

PERCURSO ASSISTENCIAL DE DOENTES ONCOLÓGICOS

Internados num Hospital Central

MARIA PIRES MIRANDA, ANABELA OLIVEIRA, MIGUEL COELHO, FERNANDA MENDES
Serviço de Medicina I, Serviço de Clínica Cirúrgica. Hospital Universitário de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

A prevenção e o diagnóstico precoce continuam a ser os vectores fundamentais na redução da incidência e mortalidade por cancro. Foi feito um estudo prospectivo, por entrevista pessoal efectuada pelos autores, a 150 doentes oncológicos internados no Hospital de Santa Maria entre Abril/92 e Abril/93, com o objectivo de analisar o seu *percurso assistencial* desde o início dos primeiros sintomas, identificando o papel das várias estruturas de assistência médica e determinar os principais factores de atraso no diagnóstico e instituição da terapêutica. Dos resultados obtidos salienta-se que a primeira assistência médica foi prestada pelo Médico de Família em 56% dos casos e pelo Serviço de Urgência do Hospital Central em 22%. O intervalo entre os primeiros sintomas e a primeira assistência médica foi < 3 meses em 74% dos casos. O Médico de Família orientou o diagnóstico em 32% dos doentes, e instituiu terapêutica *simptomática* em 41%. O Serviço de Urgência do Hospital Central revelou-se, neste estudo, o meio mais eficaz no diagnóstico da neoplasia, proporcionando orientação diagnóstica em 91% dos casos. O diagnóstico foi feito no Hospital de Santa Maria em 71% dos doentes. Dos 150 doentes, 43% residiam a mais de 30 km de Lisboa. A idade média foi inferior a 60 anos. Estes resultados realçam a importância dos Médicos de Família na abordagem inicial do doente com neoplasia, e o seu papel no diagnóstico precoce, e sugerem a necessidade de promover acções de formação e reciclagem dos médicos que prestam cuidados de saúde primários.

SUMMARY

Assistential Pathways of Oncologic Patients

Prevention and early diagnosis are considered the main tools to reduce the incidence and mortality from cancer. The authors studied prospectively 150 oncologic patients admitted to Santa Maria Hospital - Lisbon from April/92 to April/93, by personal interview, to analyse their *assistential pathways* from the appearance of first symptoms. We tried to define the role of the different medical assistance structures and the most important factors conditioning delay in diagnosis and therapeutics. The results show that Primary Care Physicians were the first medical assistance in 56% of patients; 22% of the patients went to the Emergency Service of the Hospital for the first time. Duration of symptoms was less than 3 months in 74% of the population studied. Primary Care Physicians diagnosed neoplasia in 32% of the cases and prescribed *symptomatic* treatment in another 41%. The Emergency Service was the most efficient in diagnosis, providing rapid orientation in 91% of patients. In this population, 43% had their residence more than 30km from Lisbon. Median age was less than 60 years. These results emphasize the fundamental role of Primary Care Physicians in the initial management of cancer patients and their responsibility in early diagnosis. They also suggest the need for the promotion of graduate education and courses designed for Primary Care Physicians and the population.

INTRODUÇÃO

Apesar da progressão observada na sua frequência, provavelmente relacionada com o aumento da duração média de vida e com a evolução dos meios de diagnóstico, entre outros factores, a doença oncológica já não é encarada como uma fatalidade. Nos últimos anos vem-se assistindo a uma crescente abertura das perspectivas destes doentes, em parte devida aos progressos conseguidos no campo das terapêuticas disponíveis.

A prevenção e o diagnóstico precoce continuam, no entanto, a ser pedras básicas para reduzir a incidência e mortalidade por cancro. Esta é, aliás, uma das áreas fundamentais proposta na estratégia europeia de investigação sobre o cancro, delineada pelo *Cancer Research Working Party*, publicado pela Comissão das Comunidades Europeias em Outubro de 1991.

