



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF.
FERNANDO FIGUEIRA – IMIP**

**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

PIBIC – CNPq/IMIP – 2021-2022

**QUALIDADE DE VIDA COMO FATOR PREDITIVO DE
ÓBITO PRECOCE EM MULHERES IDOSAS COM
CÂNCER GINECOLÓGICO: UMA COORTE
RETROSPECTIVA**

Autor: Emanuel Pedro Bonifacio de Lima (TCC)

Coautores: Lucas Pacheco Gonsioroski e Maria Eduarda Carvalho Velozo de Melo

Orientador: Dr. José Iran da Costa Junior

Coorientadoras: Dra. Jurema Telles de Oliveira Lima e Dra. Maria Júlia Gonçalves de Mello

Linha de pesquisa: Estudos epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos na saúde do adulto e idoso

Recife, setembro 2022

ARTIGO ORIGINAL

QUALIDADE DE VIDA COMO FATOR PREDITIVO DE ÓBITO PRECOCE EM MULHERES IDOSAS COM CÂNCER GINECOLÓGICO: UMA COORTE RETROSPECTIVA

QUALITY OF LIFE AS A PREDICTIVE FACTOR OF EARLY DEATH IN ELDERLY WOMEN WITH GYNECOLOGICAL CANCER: A RETROSPECTIVE COHORT

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Emanuel Pedro Bonifácio de Lima¹

Lucas Pacheco Gonsioroski¹

Maria Eduarda Carvalho Velozo de Melo¹

José Iran da Costa Junior²

Jurema Telles de Oliveira Lima²

Maria Júlia Gonçalves de Mello²

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Mascarenhas de Moraes, 4861. Imbiribeira. Recife, PE, Brasil. CEP 51150-000

^{3,4} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300, Recife, PE, Brasil. CEP 50070-550

Reconhecimento de apoio ao estudo: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

Os autores negam qualquer conflito de interesse no desenvolvimento da pesquisa.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: O envelhecimento é o principal fator de risco para o câncer. Embora viver mais seja uma importante conquista, a magnitude da mesma depende da condição de saúde global, permitindo que se viva bem durante este período. A qualidade de vida associada à saúde é um importante aspecto a ser estudado na população idosa com câncer, não apenas como desfecho, mas também como fator preditivo de sobrevida e no planejamento do cuidado. **Objetivos:** Analisar a qualidade de vida (QV) Global como fator preditivo para óbito em até 180 dias em pacientes idosas com câncer ginecológico. **Métodos:** Coorte retrospectiva, envolvendo mulheres com idade 60+, diagnosticadas com câncer ginecológico, acompanhadas na oncogeriatria do IMIP entre 2015-2021. Foram analisados dados sociodemográficos, clínicos, a avaliação geriátrica ampla e a QV (questionário EORTC QLQ-C30) na admissão na coorte. O desfecho estudado foi o óbito em até 180 dias. Análise realizada no Stata 13.0 determinou os fatores de risco para o óbito utilizando a regressão multivariada de Cox e o teste t student para comparar a média dos escores de QV. A probabilidade de sobrevida global foi estimada pelo Kaplan–Meier. **Resultados:** Na coorte envolvendo 274 pacientes com mediana de idade 72 anos, 13,5% faleceram em até 180 dias. A média de QV global foi maior entre as sobreviventes e a probabilidade de sobrevida foi maior nas pacientes que tinham melhor QV ($p < 0,001$). Após ajustes pelos fatores de risco (topografia do câncer no colo do útero, doença metastática e o Karnofsky ≤ 50), a QV Global foi fator de proteção (HR = 0,99; IC95% 0,98-1,00; $p = 0,031$). **Conclusão:** Melhor escore na avaliação da QV Global foi fator protetor para o óbito precoce em idosas com câncer ginecológico.

Palavras chave: Qualidade de vida, Neoplasias dos Genitais Femininos, Sobrevida.

RESUMO

Objetivos: Analisar a qualidade de vida (QV) Global como fator preditivo para óbito em até 180 dias em pacientes idosas com câncer ginecológico. **Métodos:** Coorte retrospectiva, envolvendo mulheres com idade 60+, diagnosticadas com câncer ginecológico, acompanhadas na oncogeriatria do IMIP entre 2015-2021. Foram analisados dados sociodemográficos, clínicos, a avaliação geriátrica ampla e a QV (questionário EORTC QLQ-C30) na admissão na coorte. O desfecho estudado foi o óbito em até 180 dias. Análise realizada no Stata 13.0 determinou os fatores de risco para o óbito utilizando a regressão multivariada de Cox e o teste t student para comparar a média dos escores de QV. A probabilidade de sobrevida global foi estimada pelo Kaplan–Meier. **Resultados:** Na coorte envolvendo 274 pacientes com mediana de idade 72 anos, 13,5% faleceram em até 180 dias. A média de QV global foi maior entre as sobreviventes e a probabilidade de sobrevida foi maior nas pacientes que tinham melhor QV ($p < 0,001$). Após ajustes pelos fatores de risco (topografia do câncer no colo do útero, doença metastática e o Karnofsky ≤ 50), a QV Global foi fator de proteção (HR = 0,99; IC95% 0,98-1,00; $p = 0,031$). **Conclusão:** Melhor escore na avaliação da QV Global foi fator protetor para o óbito precoce em idosas com câncer ginecológico.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma das maiores conquistas do ser humano. O avanço das mais diversas áreas, principalmente a medicina, vem permitindo esse feito. Atualmente, o grande desafio é manter essa população que envelhece com uma melhor qualidade de vida, para que não somente sobrevivam, mas que tenham boa vida^{1,2}. Qualidade de vida e saúde se influenciam mutuamente, e a avaliação da qualidade de vida funciona com um preditor de piora nas experiências de convivência com doenças crônicas, como o câncer^{3,4}. Nos idosos, os agravos podem ser potencializados, com maior risco de morte^{5,6}.

