicia aos 65 anos de idade, de acordo com grande parte das literaturas geriátricas e gerontológicas, embora o Estatuto do Idoso do Brasil considerem aos 60 anos, a transição para o segmento de idoso.²⁴

A Gerontologia é caracterizada como um dos ramos da ciência que estuda o processo de envelhecimento e os seus múltiplos problemas.²² Os gerontologistas estudam o envelhecimento em seus processos cronológico, biológico, psicológico e social.²¹

2.2.1. Epidemiologia

O Brasil apresenta um rápido envelhecimento populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2002, 9,3 % da população brasileira era

representada por pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo que 56% destes eram mulheres. Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2006 evidenciam a tendência de crescimento da população idosa, que alcançou 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, e superou 13 milhões no grupo etário de 65 anos ou mais, o que corresponde a 10,2% e 7,1%, respectivamente, do total da população. Projeções da população para o ano de 2050 sinaliza um efetivo de 34,3 milhões de idosos, ou 13,2% da população total.¹

A expectativa de vida dos brasileiros em 2006, era 72,4 anos de idade, devendo atingir 81,3 anos em 2050.²¹ No Rio Grande do Sul, a expectativa de vida passou de 72,3 anos em 1996 para 74,8 anos no ano de 2006.²

A vida média ao nascer, entre 1996 e 2006, incrementou 3,5 anos, com as mulheres em situação bem mais favorável que a dos homens (72,3 para 75,8 anos, no caso das mulheres, e 65,1 para 68,7 anos, para os homens).

A esperança de vida, ao nascer, para mulheres do Estado do Rio Grande do Sul, aumentou em média 8 anos, resultando no número de mulheres idosas superior ao número de homens nas faixas de idades mais avançadas.²

A queda combinada das taxas de fecundidade e mortalidade justifica mudanças nas estruturas etárias do Brasil, onde ocorre uma diminuição da população mais jovem e o aumento proporcional dos idosos. O contingente de crianças e adolescentes de até 14 anos de idade, segundo os dados da PNAD 2006, representava 25,8% do total da população e 4,6% da população era representada por pessoas com mais de 70 anos. Segundo projeções para 2050, esses dois grupos etários se igualarão, onde cada um representará 13,2% da população brasileira.¹

Este crescimento demográfico gera um impacto social e econômico relacionado à saúde do idoso, tornando cada vez mais importante o desenvolvimento de políticas de saúde voltadas para a saúde desta população, onde predominam as doenças crônicas degenerativas.^{1,2}

2.2.2 Envelhecimento e Doença

As alterações estruturais e funcionais que ocorrem com os idosos, são próprias do processo de envelhecimento normal, e podem levar à maior incidência de processos patológicos e, conseqüentemente, à morte.^{21,22}

Os efeitos da doença, no processo de envelhecimento, podem produzir graus e interações variáveis, desde nulo até muito acentuado, levando, inclusive à morte conforme o grau da patologia.²¹

Atualmente, as doenças crônico-degenerativas que incluem diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias estão predominando, na população, em lugar das doenças infecciosas e parasitárias. Dentre os principais fatores de risco para estas doenças encontram-se a hipertensão, o alto nível de colesterol, a obesidade, a pouca atividade física, consumo insuficiente frutas e verduras, o consumo de álcool e de cigarro. Estas doenças podem ser evitadas ou amenizadas através de mudanças no estilo de vida.²⁵

O câncer de mama é uma doença que acomete as mulheres, apresentando maior incidência na faixa etária entre 40 e 69 anos de idade, período em que se encontram no processo de envelhecimento, podendo influenciá-lo.³

Segundo pesquisas, esta patologia pode ser prevenida através do controle do excesso de peso e obesidade, do aumento da atividade física e da alimentação rica em frutas e verduras, contribuindo, portanto, para um envelhecimento bem-sucedido.²⁵

Com um envelhecimento ativo pode-se aumentar a expectativa de uma vida saudável e a QV para todas as pessoas que estão envelhecendo, e pode ser aplicado a indivíduos ou a grupos populacionais; permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo de suas vidas, participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidade.²⁶ As pessoas portadoras de doenças também podem sentir-se saudáveis e ativos em seu meio e ter uma boa QV.¹³

2.2.3 Alterações durante o envelhecimento

A senescência é caracterizada como o período da vida que tem início após os 30 anos de idade, quando ocorrem alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, como consequência do processo de envelhecimento.^{12,9} A partir desta idade, a cada ano, pode acontecer a perda de 1 % das funções orgânicas.¹³

A idade fisiológica de uma pessoa pode refletir o seu estado de saúde, mas pode ou não refletir a idade cronológica, pois a idade fisiológica depende do estilo de vida, regularidade do sono, alimentação saudável, atividade física suficiente, hábito de fumar, consumo de álcool e peso corporal.¹²

O envelhecimento é marcado por uma perda na massa corporal magra aproximada de 2 a 3% por década, que pode ser acompanhada por um aumento na gordura corporal e diminuição na quantidade de água no organismo.^{10, 15, 17, 21}

As alterações que ocorrem na massa corporal magra, gordura corporal e taxa metabólica podem reduzir as necessidades de energia, diminuir a capacidade de realizar as⁹ atividades diárias sem auxílio de outras pessoas e aumentar o risco de doenças crônicas associadas à obesidade. O estilo de vida sedentário também pode estar relacionado com a mudança nas necessidades energéticas.¹²

A função neurológica durante o processo de envelhecimento pode apresentar alterações, visto as mudanças na função cerebral, diminuição na síntese de neurotransmissores e condução nervosa menos eficiente.¹²

No idoso a depressão pode estar associada à saúde prejudicada, perda de independência, incapacidade de realizar tarefas do cotidiano, luto por morte de parentes e amigos, isolamento social, dentre outros; que podem afetar o apetite, a ingestão dietética, a digestão, o peso, a fadiga e a sensação geral de bem-estar.¹²

É observado durante o envelhecimento um aumento da incidência e gravidade de infecções hospitalares, assim como de câncer, que podem ser consequências da diminuição da função imunológica, devido à diminuição do número de células de defesa como de sua disfunção.^{3, 12}

Evidências científicas mostram que a atividade física regular tem efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico e físico, a melhora funcional e a QV; e os adultos mais velhos geralmente são sedentários, o que contribui para a perda de independência e aumento de gastos na área da saúde relacionados com doenças crônicas.¹²

2.3 Câncer de Mama

O câncer pode ser definido como “um conjunto de doenças caracterizadas pelo progressivo acúmulo de mutações no genoma de uma célula. Estas mutações levam a alteração na expressão ou função de genes-chave para a manutenção da homeostasia celular. Essas alterações genéticas podem converter uma célula normal em uma célula transformada, que se caracteriza por não mais responder aos sinais de controle de proliferação, morte e diferenciação que governam a comunidade celular”²⁷ ou seja, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo.^{27, 28}

A classificação dos tumores é baseada nos seus tecidos de origem, nas suas propriedades de crescimento e na sua invasão dos tecidos. A metástase é o crescimento de tecido maligno que se espalha para os tecidos ou órgãos distantes,²⁸ ela pode localizar-se em diferentes órgãos, ou mesmo em diferentes regiões do mesmo órgão.²⁶

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo como nas mamas, no colo do útero, na próstata, no estômago, no cólon, nos pulmões ou na boca.²⁵ O Câncer de mama tem início nos tecidos mamários, chamados de glândula mamária que produz o leite, compostos de lóbulos e ductos que conectam os lóbulos ao mamilo.

O restante da mama é formado por tecido de gordura, conectivo e linfático.²⁹

2.3.1 Epidemiologia

O câncer é uma doença crônica que vem sendo considerada um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento.^{30,31}

Segundo a OMS²⁰ são realizados no mundo mais de 11 milhões de diagnósticos em câncer por ano, e estima-se para o ano de 2020, que haverá 16 milhões de novos casos. Esta doença é responsável por 7 milhões de óbitos a cada ano, o que representa aproximadamente 12,5% dos óbitos no mundo.²⁰

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres.^{20, 32} No Brasil, de acordo com estimativas as estimativas realizadas pelo Ministério da Saúde – Instituto Nacional de câncer (INCA), para o ano de 2008 ocorrerão 472.050 casos novos de câncer; sendo que os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, serão os de próstata e pulmão no sexo masculino e mama e colo no sexo feminino. Para o ano de 2008, são esperados no Brasil 49.400 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.³²

A distribuição dos casos de câncer segundo localização primária é considerada heterogênea entre os estados e capitais do Brasil. Na Região Sul, desconsiderando os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais freqüente, sendo esperado 9.540 casos novos para o ano de 2008, com um risco estimado de 69 casos novos para cada 100 mil mulheres.³³

No Rio Grande do Sul, para o ano de 2008, são esperados 4.960 casos novos de câncer de mama, com uma taxa estimada de 88,81 casos para cada 100.000 mulheres. Em Porto Alegre, capital deste estado, são esperados 1.140 casos novos de câncer de mama, com uma taxa estimada de 146,83 casos novos para o ano de 2008.³³

O câncer de mama é considerado raro antes dos 35 anos de idade, e no Brasil apresenta maior incidência nas mulheres, na faixa etária entre 40 e 69 anos de idade.^{27,32}

Os progressos tecnológicos observados na Medicina nas últimas décadas proporcionaram a realização de um maior número de diagnósticos de pacientes com câncer, podendo explicar parte do aumento da prevalência desta doença.³¹