Só são possíveis através de programas estruturados a partir do registo oncológico regulamentado, de uma boa coordenação entre os Cuidados de Saúde Primários e os centros especializados, e da colaboração integrada de uma equipa multidisciplinar, passando pela informação do público e pela formação e reciclagem do pessoal de saúde.

Os médicos que prestam cuidados de saúde primários são internacionalmente reconhecidos como o elo de ligação mais importante com o maior segmento da população, ocupando uma posição privilegiada na instituição de programas de prevenção e sobretudo no diagnóstico precoce de doenças neoplásicas.¹

Em Portugal, como noutros países, o diagnóstico destas doenças é ainda habitualmente tardio. Este atraso tem sido estudado, desde há várias décadas, sendo atribuível a múltiplos factores, distribuindo-se a responsabilidade basicamente pelo doente, pela própria doença e pelo sistema de saúde.

O presente estudo tem por objectivo avaliar prospectivamente o percurso assistencial de doentes oncológicos tratados no Hospital de Santa Maria, desde o início dos primeiros sintomas, identificando o papel das várias estruturas de assistência médica (Cuidados de Saúde Primários/ Centros Especializados) e os principais locais e factores de atraso no diagnóstico e instituição de terapêutica.

DOENTES E MÉTODOS

Estudo prospectivo realizado com 150 doentes internados consecutivamente nos serviços de Medicina I (MI) e Clínica Cirúrgica (CC) do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, entre Abril/92 e Abril/93.

Os dados foram colhidos por entrevista pessoal efectuada pelos autores durante o internamento, analisando os seguintes elementos:

1. Sexo e idade.
2. Residência habitual: *área de Lisboa* ou *fora de Lisboa*, sendo esta definida por distância superior a 30 km de Lisboa.
3. Localização do tumor primitivo
4. Tipo de assistência médica a que os doentes recorreram quando dos primeiros sintomas (Médico de Família (MF), Médico Privado (MP), Serviço de Urgência de Hospital Central (SU), outra).

5. Tipo de resposta da entidade que prestou a primeira assistência admitindo as seguintes alternativas:
 - a) *orientação diagnóstica/ terapêutica* onde se inclui não só o desencadear da marcha diagnóstica pela própria entidade, mas também a rápida orientação para consulta ou centro especializado adequado;
 - b) orientação para serviço de urgência de Hospital Central
 - c) *terapêutica sintomática*
6. Local de realização do diagnóstico
7. Local de instituição da terapêutica
8. Motivo do internamento (diagnóstico; terapêutica primária da neoplasia ou complicações da doença).
9. Definição de três intervalos de tempo:
 - A: entre o início dos primeiros sintomas atribuíveis à neoplasia e a primeira assistência médica;
 - B: entre as datas da primeira assistência médica e o diagnóstico;
 - C: entre o diagnóstico e a instituição da terapêutica.

RESULTADOS

Dos 150 doentes, 62 estavam internados no Serviço de Medicina Interna (MI) e 88 no Serviço de Cirurgia Geral (CG).

1. Distribuição por sexos: 83 doentes do sexo masculino e 67 do sexo feminino.
Idade média: $59 \pm 14,9$ anos, sem diferenças significativas entre os dois serviços.
2. Residência habitual (*fig 1*): 43% dos doentes referenciados ao Hospital Central tinham residência a mais de 30km da área de Lisboa.