A idade avançada é considerada um fator de risco e a principal causa para o desenvolvimento de novos casos de câncer⁵. Estima-se que em 2030, haverá um aumento de 67% do aumento de número de cânceres em pacientes com idade maior que 65 anos, e esta será a principal causa de morte no mundo^{1,7,8}. Indivíduos com 65 anos ou mais apresentam, se comparados com a população geral, um aumento de 11 vezes na incidência de câncer e uma mortalidade 16 vezes maior⁹.

Em 2018, as doenças neoplásicas corresponderam à segunda causa de morte no Brasil⁶. Na população feminina, os tumores ginecológicos vêm ganhando espaço na epidemiologia nacional, seja em prevalência, incidência ou em altos índices de morbimortalidade. Em destaque, temos as topografias de corpo de útero e de ovário, que são os 8º e 7º tumores mais prevalentes no Brasil^{10,11}, e o câncer de colo de útero que, em incidência, é o segundo nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do país^{10,12,13}.

O cuidado de pacientes com câncer deve visar a promoção de uma vida mais longa e com melhor qualidade, sendo esta fundamental, principalmente em pacientes de maior idade¹⁴. Visando a plenitude desse processo de cuidado, a compreensão da saúde do idoso não deve ocorrer somente de forma cronológica. O envelhecimento é um processo que

envolve várias questões, ocorrendo de forma heterogênea e individual. Existem diferenças quanto ao estado de saúde em uma mesma faixa etária analisada dentro do grupo de idosos^{15,16,17}.

Nesse contexto, surgiram modelos de avaliação para atendimento de idosos, denominados avaliação geriátrica ampla (AGA) ou global (AGG) ou multidimensional (AGM), que são baseados em escalas e testes validados, objetivando uma melhora da capacidade funcional de pacientes idosos^{18,19}. A AGA é recomendada por importantes entidades científicas, como a *American Society of Clinical Oncology*, a *National Cancer Comprehensive Network* (NCCN) e a *International Society of Geriatric Oncology*, apesar de ser pouco utilizada em associação com estudos oncológicos^{18,20}.

Podendo melhorar a avaliação geriátrica ampla (AGA) e proporcionar um melhor cuidado dos pacientes idosos com câncer, a avaliação de qualidade de vida, conceito multidimensional e que envolve o paciente e sua percepção de sua situação física, emocional, social, espiritual e de bem estar, vem se tornando uma ferramenta de extrema importância na garantia da saúde desses pacientes^{7,8,9}. A avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos com câncer é recomendada pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), com o uso do Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) que foi validado em vários idiomas incluindo o português brasileiro.

A percepção do risco da ocorrência de eventos adversos graves (EAG), principalmente os de caráter precoce, é uma questão de grande importância para o planejamento e oferecimento de serviços de cuidados para essa população idosa^{14,21}. O óbito precoce, que ocorre antes dos seis meses após o diagnóstico oncológico, representa desfecho importante que deve ser devidamente ponderado no planejamento do cuidado que será ofertado^{22,23}. Esse agravo precoce é temido pela maioria dos oncologistas, o que pode provocar o subtratamento do paciente oncológico idoso, fato esse, agravado pela sub-

representação dessa população em estudos científicos com temáticas voltadas para padrões de cuidados^{20,24}.

Para tanto, uma avaliação criteriosa dos aspectos que envolvem a saúde do idoso, incluindo a sua qualidade de vida, deve ser realizada e considerada antes da tomada de decisões clínicas. Neste cenário, esse estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida como possível fator preditivo de óbito precoce em mulheres idosas com câncer.

MÉTODOS

Estudo tipo coorte retrospectiva inserido no projeto âncora intitulado: “Fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos: estudo de coorte prospectivo”²⁵. As informações foram obtidas a partir do banco de dados específico correspondente aos pacientes arrolados no período de janeiro de 2015 a novembro de 2021, no Serviço de Oncogeriatrics do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. O IMIP é um hospital quaternário localizado no nordeste do Brasil, em Recife/Pernambuco, credenciado como hospital de ensino e Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Foram incluídas no estudo pacientes com idade igual ou superior a 60 anos no momento de admissão, com diagnóstico de câncer ginecológico (vulva, ovário, corpo e colo de útero). Foram excluídas aquelas que morreram com menos de 24 horas após a admissão no estudo, e as pacientes com diagnóstico prévio de câncer, exceto câncer de pele, tipo basocelular ou epidermóide.

No projeto âncora, no momento da admissão as pacientes foram avaliadas por uma equipe interdisciplinar composta por geriatra, oncologista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e educador físico. Foram coletados dados clínico-epidemiológicos, realizada a AGA envolvendo vários instrumentos além da qualidade de

vida. O desfecho analisado foi o óbito precoce considerado como aquele ocorrido em até 180 dias

Cada participante foi contatada pelos pesquisadores pelo menos uma vez por mês durante o período de seis meses ou até ocorrência de óbito. As pacientes eram estimuladas a realizar contato com o Serviço de Oncologia em caso de intercorrências/eventos adversos, e uma linha telefônica esteve permanentemente disponível para esse fim.

