



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA –
PIBIC/CNPq

EDUARDO EUDES NÓBREGA DE ARAÚJO
JOÃO GABRIEL VIANA MELO
VALÉRIA GARDENEY DE LACERDA LOPES

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM CÂNCER COLORRETAL COMO
FATOR PROGNÓSTICO PARA O ÓBITO PRECOCE: ESTUDO DE COORTE**

Recife - PE

2025

EDUARDO EUDES NÓBREGA DE ARAÚJO
JOÃO GABRIEL VIANA MELO
VALÉRIA GARDENEY DE LACERDA LOPES

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM CÂNCER COLORRETAL COMO
FATOR PROGNÓSTICO PARA O ÓBITO PRECOCE: ESTUDO DE COORTE**

Artigo científico apresentado na Jornada de Iniciação Científica do IMIP como parte da avaliação do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP) 2024-25.

Estudante bolsista PIBIC CNPq IMIP: João Gabriel Viana Melo

Estudantes colaboradores: Eduardo Eudes Nóbrega de Araújo
Valéria Gardeney de Lacerda Lopes

Orientadora: Dr^a Jurema Telles de Oliveira Lima

Coorientadora: Dr^a Maria Júlia Gonçalves de Mello

Recife - PE

2025

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A qualidade de vida enfatiza a percepção dos indivíduos sobre a satisfação das necessidades de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que fazendo parte da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), a avaliação da qualidade de vida seja realizada nos pacientes idosos com câncer. O câncer colorretal representa uma das neoplasias mais incidentes e a segunda principal causa de morte por câncer na população idosa. Há uma notável lacuna de estudos no Brasil que investiguem o valor preditivo da qualidade de vida para o óbito precoce, em idosos com câncer colorretal. **Objetivo:** Avaliar se a Qualidade de Vida Global (QVG), no momento do diagnóstico do câncer colorretal, é fator preditivo para óbito em até 180 dias. **Método:** Coorte retrospectiva envolvendo idosos (60+) com câncer colorretal que realizaram Avaliação Geriátrica Ampla, incluindo o *Core Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) na admissão na Oncogeriatría do IMIP, no período de 2015 a 2021. Foram coletados dados sociodemográficos e da doença de base. O desfecho estudado foi o óbito em até 180 dias. Na análise estatística no Stata 13.0, o teste t de Student foi utilizado para comparação das médias da QVG entre os óbitos e os sobreviventes e a regressão dos riscos proporcionais de Cox para determinar os fatores de risco para o óbito. A sobrevida global foi determinada pelo método de Kaplan Meier. **Resultados:** A coorte envolveu 289 participantes com câncer colorretal (55,7% mulheres) e 15,9% foram a óbito em 180 dias. A análise multivariada identificou a QVG como possível fator protetor para o óbito (HRa=0,99 IC95% 0,97-1,00 p=0,07) assim como a renda acima de um salário (HRa=0,49 IC95% 0,25-0,97 p=0,041) enquanto o etilismo (HRa=2,41 IC95% 0,25-0,97 p=0,041), baixa funcionalidade (HRa=2,99 IC95% 1,45-6,17 p=0,003) e metástase (HRa=3,14 IC95% 1,66-5,94 p<0,001) foram fatores de risco. A sobrevida global estimada foi de 84,9%. **Conclusões:** Melhor qualidade de vida global no momento do diagnóstico tem uma tendência protetora para a ocorrência do óbito em 180 dias em pacientes

com câncer colorretal quando controlada por fatores socioeconômicos, clínicos e da funcionalidade.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Idoso; Neoplasias Colorretais; Mortalidade; Avaliação Geriátrica.