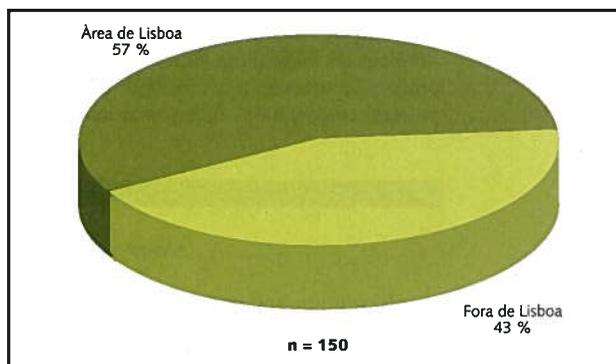


Fig.1 – Áreas de residência dos doentes

3. Localização do tumor primitivo (*fig 2*): as neoplasias do tubo digestivo foram predominantes nos doentes internados no serviço de cirurgia geral; a patologia hemato-oncológica e as metástases de neoplasia oculta foram as mais frequentes nos doentes internados no serviço de medicina interna.
4. Entidade que prestou a primeira assistência médica (*fig 3*): o médico de família foi a primeira assistência médica em 56% dos doentes. É de salientar que 22% dos doentes tiveram como primeira assistência o serviço de urgência do Hospital Central.

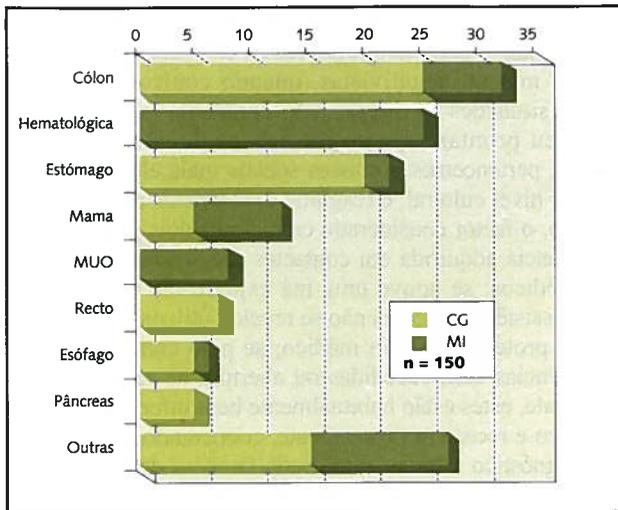


Fig.2 – Localização do tumor primitivo e sua distribuição pelos Serviços MI e CG

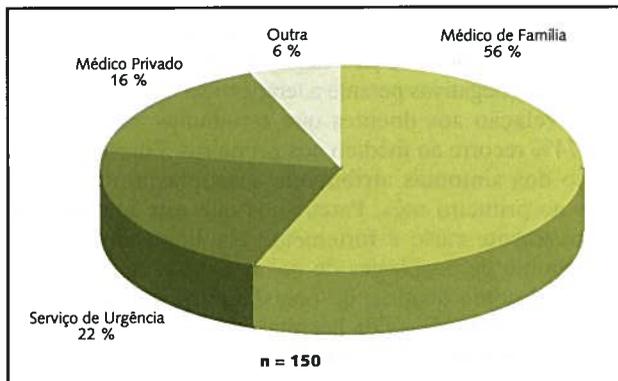


Fig.3 – Entidade que prestou a primeira assistência médica

5. Resposta da entidade que prestou a primeira assistência médica (*Quadro 1*): o serviço de urgência fez o diagnóstico de neoplasia em 91% dos casos. O médico de família orientou o diagnóstico em 32% dos doentes e instituiu terapêutica sintomática em 41%.

Quadro 1 – Resposta da primeira assistência médica

1 ^a assit.	MF	MP	SU
Orienta�o diag.	32%	58%	91%
Cons. especialidade	12%	04%	–
S. Urgência	15%	21%	–
Terap. Sintomática	41%	17%	09%

6. Local de realização do diagnóstico:

O diagnóstico foi realizado no Hospital de Santa Maria em 71% dos casos (106 doentes), dos quais 25% (27 doentes) efectuado no Serviço de Urgência deste Hospital.

Nos restantes 29% (44 doentes), o diagnóstico foi efectuado pelo Médico de Família em 18% (27 doentes), por Médico Privado em 9% (14 doentes) e por outras entidades em 2% dos casos(3 doentes).

