

Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica

Quality of life from the perspective of older adults with cancer: primary care nursing implications

Calidad de vida en la perspectiva de los pacientes ancianos con cáncer: implicaciones para la enfermería en la atención primaria

Jefferson Afoncio da Silva^I; Cristina Gonçalves Hanse^{II}; Jaqueline Da Silva^{III}

RESUMO

Objetivo: analisar qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer, atendidos na atenção básica. **Método:** estudo quantitativo, com dados coletados por pesquisa documental e entrevista, no período de maio a julho de 2011 em ambulatório escola de Petrópolis-RJ, sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa número 5-2011. De 54 prontuários, conforme os critérios de inclusão, oito idosos responderam às questões qualitativas, com dados submetidos à análise descritiva e de conteúdo. **Resultados:** entre os idosos atendidos na unidade, 54(29,8%) apresentaram diagnóstico confirmado de câncer. Sobre qualidade de vida, foram destacados como elementos centrais: viver bem e ser feliz e pontuado que o diagnóstico câncer traz mudanças na vida e na perspectiva de qualidade. **Conclusão:** qualidade de vida para o idoso com câncer é multidimensional e constitui um desafio central para a enfermagem, no desenvolvimento de planos terapêuticos e intervenções protagonizadoras e promotoras de potencialidades. **Palavras-chave:** Idoso; câncer; enfermagem; atenção básica.

ABSTRACT

Objective: to examine quality of life from the perspective of older adults with cancer in primary care. **Method:** this quali-quantitative study, with data collected through documentary research and interview, from May to July, 2011 at a teaching outpatient unit in Petrópolis, Rio de Janeiro, was approved by research ethics committee (No. 05-2011). From 54 patient files meeting the inclusion criteria, eight older adults answered qualitative questions; data were submitted to descriptive and content analysis. **Results:** among all older adults seen at the facility, 54 (29.8%) had a confirmed diagnosis of cancer. Core elements highlighted in quality of life were: live well and be happy, pointing out that a cancer diagnosis brings changes in life and in quality. **Conclusion:** for older adults with cancer, quality of life is multidimensional and constitutes a central challenge to nursing, in developing care plans and interventions that foster patient proactivity and promote potentialities.

Keywords: Elderly; cancer; nursing; primary health care.

RESUMEN

Objetivo: analizar calidad de vida en perspectiva de adultos mayores con cáncer, en unidad de atención primaria. **Método:** estudio cualitativo-cuantitativo, datos recogidos en investigación documental y entrevista, de mayo a julio de 2011 una unidad de enseñanza en Petrópolis-RJ, con aprobación del Comité de Ética en Investigación número 05-2011. De 54 archivos dentro de los criterios de inclusión, ocho adultos mayores, hay respondido preguntas cualitativas, con datos sometidos a estudio descriptivo y análisis de contenido. **Resultados:** entre todos adultos mayores atendidos en la unidad, 54(29,8%) habían diagnóstico de cáncer confirmado. Sobre calidad de vida, elementos centrales fueron: vivir bien y ser feliz, señalando que el diagnóstico de cáncer trae cambios en la vida y perspectiva de calidad. **Conclusión:** calidad de vida de los adultos mayores con cáncer es multidimensional y constituye una cuestión central para la enfermería, el desarrollo de planes de cuidados e intervenciones que fomenten protagonismo del paciente y que promuevan potencialidades.

Palabras clave: Envejecimiento; cáncer; enfermería; atención primaria.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa são fenômenos de interesse global e estão associados à redução da taxa de fecundidade, avanços tecnológicos e sociais na saúde resultando no envelhecimento progressivo da população mundial¹ e do Brasil². Destarte, o envelhecimento populacional é um dos desafios emergentes de saúde pública no mundo,

quanto ao incremento demográfico, morbidades, incapacidades e utilização de serviços e recursos.