As variáveis independentes foram classificadas de acordo com os parâmetros adotados na Avaliação Geriátrica Ampla, admitindo pontos de corte utilizados na literatura: Índice de comorbidades de Charlson (> 2 comorbidades), Escala de desempenho funcional de Karnofsky (funcionalidade reduzida ≤ 50), *Mini Nutritional Assessment MNA* (risco de desnutrição ≥ 17 e desnutrido < 17), Escala de Depressão Geriátrica - GDS (risco de depressão ≥ 10), Questionário Internacional de Atividade Física -IPAQ (sedentário versus irregularmente ativo, ativo e muito ativo), Risco de Queda pelo *Timed up and Go* (baixo e médio risco versus alto risco) e Polifarmácia (uso de ≥ 5 medicamentos)

As variáveis relativas à qualidade de vida foram avaliadas por meio do questionário EORTC QLQ-C30, instrumento traduzido e validado para a população brasileira com diferentes tipos de câncer. O QLQ-C30 abrange a qualidade de vida global (QV global) e de acordo com todas as funções e com todos os sintomas. Os cinco domínios da função são avaliados individualmente como função física, papel social, cognitiva, emocional e social, além das escalas de avaliação de cada sintoma (fadiga, dor, dispneia, insônia, apetite, náusea/vômito, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os escores foram calculados de acordo com as orientações do manual da EORTC QLQ-C30²⁶. Em relação às escalas funcionais e de estado de saúde global, maiores pontuações estão relacionadas à melhor qualidade de vida. Para as escalas de sintomas, maiores pontuações correspondem à pior qualidade de vida.

O banco de dados foi disponibilizado no site <http://www.cpqam.fiocruz.br/iras> pela pesquisadora principal e foi acessível mediante senha. Após exportação dos dados anonimizados para o presente estudo em planilha Excel, a análise foi realizada no programa Stata[®], versão 13.0.

A análise descritiva da população envolveu as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas. A análise bivariada utilizando o modelo dos riscos proporcionais de Cox determinou o HR (Hazard Risk) comparando as diferentes variáveis independentes (epidemiológicas e clínicas, além dos instrumentos da AGA) entre as pacientes sobreviventes e as que morreram em até 180 dias. Para a análise multivariada foram incluídos no modelo inicial aquelas variáveis com $p < 0,30$ na bivariada e permaneceram no modelo final as variáveis com $p < 0,05$.

A análise de comparação da média dos escores da QV entre os grupos foi realizada por meio do teste t-student. O tempo de sobrevida foi calculado a partir da data da admissão até a censura em até 180 dias ou até o óbito ocorrido neste período. A probabilidade de sobrevida global de acordo com a mediana da qualidade de vida foi estimada utilizando o método do Kaplan–Meier e o teste de Log rank foi empregado para comparação da sobrevida.

Foi admitido um intervalo de confiança (IC) de 95% e um nível de significância com valor de 0,05 (alfa = 5%), para todas as análises.

O projeto âncora foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sendo aprovado em 25/06/2014, sob o número nº CAEE 14925113.9.0000.5201. Todos as participantes envolvidas na pesquisa foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos do estudo e somente foram incluídos após concordarem voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP sob CAEE número 54052821.7.0000.5201. A pesquisa obedeceu aos postulados da Declaração de Helsinque e suas emendas ou revisões, bem como às normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi atualizado junto a plataforma Brasil e comitê de ética, o grupo de pesquisadores e objetivos do presente estudo. Os pesquisadores declaram não possuir conflitos de interesse.

RESULTADOS

A coorte foi composta por 274 mulheres idosas com câncer ginecológico, com idade média de 73,6 anos ($\pm 7,6$), das quais 37 (13,5%) foram à óbito no período de até 180 dias. Os dados sociodemográficos estão descritos na tabela 1 e foram relacionados com a ocorrência ou não do óbito em até 180 dias. A principal topografia do câncer ginecológico foi o útero no corpo (44,5%) ou no colo uterino (29,9%) seguida do câncer de ovário (19,3%) e o de vulva/vagina (6,2%). A maioria (74,1%) não apresentava doença metastática. As pacientes que morreram precocemente tinham escolaridade menor ou igual a 4 anos de estudo (14%), renda maior que 1 salário mínimo (15,1%) e doença metastática (26,8%).

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) de todos os pacientes e de acordo com o óbito está apresentada na tabela 2. Para todas as pacientes, a média no Minimal State Examination (MMSE) foi $21,1 \pm 4,9$. De acordo com o ponto de corte, 32 (11,7%) pacientes tinham o KPS ≤ 50 e 241 (88,3%) > 50 . Em relação a Miniavaliação nutricional (MAN) global, os pacientes que foram classificados como desnutridos foram 90 (32,9%), com risco de desnutrição foram 22 (8,3%) e eutróficos 162 (59,1%). Na Escala de depressão geriátrica (GDS-15) 259 (93%) pacientes tinham uma pontuação compatível com risco normal. De acordo com o IPAQ 133 participantes (48,9%) foram consideradas muito ativas, ativas ou

irregularmente ativas e 139 (51,1%) como sedentárias. Foram consideradas de baixo ou médio risco para queda, 209 (79,2%) pacientes no Timed Up and Go (TUG), de alto risco 55 (20,8%) delas. Ao associar esses instrumentos de avaliação com o óbito precoce, percebe-se que tinham maior risco de morrer em até 180 dias as pacientes que possuíam KPS \leq 50 (46,9%), GDS-15 com risco severo/médio (31,6%), classificadas no IPAQ como sedentárias (19,5%) e TUG de alto risco de queda (27,3%).

A análise da Qualidade de Vida pelo EORTC QLQ-C30, para toda a amostra e de acordo com a ocorrência do óbito precoce, apresenta-se na tabela 3. A mediana do escore para QV global foi 75,0 com o intervalo interquartil de 58,3 a 91,7 enquanto a média foi $71,6 \pm 25,2$. A QV Global ($p < 0,001$) e vários dos seus domínios tiveram diferença de média estatisticamente significativa, entre elas: a função física ($p < 0,001$), o papel social ($p < 0,001$) e a função social ($p = 0,002$). Resultados significativos foram observados entre os sintomas: a presença de sintomas de forma global ($p < 0,001$), a fadiga ($p < 0,001$), a dor ($p < 0,001$), o apetite ($p < 0,001$), náuseas/vômitos ($p < 0,001$) e a constipação ($p < 0,001$).