O câncer de mama é considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente; entretanto as taxas de mortalidade continuam elevadas

no Brasil, provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.³²

2.3.2 Fatores de Risco

Como principais fatores de risco associados ao câncer de mama encontram-se: sexo feminino, a história familiar de câncer de mama, idade avançada, menarca (primeira menstruação) antes dos 12 anos de idade, menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), nuliparidade (não ter tido filhos), idade avançada na primeira gestação (após os 30 anos), alta densidade mamária, terapia de reposição hormonal, exposição a irradiações, hipertensão, diabete, obesidade, sedentarismo e tabagismo.^{3, 34, 35}

A história familiar é um fator de risco importante principalmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) tiveram a doença antes dos 52 anos de idade. Este fator de risco é responsável por 10% do total de casos de cânceres de mama.²⁷

A idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, ou seja, o câncer é uma doença relacionada com a idade, que ocorre com mais frequência em pessoas idosas, portanto com o aumento da expectativa de vida média das pessoas, a incidência de câncer tende a aumentar.³¹

A ingestão de álcool, mesmo em quantidade moderada, também é considerada um fator de risco para este tipo de câncer.²⁶

2.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas.³⁶ Foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida,¹¹ insônia e medo,^{37,38} que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de

recidiva e morte.³⁹ Esse quadro pode contribuir para uma percepção negativa da qualidade de vida (QV).³⁶

Outros aspectos que podem comprometer a QV de mulheres com câncer de mama relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior,⁴⁰ uso de quimioterapia,⁴¹ sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais⁴² e dificuldades econômicas.^{43,44} A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com conseqüente piora da fadiga⁴⁵ e dos sintomas depressivos.⁴⁶

Os sinais do câncer de mama palpável são o nódulo ou tumor na mama, que pode estar acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Também podem surgir nódulos palpáveis na axila.²⁷

Dentre as formas para detecção do câncer de mama encontra-se o exame clínico da mama, o auto-exame das mamas e a mamografia.^{27, 35, 47}

Para a detecção precoce do câncer de mama é recomendado: rastreamento anual, por meio de exame clínico da mama, em todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade; rastreamento por mamografia em mulheres com idade entre 50 a 69 anos (intervalo máximo de dois anos entre os exames); exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade (mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama).⁴⁷

A mamografia é considerada um procedimento de elevada acurácia para o rastreamento de lesões malignas não palpáveis em mulheres assintomáticas e sem qualquer anormalidade ao exame das mamas.⁴⁸

2.3.4 Tratamento

A estratégia de tratamento a ser preconizada para o câncer de mama depende, diretamente, do estadiamento tumoral (TNM). A classificação dos tumores foi adotada pela Internacional Union Against Cancer (UICC), para avaliar o estágio de um tumor mamário. O tamanho do tumor é representado pelo T, o N é a ausência ou presença de comprometimento

de linfonodos regionais e M, a ausência ou presença de metástase à distância. Os casos são classificados em estádios de 0 a IV graus, crescentes de gravidade da doença. Assim, na medida em que o tumor é diagnosticado em estádios mais avançados, os recursos terapêuticos se tornam mais limitados e mutilantes, sendo maior a morbidade pós-tratamento.⁴⁹

O tratamento do câncer de mama pode envolver modalidades terapêuticas diferentes como quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia.⁴⁸ Estes métodos podem ser combinados visando a obtenção de índices maiores de cura, como perdas anatômicas menores e maior preservação da estética e da função dos órgãos comprometidos, e menor toxicidade.⁵⁰

2.3.4.1 Quimioterapia

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de tumores localizados, sendo uma terapia sistêmica que afeta o corpo todo. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica.⁵¹

Os agentes utilizados no tratamento do câncer afetam tanto as células normais como as neoplásicas, entretanto causam maiores danos às células malignas do que às células normais.⁵¹

A quimioterapia pode ser utilizada em combinação com a cirurgia e a radioterapia. Estas terapêuticas procuram reduzir o número de células neoplásicas tornando-as susceptíveis de serem eliminadas ou controladas pelo sistema imune do indivíduo. A quimioterapia adjuvante é realizada após a cirurgia curativa, tendo como objetivo esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância.⁵¹

Este tipo de quimioterapia reduz efetivamente o risco de recorrência e morte devido ao câncer de mama operado.⁵²

A quimioterapia neo-adjuvante é o tratamento primário, realizado antes da cirurgia com o objetivo de diminuir o tumor, a fim de proceder com uma cirurgia menos radical, podendo eventualmente preservar o órgão acometido, no caso a mama.⁵² A complementação do tratamento com este tipo de quimioterapia pode incluir a radioterapia. A quimioterapia

paliativa é utilizada com a finalidade de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente, não tem finalidade curativa.⁵¹

A fadiga é expressa pelos pacientes através de diversos termos como “cansado, débil, extenuado, esgotado, farto, pesado ou lento”, já os profissionais da saúde utilizam termos como astenia, prostração, intolerância ao exercício, falta de energia e debilidade. Esta pode afetar a sensação de bem-estar, a produtividade diária, as atividades da vida cotidiana as relações com os parentes e amigos e o cumprimento do tratamento.⁵³

Estudos avaliados mostram que a fadiga é comum em pacientes com câncer de mama e aumenta significativamente durante a quimioterapia e radioterapia, entretanto a forma como isto ocorre ainda não está clara, sendo necessário mais estudo.^{54,55}

2.3.4.2 Radioterapia

A Radioterapia é o uso clínico de radiação ionizante com o objetivo de induzir danos letais a células cancerosas. Pode ser aplicada externamente ao corpo a partir de um acelerador linear ou uma unidade de cobalto ou internamente colocando-se fonte radioativa (implante) diretamente dentro do corpo ou próximo ao tumor para liberar uma dose altamente localizada. Ao contrário da quimioterapia que é um tratamento sistêmico, a radioterapia afeta apenas o tumor e a área circundante.⁵⁶

A resposta dos tecidos às radiações depende de fatores como a sensibilidade do tumor à radiação, sua localização e oxigenação, qualidade e quantidade da radiação e o tempo total em que ela é administrada.⁵⁶

Para que o efeito biológico atinja número de células neoplásicas e a tolerância dos tecidos normais seja respeitada, a dose a ser administrada é geralmente fracionada em doses diárias iguais, quando se usa a terapia externa.⁵⁶

Os efeitos colaterais da radioterapia, geralmente são limitados ao local específico que está sendo irradiado. Os efeitos colaterais agudos deste tratamento geralmente começam ao redor da segunda ou terceira semana de tratamento, e normalmente se resolvem em duas a

quatro semanas após a radioterapia ter sido completada. Estes efeitos podem ocorrer várias semanas, meses ou até anos após o tratamento.⁵⁶

2.3.4.3 Hormonioterapia

A hormonioterapia é a manipulação do sistema endócrino que está sendo utilizada para o tratamento de algumas neoplasias malignas hormônio-sensíveis, como é o caso do câncer de mama.⁵⁷

Esta forma de tratamento, quando utilizada isoladamente, raramente possui objetivo curativo. No câncer de mama, é comum a sua associação, concomitante ou não, com a quimioterapia; podendo ser associada à radioterapia, ou cirurgia em outros tipos de câncer.^{52, 57}

2.3.4.4 Cirurgia

O tratamento cirúrgico consiste na retirada da mama ou parte dela em que está presente o tumor, associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila homolateral ou à técnica da biópsia do linfonodo sentinela.^{58, 59}

O tratamento cirúrgico pode ser curativo ou paliativo. O tratamento cirúrgico é considerado curativo quando indicado nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos (estágios I, II e III da doença). Este é conservador, compreende a remoção do tumor primário, com margem de segurança, e, quando indicada, a retirada dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão sede do tumor primário.⁶⁰

O tratamento cirúrgico paliativo tem a finalidade de reduzir a população de células tumorais ou de controlar sintomas que põem em risco a vida do paciente ou comprometem a qualidade da sua sobrevivência.⁶⁰ É apropriado para todas as pacientes que apresentam doença no estágio IV e aquelas tratadas previamente que desenvolveram metástases.

A mastectomia radical modificada é um procedimento que implica na retirada de toda glândula mamária, com retirada de pele, aréola, mamilo e linfonodos axilares. Pode ser realizada também a retirada do músculo peitoral menor para facilitar a dissecação dos linfonodos axilares. Têm como vantagens ser um tratamento local efetivo e rápido, sendo a técnica cirúrgica amplamente usada. Como desvantagem, apresenta alteração da imagem corporal pela mutilação, tem impacto psicológico negativo e a radioterapia é freqüentemente necessária.^{49, 58}

O câncer, em sua fase inicial, pode ser controlado e/ou curado, através do tratamento cirúrgico, quando este for indicado para o caso.⁶⁰

A cirurgia pode ser utilizada como único meio de tratamento ou se combinada com a quimioterapia ou radioterapia pré ou pós-operatória adjuvante.⁵⁹

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico de câncer de mama na QV de idosas.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o estado geral da QV de idosas submetidas à tratamento cirúrgico de câncer de mama relacionando com a QV de idosas sem diagnóstico de câncer de mama.
- Verificar diferenças entre o grau de funcionamento físico, funcionamento sensório e autonomia, entre idosas submetidas à diferentes formas de tratamento cirúrgico de câncer de mama e idosas sem o diagnóstico de câncer de mama.
- Avaliar a presença de alterações na QV destas idosas e correlacionar aos dados sociodemográficos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal com enfoque descritivo e analítico, onde foram selecionadas todas as pacientes, respeitando os critérios de exclusão e inclusão.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nos Ambulatórios de Ginecologia e de Geriatria, ambos pertencentes ao Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS), no período entre agosto e outubro de 2008.

4.3 Amostra

Foi composta por 50 idosas que realizaram tratamento de câncer de mama, usuárias do Ambulatório de Ginecologia do HSL-PUCRS e de 50 idosas que não apresentam diagnóstico de câncer de mama e freqüentam o Ambulatório de Geriatria também do HSL-PUCRS.