Dados estatísticos indicam que na população brasileira, a proporção de jovens diminuiu e a de idosos aumentou. Evidenciada no progressivo alargamento do topo da pirâmide etária, o crescimento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou

^IEnfermeiro. Especialista. Coordenador de Unidade de Centro Cirúrgico e Central de Material do Hospital das Clínicas de Imperatriz. Maranhão, Brasil. E-mail: jeffersonafoncio@me.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora de Graduação na Faculdade Arthur de Sá Earp Neto e Faculdade de Medicina de Petrópolis. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cristinahansel@yahoo.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: jackiedasilva@hotmail.com

a 5,9% em 2000 e alcançou 7,4% em 2010². Em momento de transição da primeira para a segunda década do século XXI, publicações de dados parciais do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2012, apontam importante crescimento. Em 2010 os idosos representavam 10,8% da população geral. Já em 2012 a população idosa apresentava aumento de pelo menos 3%³.

Ao estudar segmentos específicos como o grupo de idosos com câncer, no período 2010–2012 e 2010–2014, quanto a demandas por internação hospitalar, foram observados aumentos ainda mais significativos, de 16,15% em dois anos (208.861 em 2010 para 242.605 em 2012), e 24,69% em quatro anos (de 208.861 em 2010 para 260.448 em 2014). Portanto, configura-se um destacado quadro da realidade sociodemográfica e de saúde brasileira, que remete a demandas multidimensionais de cuidados em saúde e prioridades de pesquisa.

A significância dos dados justifica a importância e necessidade de realização da pesquisa e divulgação de suas contribuições, alinhadas e em atendimento às prioridades combinadas de pesquisa em enfermagem; contextualizadas e norteadas pelas demandas sociais e prioridades da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), em particular as doenças não transmissíveis, destacando as neoplasias; ressalta-se também a saúde do idoso, com o item - Magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde do idoso, e subitens - avaliação da qualidade de vida dos idosos e - estudos sobre cuidados alternativos para a melhoria da qualidade de vida da população idosa; e em consonância com a Política Nacional do Idoso⁵.

Assim, com base na significância dos dados, das demandas sociais de cuidados e das prioridades em pesquisa, este estudo teve como objetivo analisar qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer, atendidos na atenção básica.

REVISÃO DA LITERATURA

Em termos demográficos, o envelhecimento populacional não está relacionado diretamente aos indivíduos, ou a uma geração. Está relacionado a mudanças no perfil epidemiológico, com a estrutura etária de cada grupo da população, que determinam o início do envelhecimento de um país, ou mesmo de um município. Varia de sociedade para sociedade e depende da influência de múltiplos fatores como biológicos, econômicos, sociais e culturais¹.

O envelhecimento dos indivíduos de uma população remete a um número cada vez maior de agravos à saúde⁵. Portanto, cabe à sociedade e à comunidade científica de enfermagem avaliar e discutir demandas de ordem política, sociodemográfica e de saúde da população.

Processo natural, o envelhecimento de cada indivíduo tem características particulares, uma vez que a

própria vida o expõe a eventos que repercutem em suas condições físicas, cognitivo-comportamentais, emocionais, saúde e de qualidade de vida. Da mesma forma, os indivíduos em fases avançadas do processo de envelhecimento, são mais propensos a desequilíbrios na sua saúde. Nesse sentido, embora as doenças crônicas possam não ser fatais, certamente comprometem a qualidade de vida dos indivíduos idosos em diferentes graus^{2,5,6}.

Fragilidades, desequilíbrios biológicos e sociais emergentes são mais impactantes na vida diária de indivíduos em fases avançadas do processo de envelhecimento. Assim, a elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, nesse grupo, está alinhada à maior fragilidade do corpo físico e ao ambiente a que estão expostos, influenciando de forma significativa na qualidade de vida^{6,7}.

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares, respiratórias recorrentes e o diabetes tipo dois foram as que mais acometeram maior número de pessoas idosas. até o final do século XIX⁸. Entretanto, no início do século XXI, o câncer passa a apresentar aumento particularmente significativo de admissões hospitalares, configurando a segunda causa de óbito em idosos brasileiros^{8,9}.

