



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SARA ISABEL PINTO DA CUNHA

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA EM ONCOLOGIA

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL
ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob orientação de:
BENILDE TERESA RODRIGUES BARBOSA
LÈLITA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS

ABRIL/2024

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA EM ONCOLOGIA

SARA ISABEL PINTO DA CUNHA¹

BENILDE TERESA RODRIGUES BARBOSA²

LÈLITA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS³

¹Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

²Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

³Medicina Interna, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: sara_cunha_mz@hotmail.com

Índice

Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Materiais e Métodos	9
Resultados	12
Caracterização da amostra	12
Descrição dos dados recolhidos na COGG	12
Caracterização dos dados obtidos após início do tratamento	21
Questionário aplicado após início do tratamento	23
Discussão	25
Conclusão	30
Agradecimentos	31
Bibliografia	32
Anexos	36
Anexo I – Escala VES-13	36
Anexo II – Avaliação geriátrica global breve (AGGB)	37
Anexo III– Escala de Katz	38
Anexo IV – Mini Nutricional Assessment	39
Anexo V – Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)	40
Anexo VI – Mini Mental Statement Examination	41
Anexo VII- Questionário aplicado, via telefónica, após início do tratamento	43
Anexo VIII- Figuras suplementares	45

Abreviaturas

AG: Avaliação geriátrica

AGG: Avaliação geriátrica global

AGGB: Avaliação geriátrica global breve

AIQ: Amplitude interquartil

ASCO: *American Society of Clinical Oncology*

AVD: Atividade da vida diária

AVD's: Atividades da vida diária

COGG: Consulta de onco-geriatria ginecológica

DP: desvio padrão

EDG: Escala de Depressão Geriátrica

EF: Teste Exato de *Fisher*

G8: *Geriatric 8*

IMC: Índice de massa corporal

IU: Incontinência urinária

KW: Teste de *Kruskal-Wallis*

MMSE: *Mini mental state examination*

MNA: *Mini Nutritional Assessment*

NCCN: *National Comprehensive Cancer Network*

pts: pontos

SIOG: *International Society of Geriatric Oncology*

TRST: *Triage Risk Screening Tool*

UCI: Unidade de cuidados intensivos

ULS: Unidade Local de Saúde

VES-13: *Vulnerable Elders Survey-13*

vs: versus

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional é uma realidade em ascensão. A idade não é suficiente para estimar o grau de tolerância ao tratamento, uma vez que a população geriátrica apresenta elevada heterogeneidade e complexidade. O presente estudo apresentou como objetivo central, inferir de que modo a avaliação geriátrica (AG), realizada na consulta de onco-geriatria ginecológica (COGG), revela um valor adicional no controlo clínico e terapêutico das doentes com patologia oncológica. Ainda, avaliar o impacto sofrido no dia-a-dia e nas diversas áreas de avaliação geriátrica, após início do tratamento.

Materiais e Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, que incluiu 26 doentes com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentaram a COGG na Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, por possuírem uma neoplasia ginecológica. Foram recolhidos, pela consulta dos processos clínicos, dados de diferentes tipologias, provenientes da COGG e do período após início da terapêutica. Foi, ainda, aplicado um questionário, via telefónica, após início do tratamento. A análise estatística foi efetuada no IBM/SPSS *Statistics*® 28.0.1.0(142).

Resultados: Do total da amostra (n=26), verificou-se que 12 (60,8%) doentes apresentaram pelo menos uma área afetada, das áreas avaliadas pela AG. Também, foi possível identificar outras anomalias patológicas ainda não identificadas em 11,5% doentes, alterar a dosagem da medicação em 7,7%, e introduzir nova medicação em 11,5%. A decisão final da COGG classificou 17 (65,4%) doentes como aptas, 5 (19,2%) como frágeis, e 4 (15,4%) como não aptas para tratamento. Identificou-se existir uma correlação entre as decisões da COGG e as decisões da consulta de decisão terapêutica ($p < 0,001$). Após início do tratamento, 3 (17,7%) doentes revelaram complicações e apenas duas (11,8%) interromperam o tratamento. Por fim, somente 14,3% doentes consideraram que após iniciar tratamento o seu dia-a-dia sofreu alterações.

Discussão: A realização da AG ocorreu segundo o uso, adequado e recomendado, de ferramentas de triagem e escalas de avaliação, que providenciam a determinação fidedigna da fragilidade na pessoa idosa. Os resultados obtidos são concordantes com a literatura, face à capacidade da AG evidenciar alterações, ainda, não detetadas pela prática clínica convencional.

Conclusão: O presente estudo valida a viabilidade e utilidade da AG e realça a importância da sua implementação na prática oncológica, em mais serviços da ULS de Coimbra e em outras instituições de saúde.

Palavras-chave: avaliação geriátrica; idoso; neoplasia

Abstract

Introduction: Ageing population is a growing reality. Age is not enough to estimate the degree of tolerance to treatment, as the geriatric population is highly heterogeneous and complex. The main objective of this study was to infer how the geriatric assessment (GA), carried out in the gynecological onco-geriatric consultation (GOGC), reveals additional value in the clinical and therapeutic management of patients with oncological pathology. Also, to evaluate the impact on health status and daily life after starting treatment.

Material and Methods: Observational, retrospective, single-center study that included 26 patients aged 65 or over, who attended the GOGC at the Coimbra Local Health Unit (ULS Coimbra), due to gynecological neoplasm. Different types of data were collected from the GOGC and from the period after the start of therapy, by consultation clinical files. A questionnaire was also applied, by telephone, after the start of treatment. Statistical analysis was performed on IBM/SPSS Statistics® 28.0.1.0(142).

Results: Of the total sample (n=26), 12 (60.8%) patients had at least one affected area of the areas assessed by GA. It was also possible to identify other pathological anomalies not yet identified in 11.5% of patients, change the dosage of medication in 7.7%, and introduce new medication in 11.5%. The final decision of the GOGC classified 17 (65.4%) patients as fit, 5 (19.2%) as fragile and 4 (15.4%) as not fit for treatment. There was a correlation between the decisions made in the GOGC and the decisions made in the therapeutic decision consultation ($p < 0.001$). After starting treatment, 3 (17.7%) patients developed complications and only 2 (11.8%) discontinued treatment. Finally, only 14.3% of patients considered that their daily life changed after starting treatment.

Discussion: The GA was performed according to the appropriate and recommended use of screening instruments and assessment scales, that provide a reliable determination of the frailty in the elderly. The results obtained are in line with the literature, regarding the ability of AG to reveal alterations not yet detected by conventional clinical practice.

Conclusion: The present study validates the viability and usefulness of GA and emphasizes the importance of its implementation in oncology practice, in more services at the ULS Coimbra and in other health institutions.

Keywords: geriatric assessment; aged; neoplasm

Introdução

A era “*Silver Tsunami*”, que ilustra a tendência do envelhecimento populacional, está cada vez mais evidente.¹ Em 2050, prevê-se que 1 em cada 6 pessoas em todo o mundo tenham 65 anos ou mais, projetando-se que cerca de 434 milhões terão mais de 80 anos.²⁻⁴ Portugal deverá manter-se na lista dos países mais envelhecidos do mundo, mostrando-se o quarto país mais envelhecido. Até 2050, mais de um terço da população portuguesa terá mais de 65 anos.^{4,5}

O cancro está fortemente relacionado ao envelhecimento. A maioria dos diagnósticos de cancro ocorre em doentes com 65 anos ou mais, pelo que o peso da doença oncológica nos idosos constituirá um problema *major* de saúde pública.^{2,3,6-9} Além disso, cerca de 80% das mortes por cancro ocorrem nessa faixa etária, tornando-se o cancro a principal causa de mortalidade em idosos.¹⁰

A idade cronológica é diferente da idade biológica. Existe uma enorme heterogeneidade entre indivíduos da mesma idade, por conseguinte isoladamente a idade cronológica não é suficiente para prever o prognóstico, ou inferir a tolerabilidade e eficácia de uma escolha terapêutica.^{1,3,7,11} Deste modo, um dos maiores desafios da oncologia geriátrica é estimar o risco/benefício para cada escolha terapêutica.¹² É difícil prever a resposta do tratamento, pois esta é afetada pela presença de comorbilidades, polifarmácia e deficiências funcionais e cognitivas, as quais estão geralmente presentes em idosos. Estes fatores, dificultam a decisão terapêutica, podendo resultar numa escolha terapêutica excessiva ou insuficiente.^{3,7,9,13,14}

O envelhecimento está associado a uma maior incidência de fragilidade.^{15,16} Apesar de não existir consenso na definição de fragilidade, esta é encarada como uma entidade multidimensional, causada pela interação de fatores genéticos, biológicos, físicos, psicológicos, sociais e ambientais.¹⁶⁻¹⁸ A fragilidade é considerada uma síndrome clínica dinâmica caracterizada por um aumento do estado de vulnerabilidade, diminuição das reservas funcionais e diminuição progressiva da resistência a *stressores*.^{16,17,18}

A fragilidade tem particular interesse na oncologia geriátrica, dado que mais de metade dos idosos com cancro revelam fragilidade.¹⁸ Esta está associada a resultados clínicos adversos significativos, tais como o aumento do risco de complicações pós-operatórias, aumento do risco de toxicidade à quimioterapia, progressão da doença, aumento de hospitalização, incapacidade, diminuição cognitiva, institucionalização e morte prematura.¹⁶⁻¹⁹

Além disso, a fragilidade comumente associa-se a outras síndromes geriátricas, nomeadamente quedas, depressão, *delirium*, desnutrição, incontinência fecal e urinária, que são as mais comuns em idosos com cancro. Isto verifica-se quer pela neoplasia, quer pela opção terapêutica, resultando num acréscimo de vulnerabilidade. O tratamento do cancro apresenta a necessidade de se adequar à fragilidade dos idosos, uma vez que este pode precipitar o aparecimento destas síndromes, ou exacerbar as já presentes.^{6,15,16,19,20}

A avaliação da fragilidade dos doentes idosos com cancro, permitindo aferir as suas reservas fisiológicas, é crucial para um planeamento terapêutico, orientando-o de modo mais individualizado possível. A avaliação geriátrica (AG) para deteção da fragilidade é amplamente reconhecida pela *International Society of Geriatric Oncology* (SIOG), pela *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), como medida a ser incorporada no planeamento terapêutico.^{3,4,9,11,15,17,19}

O *gold standard* para a avaliação da fragilidade é a avaliação geriátrica global (AGG).^{2,3,17,19,21} A AGG é um processo multidisciplinar e multidimensional, que recorre ao uso de várias escalas geriátricas validadas, para obter um inventário de todos os problemas presentes no doente. Permite uma avaliação holística do doente, determinando a sua capacidade nos vários domínios: médico, psicológico, social, funcional, estado cognitivo e nutricional, de modo a promover um plano terapêutico coordenado e integrado focado nas suas necessidades.^{2,9,11,19,21-23} A AGG permite identificar condições potencialmente reversíveis, melhorando a adesão e tolerabilidade a um plano terapêutico.^{2,7,24,25} Meta-análises, revelam que as intervenções guiadas pelo uso da AGG, reduzem a mortalidade, o risco de hospitalização, asseguram a manutenção da funcionalidade física, e aumentam a qualidade de vida.² Porém, a aplicação da AGG apresenta algumas barreiras, como o consumo de tempo, neste sentido podem ser usadas ferramentas de triagem para identificar de modo mais rápido doentes vulneráveis, os quais mais beneficiam de uma AG extensa através da aplicação da AGG.²⁴⁻²⁷

Os idosos são uma população sub-representada na investigação clínica. As orientações oncológicas para os *séniores* são escassas, pelo que há poucas evidências para orientação terapêutica deste grupo.^{1,3,12,23-25} Na tentativa de mudar o paradigma, nos últimos anos, vários estudos foram realizados, demonstrando a capacidade de a AG influenciar as decisões terapêuticas em contexto oncológico. Estes demonstraram uma heterogeneidade quanto à eficácia da AG na intervenção terapêutica. Ainda, resultados mistos de ensaios clínicos randomizados criaram incerteza quanto ao seu valor, pelo que mais estudos randomizados estão em desenvolvimento.^{2,7,15,17,24}

A consulta de onco-geriatria ginecológica (COGG) na Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra é única a nível nacional e foi introduzida recentemente. O seu objetivo é permitir a realização da AG a idosas com neoplasias malignas ginecológicas, de forma que lhes seja proporcionado o melhor tratamento possível e adequado à sua situação clínica.