4.4 Critérios de Inclusão

- Grupo de câncer de mama: sexo feminino, com mais de 60 anos de idade, sem alterações cognitivas, o que pode comprometer o entendimento das orientações, independentes do ponto

de vista físico e que realizaram tratamento de câncer de mama, com ou sem reconstrução mamária no HSL–PUCRS há no mínimo 6 meses.

- Grupo controle: sexo feminino, com mais de 60 anos de idade, sem alterações cognitivas, independentes do ponto de vista físico e sem diagnóstico de câncer de mama que compareceram ao Ambulatório de Geriatria do HSL-PUC.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do trabalho as idosas que apresentaram incapacitação cognitiva, surdez ou muda, dependência física, menos de 60 anos de idade e aquelas que realizaram tratamento de câncer de mama há menos de seis meses.

4.6 Variáveis da amostra

As variáveis dependentes do trabalho foram: QV geral e nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, funcionamento sensorial, autonomia.

As variáveis não dependentes foram: idade, tempo da cirurgia, tipo de cirurgia, escolaridade, estado civil e atividade física.

4.7 Materiais e métodos

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Pesquisa e Conselho de Ética e Pesquisa da PUCRS-HSL foi realizada a coleta de dados.

A pesquisadora aplicou os questionários validados no Brasil e descritos na literatura internacional WHOQOL-BREF (Anexo B) e WHOQOL-OLD (Anexo C) às pacientes com mais de 6 meses de tratamento de câncer de mama e à um grupo controle.

O instrumento WHOQOL-OLD é um módulo específico de aferição de qualidade de vida em idosos da OMS, que já foi validado para a língua portuguesa falada no Brasil. O questionário é composto por 24 itens divididos em seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade.

Juntamente com estes questionários, foram coletados os dados sociodemográficos (Anexo D) como idade, estado civil, grau de escolaridade, realização de atividade física, estado de saúde, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia e tratamento adjuvante. Após, os dados coletados foram analisados estatisticamente e discutidos.

Os questionários foram aplicados ao grupo de câncer de mama no momento de sua consulta de seguimento, no Ambulatório de Ginecologia do HSL-PUCRS. A pesquisadora selecionou as pacientes seguindo as listas de consultas agendadas de cada dia. Nesta lista eram selecionadas as pacientes com mais de 60 anos de idade e então eram checadas as pastas contendo o diagnóstico, tipo de tratamento e tempo de tratamento. Após a checagem, a pesquisadora entrou em contato com as pacientes na sala de espera do ambulatório e explicou os objetivos e métodos envolvidos no trabalho para que ambas pudessem assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo A). Os questionários foram aplicados antes da realização da consulta.

Para o grupo controle, escolhido aleatoriamente, a pesquisadora aplicou os questionários no Ambulatório de Geriatria do HSL-PUCRS. As pacientes foram abordadas na sala de espera do ambulatório, onde também foram informadas sobre os objetivos do trabalho para que pudessem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.8 Logística

Foram utilizados para o cálculo do tamanho amostral os escores de 0 a 100 para os diferentes domínios dos instrumentos que medem QV e foi levado em consideração que os mesmos apresentam média aproximada de 56 e desvio padrão aproximado de 9.

Para encontrarmos uma diferença de 6 entre as médias dos dois grupos, considerando-se um erro alfa de 0,05 e um poder de estudo de 90%, é necessário 49 pacientes em cada grupo. Foi utilizada, portanto uma mostra de 50 idosas em cada grupo.

4.9 Análises estatísticas

Os dados foram coletados diretamente em um banco de dados desenvolvido em Access 2003 e analisados com a utilização do programa SPSS, versão 11.1, autorizada pela PUCRS.

A análise descritiva foi feita por frequência, com os respectivos Índice de Confiança \pm 95%, medianas, médias e desvios padrões.

As diferenças entre as médias das variáveis quantitativas (diferentes domínios dos questionários de QV) entre os grupos, foram avaliadas por meio do Teste t de Student. A avaliação de possíveis vieses de confusão foi avaliada e multivariada.

A associação entre as variáveis quantitativas foi verificada por meio do coeficiente de Correlação de Pearson.

4.10 Aspectos éticos

Este estudo está adequado à Resolução nº. 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, estando registrado no CEP sob o número 08/04111.

Todos os idosos que concordaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para a elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora.

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sócio-demográfico da amostra

Foram estudadas 50 idosas com diagnóstico de câncer de mama e 50 idosas sem o diagnóstico de câncer de mama. A média de idade entre ambos os grupos foi de 70,76 anos, com um desvio padrão de 6,95. No grupo com diagnóstico de câncer de mama a média de idade foi de 69,56 anos com desvio padrão de 5,8 e no grupo sem diagnóstico foi de 71,96 anos com desvio padrão de 7,8. Os dados sócio-demográficos de ambos os grupos, estão apresentados na tabela 1.

TABELA 1 – Frequência dos Dados Sociodemográficos

Dados	Grupo CA Mama n (%)	Grupo Controle n (%)	P	Geral n (%)
Faixa Etária				
60-69	28(56)	20(40)	0,042*	48(48)
70-79	19(38)	21(42)		40(40)
80 ou mais	3(6)	9(18)		12(12)
1º Grau completo				
Sim	16(32)	20(40)	0,405**	36(36)
Não	34(68)	30(60)		64(64)
Estado de Saúde				
Ruim / Fraco	2(4)	9(18)	0,037*	11(11)
Nem ruim nem bom	22(44)	22(44)		44(44)
Bom / Muito bom	26(52)	19(38)		45(45)
Atividade Física				
Nenhuma	28(56)	28(56)	0,662*	56(56)
Até 3 vezes/semana	18(36)	15(30)		33(33)
Mais 3 vezes/semana	4(8)	7(14)		11(11)
Estado Civil				
Solteira/separada/divorciada	8(16)	9(18)	0,960**	17(17)
Viúva	19(38)	19(38)		38(38)
Casada	23(46)	22(44)		45(45)

* χ^2 de tendência linear

** χ^2 de Pearson

A faixa etária de maior incidência dentre os grupos foi a dos 60-69 anos de idade, com 48%. No grupo de câncer prevaleceu a faixa etária de 60-69 anos (56%) e no grupo controle

prevaleceu a faixa etária de 70-79 anos (42%). A faixa etária apresentou diferença significativa entre os dois grupos com $p = 0,042$. O grupo controle apresentou maior número de idosas na faixa etária dos 80 anos ou mais totalizando 9 idosas (18%) e o grupo de câncer totalizou 3 idosas (6%) nesta mesma faixa etária.

Em relação a escolaridade de ambos os grupos, 64% das idosas não concluíram o primeiro grau seguido de 46% das idosas que concluíram o primeiro grau. Estes resultados não mostraram diferença significativa entre os grupos ($p = 0,405$).

Em relação a percepção de saúde de ambos os grupos, 44% das idosas referiram estado de saúde nem ruim nem bom, 45% referiram estado de saúde bom e muito bom e 11% referiram estado de saúde fraco e ruim. No grupo de câncer de mama a maioria, 52% das idosas, referiu estado de saúde bom/muito bom e no grupo controle, a maioria, 44% das idosas, referiu estado de saúde nem ruim nem bom. Houve, nesta variável, diferença significativa entre os grupos com $p = 0,037$, sendo o grupo de câncer de mama o que referiu melhor estado de saúde.

Sobre a realização de atividade física, 56% das idosas não realizavam nenhuma atividade física, 33% realizavam numa frequência de até 3 vezes/semana e 11% realizavam mais de 3 vezes/semana. Não houve diferença significativa nesta variável ($p = 0,062$).

Referente ao estado civil de ambos os grupos, 17% são solteiras, separadas ou divorciadas, 45% são casadas e 38 % viúvas. A percentagem de viúvas, tanto no grupo de câncer de mama quanto no grupo controle, foi de 38%, representando 19 idosas em cada grupo. Não houve diferença significativa entre estas variáveis ($p = 0,960$).

No grupo de câncer de mama, foi levado em consideração o tipo de cirurgia, tempo de cirurgia e tratamento adjuvante, estando estes dados presentes na tabela 2.

Em relação ao tipo de cirurgia, 56% das idosas realizaram setorectomia, 28% realizaram mastectomia e 16% realizaram tumorectomia.

O tempo de cirurgia variou de 9 meses à 25 anos. 31 idosas (62%) realizaram a cirurgia até 5 anos atrás, 15 idosas (30%) realizaram a cirurgia entre cinco e dez anos atrás e 4 idosas (8%) realizaram a cirurgia há mais de 10 anos atrás.

Em relação ao tratamento adjuvante, 32 idosas (64%) realizaram radioterapia, 16 idosas (32%) realizaram radioterapia e quimioterapia e somente 2 idosas (4%) não realizaram tratamento adjuvante.

TABELA 2 - Dados do Tratamento do Grupo de CA de mama

Variável	Grupo CA de mama
Tipo de cirurgia – n (%)	
Tumorectomia	8(16)
Setorectomia	28(56)
Mastectomia	14(28)
Tempo de Cirurgia – n(%)	
Até 5 anos	31(62)
5 a 10 anos	15(30)
Mais de 10 anos	4(8)
Tratamento adjuvante – n(%)	
Nada	2(4)
Radioterapia	32(64)
Quimioterapia e radioterapia	16(32)

5.2 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old

Foram obtidos os escores médios e desvio padrão nos quatro domínios do Whoqol-bref e nas seis facetas do Whoqol-old de ambos os grupos. Estes dados encontram-se na tabela 3.