7. Local de instituição da terapêutica primária:

O Hospital de Santa Maria foi o local em que foi instituída a terapêutica primária em 100% dos doentes, tendo sido efectuada terapêutica específica em 89% dos casos (134 doentes); nos restantes 11% (16 doentes), foi considerado haver indicação apenas para terapêutica de suporte.

8. Motivos de internamento no HSM (*fig. 4*): os doentes com patologia oncológica são internados no serviço de medicina interna predominantemente para diagnóstico e por complicações; no serviço de cirurgia geral há um predomínio de internamentos para instituição de terapêutica.

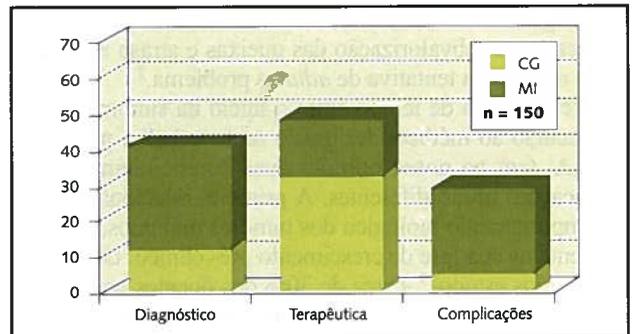


Fig.4 – Motivo de internamento no Hospital de Santa Maria

9. Intervalos de tempo decorridos entre os primeiros sintomas e a primeira assistência médica, diagnóstico e instituição da terapêutica (*Quadro 2*):

Quadro 2 – A-tempo entre os primeiros sintomas e a primeira assistência médica; B-tempo entre a primeira assistência médica e o diagnóstico; C-tempo entre o diagnóstico e a terapêutica

	< 1m	1 - 3m	3 - 6m	6 - 12m	>12
A	43%	31%	8%	12%	6%
B	30%	44%	13%	10%	3%
C	43%	40%	5%	8%	4%

DISCUSSÃO

Em 1913, a fundação da *American Cancer Society* marcou o início de uma lenta abertura à atitude negativa, de resigna o fatalista, perante o diagnóstico de cancro, não só da parte dos doentes e da família que os rodeia, mas também da parte dos médicos.

Através de campanhas educacionais dirigidas ao público em geral, lançou o apelo à possibilidade de cura pela cirurgia nos casos de diagnóstico precoce.²

Em 1924 e 1932, Simmons e Daland³ avaliaram pela primeira vez o impacto dessas campanhas no atraso do diagnóstico, concluindo não ter havido altera es significativas. Mais recentemente, em 1973, foi feita uma nova análise do tempo decorrido entre o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas de cancro e a primeira consulta médica, verificando-se que o atraso permanecia igual ao

referido 30 e 50 anos antes, no mesmo hospital, apesar de múltiplas campanhas de informação pública.⁴

Embora este atraso seja evidente na prática clínica, as razões que o determinam estão ainda hoje mal esclarecidas. Têm sido delineados diversos estudos com o objectivo de analisar as suas causas e tentar definir a responsabilidade atribuível ao doente e/ou ao médico. A maior parte destes trabalhos atribui maior proporção de culpabilidade aos doentes.⁵⁻⁷

O confronto do doente com o diagnóstico, ou a suspeita de cancro continua a causar grande perturbação psicológica, não só pela perspectiva de morte, como também receio da dor, lesões desfigurantes, incapacidade física com diminuição ou perda da autonomia e dependência de familiares ou amigos. A reacção inicial é muitas vezes de negação da doença, com subvalorização das queixas e atraso no recurso ao médico na tentativa de *adiar* o problema.²

Este intervalo de tempo entre o início da sintomatologia e o recurso ao médico, designado neste trabalho por intervalo A, tem na nossa opinião duas condicionantes com implicações muito diferentes. A primeira relaciona-se com o comportamento biológico dos tumores malignos, particularmente na sua fase de crescimento pré-clínico. De acordo com vários estudos⁸, cerca de 30% dos doentes com *tumores sólidos* já têm metastases clinicamente detectáveis na altura do diagnóstico; dos 70% que não têm evidência clínica de metastases, apenas cerca de metade serão potencialmente curados pelas técnicas de terapêutica local (cirurgia e/ou radioterapia); os restantes já têm micrometastases, não detectáveis pelos métodos actualmente disponíveis, que virão a manifestar-se clinicamente após intervalos de tempo variáveis; em resumo, na altura do diagnóstico cerca de 65% dos tumores já apresentam disseminação à distância, principal causa da falência do tratamento do cancro.