Assim, o presente estudo apresentou como objetivo central, perceber de que modo a AG, aplicada na COGG, revela um valor adicional no controlo clínico e terapêutico das doentes com patologia oncológica. Além disso, avaliar, após o início do tratamento, o seu impacto no estado de saúde, na manutenção do dia-a-dia, e nas diversas áreas de avaliação geriátrica. Ainda, depreender se as doentes consideraram a realização da COGG importante. Em suma, este estudo poderá possibilitar a validação da viabilidade e utilidade da AG e reforçar a importância da sua implementação na prática oncológica, em mais serviços da ULS de Coimbra e em outras instituições de saúde.

Materiais e Métodos

O presente estudo teve um desenho observacional, retrospectivo e unicêntrico. Foi realizado no ano letivo 2023/2024. A recolha dos dados teve lugar de setembro a dezembro de 2023, e a avaliação dos mesmos ocorreu, posteriormente, nos meses seguintes até fevereiro de 2024. O estudo apresentou, assim, uma duração de 6 meses. Este envolveu uma amostra populacional de doentes com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentaram a COGG, da ULS de Coimbra, desde o dia de início da sua implementação (09/12/2022) até 30/09/2023.

Durante o período mencionado, ocorreram 26 consultas de onco-geriatria ginecológicas no serviço de Medicina Interna da ULS de Coimbra. As consultas foram realizadas por uma médica especialista de Medicina Interna, com competência em Geriatria.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: idade igual ou superior a 65 anos e a presença de uma neoplasia maligna ginecológica (mama, útero, ovário e vulva). Foi usada a idade mínima para participação de 65 anos, pois esta é, frequentemente, designada como a idade para a implementação da AG em estudos de oncologia geriátrica. Sem critérios de exclusão.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ULS de Coimbra, tendo sido as doentes e/ou seus representantes legais convidados a assinarem o consentimento informado.

A recolha de dados foi realizada através da consulta do processo clínico eletrónico, e através de um questionário, este último apenas para as doentes que iniciaram o tratamento.

Na COGG é realizada a AG, a qual para além de compreender a aplicação de escalas geriátricas, também engloba a colheita de informação clínica, como os antecedentes pessoais, a medicação crónica, a avaliação social, o exame físico, e a revisão de exames complementares de diagnóstico, para que a doente seja, efetivamente, avaliada na sua globalidade, auxiliando a deteção de fragilidade e a tomada de decisão quanto aos planos terapêuticos.

Para caracterizar a amostra, foram utilizadas variáveis sociodemográficas e patológicas: idade, género, neoplasia (local e classificação), com quem reside, de quem recebe apoio e ainda número de comorbilidades e de medicação crónica.

Durante a COGG, foi aplicada a escala *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), que corresponde a um instrumento de triagem rápida de avaliação geriátrica (anexo I). Consoante a pontuação obtida, foi possível inferir sobre a vulnerabilidade da doente. Deste modo, uma pontuação < 3 pontos enquadrou a doente como não vulnerável, enquanto uma pontuação ≥ 3 pontos identificou a doente como vulnerável.

Quando a doente foi considerada vulnerável ou na presença de dúvidas sobre o estado global da idosa, foi aplicada a avaliação geriátrica global breve (AGGB), outro instrumento de rastreio de avaliação geriátrica (anexo II). A AGGB permitiu inferir sobre a afetação de várias áreas de avaliação: atividades da vida diária (AVD's); incontinência urinária (IU), estado nutricional, sintomas de depressão e estado mental.

De seguida, consoante a área de avaliação com resultado anormal, foram aplicadas outras escalas/instrumentos de avaliação, que caracterizam a AGG. Desta forma, se a área AVD's estava afetada e/ou IU presente, foi realizada a Escala de *Katz*, cuja pontuação da mesma, permite inferir o estado de dependência para as atividades da vida diária: 0 pontos indica dependência total, entre 1-2 pontos dependência grave, entre 3-4 pontos dependência moderada, 5 pontos dependência ligeira e 6 pontos independência (anexo III). Se a área da nutrição se encontrava afetada, e como resultado anormal obtivemos desnutrição ou risco de desnutrição, foi realizada a escala *Mini Nutricional Assessment* (MNA). Nesta uma pontuação entre 12-14 pontos indica um estado nutricional normal, entre 8-11 pontos mostra estar sob risco de desnutrição, e por fim entre 0-7 pontos determina desnutrição (anexo IV). Por outro lado, se sintomas de depressão estavam presentes, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi instituída. Segundo os seus resultados, entre 0-10 pontos inferimos ausência de depressão, entre 11-20 pontos depressão ligeira e entre 21-30 pontos depressão grave (anexo V). Por fim, se o estado mental estava afetado, foi aplicado o *Mini mental state examination* (MMSE). Neste, considera-se com defeito cognitivo: analfabetas com pontuação ≤ 15 pontos, 1-11 anos de escolaridade com ≤ 22 pontos, e por fim com escolaridade superior a 11 anos e pontuação ≤ 27 pontos (anexo VI).

Considerando toda a informação clínica extraída da doente, pela realização da AG, é possível a obtenção de uma decisão final da COGG, enquadrando a doente em 3 categorias: doente apta para qualquer tipo de tratamento, doente frágil (doente apta, mas todas as escolhas terapêuticas devem ser ponderadas face aos riscos e benefícios) e doente não apta para tratamento.

Posto isto, foram, então, recolhidos dados, como a data da realização da COGG, pontuação da escala VES-13, áreas de avaliação afetadas na AGGB, pontuações de posteriores escalas realizadas, e decisão da COGG. Também, dados sobre a possível deteção de anomalias patológicas de novo, não detetadas, ainda, pela avaliação clínica habitual, se exames complementares extra foram requeridos para auxiliar a tomada de decisão, e se alterações na medicação foram feitas. Ainda, do processo clínico, foi recolhida a decisão terapêutica, proveniente da consulta de decisão terapêutica oncológica, que é realizada após a COGG, e que tem como suporte para a sua decisão a conclusão desta última. Por fim, após início do tratamento, foi, também, recolhido do processo clínico, data de início do mesmo, a modalidade terapêutica escolhida, se ocorreram complicações, interrupções, internamentos, admissão na Unidade de cuidados intensivos (UCI), e se houve falecimentos durante o decorrer do tratamento ou até 1 mês após seu término.

Após início do tratamento, ainda, foi realizado, por via telefónica, um questionário de 13 perguntas (anexo VII). Este pretendeu perceber se as doentes consideraram a consulta importante, como consideravam o seu estado de saúde no momento, e se o seu dia-a-dia tinha sofrido muitas alterações após o início do tratamento. Ainda, possibilitou inferir, de forma breve e sucinta, como os diversos domínios geriátricos tinham sido afetados. A aplicação do questionário teve uma duração média de 5 minutos.

A análise estatística foi efetuada no *IBM/SPSS Statistics*® versão 28.0.1.0(142). Adotou-se um nível de significância de 0,05.

A análise descritiva foi realizada para as variáveis de interesse. A distribuição normal das variáveis quantitativas foi verificada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* quando o tamanho da amostra foi superior a 25, e pelo teste de *Shapiro-Wilk* quando a amostra foi superior ou igual a 10 e inferior ou igual a 25, assim com através de visualização gráfica. As variáveis quantitativas com distribuição normal foram expressas em média e desvio-padrão (DP), enquanto as variáveis quantitativas sem distribuição normal foram expressas em mediana e amplitude interquartil (AIQ). As variáveis qualitativas foram expressas em frequências absolutas e frequências relativas.

As diversas comparações que envolviam uma variável qualitativa com uma quantitativa, realizaram-se através do teste de *Kruskal-Wallis*, dado não se ter verificado o pressuposto de normalidade, ou pela amostra ser inferior a 10. Quando o valor obtido indicou haver diferenças estatisticamente significativas, foram realizados testes *post-hoc*, para comparar médias entre cada par de grupos, usando a correção de *Dunn* para comparações múltiplas. A associação entre variáveis qualitativas, foi realizada através da aplicação do teste Exato de *Fisher*. Ainda, determinou-se o coeficiente de *Spearman* para avaliar a eventual existência de correlação entre as variáveis: pontuação da escala VES-13 e o número de áreas afetadas.

Resultados

Caracterização da amostra

No estudo participaram um total de 26 doentes (n=26). Todos os participantes eram do sexo feminino. A média da idade foi $83,42 \pm 2,955$ anos, tendo a doente mais nova 76 anos e a mais velha 88 anos. A neoplasia do útero foi a mais prevalente, estando presente em 38,5% das doentes, seguindo-se a neoplasia dos anexos representada por 30,8%. As neoplasias corresponderam a tumor primário em 84,6% dos casos. A principal fonte de apoio das doentes eram os familiares (76,9%), verificando-se que 42,3% das idosas viviam sozinhas e 30,8% com o cônjuge (Tabela 1).

O número de comorbilidades revelou uma média de $5,85 \pm 3,541$, com um mínimo de 1 e máximo de 16. Do total da amostra (n=26), todas as doentes apresentaram outras patologias simultaneamente com a neoplasia, identificando-se que mais de metade (72,9%) revelaram ter mais que 3 comorbilidades (Tabela 1). Uma descrição com maior detalhe sobre a frequência do número comorbilidades por percentagem de doentes está presente na Figura suplementar 1, no anexo VIII-A.

Por outro lado, o número de medicação crónica apresentou uma média de $6,31 \pm 3,739$, com o mínimo de 0 e máximo de 12. Considerando-se, quantitativamente, polifarmácia como a toma de pelo menos 5 fármacos²⁸, verifica-se que 57,5% das doentes eram polimedicadas. Apenas 11,5% não revelaram a toma de medicação crónica (Tabela 1). Na Figura suplementar 2, anexo VIII-B, é obtida uma maior descrição da frequência da medicação crónica pela percentagem de doentes.

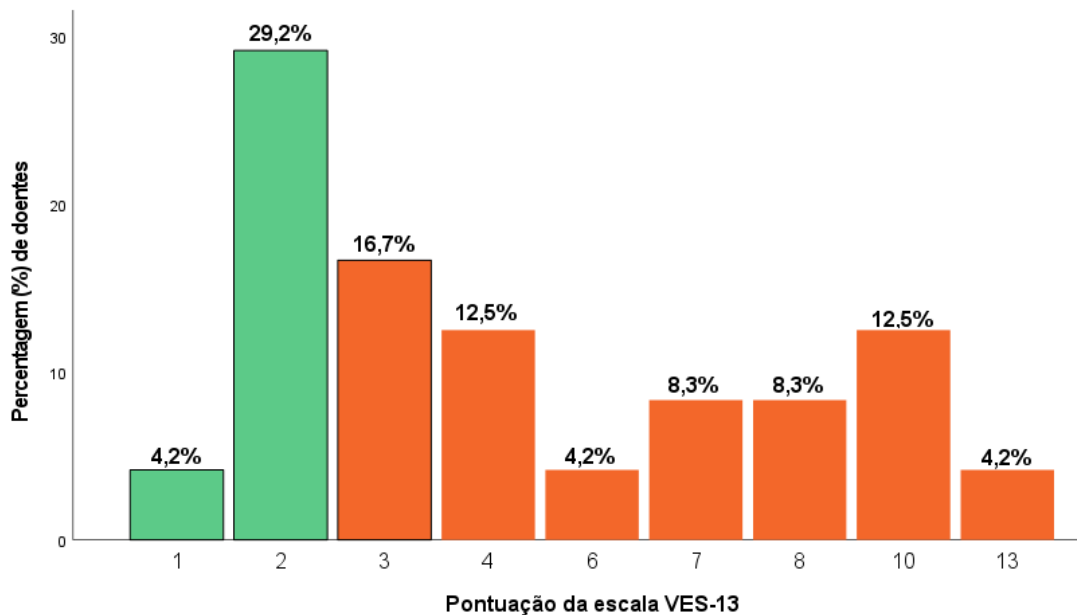
Descrição dos dados recolhidos na COGG

As consultas de onco-geriatria ginecológicas ocorreram todas numa data anterior à realização de qualquer procedimento terapêutico, e apenas uma consulta foi realizada por doente. A pontuação da escala VES-13 apresentou uma mediana de 3,50 (AIQ:6), com um mínimo de 1 ponto e máximo de 13 pontos. A escala não foi realizada a duas idosas, face o estado clínico não o permitir (n=24). Assim, das idosas que realizaram a escala, concluiu-se que 8 (33,4%) doentes apresentaram uma pontuação <3 pontos, tendo sido consideradas não vulneráveis, enquanto 16 (66,7%) idosas revelaram uma pontuação ≥ 3 pontos, pelo que se mostraram vulneráveis (Figura 1).

