



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

ANA CECÍLIA BARBALHO DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA E FATORES DE
RISCO PARA ÓBITO PRECOCE EM PACIENTES IDOSAS
PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE
COORTE PROSPECTIVA EM UM HOSPITAL DO
SISTEMA PÚBLICO BRASILEIRO**

Recife - PE

Setembro, 2023

ANA CECÍLIA BARBALHO DE VASCONCELOS

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA E FATORES DE RISCO PARA ÓBITO PRECOCE EM PACIENTES IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA EM UM HOSPITAL DO SISTEMA PÚBLICO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao programa de Pósgraduação *Stricto Sensu* do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP para obtenção do título de Mestre em Cuidados Paliativos.

Linha de pesquisa: Estudos clínicos, epidemiológicos e translacionais de doenças e agravos que necessitam de cuidados paliativos.

Mestranda: Ana Cecília Barbalho de Vasconcelos

Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima

Co-orientadora: Maria Júlia Gonçalves de Mello

Recife - PE

Setembro, 2023

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP
Elaborada por Ediane Santos CRB-4/1893

V331a Vasconcelos, Ana Cecília Barbalho de

Avaliação geriátrica ampla e fatores de risco para óbito precoce em pacientes idosas portadoras de câncer de mama: estudo de coorte prospectiva em um hospital do sistema público brasileiro / Ana Cecília Barbalho de Vasconcelos; orientadora Jurema Telles de Oliveira Lima; coorientadora Maria Júlia Gonçalves de Mello. - Recife: Do Autor, 2023.

75 f. : il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2023.

1. Idoso. 2. Neoplasias da mama. 3. Avaliação geriátrica. I. Lima, Jurema Telles de Oliveira. II. Mello, Maria Júlia Gonçalves de. III. Título.

CDD 618.97994

ANA CECÍLIA BARBALHO DE VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA E FATORES DE RISCO PARA ÓBITO
PRECOCE EM PACIENTES IDOSAS PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA:
ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVA EM UM HOSPITAL DO SISTEMA
PÚBLICO BRASILEIRO**

Dissertação para obtenção do grau de Mestre
em Cuidados Paliativos do Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
-IMIP

Data de aprovação: ____/____/____.

Nome do Avaliador 1

Titulação do Avaliador 1

Nome do Avaliador 2

Titulação do Avaliador 2

Nome do Avaliador 3

Titulação do Avaliador 3

Nome do Orientador

Titulação do Orientador

AGRADECIMENTOS

Ao Serviço de Oncogeriatrics do IMIP e a todas as pacientes que permitiram esta pesquisa se concretizar, mesmo em um momento delicado do diagnóstico de uma neoplasia. Sem elas, nada disto faria sentido;

À Deus e à Nossa Senhora, que estão sempre guiando o meu caminho;

À minha mãe, Cléa, a pessoa que mais me incentiva todos os dias e que sempre acreditou em mim, até quando eu mesma não acreditava;

Ao meu pai, Bezerra, o meu maior exemplo de perseverança e caráter, que vibra com todas as minhas conquistas;

Aos meus irmãos, Manoel e Miguel, e às minhas cunhadas, Vanessa e Ísis, que, cada um do seu jeito, torce pelo meu sucesso;

Aos meus sobrinhos, Pedrinho, Marina e Bia, para quem eu quero ser sempre exemplo de amor, cuidado e carinho;

Ao “Eurotrupe”, ao “BibiFai”, e às “Amigas Equipe”, amigos de longa data que, muitas vezes, me ouviram e me deram apoio para que eu continuasse a jornada;

À Dra Jurema, a grande responsável por esta dissertação sair do “plano das ideias”, referência como ser humano, pesquisadora, educadora e oncologista. Sem ela, nada disto seria possível;

À Dra Júlia, exemplo de profissionalismo, dedicação e competência;

À Dra Candice, que esteve no “backstage” e que, em muitos momentos, me incentivou a não desistir;

À banca examinadora, pela disponibilidade e pela contribuição para tornar o trabalho melhor;

A todos que, de uma forma ou de outra, torceram e me ajudaram a concluir esta dissertação. Meu “muito obrigada”!

RESUMO

Introdução: O câncer de mama (CM) é o tipo mais comum de neoplasia entre as mulheres no Brasil e no mundo e a idade é o fator de risco mais importante para desenvolvimento de câncer. O tratamento do CM em mulheres idosas é particularmente desafiador, uma vez que mudanças fisiológicas, déficits funcionais, comorbidades e o uso de polifarmácia podem alterar o risco de toxicidade. **Objetivo:** Determinar os fatores de risco para morte em idosas com câncer de mama em menos de 180 dias após admissão e correlacionar com aspectos específicos deste tipo de câncer, como tipo de tratamento e perfil imunohistoquímico e elaborar um produto técnico de apoio/suporte com fins didáticos acerca do manejo do tratamento do câncer de mama na população idosa. **Métodos:** Foram realizados dois estudos: 1) Coorte prospectiva, em mulheres com idade ≥ 60 anos, diagnosticadas com câncer de mama, admitidas no Serviço de Oncogeriatría do IMIP entre 2015-2020. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, clínico-laboratoriais e 10 testes que compõem a AGA (Avaliação Geriátrica Ampla). O período de seguimento foi de pelo menos seis meses. Foram realizadas análise descritiva, bivariada através dos Teste de Fisher e Qui-Quadrado, estudo de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier e análise univariada e foram incluídas aquelas com $p < 0,20$ no modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox controlado pela idade e estadiamento tumoral. 2) Estudo exploratório de elaboração de um produto técnico envolvendo o desenvolvimento de uma cartilha cuidado-educacional com orientações sobre o manejo da avaliação inicial ao tratamento do câncer de mama nas mulheres idosas. **Resultados:** 1) A amostra foi composta por 326 pacientes diagnosticadas com CM no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2020, todas do sexo feminino, com uma média de idade de 73,46 anos (DP \pm 7.81). Das 326 pacientes, 46 (14,1%) faleceram, e destas, 21 (45,7%) apresentaram quadro de infecção e 18 (39,1%) necessitaram de internação. Com relação ao subtipo imunohistoquímico tumoral, 230 (70,6%) eram luminais, 63 (19,3%), triplo negativo, 25 (7,7%), hiperexpressão de HER2. Foi realizada a avaliação univariada dos instrumentos utilizados na AGA e, após modelo multivariado de regressão de Cox, foram identificados como fator de risco para óbito: MAN-VR < 12 (HR = 2,76, IC95%, 1,49-9,48, $p = 0,001$) e KPS ≤ 50 (HR = 4,39, IC95%, 2,03-9,48, $p < 0,001$). 2) Foi elaborada a cartilha intitulada “Cartilha de Recomendações do Manejo de Pacientes Idosas com Câncer de Mama” com orientações práticas sobre como conduzir a avaliação inicial e o tratamento destas pacientes que poderá ser facilmente acessível em arquivo PDF em computadores ou *smartphones*, auxiliando os profissionais de saúde no cuidado, promovendo melhora da qualidade de vida. **Conclusões:** Para melhorar a eficácia e a segurança do tratamento do CM em idosas e melhorar a sua qualidade de vida, os instrumentos da AGA devem ser aplicados rotineiramente. Nesta população, KPS e Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR) foram identificadas como importantes fatores preditivos para óbito precoce (em até 180 dias da admissão). Portanto, em pacientes idosas com CM, estes aspectos devem ser considerados no plano do cuidado oncológico a ser ofertado, bem como a avaliação para cuidados paliativos precoces concomitantes.

Palavras chave: Câncer de mama, Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), MAN – VR, KPS

ABSTRACT

Background: Breast cancer (BC) is the most common type of cancer among women in the world and in Brazil as well. Age is the most important risk factor for the development of cancer. The treatment of BC in elderly women is particularly challenging, as physiological changes, functional deficits, comorbidities and the use of polypharmacy can alter the risk of toxicity. **Objective:** To determine the risk factors for deaths in less than 180 days after admission in elderly cancer patients with BC and correlate with specific aspects of this type of cancer, such as type of treatment and immunohistochemical profile. **Methods:** Two studies were conducted: 1) Prospective cohort, in women aged ≥ 60 years, diagnosed with BC, admitted to the IMIP Oncogeriatric Service. Sociodemographic and clinical variables and 10 tests that make up the CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) were evaluated. The follow-up period was at least six months. Descriptive, bivariate analysis using the Fisher and Chi-square tests, a survival study using the Kaplan-Meier method and univariate analysis were performed, including those with $p < 0.20$ in the multivariate Cox proportional hazards model controlled by age and Tumor staging. 2) Exploratory study of the elaboration of a technical product involving the development of a care-educational booklet with guidance on the management of the initial assessment of breast cancer treatment in elderly women. **Results:** 1) The study sample consisted of 326 patients diagnosed with BC in the period from January 2015 to December 2020, all female, with a mean age of 73.46 years ($SD \pm 7.81$). Of the 326 patients, 46 (14,1%) died, and of these, 21 (45,7%) had an infection and 18 (39,1%) required hospitalization. Regarding the tumor immunohistochemical subtype, 230 (70,6%) were luminal, 63 (19,3%) were triple negative, 25 (7,7%) had HER2 hyperexpression. After multivariate analysis by Cox regression of clinical variables related to the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) according to death, were identified as a risk factor for death: $MNA-SF < 12$ ($HR = 2,76$, $IC95\%$, $1,49-9,48$, $p = 0,001$), $KPS \leq 50\%$ ($HR = 4,39$, $IC95\%$, $2,03-9,48$, $p < 0,001$). 2) A booklet entitled “Booklet of Recommendations for the Management of Elderly Patients with Breast Cancer” was prepared with practical guidance on how to conduct the initial assessment and treatment of these patients, which can be easily accessible as a PDF file on computers or smartphones, assisting health professionals in care, promoting improved quality of life. **Conclusions:** In order to improve the efficacy and safety of the treatment of elderly women with BC and to improve their quality of life, the instruments of CGA should be performed routinely. In this population, KPS and Mini Nutritional Assessment Short Version (MNA – SF) were identified as important predictors of early death (180 days after admission). Therefore, in elderly patients with BC who are at risk for malnutrition and have low KPS, the treatment should be analyzed with caution, as well as the evaluation for concomitant early palliative care.

Keywords: Breast Cancer, Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), MNA-SF, KPS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sobrevida Global de acordo com a classificação obtida na Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR) em Normal (≥ 12) e Risco de Desnutrição/Desnutrição (A) e de acordo com o KPS com o ponto de corte $< 50\%$ (B).....	30
--	-----------

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e da evolução da coorte de 326 mulheres idosas com câncer de mama, de acordo com a ocorrência de óbito. Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020..... **27**
- Tabela 2** - Distribuição das características da AGA na admissão a coorte e avaliação do risco de óbito (Hazard Ratio) de 326 mulheres idosas com câncer de mama acompanhadas na Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020..... **28**
- Tabela 3** - Avaliação do risco de óbito (Hazard Ratio) de acordo com o tratamento oncológico instituído para câncer de mama na coorte de 326 mulheres idosas. Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020..... **29**
- Tabela 4** - Análise multivariada pela regressão de Cox das variáveis clínicas relacionadas à AGA de acordo com óbito. Oncogeriatría IMIP. 2015 - 2020..... **29**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Índice de Katz para as atividades básicas da vida diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CM	Câncer de Mama
EAG	Evento Adverso Grave
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
GDS15	Escala de depressão Geriátrica
GUG	Teste do <i>Timed Get Up and Go</i>
HER 2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Índice de Comorbidades de Charlson
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
KPS	Desempenho Funcional de Karnofsky
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MAN-VR	Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
MMG	Mamografia
NCCN	<i>National Cancer Comprehensive Network</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RH	Receptor Hormonal
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SG	Sobrevida Global
SIOG	Sociedade Internacional de Oncogeriatría
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	11
II.	OBJETIVOS	15
	2.1. Objetivo Geral	15
	2.2. Objetivos Específicos	15
III.	MÉTODOS	16
	3.1. Determinação dos fatores preditivos para óbito precoce em pacientes idosas portadoras de câncer de mama	16
	3.1.1. Desenho do Estudo	16
	3.1.2. Local do Estudo	16
	3.1.3. Período do Estudo	16
	3.1.4. População do Estudo	17
	3.1.5. Amostra do Estudo	17
	3.1.6. Critérios de Inclusão	17
	3.1.7. Critérios de Exclusão	17
	3.1.8. Coleta de Dados	18
	3.1.9. Variáveis do Estudo	18
	3.1.9.1. Variáveis Sociodemográficas	18
	3.1.9.2. Variáveis relacionadas a hábitos	19
	3.1.9.3. Variáveis relacionadas ao câncer	19
	3.1.9.4. Variáveis relacionadas à AGA	20
	3.1.10. Análise de Dados	22
	3.2. Elaboração do Produto Técnico	23
	3.3. Considerações Éticas	24
IV.	RESULTADOS	25
	4.1. Determinação para os fatores de risco de óbito precoce – Estudo de Coorte	25
	4.1.1. Resultados	25
	4.1.2. Discussão	30
	4.2. Produto Técnico – Cartilha de Recomendações para o Manejo de Pacientes Idosas com Câncer de Mama	34
V.	CONCLUSÃO	37
VI.	SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	38
VII.	REFERÊNCIAS.....	39
VIII.	APÊNDICES	43

I. INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, com uma estimativa de mais de 73 mil novos casos no ano de 2023, segundo dados do INCA³. Além disso, é a principal causa de morte por neoplasias em mulheres idosas brasileiras. A sua incidência cresce progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade mediana ao diagnóstico em torno dos 62 anos¹ e, atualmente, mais da metade dos casos é diagnosticada em mulheres idosas.