RESUMO

Objetivo: Avaliar se a Qualidade de Vida Global (QVG), no momento do diagnóstico do câncer colorretal, é fator preditivo para óbito em até 180 dias. **Método:** Coorte retrospectiva envolvendo idosos (60+) com câncer colorretal que realizaram Avaliação Geriátrica Ampla, incluindo o *Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)* na admissão na Oncogeriatría do IMIP, no período de 2015 a 2021. Foram coletados dados sociodemográficos e da doença de base. O desfecho estudado foi o óbito em até 180 dias. Na análise estatística no Stata 13.0, o teste t de Student foi utilizado para comparação das médias da QVG entre os óbitos e os sobreviventes e a regressão dos riscos proporcionais de Cox para determinar os fatores de risco para o óbito. A sobrevida global foi determinada pelo método de Kaplan Meier. **Resultados:** A coorte envolveu 289 participantes com câncer colorretal (55,7% mulheres) e 15,9% foram a óbito em 180 dias. A análise multivariada identificou a QVG como possível fator protetor para o óbito (HRa=0,99 IC95% 0,97-1,00 p=0,07) assim como a renda acima de um salário (HRa=0,49 IC95% 0,25-0,97 p=0,041) enquanto o etilismo (HRa=2,41 IC95% 0,25-0,97 p=0,041), baixa funcionalidade (HRa=2,99 IC95% 1,45-6,17 p=0,003) e metástase (HRa=3,14 IC95% 1,66-5,94 p<0,001) foram fatores de risco. A sobrevida global estimada foi de 84,9%. **Conclusões:** Melhor qualidade de vida global no momento do diagnóstico tem uma tendência protetora para a ocorrência do óbito em 180 dias em pacientes com câncer colorretal quando controlada por fatores socioeconômicos, clínicos e da funcionalidade. **Palavras-chave:** Qualidade de vida; Idoso; Neoplasias Colorretais; Mortalidade; Avaliação Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate whether Global Quality of Life (GQL) at the time of colorectal cancer diagnosis is a predictive factor for death within 180 days. **Method:** A retrospective cohort study involving elderly patients (60+) with colorectal cancer who underwent a Comprehensive Geriatric Assessment, including the Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30), upon admission to the Oncogeriatrics department at IMIP between 2015 and 2021. Sociodemographic and underlying disease data were collected. The outcome studied was death within 180 days. For statistical analysis in Stata 13.0, Student's t-test was used to compare the mean GQL between those who died and those who survived, and Cox proportional hazards regression was used to determine risk factors for death. Overall survival was determined by the Kaplan-Meier method, and the difference was evaluated by the log-rank test. **Results:** The cohort included 289 participants with colorectal cancer (55.7% women), and 15.9% died within 180 days. Multivariate analysis identified GQL as a possible protective factor (HRa=0.99 95% CI 0.97-1.00 p=0.07), as was an income above one minimum wage (HRa=0.49 95% CI 0.25-0.97 p=0.041), while alcohol abuse (HRa=2.41 95% CI 0.25-0.97 p=0.041), low functionality (HRa=2.99 95% CI 1.45-6.17 p=0.003), and metastasis (HRa=3.14 95% CI 1.66-5.94 p<0.001) were risk factors. The estimated overall survival was 84.9%. **Conclusions:** Better global quality of life at the time of diagnosis has a protective tendency against death within 180 days in patients with colorectal cancer, when controlled for socioeconomic, clinical, and functional factors.

Keywords: Quality of Life; Aged; Colorectal Neoplasms; Mortality; Geriatric Assessment.

1. INTRODUÇÃO

A qualidade de vida apresenta conceito amplo e subjetivo, em que enfatiza a percepção dos indivíduos sobre a satisfação das necessidades de vida. Em saúde, representa a contínua busca pelo bem-estar dos pacientes¹ e, em relação aos idosos, é sobreposta pela fragilidade decorrente de condições crônicas e degenerativas, nas quais podem-se destacar as neoplasias, cada vez mais incidentes nessa faixa etária¹⁻².

Dados do relatório de 2025 da *American Cancer Society* indicam que o câncer colorretal é o terceiro tipo de câncer mais incidente em ambos os sexos (excluindo câncer de pele não melanoma). Globalmente, esta incidência é maior a partir de 60 anos e nesta faixa etária representa a segunda principal causa de morte por câncer³.

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no período entre 1996-2022, a partir de 60 anos, as neoplasias malignas representaram a segunda causa de morte, antecedida apenas por doenças cardiocirculatórias⁶. Em relação ao triênio de 2023-2025, foi estimado, a partir dos dados do INCA, que o câncer colorretal será, no Brasil, o segundo de maior incidência⁴.

A avaliação da qualidade de vida, com destaque para pacientes idosos com neoplasias malignas, tem sido largamente utilizada na análise de impactos que o câncer e o seu tratamento apresentam na saúde desse grupo, considerado um dos mais afetados por essas doenças^{5,6,7}. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo tem papel central na construção da qualidade de vida, de acordo com a própria percepção da sua inserção no contexto cultural, bem como das suas perspectivas quanto aos objetivos e preocupações⁶.

A percepção acerca da qualidade de vida e sua importância nos pacientes idosos em tratamento oncológico é uma recomendação das principais sociedades científicas, visando estabelecer padrões para o acompanhamento e possíveis intervenções. No modelo atual de avaliação do paciente idoso, denominado Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)^{8,9}, recomendado

pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC), o *Core Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) ¹⁰ se destaca como uma das ferramentas utilizadas. O QLQ-C30 é um questionário validado no português brasileiro, que envolve diferentes aspectos da qualidade de vida.

Diversos são os estudos que avaliam a qualidade de vida do paciente idoso^{2,11}, contudo há escassez de pesquisas que tratam da avaliação da qualidade de vida do idoso com câncer colorretal no momento do diagnóstico. As publicações no Brasil são escassas e não foram encontrados artigos sobre o valor preditivo desta avaliação para o óbito precoce ^{12,13}. Com isso, objetiva-se, neste estudo, avaliar se no momento do diagnóstico de câncer colorretal, a Qualidade de Vida Global (QVG) entre outros aspectos da Avaliação Geriátrica Ampla é fator preditivo independente para o óbito em até 180 dias.

2. MÉTODO

Estudo tipo coorte retrospectiva vinculado ao projeto âncora, “Fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos: estudo de coorte prospectivo”. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Oncogeriatría do IMIP, hospital quaternário, localizado em Recife, Pernambuco, inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram obtidos dados dos pacientes arrolados na coorte da Oncogeriatría no período de janeiro de 2015 a novembro de 2021 e a amostra foi composta por pacientes idosos com câncer colorretal, presentes no banco de dados, que responderam ao questionário QLQ-C30. As informações estavam armazenadas no banco de dados *online* (www.cpqam.fiocruz.br/iras) no sistema ASPX versão X Ev2 MS SQL SERVER versão 2008 R2 e foram disponibilizadas por solicitação dos pesquisadores.