Tabela 1- Características patológicas e sociodemográficas da amostra (n=26)

Variável	Descrição
Idade (anos)	83,42 (± 2,955)
75-79	2 (7,7%)
80-84	12 (46,2%)
≥85	12 (46,2%)
Género	
Masculino	0 (0,0%)
Feminino	26 (100%)
Local da neoplasia	
Mama	3 (11,5%)
Útero	10 (38,5%)
Anexos (ovários/trompas)	8 (30,8%)
Vulva	5 (19,2%)
Classificação da neoplasia	
Tumor Primário	22 (84,6%)
Recidiva	2 (7,7%)
Metástases	2 (7,7%)
Com quem vive	
Sozinho	11 (42,3%)
Cônjuge	8 (30,8%)
Familiares	4 (15,4%)
Instituição	3 (11,5%)
De quem recebe apoio	
Familiares	20 (76,9%)
Centro de dia	1 (3,8%)
Outro	5 (19,2%)
Sem apoio	0 (0,0%)
Número de comorbilidades	5,85 (± 3,541)
0	0 (0,0%)
1	2 (7,7%)
2-3	5 (19,2%)
4-7	13 (49,9%)
8-16	6 (23,0%)
Número de medicação crónica	6,31 (± 3,739)
0	3 (11,5%)
1-4	8 (30,7%)
5-9	9 (34,4%)
10-12	6 (23,1%)

Legenda da Tabela 1 - Valores apresentados com número (n) e percentagem (%) para variáveis qualitativas, e com média (±DP) para variáveis quantitativas.



Legenda da Figura 1 – Frequência da pontuação da escala VES-13 por porcentagem (%) de doentes. Colunas a verde identificam a porcentagem (%) de doentes com pontuação <3, totalizando 33,4%. Por outro lado, colunas a laranja evidenciam a porcentagem (%) de doentes com pontuação ≥3, contabilizando 66,7%.

As duas participantes que não realizaram a VES-13, também não estavam capazes de realizar a ABBB. No total, a AGGB foi realizada em 23 doentes (n=23). Das 8 doentes consideradas como não vulneráveis pela VES-13, somente em uma doente, por ausência de qualquer dúvida do seu estado global, não foi necessária a aplicação de mais escalas.

Como resultado da aplicação da AGGB, evidenciou-se que a área AVD's estava afetada em 26,1% das doentes, a presença de IU em 8,7%, e os sintomas de depressão em 21,7%. Ainda, mais de metade (52,2%) das doentes relevou estar com o estado mental afetado, e 43,4% não apresentou um estado nutricional normal. Estas duas últimas áreas foram as mais afetadas. (Tabela 2)

As doentes cujas áreas se mostraram afetadas na AGGB, realizaram a escala de avaliação geriátrica constituinte da AGG correspondente, como descrito nos métodos. Como resultado, da escala de *Katz*, identificou-se que nenhuma doente foi considerada independente, e metade das doentes apresentaram uma dependência moderada. Verificou-se, pela aplicação do MNA, que 40% das idosas estavam desnutridas e 60% em risco de desnutrição. Com a EDG, identificou-se que todas as doentes obtiveram uma pontuação que as caracterizava com depressão ligeira. Por fim, a aplicação do MMSE mostrou 16,6% doentes analfabetas com o defeito cognitivo, e déficit em 16,6% doentes com 1 a 11 anos de escolaridades. Concluiu-se, deste modo, um déficit do estado mental de 33,4% das participantes, face a 66,7% sem déficit mental (Tabela 2).

Tabela 2 - Características das áreas avaliadas pela AGGB (n=23), seguidas das características das escalas geriátricas constituintes da AGG (escala de Katz, MNA, EDG e MMSE)

AGGB (n=23)	
Área de avaliação	Descrição - n (%)
AVD's	
Afetadas	6 (26,1%)
Não afetadas	17 (73,9%)
IU	
Presente	2 (8,7%)
Ausente	21 (91,3%)
Estado Nutricional	
Risco de desnutrição/ desnutrição	5 (21,7%)
Excesso de peso/ obesidade	5 (21,7%)
Estado nutricional normal	13 (56,5%)
Sintomas de Depressão	
Presentes	5 (21,7%)
Ausentes	18 (78,3%)
Estado mental	
Afetado	12 (52,2%)
Não afetado	11 (47,8%)
Escalas geriátricas da AGG	
Escala de pontuação	Descrição - n (%)
Escala de Katz (n=6)	
0 pts: dependência total	1 (16,7%)
1-2 pts: dependência grave	2 (33,3%)
3-4 pts: dependência moderada	3 (50,0%)
5 pts: dependência ligeira	0 (0,0%)
6 pts: independência	0 (0,0%)
MNA (n=5)	
12-14 pts: Estado nutricional normal	0 (0,0%)
8 -11 pts: Sob risco de desnutrição	3 (60,0%)
0-7 pts: Desnutrição	2 (40,0%)
EDG (n=5)	
0-10 pts: Ausência de depressão	0 (0,0%)
11-20 pts: Depressão ligeira	5 (100%)
21-30 pts: Depressão grave	0 (0,0%)
MMSE (n=12)	
Defeito cognitivo:	
Analfabetas ≤ 15 pts	2 (16,7%)
1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22	2 (16,7%)
Escolaridade superior a 11 anos ≤27	0 (0,0%)
Ausência de defeito cognitivo	8 (66,7%)

Legenda da Tabela 2 - Valores apresentados com número (n) e percentagem (%).

O número de áreas afetadas por doente, mostrou uma mediana de 1 (AIQ:2), com um mínimo de 0 e máximo de 4. Do total de doentes que realizaram a AGGB e as escalas da AGG quando necessárias, 9 (39,1%) doentes não apresentaram nenhuma área afetada, e 14 (60,8%) apresentaram pelo menos uma área, das quais: 7 (30,4%) revelaram ter afetada apenas uma área, 3 (13,0%) ter afetadas duas áreas, e somente duas (8,7%) tinham três áreas e outras duas (8,7%) tinham quatro áreas. Nenhuma doente apresentou afetadas todas as áreas.

Quanto à área afetada, evidenciou-se que a área AVD's estava afetada em 6 (26,1%) doentes, a IU estava presente em duas (8,7%), a área do estado mental mostrou comprometimento em 4 (17,4%), os sintomas de depressão estavam presentes em 5 (21,8%), e a área da nutrição estava afetada em 10 (43,5%), das quais 5 estavam em risco de desnutrição/desnutrição e as restantes 5 apresentaram excesso de peso/obesidade.

Além disso, verificou-se que a área, de forma isolada, mais afetada foi a da nutrição, correspondendo a 5 (35,7%) doentes, as quais apresentavam excesso de peso/obesidade. A área seguinte mais afetada, de forma isolada, foi a dos sintomas de depressão com duas (14,3%) doentes afetadas. Quanto à combinação de mais do que uma área afetada, é de destacar, pela maior frequência, que duas (14,3%) doentes apresentaram afetadas as seguintes áreas: AVD's, nutrição e estado mental. Uma descrição com maior detalhe sobre a frequência e tipo de áreas afetadas por percentagem de doentes, é possível através da consulta da Figura suplementar 3, em anexo VIII-C.

Em relação às 7 doentes consideradas não vulneráveis pela VES-13, e que realizaram a AGGB e escalas da AGG quando necessárias, foi evidenciado que duas (28,6%) doentes apresentaram um domínio afetado, nomeadamente a nutrição, em que uma (14,2%) doente revelou estar em risco de desnutrição, e a outra (14,2%) com excesso de peso/obesidade.

É de mencionar que se verificou existir uma correlação positiva e moderada entre as variáveis, pontuação da VES-13 e o número de áreas afetadas ($p=0,537$, $p=0,008$). Pelo que, quanto maior a pontuação na escala VES-13, maior o número de áreas afetadas.

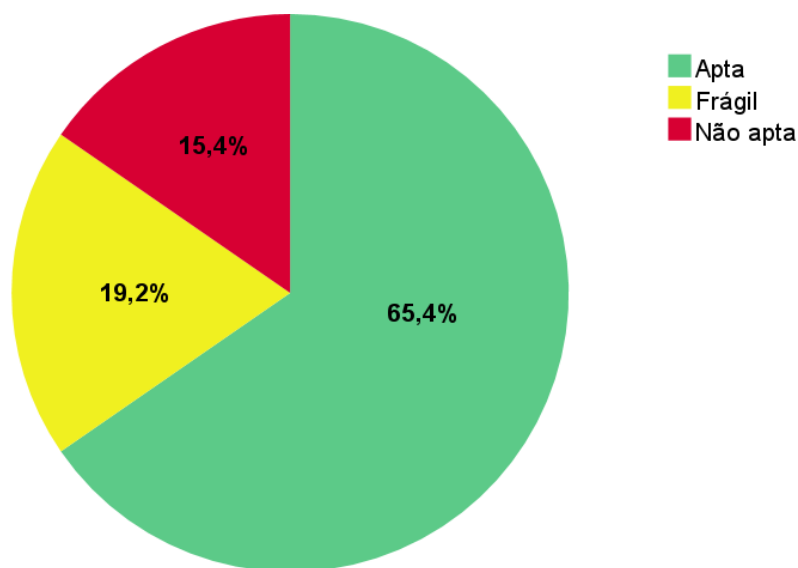
Para além das alterações nas áreas avaliadas, a AG, também, permitiu em 11,5% das doentes evidenciar anomalias patológicas de novo, não detetadas até ao momento. Possibilitou, ainda, uma revisão da medicação, verificando-se a alteração da dosagem em 7,7% das idosas, e introdução de nova medicação em 11,5%. Além disso, a AG, também, identificou a necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico extra para melhorar a orientação terapêutica em 38,5% doentes (Tabela 3).

Tabela 3 – Valor adicional da AG (n=26)

AG permitiu:	Descrição – n (%)
Anomalias patológicas de novo	
Sim	3 (11,5%)
Não	23 (88,5%)
Medicação	
Alteração da dosagem	2 (7,7%)
Introdução de nova medicação	3 (11,5%)
Suspensão de medicação	0 (0,0%)
Sem qualquer alteração	21 (80,8%)
Exames complementares extra	
Sim (analíticos)	4 (15,4%)
Sim (imagiológicos)	6 (23,1%)
Não	16 (61,5%)

Legenda da Tabela 3 - Valores apresentados com número (n) e percentagem (%).

A decisão final da COGG (n=26), classificou 17 (65,4%) doentes como aptas, 5 (19,2%) como frágeis, e 4 (15,4%) como não aptas para tratamento (Figura 2).



Legenda da Figura 2 – Percentagem (%) de doentes classificadas de acordo com as categorias de decisão da consulta: apta, frágil e não apta para tratamento.

Foi evidenciado que a idade média das doentes, pelas categorias da consulta, foi semelhante, não se verificando diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4).