A heterogeneidade do comportamento biológico dos tumores é um dado saliente da observação clínica diária de doentes oncológicos, observando-se neoplasias que evoluem silenciosamente, só condicionando sintomatologia em fases já muito tardias do seu crescimento; noutros casos manifestam-se clinicamente com grande agressividade, progredindo rapidamente desde o primeiro sinal clinicamente detectável, não dando tempo para qualquer terapêutica eficaz. Chamamos no entanto a atenção para a incidência de sintomas gerais, pouco específicos, facilmente subvalorizados pelo doente e pelo médico.

A segunda condicionante do atraso na procura de assistência médica é da responsabilidade do doente, prende-se com o envolvimento emocional e social da doença e poderá aparentemente ser corrigida e ultrapassada.

O papel do doente neste atraso foi comprovado e analisado em vários trabalhos, parecendo consensual que se trata de uma atitude consciente e deliberada e não uma incapacidade de percepção da natureza e gravidade da doença.^{4,9} Numa tentativa de investigar as causas profundas desta atitude, um grupo interdisciplinar do M. D. Anderson Hospital⁶, no Texas, comparou um grupo de doentes com atraso no recurso ao médico superior a 3 meses com um outro que recorreu prontamente, definindo os seus perfis sócio-económicos e psicológicos; concluíram que o grupo onde se verificou atraso era constituído

do por doentes mais idosos, pertencentes às classes sociais mais baixas e com comportamentos essencialmente *passivos* ou mesmo *negativistas*, quando confrontados com outras situações de stress; pelo contrário, no grupo que recorreu prontamente ao médico os doentes são mais jovens, pertencentes a classes sociais mais elevadas, com melhor nível cultural, e reagindo *activamente* ao stress. No entanto, o factor considerado crucial nos dois grupos, foi a experiência adquirida em contactos prévios com os cuidados médicos; se houve uma má experiência anterior, em que a assistência médica não se revelou útil, os doentes tendem a protelar a ida ao médico; se pelo contrário houve experiências bem sucedidas ou abertura na relação médico/doente, estes estão habitualmente bem informados sobre o cancro e recorrem prontamente, cooperando activamente no diagnóstico e tratamento. Seria também de esperar que os profissionais de saúde, mais bem informados, conscientes dos benefícios da terapêutica precoce, com mais fácil acesso aos meios de diagnóstico, apresentariam intervalos mais curtos entre o início dos primeiros sintomas e o recurso ao médico; curiosamente, tem-se verificado que a informação sobre a doença e a terapêutica parece apenas aumentar a capacidade para negar os sintomas, apresentando atitudes negativas perante a terapêutica.¹⁰

Em relação aos doentes que estudámos verificou-se que 74% recorre ao médico nos primeiros 3 meses após o início dos sintomas atribuíveis à neoplasia, dos quais 43% no primeiro mês. Parece-nos que este intervalo A relativamente curto é fortemente condicionado por um predomínio de neoplasias do cólon e recto, que se apresentaram como quadros de oclusão intestinal, atendidos no serviço de urgência do hospital.