A QV total do grupo de câncer de mama no Whoqol-bref foi de 73,7 com desvio padrão de 10,8 e no grupo controle foi de 72,7 com desvio padrão de 12,4. Não houve diferença significativa entre os grupos nesta variável.

Nos domínios do Whoqol-bref, houve diferença significativa somente entre as variáveis do geral entre os domínios com $p = 0,030$ e na questão 1 com $p = 0,030$, sendo que em ambos, o grupo de câncer de mama apresentou valores superiores ao grupo controle (tabela 3).

A QV total do grupo de câncer de mama no Whoqol-old foi de 79,0 com desvio padrão de 10,4 e do grupo controle foi de 76,4 com desvio padrão de 10,0. Não houve diferença significativa nesta variável.

Nas facetas do Whoqol-old houve diferença significativa somente no Funcionamento Sensório ($p = 0,015$) que se refere às perdas na audição, visão, paladar, olfato ou tato, com repercussão na vida diária, interferência na participação em algumas atividades ou na habilidade em interagir com outras pessoas; o grupo de câncer obteve média de 82,3 ($\pm 16,3$) e o grupo controle 72,1 ($\pm 24,0$).

Foi feita uma análise de regressão linear considerando a idade das idosas. Não houve alteração significativas na QV ajustando por idade .

TABELA 3 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao câncer de mama

Variável	Grupo CA mama Média (\pm DP)	Grupo Controle Média (\pm DP)	P	P*
Whoqol-bref				
Questão 1	76,5 \pm 15,4	73,0 \pm 15,0	0,254	0,250
Questão 2	69,5 \pm 18,4	59,5 \pm 26,1	0,030	0,031
Geral	73,0 \pm 13,4	66,2 \pm 16,9	0,030	0,031
Físico	67,9 \pm 15,3	61,8 \pm 17,8	0,072	0,134
Psicológico	76,2 \pm 13,1	76,3 \pm 14,2	0,976	0,931
Ambiental	74,6 \pm 10,6	77,3 \pm 17,5	0,362	0,339
Social	76,8 \pm 13,4	79,6 \pm 12,7	0,286	0,187
Total	73,7 \pm 10,8	72,7 \pm 12,4	0,681	0,858
Whoqol-old				
FS	82,3 \pm 16,3	72,1 \pm 24,0	0,015	0,057
AUT	78,1 \pm 17,0	76,0 \pm 17,4	0,540	0,363
PPF	73,7 \pm 13,0	74,6 \pm 12,0	0,727	0,910
PS	75,2 \pm 15,9	76,8 \pm 15,2	0,604	0,383
MEM	80,0 \pm 17,9	77,0 \pm 21,8	0,455	0,454
INT	81,2 \pm 11,8	81,7 \pm 14,1	0,848	0,946
Total	79,0 \pm 10,4	76,4 \pm 10,0	0,193	0,354

FS = funcionamento sensório AUT = autonomia PPF = atividades passadas, presentes e futuras

PS = participação social MEM = morte e morrer INT = intimidade

* Regressão linear ajustada por idade

5.3 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old de acordo com tipo de cirurgia e tratamento adjuvante

Os escores médios e desvio padrão nos quatro domínios do Whoqol-bref e nas seis facetas do Whoqol-old foram comparados no grupo de câncer de mama levando em consideração o tipo de cirurgia e tratamento adjuvante. Estes dados estão presentes nas tabelas 4 e 5.

TABELA 4 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao tipo de cirurgia de câncer de mama.

Variáveis	Tumorectomia Média (±DP)	Setorectomia Média (±DP)	Mastectomia Média (±DP)	P
Whoqol-bref				
Questão 1	78,1±8,83	74,1±14,4	80,3±20,0	0,453
Questão 2	65,6±12,9	66,9±18,0	76,7±20,7	0,218
Geral	71,8±8,83	70,5±10,3	78,5±19,2	0,185
Físico	71,4±17,2	64,1±14,7	73,4±14,4	0,141
Psicológico	76,0±13,5	76,0±13,9	76,7±12,1	0,985
Ambiental	71,8±16,0	75,2±9,2	75,0±10,3	0,726
Social	78,9±13,5	75,0±12,2	79,2±16,1	0,571
Total	74,8±11,9	72,0±9,8	76,5±12,2	0,423
Whoqol-old				
FS	88,2±9,1	77,1±19,7	88,4±10,1	0,073
AUT	78,9±19,4	80,0±14,2	80,7±18,3	0,968
PPF	75,7±14,7	74,0±12,5	75,9±13,7	0,892
PS	78,9±15,9	72,5±14,2	79,8±20,2	0,366
MEM	70,3±22,5	80,5± 16,0	84,1±18,5	0,229
INT	82,8±13,6	80,7±11,9	84,6±9,75	0,621
Total	79,1±8,9	77,5±10,56	82,2±11,3	0,420

FS = funcionamento sensório AUT = autonomia PPF = atividades passadas, presentes e futuras

PS = participação social MEM = morte e morrer INT = intimidade

O tipo de cirurgia realizado pelas idosas do grupo de câncer de mama não apresentou diferença significativa nos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old. Pode-se perceber que o grupo que realizou mastectomia apresenta valores maiores em relação aos grupos que realizaram outros tipos de cirurgia.

TABELA 5 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado ao tratamento adjuvante

Variáveis	Radioterapia			Quimioterapia		
	Sim Média (±DP)	Não Média (±DP)	P	Sim Média (±DP)	Não Média (±DP)	P
Whoqol-bref						
Questão 1	76,7±16,5	75,0±0	0,498	79,6±13,5	75,0±16,2	0,294
Questão 2	68,7±19,5	75,0±0	0,040	70,3±18,7	69,1±18,5	0,834
Geral	72,7±14,3	75,0±0	0,299	75,0±11,1	72,0±14,4	0,436
Físico	68,6±15,2	62,5±16,4	0,416	68,9±14,9	67,4±15,7	0,741
Psicológico	76,2±13,4	76,3±11,3	0,976	73,6±15,0	77,4±12,1	0,391
Ambiental	73,4±10,5	83,3±7,4	0,021	74,4±11,9	74,7±10,1	0,937
Social	76,3±14,0	80,2±8,0	0,348	76,7±12,1	76,8±14,2	0,984
Total	73,6±11,3	74,5±6,6	0,791	73,5±10,7	73,8±11,0	0,932
Whoqol-old						
FS	82,3±16,7	81,2±18,9	0,900	84,3±16,2	81,0±17,2	0,521
AUT	82,0±14,9	66,6±17,5	0,087	80,4±15,2	79,8±16,5	0,897
PPF	74,6±13,4	76,0±10,0	0,777	71,8±13,3	76,4±12,7	0,271
PS	76,3±16,0	70,8±19,6	0,534	72,6±16,7	77,2±16,2	0,379
MEM	80,1±18,0	77,0±20,0	0,732	77,3±19,8	81,0±17,3	0,533
INT	81,2±11,6	88,5±9,1	0,121	88,8±11,2	81,8±11,8	0,789
Total	79,4±10,6	76,7±9,8	0,552	78,2±10,5	79,5±10,6	0,690

FS = funcionamento sensorial AUT = autonomia PPF = atividades passadas, presentes e futuras

PS = participação social MEM = morte e morrer INT = intimidade

A realização de radioterapia interferiu de forma negativa na qualidade de vida das idosas no domínio ambiental com $p = 0,021$ e na questão 2 com $p = 0,040$ do Whoqol-bref. Àquelas que realizaram radioterapia obtiveram no domínio ambiental o valor de 73,4 com desvio padrão de 10,5 e àquelas que não realizaram radioterapia obtiveram o valor de 83,3 com desvio padrão de 7,4. Na questão 2 do Whoqol-bref àquelas que realizaram radioterapia

apresentaram valor de 68,7 com desvio padrão de 19,5 e àquelas que não realizaram radioterapia apresentaram valor exato de 75,0.

A realização ou não de quimioterapia não interferiu de forma significativa na qualidade de vida das idosas com câncer de mama.

5.4 Avaliação dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old de acordo com os dados sócio-demográficos

Os escores médios e desvio padrão nos quatro domínios do Whoqol-bref e nas seis facetas do Whoqol-old de ambos os grupos foram comparados com as variáveis de estado civil, nível de escolaridade, faixa etária, estado de saúde e realização de atividade física. Estes dados estão presentes nas tabelas 6 e 7.

No que se refere ao estado civil de ambos os grupos foi encontrada diferença significativa somente na relação com o escore do Whoqol-old na faceta intimidade, $p = 0,032$, sendo que o grupo de idosas casadas apresentou melhor QV na faceta intimidade com valor de 85,4 e desvio padrão de 12,5, enquanto que o grupo de viúvas apresentou menor qualidade de vida nesta faceta com valor de 77,9 e desvio padrão de 11,7. As idosas separadas, solteiras e divorciadas tiveram valor intermediária na qualidade de vida nesta mesma faceta ($81,2 \pm 14,2$).

Completar o primeiro grau apresentou diferença significativa somente na relação com o escore do Whoqol-bref no domínio social com $p = 0,028$. O grupo de idosas que completou o primeiro grau apresentou valor de 82,0 e desvio padrão de 12,5 enquanto que o grupo que não completou o primeiro grau apresentou um valor menor de 76,0 e desvio padrão de 13,0.

A relação da faixa etária com o Whoqol-bref mostrou diferença significativa na questão 1 ($p = 0,054$) onde idosas na faixa etária dos 70-79 anos apresentaram maior valor. Na relação com o Whoqol-old houve diferença significativa somente na faceta do funcionamento sensorio ($p = 0,009$), sendo que o grupo da faixa etária entre 60-69 apresentou maior valor. Nas demais facetas e domínios não houve diferença significativa entre as idosas.