Na análise multivariada envolvendo dados clínicos e os instrumentos da AGA permaneceram no modelo final como fatores de risco: a topografia do câncer no colo do útero (HR = 2,28; IC 95% 1,18-4,40; $p = 0,014$), a doença metastática (HR = 2,08; IC95% 1,02-4,24; $p = 0,045$) e o Karnofsky \leq 50 (HR = 5,42; IC95% 2,65-11,09; $p = < 0,001$). Após ajustes pelos fatores citados acima a qualidade de vida foi fator de proteção (HR = 0,99; IC95% 0,98-1,00; $p = 0,031$), ou seja, para cada décimo de aumento no escore do QLQ-C30 ocorre um menor risco de óbito, que se situa em torno de 1%.

A figura 1 apresenta as curvas de sobrevida de acordo com a mediana da qualidade de vida global. Foi observada uma probabilidade de sobrevida global entre as pacientes que tiveram o escore na QV global acima da mediana (75) em torno de 94,1% (IC95% 88,0-

97,1%) e entre aquelas com escore menor ou igual a mediana foi 80,8% (IC95% 73,7-86,1%) e esta diferença foi estatisticamente significativa (log rank<0,001).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a qualidade de vida global avaliada pelo EORTC QLQ-C30, controlada pela AGA e por dados clínicos relacionados ao tumor, foi identificada como sendo um fator protetor de baixa intensidade para o óbito em até 180 dias em pacientes com câncer ginecológico, com idade superior ou igual a 60 anos.

Na análise bivariada, as características socioeconômicas e clínicas que foram consideradas relevantes foram a idade de forma contínua, a topografia do tumor e a presença de metástase. Em relação aos instrumentos utilizados na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), os que foram considerados no primeiro modelo para a avaliação da predição do óbito em até 180 dias foram o Índice de Comorbidade de Charlson, Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky, Mini avaliação nutricional global, Escala de Depressão Geriátrica, Questionário Internacional de Atividade Física, risco de queda pelo Timed Up And Go e a Polifarmácia. No entanto na multivariada só permaneceram como fatores de risco a topografia do câncer no colo de útero, a doença metastática e o desempenho funcional ≤ 50 pelo Karnofsky e como fator protetor um melhor escore na qualidade de vida global.

Este estudo demonstra que a topografia do câncer no colo de útero (CCU) é o principal fator de risco para o óbito em até 180 dias mesmo em pacientes idosas. Estudos clínico epidemiológicos demonstram que o CCU vem assumindo a segunda colocação dentre os cânceres mais frequentes entre as mulheres, sendo responsável por aproximadamente 50.000 óbitos por ano em 2015²⁷. Em países com baixo poder econômico, como o Brasil,

a influência de fatores socioeconômicos e culturais interfere diretamente na epidemiologia desta neoplasia. O início precoce da atividade sexual, as múltiplas parcerias, a falta de informações sobre higiene e métodos preventivos favorecem este cenário²⁸.

É importante destacar que o câncer de colo de útero possui métodos que não só permitem sua detecção em estágio pré maligno ou inicial (Papanicolau), como também a sua prevenção, realizada por meio da vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV)^{29,30}. Alguns estudos em idosas observam, ainda, que a baixa adesão ao exame Papanicolau se correlaciona com sentimentos de medo e vergonha. Em estudo realizado em 2012 no Brasil³¹, os pesquisadores justificaram a alta frequência de mulheres idosas com CCU argumentando que não existe indicação formal de rastreamento nas orientações de saúde e que estas realizam menos o teste preventivo aumentando as chances de diagnóstico em fase avançada.

Mulheres idosas não tiveram a oportunidade de se vacinar contra o HPV visto que a implementação da vacinação universal em adolescentes do Sistema Único de Saúde ocorreu em 2014. O agente imunizante oferece proteção contra o HPV16 e o HPV18, ambos responsáveis por mais de 2/3 dos casos de CCU e sendo indicadas para homens e mulheres entre 9 a 26 anos³⁰. Estima-se que através da vacinação, cerca de 70% dos cânceres de colo possam ser evitados, assim como também possam oferecer proteção contra outras doenças anogenitais ocasionadas pelo HPV³². Todos esses fatores, por fim, corroboram para que essas pacientes idosas tenham seu diagnóstico efetivado com doença metastática²⁷.

O presente estudo demonstrou que, a presença de metástase foi um dos principais fatores associados à menores taxas de sobrevida. De acordo com um estudo brasileiro³³, os estadios I e II do CCU, quando detectados, repercutem numa taxa de sobrevida de 100%. É

importante notar ainda que, quando tratada em fase inicial, a doença pode inclusive ser curada, demonstrando novamente a importância de um diagnóstico rápido e precoce, e, mais ainda, de uma prevenção adequada.

Há poucas evidências na literatura da apresentação dos cânceres de vulva, vagina e corpo de útero em doença metastática. A neoplasia de ovário, entretanto, é geralmente detectada em estágios mais avançados, sendo a principal causa de morte entre os cânceres ginecológicos na maioria dos países com alta renda^{34,35}. Isso pode ser explicado pela inexistência de programas públicos de rastreamento e, como consequência, em aproximadamente 80% dos casos o diagnóstico ocorre em estádios III e IV³⁶. Além disso, a heterogeneidade do tumor parece ser muito alta entre os subtipos e dentro de um único tumor, o que representa uma das principais causas de falha do tratamento e de consequente recidiva desta neoplasia³⁴. Nesta coorte, entretanto, apenas 11,3% das 53 idosas com neoplasia de ovário morreram em até 180 dias.