O intervalo B reflecte sobretudo a capacidade de resposta do médico e do sistema de saúde. Tivemos a noção de que por vezes o médico orientou rápida e adequadamente o diagnóstico, havendo atraso na execução e resultados dos exames complementares de diagnóstico; neste estudo, o intervalo B foi inferior a 3 meses em 74% dos doentes, tendo sido inferior a 1 mês em 30%; neste último grupo estão novamente incluídos quase todos os doentes cujo diagnóstico foi efectuado através do serviço de urgência, na sua maioria neoplasias do cólon e do recto que se apresentaram como quadros de oclusão intestinal. Aliás, o serviço de urgência do Hospital Central, neste grupo de doentes, revelou-se o meio mais eficaz de diagnóstico precoce das neoplasias, tendo dado orientação diagnóstica em 91% dos casos.

No entanto, a maior parte dos doentes (56%) recorreu ao médico de família como primeira assistência médica. A continuidade de relação que mantêm com um grande segmento populacional confere ao médico de família uma posição privilegiada na prevenção e diagnóstico precoce de cancro, como de outras patologias. Várias são, no entanto, as barreiras que limitam a sua eficácia, sobretudo no campo da prevenção.

A medicina preventiva ocupa, ainda hoje, um lugar secundário na educação e na prática médica diária. No caso particular das doenças neoplásicas, cuja etiologia continua desconhecida, não se dispõe ainda de protocolos estandardizados para a prevenção, nem está definida a eficácia dos

vários métodos actualmente disponíveis; por outro lado, estas consomem dinheiro e tempo a estruturas de saúde já sobrecarregadas com actividade assistencial curativa.

Se por um lado, a população em geral não está motivada para *gastar* tempo no médico e submeter-se a exames que lhe causam por vezes desconforto quando estão assintomáticos, também para o médico é mais gratificante ver o resultado imediato do tratamento sintomático de um doente do que *perder* tempo com medidas de prevenção cuja eficácia é incerta e cujos resultados só virão a ocorrer muitos anos depois.¹

Já no campo do diagnóstico precoce, e admitindo que a responsabilidade inicial do atraso no diagnóstico é, em parte, atribuível ao doente, parece-nos de importância decisiva a atitude do primeiro médico consultado através da orientação diagnóstica correcta e instituição de terapêutica adequada. Este problema foi profundamente analisado num trabalho efectuado com 1000 doentes em dois hospitais norte-americanos, tendo-se distribuído a responsabilidade pelo atraso (definiu-se atraso como o intervalo superior ou igual a 3 meses) no diagnóstico da seguinte forma: ao doente-44,3%, ao doente e ao médico-18%, médico-17%; em 20,7% foi considerado não haver atraso¹¹. A atitude do médico que condicionou maior atraso no diagnóstico, neste estudo, foi a instituição de terapêutica sintomática. A insatisfação do doente em relação ao primeiro médico consultado leva-o a procurar uma segunda opinião, verificando-se que quanto maior o número de médicos consultados maior o atraso no diagnóstico da neoplasia¹¹.

Em relação aos nossos resultados, a resposta dada pelo médico de família foi a seguinte: orientação diagnóstica - 32%, orientação para consulta de especialidade - 12%, orientação para serviço de urgência - 15%, terapêutica sintomática - 41%.

Valorizamos igualmente o facto de 43% dos doentes residirem *fora de Lisboa*, ou seja, a mais de 30Km desta cidade, tendo o diagnóstico sido efectuado no Hospital de Santa Maria em 71% dos doentes.

Acresce ainda o facto de a idade média da população estudada ser inferior a 60 anos (59±14,9 anos).

O conjunto destes resultados sugerem-nos a necessidade de promover acções de formação e reciclagem dos médicos que prestam cuidados de saúde primários, alertando-os para a posição privilegiada que ocupam no diagnóstico precoce das neoplasias e para uma rápida orientação para os centros especializados, onde deverá ser orientada a terapêutica específica.

