PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA DA REGIÃO NORTE

Evaluates the quality of life of elderly patients with an intravenous cecum in an oncology referral hospital in the northern region

ISSN: 2178-7514

Vol. 12 | Nº. 3 | Ano 2020

Haglaia de Nazaré Pinto Ferro¹; Julianne de Souza Gonçalves²; Karem Aline Abreu de Brito³; Aymee Lobato Brito⁴; Márcio Clementino de Souza Santos⁶; Luciane Lobato Sobral⁵

RESUMO

Introdução: O envelhecimento é um processo natural e progressivo da vida que envolve danos no plano biológico e na qualidade de vida dos idosos. O câncer afeta diretamente a vida do paciente idoso, gerando impacto na funcionalidade desse indivíduo, somando-se aos declínios físicos e biológicos que o processo do envelhecimento acarreta. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico e de qualidade de vida de pacientes idosos com câncer internados em um hospital de referência oncológica da região norte. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo realizado em idosos com diagnóstico de câncer e internados no Hospital Ophir Loyola (HOL) em Belém do Pará, Brasil. **Resultado:** Foram avaliados 30 pacientes, com idade prevalente de 61-70 anos (60%), do sexo feminino (56,7%), a maioria com estado civil casado (63,3%). Constatou-se que o câncer que mais é acometido é o CA de mama (23,3%). Já em relação a morbididades mais acometidas, a alteração visual foi a de maior frequência (90%). A classificação do desempenho do paciente segundo a escala PS-ECOG com maior frequência foi de um e dois e os domínios que tiveram maior pontuação e menor impacto na qualidade de vida foram a intimidade com (76.3±21.4) e o funcionamento sensorio (71.7±24.1). **Conclusão:** Os pacientes idosos com câncer apresentam alterações funcionais e psicológicas que comprometem muitos domínios, como a funcionalidade e a qualidade de vida. Dessa forma, é essencial o planejamento de estratégias de cuidado eficazes em diferentes níveis de atenção para que eles possam manter um nível moderado de qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso, Neoplasia, Qualidade de Vida, epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Aging is a natural, inevitable and progressive process of life that involves damages to the biological planes and the quality of life of the elderly. The cancer directly affects the patient's life, thus generating an impact on the functionality of this individual, adding to the physical and biological declines that the aging process entails. **Objective:** To outline the epidemiological and quality of life profile of elderly cancer patients hospitalized at a cancer hospital in the northern region. **Method:** This is a cross-sectional descriptive study performed with elderly patients diagnosed with cancer hospitalized at Ophir Loyola Hospital (Hol) in Belém do Pará, Brazil. **Results:** A total of 30 patients were evaluated, the elderly being 61-70 years old (60%), female (56.7%), the majority married (63.3%) and 60 % of patients had incomplete elementary education only. It was found that the cancer that is most affected is the CA of the breast (23.3%). In relation to more affected morbidities, the visual alteration was the one with the highest frequency (90%). The classification of patient performance according to the PS-ECOG scale was more frequently one and two. In relation to domains that had higher scores and lower impact on QOL were: intimacy with (76.3 ± 21.4) and sensory functioning (71.7 ± 24.1). **Conclusion:** The elderly patients with cancer have functional and psychological changes that compromise functionality and quality of life. Thus, planning of care strategies is essential for maintaining a moderate quality of life.

Keywords: Elderly, Neoplasia, Quality of Life, epidemiology

1 Fisioterapeuta graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-PA.

2 Fisioterapeuta graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-PA.

3 Fisioterapeuta graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-PA.

4 Fisioterapeuta graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Belém-PA.

5 Doutora em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Metodista de Piracicaba- unimep- SP.

6 Doutor em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará – UFPA.

Autor de correspondência

Aymee Lobato Brito

britoaymee20@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2000 haviam 600 milhões de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) no mundo e, para o ano de 2050, estima-se que estes dados subam para 2 bilhões. Neste contexto, o Brasil também será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹.