Fenômeno de complexidade diversa e destacados impactos de ordem social e econômica em nível populacional, o câncer traz mudanças físicas e psicológicas nos indivíduos de diferentes faixas etárias¹⁰, pode trazer longos períodos de morbidade e resultar em impacto ainda mais comprometedor na autonomia, independência funcional e qualidade de vida dos mais idosos^{6,7,10,11}.

A exemplo do que ocorre em contexto das doenças crônicas em geral, no câncer é demandada, aos profissionais de saúde, oferta de suporte competente, de qualidade técnica e adequada no *continuum* dos diferentes níveis de atenção¹². Em especial porque, manter indivíduos idosos em equilíbrio de saúde e garantir boa qualidade de vida são fatores protetores da longevidade plena e certamente expressam um desafio em nível macrossistêmico de políticas públicas, envolvendo a gerontologia mundial e nacional e, em nível microssistêmico, englobando as comunidades, unidades de saúde e famílias^{11,13-15}.

No entanto, a definição do que vem a ser qualidade de vida é variada, ampla, complexa e não deve estar somente relacionada com a ausência ou presença de doença, mas, também às condições socioeconômicas e ao contexto cultural em que o indivíduo está inserido¹⁶. Para a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é

uma percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^{17:583}.

A recomendação nacional de pesquisadores é que os serviços se apropriem de estratégias adequadas às necessidades de saúde da população idosa¹⁸, apontando que:

Embora as necessidades básicas do idoso sejam 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, interferem de forma decisiva na qualidade de vida^{8,82}.

Contudo, para manutenção de uma boa qualidade de vida, é imperativa a elaboração de estratégias de cuidado eficazes, nos diferentes níveis de atenção às necessidades de saúde dos idosos, em especial dos potencialmente ainda mais frágeis, como os que têm câncer. Por conseguinte, pesquisadores e profissionais podem incrementar a robustez do corpo de conhecimento e dos cuidados em saúde, ao utilizar a voz do especialista em ser idoso com câncer e em atendimento à sua saúde em unidades de atenção básica.

METODOLOGIA

Estudo quantiquantitativo, com dados coletados mediante as técnicas de pesquisa documental e de entrevista, e submetidos à análise de conteúdo. Os critérios de inclusão determinaram: ter 60 ou mais anos; diagnóstico clínico de câncer; ter prontuário na instituição cenário e estar em acompanhamento do estado de saúde, na atenção básica. Os critérios de exclusão foram autoidentificação de depressão severa e/ou comprometimento cognitivo moderado a grave. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2011, em unidade escola, situada no município de Petrópolis, região serrana do estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Arthur de Sá Earp Neto e Faculdade de Medicina de Petrópolis, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 05-2011, atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁹, vigente por ocasião da submissão do projeto.

Após convite e esclarecimentos dos objetivos do estudo, houve leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, junto aos oito participantes, com início da coleta de dados qualitativos. Com a finalidade de manter o anonimato, os participantes foram identificados pela vogal E seguida do número de ordem das entrevistas.

No estudo quantitativo, em pesquisa documental, foram coletados dados sociodemográficos e clínicos de 54 prontuários, referentes aos idosos com diagnóstico de câncer armazenados em planilhas do *software Excel*[®]. Os dados foram tratados e analisados utilizando estatística descritiva. No estudo qualitativo, as entrevistas foram operacionalizadas através de roteiro semiestruturado, com coleta de dados sobre qualidade de vida. Os depoimentos foram transcritos, conferidos, organizados e tratados observando as recomendações de Bardin²⁰.

O exame dos dados qualitativos ocorreu em três fases. Na primeira, foram organizados de forma siste-

mática e estabelecidos indicadores para a interpretação. Na segunda, ocorreu a exploração do material por sucessivas operações de recortes em unidades de registro, com codificação, classificação e reorganização das informações em temáticas. Na terceira, teve lugar o tratamento, inferência e interpretação dos resultados, por justaposição das categorias em análise e ressaltando similaridades e diferenças, dando origem às categorias centrais do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise quantitativa

Os dados quantitativos obtidos a partir da análise documental das estatísticas da instituição e dos prontuários referentes ao ano de 2010 apontaram 2562 atendimentos ambulatoriais a pessoas com 18 e mais anos, em sua maioria mulheres com 966(37,8%) contando 60 e mais anos de idade. No ano em tela, dentre todas as 181(7%) pessoas com diagnóstico clínico de câncer documentado em seus prontuários, 54(29,8%) eram idosos.