Os pacientes incluídos tinham idade igual ou superior a 60 anos no momento de admissão na coorte e possuíam diagnóstico recente de câncer colorretal, confirmado mediante

análise histopatológica, citológica ou imuno-histoquímica. Foram excluídos da coorte os pacientes submetidos a tratamento oncológico prévio, exceto o tratamento cirúrgico.

As variáveis independentes incluídas no estudo foram as sociodemográficas, clínicas relativas ao tumor, os instrumentos que foram aplicados na Avaliação Geriátrica Ampla e a Qualidade de vida avaliada pelo Questionário QLQ-C30, enquanto o desfecho foi o óbito e o tempo de sobrevivência em até 180 dias.

O questionário QLQ-C30, instrumento traduzido e validado para a população brasileira, é utilizado para avaliação da qualidade de vida para diferentes tipos de câncer, contém 30 questões e abrange cinco domínios da função (física, global, cognitiva, emocional e social), um de saúde global, oito escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea/vômito dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação e diarreia) e uma de dificuldades financeiras. Os escores foram calculados de acordo com o protocolo proposto pelo QLQ-C30^{14,15}. Em relação às escalas funcionais e de estado de saúde global, maiores pontuações indicarão uma melhor qualidade de vida. Para as escalas de sintomas, maiores pontuações corresponderão à pior qualidade de vida.

A partir do banco de dados do projeto âncora, foi construída uma planilha Excel[®] com as variáveis selecionadas e as análises foram realizadas no software Stata 13.0. A análise descritiva envolveu as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e a frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para a comparação das médias dos escores dos domínios de qualidade de vida, entre aqueles que evoluíram ou não para o óbito dentro de 180 dias, foi inicialmente realizado o teste de Shapiro Wilk, com objetivo de definir o tipo de distribuição de cada variável. Nas variáveis com distribuição não normal, foi utilizado o Mann-Whitney (também chamado Wilcoxon rank-sum) enquanto para a variável com distribuição normal foi realizado o teste t de *Student*.

Foi utilizado o modelo de regressão dos riscos proporcionais de Cox para a seleção dos possíveis fatores de risco no tempo até o óbito utilizando o modelo *backward*. As variáveis com

$p < 0,20$ na univariada e aquelas consideradas como de plausibilidade biológica (idade e topografia do câncer) foram incluídas no modelo inicial da multivariada. Permaneceram no modelo final as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) ajustadas pela idade, topografia do câncer e qualidade de vida.

O tempo de sobrevida foi calculado a partir da data da admissão na coorte até a ocorrência do óbito ou censura em até 180 dias e realizada a curva de sobrevida com os intervalos de confiança a 95%, empregando o método de Kaplan Meier.

O projeto âncora sob o CAAE nº 14925113.9.0000.5201. foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP em 11 de junho de 2014. Todos os participantes envolvidos na pesquisa foram incluídos após concordarem voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A presente pesquisa teve início após consulta ao CEP do IMIP com envio de uma ementa, atualização junto à plataforma Brasil com o grupo de pesquisadores e objetivos do estudo. Para a análise, o banco de dados não apresentou os dados sensíveis, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nº 13.709/2018. Os pesquisadores declaram não possuir conflitos de interesse.

3. RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída de 289 participantes, dos quais 46 (15,9%) foram a óbito no período de 180 dias. As características sociodemográficas, hábitos de vida e relacionadas ao câncer colorretal estão apresentadas na tabela 1. Os extremos de idade foram 61 a 100 anos, com uma média de 74,7 e a mediana de 73 anos. Entre os sobreviventes, a média de idade foi $74,2 \pm 7,2$ e entre os que foram a óbito foi $77,1 \pm 7,3$ anos com uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,016$).

A coorte foi composta principalmente por mulheres (55,7%), sem diferença significativa do sexo entre os sobreviventes e os óbitos ($p=0,599$). A maioria dos pacientes (57,8%) possuía

mais de 8 anos de estudo e a escolaridade não se mostrou estatisticamente diferente entre os grupos ($p=0,104$).

Mais da metade dos participantes (58,8%) apresentava *renda per capita* inferior a um salário-mínimo sem diferença significativa na distribuição de renda entre os grupos de sobreviventes e óbitos ($p=0,052$). Os pacientes eram procedentes principalmente do Recife (33,9%) e Região Metropolitana (38,4%), sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,421$). O etilismo e o tabagismo atual ou pregresso foram relatados por 48,8% e 48,1% dos pacientes respectivamente com uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A topografia tumoral mais frequente foi o cólon (60,9%), seguido pelo retossigmoide (35,6%) e ânus e canal anal (3,5%). Não houve uma diferença significativa na topografia tumoral entre os grupos de sobreviventes e óbitos ($p=0,782$). A presença de metástase foi observada em 30,5% dos pacientes no momento da admissão na coorte e foi significativamente diferente entre os grupos ($p<0,001$).