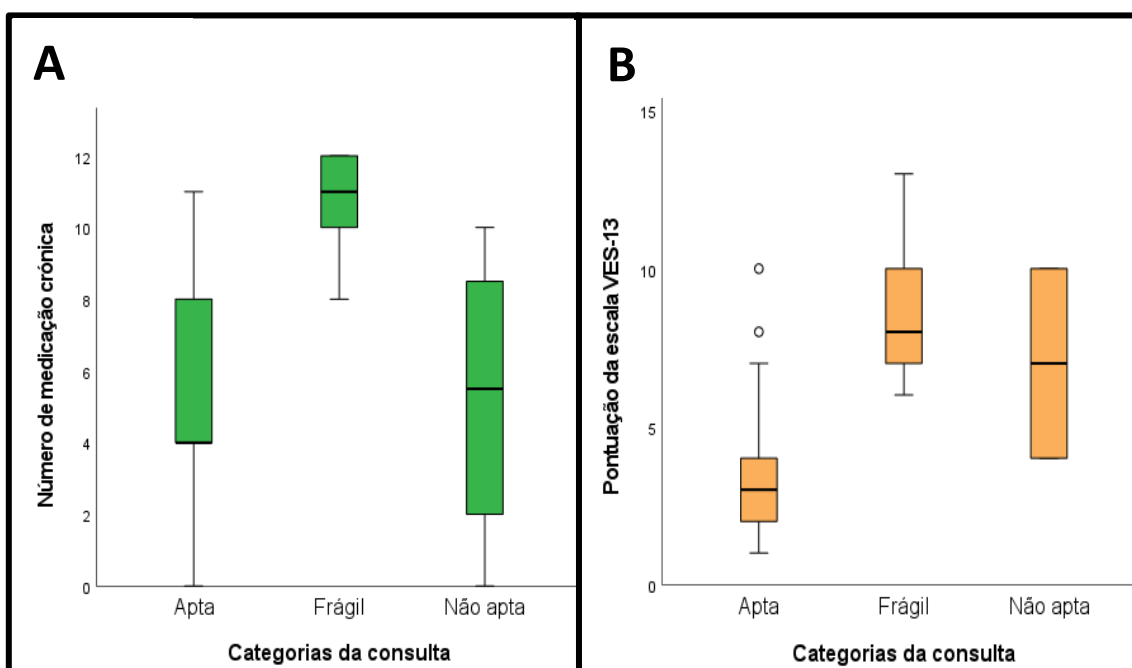
Quanto às valências sociais, verificou-se existir uma associação entre, quer da variável “com quem vive”, quer da variável “de quem recebe apoio”, e as categorias da consulta, $p=0,029$ e $p=0,009$, respetivamente (Tabela 4). Por observação do sinal dos resíduos, verificou-se que as doentes aptas viviam sozinhas ou com os familiares, as doentes frágeis viviam na companhia do cônjuge, ou com familiares ou em instituição, e as não aptas viviam com o cônjuge. Ainda,

verificou-se que as doentes aptas recebiam apoio dos familiares, enquanto as doentes frágeis recebiam outro tipo de apoio.

Verificou-se, também, que o valor da mediana do número de comorbilidades nas doentes frágeis e nas doentes não aptas foi maior que nas doentes aptas. Porém, diferenças estatisticamente significativas não foram demonstradas (Tabela 4).

Ainda, o valor da média do número de medicação crónica mostrou-se menor nas aptas, em comparação com as frágeis. No entanto, neste caso, verificou-se haver diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicação crónica para as doentes aptas, frágeis e não aptas, $\chi^2(2) = 8,529$, $p=0,014$. Testes *post-hoc* indicaram haver diferenças estatisticamente significativas entre as doentes aptas e as frágeis ($p=0,013$). Porém, não há diferenças significativas entre doentes aptas e não aptas ($p=1,000$), e doentes não aptas e frágeis ($p=0,096$) (Figura 3 - A).

Em relação ao valor da mediana da pontuação VES-13, este mostrou-se inferior nas doentes aptas. Evidenciou-se haver diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação VES-13 para as doentes aptas, frágeis e não aptas, $\chi^2(2) = 9,508$, $p=0,009$. Testes *post-hoc* demonstraram haver diferenças estatisticamente significativas entre as doentes aptas e as frágeis ($p=0,013$). Contudo, não há diferenças significativas entre doentes aptas e não aptas ($p=0,332$), e doentes não aptas e frágeis ($p=1,000$) (Figura 3 - B).



Legenda da Figura 3 – Testes *pos-hoc* apenas identificaram diferenças estatisticamente significativas entre doentes aptas e doentes frágeis, em relação ao número de medicação crónica ($p=0,013$) (A) e à pontuação da escala VES-13 ($p=0,013$) (B). Os valores quer do número de medicação crónica, quer da pontuação da escalada VES-13, foram estatisticamente maiores no grupo das frágeis em comparação com o grupo das aptas.

Foi possível, também, inferir que em 17,6% das doentes aptas, foi detetada uma anomalia patológica ainda não considerada na avaliação clínica tradicional, e que em 41,1% foi necessário realizar exames complementares extra para um melhor aconselhamento terapêutico. Por fim, verificou-se que 5,9% das doentes aptas sofreram alterações da dosagem da medicação, e em 5,9% foi introduzida nova medicação (Tabela 4).

Relativamente, às áreas avaliadas na AG, identificou-se que das doentes aptas, 12,5% apresentaram a área AVD's afetada, nenhuma revelou a presença de IU, 37,6% tinham um estado nutricional afetado, 25% apresentaram sintomas de depressão, e 6,3% demonstraram comprometimento do estado mental. Por outro lado, sublinha-se que das doentes frágeis, 60% demonstraram a área AVD's afetada, 40% revelaram a presença de IU, 60% estavam em risco de desnutrição/desnutrição e 40% tinham o estado mental afetado. Porém, não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da consulta e as várias áreas avaliadas (Tabela 4).

Quanto, à mediana do número total de áreas afetadas, esta foi menor nas doentes aptas, porém não se evidenciou diferenças estatisticamente significativas (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização das diversas valências e áreas avaliadas pela AG, de acordo com as categorias de decisão da COGG: apta, frágil e não apta

	Categorias de decisão da COGG			p
	Apta (n=17)	Frágil (n=5)	Não apta (n=4)	
Idade (anos)	83 (± 3)	83 (± 2)	85 (± 3)	KW: 0,680
Local da neoplasia:				EF:0,528
Mama	3 (17,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Útero	8 (47,1%)	1 (20,0%)	1 (25,0%)	
Anexos	3(17,6 %)	3 (60,0%)	2 (50,0%)	
Vulva	3 (17,6%)	1 (20,0%)	1 (25,0%)	
Classificação da neoplasia:				EF:0,249
Tumor Primário	15 (88,2%)	5 (100%)	2 (50,0%)	
Recidiva	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	
Metástases	1 (5,9%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	
De quem recebe apoio:				EF:0,009*
Familiares	16 (94,1%)	2 (40,0%)	2 (50,0%)	
Centro de dia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	
Outro	1 (5,9%)	3 (60,0%)	1 (25,0%)	
Sem apoio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

(continua)

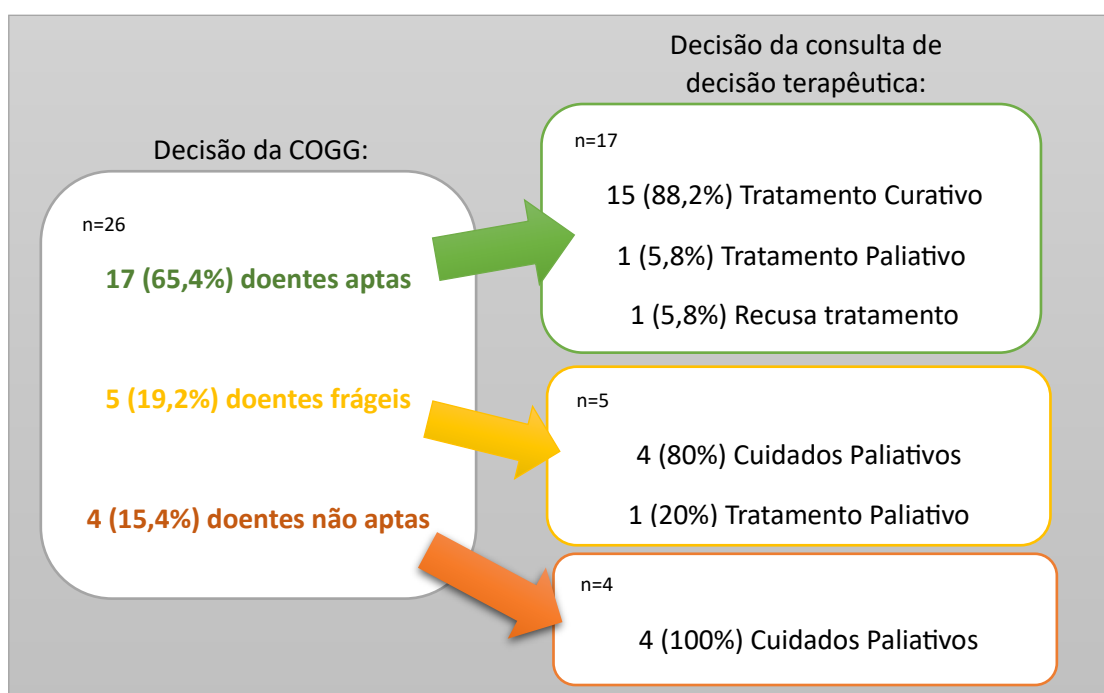
Legenda da Tabela 4 - Valores apresentados com média (±DP) ou mediana (AIQ), exceto variáveis qualitativas apresentadas com número (n) e percentagem (%). Os valores p, foram calculados através do teste *Kruskal-Wallis* (KW) ou teste Exato de *Fisher* (EF). Valor p com asterisco (*) quando diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 4: Caracterização das diversas valências e áreas avaliadas pela AG, de acordo com as categorias de decisão da COGG: apta, frágil e não apta - (Continuação)

	Categorias de decisão da COGG			p
	Apta (n=17)	Frágil (n=5)	Não apta (n=4)	
Com quem vive:				
Sozinho	10 (58,8%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	EF:0,029*
Cônjuge	4 (23,5%)	2 (40,0%)	2 (50,0%)	
Famíliares	3 (17,6%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Instituição	0 (0,0%)	2 (40,0%)	1 (25,0%)	
Nº de comorbilidades	4 (AIQ:3)	9 (AIQ:2)	5 (AIQ:6)	KW:0,089
Nº de medicação crónica	5 (± 3)	11 (± 2)	5 (± 4)	KW:0,014*
Pontuação VES-13	3 (AIQ:2)	8 (AIQ:3)	7 (AIQ:6)	KW:0,009*
Anomalias patológicas de novo				
Sim	3 (17,6%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	EF:0,773
Não	14 (82,4%)	5 (100%)	3 (75,0%)	
Exames complementares extra				
Sim (analíticos)	3 (17,6%)	1 (20,0%)	1 (25,0%)	EF:1,000
Sim (imagiológicos)	4 (23,5%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	
Não	10 (58,8%)	3 (60,0%)	3 (75,0%)	
Medicação:				
Alteração da dosagem	1 (5,9%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	EF:0,134
Introdução de nova medicação	1 (5,9%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	
Suspensão de medicação	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Sem qualquer alteração	15 (88,2%)	4 (80,0%)	2 (50,0%)	
Número (n) de doentes nas quais a AGGB e restantes escalas de AGG, quando necessárias, foram aplicadas	(n=16)	(n=5)	(n=2)	
AVD's				
Afetadas	2 (12,5%)	3 (60,0%)	1 (50,0%)	EF:0,063
Não afetadas	14 (87,5%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	
IU				
Presente	0 (0,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	EF:0,083
Ausente	16 (100%)	3 (60,0%)	2 (100%)	
Estado Nutricional				
Risco de desnutrição/desnutrição	1 (6,3%)	3 (60,0%)	1 (50,0%)	EF:0,051
Excesso de peso/obesidade	5 (31,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Estado nutricional normal	10 (62,5%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	
Sintomas de Depressão				
Presentes	4 (25,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	EF:1,000
Ausentes	12 (75,0%)	4 (80,0%)	2 (100%)	
Estado mental				
Afetado	1 (6,3%)	2 (40,0%)	1 (50,0%)	EF:0,081
Não afetado	15 (93,8%)	3 (60,0%)	1 (50,0%)	
Nº áreas afetadas	1 (AIQ:1)	2 (AIQ:1)	2 (AIQ:3)	KW: 0,153

Legenda da Tabela 4 - Valores apresentados com média (±DP) ou mediana (AIQ), exceto variáveis qualitativas apresentadas com número (n) e percentagem (%). Os valores p, foram calculados através do teste *Kruskal-Wallis* (KW) ou teste Exato de *Fisher* (EF). Valor p com asterisco (*) quando diferenças estatisticamente significativas.