O envelhecimento é um processo natural da vida, inevitável e progressivo que envolve danos no plano biológico, sócio afetivo e que interfere na expectativa de vida, morbidade, mortalidade e qualidade de vida. Diante a essa mudança no perfil demográfico da população brasileira, simultaneamente ocorrem mudanças também no perfil epidemiológico, que se trata de um aumento na incidência de doenças crônicas, as quais ocorrem principalmente nesse grupo populacional^{2,3}.

Dentre as morbidades não transmissíveis, o câncer vem crescendo cerca de 11 vezes mais em sua incidência e 16 vezes mais na mortalidade quando relacionado a outras morbidades. Somando-se a isso o fato de que 70% das mortes por câncer no mundo acometem pessoas com mais de 65 anos. Esta população está entre as maiores vítimas letais da patologia, representando cerca de 70% dos casos de mortes por neoplasias malignas, sendo a segunda maior causa de morte nesse grupo específico^{3,4,5}.

A incidência dessa patologia cresce consideravelmente com o decorrer da idade, muito possivelmente porque, com o avançar dos anos, ocorre um acúmulo de fatores de risco de tipos específicos de câncer. Ao acúmulo geral de fatores de risco vem associar-se a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso³.

O câncer é uma doença crônico-degenerativa, que ocorre pelo crescimento descontrolado e desordenado de células, que interferem no funcionamento normal do organismo. Além disso, é de causas múltiplas, acometidas principalmente por alterações genéticas, fatores ambientais e estilos de vida⁶.

Os pacientes senis portadores de câncer comumente apresentam algumas características, como reserva fisiológica restrita, limitações funcionais, incapacidades físicas e outros agravantes diretamente relacionados à idade. Com isso, é de grande importância ser traçado o perfil epidemiológico para uma melhor adaptação das políticas de saúde pública, pela qual permite identificar e avaliar o serviço de todos os profissionais que nele trabalham^{3,7}.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi traçar o perfil epidemiológico e de qualidade de vida de pacientes idosos com câncer internados em um hospital de referência oncológica da região norte.

MÉTODOS

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Campinense de Ensino Superior- ICES-UNAMA e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola - HOL, com o Processo N°2018247008 de acordo com a Resolução N° 466/12.

Trata-se de um estudo transversal descritivo, pelo qual foram incluídos 34 pacientes idosos com 60 anos ou mais que tiveram o diagnóstico de câncer e estavam internados no Hospital Ophir Loyola no período de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019. Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam escores do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) menor que 19 pontos e os que se recusavam a participar da pesquisa.

A pesquisa foi feita em três fases: a primeira foi a entrega do Termo de Comprometimento Livre Esclarecido (TCLE) aos pacientes, a segunda foi a aplicação do MEEM para critério de inclusão ou exclusão da pesquisa e a terceira foi a realização da avaliação para traçar o perfil dos idosos com câncer.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado a escala de Qualidade de vida no idoso – WHOQOL – OLD, que contém 24 perguntas, onde suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas: “Funcionamento do Sensorio” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e

“Intimidade” (INT). Cada uma delas contém quatro perguntas, podendo as respostas oscilar de 4 a 20. Sobretudo, os escores altos descrevem uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Por fim, existem três formas de demonstrar os dados: em forma de total (de 4 a 20), por meio da média (1 a 5) e de forma percentual (0 a 100).

Em seguida, foi utilizada a escala performance status do Eastern Cooperative Oncology Group - (PS-ECOG) para avaliar como as atividades de vida diária do paciente oncológico são afetadas. A escala varia de zero a cinco pontos, podendo classificar o paciente com índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição), 1 (restritos para atividade física extenuante, porém capazes de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (completamente capaz de ter seu auto cuidado, mas é incapaz de realizar qualquer atividades de trabalho e permanecer fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (capacidade de auto cuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer auto cuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto).