Para o período analisado, a caracterização dos idosos com câncer correspondeu a 31(57,4%) mulheres e 23(42,6%) homens, com distribuição etária de 27(50%) entre 60 a 69 anos, 17(31%) entre 70 e 79 anos e 10(19%) entre 80 e 90 anos. Em estudos sobre análise dos diagnósticos de doença neoplásica em idosos, foram identificados 67 tipos de câncer, sendo 42(77,8%), nos órgãos digestivos, o câncer mais observado nas mulheres^{21,22}.

O desafio metodológico a ser reportado em função do reduzido número de 8(14,8%) depoimentos dentre 54(100%) idosos cadastrados, em acompanhamento e com diagnóstico de câncer, ocorreu devido ao elevado índice de faltas às consultas.

No grupo de oito entrevistados, 6(75%) contavam idade entre 60 e 69 anos, sendo 5(62,5%) homens, 6(75%) casados, 7(87,5%) residindo com a família e 7(87,5%) recebendo algum tipo de suporte financeiro do governo.

O maior número de mulheres, 31(57,4%), observado neste estudo pode estar associado a fatores culturais, como a baixa procura de atendimento preventivo em saúde por homens latinos²³. Entretanto, os homens, quando apresentam algum sintoma ou se já existe uma patologia instalada e conhecida, são mais assíduos e apresentam maior adesão ao tratamento^{23,24}. Portanto, os dados da pesquisa apresentam-se alinhados aos aspectos culturais e de gênero identificados em estudos sobre a saúde do homem brasileiro, na atenção básica.

Nos 54(100%) prontuários dos idosos com câncer, foram identificados 7(87,5%) clientes com neoplasias em órgãos digestivos, mais especificamente o câncer gástrico, seguidos de 1(12,5%) caso de neoplasia maligna da pele. Entre outras comorbidades, foram identificadas 4(50%) diagnósticos confirmados de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 4 (50%) de *diabetes mellitus* (DM) tipos I e II.

Análise qualitativa

A partir dos procedimentos de organização, análise e separação por semelhanças e diferenças, emergiram duas categorias centrais do estudo - Sentido da vida e Caminhos difíceis após o inesperado - apresentadas conforme os recortes dos depoimentos.

Categoria 1: sentido da vida

Quando perguntados sobre o que é qualidade de vida sob suas perspectivas e o que consideravam importante para ter qualidade de vida, os idosos responderam: são ações para ter saúde e tranquilidade; fazer o bem; estar bem consigo e com os outros; e são condições de dormir tranquilo; sempre ter razões e motivos para viver, alinhados a uma meta central que é viver, bem e feliz, representados na Figura 1.

Em suas respostas, os idosos consideram importante o cuidado desde a prevenção de doenças à manutenção da saúde, com alimentação adequada, prática de atividade física e maneiras saudáveis de continuar a vida, face ao câncer. Destacaram a presença da família, como contribuindo diretamente para uma boa qualidade de vida.

Viver bem com a família. (E3)

Ser feliz, alegre, espontânea, ter vontade de viver. (E1)

Na práxis do trabalho em unidades ambulatoriais, a presença da família é suporte fundamental e necessário para prover apoio e segurança à pessoa em processo de tratamento de algum agravo, o câncer incluído. Na literatura, a família é descrita como uma relação inerente do ser humano, da qual faz parte, inclusive no momento da doença, em que necessita de maior aproximação de pessoas significativas para enfrentamento de dificuldades vivenciadas. Na relação de ajuda, o apoio da família ao idoso com câncer reverte em força para o enfrentamento da doença, contribui para o aumento da segurança e tranquilidade, promo-

ve o conforto ao longo da caminhada pós-diagnóstico, inclusive na permanência hospitalar ou no retorno para casa, e a qualidade de vida²³⁻²⁶.