Após a COGG estar concluída, tem posteriormente lugar a ocorrência da consulta de decisão terapêutica. A decisão desta última, tem por base a decisão da COGG obtida pela realização da AG, e está representada no Esquema 1. Das doentes aptas, 88,2% foram propostas para tratamento curativo e 5,8% para tratamento paliativo, das doentes frágeis, apenas 20% foram consideradas para tratamento paliativo, e das doentes não aptas, nenhuma foi proposta para terapêutica. Do total da nossa amostra (n=26), identificou-se que em 18 (69,2%) doentes a decisão final foi iniciar tratamento, porém uma (3,9%) doente recusou. Desta forma, verificou-se que 17 (65,4%) doentes foram propostas para tratamento, das quais 15 (57,7%) para tratamento curativo (todas elas consideradas aptas) e duas (7,7%) para tratamento paliativo (uma delas considerada apta e a outra frágil). Por outras palavras o tratamento foi iniciado por 16 (61,5%) doentes consideradas aptas e apenas por uma (3,9%) considerada frágil.



Legenda do Esquema 1 – Decisão da COGG e decisão da consulta de decisão terapêutica.

Identificou-se existir uma associação entre as decisões da COGG e as decisões da consulta de decisão terapêutica, ou seja, uma associação entre ser considerada apta, frágil e não apta, e iniciar tratamento curativo, tratamento paliativo e cuidados paliativos (EF: $p < 0,001$). Por observação do sinal dos resíduos, verificou-se que as doentes aptas eram propostas para tratamento curativo, as doentes frágeis para tratamento paliativo ou cuidados paliativos, e as doentes não aptas para cuidados paliativos.

Caracterização dos dados obtidos após início do tratamento

Em relação, ao número de modalidades terapêuticas identificou-se uma mediana de 1 (AIQ:1), com um mínimo de 1 e um máximo de 3.

Das 17 doentes que iniciaram tratamento, realizaram apenas uma modalidade terapêutica 10 (58,8%) doentes, das quais: 6 (35,3%) realizaram cirurgia, 3 (17,7%) quimioterapia e uma (5,9%) radioterapia. Tratamento, que combinava mais que uma modalidade terapêutica, foi realizado em 7 (41,2%) doentes: duas (11,8%) realizaram cirurgia e quimioterapia, uma (5,9%) cirurgia e quimioterapia, 3 (17,7%) quimioterapia e radioterapia e uma (5,9%) doente combinava 3 modalidades, cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Durante o decorrer do estudo, nenhuma doente realizou hormonoterapia.

Quanto ao tempo de internamento, após cirurgia, este teve uma mediana de 7 (AIQ:6), no mínimo identificou-se uma duração de 3 dias, e no máximo de 12 dias.

Das doentes em tratamento, apenas 3 (17,7%) revelaram complicações, tendo estas sido consideradas aptas na COGG. Ainda, duas (11,8%) doentes, as quais também revelaram complicações, chegaram mesmo a interromper o tratamento, por esse facto. Em relação aos internamentos, estes ocorreram em duas (11,8%) doentes, das quais uma sofreu complicações e interrompeu o tratamento. Os internamentos tiveram a duração de 2 dias. Nenhuma doente foi internada na UCI (Tabela 5).

Contudo, ocorreu o falecimento de uma (5,9%) doente durante o decorrer do tratamento (Tabela 5). Esta doente foi considerada apta para tratamento, tinha realizado cirurgia e apresentado complicações recorrentes da mesma, tendo sido a doente que revelou o período de internamento mais longo após cirurgia, nomeadamente 12 dias.

A única doente considerada frágil não apresentou complicações, interrupções, internamentos ou admissão na UCI, encontrando-se viva até ao final da recolha dos dados (Tabela 5).

Tabela 5 – Descrição de valências avaliadas após o início do tratamento

	Total (n=17)	Categorias de decisão da COGG	
		Apta (n=16)	Frágil (n=1)
Complicações			
Hematológicas	1 (5,9%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)
Não hematológicas	2 (11,8%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)
Sem complicações	14 (82,4%)	13 (81,3%)	1 (100%)
Interrupções			
Sim	2 (11,8%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)
Não	15 (88,2%)	14 (87,5%)	1 (100%)
Internamentos			
Sim	2 (11,8%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)
Não	15 (88,2%)	14 (87,5%)	1 (100%)
Admissão na UCI			
Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0%)
Não	17 (100%)	16 (100%)	1 (100%)
Falecimento			
Sim	1 (5,9%)	1 (6,3%)	0 (0,0%)
Não	16 (94,1%)	15 (93,8%)	1 (100%)

Legenda da Tabela 5 - Valores apresentados com número (n) e percentagem (%).

Até ao final da recolha dos dados, da amostra total (n=26), verificou-se o falecimento de duas (7,7%) doentes classificadas frágeis pela consulta, as quais foram referenciadas para cuidados paliativos, e de outras duas (7,7%) consideradas não aptas pela COGG, e que igualmente foram reportadas para cuidados paliativos. Em suma, faleceram 5 (19,2%) doentes, uma (3,8%) durante o tratamento, e as 4 (15,4%) que foram encaminhadas para os cuidados paliativos.

Questionário aplicado após início do tratamento

O questionário aplicado, por via telefónica, apenas foi realizado a 14 doentes (n=14), dado o falecimento de uma participante, e devido ao facto de duas doentes se mostrarem incapacitadas para responder ao questionário, e os seus representantes legais não se considerarem capazes de fornecer respostas representativas das respetivas doentes.

Quanto às participantes nas quais o questionário foi aplicado, todas consideraram a COGG uma mais-valia na orientação do seu tratamento. Mais de metade (71,4%), considerou que o seu estado de saúde estava em melhoria, e 7,1% considerou o estado de saúde bom. Apenas, 14,3% considerou que, após iniciar tratamento, o seu dia-a-dia ficou dependente de terceiros para tarefas realizadas, anteriormente, de forma autónoma. Ainda, 85,7% das doentes referiu que consegue levantar-se e vestir-se sozinha. Porém, metade das doentes mencionou apresentar incontinência: 21,4% de urina, 7,1% de fezes, e 21,4% de ambos. Também, verificou-se que 71,4% apresentavam o apetite mantido, e 92,9% alimentavam-se sem ajuda. Mais de metade das doentes (64,3%), demonstrou não se sentir feliz na maioria dos dias, contudo 92,9% referiu sentir-se apoiada. No que respeita às tarefas das questões 10 e 13, que visaram avaliar o estado mental, estas foram realizadas sem sucesso em 64,3% e 71,4%, respetivamente. Mostrando-se a área mais afetada com a realização do questionário (Tabela 6).

Tabela 6 – Questionário e respetiva descrição das respostas fornecidas pelas participantes (n=14)

Questionário	Descrição – n (%)
1.Considerou importante a realização da COGG? Sim Não	14 (100%) 0 (0%)
2.Neste momento como considera o seu estado de saúde? Mau Em melhoria Bom	3 (21,4%) 10 (71,4%) 1 (7,1%)
3.Após iniciar o tratamento, o seu dia-a-dia sofreu alterações? Dia-a-dia sem alterações Dia-a-dia com ajuda de terceiros para tarefas, anteriormente, realizadas de forma autónoma	12 (85,7%) 2 (14,3%)
4.Consegue levantar-se da cama sozinha? Sim Não	12 (85,7%) 2 (14,3%)
5.Consegue vestir-se sozinha? Sim Não	12 (85,7%) 2 (14,3%)
6.Consegue movimentar-se sem recursos a apoios? Sim Não	8 (57,1%) 6 (42,9%)
7.Perde urina ou fezes? Não Só urina Só fezes Ambos	7 (50,0%) 3 (21,4%) 1 (7,1%) 3 (21,4%)
8.Tem apetite? Sim Não	10 (71,4%) 4 (28,6%)
9.Consegue alimentar-se sozinha? Sim Não	13 (92,9%) 1 (7,1%)
10.Diga e decore estas palavras: “carro, bola, vaso” Tarefa bem-sucedida Tarefa sem sucesso	5 (35,7%) 9 (64,3%)
11.Sente-se feliz na maioria dos dias? Sim Não	5 (35,7%) 9 (64,3%)
12.Geralmente sente-se? Abandonada Apoiada	1 (7,1%) 13 (92,9%)
13.Repetir as palavras acima mencionadas Tarefa bem-sucedida Tarefa sem sucesso	4 (28,6%) 10 (71,4%)

Legenda da Tabela 6 - Valores apresentados com número (n) e percentagem (%). Resposta e valor correspondente apresentados a verde, quando a resposta favorece uma conotação positiva para o estado clínico da doente.

Discussão

A população idosa, de acordo com a idade cronológica, pode ser sub-classificada em *young-old* (65-74 anos), *older-old* (75-84 anos) e *oldest-old* (acima de 85 anos).²⁹ No nosso estudo, as doentes enquadraram-se apenas nas duas últimas categorias, apresentando, assim, idade bastante avançada. A média da idade das participantes foi superior à média da idade para o sexo feminino, demonstrada no estudo PEN-3S, realizado para avaliação geriátrica da população portuguesa, ($83,42 \pm 2,955$ anos vs $76,0 \pm 8,2$ anos).³⁰

A prevalência de comorbilidades em idosos com cancro varia entre 36-94%.³¹ No presente estudo, a incidência de comorbilidades foi superior, pois todas as doentes apresentaram outras patologias concomitantemente com a neoplasia. A presença de comorbilidades aumenta o risco de complicações provindas do tratamento, podendo levar à interrupção e/ou comprometer a eficácia deste. Está, assim, associada a pior sobrevivência em idosos com cancro.^{3,31}

Em doentes idosos diagnosticados recentemente com cancro, a prevalência de polifarmácia foi de 35-80%.³¹ No nosso estudo, verificou-se que 57,5% das doentes eram polimedicadas, pelo que este valor está concordante com o intervalo referido. A polifarmácia resulta num aumento significativo de interações medicamentosas, eventos adversos, hospitalizações, morbilidade e mortalidade.^{1,3,31}

Seria expectável que a neoplasia mais frequente fosse a da mama, e não a do útero, como demonstrado no nosso estudo, porque o cancro de mama é o mais diagnosticado entre mulheres em todo o mundo, e mais da metade dos diagnósticos ocorre acima dos 60 anos de idade.³² A neoplasia da mama mostrou-se, assim, sub-representada no estudo. O facto de a amostra ser pequena poderá ser o motivo do sucedido. Ainda, como a consulta era intitulada de onco-geriatria ginecológica, e dado que a bibliografia não considera o cancro da mama incluído no cancro ginecológico, poderá ter resultado na não referência, pelos médicos ginecologistas, de doentes com neoplasia da mama para esta consulta por considerarem que esta não o integrava.

As alterações fisiológicas da idade, que resultam na modificação da farmacocinética e farmacodinâmica, juntamente com as comorbilidades e polifarmácia, afetam o modo como o organismo irá responder ao cancro e ao seu tratamento.³ Desta forma, dada a elevada complexidade demonstrada das participantes, o presente estudo, em concordância com outros, reforça a necessidade de uma abordagem generalizada através da AG, para que a multiplicidade de variáveis que possam influenciar o tratamento sejam integradas aquando da decisão terapêutica.^{2,3,25}

No contexto oncológico, o termo AG tem sido preferencialmente usado, em vez de AGG, pois, geralmente, são usadas versões abreviadas desta, não se verificando uma avaliação de todos os domínios.^{25,33} As mais recentes diretrizes da ASCO, recomendam que sejam incluídos os domínios: função física e cognitiva, estado psicológico, comorbilidades, polifarmácia, estado nutricional e apoio social.³⁴ As ferramentas e questionários usados para avaliar os vários

domínios, diferem pelos países, instituições e dependem das *guidelines* locais, das características dos doentes e da validação.^{15,25} Desta forma, a AG efetuada na COGG mostrou-se concordante com o recomendado.