A análise de aspectos da funcionalidade das pacientes apresenta um importante significado devido a relação direta com a necessidade de assistência e cuidados^{37,38}. Em nosso estudo, pacientes que apresentaram KPS menor ou igual a 50, apresentaram risco importante para óbito em até 180 dias. Em estudo realizado sobre a avaliação do desempenho de Karnofsky, a pior funcionalidade física, ou seja, uma menor pontuação neste instrumento, representa um pior prognóstico. Os pacientes que possuem KPS entre 40-10% se apresentam com incapacidade de cuidar de si mesmos e necessitam de maiores cuidados hospitalares, o que denota um sinal de doença mais grave³⁹. No entanto, segundo a literatura⁴⁰, o KPS tem limitações como preditor de óbito por não se apresentar adaptável aos modelos assistenciais modernos. Em sua definição original, os estágios mais baixos dessa escala foram utilizados como critério de internamento hospitalar e de cuidados

especiais, não representando os pacientes que poderiam ter uma abordagem paliativa de final de vida em outros cenários de cuidados diferentes do ambiente hospitalar⁴⁰. A Organização Nacional Americana de Hospice evidencia que a avaliação da performance funcional associado à avaliação de sintomas possui maior precisão em avaliar o risco de risco de óbito nesses pacientes. Observa-se, portanto, que o KPS isoladamente não é considerado um bom preditor de óbito, devendo esse instrumento ser utilizado em associação, por exemplo, com o questionário EORTC-QLQ-C30, para uma visão mais ampla acerca da percepção da qualidade de vida de cada paciente e, assim, como fator de risco para o óbito⁴⁰.

Nesta coorte, o aumento de 1 ponto na qualidade de vida global, repercute em diminuição em aproximadamente 1% no risco de óbito em até 180 dias. Também foi evidenciado que a probabilidade de sobrevida entre as pacientes que tinham um escore maior que a mediana do valor obtido na amostra estudada foi estatisticamente significativa quando comparada com as que tinham um valor inferior ao ponto de corte definido. A qualidade de vida global, em especial na população idosa, relaciona-se com a importância da autopercepção de doença pelos pacientes e à característica autorreferida que a análise da qualidade de vida traz. Essa direção fica clara ao notar que, por ser um instrumento construído pela própria pessoa, é possível avaliar sua percepção sobre os aspectos do seu status de saúde e os aspectos não médicos do cotidiano. Em suma, é a forma que o indivíduo tem de avaliar sua situação pessoal nas várias dimensões abordadas no conceito de qualidade de vida⁴¹.

Através das perguntas propostas sobre a escala da saúde global (EORTC QLQ C-30), o paciente classifica sua saúde e qualidade de vida na última semana sendo possível obter conhecimento e identificar o impacto da doença nesses indivíduos. Dessa maneira, pode

ser instituído um planejamento terapêutico por meio da identificação dos escores com menor pontuação para se obter um plano de cuidados direcionado para a melhora da qualidade de vida dessas pacientes⁴².

Estes achados se aproximam dos apresentados em estudo realizado no Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2019, envolvendo pacientes com diferentes topografias do câncer e do estudo transversal realizado em hospitais no Sul do Brasil em 2018/2019 com pacientes com câncer colorretal com metástase hepática^{38,43}.

A dependência, a persistência de sintomas e alterações físicas e emocionais, modificam a autoestima destas pacientes, favorecem o isolamento social e impulsionam ainda mais o decaimento das funções que elas exercem no seu cotidiano. O avançar da doença impacta negativamente na qualidade de vida global das idosas vivendo com câncer, na sua percepção de bem estar físico, social e emocional.

Assim, este estudo ressalta a importância da avaliação da qualidade de vida como indicador de saúde, em especial em pacientes idosas com câncer. As alterações desse parâmetro refletem no impacto social, emocional, físico, econômico e cognitivo destas pacientes. Reforçam que, é necessária uma manutenção da promoção da prevenção em saúde, do diagnóstico precoce, da oferta pelo SUS da vacinação, do exame Papanicolau e de garantir informações às suas usuárias sobre a sua importância. Uma melhor qualidade de vida global apresenta-se, então, como fator protetor para o óbito precoce controlado por aspectos clínicos e da avaliação geriátrica ampla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra; 2015.
- 2- Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, D.C; 2011.
- 3- Minayo MCS, Hartz ZMA and Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciên Saúde Colet. 2000; 5(1): 7-18.
- 4- Wildiers H, Mauer M, Pallis A, Hurria A, Mohile SG, Luciani A, et al. End points and trial design in geriatric oncology research: a joint European organization for research and treatment of cancer – Alliance for Clinical Trials in Oncology – International Society of Geriatric Oncology position article. J Clin.Oncol. 2013; 31(29): 3711-8.
- 5- Gotay CC, Kawamoto CT, Bottomley A, Efficace F. The prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. J Clin.Oncol. 2008; 26(8):1355–63.
- 6- Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [online]. Brasília, Brasil; 2008. [acesso 4 mai 2021]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

- 7- Hurria A, Naylor M, Cohen HJ. Improving the quality of cancer care in an aging population: recommendations from an IOM report. *JAMA*. 2013; 310(17): 1795-6.
- 8- Smith BD, Smith GL, Hurria A, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Future of Cancer Incidence in the United States: Burdens Upon an Aging, Changing Nation. *J Clin Oncol*. 2009; 27(17): 2758-65.
- 9- Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol*. 2011; 29(25): 3457-65.
- 10- Schilithz A, Lima F, Oliveira J, Santos M, Rebelo M. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- 11- Coelho VM, Haddad CAS Disfunções sexuais em mulheres pós câncer ginecológico e qualidade de vida. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa* [periódico online]. abr./jun. 2021 [acesso em 15 de setembro 2021]; 18(51): 44-56. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1421>)
- 12- Santos MS, Nery IS, Luz MH, Brito CM, Bezerra SM. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico online]. Jun 2011 [acessado 15 setembro 2021] 64 (3): 465-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300009>.