No Brasil, segundo a OMS, até 2040, ocorrerá um aumento no número de casos novos e de mortes por CM na população idosa. O crescimento do número de casos será da ordem de 85% e do número de mortes, da ordem de 97% na população de mulheres com > 60 anos, ao passo que este crescimento será da ordem de 15,6% e de 16,7%, respectivamente, na população < 60 anos.² Isto demonstra o enorme desafio e a necessidade de melhoria das práticas de cuidados oncológicos voltados para esta população.

Entre as razões que justificam a elevada incidência e mortalidade por neoplasias nos idosos, destacam-se: biologia mais agressiva, morbidades associadas, baixa reserva fisiológica, a relutância dos profissionais de saúde em oferecerem uma terapêutica agressiva, além de barreiras para acesso ao próprio serviço de saúde.¹

O cuidado da idosa com CM é particularmente desafiador, pois mudanças fisiológicas, déficits funcionais, comorbidades e o emprego de polifarmácia podem alterar o risco de toxicidade ao tratamento¹, prejudicando a sua qualidade de vida. Este tratamento varia de acordo com a extensão tumoral (estadiamento) e com o subtipo histológico. Em geral, a doença é diagnosticada em fases mais avançadas, mais comumente apresenta receptores hormonais positivos e HER2 negativo, e tem um curso

mais indolente em relação ao CM em pacientes jovens¹⁵. Entretanto, a população idosa encontra-se frequentemente subrepresentada nos estudos clínicos, já que acaba sendo excluída pela idade e pelas morbidades. Sendo assim, não é raro estarmos diante de uma população subtratada, o que gera consequências quanto ao prognóstico e à sobrevida destas pacientes.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um processo diagnóstico sistematizado realizado para avaliar a saúde global da pessoa idosa de forma multidimensional, utilizando escalas validadas e apresenta evidências do seu impacto como um preditor independente do risco de toxicidade, mortalidade e hospitalização para os pacientes oncológicos idosos^{4,5}. Além disso, tem o poder de identificar situações desconhecidas de risco à saúde global do idoso e, assim, nortear melhor as decisões de um cuidado mais personalizado⁹.

A AGA não está rotineiramente incorporada nas pesquisas e na prática clínica do cuidado dos pacientes oncológicos, apesar de amplamente recomendada por importantes entidades científicas internacionais, como a *National Cancer Comprehensive Network* (NCCN, 2016), a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO)⁸ e a Sociedade Internacional de Oncogeriatrics (SIOG)⁹. De fato, a minoria destes pacientes recebe esta avaliação no planejamento e acompanhamento oncológico e esta realidade é ainda mais desconhecida e desafiadora em países em desenvolvimento, onde se concentrarão a maioria dos casos de câncer em idosos nos próximos anos, devido ao rápido processo de transição epidemiológica e aos sistemas de saúde mais sobrecarregados²⁴.

Utilizar a idade cronológica como único fator determinante para decisão do tratamento coloca a população idosa em risco de sub ou supertratamento, podendo resultar em redução da eficácia do mesmo, aumento dos efeitos tóxicos e redução da qualidade de vida⁴. Métodos tradicionais de avaliação, como anamnese e exame físico, são

inadequados para demonstrar fatores de riscos específicos em idosos. A utilização de escalas como Karnofsky e ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) como auxílio para estratificar pacientes para tratamento, apesar de uma estratégia válida na população geral, pode ser insuficiente quando se trata dos idosos, grupo com características complexas e heterogêneas, pois não refletem o real *status* funcional destes pacientes¹.

Alguns domínios da AGA alterados estão associados à pior sobrevida global⁴, à maior ocorrência de evento adversos graves (EAG)⁵ e à capacidade reduzida do paciente de se beneficiar de determinada intervenção terapêutica¹⁰. Por este motivo, a AGA quando utilizada como norteadora de decisões pode reduzir toxicidades da terapia antineoplásica, evitar hospitalizações, além de aumentar a adesão ao tratamento, a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes^{6,7}.

Neste contexto, a ocorrência de óbito precoce, ou seja, antes de seis meses após o início do cuidado oncológico, é um desfecho extremamente importante que deve ser ponderado no planejamento do melhor cuidado a ser ofertado⁷. A morte precoce por CM está, muitas vezes, relacionada com a qualidade do cuidado, saúde global, toxicidade relacionada à terapia antineoplásica e pode ser considerada uma causa de morte prematura e evitável, mesmo na população idosa¹⁵. Reconhecer fatores preditivos de risco na admissão identificados pela AGA pode ser uma grande oportunidade de ofertar cuidados mais efetivos e seguros para esta população crescente¹⁶.

Cuidados paliativos devem ser ofertados a pacientes e seus familiares desde o diagnóstico da doença oncológica de modo a prevenir e aliviar sofrimento, permitindo uma melhor qualidade de vida. Identificar fatores de risco na admissão para eventos adversos graves, inclusive morte precoce, numa população vulnerável também por outros aspectos de sua saúde global pode ser fundamental para ampliar esta importante prática¹⁴.

Neste sentido, são necessários estudos que busquem determinar os fatores de risco para a ocorrência de óbito precoce (< 6 meses do início do tratamento) em pacientes oncológicas idosas com câncer de mama, a fim de auxiliar na escolha da melhor estratégia para o acompanhamento deste grupo populacional.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Determinar os fatores preditivos para óbito precoce (em menos de 180 dias) da admissão em pacientes oncológicos idosos com câncer de mama, a partir da aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico, clínico e avaliação geriátrica ampla da população estudada;
- Determinar entre os instrumentos utilizados na AGA realizados na admissão quais os fatores para o óbito nos primeiros seis meses de seguimento;
- Descrever o perfil imunohistoquímico e o tratamento recebido pela população estudada;
- Elaborar um produto técnico de apoio/suporte com fins didáticos acerca do manejo do tratamento do câncer de mama na população idosa.

III. MÉTODOS

Esta dissertação envolve a elaboração de dois produtos com métodos diferentes que serão apresentados em duas seções:

3.1. Determinação dos fatores preditivos para óbito precoce em pacientes idosas portadoras de câncer de mama

3.1.1. Desenho do Estudo

Estudo do tipo coorte prospectivo, com informações obtidas de banco de dados a partir do projeto âncora: “Sobrevida e fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos precoces em pacientes oncológicos idosos”.

3.1.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Oncologia Clínica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade do Recife, capital de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil. Este serviço atende todos os tipos de tumores malignos, inclusive tumores infantis e neoplasias hematológicas e acolhe em média seis mil pacientes oncológicos novos por ano, exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). É responsável por cerca de 30% do cuidado oncológico de Pernambuco.

O IMIP é credenciado como hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e como centro de referência nacional e estadual nas diversas áreas de especialidades médicas e afins, sendo o único serviço habilitado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Pernambuco.

3.1.3. Período do Estudo

Foram analisados os dados das pacientes idosas que foram tratadas por câncer de mama no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2020.

3.1.4. População do Estudo

Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos no momento da admissão, com diagnóstico recente confirmado de câncer de mama, atendidos no Serviço de Oncologia Clínica do IMIP no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2020. Foram incluídos todas as pacientes elegíveis que concordaram em participar do estudo.

3.1.5. Amostra do Estudo

Foram analisadas todas as pacientes com câncer de mama recém diagnosticadas admitidas no Serviço de Oncogeriatría do IMIP no período de Janeiro de 2015 a Dezembro 2020.

3.1.6. Critérios de Inclusão

- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos e com diagnóstico de neoplasia de mama confirmada por biópsia, ou citologia ou imunohistoquímica;
- Pacientes não tratados previamente, exceto tratamento cirúrgico;
- Capaz de aceitar autonomamente a participação no estudo.

3.1.7. Critérios de Exclusão

- Pacientes com diagnóstico prévio de câncer, exceto câncer de pele não melanoma (subtipos basocelular ou epidermóide não metastático).

3.1.8. Coleta de Dados

Os dados foram obtidos com base nos dados de projeto âncora, para o qual inicialmente foi realizado treinamento da equipe do Ambulatório de Oncogeriatrics do IMIP, com uniformização do protocolo de atendimento. Os pacientes foram, então, recrutados em seu primeiro atendimento no Serviço e, uma vez preenchidos os critérios de elegibilidade e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), encaminhados para avaliação por uma equipe multidisciplinar responsável pela categorização das variáveis estudadas. Os pacientes foram seguidos de forma mensal durante o período do estudo, através de contato telefônico, e, orientados a entrar em contato, em caso de intercorrências. Além disso, foram utilizados registros médicos de prontuários, dados de sistema de prontuário eletrônico e questionários padronizados para ter acesso à evolução da doença.

3.1.9. Variáveis do Estudo

O desfecho analisado no presente estudo foi o óbito precoce (ocorrência de morte por qualquer causa após 24h e até 6 meses de admissão no estudo) obtido por contato com cuidadores e confirmado em prontuário e sistema de informação hospitalar.

3.1.9.1. Variáveis Sociodemográficas

Idade: variável numérica discreta. Número de anos de vida da mulher no momento do diagnóstico, confirmado pela data do nascimento da mulher registrada no prontuário.

Raça: variável categórica policotômica, que foi obtida por auto referência do paciente. Foi categorizada em: pardo/negro, branco e demais.

Procedência: variável categórica dicotômica. Região de onde a paciente é procedente. Foi categorizada em Recife/Região Metropolitana e Interior de Pernambuco.

Situação Conjugal Atual: variável categórica dicotômica. Foi categorizada em: Casada/União Estável ou Solteira.

Renda Mensal: variável categórica dicotômica expressa em salários mínimos agrupada em duas categorias: ≤ 2 salários mínimos ou > 2 salários mínimos.

Escolaridade: variável categórica dicotômica expressa em anos de estudo agrupada em duas categorias: ≤ 4 anos de estudo ou > 4 anos de estudo.

3.1.9.2. Variáveis relacionadas a hábitos

Tabagismo: variável categórica dicotômica. Ser fumante atual ou ex fumante, independente da carga tabágica e do tipo de fumo (cigarro, palheiro, charuto). Foi categorizada em: sim ou não.

Etilismo: variável categórica dicotômica. Referente ao consumo de mais de um copo de vinho/uma lata de cerveja por dia. Foi categorizada em: sim ou não.

IMC: variável qualitativa ordinal. Referente ao valor do IMC. Foi classificada em: $< 22 \text{ Kg/m}^2$, $22- 27 \text{ Kg/m}^2$, $> 27 \text{ Kg/m}^2$.

3.1.9.3. Variáveis relacionadas ao câncer

Subtipo Tumoral: variável categórica policotômica. Referente ao resultado da imunohistoquímica do espécime tumoral. Foi categorizada em: hormonal (Luminal A e B), triplo negativo e HER2 hiperexpresso.

Presença de Metástase: variável categórica dicotômica. Apresentar doença neoplásica fora da mama. Foi categorizada em: sim ou não.

Quimioterapia: variável categórica dicotômica. Ter recebido quimioterapia, independentemente do tipo de droga utilizada. Foi categorizada em: sim ou não.

Radioterapia: variável categórica dicotômica. Ter recebido radioterapia, independente da finalidade seja adjuvante ou paliativa. Foi categorizada em: sim ou não.

Hormonioterapia: variável categórica dicotômica. Ter recebido hormonioterapia, independente da finalidade seja adjuvante ou paliativa. Foi categorizada em: sim ou não.

Terapia Anticorpo Monoclonal: variável categórica dicotômica. Ter recebido terapia antiHER2. Foi categorizada em: sim ou não.

Cirurgia: variável categórica dicotômica. Ter sido submetida à cirurgia como tratamento para o câncer de mama. Foi categorizada em: sim ou não.

3.1.9.3. Variáveis relacionadas à AGA

Índice de Comorbidades de Charlson (ICC): Variável categórica dicotômica: < 2 comorbidades e ≥ 2 comorbidades. Índice obtido no momento da admissão pela aplicação do instrumento de forma presencial por membro da equipe interdisciplinar. O índice calcula a carga de morbidade do paciente a partir de 19 condições clínicas, o diagnóstico da doença, sua gravidade e pondera seu efeito sobre o prognóstico do paciente.

Desempenho funcional de Karnofsky (KPS): Variável categórica dicotômica. Avaliação Funcional Global Utilizando a Escala de ECOG a partir do KPS. Foi categorizada em: $< 50\%$ e $\geq 50\%$.

Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR): Variável categórica dicotômica: ≥ 12 (normal) ou < 12 (risco de desnutrição). É constituída de uma parte inicial de triagem do risco nutricional constituída de seis questões que classifica

conforme pontuação obtida em estado nutricional normal, em risco de desnutrição e desnutridos. Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de má nutrição, é realizada a segunda parte do questionário. Na segunda parte (Avaliação Global), é aprofundada a avaliação por meio de 12 questões adicionais.