Respostas às perguntas abertas da pesquisa corroboram a literatura, onde estudos apontam que qualidade de vida é o somatório de sensações subjetivas que estão relacionados ao bem-estar, físico ou mental. Ainda, os termos felicidade, melhores condições de vida e satisfação de viver são comumente utilizados para expressar qualidade de vida^{27,28}. Em continuidade aos depoimentos, os participantes apontaram aspectos relacionados às condições físicas, mentais e econômicas do indivíduo idoso com câncer, como essenciais para manter ou alcançar qualidade de vida.

Saúde, tranquilidade, abrangendo tudo, desde o emocional até o financeiro. (E2)

Alimentação adequada, fazer exercícios para manter a saúde. (E8)

As perspectivas dos idosos estão alinhadas com estudo onde a qualidade de vida pode ser considerada um indicador de saúde. Através dela, procuram-se formas de validação com base no estado físico geral da pessoa, sua capacidade funcional para o trabalho, para o desenvolvimento de atividades domésticas e interação social no meio em que vive²⁹. Seja no trabalho ou em família, além das funções cognitivas em relação à concentração e ao estado emocional, os participantes destacaram demandas e desafios financeiros para além dos sinais físicos e emocionais que um agravo crônico, como o câncer, pode trazer.

Na verdade, face ao caráter multidimensional que a qualidade de vida pode ter para um indivíduo ou grupo de pessoas idosas, os depoimentos remetem a uma visão não mais restrita à ausência de doença, mas ampliada e composta por, pelo menos, seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade³⁰.

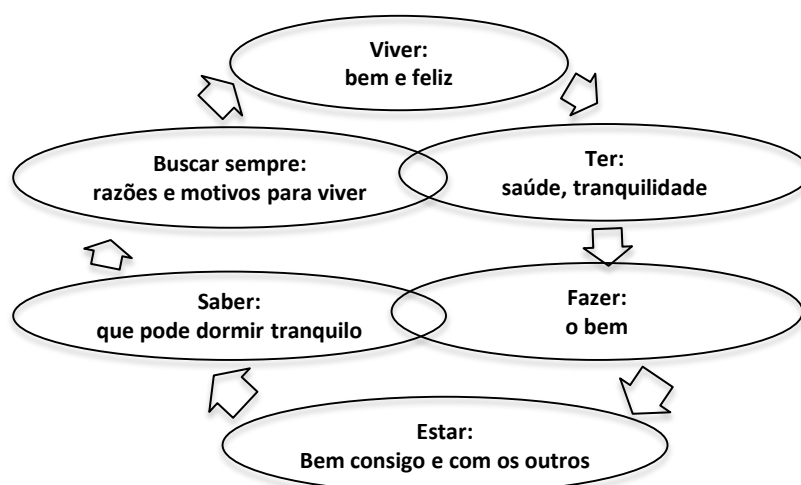


FIGURA 1: Condições importantes para ter qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: sentido da vida. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2011.

Categoria 2: caminhos difíceis após o inesperado

Nesta categoria foram agrupadas as respostas sobre o significado de ter um câncer e mudança na qualidade de vida após confirmação do diagnóstico. As respostas aos dois questionamentos evidenciaram trajetórias permeadas pela dor subjetiva e pelo processo de construção da resiliência dos participantes, representada de forma esquemática na Figura 2.