Os dados coletados foram organizados em planilhas dos programas Microsoft Excel. Para alcançar o objetivo proposto na pesquisa foram realizados métodos de estatística descritiva, por meio de frequência simples, percentuais, médias e desvio.

RESULTADOS

No estudo foram envolvidos 34 pacientes internados no HOL, onde apenas 30 foram incluídos na pesquisa, pois tinham o diagnóstico fechado de câncer e um escore > 19 no MEEM. Diante disso, foram coletados os dados sócio demográficos, na qual a maioria foi do sexo feminino (56,7%) e apresentaram maior

frequência da quantidade de idosos com idade de 61-70 anos (60%). Além disso, observou-se que a maioria eram casados (63,3%), com baixo nível de escolaridade (60% possuíam apenas o ensino fundamental incompleto) e quanto a profissão, a maioria era aposentado, representando 36,7% dos pacientes (tabela 1).

Tabela 1- Perfil demográfico dos pacientes idosos com câncer internados no HOL em Belém do Pará.

		Freq. N=30	%
Sexo	Masculino	13	43.3
	Feminino	17	56.7
Idade	60	2	6.7
	61-70	18	60.0
	71-80	6	20.0
	81-90	4	13.3
Estado civil	Casado	19	63.3
	Solteira	4	13.3
	Viúvo	5	16.7
	Outros	2	6.7
Profissão	Dona de casa	8	26.7
	Aposentado	11	36.7
	Agricultor/Lavrador	2	6.7
	Outros	9	30.0
Escolaridade	Analfabeto	5	16.7
	Fundamental incompleto	18	60.0
	Fundamental completo	2	6.7
	Médio incompleto	2	6.7
	Médio completo	2	6.7
	Superior	1	3.3

Fonte: Produzido pelos autores (2018/2019)

Tabela 2- Perfil clínico- epidemiológica dos pacientes idosos com câncer internados no HOL em Belém do Pará.

Tipo de câncer	Freq.N=30	%
Ca de mama	7	23.3
Ca de pele	6	20.0
Ca de bexiga	2	6.7
Ca de colo de útero	2	6.7
Ca gástrico	2	6.7
Ca de pulmão	2	6.7
Ca de próstata	2	6.7
Outros	7	23.3

Fonte: Produzido pelos autores (2018/2019)

Dentre o câncer mais incidente, identificou-se: sete pessoas com câncer de mama (23,3%), seis pessoas com câncer de pele (20%), duas pessoas com câncer de bexiga (6,7%), duas com câncer gástrico (6,7%), duas com câncer no colo do útero (6,7%), duas com câncer pulmão (6,7%), e duas com câncer de próstata (6,7%) (tabela 2).

Quanto as comorbidades, a alteração visual mostrou-se ser mais frequente com (90%), seguida por hipertensão arterial sistêmica (66,7%), alteração do sono (46,7%), alterações genito-urinárias (36,7%), alteração auditiva (33,3%), alterações digestivas (30,0%), doenças reumatológicas (20,0%), alterações do sistema nervoso (13,3%), diabetes mellitus (10%), cardiopatias (6,7%), outras patologias (3,3%) (tabela 3).

Tabela 3– Número de comorbidades relatadas pelos pacientes idosos com câncer internados no HOL em Belém do Pará.

	Freq	%
Alteração visual	27	90.0
HAS	20	66.7
Alteração do sono	14	46.7
Alterações do genito-urinário	11	36.7
Alteração auditiva	10	33.3
Alterações digestivas	9	30.0
Doenças reumatológicas	6	20.0
Alterações sistema nervoso	4	13.3
Diabetes	3	10.0
Cardiopatias	2	6.7
Outras	5	3.3

Fonte: Produzido pelos autores (2018/2019)

Ao ser avaliado o desempenho do paciente com câncer, os idosos mostraram uma classificação com maior frequência segundo a escala PS-ECOG (tabela 4).