- 13- Ribeiro JF, da Silva Araújo KR, Campelo V, Fortes Figueredo ML, Vilarouca da Silva AR. Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [periódico online]. 2016, [acessado 15 setembro 2021] 6(2): 63-67 Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463798004>
- 14- Hurria A, Cirrincione CT, Muss HB, Kornblith AB, Barry W, Artz AS, et al. Implementing a geriatric assessment in cooperative group clinical cancer trials: CALGB 360401. *J Clin Oncol*. 2011; 29(10): 1290-6.
- 15- Minayo MCS, Firmo JOA. Longevidade: bônus ou ônus? *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 17]; 24(1): 4-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100004&lng=en.
- 16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da População por Sexo e Idade para o Período 2000/2060, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o período 2000/2030*. Rio de Janeiro; 2013.
- 17- World Health Organization (WHO). *World health statistics 2015*. Geneva; 2015.
- 18- International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Practice guideline: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients*. Geneva; 2011.

- 19- Ramjaun A, Nassif MO, Krotneva S, Huang AR, Meguerditchian NA. Improved targeting of cancer care for older patients: a systematic review of the utility of comprehensive geriatric assessment. *J Geriatr Oncol.* 2013; 4(3): 271-81.
- 20- Hurria A, Levit LA, Dale W, Mohile SG, Muss HB, Fehrenbacher L, et al. Improving the evidence base for treating older adults with cancer: American Society of Clinical Oncology statement. *J Clin Oncol.* 2015; 33(32): 3826-33.
- 21- Silay K, Akinci S, Silay YS, Guney T, Ulas A, Akinci MB, et al. Hospitalization risk according to geriatric assessment and laboratory parameters in elderly hematologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015; 16: 783-6.
- 22- Yabroff KR, Lamont EB, Mariotto A, Warren JL, Topor M, Meekins A, et al. Cost of care for elderly cancer patients in the United States. *J Natl Cancer Inst.* 2008; 100(9): 630-41.
- 23- Dueck AC, Mendoza TR, Mitchell AS, Reeve BB, Castro KM, Rogak LJ, et al. Validity and Reliability of the US National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). *JAMA Oncol.* 2015; 1(8): 1051-9.
- 24- Luo J, Kesselheim AS. Underrepresentation of Older Adults in Cancer Trials. *JAMA.* 2014; 311(9): 965-6.

- 25- Lima JT De O. Sobrevida e fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos [tese]. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
- 26- Fayers PM, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC QLQ-C30 scoring manual: this manual is intended to assist users with scoring procedures for the QLQ-C30 version 3 and earlier, and the QLQ supplementary modules. 3rd ed. Brussels: EORTC; 2001.
- 27- Ribeiro JF, Araújo KR Da S, Campelo V, Figueiredo M Do LF, Silva ARV Da. Aspectos sociodemográfico e clínico da mulher idosa com câncer de colo do útero. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção (Internet). 2016;6(2):63-67.
- 28- Coelho VM; Haddad CAS. Disfunções sexuais em mulheres pós câncer ginecológico e qualidade de vida. RUEP. 2021; 18 (51): 44-56.
- 29- Santos MS Dos; Nery IS; Luz MHBA; Brito CMS De; Bezerra SMG. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011; 64 (3):465-471.
- 30- Zardo GP; Farah FP; Mendes FG; Franco CAG Dos S; Molina GVM; Melo GN De; et al. Vacina como agente de imunização contra o HPV. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(9): 3799-3808

- 31- huler CS; Bergmann A; Casado L. Perfil das pacientes com Câncer do Colo do Útero no Brasil, 2000-2009: Estudo de Base Secundária. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58 (3): 351-357
- 32- Nadal SR; Manzione R. Vacinas contra o Papilomavirus humano. *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2006; 26(3): 337-340.
- 33- Nakagawa JT; Espinosa MM; Barbieri M; Schirmer J. Carcinoma do colo do útero: taxa de sobrevida e fatores prognósticos em mulheres no estado de mato grosso. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(5): 631-637, 2011.
- 34- Kossai M; Leary A; Scoazec J; Genestie C. Ovarian Cancer: a heterogeneous disease. *Pathobiology*. 2017; 85 (2): 41-49.
- 35- Menon U. Ovarian cancer screening. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 171 (4): 323-324.
- 36- Gaona-Luviano P; Medina-Gaona LA; Magaña-Pérez K. Epidemiology of ovarian cancer. *Chinese Clinical Oncology*. 2020; 9 (4): 47-47.
- 37- Ahlam A; Hind M; Rahou BH; Rachid R; Hassan E. Quality of life of Moroccan patients on the palliative phase of advanced cancer. *BMC Research Note*. 2019; 12 (1): 1-6.

- 38- Silva IBS; Júnior J De RM; Almeida J Dos S; Cutrim DSP; Sardinha AH De L. Avaliação da Qualidade de vida de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia. 2020; 66(3): e-121122.
- 39- Péus D; Newcomb N; Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2013; 13 (1):1-7.
- 40- Júnior MM. Avaliação de escore preditor de mortalidade em pacientes com tumor sólido avançado [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011
- 41- Seidl EMF; Zannon CML Da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20 (2): 580-588.
- 42- Fransceschini J; Jardim JR; Fernandes LG; Jamnik S; Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2010; 36 (5): 595-602.
- 43- Tomim DH; Nogueira L De A; Koller FJ; Machado CAG; Kalinke LP. Qualidade de vida de pacientes com metástase hepática em decorrência de câncer colorretal. Revista Baiana de Enfermagem. 2022; 36(1): e-43943

Tabela 1 – Distribuição e análise bivariada das características socioeconômicas e clínicas de acordo com o óbito em até 180 dias da coorte de 274 mulheres com câncer ginecológico acompanhadas na Oncogeriatría. IMIP, janeiro de 2015 a novembro de 2021