Os resultados das ferramentas utilizadas na avaliação geriátrica ampla estão apresentados na tabela 2. A maioria dos participantes (69,2%) apresentou um Índice de comorbidades de Charlson (ICC) ≤ 2 , e foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de sobreviventes e óbitos ($p=0,006$). Na Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky, (88,5%) apresentaram pontuação >50 , indicando melhor desempenho funcional, com uma diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$).

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi realizado em toda a amostra e a maioria (79,2%) obteve resultado normal, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,331$). O Risco de queda foi avaliado em 280 (97%) participantes e 83,6% foram classificados com baixo risco e a análise demonstrou uma diferença significativa entre os grupos ($p=0,004$). A Avaliação nutricional - versão reduzida (MAN-VR) foi aplicada em toda

a coorte e identificou que 63,7% estavam em risco de desnutrição ou desnutridos. com uma diferença significativa no estado nutricional entre os grupos ($p=0,025$).

Os dados mensurados pelo questionário QLQ-C30 estão apresentados na tabela 4, que compara o desempenho dos pacientes que foram a óbito em até 180 dias com o dos sobreviventes. Na análise do domínio de qualidade de vida global, a média da pontuação foi de 74,3 para todos os participantes. Não se observou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com os sobreviventes relatando uma média de 7,6 superior à dos pacientes que foram a óbito.

Na análise dos domínios funcionais, os sobreviventes apresentaram pontuações médias consistentemente mais elevadas em comparação com os óbitos, em todas as áreas avaliadas. A maior diferença foi observada no domínio de Desempenho Físico, onde a média dos sobreviventes foi de 74,0, comparada a 47,4 para os que foram a óbito.

Os pacientes que foram a óbito reportaram uma sintomatologia significativamente maior que os sobreviventes: as médias de pontuação de fadiga, dor, náuseas e vômitos, insônia e perda de apetite foram significativamente mais elevadas. Não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na análise referente às dificuldades financeiras, nem para os sintomas de constipação e diarreia.

Realizou-se análise bivariada e multivariada dos riscos proporcionais de Cox, visualizada na Tabela 4. Na bivariada foram selecionadas para o modelo inicial da multivariada as seguintes variáveis: idade dos participantes, escolaridade, renda familiar, etilismo, tabagismo, doença metastática, comorbidades, variáveis funcionais, como o desempenho pela Escala de Karnofsky, risco de queda pelo *Timed Get Up and Go Test* além do estado nutricional e da qualidade de vida global.

Na análise multivariada permaneceram as variáveis ajustadas por aquelas consideradas como de plausibilidade biológica (idade e topografia do tumor). Como fatores protetores foram

identificados ter uma renda per capita superior a um salário mínimo (HRa=0,49; IC95%=0,25-0,97; p=0,041) e a qualidade de vida global (HRa=0,99; IC95%=0,97-1,00 p=0,070); como fatores de risco o etilismo pregresso ou atual (HRa=2,41; IC95%=0,25-0,97 p=0,041), a doença metastática (HRa=3,14; IC95%=1,66-5,94 p<0,001) e o desempenho funcional pela escala de Karnofsky abaixo de 50% (HRa=2,99; IC95%=1,45-6,17 p=0,003).

A análise de sobrevida, ilustrada na curva de Kaplan-Meier (Figura 1), demonstrou uma sobrevida global de 84,9% (IC 95%: 79,3-87,8) após 180 dias de acompanhamento.

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo de coorte retrospectiva ressaltam a relevância da Avaliação Geriátrica Ampla na predição do óbito precoce (até 180 dias) em pacientes idosos com câncer. A análise de riscos proporcionais de Cox demonstrou que a qualidade de vida global deve ser considerada como um possível fator protetor independente, mesmo após o ajuste por condições sociodemográficas, hábitos de vida e características da doença principalmente a doença metastática. Esses resultados sugerem que, para além de marcadores clínicos tradicionais, aspectos relacionados ao bem-estar subjetivo podem ter papel determinante na evolução desses pacientes.

A sobrevida global em 180 dias foi em torno de 85% não tendo sido verificado na literatura brasileira dados para comparação, visto que os estudos avaliam a sobrevida em 5 anos, com grande variação entre as regiões brasileiras, mas com uma tendência ao aumento em serviços específicos. Foi relatada sobrevida global em 5 anos de 68,4% em estudo de coorte retrospectivo realizado em Curitiba, Brasil com análise do registro hospitalar de câncer e de prontuários de pacientes com câncer colorretal tratados entre 2015 e 2016, com acompanhamento até janeiro de 2022²⁰.

Na caracterização demográfica dos participantes foi observada uma leve predominância do sexo feminino, o que difere de outros estudos realizados com esta faixa etária¹⁶. Mais da

metade dos participantes apresentaram mais de 8 anos de estudos, escolaridade superior a descrita em uma população de idosos do sul do Brasil¹⁶. Associada ao envelhecimento, ter uma escolaridade adequada, permitiria obter melhor acesso aos serviços de saúde. Esse grupo possui maior chance de compreender e seguir novas orientações, sendo sua percepção de qualidade de vida menos afetada⁸.