O estado de saúde interferiu significativamente na QV das idosas em ambos os questionários. Em relação ao Whoqol-bref não houve diferença significativa somente na

questão 1 ($p = 0,426$). A questão 2, o geral dos domínios, o domínio físico, psicológico, ambiental, social e o total tiveram diferença significativa entre as idosas. Estes dados podem ser visualizados de forma mais abrangente na tabela 6.

A realização ou não de atividade física não apresentou diferença significativa entre os grupos tanto na relação com os domínios do Whoqol-bref quanto com as facetas do Whoqol-old.

TABELA 6 - Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado aos dados demográficos

Variáveis	Estado de Saúde			P	Atividade Física			P
	Ruim Fraco Média(±DP)	Nem ruim nem bom Média(±DP)	Bom muito bom Média(±DP)		Nenhuma Média(±DP)	Até 3x/semana Média(±DP)	+3x/semana Média(±DP)	
W-bref								
Questão 1	70,4±18,7	73,8±17,0	76,6±12,3	0,426	74,5±14,6	75,0±16,5	75,0±15,8	0,990
Questão 2	34,0±23,1	58,5±20,8	77,7±14,3	0,000	63,8±23,3	65,9±22,3	63,6±25,8	0,914
Geral	52,2±13,4	66,1±14,9	77,2±12,0	0,000	69,1±15,6	70,4±15,5	69,3±17,1	0,934
Físico	49,3±15,4	60,5±16,4	72,9±13,2	0,000	64,0±16,2	64,6±16,8	70,1±20,6	0,549
Psicológico	66,6±19,0	74,1±13,1	80,7±10,7	0,003	74,0±14,5	77,6±11,9	83,7±10,6	0,075
Ambiental	67,4±18,8	75,1±16,5	78,8±9,9	0,005	75,0±15,9	75,2±12,5	83,3±10,5	0,207
Social	68,7±10,5	76,9±13,2	81,7±12,3	0,008	77,2±13,6	79,3±11,6	79,5±15,2	0,730
Total	61,6±11,0	70,8±11,0	78,4±9,4	0,000	72,0±11,7	73,8±10,9	77,6±12,8	0,335
W-old								
FS	57,9±24,6	74,5±19,2	84,0±19,2	0,001	73,2±22,7	82,6±16,2	79,5±24,5	0,136
AUT	75,0±17,4	75,8±17,8	80,6±15,5	0,348	76,2±15,1	77,6±17,9	87,5±19,7	0,127
PPF	65,3±12,6	75,5±11,7	76,2±12,2	0,026	74,2±12,7	73,3±11,0	81,2±13,4	0,176
PS	72,7±13,1	75,1±15,7	78,2±16,4	0,483	74,2±15,9	77,4±15,3	83,5±14,8	0,180
MEM	64,7±27,8	81,2±13,5	78,9±22,1	0,049	75,6±19,7	83,8±18,8	76,1±23,5	0,179
INT	73,2±14,5	82,0±13,0	85,7±10,9	0,007	80,7±13,0	82,8±12,0	85,2±14,5	0,524
Total	68,1±11,2	77,1±9,1	80,6±9,7	0,001	75,7±10,4	79,6±9,1	82,1±11,5	0,074

FS = funcionamento sensório AUT = autonomia PPF = atividades passadas, presentes e futuras

PS = participação social MEM = morte e morrer INT = intimidade

TABELA 7 – Resultado dos domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old relacionado aos dados demográficos

Variáveis	Estado Civil			P	1ºGrau completo			P	Faixa etária			P
	Solteira Separada Divorciada Média (±DP)	Casada Média (±DP)	Viúva Média (±DP)		Sim Média (±DP)	Não Média (±DP)	60-69 Média(±DP)		70-79 Média(±DP)	80 ou + Média(±DP)		
W-bref												
Questão 1	73,5±13,8	74,4±15,5	75,6±15,9	0,880	75,0±14,6	74,6±15,7	0,901	74,4±15,8	74,3±16,4	77,0±7,2	0,855	
Questão 2	66,1±29,2	64,4±22,9	63,8±20,7	0,941	66,6±26,0	63,2±21,3	0,509	61,9±25,2	70,6±17,8	54,1±25,7	0,054	
Geral	69,8±19,2	69,4±16,3	69,7±13,2	0,994	70,8±16,9	68,9±14,9	0,578	68,2±17,6	72,5±13,6	65,6±12,0	0,285	
Físico	71,8±16,5	62,7±18,4	64,2±14,4	0,161	67,2 ±19,7	63,3±14,9	0,333	66,5±18,9	64,7±15,6	58,9±9,8	0,380	
Psicológico	81,3±12,9	74,3±13,7	76,3±13,4	0,195	78,4±16,0	75,0±11,9	0,271	75,9±16,4	76,6±10,5	76,3±10,4	0,971	
Ambiental	76,9±13,6	75,7±15,3	75,8±14,2	0,956	79,1±14,2	74,2±14,4	0,102	76,7±14,0	74,7±15,8	77,0±12,3	0,795	
Social	80,6±13,5	77,2±13,7	78,2±12,4	0,664	82,0±12,5	76,0±13,0	0,028	79,1±12,9	78,6±13,8	73,1±11,1	0,365	
Total	77,2±12,0	71,9±11,9	73,1±10,9	0,280	76,0±12,9	71,7±10,5	0,092	73,8±13,0	73,5±10,8	69,9±7,0	0,573	
W-old												
FS	80,0±26,6	77,3±20,1	75,1±20,6	0,742	75,6±23,7	77,7±19,9	0,662	82,0±20,0	75,6±19,3	61,4±25,6	0,009	
AUT	84,7±15,8	75,5±17,7	77,9±15,6	0,171	76,2±18,5	78,9±15,7	0,445	80,5±16,1	75,1±17,4	76,5±17,2	0,323	
PPF	75,3±14,5	74,0±12,0	75,3±12,2	0,873	76,0±14,2	73,9±11,2	0,461	74,6±13,5	74,6±10,9	75,5±13,1	0,974	
PS	76,9±17,9	77,3±15,6	74,6±15,1	0,736	79,3±16,9	74,4±14,8	0,159	78,1±16,4	76,3±15,8	68,7±10,6	0,180	
MEM	79,6±20,3	79,0±22,6	76,9±16,7	0,860	79,3±22,4	77,7±18,7	0,724	75,6±23,8	81,0±14,9	80,2±18,0	0,443	
INT	81,2±14,2	85,4±12,5	77,9±11,7	0,032	84,3±12,6	80,5±12,9	0,155	82,5±13,0	82,5±12,3	77,6±13,9	0,462	
Total	79,6±11,5	78,1±9,8	76,3±10,3	0,526	78,5±12,3	77,2±8,9	0,599	78,9±11,3	77,5±9,1	73,3±8,9	0,246	

FS = funcionamento sensório AUT = autonomia PPF = atividades passadas, presentes e futuras PS = participação social MEM = morte e morrer
INT = intimidade

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Discussão dos dados sociodemográficos:

A média de idade entre ambos os grupos deste estudo foi de 70,76 anos, com um desvio padrão de 6,95 anos, e a faixa etária que prevaleceu entre os grupos foi a de 60-69 anos (48%), estando estas, na faixa etária de maior incidência de câncer de mama, segundo o INCA.

Quanto ao fator de escolaridade, mais da metade, 64 (64%) das entrevistadas relataram não ter concluído o ensino fundamental. Segundo o IBGE, em 2002 a média de anos de estudo das mulheres foi de 6,4 anos sendo que na área urbana a média era 8,2 anos e na área rural 3,9 anos de estudo.⁶¹

Um estudo realizado, no município de Botucatu, São Paulo, observou que mulheres idosas e mulheres com baixo grau de escolaridade apresentaram menores oportunidades de diagnóstico precoce de câncer de mama, sendo este um dos fatores para o diagnóstico da doença em estádios mais avançados após os 60 anos de idade.⁶²

Os resultados do presente estudo mostraram uma diferença significativa no estado de saúde dos grupos, sendo que a maioria das idosas do grupo de câncer de mama referiu estado de saúde melhor em relação ao grupo controle. Isto pode ser justificado pelo fato de as idosas do grupo de câncer de mama já terem completado o tratamento e estarem livres da doença.

Um estudo realizado com dados de 2135 idosos teve como objetivo investigar a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. Este estudo mostrou que na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa autopercepção de saúde, principalmente pelo fato de a doença estar sob controle.⁶³

Este mesmo estudo também evidenciou que a idade é um importante determinante da autopercepção de saúde. As chances de os idosos relatarem uma saúde negativa foram maiores

do que na categoria de referência em todos os grupos etários, mas declinaram com o avançar da idade.⁶³

Estes dados citados acima podem justificar o resultado do estado de saúde do grupo controle, obtido no presente estudo, que foi em sua maioria considerado inferior ao do grupo de câncer de mama.

6.2 Discussão dos resultados sobre o tratamento do câncer de mama

O tipo de cirurgia que predominou no grupo de câncer de mama foi a setorectomia, seguido pela tumorectomia, considerados pela literatura como tratamentos conservadores da mama. O diagnóstico precoce e a melhor compreensão do comportamento biológico da neoplasia maligna de mama proporcionaram abordagens cirúrgicas menos mutiladoras.⁶⁴ Vários trabalhos evidenciam a conduta mais conservadora dos mastologistas.^{65,66}

Referente ao tratamento adjuvante, a maioria das idosas realizou radioterapia (64%) e a minoria realizou quimioterapia e radioterapia associadas (36%).

O estudo de Fallowfield et al.⁶⁷, apontou que a maioria das pacientes realizaram dois tratamentos complementares, e a maioria radioterapia. Também indicou a radioterapia como fator de stress no tratamento conservador: tempo de tratamento e o efeito cosmético.