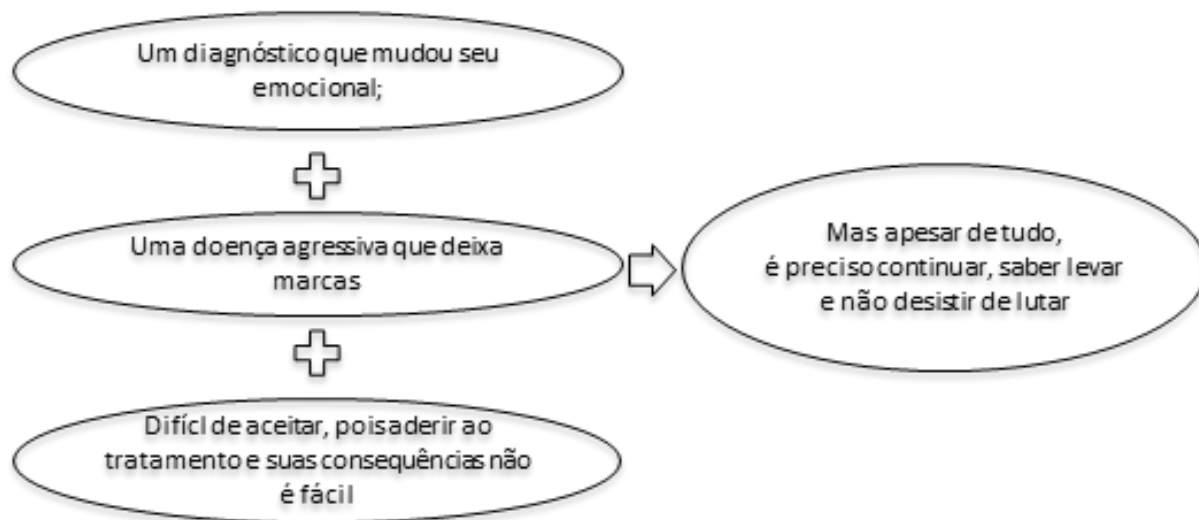


FIGURA 2: Trajetória e qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: caminhos difíceis após o inesperado. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2011.

Inaceitável, não gostei. (E6)

É ruim, mas a gente acostuma, temos que saber levar as coisas como elas são. (E4)

No contexto do estudo, os dados corroboram o adoecimento como gerador de crises, mudanças e momentos de desorganização na vida, levando os idosos a enfrentamentos de limitações, frustrações e perdas. Acrescentam ainda que, ao receber o diagnóstico de câncer, a pessoa vivencia sentimentos de perda, ansiedade e depressão. Mas também passa por experiências que, compartilhadas, podem contribuir significativamente para a redução do sofrimento e para instrumentalizar os profissionais da saúde no tratamento de outras pessoas que sofrem da mesma doença^{31,32}.

Os depoimentos permitiram observar mudanças na qualidade de vida do idoso, a partir do diagnóstico de câncer e quando as atividades de vida diária, outrora comuns e fáceis, passam a não mais ser desenvolvidas como antes. As respostas evidenciaram que após o diagnóstico de câncer houve diminuição das atividades do cotidiano, com repercussões fisiológicas e psicossociais, destacando o aumento nas demandas por cuidados.

Sim, parei de costurar e fazer afazeres domésticos. (E5)
Pouco, emagrecimento e impossibilidade de fazer coisas comuns do trabalho. (E8)

Sobre o que é ter câncer, a maioria dos participantes respondeu que é ruim, incômodo, inaceitável, horrível - mas que não se pode deixar abalar. Os depoentes acrescentaram que o diagnóstico de câncer mudou suas emoções; expressou uma patologia agressiva, que deixa marcas; não foi aceito com facilidade, e que impõe um grande desafio para aderir ao tratamento e superar suas consequências. Todavia, para os entrevistados, é preciso continuar, saber levar e não desistir de lutar.

Embora todo avanço tecnológico, bioquímico, farmacêutico e de tratamentos vigentes, como o padrão ouro na atenção aos clientes portadores de câncer, perduram os concretos desconfortos e dificuldades, interferindo nas atividades de vida diária. Os depoimentos reiteraram que a necessária quimioterapia, causando fadiga, náuseas, vômitos, alterações no paladar e na função intestinal, resulta em alterações no comportamento alimentar e dificulta o seguimento de uma alimentação saudável habitual^{33,34}, comprometendo ainda mais a imunidade e o devido cuidado integral daqueles que também apresentam outras comorbidades como hipertensão e diabetes,

Portanto, efeitos adversos dos recursos terapêuticos para o câncer podem interferir de forma negativa na qualidade de vida dos idosos^{35,36}.