Entre os participantes da pesquisa, a topografia tumoral mais comum foi a do cólon e ausência de metástase, o que condiz com os dados da literatura¹⁶. A doença metastática indica uma fase avançada do câncer, com comprometimento sistêmico, o que corrobora o achado do estudo, o qual demonstra uma diferença significativa nos pacientes que foram a óbito de forma precoce. No entanto, em relação à topografia tumoral, não houve diferença significativa entre o grupo de sobreviventes e o de pacientes que foram a óbito, o que difere de um estudo realizado no Paraná, que embora não tenha avaliado o óbito precoce, demonstrou a topografia retal como um fator de risco para pior prognóstico⁸.

Na análise bivariada, diversos fatores apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho, incluindo idade, renda per capita, etilismo, presença de metástases, comorbidades (Índice de Charlson), desempenho funcional (Karnofsky), risco de queda, avaliação nutricional (MAN-VR) e qualidade de vida global. Esses achados são consistentes com a literatura, que destaca a influência multifatorial no prognóstico de pacientes oncológicos, especialmente em fases avançadas da doença²⁰.

A carga de comorbidades, mensurada pelo Índice de Charlson, se mostrou um fator significativo, validando a aplicação deste instrumento para estratificar o risco em populações oncológicas. Da mesma forma, o estado nutricional, avaliado pela MAN-VR, e o risco de quedas, pelo teste Timed Get Up and Go, foram significativamente piores no grupo que evoluiu para o óbito precoce. Estes dados estão alinhados com a literatura que sustenta o uso desses instrumentos para identificar vulnerabilidades que poderiam impactar na sobrevida, conforme

descrito na literatura¹⁷. Por outro lado, o estado cognitivo, avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), não apresentou diferença estatística entre os grupos, sugerindo que, para a mortalidade precoce nesta coorte, os fatores de debilidade física e comorbidades tiveram um impacto prognóstico mais imediato do que o declínio cognitivo. Em conjunto, estes resultados ressaltam que a abordagem multidimensional da AGA é essencial para identificar os pacientes com maior risco de óbito.

Na avaliação da qualidade de vida observou-se que todos os domínios funcionais apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de sobreviventes e os que foram a óbito. Embora com resultados bem menores em todos os domínios funcionais do QLQ-C30, a pesquisa realizada em 2021, na Arábia Saudita¹¹, com 118 pacientes portadores de Câncer Colorretal, obteve menores escores, especialmente nas dimensões física, emocional e social. O estudo da Arábia Saudita envolveu pacientes de diferentes faixas etárias sendo apenas metade da amostra composta de idosos, não especificava aspectos socioeconômicos e o estadiamento da doença, e os sintomas relatados, como fadiga, dor, dispneia, náuseas e distúrbios gastrointestinais foram menos intensos.

As manifestações sintomáticas do Câncer Colorretal e do tratamento diferem segundo a faixa etária, o que pode influenciar a qualidade de vida¹⁸. Quando se considera os sintomas nos pacientes idosos a fadiga, insônia e dor foram os sintomas mais frequentes semelhante ao estudo brasileiro realizado no INCA que teve como objetivo investigar a diferença do padrão de sintomas entre adultos e idosos¹⁹. Ao analisar a sintomatologia entre pacientes com câncer colorretal atendidos no INCA, a carga sintomática diferiu de forma estatisticamente significativa entre os idosos e aqueles menores de 60 anos. Houve maior prevalência dos sintomas considerados inespecíficos como a fadiga, a insônia e a dor, o que pode ser explicado pelo fato de os idosos trazerem consigo uma carga maior de doenças prévias.

Após o ajuste na análise multivariada, apenas quatro variáveis permaneceram como fatores independentes para o óbito precoce. A presença de doença metastática foi o fator de maior relevância, elevando em mais de 3 vezes o risco de morte. Esse achado é amplamente respaldado na literatura, que reconhece o estágio IV como um importante marcador prognóstico²⁰.

Também foi evidenciado que pacientes com pior desempenho funcional apresentaram risco quase triplicado de morte. O baixo desempenho funcional, aferido pela Escala de Karnofsky, e o óbito em 180 dias corrobora a premissa fundamental da escala de que a capacidade do paciente de realizar atividades diárias é um indicador prognóstico crucial¹². A funcionalidade é um preditor já bem estabelecido, por refletir a reserva clínica do paciente, como observado em estudo dinamarquês com mais de 10.000 pacientes submetidos à cirurgia eletiva para câncer colorretal²¹. O pior estado funcional estava fortemente associado ao maior risco de morte aos 90 dias.

O etilismo permaneceu como fator de risco mesmo após o ajuste, sugerindo piores condições clínicas ou menor adesão ao tratamento³¹. A renda per capita foi inversamente proporcional ao óbito, reforçando a importância dos determinantes sociais da saúde no contexto oncológico. Estudo desenvolvido nos Estados Unidos entre 2004 e 2015, envolvendo um banco de dados populacional, utilizando um índice agregado de status socioeconômico (nível de renda, educação, pobreza) demonstrou que baixo nível socioeconômico está ligado a maior mortalidade específica por câncer²².