Mini Avaliação Nutricional (MAN): Variável numérica contínua (0 a 30 pontos), estratificada posteriormente em **variável categórica dicotômica**: ≥ 24 (normal) ou $\leq 23,5$ (risco de desnutrição/desnutrição). É um instrumento constituído por duas partes, uma voltada para o rastreamento de problemas nutricionais e outra para a avaliação da condição nutricional, que é utilizada sempre que for detectada possível alteração na primeira parte (triagem).

Mini-Exame do estado mental (MEEM): Variável numérica contínua. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o instrumento mais utilizado para a mensuração da função cognitiva de indivíduos adultos. Composto de 30 questões abrangendo diversas áreas: orientação no tempo e espaço, registro, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS15): Variável categórica dicotômica: normal (escore 0- 4) e risco de depressão (escore 5-15). É constituída por 15 questões cuja respostas são do tipo dicotômicas classificadas em sim ou não, que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão na versão completa.

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Variável categórica dicotômica dividida em sedentário/inativo ou ativo.

Teste do *Timed Get Up and Go* (GUG): Teste de mobilidade. **Variável numérica contínua** medida em segundos. E depois estratificada em **variável categórica dicotômica** – quanto ao risco de queda: baixo risco (menos de 20 segundos) e risco médio/alto (mais de 20 segundos).

Índice de Katz para as atividades básicas da vida diária (ABVD): Variável categoria dicotômica. Escala desenvolvida para avaliação objetiva do estado funcional em idosos e doentes crônicos, através da medição da autonomia para as atividades diárias. Os seis itens que compõem a escala avaliam o desempenho do indivíduo em comportamentos básicos e habituais de autocuidado: capacidade para tomar banho, capacidade para se vestir, capacidade de ir ao banheiro para realizar eliminações, adequado controle esfinteriano, capacidade de transferência do leito e capacidade de alimentar-se. Foi categorizada em: independente ou dependente em uma função ou independente em duas ou mais funções.

Polifarmácia: Variável categórica dicotômica. Refere-se ao uso regular de um maior número de medicamentos. Foi considerada a utilização regular de 5 ou mais medicamentos.

3.1.10. Análise de dados

Os dados foram analisados a partir do banco de dados do estudo de coorte prospectivo realizado anteriormente com pacientes idosos com câncer. Foram extraídos os dados das mulheres idosas com câncer de mama. Além disso, foram incluídas as informações quanto ao perfil imunohistoquímico para comparação entre os grupos com diferentes padrões e desfechos.

Foi realizada análise descritiva da população do estudo por meio das medidas de tendência central, para as variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram apresentadas como número absoluto (N) e percentual (%) da população estudada. Para descrever a amostra, foi realizada distribuição de frequência, medidas de tendência central e de dispersão, levando-se em consideração a natureza das variáveis estudadas assim como, para análise dos resultados, foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos. Quando

adequado, foi utilizado o teste T de Student e o Qui-quadrado com a finalidade de comparar a frequência das variáveis contínuas e as categóricas, respectivamente. Além disso, foi utilizado um modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox para a seleção de fatores de risco para a ocorrência de óbito. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Permaneceram no modelo final o conjunto de variáveis que apresentaram $p < 0,05$.

O método de Kaplan-Meier foi utilizado para analisar a sobrevida em seis meses e seu intervalo de confiança a 95%. As curvas de sobrevida de acordo com diferentes categorias foram então comparadas utilizando-se o teste Log rank. Para todas as análises foi considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

3.2. Elaboração do Produto Técnico

A cartilha cuidado-educacional é uma ferramenta tecnológica voltada à orientação e educação em saúde. É um recurso que deve ser dinâmico, prático, de fácil compreensão, linguagem clara e objetiva, visualmente leve, sendo disponibilizado em formato digital ou impresso. A construção de uma cartilha deve ser focada nas necessidades do público alvo, compartilhando o conteúdo almejado para auxiliar no processo de aprendizagem.²⁰

Nesta cartilha, optou-se por abordar as principais recomendações desde o *screening* e o manejo do câncer de mama em idosas, bem como os principais aspectos que devem ser observados na escolha do tratamento tanto da doença inicial quanto da doença metastática. Este material se destinará à equipe médica e multidisciplinar que acompanha esta população de pacientes no IMIP, tanto do setor de Oncogeriatrics como do Ambulatório Geral, sendo disponibilizada em PDF e acessível para visualização tanto em computadores como por *smartphones*.

- Etapas para construção da cartilha:

- ✓ Primeira etapa – foi realizado um levantamento na literatura, sendo utilizadas como principais fontes os *guidelines* da SIOG, ASCO e NCCN sobre o manejo do câncer de mama na população idosa;
- ✓ Segunda etapa – na fase da construção do esqueleto da cartilha, foi desenhada uma tabela em arquivo de “Word”, seguindo a sequência de informações de acordo com as seguintes subdivisões: avaliação inicial, tratamento da doença inicial e tratamento da doença metastática;
- ✓ Terceira e última etapa – para elaboração da cartilha, foi utilizado o programa *Adobe Illustrator*, em formato de papel A4, sendo os ícones retirados do site *Flaticon*, sendo finalizada a sua identidade visual.

3.3. Considerações Éticas

O presente estudo deriva de uma coorte prospectiva intitulada “SOBREVIDA E FATORES DE RISCO PARA EVENTOS ADVERSOS PRECOSES EM PACIENTES ONCOLÓGICOS IDOSOS”, que 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 os sujeitos envolvidos na pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e somente foram incluídos após concordarem voluntariamente em participar, assinando o TCLE (APÊNDICE A).

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados em dois tópicos:

- Estudo para Determinação dos fatores de risco para óbito precoce em pacientes idosos portadores de câncer de mama
- Produto Técnico – “Cartilha de Recomendações do Manejo de Pacientes Idosas com Câncer de Mama”

4.1. Determinação dos Fatores de Risco para óbito precoce – Estudo de Coorte

4.1.1. Resultados

A amostra do estudo foi composta por 326 pacientes oncológicas idosas com câncer de mama admitidas no período de Janeiro de 2015 a Dezembro de 2020, com média de idade de 73,46 anos (DP \pm 7,81). Aproximadamente 30% das pacientes possuíam carcinoma metastático à admissão. Das 326 pacientes do estudo, 46 (14,1%) evoluíram à óbito durante os primeiros seis meses de seguimento, sendo todos os óbitos relacionados ao câncer e/ou toxicidades relacionadas a terapia antitumoral. As características sociodemográficas e clínicas da população do estudo estão descritas na Tabela 1.

Em relação às características tumorais, 230 pacientes (70,6%) apresentavam tumores com expressão de receptores hormonais (Luminal A e B), e 63 (19,3%) tinham tumores de subtipo triplo negativo e 25 (7,7%) apresentavam tumores com hiperexpressão de HER2.

Em relação ao subtipo tumoral de acordo com a imunohistoquímica, dentre as pacientes que faleceram, 23 (50%) tinham tumor luminal (com positividade para

receptores hormonais), 16 (34,8%) tinham tumor triplo negativo e 6 (13%) tinham tumor com hiperexpressão da proteína HER2.

Na Tabela 3, temos a descrição do tratamento realizado pelas pacientes idosas tratadas por CM no IMIP, Recife, 2015-2020.

Na análise univariada de regressão de Cox, todos os instrumentos da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) incluídos nesta pesquisa tiveram significância estatística como fator de risco para o óbito em até 180 dias da admissão (Tabela 2). Na análise multivariada apresentada na Tabela 4, permaneceram no modelo final as seguintes variáveis controladas pela idade e presença de metástases: Escala de Desempenho Funcional de Karnofsky (KPS) ≤ 50 % (HR 4,39 I C95% 2,03-9,48) e a Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR) < 12 (HR 2,72 IC 95% 1,49-4,96).

Na análise de sobrevida de Kaplan-Meier, pacientes com fatores de risco identificados pelos instrumentos da AGA à admissão (KPS e MAN-VR) apresentaram menor sobrevida, com log - rank $< 0,001$ (**Figura 1**).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e da evolução da coorte de 326 mulheres idosas com câncer de mama, de acordo com a ocorrência de óbito. Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020.

VARIÁVEIS	Total N = 326 (%)	Óbito N = 46 (%)	P valor*
Variáveis Sociodemográficas			
Idade (anos) média ± DP	73,46 ±7,81	73,93±8,78	0,867
Gênero			
Feminino	326 (100)	46 (14,1)	NS
Raça			
Pardo/Negro	218 (66,9)	33 (71,7)	0,557
Branco	100 (30,6)	12 (26,1)	
Demais	8 (2,5)	1 (2,2)	
Procedência			
▪ Região Metropolitana do Recife	210 (64,4)	32 (69,3)	0,183
▪ Interior de PE	116 (35,6)	14 (30,4)	
Situação Conjugal Atual			
▪ Solteira	119 (36,5)	17 (37,0)	0,939
▪ Casada/União Estável	207 (63,5)	29 (63,0)	
Renda Mensal			
▪ ≤ 2 salários mínimos	218 (66,9)	31 (67,4)	0,684
▪ > 2 salários mínimos	108 (33,1)	15 (32,6)	
Escolaridade (anos de estudo)			
▪ ≤ 4	214 (65,6)	35 (76,1)	0,190
▪ > 4	112 (34,4)	11 (23,9)	
Tabagismo			
▪ Nunca fumou	199 (61,0)	31 (67,4)	0,213
▪ Atual ou Ex-Tabagista	127 (39,0)	15 (32,6)	
Etilismo			
▪ Não	303 (92,9)	45 (97,8)	0,278
▪ Sim	23 (7,1)	1 (2,2)	
IMC			
▪ <22	35 (10,7)	11 (23,9)	0,004
▪ 22-27	89(27,3)	14 (30,4)	
▪ >27	202 (62,0)	21 (45,7)	
Desfechos			
▪ Óbito	46 (14,1)	---	<0,001
▪ Infecção	63 (19,3)	21 (45,7)	
▪ Hospitalização	63 (19,3)	18 (39,1)	
Subtipo Tumoral			
▪ Triplo negativo	63 (19,3)	16 (34,8)	0,693
▪ Hiperexpressão de HER2	25 (7,7)	6 (13,0)	
▪ Luminal A e B	230 (70,6)	23 (50,0)	
▪ Especiais	4 (1,2)	0 (0,0)	
▪ Não informados	4 (1,2)	1 (2,2)	
Presença de doença metastática			
▪ Não	209 (64,1)	21 (45,7)	0,013
▪ Sim	117 (35,9)	25 (54,3)	

Tabela 2. Distribuição das características da AGA na admissão a coorte e avaliação do risco de óbito (*Hazard Ratio*) de 326 mulheres idosas com câncer de mama acompanhadas na Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA	Total N (%)	Óbito N (%)		Hazard Ratio	IC 95%	P valor
		Sim	Não			
Índice de Comorbidade de Charlson						
▪ < 2 comorbidades	236 (72,4)	34 (73,9)	202 (72,1)	1	0,26-1,16	0,118
▪ ≥ 2 comorbidades	90 (27,6)	12 (26,1)	78 (27,9)	0,55		
Escala de desempenho funcional de Karnofsky (KPS)						
▪ > 50	308 (94,5)	38 (82,6)	270 (96,4)	1	1,87-13,67	0,001
▪ ≤ 50	18 (5,5)	8 (17,4)	10 (3,1)	5,06		
Miniavaliação nutricional versão reduzida (MAN-VR)						
▪ Normal (≥ 12)	101 (31,0)	20 (43,5)	205 (73,2)	1	1,07-4,23	<0,001
▪ Risco de desnutrição (< 12)	225 (69,0)	26 (56,5)	75 (26,8)	1,80		
Miniavaliação nutricional (MAN)						
▪ Normal (≥ 24)	75 (23,0)	23 (50,0)	52 (18,6)	1	0,44-1,02	<0,001
▪ Risco de desnutrição/ desnutrição (≤ 23,5)	251 (77,0)	23 (50,0)	228 (81,4)	2,54		
Mini-exame do Estado Mental (MEEM)						
▪ Média ± desvio padrão	1,89 ± 0,99	1,78 ± 0,98	1,91 ± 0,99	1 0,87	0,65-1,18	0,364
Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)						
▪ Normal (≤ 4)	203 (62,3)	25 (54,3)	178 (63,6)	1	0,49-1,70	0,781
▪ Risco médio/severo (>4)	123 (37,7)	21 (45,7)	102 (36,4)	0,91		
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)						
▪ Ativo	63 (19,3)	4 (8,7)	59 (21,1)	1	0,63-5,31	0,261
▪ Sedentário/Inativo	263 (80,7)	42 (91,3)	221 (78,9)	1,83		
Teste Timed Up and Go (TUG)						
▪ Baixo risco	205 (62,9)	22 (47,8)	183 (65,4)	1	0,68-2,56	0,400
▪ Médio e alto risco	121 (37,1)	24 (52,2)	97 (34,6)	1,32		
Índice de KATZ						
▪ Independente ou dependente em 1 função	207 (63,5)	26 (56,5)	181 (64,6)	1	0,38-1,55	0,465
▪ Dependente em ≥ 2 funções	119 (36,5)	20 (43,5)	99 (35,4)	0,77		
Polifarmácia						
▪ < 5	256 (78,5)	34 (73,9)	222 (79,3)	1	0,51-2,03	0,951
▪ ≥ 5	70 (21,5)	12 (26,1)	58 (20,7)	1,02		

Tabela 3. Avaliação do risco de óbito (Hazard Ratio) de acordo com o tratamento oncológico instituído para câncer de mama na coorte de 326 mulheres idosas. Oncogeriatría IMIP, Recife, 2015-2020.