Tabela 4– Status de desempenho oncológico PS-ECOG dos pacientes idosos com câncer internados no HOL em Belém do Pará

	Classificação	Freq. N=30	%
PS-ECOG	0	5	16.7
	1	12	40.0
	2	10	33.3
	3	3	10.0

Fonte: elaborado pelos autores (2018/2019)

Na tabela 5 estão descritos os 6 domínios de WHOQOL – OLD, em que foram obtidos os escores da média e desvio padrão, quanto mais altos foram os valores da média, melhor se

encontrava a qualidade de vida (QV) associada ao domínio dos indivíduos. Dentre as 24 questões objetivas que abordavam a QV, os domínios que tiveram maior pontuação e menor impacto foram

intimidade (76.3 ± 21.4) e funcionamento sensório (71.7 ± 24.1) e o pior índice observado foi em autonomia (50.7 ± 19.2).

A avaliação geral da qualidade de vida obtida desta amostra (64.2%) alcançou um valor superior ao nível médio e ao obtido no estudo de Bajoto & Goldim³¹ (49,29%).

Tabela 5- Perfil de Qualidade de vida dos pacientes idosos com câncer internados no HOL em Belém do Pará.

	FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT	Geral
Média	71.7	50.7	65.2	60.3	61.2	76.3	64.2
Desvio-padrão	24.1	19.2	16.4	20.6	27.4	21.4	64.5
Mínimo	6.3	18.8	31.3	12.5	0.0	0.0	64.5
Máximo	100.0	93.8	93.8	100.0	100.0	100.0	64.3

Fonte: Produzido pelos autores (2018/2019)

FS= Funcionamento sensório, AUT= Autonomia, PPF= Atividade Passada, Presente e Futuras, PSO= Participação Social, MEM= Morte e Morrer, INT= Intimidade

DISCUSSÃO

O câncer é uma das patologias crônicas que mais afetam o público senil, correspondendo a 70% da população brasileira devido a diversos fatores de riscos que os mesmos são expostos e pela fragilidade de seus sistemas orgânico com a segunda maior causa de mortes em pacientes nessa faixa etária^{5,16}. Esses dados corroboram com o presente estudo, uma vez que relata que os maiores percentuais de pacientes com câncer são idosos na faixa etária de 61 a 70 anos (60%).

Santos et al.^{5,17} relata que o câncer é incidente tanto no gênero feminino quanto no masculino em países desenvolvidos, porém quando se refere a países em desenvolvimento –onde está incluído o Brasil – constata-se maior prevalência em indivíduos do sexo feminino. Isso foi observado neste estudo em que os pacientes do sexo feminino (56,7%) são mais acometidos com prevalência de câncer de mama, não entrando em contradição a outros estudos^{17,18}.

A prevalência dos pacientes com idade acima de 61 anos, casados, aposentados, analfabetos e com baixa renda foi observada neste estudo. Kolankiewicz et al¹⁸ observou que a população brasileira com baixa escolaridade está em um grupo mais desfavorecido associado a condições crônicas mais incidente nesse tipo de público.

Kolankiewicz et al¹⁸ observou também que os pacientes de baixa escolaridade e aposentados, demonstravam condições socioeconômicas precárias, tornando estes elementos resultados das condições sociais que não levam o indivíduo a ser acometido pelo câncer, mas que podem contribuir direta ou indiretamente na saúde da população. É importante destacar que a saúde está comprometida por conta dos problemas advindos do governo, que são incapazes de nortear cautelas médicas e previas para que a população não fique vulnerável a patologias.

Santos et al⁵ relatou que a neoplasia pode provocar diversas reações no paciente e impactos

negativos a nível social, econômico e pessoal. Com o câncer, o paciente passa por limitações a nível psicológico em decorrência de seu estado, causado pelo efeito da doença e do tratamento, já que a maioria dos casos remetem uma condição que impedem a realização das atividades de vida do paciente, seja no mercado de trabalho ou no âmbito familiar, refletindo direta e indiretamente a questões socioeconômicas.