A variável qualidade de vida global, neste estudo, apresentou tendência de proteção, mas não alcançou significância estatística. Ainda assim, pode refletir a importância do bem-estar subjetivo na evolução da doença. Revisão sistemática e metanálise publicada no periódico *Quality of Life Research*, em 2024, investigou a influência da qualidade de vida global sobre o óbito em pacientes com câncer, incluindo o câncer de cólon em qualquer estágio, fase e tipo do

tratamento²³. Os achados forneceram evidências de que quanto melhor a qualidade de vida menor o risco de óbito ressaltando a importância de avaliar a qualidade de vida e de intervenções de suporte para melhorá-la em qualquer fase da doença²³.

O estudo foi realizado em um único serviço, o que pode limitar a generalização dos achados para outras populações que podem apresentar diferente perfil sociodemográfico e clínico. A natureza retrospectiva do estudo, baseada em dados de prontuários, pode introduzir vieses de aferição, como a incompletude ou a falta de padronização das informações. Embora o questionário QLQ-C30 seja um instrumento validado e amplamente utilizado¹⁵, sua natureza genérica para diferentes tipos de câncer pode não capturar as nuances específicas da qualidade de vida em pacientes com câncer colorretal, o que poderia influenciar a precisão dos resultados. Essas limitações ressaltam a necessidade de estudos futuros com delineamentos prospectivos, amostras mais representativas e instrumentos de aferição específicos para a doença, a fim de confirmar e expandir as associações identificadas.

Os resultados do acompanhamento desta coorte sugerem que no momento do diagnóstico de câncer colorretal, a Qualidade de Vida Global foi fator protetor para o óbito em 180 dias, ou seja, melhor qualidade de vida envolve um menor risco de óbito no tempo estudado. A análise evidencia que o risco de óbito precoce em pacientes com câncer colorretal é multifatorial, sendo influenciado principalmente por estágio avançado da doença, funcionalidade, uso de álcool e renda. Esses resultados destacam a necessidade de uma abordagem interdisciplinar centrada no paciente, que inclua a detecção precoce para pacientes em situação de vulnerabilidade, a avaliação funcional e da qualidade de vida visando suporte social e estratégias que reduzam a mortalidade precoce.

5. REFERÊNCIAS

1. Abreu CS, Facin VL, Orlandi FS. Health literacy and Quality of Life of older people users of primary health care. e025011.
2. Esteve-Clavero A, Ayora-Folch A, Mácia-Soler L, Molés-Julio MP. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(5):542-549.
3. Siegel RL, Kratzer TB, Giaquinto AN, Sung H, Jemal A. Cancer statistics, 2025. *CA Cancer J Clin.* 2025;75(1):10-45.
4. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-213700.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). TABNET [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde [acesso em 25 Fev 2024]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
6. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-1409.
7. Freire MEM, Costa SFG, Lima RAG, Sawada NO. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Enferm.* 2018;27(2):e5420016.
8. Ximenes CRC, Bergmann A, Lima JTO, Cavalcanti AS, Brito MC, Mello MJG, et al. Impact of age in health-related quality of life in older adults with cancer. *Geriatr Gerontol Aging.* 2021 [acesso em 08 abr 2024]. Disponível em: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/spanish-english/completa>.
9. Loh KP, Soto-Perez-de-Celis E, Hsu T, De Glas NA, Battisti NM, Baldini C, et al. What every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with

- cancer: young international society of geriatric oncology position paper. *J Oncol Pract.* 2018;14(2):85-94.
10. Lima EPB, Gonsioroski LP, Melo, MECV, Costa Júnior, JI, Lima, JTO, Mello MJG. Qualidade de vida como fator preditivo de óbito precoce em mulheres idosas com câncer ginecológico: uma coorte retrospectiva [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2022.
 11. Qedair JT, Abdullah AAQ, Alamoudi S, Aga SS, Hakami AY. Avaliação da qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer colorretal usando QLQ-30 e QLQ-CR 29 na King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Arábia Saudita. *Rev Int Oncol Cir.* 2022;2022(1):1-8.
 12. Lima JTO. Sobrevida e fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2017.
 13. Noronha DD, Martins AMEBL, Dias DS, Silveira MF, Paula AMB, Haikal DAS. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Cien Saude Colet.* 2016;21(2):463-474.
 14. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-148.
 15. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Abate U, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-376.
 16. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, de Oliveira V, de Mazzardo OCW. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em

- idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(5):955-69.
17. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto E, Rolland E, Guigoz E et al. Overview of the MNA® - its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006;10(6):456-465.
 18. Thong MSY, Koch-Gallenkamp L, Jansen L, Bertram H, Eberle A, Holleczeck B et al. Age-specific health-related quality of life in long-term and very long-term colorectal cancer survivors versus population controls: a population-based study. *Acta Oncol*. 2019;58(5):801-10.
 19. Moura SF, Mello MRSP, Muzi CD, Guimarães RM. Padrão sintomatológico em pacientes do câncer colorretal de acordo com a idade. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(1):e-15474.
 20. Vilvert A, Scharnoski FG, Joanico IE, Gazaniga, LM, Lopes MR, Sokolowski R et al. Fatores prognósticos em pacientes com câncer colorretal: análise de sobrevida global e livre de doença. *Sci Med*. 2023;33(1):1-14.
 21. Bojesen RD, Degett TH, Dalton SO, Gögenur I. High World Health Organization performance status is associated with short- and long-term outcomes after colorectal cancer surgery: a nationwide population-based study. *Dis Colon Rectum*. 2021;64(7):851-860.
 22. Dhahri A, Kaplan J, Naqvi SMH, Brownstein NC, Shana ON, Imanirad I et al. The impact of socioeconomic status on survival in stage III colon cancer patients: a retrospective cohort study using the SEER census-tract dataset. *Cancer Med*. 2021;10(16):5643-5652.
 23. Fukushima T, Suzuki K, Tanaka T, Okayama T, Inoue J, Morishita S, Nakano J. et al. Qualidade de vida global e risco de mortalidade em pacientes com câncer: uma revisão sistemática e meta-análise. *Qual Life Res*. 2024;33(1):2631-2643.