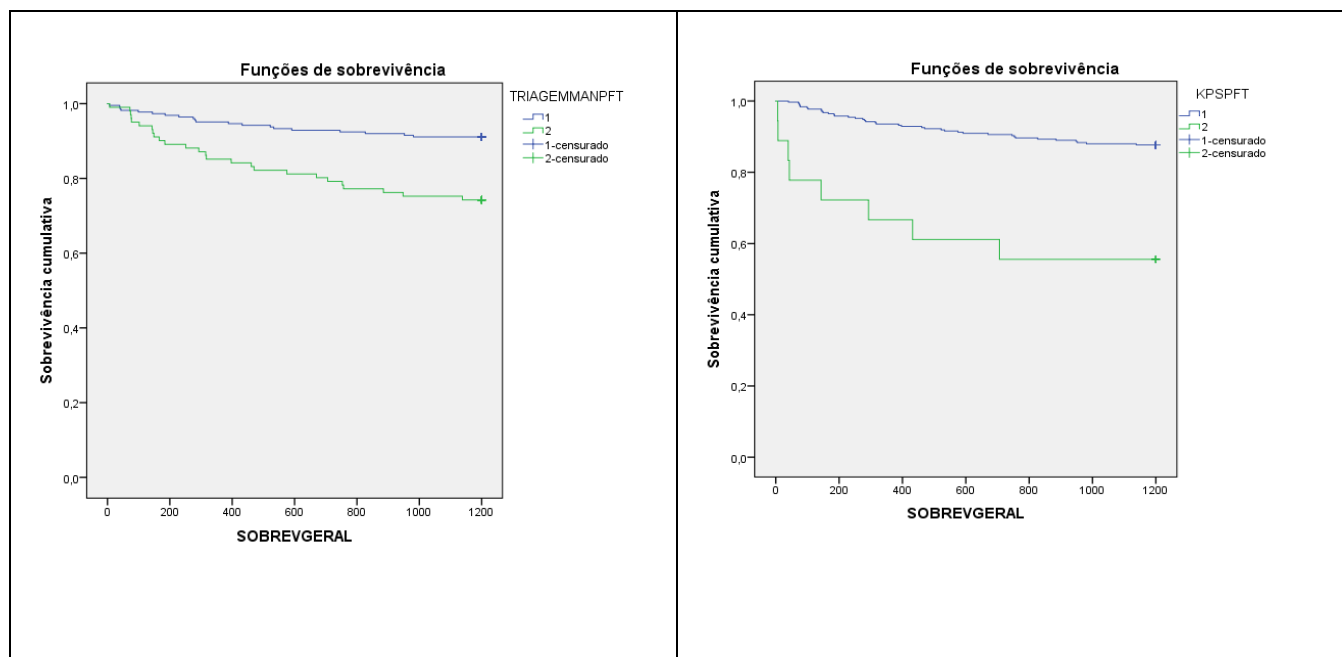
Óbito						
N (%)						
TRATAMENTO	Total N (%)	Sim	Não	Hazard Ratio	IC95%	P valor
Quimioterapia						
▪ Sim	209 (64,1)	32 (69,6)	177 (63,2)	1	0,56-2,23	0,739
▪ Não	117 (35,9)	14 (30,4)	103 (36,8)	1,12		
Radioterapia						
▪ Sim	206 (63,2)	23 (50,0)	183 (65,4)	1	0,57-2,05	1,088
▪ Não	120 (36,8)	23 (50,0)	97 (34,6)	1,08		
Cirurgia						
▪ Sim	268 (82,2)	26 (56,5)	242 (86,4)	1	1,98-7,14	<0,001
▪ Não	58 (17,8)	20 (43,5)	38 (13,6)	3,76		
Hormonioterapia						
▪ Sim	231 (70,9)	19 (41,3)	212 (75,7)	1	2,14-7,64	<0,001
▪ Não	95 (29,1)	27 (58,7)	68 (24,3)	4,05		
Terapia Anticorpo Monoclonal						
▪ Sim	45 (13,8)	3 (6,5)	42 (15,0)	1		0,053
▪ Não	281 (86,2)	43 (93,5)	238 (85,0)	3,20	0,98-10,44	

Tabela 4. Análise multivariada pela regressão de Cox das variáveis clínicas relacionadas à AGA de acordo com óbito. Oncogeriatría IMIP. 2015 - 2020

Variáveis	Hazard Ratio*	CI 95%	P valor
• Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR)	1 : 2,72	1,49 – 4,96	0,001
▪ Karnofsky Performance Status (KPS)	1 : 4,39	2,03 – 9,48	< 0,001

*Controlado pela idade e estadiamento tumoral inicial

Figura 1. Sobrevida Global de acordo com a classificação obtida na Mini Avaliação Nutricional Versão Reduzida (MAN-VR) em Normal (≥ 12) e Risco de Desnutrição/Desnutrição (A) e de acordo com o KPS com o ponto de corte $< 50\%$ (B). Método de Kaplan-Meier e o teste de Log - rank ($p < 0,001$).



4.1.2. Discussão

Neste estudo, foi demonstrado um cenário desafiador dos aspectos da saúde global, características relacionadas ao tumor e tratamento oncológico ofertado e a ocorrência de eventos adversos graves. Das 326 pacientes idosas com CM, 46 (14,1%) evoluíram à óbito durante os primeiros 180 dias da admissão no estudo. Todas as mortes foram consideradas relacionadas ao câncer: 4 (8,7 %) por progressão da doença e 42 (91,3%) por toxicidade relacionada à terapia antineoplásica.

Foi aplicada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) para todas as pacientes, em que foram avaliados os domínios de comorbidades, polifarmácia, funcionalidade (KPS, ABVD, TUG), atividade física, estado emocional e cognitivo (GDS 15, MEEM) e nutrição (MAN, MAN -VR) por nove diferentes instrumentos do cuidado, visando identificar os fatores modificáveis e a valorização de aspectos da saúde global norteadores

do cuidado oncológico a ser ofertado e necessidades ou não de adaptação. O modelo de análise multivariado, ajustado por idade e estadiamento, identificou que alterações em dois instrumentos que avaliam de forma simples domínios diferentes (nutricional e funcional) foram fatores independentes para o risco de óbito precoce.

Dentre as pacientes do estudo, foi identificada uma elevada prevalência de má nutrição detectada pela MAN e MAN – VR, relativamente mais elevada que outros estudos para esta população^{31,32,34}, sendo associada significativamente MAN-VR < 12 (HR = 2,72, IC95%, 1,49-4,96, p =0,001) com um risco de óbito precoce 2,72 vezes maior para as pacientes em risco nutricional quando comparada às pacientes sem risco nutricional, sendo então um fator preditivo de óbito precoce independente do estadiamento e idade da paciente.

O risco nutricional/desnutrição tem sido associado como um dos domínios fortemente associado ao óbito precoce em paciente oncológicos idosos e considerado um fator de risco modificável, apesar de a sua ocorrência poder refletir aspectos relacionados à atividade tumoral e a outros aspectos relativos ao processo de envelhecimento³⁴.

Outro fator observado no estudo foi a prevalência de sobrepeso/obesidade (IMC > 27) presente em 62% das pacientes e dentre as que faleceram eram o maior grupo (45,7%). O excesso de peso ou a obesidade são fatores de risco que estão claramente relacionados a um aumento da incidência de câncer e de recidiva do CM, principalmente quando associado a inatividade física (presente em cerca de 80 % das pacientes). Além disso, há também uma forte relação entre obesidade e perda de massa muscular (sarcopenia), a qual também está relacionada a piores desfechos nos pacientes oncológicos idosos, inclusive mortalidade precoce no CM e de endométrio³³.

Além do significado do achado do risco nutricional em si, destacamos a identificação deste risco de mortalidade pela MAN, um instrumento desenvolvido para população idosa e largamente utilizado em pacientes oncológicos demonstrando seu valor preditivo para eventos adversos graves. É composto por 18 questões que, além de aspectos nutricionais, contém questões referentes a auto-avaliação da saúde, funcionalidade, neuropsicológico, polifarmácia. Por este formato e valor preditivo destas questões acrescidas da idade foi originado o instrumento de triagem G8, com o objetivo de identificar de forma rápida quem precisa realizar uma AGA completa, uma forma cada vez mais recomendada como uma forma de tornar a prática da avaliação da saúde global uma realidade^{27,30}. Em uma revisão sistemática, concluiu-se por recomendar o uso do G8 para determinar a necessidade de avaliação geriátrica.³⁰ Nesta mesma coorte, no período de 2015-2017, foi avaliada a acurácia do G8 em vários tumores, inclusive em 141 pacientes com CM (16% da população do estudo), sendo um forte preditor para o óbito precoce.²⁶

A avaliação do desempenho funcional pela escala funcional de Karnofsky (KPS), muito utilizada na prática oncológica geral, é considerada insuficiente ou inferior como para orientação do plano de cuidado quando comparadas com outros domínios da AGA ou da AGA globalmente. Porém, tem o poder de demonstrar maior risco de eventos adversos e de mortalidade e consegue identificar aqueles que tem menor chance de se beneficiar de determinadas terapias oncológicas, também na população idosa^{29,30}. Pacientes com KPS < 50% tem o risco elevado de morte precoce, como encontrado também neste estudo (KPS \leq 50% (HR = 4,39, IC95%, 2,03-9,48, p < 0,001), destacando-se que o instrumento permaneceu no modelo multivariado mesmo junto de outros instrumentos de avaliação da funcionalidade, provavelmente pelo desfecho estudado.

Este estudo tem algumas limitações, como por exemplo o fato de ter sido realizado em um centro regional único do Sistema Público do Brasil. Além disso, apesar de ter um número suficiente para estudo do desfecho principal, apresenta limitações de análises de alguns subgrupos. Entretanto, reflete uma realidade pouco estudada, em um local onde o problema CM e envelhecimento é crescente, e contribui com evidências para melhoria do cuidado a ser ofertado, em consonância com as recomendações atuais globais.

No contexto do CM na idosa, a avaliação da mortalidade continua sendo um importante desfecho, especialmente o óbito precoce (ocorrido até 6 meses ou 1 ano do diagnóstico oncológico), relacionado à toxicidade da terapia oncológica^{4,8}, e pode direcionar para necessidades de personalização e melhoria do cuidado a ser ofertado e da possibilidade reduzir mortes evitáveis.

Este estudo nos aponta a importância da AGA, em especial do domínio nutricional avaliado pela MAN como fator preditor de óbito precoce e reforça que ofertar o teste de triagem com G8 pode ser um caminho inicial para ampliar a realização da AGA na prática atual. A AGA deve vir acompanhada de um plano de intervenção de seus achados para reduzir desfechos desfavoráveis e deve ser considerada nas decisões do cuidado global da pessoa idosa com CM. O KPS com valores muito baixos (<50%) também continua preditivo de morte precoce e deve ser um alerta para oferta de cuidados paliativos precoces e personalização do cuidado.

4.2. Produto Técnico – Cartilha de Recomendações do Manejo de Pacientes Idosas com Câncer de Mama

CARTILHA DE RECOMENDAÇÕES








DO MANEJO DE PACIENTES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA






Introdução

O Câncer de Mama é bastante prevalente em idosas e corresponde a uma parte substancial da rotina do Oncologista Clínico. Entretanto, o manejo nesta população é, particularmente, desafiador, pois é uma doença altamente heterogênea, além de as idosas serem pouco representadas na maioria dos estudos clínicos. A decisão acerca do tratamento não deve ser baseada apenas na idade, mas deve envolver avaliação geriátrica e considerações sobre a expectativa de vida, avaliar o risco de mortalidade pelo câncer e pelas demais morbidades, além de levar em conta a preferência da paciente. Sendo assim, este guia visa orientar a equipe multidisciplinar acerca do manejo do câncer de mama na mulher idosa.