Ensaio randomizados têm mostrado não só diminuição de recorrências locais com radioterapia, mas também uma melhora na sobrevida global tanto para mulheres pré e pós menopausa.^{68,69}

Ainda há muita controvérsia sobre qual a melhor forma de tratamento para pacientes idosas. Isto pode ser justificado pelos resultados de um estudo de revisão sobre câncer de mama e a população geriátrica.⁷⁰ O estudo mostrou que apesar do aumento da incidência de câncer de mama com o envelhecimento, a sociedade médica se depara com um contrasenso: a inclusão de pacientes acima de 70 anos nos grandes ensaios clínicos é mínima. Os resultados destes estudos acabam sendo extrapolados de indivíduos jovens para pacientes geriátricos, apesar da influência que a idade ao diagnóstico tem sobre a história natural da doença^{71, 72} e sobre a tolerância ao tratamento. Assim sendo, tratamentos adjuvantes (pós-operatórios) que

têm comprovado benefício nas mulheres jovens podem ter benefícios apenas marginais nas pacientes idosas.⁷¹ Por outro lado, a heterogeneidade da população idosa leva o clínico a estabelecer com frequência tratamentos menos agressivos, baseado em prerrogativas como a baixa reserva funcional, curso teoricamente mais indolente da doença, baixa sobrevivência decorrente de múltiplas comorbidades e dúvidas quanto à efetividade e toxicidade do tratamento quimioterápico.

6.3 QV geral e câncer de mama nos domínios do Whoqol-bref e do Whoqol-old

Na avaliação da QV geral entre ambos os grupos, o grupo de câncer de mama apresentou significativa melhora na QV em relação ao grupo controle. Mesmo assim, os valores apresentados pelo grupo controle identificam uma boa QV.

Um estudo que comparou a prevalência de sintomas climatéricos, a proporção de mulheres com atividade sexual e a QV em mulheres com e sem câncer de mama constatou que mulheres com câncer de mama relataram melhor QV em relação àquelas sem câncer de mama principalmente em relação a capacidade funcional.⁷³ Neste, a QV apresentou mediana dos escores de 90 para o grupo com câncer e de 75 para o grupo sem câncer ($p < 0,01$). A prevalência de sintomas climatéricos foi similar em mulheres com e sem câncer de mama. Foram identificados fatores que se associaram negativamente à QV e que representam eventos comuns na vida da mulher (sintomas climatéricos, ser casada, pós-menopausa).

No Whoqol-bref houve diferença significativa entre os grupos somente no escore geral dos quatro domínios, sendo que o grupo de câncer de mama apresentou valores maiores em relação ao grupo controle.

No Whoqol-old houve diferença significativa somente no funcionamento sensório, onde, também, o grupo de câncer apresentou valores mais elevados em relação ao grupo controle.

Um estudo⁷⁴ apresentou os resultados da avaliação da qualidade de vida de 294 sobreviventes de câncer de mama. As mulheres avaliaram sua qualidade de vida após o tratamento. A maioria delas considerou boa ou ótima, atribuindo principalmente à saúde

pessoal, fé em Deus, bom relacionamento familiar e social, mais valor à vida, entre outros. As demais avaliaram sua qualidade de vida como ruim ou regular, ao que elas atribuíram o medo de recidiva, limitação das atividades, idade, problemas financeiros, entre outros.

Um maior número de mulheres avaliou a qualidade de vida como boa ou ótima⁷⁴, avaliação também obtida por Lindley et al.⁷⁵ Algumas justificativas coincidem com outros trabalhos: bom relacionamento e apoio, saúde física, fé e valorização da vida.⁷⁴ As razões indicadas para a avaliação de qualidade de vida ruim ou regular também são citadas em outros trabalhos: dor, insônia, dificuldades psicológicas, preocupações financeiras e medo de recorrência.⁷⁴

6.4 Domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old em relação ao tipo de cirurgia e tratamento adjuvante

No presente estudo o tipo de cirurgia realizado pelo grupo de câncer de mama não interferiu significativamente na QV.

Um estudo de corte transversal realizado na Alemanha utilizou o questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core (EORTC QLQ-30), e avaliou aspectos relacionados ao tratamento cirúrgico por meio de questões específicas⁷⁶. A comparação da QV não mostrou diferenças significativas entre mulheres submetidas à mastectomia ou à cirurgia conservadora. Porém, as respostas às questões específicas mostraram que mulheres submetidas à mastectomia relataram mais insatisfação com o resultado estético e estresse emocional associado à aparência física. Proporção significativamente maior de mulheres mastectomizadas tomaria uma decisão diferente em relação à cirurgia inicial.⁷⁶ Os resultados desse estudo foram confirmados em estudo prospectivo, com cinco anos de seguimento.⁵⁹ Questões específicas relacionadas ao tratamento cirúrgico mostraram que mulheres submetidas à mastectomia relataram estar menos atraentes e ativas sexualmente, e menos satisfeitas com a cicatriz cirúrgica. Independentemente da idade, a mastectomia associou-se negativamente à percepção da auto-imagem.

Neste mesmo estudo, realizado com pacientes de idade variando dos 21 aos 91 anos de idade com câncer de mama, foi avaliada a QV após a realização do tratamento conservador da mama e mastectomia. Percebeu-se que a longo prazo, mais precisamente quatro anos após o tratamento, o funcionamento social e emocional, fadiga, náuseas e vômitos melhorou significativamente. Após três anos, a pontuação de QV também aumentou. A maioria das alterações nas variáveis de QV estiveram presentes entre o primeiro anos da doença. A QV das pacientes de câncer é suscetível a melhora significativa após o primeiro ano de tratamento. Deve-se prestar mais atenção às necessidades das pacientes idosas cuja QV ainda é importante. O tratamento conservador da mama beneficiou as pacientes com mais de 70 anos pois referiram se sentir melhor em relação a sua aparência, se sentiam mais seguras e as atividades diárias eram realizadas de forma mais fácil. A melhora na QV apresentou-se em maior número nas pacientes com menos de 70 anos de idade.⁵⁹

Dentre os tratamentos adjuvantes investigados no presente estudo, a realização de quimioterapia não interferiu de forma significativa na QV do grupo de câncer de mama. Já a realização de radioterapia interferiu significativamente de forma negativa na QV das idosas somente no domínio ambiental.

Em estudo conduzido na França, que incluiu dois grupos de mulheres com câncer de mama (apenas um grupo havia sido tratado com quimioterapia), não se observaram diferenças na QV.⁷⁷ A avaliação da QV foi realizada com os questionários EORTC QLQ-30 e BR-23, após média de 9,6 anos do diagnóstico.

Um estudo que verificou a interferência da radioterapia na QV de mulheres no início do tratamento e após 7 meses do término do tratamento justifica a interferência negativa da radioterapia na QV obtida no presente estudo.⁷⁸

A alta dosagem de radioterapia foi preditor de baixa QV após a conclusão da radioterapia. Isso pode ser explicado pela relação que existe entre altas dosagens de radioterapia, doença invasiva, cirurgia e pior prognóstico. Além do aumento de complicações agudas da pele causada por altas doses de radioterapia e programação intensiva, a QV pode ser reduzida devido à perturbação do cronograma de tratamento na relação familiar, social e de trabalho, de tal forma que atrasa ainda mais o retorno da mulher ao seu funcionamento normal.

6.5 Domínios do Whoqol-bref e facetas do Whoqol-old em relação aos dados sócio-demográficos

O estado civil apresentou diferença significativa somente na faceta Intimidade do Whoqol-old. A QV foi mais positiva no grupo de idosas casadas em relação aos grupos solteira, separada, divorciada e viúva.

Um estudo que avaliou a concordância da percepção da QV entre mulheres com câncer de mama e seus parceiros mostrou que o parceiro é o mais freqüente cuidador formal da paciente com câncer de mama, sendo uma fonte valiosa de suporte emocional.⁷⁹ O mesmo estudo mostrou que a existência de um companheiro é um indicador de suporte social que mostra papel importante na sobrevivência e na adaptação à doença. Identificou também que a ausência de uma relação de intimidade com o marido ou o namorado não é compensada por uma relação de confiança com um amigo ou membro da família. Isto se deve ao fato de que na presença de uma doença como o câncer de mama, o marido pode ter influência positiva no que se refere ao estado psicológico da paciente.⁷⁹

O sentimento de companheirismo vivenciado pelas idosas, sentir amor pela vida e pelas pessoas que as rodeiam tem um valor significativo nesta fase da vida. Sentirem-se amadas e poder retribuir tal sentimento possibilita o sentido de pertença. As idosas que são respeitadas e acolhidas no seio familiar sentem-se mais felizes e valorizadas. No entanto, estudos que abordem a questão da intimidade em idosas, nesta ótica, são inexistentes.⁷⁹

A conclusão do primeiro grau de ensino interferiu de forma significativa somente no domínio social do Whoqol-bref. Neste domínio, as idosas que não concluíram o primeiro grau apresentaram menor QV comparado ao grupo que concluiu o primeiro grau.

Sprangers et al.⁸⁰ mostraram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de QV quando relacionados aos domínios do Whoqol-bref.

A faixa etária das idosas interferiu de forma significativa no funcionamento sensório do Whoqol-old, sendo que as idosas na faixa etária entre 60-69 anos apresentaram escores maiores em relação às demais faixas etárias. As idosas com mais de 70 anos apresentaram

menores valores na QV, podendo ser justificado pelas diversas alterações fisiológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento.