CONCLUSÃO

Foi possível analisar a perspectiva de idosos, em tratamento de câncer acerca da qualidade de vida. Um tema complexo, a qualidade de vida pode variar significativamente entre indivíduos e culturas. Para os entrevistados, qualidade de vida é alcançada através de ações intrínsecas, autodeterminadas como a busca de bons motivos para conviver com o câncer em trata-

mento; concretizar ações de manutenção preventiva em saúde de forma a manter a realização de atividades de seu cotidiano, que não são necessariamente atividades básicas de vida diária; e, manter a saúde mental através da busca ativa pela vontade de viver com paz interior, com alegria e de bem com a vida.

Os depoimentos apontaram o diagnóstico de câncer como um marco que causou impressões multidimensionais na vida dos participantes do estudo. Mesmo em situação física e emocional fragilizada os idosos com câncer em tratamento, procuravam encontrar motivos para seguir em frente e manter sua saúde e qualidade de vida equilibradas.

Nesse contexto, a enfermagem tem como desafio central o desenvolvimento de um plano de cuidados multidimensionais, estimulante e construtivo transcendendo a manutenção das atividades básicas diárias em direção às atividades significativas para cada cliente, que sejam promotoras e facilitadoras da melhor qualidade de vida possível para esses idosos.

Entre as limitações do estudo estão incluídas o reduzido número de entrevistados; a amostragem por conveniência composta por clientes de apenas uma unidade de saúde; e o elevado índice de faltas às consultas, que pode remeter a novos questionamentos quanto à gravidade do quadro de saúde e qualidade de vida dos faltosos.

Ainda que avanços na ciência de ordem tecnológica façam significativa diferença na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas com e sem câncer, novas demandas de cuidado continuam a emergir a partir das perspectivas de diferentes pessoas e grupos. Portanto, para fins de comparação e contraste de resultados, recomenda-se a replicação do estudo em amostra representativa do universo.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Department of economic and social affairs, population division world population ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. [cited in 2015 Nov 25] Disponible in: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/worldpopulationageing2013.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. [citado em 21 nov 2015] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Departamento de população e indicadores sociais, 2010. [citado em 22 nov 2015] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>
4. Oliveira DC. Prioridades de pesquisa em enfermagem e as linhas de pesquisa: dando continuidade ao debate. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(5):712-6. [citado em 25 nov 2015] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.12771>.
5. Ministério da Saúde (Br). Departamento de ciência e tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [citado em 25 nov 2015]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf
6. Oztürk A, Simşek TT, Yümin ET, Sertel M, Yümin M. The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. *Arch Gerontol Geriatr*. [periódico na internet] 2011 [cited in 2011 Nov 23]. 53(3):278-83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21215469>
7. Da Silva J. Estar e ser idoso: aspectos geriátricos e gerontológicos. In: Figueiredo NMA, Tonini T, organizadoras. *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006. p. 73-110.
8. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de vigilância em saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado em 20 nov 2015]. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/>.
9. Da Silva J., Chernicharo IM. Assistência de enfermagem ao idoso com diabetes, hipertensão e dislipidemia. In: Costa ALJ, Siewert JS, Torres MJF. *Programa de atualização para técnicos de enfermagem (PROTENF)*. Ciclo 8. Porto Alegre (RS): Artmed Panamericana; 2015. p.61-116.
10. Marta GN, Del Nero LG, Nader MG, Mangabeira A, Critchi G, Kovács MJ, et al. Treatment priorities in oncology: do we want to live longer or better? *Clinics* [Internet] 2014 [cited in 2015 Nov 26]; 69(8):509-14. Disponible in: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
11. Brown DS, Thompson WW, Zack MM, Arnold SE, Barile JP. Associations between health-related quality of life and mortality in older adults. *Prev Sci*. 2015 [cited in 2015 Nov 26]. Disponible in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
12. Motta CCR, Hansel CG, Silva, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [citado em 25 nov 2015]; 12(3):471-7. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.ph>.
13. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, (Sw): WHO; 2014 [cited in 2015 Nov 25]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>.
14. Moliterno ACM, Faller JW, Borghi AC, Marcon SS, Carreira L. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. *Rev enferm UERJ*. 2012 [citado em 25 nov 2015]; 20(2):179-84. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php>.
15. Zapponi ALB, Tocantins FR, Vargens OMC. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. *Rev enferm UERJ*. 2015 [citado em 25 nov 2015]; 23(1):3-8. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a06.pdf>.
16. Da Silva, J. Motivation for self-care in older women with heart disease and diabetes: A balancing act [doctoral thesis]. San Francisco (USA): University of San Francisco; 2003.
17. Organização Mundial de Saúde. Conceito de qualidade de vida: versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Geneva (Swi): WHO; 2002. [citado em 20 nov 2015] Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.
18. Honório GJS, Martins HEL, Bassol JF, Alvarez AM, Meirelles BS, Santos SMA. Estratégias de promoção da saúde dos idosos no Brasil: um estudo bibliométrico. *Rev enferm UERJ*. [periódico na internet]. 2013 [citado em 20 nov 2014]; 21(1):121-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a20.pdf>.
19. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes; 2011.
21. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011. [citado em 19 nov 2015] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>.