Câncer de Mama: Da avaliação inicial 	 Recomendações Gerais	<p>Screening para fragilidade é recomendado para todas as pacientes com ≥ 70 anos para identificar aquelas susceptíveis a eventos adversos; O tratamento pode ser adaptado com base nas pacientes agrupando-as em apta, susceptível ou pré-frágil, ou frágil.</p>
	 Comorbidades	<p>Decisões sobre a terapia oncológica não devem ser baseadas apenas no risco de recorrência e morte por câncer de mama, devendo-se também considerar a chance de morte por outras causas (ex. causas cardiovasculares).</p>
	 Avaliação Geriátrica	<p>Deve ser aplicada uma ferramenta de rastreio (tais como MAN-VR ou GB) e esta servirá como ponto de partida mínimo para a tomada de decisão do tratamento, na tentativa de identificar situações reversíveis nos domínios e programar intervenções que visem redução da morbi-mortalidade e melhora da qualidade de vida.</p>
	 Avaliação do risco de toxicidade pela quimioterapia	<p>Calculadoras como CARG e CRASH devem ser utilizadas para estimar o risco de toxicidade grau 3-5 relacionado à quimioterapia em pacientes idosas; Não devem ser utilizadas isoladamente, mas sim como um complemento no processo de tomada de decisão.</p>
	 Recomendação de Mamografia	<p>MMG bianual em mulheres entre 70-75 anos pode beneficiar parte deste grupo; em ≥ 75 anos, MMG de rastreio deve ser indicada baseada em decisão individual, ponderando risco x benefício, preferência da paciente, aspectos fisiológicos da idade e expectativa de vida. Atenção ao superdiagnóstico!</p>

Câncer de Mama: o tratamento da doença inicial

 <p>Tratamento sistêmico neoadjuvante</p>		<p>Paciente considerada <i>fit</i> pela AGA deverá receber o tratamento padrão, tal qual as pacientes jovens. Paciente frágil ou pré-frágil devem ser avaliadas quanto à possibilidade de cirurgia upfront e posterior descalonamento do tratamento adjuvante. Para pacientes <i>fit</i> com tumor triplo negativo e de alto grau, o regime ideal ainda encontra-se em discussão (avaliar adição de platina e/ou imunoterapia). Regimes de dose densa não devem ser utilizados de forma generalizada pelo risco aumentado de toxicidade e pela quantidade insuficiente de dados de eficácia em pacientes idosas.</p>
 <p>Cirurgia</p>		<p>É o tratamento principal no câncer de mama inicial e isto não é diferente nas pacientes idosas. Biópsia de linfonodo sentinela (BLS) permanece padrão para o estadiamento axilar em pacientes com axila negativa (clínica e radiológica).</p>
 <p>Terapia endócrina primária</p>		<p>Benefício da TE x cirurgia upfront é mais pronunciado nas pacientes com expectativa de vida \leq 5 anos; Preferência para uso de inibidores da aromatase.</p>
 <p>Radioterapia adjuvante</p>		<p>É o tratamento padrão em idosas após cirurgia conservadora da mama. Em \geq 60 anos, a utilização de boost deve ser recomendado apenas em pacientes com alto risco de recorrência. Avaliar sempre a possibilidade de hipofracionamento.</p>
 <p>Quimioterapia adjuvante na doença HER2 negativa</p>		<p>Idosas com RH negativo tem maior benefício em relação à QT adjuvante, independente do status nodal. Regimes com duração \geq 3 meses são considerados como fator de risco maior para a ocorrência de efeitos adversos. Portanto, avaliar o uso de TC x 4 ou AC x 4 ou até Paclitaxel (12 semanas) para os "não fit" para poliquimioterapia. Somente pacientes <i>fit</i> bem selecionadas com doença de alto risco (tumor grande, linfonodo positivo, triplo negativo) devem ser consideradas para tratamento sequencial à base de antraciclicos e taxanos.</p>
 <p>Quimioterapia adjuvante na doença HER2 positiva</p>		<p>QT adjuvante combinada com Trastuzumabe é o tratamento padrão recomendado na doença inicial (\leq 0,5 cm). Pertuzumabe pode ser adicionado em um grupo bastante selecionado, mas diarreia pode ser um efeito adverso mais importante. O uso isolado de Trastuzumabe sem quimioterapia ou combinado à TE (caso RH +) pode ser uma opção para pacientes frágeis. Cursos mais curtos de terapia anti-HER2 podem ser considerado em pacientes com tumor pequeno, linfonodo negativo, com disfunção cardíaca.</p>
 <p>Terapia Endócrina adjuvante</p>		<p>A eficácia da TE adjuvante ocorre independentemente da idade. A escolha da droga e o tempo de duração deve ser feita baseada no contexto de multimorbidade e do risco de recidiva da doença, uma vez que os efeitos adversos podem ser limitantes e impactar na saúde da mulher idosa (ex. osteoporose, artralgia, risco cardiovascular e cognição). IA apresenta maior benefício em termos de redução de recorrência e de mortalidade por câncer de mama em idosas e deve ser a classe de escolha.</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Câncer de Mama: o tratamento da doença metastática</p> 	 <p>Quimioterapia</p>	<p>Deve-se ter atenção especial para evitar toxicidade ao tratamento, o que pode incluir ajustes de dose e/ou de cronograma. Monoquimioterapia é preferível sempre que possível. A princípio, todas as classes de quimioterápicos podem ser utilizadas como em pacientes jovens.</p>
	 <p>Tratamento da Doença HER2</p>	<p>Deve ser ofertada terapia anti-HER2 a não ser que haja contraindicação devido à função cardíaca. O uso de Taxanos, preferencialmente Paclitaxel, associado a Trastuzumabe e Pertuzumabe é o tratamento de escolha na primeira linha para pacientes fit. Em pacientes frágeis, pode ser utilizada Ciclofosfamida metronômica, Vinorelbina e Capecitabina como quimioterapia associada ao duplo bloqueio. Monitorar diarreia em caso de uso de Pertuzumabe ou Lapatinibe.</p>
	 <p>Terapia Alvo</p>	<p>O uso de inibidores de CDK 4/6 associado à terapia endócrina representa o tratamento adequado de primeira linha para tumores luminais, porém é necessário ajuste de dose em alguns casos. Terapia endócrina isolada também é uma opção plausível.</p>
	 <p>Cuidados de Suporte</p>	<p>Devido à vulnerabilidade fisiológica quanto ao declínio da reserva funcional, a população idosa está sob maior risco de descompensação das comorbidades durante o tratamento oncológico. Um limite para risco de ocorrência de neutropenia febril < 20% pode ser utilizado, avaliando o uso profilático de fator estimulante de colônia de granulócitos. Atenção a sintomas digestivos, desnutrição, controle de dor e depressão. Estas pacientes também estão mais susceptíveis a interações medicamentosas. Portanto, sempre que possível revisar as medicações em uso. Além disso, é de fundamental importância o acompanhamento multidisciplinar com enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, etc. com objetivo de fornecer suporte, visando uma qualidade de vida melhor para as idosas com câncer de mama.</p>

AC: esquema de quimioterapia contendo Doxorubicina e Ciclofosfamida; **AGA:** Avaliação Geriátrica Ampla; **CARG:** Cancer Aging Research Group; **CDK4/6:** Quinase dependente de ciclina 4/6; **CRASH:** Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients; **GB:** escala geriátrica; **HER2:** Human Epidermal growth factor Receptor-type 2; **IA:** Inibidor de aromatase; **MMG:** Mamografia; **MAN - VR:** Mini Avaliação Nutricional (Versão Reduzida); **RH:** Receptor hormonal; **QT:** Quimioterapia; **TE:** Terapia endócrina; **TC:** esquema de quimioterapia contendo Docetaxel e Ciclofosfamida.

Referências

1. Giganti L, Barlow D, Williams R, et al. Update recommendations regarding the management of older patients with breast cancer: a joint paper from the European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) and the International Society of Geriatric Oncology (ISGO). *Lancet Oncol* 2021; 22 e107-12.
2. Soliman H, Sato E, Chaturvedi M, et al. Priorities for the global advancement of care for older adults with cancer: an update of the International Society of Geriatric Oncology Position. *Lancet Oncol* 2021; 22 e29-38.
3. Miller S, Guo W, Sumerford M, et al. Practical Assessment and Management of Subacute Risk in Older Patients receiving Chemotherapy: AGO Guidelines for Geriatric Oncology. JCO 2018.



V. CONCLUSÃO

Apesar dos avanços em terapias e na criação de uma rede oncológica no país, a jornada do paciente com câncer no Brasil ainda conta com muitos desafios a serem superados para proporcionar um cuidado de qualidade: oportuno, integral, eficiente e com equidade. Ainda mais desafiador é o cuidado do paciente idoso, com múltiplas facetas a serem observadas e levadas em consideração quando se trata de um tratamento oncológico. Neste sentido, o presente estudo demonstrou que é possível identificar fatores de risco para óbito precoce a partir da AGA, sobretudo MAN-VR e KPS, sendo fundamental para o melhor cuidado deste perfil de paciente, visando buscar um tratamento mais personalizado, focado no bem estar e qualidade de vida da mulher idosa com câncer de mama.

A confecção de um produto técnico baseado em uma cartilha educacional sobre o manejo da paciente idosa com câncer de mama visa orientar os profissionais de saúde quanto a alguns aspectos que devem ser levados em consideração de maneira prática, sobretudo em relação ao diagnóstico e ao tratamento desta população.

Sendo assim, a realização rotineira da AGA, sobretudo MAN-VR e KPS, juntamente com a utilização da Cartilha na prática clínica diária poderão permitir um cuidado personalizado, focado na idosa com câncer de mama, buscando melhoria de sobrevida e qualidade de vida.

VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1. Recomendações para a prática clínica

Encorajar os profissionais de saúde que lidam com a população idosa a realizar a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e, a partir dela, traçar estratégias que visem melhorar o cuidado e a qualidade de vida. Fundamental também o acompanhamento multidisciplinar, com um olhar especial na avaliação nutricional, ajustando as intervenções necessárias no dia a dia.

6.2. Recomendações para a pesquisa

Desenvolver estudos de intervenção visando modificar os fatores de risco identificados como preditores de óbito precoce através da AGA, com o objetivo de melhorar o cuidado oncológico deste perfil de paciente e, conseqüentemente, trazer benefícios em sobrevida e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Tew, K.G., et al. HANDBOOK OF GERIATRIC ONCOLOGY. Pag. 3-5. 2017
2. IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística - Ibge. Estatísticas do Regist Civ 2014. 2015;41:1–81.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_epidemiologia_vigilancia/
4. Wildiers H. *et al.* International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 32, n. 24, p. 2595-603, 2014.
5. Hurria, A. *et al.* Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v.29, n. 25, p. 3457-65, 2011.
6. Cagatay, A. A. *et al.* The causes of acute fever requiring hospitalization in geriatric patients: comparison of infectious and noninfectious etiology. **Journal of Aging Research**, London, v. 2010, n. 380892, 6 p., 2010.
7. Silay, K et al. Hospitalization risk according to geriatric assessment and laboratory parameters in elderly hematologic cancer patients. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 16, p. 783-786, 2015.
8. Hurria, A. *et al.* Improving the evidence base for treating older adults with cancer: American Society of Clinical Oncology statement. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 33, n. 32, p. 3826-33, 2015.
9. Kenis, C.; Wildiers, H. (org.). **Practice guideline: Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in oncological patients.** [Geneva]: SIOG, 2011. 102 p. Disponível em
<http://siog.org/files/public/cga_practice_guideline_wildiers_jul2011.pdf>.
10. Audisio, R. A. Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients (PACE) can help A SIOG surgical task force prospective study. **Critical Reviews in Oncology and Hematology**, 2008.

11. Loh, K. P. *et al.* What every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with cancer: Young International Society of Geriatric Oncology Position Paper. 2018. [acesso em 12 de agosto de 2023]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812308/pdf/JOP.2017.026435.pdf>>
12. Hurria A, Gupta S, Zauderer M, et al: Developing a cancer-specific geriatric assessment: A feasibility study. *Cancer* 104:1998-2005, 2005
13. Hurria A, Akiba C, Kim J, et al: Reliability, validity, and feasibility of a computer based geriatric assessment for older adults with cancer. *J Oncol Pract* 12: e1025-e1034, 2016.
14. Horgan AM, Leighl NB, Coate L, et al: Impact and feasibility of a comprehensive geriatric assessment in the oncology setting: A pilot study. *Am J Clin Oncol* 35: 322-328, 2012.
15. Okonji1, D *et al.* Comprehensive geriatric assessment in 326 older women with early breast cancer, *British Journal of Cancer* (2017) 117, 925–931. Published online 10 August 2017. [acesso em 15 de agosto de 2023]; Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625670/pdf/bjc2017257a.pdf>
16. Somana-Ehrminger S, Dabakuyo, TS et al. Influence of geriatric oncology consultation on the management of breast cancer in older women: A French population-based study, *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15: 111–119.
17. Pierga JY, Girre V, Laurence V, Asselain B, Diéras V, Jouve M, Beuzebec P, Fourquet A, Nos C, Sigal-Zafrani B, Pouillart P. Characteristics and outcome of 1755 operable breast cancers in women over 70 years of age. *Institut Curie Breast Cancer Study Group Breast*. 2004;13(5):369.
18. Sousa APG, Gallelo DC, Silva ALND, Carreira MC, Damasceno NRT. Nutritional screening using the Mini Nutritional Assessment short form: applicability and challenges. *Geriatr Gerontol Aging*. [periódico online]. 2015 [acesso em 15 de agosto de 2023];9:49-53 Disponível em: <http://ggaging.com/details/60/pt-BR/nutritional-screening-using-the-mini-nutritional-assessment-short-form--applicability-and-challenges>
19. Oliveira LPM, Anunciação TA da, Costa MLV da. Estado Nutricional de Idosos Oncológicos por meio de Diferentes Métodos. *Rev. Bras. Cancerol*. [periódico online]. 29º de junho de 2018 [acesso em 15 de agosto de 2023];64(2):209-15. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/80>

20. Cruz VSF, et al. O uso de cartilhas educativas como forma de continuidade da educação em saúde. [Internet]. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 2017; [acesso em 08 de setembro 2023];, v. 4, n. 8. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao/saudefisioter/article/view/1648>
21. Hankinson S, et al. Towards an integrated model for breast cancer etiology: the lifelong interplay of genes, lifestyle, and hormones. *Breast Cancer Research*. [Internet]. 2004 Ago 6, [cited em 2022 Agos 29]; [S.L.], v. 6, n. 5, p. 1. Available from: <https://breast-cancer-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/bcr921>
22. Marosi C, Köller M. Challenge of cancer in the elderly. *ESMO Open*. 2016;1(3):e000020.
23. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211.
24. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32(24): 2595-2603.
25. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving chemotherapy: ASCO guideline for geriatric oncology. *J Clin Oncol*. 2018;36 (22): 2326-2347.
26. Lima JTO, Viana RA, Sales LT, Rebello M, et al. Validation of G8 and its accuracy as a predictor of object in oncological patients with age of > 60 years: prospective cohort of 889 Brazilian elderly cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 37, no. 15_suppl Published online May 26, 2019.
27. Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol*. 2015;26(2):288-300.
28. Soto-Perez-de-Celis E, de Glas NA, Hsu T, et al. Global geriatric oncology: achievements and challenges. *J Geriatr Oncol*. 2017;8(5):374-386.
29. Ghosn M, Nassani N, Ghanem S, Ibrahim T. Physical Performance Test and Karnofsky Performance Status are unable to identify elderly cancer patients requiring a comprehensive geriatric assessment. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(5):427-432.

30. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, et al. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE prospective multicenter cohort study. *PLoS One*. 2014;9(12):e115060.
31. Hamaker ME, Oosterlaan F, van Huis LH, Thielen N, Vondeling A, van den Bos F. Nutritional status and interventions for patients with cancer - A systematic review. *J Geriatr Oncol*. 2021 Jan;12(1):6-21. Epub 2020 Jun 29.
32. Aubrey, J. et al. Measurement of skeletal muscle radiation attenuation and basis of its biological variation. *Acta Physiologica*, v. 210, n. 3, p. 489–497, mar. 2014.
33. Gonzalez M. C. et al. Obesity paradox in cancer: new insights provided by body composition. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 99, n. 5, p. 999–1005, 1 maio 2014b.
34. Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica. I Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica da SBNO. Organizado por Nivaldo Barroso de Pinho. — Rio de Janeiro: Edite, 2021.164 p. ISBN 978-65-86850-04-8
35. Kaliks RA, Matos TF, Silva VA, Barros LHC. Differences in systemic cancer treatment in Brazil: my Public Health System is different from your Public Health System. *Braz J Oncol*. 2017;13:1-12

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nome do projeto de pesquisa: Fatores de risco para Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) em pacientes oncológicos idosos. Um estudo de coorte prospectiva. (Tese de doutorado DINTER INCA/ IMIP)

Voluntário _____

Pesquisadora: Jurema Telles de Oliveira Lima
Pesquisadora principal/médica /oncologista clínica
CRM PE 11279
Orientador: Luiz Claudio Thuler
Co-orientadora: Maria Júlia Gonçalves de Mello
Contato da pesquisadora: Rua dos Coelhos 300 Boa Vista CEP 50070-550 telefone:
99763591 /21225731 email: jurema@imip.org.br
Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP: Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP- Rua
dos Coelhos 300 Boa Vista CEP 50070-550. Prédio Administrativo Orlando Onofre do IMIP-
1º andar. Tel.: (81) 2122-4756 email: comitedeetica@imip.org.br

Eu, Jurema Telles de Oliveira Lima, responsável pela pesquisa, faço parte de uma equipe e juntamente com este grupo, estamos fazendo um convite para o (a) senhor (a) participar como voluntário deste nosso estudo, porque o (a) senhor (a) é um(a) paciente com idade superior a sessenta anos que será acompanhado (a) no Serviço de Oncogeriatrics do IMIP.

Esta pesquisa pretende avaliar os fatores de risco para a ocorrência de infecção durante o seu tratamento. Acreditamos que a pesquisa seja importante porque pacientes com idade acima de sessenta anos, com o seu diagnóstico, realizando exames e/ou tratamentos podem ter um risco maior de desenvolver esta complicação (infecção), porém este risco varia muito com a situação do paciente e os diferentes tratamentos. A população brasileira está ficando cada vez mais idosa e há muitos poucos estudos sobre os melhores tipos de cuidados para esta população. Além do mais, cada pessoa desta população tem muitas características diferentes e essas diferenças podem ser importantes para o cuidado da saúde de cada um. Para a realização deste estudo, que já teve a autorização do comitê de ética do IMIP, será feito o seguinte: iremos acompanhar o seu atendimento no IMIP a partir da presente data até seis meses do seu tratamento. Não iremos modificar as condutas da equipe de saúde e de seu médico, apenas iremos observar seu acompanhamento, o resultado de exames e seus dados de prontuários. No início, será realizada uma entrevista, com duração de cerca de 20 minutos, para lhe conhecer melhor e /ou esclarecer alguns dados de seu prontuário. Quando você for realizar um exame de sangue pedido por seu

médico iremos aproveitar para coletar uma pequena amostra de sangue que permita fazer um exame de uma proteína que pode estar relacionada a este risco de desenvolver a infecção (avaliação da mutação dos receptores da família *tolllike*).

Sua participação constará de permitir o acompanhamento de seu tratamento durante o período do estudo e atendimentos no IMIP. Conversaremos pessoalmente com você na sua admissão no estudo e se ocorrer uma infecção, e sempre que você precisar de informações e esclarecimentos, ou se ficarmos com alguma dúvida em seu prontuário. Os benefícios que esperamos desse estudo são conhecer a diversidade destes fatores de risco de modo a prevenir ainda mais a ocorrência de infecção e suas complicações, sem que atrapalhe o tratamento planejado e a qualidade de vida do paciente. Estes conhecimentos irão beneficiar os pacientes que irão enfrentar o tratamento e acompanhamento que você está passando agora, além de permitir que o IMIP e outros serviços planejem as ações de cuidados, principalmente para a pessoa mais idosa. É importante esclarecer que, caso você decida não participar, nada mudará em seu atendimento, sendo garantido o tratamento e acompanhamento de rotina previsto para você. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa do IMIP. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada no IMIP, como sempre. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão sempre confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. O sangue coletado será utilizado apenas para a finalidade científica desta pesquisa. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.

Exames de laboratório vão ser realizados com o seu sangue e com o material da biópsia. Com relação ao material da biópsia, um pequeno fragmento fresco será enviado para cultura celular e avaliação de infiltrado inflamatório e habitualmente tais testes são dispensáveis, pois não alteram a conduta do seu tratamento, mas conhecê-los pode ser de utilidade para o futuro. Serão também realizadas coletas de 10 mL de sangue periférico para realização dos testes laboratoriais que avaliarão a sua imunidade e também possíveis marcadores genéticos relacionados com sua doença, porém que não irão alterar o tipo do seu tratamento. O material

excedente à rotina será armazenado no Laboratório de Pesquisa Translacional do IMIP, sob condições adequadas de temperatura para garantir a integridade das amostras e uso no projeto de pesquisa acima e o material de biópsia será guardado no Departamento de Anatomia Patológica do IMIP.

Existe um risco mínimo para o participante de pesquisa. A coleta poderá provocar uma mancha vermelha ou roxa no local da picada da agulha. Você e seus acompanhantes serão orientados como tratar, caso ocorra mancha vermelha ou roxa no local.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o objetivo e os testes laboratoriais que serão realizados neste trabalho.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os testes laboratoriais que serão realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também estou isenta de despesas e que terei a garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

Estou ciente que minha participação é isenta de despesas ou ganhos financeiros e que isto não irá interferir no meu tratamento.

Se os meus materiais biológicos guardados no laboratório de pesquisa do IMIP forem utilizados em pesquisas aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, escolho livremente a opção abaixo assinalada:

Autorizo a utilização dos meus materiais biológicos sem necessidade de novo consentimento a cada pesquisa.

[1] Sim [2] Não

Desejo ser contatada para autorizar o uso dos meus materiais biológicos a cada pesquisa e em caso de impossibilidade de contato comigo, indico que a nova autorização seja fornecida pelo(a) senhor (a)

[1] Sim [2] Não

(Nome e contato do familiar ou representante legal)

Nome e assinatura do paciente

Data

Assinatura do Responsável Legal/ testemunha imparcial

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente (ou de seu representante legal) para a cessão de material biológico para armazenamento no laboratório de Pesquisa Translacional acima referido.

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do termo

Data

Assinatura de uma testemunha

Data

Dados do pesquisador responsável:

Jurema Telles de Oliveira Lima

Pesquisadora principal/médica /Oncologista clínica - CRM 11279

Rua dos Coelho 300 Boa Vista CEP 50070-550 Telefone: 99763591 /21224185 email:
jurema@imip.org.br

Comitê de ética e pesquisa do IMIP-Prédio Administrativo Orlando Onofre do IMIP 1º andar -
Telefone 21224756

comitedeetica@imip.org.br IMIP

APÊNDICE B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP

INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de risco para infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) em pacientes oncológicos idosos. Um estudo de coorte prospectiva

Pesquisador: Jurema Teles de Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14925113.9.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIPIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 697.495

Data da Relatoria: 11/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte que pretende avaliar fatores de risco para infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) em idosos. O pesquisador refere que as IrAS são a complicação mais limitante e modificadora do plano do cuidado oncológico sendo importante causa de morbi-mortalidade, de perda de oportunidade de cura e de qualidade de vida destes pacientes, além da elevação de custos e da complexidade destes cuidados desta população. O processo de imunossenescência encontra-se fortemente relacionado com a carcinogênese e o risco de desenvolvimento da infecção e de suas complicações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário - Determinar os fatores de risco para infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) em pacientes oncológicos idosos.

Objetivos secundários - Descrever os fatores de risco para IrAS a partir de artigos publicados de junho de 2003 a julho de 2013. Além disso, analisar do ponto de vista

metodológico, a possibilidade de estimar a magnitude de uma medida de associação sumarizada entre diferentes fatores de risco e a IrAS e estratificada por topografia a partir dos estudos selecionados. Em pacientes oncológicos idosos acompanhados no serviço de oncologia do IMIP que apresentem IrAS :

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (01)2122-4756 Fax: (01)2122-4782 E-mail: comitedetica@imip.org.br

Continuação do Parecer: 067.465

Descrever as variáveis sócio-demográficas, biológicas, clínicas laboratoriais, terapêuticas e a taxa de letalidade por subtipo topográfico; Interpretar e associar os fatores de risco para primeira infecção relacionada e sua gravidade; Determinar os fatores associados ao tempo até a aquisição da primeira infecção por sítio topográfico; Determinar os fatores de risco para o óbito em relação às diversas variáveis no momento do diagnóstico e ocorrência da Iras; Determinar a relação dos marcadores inflamatórios e da expressão gênica da família toll like com a ocorrência e a magnitude do dano estudado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo de coorte com coleta de amostras sanguíneas para análise de marcadores de inflamação que serão investigados como possíveis fatores de risco. Os riscos são mínimos uma vez que as amostras sanguíneas, são frequentemente coletadas nestes pacientes e não haverá intervenção experimental. Os benefícios estão relacionados ao seguimento detalhado e resultados que poderão refletir mudanças de protocolos de tratamento para este grupo de pacientes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendeu todas solicitações encaminhadas previamente pelo CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu todas solicitações encaminhadas previamente pelo

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-650
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4758 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeeticos@imip.org.br

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

Coorte Oncogeriatría - Nº CONTROLE PESQUISA: _____

Checklist :

Nº	Escalas	Data	Responsável
1	Critérios de elegibilidade		
2	TCLE		
3	Variáveis sócio-demográficas		
4	Exames solicitados		
5	Polifarmácia	Avaliação Geriátrica Ampla	
6	Índice de Charlson		
7	Escala de Performance de Karnofsky		
8	MAN		
9	Mini mental		
10	GDS escala de depressão		
11	IPAQ		
12	Time up and go		
13	PPS		
14	Índice de Katz – AVD		
15	Qualidade de vida EORTC QL 30		
16	Definição da vulnerabilidade /AGA		
17	Resultados de exames / estadiamento		
18	Seguimento 1 – 30 dias		
19	Seguimento 2 – 60 dias		
20	Seguimento 3 – 90 dias		
21	Seguimento 4 – 120 dias		
22	Seguimento 5 – 150 dias		
23	Seguimento 6 – 180 dias		
24	Ficha de internamento /SPA		
25	Ficha de infecção – IrAS		

IrAS: [1] Sim; [2] Não Data da 1ª IrAS: / /

Decisão para limitação da terapêutica (DLT): [1] Sim [2] Não Data da DLT: / /

Data da última da consulta: / /

Óbito: [1] Sim; [2] Não Data do óbito: / /

Local etiqueta ou identificação do/a paciente

Fluxograma do estudo:

Atividade	*Recrutamento	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Se internamento e/ou óbito Preencher ficha de seguimento específica	
Aplicação de critérios de elegibilidade									
TCLE									
Ficha de admissão									
Avaliação geriátrica ampla (AGA)									
Qualidade de vida EORTC QL 30									
Hemograma									
Plaquetas									
Creatinina									
Perfil imunológico <i>Toll Like</i>									
Ficha de segmento mensal									
Avaliação de prontuário e sistema de informação hospitalar									

*Preferencialmente no D1 -(admissão até início da primeira terapia – máximo:30dias **Avaliação geriátrica ampla (AGA): polifarmácia, Índice de Charlson, ECOG, Minimental, GDS, IPAQ, "time up and go", PPS, índice de Katz, Definição da Vulnerabilidade /AGA

1-CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CONTROLE DE PESQUISA:

Para todos os pacientes abordados na pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade igual ou superior a 60 anos: [1] Sim [2] Não
- Capaz de aceitar autonomamente a participação no estudo: [1] Sim [2] Não
- Diagnóstico de câncer confirmado por:

Histologia: [1] Sim [2] Não

Citologia: [1] Sim [2] Não

Imunohistoquímica: [1] Sim [2] Não

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Câncer de pele, tipo basocelular ou epidermoide não metastático.
[1] Sim [2] Não
- Pacientes com diagnóstico prévio de câncer, exceto câncer de pele, tipo basocelular ou epidermoide não metastático
[1] Sim [2] Não

Paciente participará da pesquisa?