Um estudo visou avaliar a QV em 60 mulheres com diagnóstico de câncer da mama, já submetidas a cirurgia (mastectomia ou tumorectomia) e, atualmente, em tratamento de quimioterapia, no Hospital de S. João (Porto, Portugal).⁸¹ Neste, foi apresentada uma associação estatisticamente significativa entre a QV das mulheres com câncer da mama e a sua idade. Assim, as mulheres mais velhas apresentavam, comparativamente com as mais jovens, melhor QV, em termos de funcionamento físico e sexual. Outros estudos concluíram que as mulheres com câncer da mama mais jovens, apresentavam níveis inferiores em várias dimensões da QV, quando comparadas com as mais velhas da sua amostra.^{82, 83}

Um estudo que teve como objetivo comparar a QV entre um grupo de idosas e um grupo de mulheres jovens que tiveram câncer de mama mostrou que as idosas tiveram um escore no SF-36 menor do que as mulheres mais jovens principalmente nas medidas de humor, fadiga e QV relacionada a saúde. Estas idosas mostraram índices de menor QV podendo isto estar relacionado às múltiplas deficiências comuns a população geriátrica.⁸⁴

Com relação ao estado de saúde o presente estudo mostrou que existe influência deste na QV de ambos os grupos. Quanto melhor o estado de saúde, melhor a QV referida pelas idosas.

No presente estudo, a realização de atividade física não interferiu de forma significativa na relação com a QV. Houve uma tendência de significância no domínio psicológico do Whoqol-bref e na QV total do Whoqol-old. Talvez se o número da amostra utilizada fosse maior, a realização de atividade física poderia interferir de forma significativa na melhor QV.

Um estudo que comparou a QV entre mulheres pós – câncer de mama, ativas e inativas justifica este resultado. No estudo, ser ativa ou sedentária não interferiu de forma significativa na QV.⁸⁵

CONCLUSÃO

Com este estudo conclui-se que o tratamento do câncer de mama não interfere de forma negativa na QV de idosas. Salienta-se que o impacto do tratamento é sentido em maior proporção pelas pacientes mais jovens em função das alterações na sexualidade e na percepção da imagem corporal.

Após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama as idosas experimentam uma melhor QV em função do bom relacionamento e apoio familiar, da melhora da saúde física, da fé e principalmente da valorização da vida.

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.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> (acesso em 10/07/2007).
2. ATLAS sócio-econômico do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.scp.rs.gov.br> (acesso em 05/05/2007).
3. MINISTÉRIO da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Câncer 2008. **Incidência de câncer no Brasil**. Síntese de resultados e comentários. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp>, acesso em 05/11/2008.
4. VELOSO, M. M. C. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama**. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
5. MARTINS, J. J. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto – Enfermagem 2007 Jun; 16(2): 254-62.
6. TONETO, M.G. **Gastrectomia em pacientes idosos: análise dos fatores relacionados a complicações e mortalidade**. Revista Colégio Brasileiro Cirurgiões 2004; 31(6): 373-9.
7. VERAS, R. **Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. Introdução. Caderno Saúde Pública 2007; 23(10): 2463-6.
8. MASSA E., MADEDDU C., ASTARA G., PISANO M., SPIGA C., TANCA F. M., SANNA E., PUDDU I., PATERI E., LAMONICA G., DEIANA L., SABA F., MANTOVANI G. An attempt to correlate a “**Multidimensional Geriatric Assessment (MGA)**”, **treatment assignment and clinical outcome in elderly cancer patients: Results of a phase II open study**. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2007; 01-9.
9. WORLD Health Organization. **Cancer. The Breast Health Global Initiative**. <http://www.who.int/cancer/bghi.pdf> (acessado em 07/06/2007).
10. MINISTÉRIO da Saúde. Estatísticas Vitais. **Mortalidade Por Neoplasias**. <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> (acessado em 24/08/2007)

11. FLECK M.P.A., LEAL O.F, LOUZADA S., XAVIER M., CHACHAMOVICH E., VIEIRA G., et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.
12. SALES C. A, PAIVA L, SCANDIUZZI D, ANJOS A.C. **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social**. Rev Bras Cancerol. 2001;47(3):263-72.
13. ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde [homepage na Internet]. Porto Alegre: UFRGS; c1998-2004 [citado em 9 set 2005]. **Divisão de saúde mental grupo WHOQOL**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/Whoqol>.
14. MOSCONI P, COLOZZA M, DE LLAURENTIIS M, DE PLACIDO S, MALTONI M. **Survival, quality of life and breast cancer**. Ann Oncol. 2001;12 Suppl 3:S15-9.
15. BERGAMASCO RB, ANGELO M. **O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher**. Revista Brasileira de Cancerologia. 2001;47(3):277-82
16. GANZ, P.A. **Quality of life across the continuum of breast cancer care**. Breast J. 2000;6(5): 324-30.
17. BERZON, R. A. **Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies**. In: Staquet MJ, Hays RD, Fayers PM. Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice. Oxford: Oxford University Press; p. 3-15.
18. PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2005.
19. TRENTINI C.M., XAVIER F.M.F., FLECK M.P. **Qualidade de vida em idosos**. In: Parente, MAMP (org.) Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.19-29.
20. WORLD Health Organization. Disponível em <<http://www.who.int>>. (acesso em 2/08/2007).

21. CARVALHO FILHO, E.T. **Fisiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002.p.3-12.
22. PAPALÉO NETTO M., BORGONOV, N. **Biologia e Teorias do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002, p.44-59.
23. PASCHAOL, S.M.P. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 26-43.
24. SENADO Federal - Comissão Diretora. Parecer n. 1301, de 2003. **Estatuto do Idoso**. Disponível em <www.senado.gov.br>. (acesso em 28/07/2007).
25. ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.
26. OLIVEIRA, C.T. Epidemiologia. In: GUIMARÃES, J.R.Q. **Manual de Oncologia**. 2.ed. São Paulo: BBS Editora, 2006, p. 43-56.
27. MINISTÉRIO da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Prevenção e Detecção do Câncer**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. (acesso em 04/2007).
28. AMERICAN Câncer Society. Câncer Facts and figures 2006. **Atlanta: American Câncer Society 2006**. Disponível em <www.cancer.org/downloads/stt/caff2006pwsecured.pdf>. Acesso em 20/06/2007.
29. AMERICAN Câncer Society. **Cancer Facts and Figures 2005-2006**. Atlanta: American Cancer Society; 2006. Disponível em <http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1X_What_is_breast_cancer_5.asp?sitearea>. Acesso em 20/06/2007.
30. GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes**. Revista Brasileira de Cancerologia, 51 (3):227-234, 2005.

31. PINHO, N.B. **Abordagem Epidemiológica e condução do cenário**. Revista Brasileira de Medicina, vol.63 (Edição Especial) maio, 2006.p.18-20.
32. INSTITUTO Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil**. Síntese de resultados e comentários. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/conteudo_view.asp?ID=5> Acesso em 20/09/2008.
33. INSTITUTO Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Incidência de câncer no Brasil**. Síntese de resultados e comentários. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/tabelaregiones.asp?ID=5> Acesso em 20/09/2008.
34. GIULIANO, A.E. Breast. In: TIERNEY, L.M.; MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. **Current medical diagnosis & treatment 2002**. 41.ed. The United States of America: McGraw-Hill, 2002, p.721-44.
35. INSTITUTO Nacional de Câncer (Brasil). **Prevenção do câncer de mama: normas e recomendações do INCA**. Rev Bras Cancerol 2003. 49 (4):208.
36. ELL K, SANCHES K, VOURLEKIS B, LEE P.J., DWIGHT-JOHNSON M, LAGOMASINO I, et al. **Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer**. J Clin Oncol. 2005; 23(13):3052-60.
37. CARPENTER J.S., ELAM J.L., RIDNER S.H., CARNEY P.H., CHERRY G.J., CUCULLU H.L. **Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes**. Oncol Nurs Forum. 2004; 31(3):591-8.
38. SAVARD J, DAVIDSON J.R., IVERS H, QUESNEL C, RIOUX D, DUPERE V, et al. **The association between nocturnal hot flashes and sleep in breast cancer survivors**. J Pain Symptom Manage. 2004; 27(6):513-22.
39. KORNBLITH A.B., LIGIBEL J. **Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer**. Semin Oncol. 2003; 30(6):799-813.
40. RIDNER, S.H. **Quality of life and a symptom cluster associated with breast cancer treatment-related lymphedema**. Support Care Cancer. 2005;13(11):904-11.

41. GANZ P.A., DESMOND K.A., LEEDHAM B, ROWLAND J.H, MEYEROWITZ B.E., BELIN T.R. **Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study.** J Natl Cancer Inst. 2002;94 (1):39-49.
42. SPEER J.J., HILLENBERG B, SUGRUE D.P., BLACKER C, KRESGE C.L., DECKER V.B., et al. **Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors.** Breast J. 2005;11(6):440-7.
43. ARNDT V., MERX H., STURMER T., STEGMAIER C., ZIEGLER H., BRENNER H. **Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis.** Eur J Cancer. 2004; 40(5):673-80.
44. FEHLAUER F., TRIBIUS S., MEHNERT A., RADES D. **Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy.** Breast Cancer Res Treat. 2005; 92(3):217-22.
45. FAN H.G., HOUEDE-TCHEN N., YI Q.L., CHEMERYNSKY I., DOWNIE F.P., SABATE K, et al. **Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study.** J Clin Oncol. 2005 Nov 1;23(31):8025-32.
46. JOHNSON J.R., TEMPLE R. **Food and Drug Administration requirements for approval of new anticancer drugs.** Cancer Treat Rep. 1985;69(10):1155-9.
47. NORMAS e Recomendações do Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama- Documento de Consenso.** Rev Bras Cancerol, 2004; 50(2): 77-90.
48. PIATO, J.R.M.; RICCI, M.D.; BERNARDINI, M.A. **Carcinoma de mama.** In: GUIMARÃES, J.R.Q. Manual de Oncologia. 2 ed. São Paulo: BBS Editora, 2006. p. 547-54.
49. VOS P.J., VISSER A.P., GARSSSEN B, DUIVENVOORDEN H.J., HAES H.C.J.M. **Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer.** Patient Education and Counseling 2006; 60: 212-19.
50. MINISTÉRIO da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA).** Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=105>. Acesso em 18/06/2007.