A aplicação da AG está associada a inconvenientes, como o consumo tempo e de recursos humanos. Várias ferramentas de triagem foram desenvolvidas, para a seleção dos doentes frágeis, os quais mais beneficiam da AGG.^{2,3,26,35,36} As principais usadas são *Geriatric 8* (G8), *Triage Risk Screening Tool* (TRST) e VES-13.^{3,25,26,35,36} A G8 foi especificamente criada para aplicação em contexto oncológico e é considerada a ferramenta mais sensível na identificação de doentes frágeis.^{2,7,26,31,33} Porém, esta ferramenta não se encontra validada para a população portuguesa.⁸ A VES-13, usada inicialmente no nosso estudo, quando comparada com a G8, mostrou um intervalo de valores de sensibilidade ligeiramente menor (39-88% vs 65-95%), mas com especificidade maior (62-100% vs 3-75%).⁹ Outros estudos mostram intervalos similares.^{2,15,27} Assim, a ferramenta usada no nosso estudo, mostrou-se viável.

No nosso estudo, por vezes, foi necessária a aplicação de outra ferragem de triagem, a AGGB. A aplicação de duas ferramentas assegura uma maior sensibilidade, pois possibilita a avaliação de mais domínios, apesar de comprometer um pouco a especificidade.² É demonstrado esse aumento da sensibilidade, quando, nos resultados, das 7 doentes consideradas não vulneráveis pela VES-13, após a realização da AGGB e escalas da AGG, foi evidenciado que duas destas apresentaram pelo menos uma área afetada.

Apesar de estudos mostrarem que as ferramentas de triagem com resultados anormais, podem prever resultados adversos no tratamento, isto, ainda é incerto, pelo que estas não substituem a realização da AGG.^{2,24,25} O nosso estudo, prova, efetivamente, que um resultado anormal na ferramenta não é suficiente para prever com eficácia a presença de fragilidade, pois das 12 doentes cuja AGGB identificou estado mental afetado, a aplicação do MMSE demonstrou que, afinal, em 8 dessas doentes isso não se comprovava.

No nosso estudo, a VES-13 identificou 66,7% doentes como vulneráveis, as quais apresentavam, assim, 4,2 vezes maior risco de declínio funcional e morte nos próximos 2 anos, face às doentes não consideradas vulneráveis.²⁷ Este valor percentual obtido, foi similar com outros estudos que utilizaram esta ferramenta de rastreio, assim, como noutros tipos de cancro.²⁷

Como evidenciado, na bibliografia e no nosso estudo, a AG permite detetar alterações nos diversos domínios, que não seriam identificadas na avaliação tradicional, mostrando-se essencial para a identificação de fragilidade.^{2,25,36} Nos estudos, a prevalência de fragilidade, nos doentes idosos com cancro, varia de 7 a 68%, sendo esta definida pelo comprometimento de 1 a 4 domínios na AGG.¹² No nosso estudo, verificou-se que 60,8% da amostra revelou pelo menos 1 domínio afetado na AGG, correspondendo à população frágil, pelo que o valor obtido foi concordante com a bibliografia. Um estudo a nível nacional, aponta um valor de fragilidade um pouco inferior, 54,8%, porém a fragilidade foi determinada através de outra ferramenta.³⁷

A nutrição foi o domínio mais afetado no estudo, representando 71,4% da amostra. Em 35,7% das doentes, apenas este domínio estava afetado, revelando todas as doentes excesso de peso/obesidade. Este valor poderá resultar da obtenção de um IMC sobrestimado, porque o peso diminui com a idade, ocorrendo diminuição da massa muscular e aumento da massa gorda.³⁰ Porém, o estudo PEN-3S evidenciou que 79,1% das idosas portuguesas apresentavam um IMC \geq 25, o que revela uma tendência para o excesso de peso/obesidade.³⁰ As restantes doentes com comprometimento da nutrição (35,7%), as quais tinham pelo menos outro domínio simultaneamente afetado, enquadraram-se na categoria risco de desnutrição/desnutrição. O défice nutricional tem sido descrito em cerca de 27-83% dos doentes com cancro,¹¹ pelo que o valor revelado no nosso estudo se mostra coerente com o intervalo. A desnutrição está associada a complicações durante o tratamento e ao aumento da mortalidade, constituindo, desta forma, um fator relevante para a mudança de terapêutica em doentes com cancro.^{2,3}

O estado funcional, avaliado pela área das AVD's, foi o segundo domínio mais afetado na nossa amostra (42,9%). Este sempre se mostrou afetado em associação com outro domínio, evidenciando-se que todas as doentes que mostraram IU tinham este domínio afetado. Estudos mostraram que a deficiência em pelo menos uma AVD foi evidenciada em 10-61% dos doentes idosos com cancro¹¹, encontrando-se, desta forma, o valor obtido concordante.

A presença de sintomas de depressão, verificou-se em 35,7% das idosas. Embora, a prevalência de depressão em idosos com cancro varie entre os estudos, valores superiores a 30% têm sido reportados, indo de encontro ao nosso estudo.³ O estudo PEN-3S mostrou que 30,1% das idosas portuguesas apresentavam sintomas da depressão, depreendendo-se, assim, que as nossas participantes, apenas relevaram um valor ligeiramente superior.³⁰ A depressão está associada a uma rápida progressão dos sintomas e a maior dor, mostrando-se um preditor independente de morte prematura em doentes com neoplasia de estadio avançado.²

O estado mental demonstrou-se afetado em 21,4% das doentes. Em 20 estudos nos quais foi aplicado o MMSE, obteve-se um intervalo entre 6-42% de idosos com cancro com cognição comprometida.¹¹ O estudo PEN-3S mostrou que na população geriátrica portuguesa, este domínio estava comprometido em 25% na faixa etária dos 75-84 anos, e em 42,6% na faixa superior a 85 anos.³⁰ Dado a nossa amostra apresentar idade bastante avançada, e o risco de défice cognitivo aumentar com a idade³, seria exetável um valor de comprometimento mental maior. Além disso, estudos portugueses como o mencionado e outro, verificaram que o comprometimento cognitivo era superior nas mulheres, parcialmente explicado pela iliteracia ser muito mais frequente.³⁰ Assim, uma vez que a amostra era apenas constituída por mulheres, com um grau de iliteracia semelhante nos estudos referidos, seria outra razão para se esperar um valor maior de comprometimento. No entanto, este valor poderá dever-se à reduzida amostra.

Além das alterações nos domínios referidos, a AG, ainda, possibilitou a deteção de anomalias patológicas de novo, nomeadamente obstipação, convulsões e fibrilhação auricular, para as quais deverão ser implementadas medidas interventivas, potenciando os *outcomes* do tratamento. O nosso estudo, ainda, realçou, que a AG possibilita a revisão da medicação,

fundamental para evitar as interações medicamentosas.³¹ Um estudo demonstrou que em 33% dos idosos com cancro foram realizadas novas prescrições, 29% suspenderam alguma medicação, e as doses terapêuticas foram mudadas em 30%.³¹ Como descrito nos resultados, o nosso estudo apresenta ações semelhantes, porém mostrou valores percentuais mais discretos. Tal poderá ser, uma vez mais, devido à pequena amostra. A AG, ainda, propôs a realização de exames complementares adicionais, a doentes que não apresentavam toda a informação clínica pertinente para uma tomada de decisão terapêutica adequada, o que se mostrou vantajoso.

O nosso estudo, reforça que a AG se mostra primordial, pois a deteção de alterações nos diversos domínios e noutras valências influenciarão a escolha terapêutica. Estudos mostraram uma correlação entre o número de domínios afetados e a redução da tolerabilidade ao tratamento.¹² A AG influenciou as decisões terapêuticas entre 5-50% dos doentes idosos.³⁸ Vários estudos mostraram valores semelhantes.^{11,26,31,39} No nosso estudo, não foram realizadas decisões terapêuticas antes da aplicação da AG, dado que a consulta de decisão terapêutica teve lugar posteriormente à sua realização, na COGG. Assim, não foi possível determinar em quantos doentes a AG permitiria alterar propostas iniciais de tratamento. Porém, verificou-se que as decisões da consulta de decisão terapêutica foram concordantes com as decisões da COGG, ou seja, a grande maioria das doentes aptas foram propostas para tratamento curativo, e a maioria das doentes frágeis e das não aptas foram encaminhadas para cuidados paliativos. A associação obtida entre as 2 consultas, descrita nos resultados, corroborou com o mencionado.

Além disso, o nosso estudo demonstra, indo de acordo com outros estudos, que a idade de forma isolada é um fraco preditor da heterogeneidade no envelhecimento,²⁵ pois verificou-se que a idade média, pelas diferentes categorias de decisão da COGG, era semelhante, não se verificando, conseqüentemente, diferenças estatisticamente significativas. Evidenciando-se, uma vez mais, a importância da AG, a qual permite avaliar a grande variabilidade na reserva funcional de doentes com a mesma idade, essencial para as escolhas terapêuticas.²⁵

Identificou-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da COGG e a variável “com quem vive”, verificando-se que as doentes aptas, face às restantes, maioritariamente viviam sozinhas. O isolamento social é um fator de risco para baixa tolerância no tratamento do cancro, pelo que um cuidador providenciando o suporte nas diversas valências seria adequado.^{2,3} No nosso estudo, isto poderá ter-se verificado pelas doentes aptas terem um apoio regular, porque, também, mostrou-se diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da COGG e a variável “de quem recebe apoio”, pelo que as doentes aptas foram as que mais receberam apoio dos familiares. Também, diferenças estatisticamente significativas foram obtidas entre as categorias da COGG: e o número de medicação crónica, e a pontuação da VES-13. Isto permitiu inferir que as doentes aptas, como expectável, apresentaram menor número de medicação crónica, e uma pontuação na escala VES-13 menor. Possivelmente, outras variáveis não mostraram diferenças estatisticamente significativas pela reduzida amostra.

A bibliografia revela que os doentes que usufruíram da AG para orientar o plano terapêutico, tem maior probabilidade de o completar e requerem, frequentemente, menos modificações do plano

definido.^{3,26,31} O nosso estudo reforça, novamente, a relevância da AG, pois verificou-se que, até ao momento avaliado, 88,2% das doentes não tiveram de interromper o seu tratamento, e apenas 17,7% revelaram complicações. Um estudo que comparou as complicações após tratamento de um grupo controlo, face a um grupo cujas decisões terapêuticas foram guiadas pela AG, verificou a presença de complicações de 74,2% vs 63,6%, respetivamente.³⁸ Pelo que o valor de complicações obtido no nosso estudo enaltece, uma vez mais, o valor da AG.

Além disso, o nosso estudo, ainda, em concordância com a literatura, demonstra a dificuldade e complexidade da escolha terapêutica em idosos com cancro, tendo-se verificado que uma doente, apesar de ter sido considerada apta para tratamento, acabou por sofrer complicações, e falecer no detrimento destas. Num estudo, verificou-se que 23% dos doentes considerados aptos, revelaram complicações e o tratamento foi alterado para que fosse concluído.²⁴

O questionário realizado, após início do tratamento, possibilitou inferir que todas as doentes consideraram importante a COGG, e que 85,7% não sofreram alterações no seu dia-a-dia até ao momento avaliado. Demonstrando, que a AG permitiu, assim, auxiliar na escolha terapêutica mais adequada à sua individualidade, aumentando a satisfação dos cuidados recebidos.²⁵

Ainda não é conhecida a frequência ideal para a realização da AG, porém estudos mostraram que seria revelante um *follow-up* dos diversos domínios durante o tratamento, para que este seja continuamente otimizado e adaptado.²⁵ O questionário foi realizado, nesta linha de pensamento, possibilitando averiguar de que forma o tratamento estava a comprometer os diversos domínios, e se ajustes seriam necessários. Dado que o questionário não foi validado, este não tem valor diagnóstico, pelo que não foi calculada a possível associação entre o antes e o após início do tratamento, do comprometimento dos diversos domínios. Porém, é de realçar que a prevalência de 50% de incontinência, poderá ser justificada pelo facto de ter sido questionada muito precocemente após início do tratamento, podendo esta ser uma complicação transitória das várias modalidades terapêuticas. Ainda, o facto do domínio do estado mental, avaliado pelas tarefas das questões 10 e 13, ter sido o mais afetado, poderá ser devido ao questionário ser aplicado via telefónica, o que poderá ter dificultado o entendimento das tarefas.