24. Soares LC, Santana MG, Muniz RM. O fenômeno do câncer na vida de idosos. *Cien Cuid Saude*. 2011;9(4):660-667.
25. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. *Vigitel 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
26. Charlson ME, Pompeia P, Cervejas KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
27. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press; 1948. p. 191-205.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
29. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):712-719.
30. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, 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. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):595-602.
31. McNabb S, Harrison TA, Albanes D, Berndt SI, Brenner H, Caan BJ et al. Meta-analysis of 16 studies of the association of alcohol with colorectal cancer. 2020; 146(3):861-873.
32. Silva GM, Souza RAG, Lima FCS, Caló RS, Andrade ACS, Souza BSN. Et al. Sobrevida do câncer colorretal na Grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [periódico online]. 2023 [acesso em 2025 set 19]; 26:e230022. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/DdYWWhbXQSYCH457mbR4Lnq/?lang=pt&format=pdf>

Tabela 1 – Características sociodemográficas, hábitos de vida, topografia e doença metastática da coorte de 289 pacientes com câncer colorretal de acordo com a evolução clínica (sobreviventes e óbito) em 180 dias. IMIP, 2015-2021

Características	Todos os pacientes		Sobreviventes		Óbito		Valor de p
	n	(%)	n	(%)	N	(%)	
Participantes	289	(100)	243	(84,1)	46	(15,9)	
Idade:							0,016*
Extremos	61	-100	61	-100	65	-92	
Média ± desvio padrão	74,7	± 7,2	74,2	± 7,2	77,1	± 7,3	
Mediana; intervalo interquartil	73;	69-80	73;	68-79	77,5;	70-82	
Sexo:							0,599**
Masculino	128	(44,3)	106	(43,6)	22	(47,8)	
Feminino	161	(55,7)	137	(56,4)	24	(52,2)	
Escolaridade:							0,104**
≤4 anos	22	(7,6)	15	(6,2)	7	(15,2)	
5-8 anos	100	(34,6)	85	(35,0)	15	(32,6)	
>8 anos	167	(57,8)	143	(58,8)	24	(52,2)	
Renda per capita:							0,052**
≤ 1 salário mínimo	170	(58,8)	137	(56,4)	33	(71,7)	
> 1 salário mínimo	119	(41,2)	106	(43,6)	13	(28,3)	
Procedência:							0,421**
Recife	98	(33,9)	85	(35,0)	13	(28,3)	
Região Metropolitana exceto Recife	111	(38,4)	89	(36,6)	22	(47,8)	
Interior de Pernambuco	75	(26,0)	64	(26,3)	11	(23,9)	
Outros estados	5	(1,7)	5	(2,1)	0	(0,0)	
Etilismo atual ou progresso:							0,007**
Sem informação	5	(1,7)	4	(1,6)	1	(2,2)	
Não	141	(48,8)	127	(52,3)	14	(30,4)	
Sim	143	(49,5)	112	(46,1)	31	(67,4)	
Tabagismo atual ou progresso:							0,022**
Sem informação	5	(1,7)	4	(1,6)	1	(2,2)	
Não	139	(48,1)	124	(51,0)	15	(32,6)	
Sim	145	(50,2)	115	(47,4)	30	(65,2)	
Topografia tumoral:							0,782**
Colón (C18)	176	(60,9)	149	(61,3)	27	(58,7)	
Retossigmoide (C19)	103	(35,6)	85	(35,0)	18	(39,1)	
Anus e canal anal (C21)	10	(3,5)	9	(3,7)	1	(2,2)	
Presença de metástase:							<0,001**
Sim	88	(30,5)	60	(24,7)	28	(60,9)	
Não	201	(69,5)	183	(75,3)	18	(39,1)	

* teste t de Student

** qui quadrado de Pearson

Tabela 2 – Características da avaliação geriátrica ampla (AGA) da coorte de 289 pacientes com câncer colorretal de acordo com a evolução clínica (sobreviventes e óbito) em 180 dias. IMIP, 2015-2021