51. MINISTÉRIO da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=101>. Acesso em 18/06/2007.
52. DELGADO, G.L.; PIRES, L.A. **Tratamento sistêmico do câncer de mama- Hormonioterapia e quimioterapia**. In: GUIMARÃES, J.R.Q. Manual de Oncologia. 2 ed. São Paulo: BBS Editora, 2006, p. 553-70.
53. NATIONAL Câncer Institute. **United States: National Institutes of Health**. Disponível <<http://www.nci.nih.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/fatiga/healthprofessional/allpages>>. Acesso em 03/08/2007.
54. ISHIKAWA, N.M.; MAURICETTE, S.F.; THULER, L.C.S. **Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante**. Revista Brasileira de cancerologia. 2005; 51(4):313-318.
55. DE JONG, N.; COURTENS, A.M. ABU-SAAD HH, SCHOUTEN HC. **Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: a review of the literature**. Cancers Nurs. aug 2002, 25(4):283-97.
56. MINISTÉRIO da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100>. Acesso em 18/06/2007.
57. MINISTÉRIO da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=103>. Acesso em 18/06/2007.
58. PARKERS, C.M. **Luto: estudo sobre a perda na idade adulta**. São Paulo: Summus; 1998.
59. ENGEL J, KERR J, RAAB-SCHESINGER A, SAUER, H, HÖLZEL D. **Quality of Life Followung Breast-Conseving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-years Prospective Study**. The Breast Journal; 2004; 10:223-31.
60. MINISTÉRIO da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID98>. Acesso em 18/06/2007.

61. IBGE. **Síntese de indicadores sociais.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm>> Acesso em 14/11/2008.
62. MOLINA, L.; DALLEN, I., DE LUCA, L.A. **Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama.** Rev Assoc Méd Bras. 49(2):185-90. 2003 jul 22. In: GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M. Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de cancerologia, 2005.
63. ALVES, L. C.; RODRIGUES R. N., **Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Revista Panamericana de Salud Publica vol.17 no.5-6 Washington May/June 2005.
64. LUINI A, ORECCHIA R, GATTI G, INTRA M, CIOCCA M, GALIMBERTI V, et al. **The pilot trial on intraoperative radiotherapy with electrons (ELIOT): update on the results.** Breast Cancer Res Treat. 2005; 93(1):55-9.
65. HURRIA A, NEIM A, ELKIN E, LIMAYE S, GROVER A, HUDIS C, et al. **Adjuvant treatment recommendations in older woman with breast cancer: a survey of oncologists.** Crit Rev Oncol Hematol. 2007;61(3):255-60.
66. BOUCHARD C, RAPITI E, FIORETTA G, LAISSUE P, NEYROLD C. I, SCHÄFER P, et al. **Undertreatment strongly decreases prognosis of breast cancer in elderly woman.** J Clin Oncol. 2003; 21(19):3580-7.
67. FALLOWFIELD L, BAUM M, MAGUIRE G. **Addressing the psychological needs of the conservatively breast cancer patients: discussion paper.** Breast Cancer Res Treat 1987;80:696-700.
68. OVERGAARD M, HANSEN P.S., OVERGAARD J, et al. **Postoperative radiotherapy in highrisk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy.** N Engl J Med 1997;337:949-55.
69. RAGAZ J, JACKSON S. M., LE N., et al. **Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer.** N Engl J Med 1997;337:956-62.

70. MIRANDA T. C., KALIKS R. A., FILHO W. J., GICLIO A. **Del. Câncer de mama na mulher idosa – uma revisão geriátrica.** 2008; Einstein.6(1):90-2.
71. VICINI F. A, RECHT A. **Age at diagnosis and outcome for woman with ductal carcinoma-in-situ of the breast: a critical review of the literature.** Journal Clinical Oncology. 2002; 20(11):2736-44.
72. BENETT J. M. **Cancer and aging: why not waltz together?** CA Cancer J Clin. 2001; 51(6): 327-8,322.
73. CONDE D. M. **Câncer de mama, menopausa e Qualidade de Vida.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8): 502.
74. DOW K. H.; FERRELL B. R.; LEIGH S.; LY J.; GULASEKARAM P. **An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer.** Breast cancer research and treatment 1996, vol. 39, n^o3, pp. 261-273
75. LINDLEY C, VASA S, SAWYER W.T., WINER E. P. **Quality of life and preferences for treatment following systematic adjuvant therapy for earlystage breast cancer.** J Clin Oncol 1998;16(4):1380-7.
76. JANNI W, RJOSK D, DIMPFL T. H., HAERTL K, STROBL B, HEPP F, et al. **Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis.** Ann Surg Oncol. 2001;8(6):542-8.
77. JOLY F, ESPIE M, MARTY M, HERON J.F., HENRY-AMAR M. **Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy.** Br J Cancer. 2000;83(5):577-82.
78. BUCHOLZ T.A., STROM E.A., OSWALD M.J. et al. **Fifteen-year results of a randomized prospective trial of hyperfractionated chest wall irradiation versus once-daily chest wall irradiation after chemotherapy and mastectomy for patients with locally advanced noninflammatory breast cancer.** Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006, 65:1155–1160
79. RABIN, E. G. HELDT E., HIRAKATA V.N., FLECK M.P. **Quality of life predictors in breast cancer women.** EUR Journal oncology nursing.2008 feb; 12 (1); 53-7.

80. SPRANGERS M.A., DE REGT E.B., ANDRIES F, VAN AGT H.M., BIJL R.V., DE BOER J.B, et al. **Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?** J Clin Epidemiol. 2000;53(9):895-907.

81. REBELO V., ROLIM L., CARQUEJA E., FERREIRA S. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas.** PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2007, 8 (1), 13-32

82. KING M.T., KENNY P., SHIELL A., HALL J., BOYAGES J. **Quality of life three months and year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics.** Quality of Life Research 2000, 6, 789-800.

83. VACEK P.M., WINSTEAD-FRY P., SECKER-WALKER R.H., HOOPER G.J. **Factors influencing quality of life in breast cancer survivors.** Quality of Life Research, 2003, 12, 527-537.

84. ROBB, C., HALEY W. E., BALDUCCI L., EXTERMANN M., PERKINS E., SMALL B., MORTIMER J. **Impacto of breast câncer survivorship on quality of life in older women.** Critical Reviews in Oncology/hematology .2007 62: 84-91

85. FEUSER A. F.; AGUIAR JUNIOR A. S. **Efeitos do estilo de vida sedentário na qualidade de vida em mulheres pós - câncer de mama no Vale do Braço Norte.** 2005. Disponível em http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/07a/alessandra/artigo_alessandra.pdf. Acesso em 14/11/2008.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Qualidade de Vida de idosas após o tratamento de câncer de mama.

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. Estamos convidando todas as pessoas com tratamento cirúrgico no Hospital São Lucas, no período anterior a março de 2007.

Caso você aceite participar, preencherá algumas perguntas sobre sua QV. Com esta pesquisa poderemos verificar se as pessoas que já passaram por tratamento cirúrgico de câncer de mama, apresentam alterações na sua QV.

Garantimos que as respostas obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos. Assim como a identidade dos participantes será preservada.

Eu..... declaro que participarei desta pesquisa, pois fui informado de forma clara e objetiva, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos prováveis benefícios, além de saber que esta pesquisa não oferecerá risco a minha saúde. Também fui informado que receberei resposta a qualquer pergunta relacionado com a pesquisa. Sei que a minha decisão de participar ou não do estudo não influenciará no meu atendimento na instituição.

Fui informado que tenho liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e que posso deixar de participar do estudo. E também que a minha participação não me acarretará gastos adicionais.

Sei que a pesquisadora responsável, Dinara Hansen (fone 05491037898), responderá a qualquer dúvida referente a este estudo. Declaro que recebi cópia deste termo. Este documento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa Instituição em 18/04/2008.

Paciente

Pesquisadora

ANEXO B

WHOQOL-OLD

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

ANEXO C

WHOQOL-BREVE

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que 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

	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

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	Mais ou menos	bastante	Extremamente
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 insatisfeito nem satisfeito	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, colegas)?	1	2	3	4	5
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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D

Dados demográficos

Idade:.....

Nível Educacional:

(1) Analfabeto	(5) 2º Grau completo
(2) 1º Grau incompleto	(6) 3º Grau incompleto
(3) 1º Grau completo	(7) 3º Grau completo
(4) 2º Grau incompleto	

Estado Civil:

(1) Solteira	(4) Separada
(2) Casada	(5) Divorciada
(3) Vivendo como casada	(6) Viúva

Como está sua saúde

Muito ruim (1) Fraca (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

Tipo de cirurgia realizada:

- (1) Somente retirada do tumor (tumorectomia)
- (2) Retirada do tumor com margem (setorectomia)
- (2) Mastectomia

Tratamento Adjuvante

- (1) Associação de Radioterapia
- (2) Associação de Quimioterapia e radioterapia

Tempo da realização da cirurgia:.....

Realização de atividade física:

- | | | |
|--------------------|--------------------|----------------------------|
| (1) nenhuma | (3) 2 x por semana | (5) mais de 3 x por semana |
| (2) 1 x por semana | (4) 3 x por semana | |