22. World Health Organization. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Organização Mundial da Saúde; 2009. [cited in 2015 Nov 30] Disponible in: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf.
23. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci*. 2013 [cited in 2016 Jan 25]; 110(15):5797-801. Disponible in: <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full.pdf>.
24. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. [cited in 26 nov 2015] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>.
25. Canieles IM, Muniz RM, Corrêa ACL, Meincke SMK, Soares LC. Rede de apoio à mulher mastectomizada. *Rev Enferm UFSM*. 2014 [cited in 29 nov 2015]; 4(2):450-58. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10790/pdf>
26. Souza MGG, Gomes AMT. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. *Rev enferm UERJ*. 2012 [cited in 29 nov 2015]; 20(2): 149-54. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/4009/2778>.
27. Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. [periódico na internet]. 2010 [cited in 20 nov 2015]; 94(3):357-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phps>.
28. Aragaki IMM, Silva IA. Percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida. *Rev esc enferm USP*. [periódico na internet]. 2011 [cited in 10 nov 2015]; 45(1):71-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
29. Oliveira AJM, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc saúde coletiva*. [periódico na internet]. 2014 [cited in 30 nov 2015]; 19(8):3497-504. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php>.
30. Oliveira BM, Mininel VA, Felli VEA. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [periódico na internet]. 2011 [cited in 21 nov 2015]; 64(1):130-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
31. Hartzler A, Pratt WJ. Managing the personal side of health: how patient expertise differs from the expertise of clinicians. *J Med Internet Res*. 2011 [cited in 2015 Nov 15]; 13(3):1728. Disponible in: <http://www.jmir.org/2011/3/e62/>.
32. Souza JA, Fortes RC. Qualidade de vida de pacientes oncológicos: um estudo baseado em evidências. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2012 [cited in 30 nov 2015]; (2):183-92. Disponível em: <http://revistafacsa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/30/25>.
33. Gozzo TO, Moysés AMB, Silva PR, Almeida AM. Náuseas, vômitos e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Rev Gaúcha Enferm*. [periódico na internet]. 2013 [cited in 30 nov 2015]; 34 enseñanza (3):110-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v3n3/a14v34n3.pdf>.
34. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. [periódico na internet]. 2014 [cited in 30 nov 2015]; 67(4):623-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0623.pdf>.
35. Hansel CG. Envelhecimento do portador de transtorno mental institucionalizado: o viver e o cuidar dos profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
36. Kai J, Beavan J, Faull C. Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *Br J Cancer*. 2011 [cited in 2016 Jan 25]; 105(7):918-24. Disponible in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185938/>.