O papel fundamental dos Médicos de Família no diagnóstico precoce foi bem evidenciado e analisado numa importante reunião da American Cancer Society, em Dezembro 1986: *Workshop on the Community and Cancer Prevention and Detection*¹², na qual foi dissecado o problema e elaboradas propostas no sentido de tentar fazer o diagnóstico de cancro o mais precocemente possível, idealmente na sua fase assintomática. As propostas de acção visam essencialmente os médicos de cuidados de saúde primários, e abrangeram a formação pré e pós-graduada, campanhas de motivação do público, estratégias de custo/benefício em grupos considerados de *alto*

risco, centrando-se nas neoplasias mais frequentes (pulmão, mama, colon e colo do útero).

Por outro lado, vários estudos apontam que a *consulta médica de rotina* é o método mais eficaz de diagnóstico precoce de neoplasia^{4,6}, pelo que deverá ser *rentabilizada* neste sentido.

Entre nós, com base no *Atlas do Cancro em Portugal*¹³, as neoplasias ocuparam o segundo lugar como causa de morte precoce (1-64 anos), sendo responsáveis pela perda de 78643 anos de *vida potencial* no ano de 1983, apenas ultrapassadas pelos *acidentes*, salientando a importância sócio-económica do cancro no nosso país.

CONCLUSÕES

1) Os resultados deste estudo realçam a importância do Médico de Família na abordagem inicial do doente oncológico e a sua responsabilidade no diagnóstico precoce das neoplasias.

2) O serviço de urgência do Hospital Central foi a primeira assistência médica numa percentagem significativa de doentes, revelando-se um dos meios mais eficazes de diagnóstico da neoplasia.

3) O Hospital Central foi o local de diagnóstico em 71% dos doentes. O facto de 43% residirem a mais de 30km de Lisboa, alerta-nos para a necessidade de promover acções de formação e reciclagem junto dos médicos que prestam cuidados de saúde primários e da população.

4) A idade média da população estudada foi inferior a 60 anos, o que confirma a importância sócio-económica destas doenças.

BIBLIOGRAFIA

1. PAUL A WILLIAMS, MARILEE WILLIAMS: Barriers and Incentives for Primary Care Physicians in Cancer Prevention and Detection. *Cancer* 1988; 61: 2382-2390
2. JIMMIE C HOLLAND, JULIA H ROWLAND: Handbook of psychooncology. Oxford University Press 1990
3. SIMMONS CC, DALLAND EM, WALLACE RH: Delay in the treatment of cancer. *N Engl J Med* 1973; 208: 1097-1100
4. HACKETT TP, CASSEM NH, RAKER JW: Patient delay in cancer. *N Engl J Med* 1973; 289: 14-20
5. HOWSON JY: Observations on the delay period in the diagnosis of pelvic cancer. *M Clinic. North America* 1948; 32: 1573-1581
6. COBB B, CLARK RL, MCGUIRE C, HOWE CD: Patient- responsible delay of treatment in cancer. *Cancer* 1954; 7: 920-925
7. Abrams RD, Finesinger JE: Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer* 1953; 6: 474-482
8. LIOTTA LA, STETLER-STEVENSON WG: Principles of molecular cell biology of cancer: Cancer metastasis. In *Cancer: Principles and Practice of Oncology-V deVita*. 4th Edition, 1993: 134-149
9. SHANDS HC, FINESINGER JE, COBB S, ABRAMS RD: Psychological mechanisms in patients with cancer. *Cancer* 1951; 1159-1170
10. BUTTLER CA, TEMPLETON AC: The size of breast masses at presentation-the impact of prior medical training. *Cancer* 1983, 51: 1750-1753
11. PACK GT, GALLO JJ: The culpability for delay in treatment of cancer. *Cancer* 443-462
12. FINK DJ, MCKENN RJ: Issues, Recommendations and solutions-Discussion group reports presented at the American Society Workshop on the community and cancer prevention and detection, San António, Texas- December 1986. *Cancer*, June 1 Supplement 1988, 61: 2363-2402
13. CAYOLLA DA MOTTA L, MARINHO FALCÃO J: Atlas do Cancro em Portugal 1980-1982. Ed Ministério da Saúde- Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa 1987