O nosso estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho da amostra, que resultou no uso de testes não paramétricos, os quais se mostram menos potentes. Ainda, a avaliação oncológica era limitada a poucos tipos de neoplasias. Porém, atualmente, a consulta já está disponível para qualquer neoplasia do idoso. Além do referido, o nosso estudo não possuiu um grupo controlo, isto é, um grupo no qual as decisões terapêuticas fossem decididas sem auxílio da AG, para que comparações pudessem ser obtidas. Ainda, o facto da recolha de alguns dados, considerar o período após início do tratamento, resultou na obtenção de dados de doentes que já tinham concluído o tratamento e de doentes ainda em tratamento, pelo que alguns destes dados poderiam ser diferentes se estes tivessem sido colhidos somente após o final do tratamento de todas as doentes. Também, a realização do questionário, ocorreu em períodos diferentes após o início do tratamento, o que poderá não resultar numa avaliação totalmente fidedigna da alteração dos domínios.

Conclusão

O presente estudo, possibilitou evidenciar diversas vantagens associadas à aplicação da AG, como a identificação de alterações nos múltiplos domínios relevantes da saúde da pessoa idosa, a deteção de outras anomalias patológicas e a revisão da medicação. As alterações descobertas pela AG, irão influenciar as decisões terapêuticas que melhor otimizam a tolerância das mesmas. A AG permitiu, ainda, guiar o plano terapêutico o mais individualizado e adequado possível, reduzindo efeitos adversos e melhorando os *outcomes*, pelo que a prevalência de complicações, descontinuação do tratamento, e alterações no dia-a-dia foram reduzidas.

Deste modo, apesar da amostra do estudo ser pequena, e, portanto, pouco representativa, tendo em conta os resultados obtidos, este estudo poderá constituir um primeiro passo para destacar a importância do desenvolvimento deste tipo de consultas que possibilitam a aplicação da AG. Com o número de idosos a continuar a aumentar, e à medida que a complexidade do tratamento do cancro continua a progredir, revela-se essencial, cada vez mais, desenvolver planos terapêuticos centrados nos doentes, mostrando-se isto possível através da AG.⁷

Mostra-se crucial superar as barreiras à ampla implementação e utilização da AG.⁷ A principal desvantagem da realização da AG, nomeadamente o tempo despendido para a sua aplicação, poderá ser ultrapassada pela realização dos questionários, característicos das ferramentas de triagem e da AGG, pelo próprio doente e/ou com ajuda dos seus cuidadores, em papel, via *online*, ou através de uma aplicação de *smartphone/tablet*.^{2,15,25}

É necessário aumentar a consciência nacional para o problema da oncologia geriátrica. Nesse sentido, o projeto NEWAYS propõe linhas de atuação para promoção do desenvolvimento da oncologia geriátrica em Portugal. Os cuidados de saúde deverão adaptar-se a esta realidade, promovendo um maior envolvimento de equipas multidisciplinares nesta área, através do treino prático da implementação da AG.^{8,40}

No futuro, deverá tentar-se definir a AG, aceite internacionalmente, que possa ser usada em todos os doentes idosos com cancro. É necessário avaliar o impacto de cada domínio geriátrico no risco de fragilidade, uma vez que o impacto de cada fator avaliado poderá influenciar de modo diferente os *outcomes* terapêuticos, em relação ao tipo de cancro e ao plano terapêutico escolhido.^{12,33}

Em suma, este estudo valida a viabilidade e utilidade da AG e enaltece a importância da sua implementação na prática oncológica, em mais serviços da ULS de Coimbra e em outras instituições de saúde.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, à Senhora Professora Doutora Lèlita e à Senhora Doutora Benilde, por toda a disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento ao longo do decorrer do estudo.

A todas as idosas deste estudo, que prontamente se disponibilizaram para a sua participação.

Agradeço, ainda, à Professora Doutora Bárbara Oliveiros, à Dra. Sara Melo e à Patrícia Matias, pela ajuda e conselhos em determinados momentos.

Por fim, agradeço aos queridos Senhores meus pais, Alzira e José, pelo apoio incondicional e presença constante.

Bibliografia

1. Di Capua B, Bellieni A, Fusco D, Gambacorta MA, Tagliaferri L, Villani ER, et al. Perspectives and limits of cancer treatment in an oldest old population. *Aging Clin Exp Res*. 2021 Oct;33(10):2831-2837.
2. Hernandez Torres C, Hsu T. Comprehensive Geriatric Assessment in the Older Adult with Cancer: A Review. *Eur Urol Focus* 2017; 3:330-339.
3. Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2018 Jun;19(6): e305-e316.
4. World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world. United Nations. Department of economic and social affairs. Publication Sales No. E.23.IV.2
5. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas demográficas : 2022. Lisboa : INE, 2023. Disponível na [www: <url:https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178>](https://www.ine.pt/xurl/pub/280978178). ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0535-0
6. Luz P. The Challenge of Treating Elderly People with Cancer. *Acta Med Port* 2019 Mar;32(3): 245-249
7. Outlaw D, Abdallah M, Gil-Jr LA, Giri S, Hsu T, Krok-Schoen JL, et al. The Evolution of Geriatric Oncology and Geriatric Assessment over the Past Decade. *Semin Radiat Oncol*. 2022 Apr;32(2):98-108.
8. Pimentel F, Veríssimo M, Oliveira C, Soares J, Sousa G, Silva P, et al. Cancer Network for welfare aging (NEWAYS): Estratégias para otimizar os cuidados ao doente idoso com cancro. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, publicação trimestral, VOL.27, N.º4, OUT/DEZ 2020*.
9. Fusco D, Ferrini A, Pasqualetti G, Giannotti C, Cesari M, Laudisio A, et al; Oncogeriatrics Group of the Italian Society of Gerontology, Geriatrics. Comprehensive geriatric assessment in older adults with cancer: Recommendations by the Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG). *Eur J Clin Invest*. 2021 Jan;51(1):e13347.
10. Extermann M, Al-Jumayli M, Sam C, Kish JA. Oncogeriatric Developments. *Gerontology*. 2023;69(9):1045-1055.
11. Caillet P, Laurent M, Bastuji-Garin S, Liuu E, Culine S, Lagrange JL, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Clin Interv Aging*. 2014 Sep 29;9:1645-60.
12. Bréchemier D, Sourdet S, Girard P, Steinmeyer Z, Mourey L, Gérard S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment (CGA) to define frailty in geriatric oncology: Searching for the best threshold. Cross-sectional study of 418 old patients with cancer evaluated in the Geriatric Frailty Clinic (G.F.C.) of Toulouse (France). *J Geriatr Oncol*. 2019 Nov;10(6):944-950.

13. Farooq A, Calacsan F, Hannan M, Scally S, Behan R, Walsh D, Bambrick P, et al. Integrating principles of geriatric care into oncology – a collaborative approach to managing older patients with cancer. *Age and Ageing* 2018; 47: v1–v12.
14. Michaan N, Park SY, Lim MC. Comprehensive geriatric assessment is correlated to overall survival among gynaecologic oncology patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2020 Mar 9;50(3):276-281.
15. Goede V. Frailty and Cancer: Current Perspectives on Assessment and Monitoring. *Clin Interv Aging*. 2023 Mar 28;18:505-521.
16. Zhang L, Zeng X, He F, Huang X. Inflammatory biomarkers of frailty: A review. *Exp Gerontol*. 2023 Aug;179:112253.
17. Alibhai SMH, Alam Z, Saluja R, Malik U, Warde P, Jin R, et al. Economic Evaluation of a Geriatric Oncology Clinic. *Cancers (Basel)*. 2022 Feb 3;14(3):789.
18. Liotta G, Lorusso G, Madaro O, Formosa V, Gentili S, et al. Predictive validity of the Short Functional Geriatric Evaluation for mortality, hospitalization and institutionalization in older adults: A retrospective cohort survey. *Int J Nurs Sci*. 2022 Dec 29;10(1):38-45.
19. Zeng XZ, Meng LB, Li YY, Jia N, Shi J, Zhang C, et al. Prevalence and factors associated with frailty and pre-frailty in the older adults in China: a national cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023 Jul 24;11:1110648.
20. Magnuson A, Sattar S, Nightingale G, Saracino R, Skonecki E, Trevino KM. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2019 Jan;39:e96-e109.
21. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Avaliação Geriátrica. SPMI. [consultado Jan 2023] Disponível em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.
22. Palmer K, Onder G. Comprehensive geriatric assessment: Benefits and limitations. *Eur J Intern Med*. 2018 Aug;54:e8-e9.
23. Wróblewska Z, Chmielewski JP, Florek-Łuszczki M, Nowak-Starz G, Wojciechowska M, Wróblewska IM. Assessment of functional capacity of the elderly. *Ann Agric Environ Med*. 2023 Mar 31;30(1):156-163.
24. Van Soolingen NJ, Smorenburg CH, Hamaker ME, Groen WG, Retèl VP, Lok CAR, et al. Geriatric Screening in the treatment of elderly patients with Ovarian Carcinoma (GERSOC): study protocol for a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Feb 22;21(1):214.
25. Seghers PAL, Alibhai SMH, Battisti NML, Kanavarar R, Extermann M, O'Donovan A, et al. Geriatric assessment for older people with cancer: policy recommendations. *Glob Health Res Policy*. 2023 Sep 1;8(1):37.

26. Rostoft S, O'Donovan A, Soubeyran P, Alibhai SMH, Hamaker ME. Geriatric Assessment and Management in Cancer. *J Clin Oncol*. 2021 Jul 1;39(19):2058-2067.
27. Ferrero A, Villa M, Tripodi E, Fuso L, Menato G. Can Vulnerable Elders Survey-13 predict the impact of frailty on chemotherapy in elderly patients with gynaecological malignancies? *Medicine (Baltimore)*. 2018 Sep;97(39):e12298.
28. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med*. 2021 Jun;12(3):443-452.
29. Kong TK. Managing the Elderly Person with Cancer: a Geriatrician's Perspective; Hong Kong *J Radiol*. 2013;16:209-18.
30. Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa Santos N, Santos O, Alarcão V, Nicola P, et al. Avaliação Geriátrica da População Portuguesa com 65 ou mais anos a residir na comunidade: Estudo PEN-3S. *Acta Med Port* 2020 Jul-Aug;33(7-8):475-482.
31. Nadaraja S, Matzen L, Jorgensen T, Dysager L, Knudsen A, Jeppesen S, et al. The impact of comprehensive geriatric assessment for optimal treatment of older patients with cancer: A randomized parallel-group clinical trial, *Jornal of Geriatric* 11 (2020) 488-495.
32. Abdel-Razeq H, Abu Rous F, Abuhijla F, Abdel-Razeq N, Edaily S. Breast Cancer in Geriatric Patients: Current Landscape and Future Prospects. *Clin Interv Aging*. 2022 Sep 28;17:1445-1460.
33. Dumas L, Ring A, Butler J, Kalsi T, Harari D, Banerjee S. Improving outcomes for older women with gynaecological malignancies. *Cancer Treat Rev*. 2016 Nov;50:99-108.
34. Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofeszoc K, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2023 Sep 10;41(26):4293-4312.
35. Yoshida Y. Current treatment of older patients with recurrent gynecologic cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019 Oct;31(5):340-344.
36. Chesney TR, Daza JF, Wong CL. Geriatric assessment and treatment decision-making in surgical oncology. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023 Mar 1;17(1):22-30.
37. Rodrigues D, Almeida M, Barbosa J, Mourão J. Correlation between frailty and perioperative outcomes. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia* vol.28 – Nº2 – 2019
38. Gans EA, Portielje JEA, Dekkers OM, de Kroon CD, van Munster BC, Derks MGM, et al. Frailty and treatment decisions in older patients with vulvar cancer: A single-center cohort study. *J Geriatr Oncol*. 2023 Mar;14(2):101442.