Não, não preenche critérios de elegibilidade

Não, houve recusa em participar

Se paciente não participa da pesquisa, encaminhar para rotina.

Sim

Responder às questões seguintes

FICHA DE AVALIAÇÃO INICAL

3 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Nº Controle da pesquisa: _____ Data do preenchimento ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro _____ Data de Nascimento: __/__/____

Idade: () anos

Sexo: () Masculino () Feminino

Nome da mãe: _____

Endereço: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone para contato: _____

Cuidador: _____ Contato: _____

Qual seu maior desejo? _____

Caso você esteja numa situação que não possa tomar nenhuma decisão, quem você nomearia?

_____ Contato: _____

Escolaridade	Situação Conjugal atual:	Ocupação	Religião
Qual foi o último ano de estudo [1] solteiro (a) concluído? _____	[2] casado (a) legalmente	Aposentado com outra ocupação [1] _____	Católica [1]
(Ex: 6º ano do primeiro grau)	[3] têm união estável há mais de seis meses	Aposentado sem outra ocupação [2]	Evangélica [2]
Contando com você, quantas pessoas moram na mesma casa: _____	[4] viúvo (a)	Trabalhos domésticos [3]	Espírita [3]
	[5] separado (a) ou divorciado (a)	Trabalho fora do domicílio [4]	Budista [4]
	[88] não quis informar	Qual: _____	Outra [5] _____
		Profissão quando trabalha: _____	
Somando a renda de todas as pessoas que moram na sua casa, inclusive você, qual é o valor em REAIS: _____	Quantas pessoas vivem dessa renda? _____	sua Cor da pele é :	Você reside em área:
		[1] branca	[1] Urbana
		[2] negra	[2] rural
		[3] amarela	
		[4] parda	
		[5] indígena	
		[77] o não sabe	
		[88] o não quis informar	

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

QUEIXA PRINCIPAL

 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

ANTECEDENTES:

História de quedas no último ano: [1] Sim [2] Não Quantas? _____

Onde? _____ Quando? _____ () Não sabe informar

Internamento recente (nos últimos 30 dias): [1] Sim [2] Não

Motivo: [] Clínico [] Cirúrgico Tempo: _____

Local: _____

Resumo de alta [1] Sim se Sim, anexar [2] Não

Cirurgia para retirada do baço: [1] Sim [2] Não

ANTECEDENTES VACINAIS:

Vacinas:

Toxóide tetânico ou dupla adulto				Outras vacinas		
1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	4ª Dose	Pneumocócica	Influenza Gripe	Hepatite B

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

Febre na atual doença [1] Sim [2] Não Quando (início) __/__/__

Quanto tempo _____

Aferiu a temperatura [1] Sim [2] Não Temperatura máxima _____ °C

HÁBITOS PREGRESSOS

Tabagismo

Atualmente, o (a) sr.(a) fuma?

() Sim, diariamente (ir para a e c)

() Sim, mas não diariamente (ir para b)

() Não

Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por dia? _____

Quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q = 2)

Que idade o (a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? ___ anos

[99] não lembra

No passado, o(a) sr.(a) já fumou? (se Sim responder sub- itens a e b)

() Sim, diariamente

() Sim, mas não diariamente

() Não

a. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando começou a fumar regularmente? ___ anos

[99] Não lembra

b. Que idade o(a) sr.(a) tinha quando parou de fumar? _____ anos [99] não lembra

Etilismo:

Você consome bebida alcoólica? [1] Sim [2] Não

Com que frequência? _____ Quanto tempo? _____

Tipo de bebida? _____

Já bebeu? [1] Sim [2] Não

Se sim, parou há quanto tempo? _____ anos

Bebeu durante quanto tempo _____ anos; Em que quantidade? _____

Tipo de bebida? _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Câncer de _____ CID 10 : C _____

Metástases (conhecidas na admissão):[1] Sim [2] Não Data: ___ / ___ / ___

Sítios de metástases: [1]óssea [2]pulmonar [3] SNC [4]hepática [5]outras:

DATA	Sítio	Exame comprobatório do câncer *	Resultado

Exame comprobatório do câncer: [1] histologia [2] citologia [3] imunohistoquímica

4 – EXAMES SOLICITADOS

Exames relevantes para a pesquisa:

Exame	Data da solicitação
Hemograma com plaquetas	
Ureia	
Perfil imunológico	

	Já realizados	Data de solicitação
Exames de estadiamento		

5 – POLIFARMÁCIA

MEDICAÇÃO E INFORMAÇÕES DE USO:

Usa algum dos medicamentos citados acima por conta própria? [1] sim [2] não

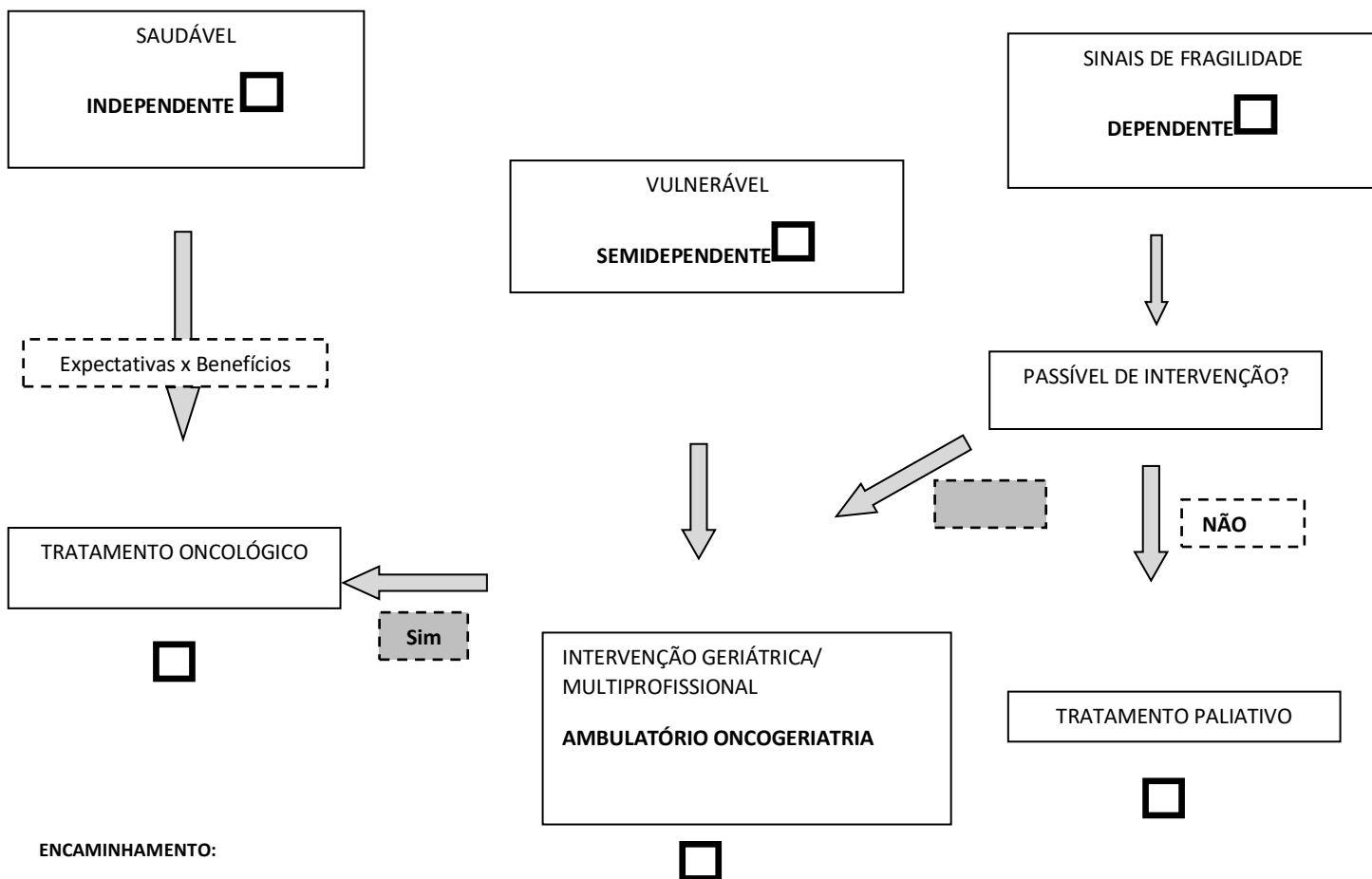
Medicamentos de uso regular	Posologia	Efeitos Adversos (quais?)	Tempo de uso

Quais? _____

POLIFARMÁCIA (≥ 5 medicamentos) [1] Sim [2] Não

16 – DEFINIÇÃO DA DEPENDÊNCIA
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

FUNCIONALIDADE
COMORBIDADES
CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
SÍNDROMES GERIÁTRICAS



ENCAMINHAMENTO:

Ambulatório de Oncogeriatría

Ambulatório de Cuidados Paliativos

Data ____/____/____

Avaliadores: _____

17 – RESULTADOS DE EXAMES E FECHAMENTO DO ESTADIAMENTO

Data coleta	Exame		Resultado
	Hemoglobina	maior	g/dl
		menor	g/dl
	Contagem de leucócitos	maior	cel/m ³
		menor	cel/m ³
	Nº de granulócitos	maior	cel/m ³
		menor	cel/m ³
	Plaquetas	maior	cel/m ³
		menor	cel/m ³
	Creatinina	maior	mg/dl
		menor	mg/dl
	Perfil imunológico		
	Expressão <i>toll like</i> 2, 4 e 9		

Data realização	Exame	Resultado

Fechamento do estadiamento do tumor:

Tumor de _____ CID 10: C _____

ESTADIAMENTO resumo:

[1] 0 [2] I [3] II A [4] II B [5] III A [6] III B [7] IV [9] Sem informação

Metástases: [1] Sim [2] Não

Sítios: [1] Óssea [2] Pulmonar [3] SNC [4] Hepática [5] Outras: _____

Data: ___ / ___ / ___

Avaliador

18 a 23 – FICHA DE SEGUIMENTO

Ficha de seguimento	Seguimento 1	Seguimento 2	Seguimento 3
<i>Se sim para algum dado, verificar dados do prontuário e complementares</i>	30 dias	60 dias	90 dias
Data programada	/ /	/ /	/ /
Data do telefonema ou visita	/ /	/ /	/ /
Uso de estimulante de colônia de neutrófilos	[1]Sim / / [2] Não	[1] Sim / / [2] Não	[1] Sim / / [2] Não
<ul style="list-style-type: none"> Tempo/duração 			
Antibioticoprofilaxia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
<i>Especifique início e término/finalidade</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Qual: 			
Infecção desde o último contato			
<ul style="list-style-type: none"> Não 			
<ul style="list-style-type: none"> Sim - Preencher ficha específica para cada infecção 			
<ul style="list-style-type: none"> Data 	/ /	/ /	/ /
Topografia da infecção – Especifique:			
Atendimento de urgência ou internamento	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
<ul style="list-style-type: none"> Sim – Quantas vezes Preencher ficha específica para cada atendimento ou internamento 			
<ul style="list-style-type: none"> Local 			
Procedimentos oncológicos:			
Nenhum			
Cirurgia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1] Sim / / [2] Não
<ul style="list-style-type: none"> Qual: 			
Topografia:			
Hormonioterapia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
<ul style="list-style-type: none"> Tipo (droga/classe) 			
<ul style="list-style-type: none"> *Finalidade: 			
Quimioterapia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1] Sim / / [2] Não
<ul style="list-style-type: none"> *Finalidade: 			
<ul style="list-style-type: none"> Tipo: 			
<ul style="list-style-type: none"> Mono (1 droga) 			
<ul style="list-style-type: none"> Poli (≥ 2 drogas) 			
<ul style="list-style-type: none"> Esquema (drogas): 			
Anticorpo monoclonal:	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não

• *Finalidade			
Radioterapia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
• Topografia			
• Dose total realizada			
Corticoide	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
Tipo de corticoide/dose			
• Duração			
Imunoterapia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
• Esquema:			
Transplante medula óssea	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
• Tipo: autólogo ou alogênico			
Outro especificar:			
Neutropenia febril	[1]Sim / / [2] Não	[1] Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não

*Finalidade: C - curativa/exclusiva, P-paliativa, N-neoadjuvante, A- adjuvante

Ficha de seguimento	Seguimento 4	Seguimento 5	Seguimento 6
<i>Se sim para algum dado, verificar dados do prontuário e complementares</i>	120 dias	150 dias	180 dias
Data programada	/ /	/ /	/ /
Data do telefonema ou visita	/ /	/ /	/ /
Uso de estimulante de colônia de neutrófilos	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
• Tempo/duração			
Antibioticoprofilaxia	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não	[1]Sim / / [2] Não
<i>Especifique início</i>			
• Qual:			
Infecção desde o último contato			
• Não			
• Sim - <i>Preencher ficha específica para cada infecção</i>			
• Data	/ /	/ /	/ /
Topografia da infecção – Especifique:			
Atendimento de urgência ou internamento	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• Sim – Quantas vezes <i>Preencher ficha específica para cada atendimento ou internamento</i>			
• Local			