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)	Todos os pacientes		Sobreviventes		Óbito		Valor de p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
	289	(100)	243	(84,1)	46	(15,9)	
Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) n=289							0,006
≤2	200	(69,2)	176	(88,0)	24	(12,0)	
>2	89	(30,8)	67	(75,3)	22	(24,0)	
Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky n=286							<0,001
>50	253	(88,5)	224	(88,5)	29	(11,5)	
≤50	33	(11,5)	17	(51,5)	16	(48,5)	
Minixame do Estado Mental (MEEM) n=289							0,331
Normal	229	(79,2)	195	(85,1)	34	(14,9)	
Anormal	60	(20,8)	48	(80,0)	12	(20,0)	
Risco de queda - Timed Get Up and Go (TUG): n=280							0,004
Baixo risco	234	(83,6)	206	(88,0)	28	(12,0)	
Risco médio e alto	46	(16,4)	33	(71,7)	13	(28,3)	
Avaliação nutricional MAN-VR (versão reduzida) n=289							0,025
Estado nutricional normal	105	(36,3)	95	(90,5)	10	(9,5)	
Em risco de desnutrição /Desnutrido	184	(63,7)	148	(80,4)	36	(19,6)	

** qui quadrado de Pearson

Tabela 3 – Diferenças entre as médias da **QLQ-C30** Global, dos domínios e sintomas entre os sobreviventes e os óbitos em até 180 dias na coorte de 289 pacientes com câncer colorretal. IMIP, 2015-2021.

QLQ-C30	Todos os pacientes Média ± DP	Período de 180 dias		Diferenças entre as médias (IC95%)	P*
		Sobreviventes Média ± DP	Óbitos Média ± DP		
Qualidade de vida global	74,3± 22,1	75,5±21,0	67,9±26,5	7,6(0,6-14,5)	0,087
Domínio função:					
Física	69,7±29,7	74,0±27,0	47,4±33,4	26,6(17,6-35,5)	<0,001
Papel social	76,1±32,3	79,4±29,3	58,7±40,1	20,7(10,7-30,6)	<0,001
Cognitiva	84,1±23,4	86,0±21,1	74,6±31,8	11,3(4,0-18,6)	0,033
Emocional	77,3±26,6	78,9±26,5	69,2±25,6	9,7(1,32-18,0)	0,001
Social	75,3±31,6	78,2±30,1	59,4±35,1	18,8(9,04-28,6)	<0,001
Sintomas:					
Fadiga	20,9±24,7	17,8±21,8	37,1±32,1	19,3(18,0-23,8)	<0,001
Dor	24,7±31,4	22,4±29,9	36,6±35,9	14,2(21,0-28,3)	0,007
Náuseas/ vômitos	6,9±16,0	5,8±14,6	12,7±21,1	6,9(5,0-8,7)	0,019
Dispneia	3,9±14,4	3,3±12,8	7,2±20,9	3,9(2,2-5,6)	0,187
Insônia	31,5±37,6	28,5±36,5	47,1±40,1	18,6(27,1-35,8)	0,003
Perda de apetite	18,6±32,7	15,8±31,1	33,3±37,2	17,5(14,8-22,3)	<0,001
Constipação	13,7±29,4	13,0±29,0	17,4±31,2	4,3(10,3-17,1)	0,329
Diarreia	10,5±23,9	10,6±23,9	10,1±27,9	0,4(7,6-13,3)	0,386
Dificuldades financeiras	38,3±40,8	(37,7±40,9	41,3±40,5	3,6(33,6-43,9)	0,566

QLQ-C30¹⁵

*As variáveis relacionadas à qualidade de vida e sintomas apresentaram distribuição não normal segundo o teste de Shapiro–Wilk. Utilizou-se o teste de Willcoxon rank-sum para comparar essas variáveis entre os pacientes que foram a óbito e aqueles que permaneceram vivos até 180 dias.

Tabela 4 – Análise bivariada e multivariada dos riscos proporcionais de Cox para a seleção dos fatores de risco no tempo até o óbito em 180 dias, da coorte de 289 pacientes com câncer colorretal. IMIP, 2015-2021

Variáveis	Análise bivariada			Análise multivariada		
	HR	IC95%	p	HRa	IC95%	p
Idade	1,05	1,01-1,09	0,013	1,03	0,99-1,08	0,107
Escolaridade	0,72	0,47-1,10	0,127	--	--	--
Renda per capita	0,54	0,29-1,03	0,063	0,49	0,25-0,97	0,041
Etilismo	2,01	1,18-3,45	0,011	2,41	0,25-0,97	0,041
Tabagismo	1,83	1,07-3,13	0,028	--	--	--
Topografia do câncer	1,14	0,65-2,07	0,671	0,91	0,55-1,50	0,721
Doença Metastática	3,93	2,17-7,10	0,000	3,14	1,66-5,94	<0,001
Comorbidades de Charlson (ICC)	2,21	1,24-3,94	0,007	--	--	--
Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky:	5,42	2,94-9,98	0,000	2,99	1,45-6,17	0,003
Risco de queda Timed Get Up and Go (TUG):	2,67	1,38-5,15	0,003	--	--	--
Avaliação nutricional MAN-VR (versão reduzida):	2,13	1,06-4,30	0,034	--	--	--
Qualidade de vida global	0,99	0,97-0,99	0,025	0,99	0,97-1,00	0,070

Figura 1 – Análise da sobrevida global na curva de Kaplan-Meier dos idosos com câncer colorretal da coorte de 289 pacientes. IMIP, 2015-2021