O câncer mais frequentemente encontrado no estudo foi o de mama, correspondendo a 23,3% dos pacientes participantes da pesquisa. Rodrigues et al²⁰ relatou que o câncer mamário se tornou uma pandemia, diante de sua alta incidência tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, com maior predomínio em países desenvolvidos. O câncer de mama é mais comumente encontrado em mulheres e o segundo mais frequente, com maior prevalência em mulheres com maior faixa etária. Braz et al²¹, obteve resultados semelhantes em sua pesquisa, porém Antunes et al¹⁷ se contrapõe em seu estudo, identificando o câncer de próstata como o mais prevalente (22%), seguido do câncer de colo de mama (19%), de pulmão (13%), de bexiga (8%), pâncreas (6%) e outros tipos (11%).

Ao longo dos anos a mortalidade do câncer de mama vem aumentando por todo o Brasil, com maior ênfase nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde há uma grande tendência de ocorrer um aumento gradual e ascendente dessa taxa até o ano de 2030.

Rodrigues et al²⁰, relata que quanto maior

for a idade da mulher, menor é a chance de ter tomado medidas preventivas para a neoplasia mamaria quando mais nova. A respeito dos aspectos socioeconômicos, as mulheres com baixo nível de escolaridade demonstram menor busca por medidas preventivas via exame das mamas.

OHL et al¹⁹ afirma em seu estudo que é importante uma melhor estruturação na vigilância, cuidados e promoção de saúde neste público e no país como um todo, pois tais ações proporcionam a prevenção da doença e diminuição do custo com cuidados em saúde, além de promover melhora na qualidade de vida dessas pacientes.

O segundo maior índice de prevalência de câncer neste estudo foi o de pele, remetendo uma porcentagem de 20% do total de entrevistados. Texeira et al²² e Leite et al²³ relatam que o carcinoma de pele é a neoplasia com maior incidência no Brasil em ambos os sexos. Dentre os dois tipos principais de câncer de pele, o não-melanoma e melanoma, o principal fator de risco para a ocorrência da neoplasia é a idade avançada.

Os idosos deste presente estudo apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo: alteração visual, hipertensão arterial sistêmica, alteração do sono e a hipertensão arterial, que é um principal fator de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, aumentando assim as consequências graves no processo saúde-doença e refletindo negativamente na qualidade de vida da população idosa²⁶.

Assim, os indivíduos com idade mais

avançada que estão passando por todo o processo de envelhecimento têm predisposição a uma saúde instável e, ainda que as doenças crônicas não sejam letais, podem comprometer a qualidade de vida dos idosos em diversos níveis. Silva et al²⁷ afirmou que, no começo do século XXI, o câncer teve aumento do número de casos, com consequente maior demanda de internações hospitalares, representando a segunda causa de mortes em idosos no Brasil.

Segundo Silva et al²⁷, o câncer leva a alterações funcionais e psicológicas em idosos, permanecendo períodos prolongados de morbidade, com comprometimento na funcionalidade, independência e qualidade de vida. A escala de status de desempenho oncológico, que avalia como são atingidas a capacidade de realização das atividades diárias do paciente, apresentou o grau de 1 a 2, considerando que a maior parte dos idosos têm algumas limitações e restrições relacionadas ao nível de atividades. Igual a um estudo feito por Machado et al²⁸, onde apresentaram uma variação de 1 (66%) e 2 (26%) onde os pacientes estavam aptos a realização de atividade leves e de autocuidado. Porém a escala do PS-ECOG não aborda itens que devem ser observados em pacientes com câncer, ou seja, é essencial avaliar outros aspectos por meio da escala de qualidade de vida²⁹.