VARIÁVEIS	TODOS	ÓBITO		Hazard Ratio (IC95%)	p
		EM ATÉ 180 DIAS NÃO	SIM		
Total n (%)	274 (100)	237 (86,5)	37 (13,5)		
SOCIOECONÔMICAS					
Idade (anos)				1,05(1,01-1,09)	0,010
• Extremos média ±DS	61 -102; 73,6±7,6	73,1±7,2	76,6±9,4		
• Mediana IIQ	72; 68 a78				
• Faixa etária					
• < 70	96 (35,0)	86 (89,6)	10 (10,4)	1,00	
• 70 a 79	123 (44,9)	110 (89,4)	13 (10,6)	1,04(0,45-2,36)	0,932
• ≥ 80	55 (20,1)	41 (74,6)	14 (25,4)	2,56(1,14-5,77)	0,023
Origem					
• Região metropolitana de Recife	177 (64,6)	152 (85,9)	25 (14,1)	1,00	
• Interior de Pernambuco/ Outro estado	97 (35,4)	85 (87,6)	12 (12,4)	0,89(0,45-1,76)	0,730
Escolaridade (anos) n=273					
• ≥ 4	88 (32,2)	78 (88,6)	10 (11,4)	1,00	
• < 4	185 (67,8)	159 (86,0)	26 (14,0)	1,27(0,61-2,64)	0,519
Tabagismo atual ou progresso n=271					
• Não	163 (60,2)	142 (87,1)	21 (12,9)	1,00	
• Sim	108 (39,8)	95 (88,0)	13 (12,0)	0,93(0,47-1,86)	0,842
Etilismo atual ou progresso n=271					
• Não	175 (64,6)	151 (86,3)	24 (13,7)	1,00	
• Sim	96 (35,4)	86 (87,5)	10 (10,4)	0,72(0,35-1,52)	0,393
Renda (salários mínimos)					
• >1 (menor risco = 0)	185 (67,5)	157 (84,9)	28 (15,1)	1,00	
• ≤ 1 (maior risco – 1)	89 (32,5)	80 (89,9)	9 (10,1)	0,64(0,30-1,35)	0,239
CLÍNICAS					
Topografia do tumor					
• Colo do útero	82 (29,9)	65 (79,3)	17 (20,7)	2,22(1,06-4,65)	0,034
• Corpo do útero	122 (44,5)	110 (90,2)	12 (9,8)	1,00	
• Ovário	53 (19,3)	47 (88,7)	6 (11,3)	1,17(0,44-3,13)	0,748
• Vulva/vagina	17 (6,2)	15 (88,2)	2 (11,8)	1,23(0,28-5,51)	0,784
Presença de metástase					
• Sim	71(25,9)	52 (73,2)	19 (26,8)	3,45(1,81-6,57)	<0,001
• Não	203 (74,1)	185 (91,1)	18 (8,9)	1,00	

Tabela 2 –Avaliação geriátrica ampla (AGA) e análise bivariada de acordo com óbito em até 180 dias da coorte de 274 mulheres idosas com câncer ginecológico acompanhadas na Oncogeriatría. IMIP, janeiro 2015 a novembro de 2021

Instrumentos da Avaliação Geriátrica Ampla	ÓBITO EM ATÉ 180 DIAS			Hazard Ratio (IC95%)*	p valor
	NÃO	SIM			
Índice de Comorbidade de Charlson n=274					<0,001
≤ 2 comorbidades	199 (72,6)	173 (86,9)	26 (13,1)	1,00	
> 2 comorbidades	75 (27,4)	64 (85,3)	11 (14,7)	1,16(0,57-2,34)	0,687
Escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS) n=273					
>50	241 (88,3)	220 (91,3)	21 (8,7)	7,38(3,79-14,34)	<0,01
≤ 50	32 (11,7)	17 (53,1)	15 (46,9)	1,00	
Miniavaliação nutricional (MAN Global) n=274					
Desnutrido (<17)	90 (32,9)	71 (78,9)	19 (21,1)	9,72(3,85-24,50)	<0,001
Risco de desnutrição (≥17- ≤ 23,5)	22 (8,03)	13 (59,1)	9 (40,9)	4,20(1,90-9,27)	<0,001
Eutrofico (> 23,5)	162 (59,1)	153 (94,4)	9 (5,6)	1,00	
Escala de depressão geriátrica (GDS- 15) n= 273					
Normal (0–9)	254 (93,0)	224 (88,2)	30 (11,8)	1,00	
Risco médio /severo (≥10)	19 (7,0)	13 (68,4)	6 (31,6)	2,77(1,15-6,65)	0,023
Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ n=272					
Muito ativo, ativo ou irregularmente ativo	133 (48,9)	124 (93,2)	9 (6,8)	1,00	
Sedentário	139 (51,1)	112 (80,5)	19 (19,5)	3,08(1,45-6,54)	0,004
Timed Up and Go (TUG) – Risco de queda n = 264					
Baixo risco ou médio risco	209 (79,2)	192 (91,9)	17 (8,1)	1,00	
Alto risco	55 (20,8)	40 (72,7)	15 (27,3)	3,87(1,93-7,74)	<0,001
Polifarmácia					
< 5	226 (82,8)	201 (88,9)	25 (11,1)	1,00	
≥ 5	47 (17,2)	36 (76,6)	11 (23,4)	2,23(1,10-4,53)	0,027

*Análise bivariada pela regressão dos riscos proporcionais de Cox

Tabela 3 - Comparação entre os escores da qualidade de vida na admissão entre as pacientes sobreviventes e as que foram a óbito em até 180 dias. Coorte de 274 pacientes idosas com câncer ginecológico acompanhadas na Oncogeriatría do IMIP, janeiro 2015 a novembro de 2021