39. Hamaker M, Lund C, Te Molder M, Soubeyran P, Wildiers H, van Huis L, et al. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer - A systematic review (update). *J Geriatr Oncol.* 2022 Jul;13(6):761-777.
40. Pimentel F, Oliveira C, Soares J, Veríssimo M. Neways: cancer network for welfare for aging. *Acta Med Port* 2016 Apr;29 (4): 235-236

Anexos

Anexo I – Escala VES-13

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim* (1 PONTO)
Regular* (1 PONTO)
Boa
Muito Boa ou
Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

Classificação Final:

Não vulnerável = pontuação <3

Vulnerável = pontuação ≥ 3

Anexo II – Avaliação geriátrica global breve (AGGB)

AVALIAÇÃO FUNCIONAL BREVE				
Área de Avaliação	Procedimento	Sim	Resultado Anormal	Orientação
AVD	- Levanta-se da cama sem ajuda? - Veste-se sozinho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não a qualquer pergunta	Realizar Escala de <i>Katz</i>
Incontinência urinária	- Perdeu urina ou alguma vez molhou a roupa íntima?	<input type="checkbox"/>	Sim	Realizar Escala de <i>Katz</i>
Nutrição	Peso: ____Kg Altura: ____m IMC: ____Kg/m ² Perímetro da perna: ____cm Perímetro abdominal: ____cm		IMC<21 - Desnutrição IMC ≥21 ≤25 – Risco de desnutrição IMC ≥30 - Obesidade Perímetro da perna < 31cm	Realizar Mini nutricional assessment
Depressão	Sente-se muitas vezes triste ou deprimido?	<input type="checkbox"/>	Sim	Realizar Escala de depressão Geriátrica
Estado mental	Diga e decore estas palavras: “Carro, bola, vaso” Pedir para repetir passado 1 minuto Desenhar um relógio analógico com os ponteiros a marcarem 11h:10m		Não repetir uma palavra Se não tiver todos os números e os ponteiros não marcarem a hora solicitada	Realizar Mini Mental <i>Statement Examination</i>

Anexo III– Escala de Katz

1- BANHO

- Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
- Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)

2- VESTIR

- Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
- Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)

3- UTILIZAÇÃO DA SANITA

- Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
- Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)

4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)

- Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
- Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)

5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)

- Independente** (controlo completo da micção e defecação)
- Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)

6- ALIMENTAÇÃO

- Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
- Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

Pontuação:

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independência total	6

Anexo IV – Mini Nutricional Assessment

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 grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 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 stress 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 ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2. NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA	
F2 Circunferência da Perna (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)	
12-14 pontos: estado nutricional normal	
8-11 pontos: sob risco de desnutrição	<input type="checkbox"/>
0-7 pontos: desnutrido	<input type="checkbox"/>

Anexo V – Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tenha sentido de há uma semana para cá:

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais probl de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () Sim | () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

Pontuação: 0 quando for diferente da resposta em negrito; 1 quando for igual à resposta em negrito

TOTAL: _____

Classificação:

0 a 10 pts = Ausência de depressão

11 a 20 pts = Depressão ligeira

21 a 30 = depressão grave

Anexo VI – Mini Mental Statement Examination

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

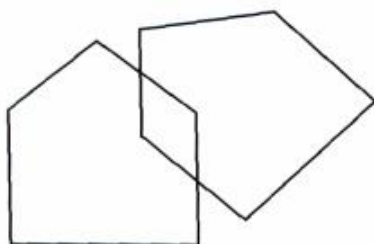
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo VII- Questionário aplicado, via telefónica, após início do tratamento

1. Considerou importante a realização da consulta de onco-geriatria ginecológica?

- Sim
- Não

2. Neste momento como considera o seu estado de saúde?

- Mau
- Em melhoria
- Bom

3. Após iniciar o tratamento, o seu dia-a-dia sofreu alterações?

- Dia-a-dia sem alterações
- Dia-a-dia com ajuda de terceiros para tarefas, anteriormente, realizadas de forma autónoma

4. Consegue levantar-se da cama sozinha?

- Sim
- Não

5. Consegue vestir-se sozinha?

- Sim
- Não

6. Consegue movimentar-se sem recursos a apoios?

- Sim
- Não

7. Perdeu urina ou fezes?

- Não
- Só urina
- Só fezes
- Ambos

8. Tem apetite?

- Sim
- Não

9. Consegue alimentar-se sozinha?

- Sim
- Não

10. Diga e decore estas palavras: “carro, bola, vaso”

- Tarefa bem-sucedida
- Tarefa sem sucesso

11. Sente-se feliz na maioria dos dias?

- Sim
- Não

12. Geralmente sente-se?

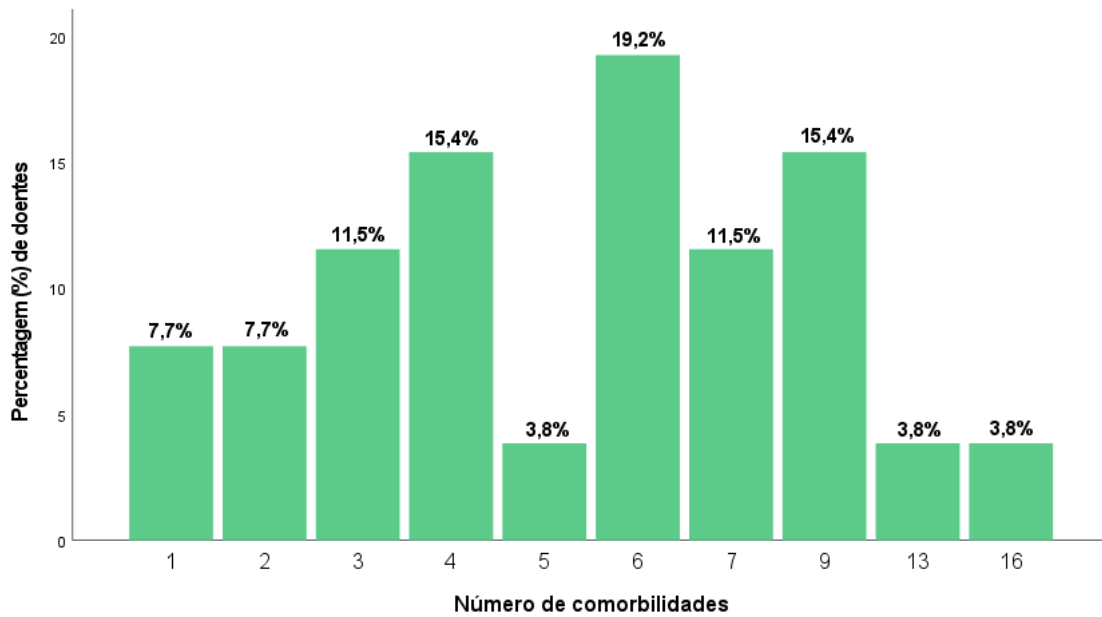
- Abandonada
- Apoiada

13. Pedir para repetir as palavras acima mencionadas

- Tarefa bem-sucedida
- Tarefa sem sucesso

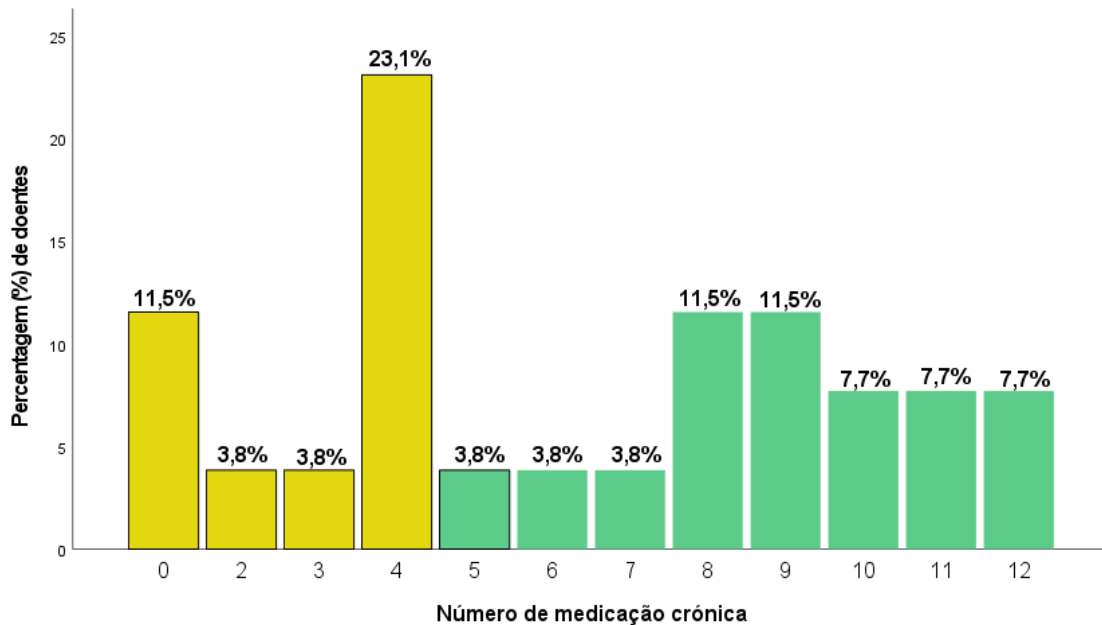
Anexo VIII- Figuras suplementares

A:



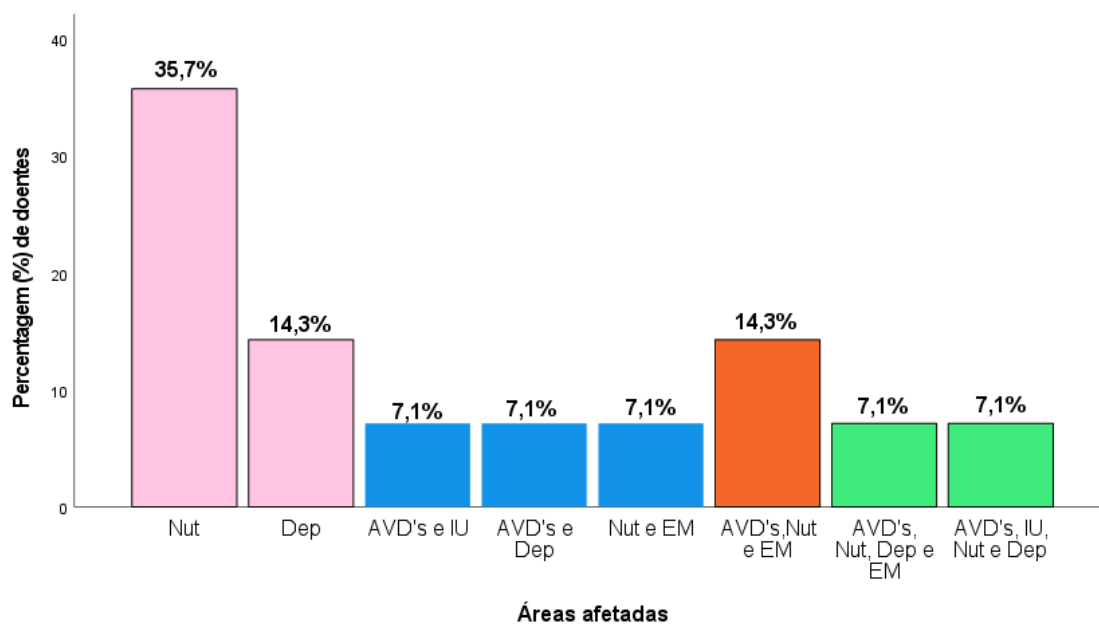
Legenda da Figura suplementar 1 – Percentagem (%) de doentes de acordo com o número de comorbilidades

B:



Legenda da Figura suplementar 2 – Percentagem (%) de doentes de acordo com o número de medicação crónica. Colunas a verde indicam a percentagem (%) doentes polimedicaadas.

C:



Legenda da Figura suplementar 3 – Percentagem (%) de doentes consoante a(s) área(s) afetada(s). Colunas a rosa representam apenas uma área afetada, a azul duas áreas afetadas, a laranja 3 áreas e a verde 4 áreas. (Nut: Nutrição; Dep: Sintomas de depressão; AVD's: atividades da vida diária; IU: Incontinência urinária; EM: estado mental).