Procedimentos oncológicos:			
Nenhum			
Cirurgia	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1] Sim / / [2]Não
• Qual:			
Topografia:			
Hormonioterapia	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• Tipo (droga/classe)			
• *Finalidade:			
Quimioterapia	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• *Finalidade:			
• Tipo:			
• Mono (1 droga)			
• Poli (≥ 2drogas)			
• Esquema (drogas):			
Anticorpo monoclonal:	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• *Finalidade			
Radioterapia	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• Topografia			
• Dose total realizada			
Corticoide	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
Tipo de corticoide/dose			
• Duração			
Imunoterapia	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• Esquema:			
Transplante medula óssea	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não
• Tipo: autólogo ou alogênico			
Outro especificar:			
Neutropenia febril	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não	[1]Sim / / [2]Não

*Finalidade: C -curativa/exclusiva, P-paliativa, N-neoadjuvante, A- adjuvante

24– FICHA DE INTERNAMENTO/SPA

Ficha de Internamento ou SPA Nº _____

Data de admissão ___/___/___

Local de internação

1 – SPA

5 – Cuidados Paliativos

2 – Enfermaria Oncologia

6 – UTI

3 – Enfermaria Hematologia

7 – Outros – Especifique

4 – Enfermaria Cirúrgica

Motivo da internação: () Clínico () Cirúrgico _____

Neutropenia febril: [1]Sim [2] Não

Data: ___/___/___

Colonização por microrganismo multirresistente : [1]Sim [2] Não Data: / /

Microrganismo colonização: _____

IRAS : [1]Sim [2] Não

Data: ___/___/___

(preencher ficha específica para cada infecção)

Gravidade 0. Sem sepse

[1]Sim [2] Não

1. Sepse [1]Sim [2] Não

2. Sepse grave [1]Sim [2] Não

3. Choque séptico [1]Sim [2] Não

Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (DMOS): [1]Sim [2] Não

Decisão para limitação da terapêutica: [1]Sim [2] Não

Data: ___/___/___

Observações:

Data da alta: / /

PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO

	Não	Sim	Data início	Data fim
Cirurgia				
○ Qual:				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Aminas vasoativas				
Transfusão hemoderivados				
○ Sangue				
○ Plasma				
○ Albumina				
Antimicrobianos:				
Diálise peritoneal				
Hemodiálise				
Sonda gástrica				
Sonda vesical				
Nebulização				
Ventilação não invasiva				
Intubação				
Traqueostomia				
Drenagem pleural				
Acesso venoso central				
○ Punção venosa central				
○ Totalmente implantado				
○ PICC – inserção periférica				
Outro – Especifique				

25 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO IRAS

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

IRAS	Data	Topografia
1ª		
2ª		
3ª		

Topografia da IRAS

- | | |
|---|--|
| 1-Pneumonia | 7- Infecção do trato urinário |
| 2- Pneumonia associada ventilador | 8 -Infecção do trato urinário associada ao cateter vesical |
| 3-Infecção de sítio cirúrgico | 9-Osteoarticular |
| 4-Infecção da corrente sanguínea (clínica) | 10- Infecção local do cateter |
| 5- Infecção da corrente sanguínea com confirmação bacteriológica | 11- Olhos, ouvidos, nariz e garganta |
| 6- Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter venoso central | 12-Outro |

Controle microbiológico – Bacterioscopia (GRAM) e culturas

ESPÉCIME	Data coleta	Resultado	Microrganismo isolado
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
		Neg () Pos ()	
Evolução:			

SE MICRORGANISMO ISOLADO,

RECUPERAR O RESULTADO DO ANTIBIOGRAMA

ANEXAR O RESULTADO

6.3. APÊNDICE D – Instrumento de Coleta da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

Peso	Condição Clínica		
1	Infarto do miocárdio	[1] Sim	[2] Não
	Insuficiência cardíaca congestiva	[1] Sim	[2] Não
	Doença vascular periférica	[1] Sim	[2] Não
	Doença cerebrovascular	[1] Sim	[2] Não
	Doença pulmonar crônica	[1] Sim	[2] Não
	Doença tecido conjuntivo	[1] Sim	[2] Não
	Diabetes leve, sem complicação	[1] Sim	[2] Não
	Úlcera péptica	[1] Sim	[2] Não
2	Hemiplegia	[1] Sim	[2] Não
	Diabete com complicação		
	Doença renal severa ou moderada	[1] Sim	[2] Não
	Tumor	[1] Sim	[2] Não
	Leucemia	[1] Sim	[2] Não
3	Linfoma	[1] Sim	[2] Não
	Doença do fígado severa ou moderada	[1] Sim	[2] Não
6	Tumor maligno, metástase	[1] Sim	[2] Não
	SIDA	[1] Sim	[2] Não
0	HAS	[m	[2] Não
	Outros _____	[1] Sim	[2] Não

6.4. Escore: _____ (Observação: não pontuar o tumor primário e HAS)

Data: ___/___/___ Avaliador: _____

7- ESCALA DE PERFORMANCE KARNOFSKY

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes
40%	Necessita de cuidados médicos especiais
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte
20%	Muito doente, necessita de suporte
10%	Moribundo, morte iminente

Data: ___/___/___

Avaliador

8 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

QUESTIONÁRIO MAN (miniavaliação nutricional)

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Triagem	
A	Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão <input type="checkbox"/>
B	Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso <input type="checkbox"/>
C	Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal <input type="checkbox"/>
D	Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não <input type="checkbox"/>
E	Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos <input type="checkbox"/>
F	Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/>
Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação	
11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação	
Avaliação global	
G	O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)? 0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/>
H	Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>
I	Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não <input type="checkbox"/>
J	Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições <input type="checkbox"/>
K	O paciente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0,5 = duas respostas «sim» 1,0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L	O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = não 1 = sim <input type="checkbox"/>
M	Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0,0 = menos de três copos 0,5 = três a cinco copos 1,0 = mais de cinco copos <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N	Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade <input type="checkbox"/>
O	O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional <input type="checkbox"/>
P	Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0,0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 1,0 = boa 2,0 = melhor <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q	Circunferência do braço (CB) em cm 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R	Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
Escore da triagem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Escore total (máximo 30 pontos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional	
de 17 a 23,5 pontos	risco de desnutrição <input type="checkbox"/>
menos de 17 pontos	desnutrido <input type="checkbox"/>

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement # 2:15-59.

Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press.

©1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

Data: ___/___/___

Avaliador

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

9 – MINI MENTAL

Anos de estudo: [1] Analfabeto [2] 1–3 anos [3] 4–7anos [4] Acima de 7 anos

Para os analfabetos, considera-se o corte de 17 pontos; com 1 a 3 anos de escolaridade, 23 pontos; 4 a 7 anos, 24 pontos; e acima de 7 anos de instrução, 28 pontos para estabelecer nível normal de cognição.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____
Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (___/30)



Data: ____/____/____

Avaliador

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

**10 – GDS – ESCALA DE DEPRESSÃO
GERIÁTRICA (YESAVAGE, 1983)**

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida? | [1] Sim [2] Não |
| 2. Abandonou muitas atividades e interesses? | [1] Sim [2] Não |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | [1] Sim [2] Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | [1] Sim [2] Não |
| 5. Está bem disposto a maior parte do tempo? | [1] Sim [2] Não |
| 6. Tem medo que lhe suceda algo de mau? | [1] Sim [2] Não |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | [1] Sim [2] Não |
| 8. Sente-se frequentemente sem esperança? | [1] Sim [2] Não |
| 9. Prefere ficar em casa mais do que sair e fazer coisas novas? | [1] Sim [2] Não |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria? | [1] Sim [2] Não |
| 11. Acredita que é maravilhoso estar vivo? | [1] Sim [2] Não |
| 12. Pensa que, tal como está agora, não vale para nada? | [1] Sim [2] Não |
| 13. Pensa que a sua situação é desesperadora? | [1] Sim [2] Não |
| 14. Sente-se cheio de energia? | [1] Sim [2] Não |
| 15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você? | [1] Sim [2] Não |

Se as respostas coincidem com a opção em maiúscula Sim, anotar um 1 ponto

Avaliação

0–4: normal

5–10: depressão moderada

>10: depressão grave

Data: ____/____/____

Avaliador



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender o quão ativos nós somos em relação a pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão, mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões, lembre que:

1. Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
2. Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder às perguntas, pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10**

minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Dias ____ por **SEMANA**
() Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**? Horas: ____ Minutos: ____

2a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta; nadar; dançar; fazer ginástica aeróbica leve; jogar vôlei recreativo; carregar pesos leves; fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim, como varrer, aspirar, cuidar do jardim; ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)? Dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

2b Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? Horas: ____ Minutos: ____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por por pelo menos 10 minutos contínuos, como, por exemplo, correr; fazer ginástica aeróbica; jogar futebol; pedalar rápido na bicicleta; jogar basquete; fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim; carregar pesos elevados; ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração? Dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**? Horas: ____ Minutos: ____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

____ horas ____ minutos

4b Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

____ horas ____ minutos

Escore:

Classificação:

- 1. MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou
 - b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.
- 2. ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
- a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou
 - b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
 - c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
- 3. IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa).
- 4. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Exemplos:

Indivíduos	Caminhada		Moderada		Vigorosa		Classificação
	F	D	F	D	F	D	
1	-	-	-	-	-	-	Sedentário
2	4	20	1	30	-	-	Irregularmente Ativo
3	3	30	-	-	-	-	Irregularmente Ativo
4	3	20	3	20	1	30	Ativo
5	5	45	-	-	-	-	Ativo
6	3	30	3	30	3	20	Muito Ativo
7	-	-	-	-	5	30	Muito Ativo

F = Frequência – D = Duração

Data: ___/___/___

Avaliador

12 – TIME UP AND GO

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente
--

Tempo para completar _____ segundos

Instruções:

O paciente deve levantar-se de uma cadeira de braço, sem o apoio dos braços, caminhar três metros com passos seguros e confortáveis, girar 180º e retornar, sentando-se na cadeira. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado.

Recomendações necessárias para a aplicação do teste:

- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm.
- O paciente inicia o teste recostado.
- Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste, previamente.
- O tempo é cronometrado a partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira.
- O paciente deve usar calçado usual e até mesmo seu dispositivo de ajuda.
- O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa de fita-crepe.

Classificação quanto à mobilidade:

[1]**Normal**– Nenhum sinal de risco de quedas.

[2]**Anormalidade leve**– Base de apoio maior ou em menor velocidade.

[3]**Anormalidade média**– Hesitar, demonstrar movimentos descoordenados, velocidade insegura.

[4]**Anormalidade moderada**– Problemas ao se manter sentado ou ao sentar, sendo necessária supervisão.

[5]**Anormalidade grave** –Risco claro de queda, sendo necessário suporte físico.

Classificação quanto ao risco de queda:

[1] <13,5 segundos: baixo risco de quedas

[2] 13,5 a 20 segundos: médio risco de quedas

[3] > de 20 segundos: alto risco de quedas

Data: ___/___/___ _____

Avaliador

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

13 – PPS

Palliative Performance Scale – PPS Versão 2:

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa.
60	Reduzida	Incapaz para o hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional.	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de Confusão.
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa.	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de Confusão.
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência Completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Escore: _____

Data: ____/____/____

Avaliador

14 – ÍNDICE DE KATZ - AVD

Local etiqueta ou identificação do(a) paciente

TOMAR BANHO:

- Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I)
- Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I)
- Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho. (D)

VESTIR-SE

- Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I)
- Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I)
- Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa. (D)

USO DO VASO SANITÁRIO

- Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas, e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã). (I)
- Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente para limpar-se ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção ou para usar a comadre ou urinol à noite. (D)
- Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas. (D)

TRANSFERÊNCIA

- Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador). (I)
- Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D)
- Não sai da cama. (D)

CONTINÊNCIA

- Controla inteiramente a micção e a evacuação. (I)
- Tem “acidentes” ocasionais. (D)
- Precisa de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)

ALIMENTAÇÃO

- Alimenta-se sem ajuda. (I)
- Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)
- Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres. (D)

INTERPRETAÇÃO:

- 0: Independente em todas as seis funções.
- 1: Independente em cinco funções e dependente em uma função.
- 2: Independente em quatro funções e dependente em duas.
- 3: Independente em três funções e dependente em três.
- 4: Independente em duas funções e dependente em quatro.
- 5: Independente em uma função e dependente em cinco funções.
- 6: Dependente em todas as seis funções.

Escore : _____

Data: ____/____/____

Questionário de qualidade de vida (EORTC QLQ C30)

BRAZILIAN

**EORTC QLQ-C30** (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à pagina seguinte

EORTC QLQ-C30

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Péssima Ótima
30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?
- 1 2 3 4 5 6 7
- Péssima Ótima

© Copyright 1995, 1996 EORTC Study Group on Quality of Life. Todos os direitos reservados. Versão 3.0

Data: ____/____/____ _____

Avaliador