VARIÁVEIS	TODOS OS PACIENTES média ± DP	ÓBITO EM ATÉ 180 DIAS		Diferença entre as médias (IC95%)	P*
		NÃO média ± DP 274	SIM média ± DP 37		
QV Global	71,6 ± 25,2	73,8 ± 24,1	57,9 ± 27,6	15,9	<0,001
FUNÇÕES	70,1±21,7	72,6 ± 20,3	54,2 ± 23,7	18,5	<0,001
• Função Física	65,2 ± 29,0	68,2 ± 26,9	45,6 ± 34,6	22,7	<0,001
• Papel social	69,8 ± 35,2	74,3 ± 32,5	41,00 ± 38,8	33,3	<0,001
• Função Cognitiva	78,7 ± 24,0	80,2 ± 23,6	68,9 ± 24,3	11,3	0,007
• Função Emocional	68,6 ± 32,2	70,0 ± 31,6	60,1 ± 34,8	9,8	0,084
• Função Social	77,4 ± 32,5	79,7 ± 31,3	62,2 ± 35,9	17,6	0,002
SINTOMAS	23,8 ± 18,7	21,4 ± 17,0	39,3 ± 21,7	-17,9	<0,001
• Fadiga	27,7 ± 27,9	24,5 ± 25,6	48,3 ± 33,4	-23,9	<0,001
• Dor	34,1 ± 35,2	30,7 ± 34,1	55,9 ± 34,7	-25,2	<0,001
• Dispneia	5,6 ± 17,6	5,6 ± 18,1	5,4 ± 14,7	0,2	0,944
• Insônia	27,0 ± 35,1	26,2 ± 34,4	32,4 ± 38,9	-6,3	0,313
• Apetite	27,3 ± 37,1	23,8 ± 34,8	49,5± 44,2	-25,8	<0,001
• Náusea	11,1 ± 22,1	8,6 ± 18,1	26,6 ± 35,7	-17,9	<0,001
• Constipação	27,1 ± 38,6	23,8 ± 36,7	48,6 ± 43,4	-24,9	<0,001
• Diarreia	7,4± 22,0	7,6 ± 22,3	6,3 ± 20,5	1,3	0,742
• Problemas Financeiros	42,1 ± 42,7	39,5 ± 42,4	58,6 ±41,1	-19,0	0,011

*Diferença entre médias avaliada pelo teste t de Student

Tabela 4 – Análise multivariada para os fatores de risco para a óbito em até 180 dias da coorte de 274 pacientes idosas com câncer ginecológico acompanhadas na Oncogeriatrics do IMIP, janeiro 2015 a novembro de 2021.

VARIÁVEIS	Hazard Ratio ajusted HRa	(IC95%)	p
Topografia do câncer no colo do útero	2,28	1,18-4,40	0,014
Presença de metástase	2,08	1,02-4,24	0,045
Karnofsky \leq 50	5,42	2,65-11,09	<0,001
Qualidade de vida global	0,99	0,98-1,00	0,031

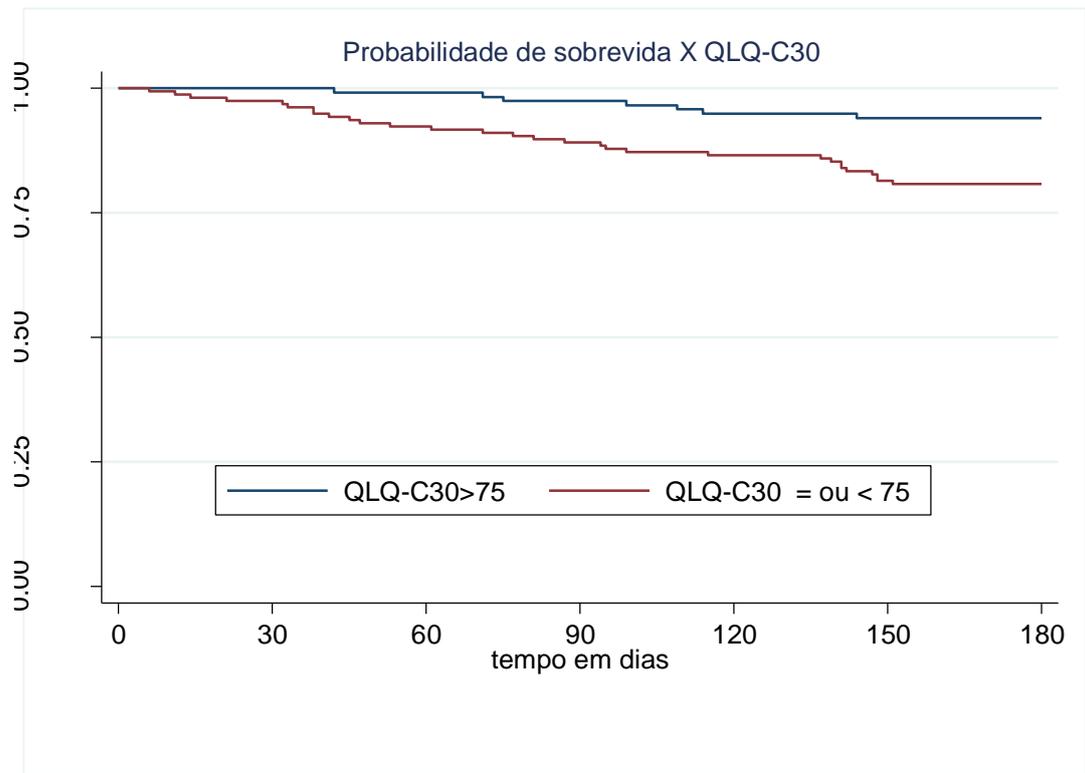


Figura 1 – Probabilidade de sobrevida global (método Kaplan Meier) em até 180 dias de acordo com a mediana da Qualidade de vida global determinada pelo QLQ-C30 da EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) de coorte de 274 pacientes idosas com câncer ginecológico acompanhadas na Oncogeriatría do IMIP, janeiro 2015 a novembro de 2021