A avaliação de qualidade de vida tem tido uma maior atenção nos últimos anos, devido ao crescimento dos casos de pacientes portadores de doenças crônicas e principalmente pacientes

idosos, logo, há o aumento na utilização de escalas com os questionários de avaliação de qualidade de vida. Esses instrumentos avaliam vários aspectos restritos a alguma determinada doença ou tratamento bem como a variados problemas de saúde³⁰.

Neste estudo, o domínio de maior escore na avaliação da qualidade de vida foi a intimidade ($76,3 \pm 21,4$) e o funcionamento sensorio ($71,7 \pm 24,1$). A intimidade refere-se à capacidade de poder lidar com sentimentos de amor, companheirismo, relacionamento com a família ou com pessoas mais próximas ao convívio dos idosos e o domínio do funcionamento sensorio avalia o impacto da perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato, tato) na qualidade de vida.

Em relação ao domínio intimidade, o mesmo apresentou a maior pontuação no estudo, similar aos encontrado por Bajoto e Goldim³¹, pelo qual afirmaram em seu estudo que os idosos que têm uma boa relação com seus parceiros, familiares ou pessoas mais próximas apresentam um envelhecimento com grande satisfação. O valor do domínio funcionamento sensorio teve a segunda melhor pontuação desta pesquisa, apesar dos idosos apresentarem perda dos sentidos devido o processo do envelhecimento juntamente com doenças crônicas e o câncer, o funcionamento dos seus sentidos não foi afetado, demonstrando que a maioria os idosos possuem uma boa percepção dos sentidos³⁰.

Entretanto, no estudo a menor pontuação foi no que se refere à autonomia que avalia a

independência do idoso, tomada de decisão, capacidade de controle do futuro e realização de atividades, condiz com estudo de Bajoto e Goldim³¹, que demonstrou que apesar dos idosos possuírem condições para tomada de decisões, não exercem essa capacidade. A autonomia pessoal é de fundamental importância para a qualidade de vida de pessoas com idade avançada.

O domínio das atividades passadas, presentes e futuras que avalia a satisfação com as realizações, oportunidades, e reconhecimento na vida, obteve um escore de 65,2, e esses dados não corroboram com o estudo apresentado por Silva e Andrade³², onde o score foi superior à média, isso indica que os idosos possuem satisfação nas suas conquistas e realizações da vida.

O domínio participação social avalia a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido, onde o valor obtido da amostra foi de 60,3%, que denota certa insatisfação em relação atividades diárias, uso do tempo, e participação nas atividades da comunidade. Os achados por Freitas et al³³ relatam que esses idosos participam com pouca frequência de atividades na comunidade e se restringem mais ao relacionamento familiar, onde o mesmo observa que a relação social é um elemento importante para uma melhor qualidade de vida, já que é um fator que permite a atenção e a percepção de pertencimento à sociedade. O domínio morte e o morrer que avalia medos e preocupações a respeito da morte ficaram abaixo da média, sendo observados que os idosos

possuem uma preocupação maior com os riscos e temores que antecedem a morte.

Levando em consideração que as necessidades básicas do idoso sejam exatamente as mesmas de qualquer pessoa em qualquer lugar do mundo ou fase de desenvolvimento humano, algumas questões de saúde social, física e mental, assim como atividades de vida diária relacionada à autonomia, à independência funcional, à função cognitiva, afetam direta ou indiretamente a vida destes idosos. Diante disso, Melo et al ²⁶ afirmou que surge a necessidade para manutenção de uma boa qualidade de vida, planejamento de estratégias de cuidado eficazes em diferentes níveis de atenção, visando as necessidades de saúde dos idosos, em especial aqueles mais frágeis por conta de doenças potenciais, como o câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes idosos com câncer apresentam alterações funcionais e psicológicas que comprometem muitos domínios, como a funcionalidade e a qualidade de vida. Dessa forma, é essencial o planejamento de estratégias de cuidado eficazes em diferentes níveis de atenção e o apoio da família, para que o paciente da terceira idade possa manter um nível moderado de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Cheni MJ, Nadalin W. Peculiarities of radiotherapy in the elderly. *Radiologia Brasileira* 2010; v. 43, n. 5, p. 324-329.
2. Toneti BF. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. *Northeast Network Nursing Journal*, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 1030-8, nov. 2014.
3. Soares CL, Santana MG, Muniz MR. O Fenômeno do Câncer na Vida de Idosos. *Ciência no Cuidado da Saúde*, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 4, p. 660-667, out. 2010.
4. Faller JW. et al. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 19, p. 29-43, jan. 2016.
5. Santos EGA. et al. Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Pará, v. 8, n.2, p. 45-54, 2017.
6. Bastos BR. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Pará, v. 9, n. 2, 2018.
7. Moraes ACBR. et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes Submetidos à Fisioterapia Respiratória Ambulatorial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. *Revista Movimenta*, Goiás, v. 9, n. 1, p. 03-13, 2016.
8. Oken MM. et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. *American journal of clinical oncology*, v. 5, n. 6, p. 649-55, 1982.
9. Ferreira MLL. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2015
10. OMS. Promoción de la salud: glosario. Genebra: OMS, 1998
11. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.
12. Costa AS. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Salvador, v. 10, n. 2, p. 2175-0858, 2018.
13. Bertolucci, PHF. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994
14. Fleck, MPA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.
15. Oken MM. et al. Toxicity and response criteria of the Eastern cooperative oncology group. *American journal of clinical oncology*, v. 5, n. 6, p. 649-55, 1982.
16. . Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva”. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro 2015.
17. Antunes YPPV. et al. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 487-91, fev. 2015.
18. Kolankiewicz ACB. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Rev Gaucha Enferm*. Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 31-8, mar. 2014.
19. Ohl BCI. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 4, p. 746-55, 2016.
20. Rodrigues DJ, Cruz SM, Paixão NA. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. 3171. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n 10, p. 3163-3176, 2015
21. Braz LFI. et al. Análise da percepção do câncer por idosos. *Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein*, São Paulo, v. 16, n 2, p. 1-7, 2018.
22. Teixeira AKS, Vasconcelos JLA. Perfil histopatológico de pacientes com diagnóstico de tumores malignos assistidos em um hospital de referência do Agreste Pernambucano, v. 55, n. 1, mar. 2019.
23. Leite LOBL. et al. Câncer de Pele Relacionado ao Trabalho Skin Cancer Related to Work. *NTESA – Informativo Técnico do Semiárido*, Paraíba, v. 10, n. 2, p. 37 - 40, Jul – dez, 2016.
24. Bomfim SS, Giotto AC, Silva AG. Câncer de pele: conhecendo e prevenindo a população. *Rev. Cient. Sena Aires*. V. 7, n. 3, p. 255-9, 2018.
25. Casado, Letícia. Instituto nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).
26. Melo MCS. et al. Instituto nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3a ed. rev. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628p.
27. Silva JAD, Hansel CG, Silva JD. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica. *Revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 9621, maio. 2016.
28. Machado L. et al. Evolução do status de performance, índice de massa corpórea e distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com câncer de pulmão avançado submetidos à quimioterapia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 588-594, 2010.
29. Pereira EEB, Santos NBD, Sarges EDS. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriátrico hospitalizado. *Revista Pan-Amazônica da Saúde*, Pará, v. 5, n. 4, p. 37-44, 2014.
30. Wedding U, Pientka L, Hoffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. *European Journal of Cancer*, v. 43, n. 15, p. 2203-10, 2007.
31. Bajoto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio Grande do Sul, v. 14, n. 4, p. 753-61, 2011.
32. Silva IMCE, Andrade KL. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Luís, v. 11, n. 2, p. 129-34, abr-jun. 2013.
33. Freitas CV. et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.