

# PATOLOGIA ONCOLÓGICA NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

MARIA I. PIRES DE MIRANDA, RICARDO DA LUZ, FERNANDO M. GONÇALVES, JOSÉ S. MONTEIRO, J. NOGUEIRA DA COSTA

Serviço de Medicina I. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

## RESUMO

Foi feito um estudo retrospectivo dos doentes com patologia oncológica internados no Serviço de Medicina I do HSM em 1987, com o objectivo de determinar a sua prevalência e descrever as suas características de modo a avaliar o perfil dos doentes oncológicos que recorrem ao nosso Hospital através do Serviço de Urgência, as razões que motivaram o internamento, o tipo de assistência de que necessitam e a que lhes é prestada. Os resultados revelam que esta patologia ocupa o 2º lugar na frequência de diagnósticos registados durante esse ano, correspondendo a 12% do total de internamentos, distribuídos por grande variedade de localizações do tumor primitivo, hematológicos e não hematológicos. Cerca de 60% dos doentes são internados por complicações ou para terapêutica de neoplasias já diagnosticadas noutros Serviços, sendo os restantes 40% internados sem diagnóstico prévio. É manifesta a falta de uma estrutura multidisciplinar na sua abordagem diagnóstica e terapêutica. Mais de 50% dos casos encontram-se em estádios avançados da doença na data do internamento, limitando a intervenção médica a terapêuticas de suporte, o que chama a atenção para a necessidade de estruturação da assistência oncológica em Portugal, que passará pela regulamentação do registo do cancro, bem como da dinamização nas áreas da prevenção, diagnóstico precoce e formação do Pessoal de Saúde.

## SUMMARY

### Oncological diseases in an internal medicine's department of a university hospital

A retrospective survey of the patients with oncological disease admitted to our Department of Internal Medicine in 1987 was conducted to determine its prevalence and to draw a descriptive profile of these patients' admissions. The results show that oncological diseases were the second cause of hospital admissions that year (12%) only exceeded by cardiovascular diseases. About 60% of the patients had neoplasms already diagnosed elsewhere and were admitted for complications or with therapeutic purposes; in 40% of cases the disease was diagnosed in our Department. A wide variety of hematological and non-hematological tumors was found. There were some difficulties in interdisciplinary coordination in the diagnostic and therapeutic approach. More than 50% of the patients had advanced disease, limiting medical intervention to supportive measures. In about 60% of them were oriented to primary care physicians after discharged from Hospital. These results suggest the dispersion of the available resources for the diagnosis, treatment and follow-up of oncological diseases in our population. A better cancer patients' assistance in Portugal will depend on the promotion of national cancer registers as well as the improvement of cancer prevention and early detection programs, according to the directives of EEC and WHO. We also emphasize the need of investment on undergraduate and postgraduate education programs, specially for primary care physicians.

## INTRODUÇÃO

As doenças neoplásicas malignas (DNM) têm assumido importância crescente como causa de morte nos Países Ocidentais, ocupando actualmente o 2º lugar, logo a seguir às doenças cardiovasculares, tornando-se particularmente relevantes como causa de morte precoce<sup>1</sup>.

Embora as perspectivas dos doentes oncológicos tenham melhorado significativamente nos últimos anos, esta patologia continua a ser causa de importante morbidade, impondo frequentemente o recurso ao internamento hospitalar. Este assume características muito particulares, quer pela especificidade dos problemas clínicos que se colocam, quer pelo delicado envolvimento psico-social de que se reveste, tornando necessária a estruturação de uma abordagem multidisciplinar na assistência prestada a estes doentes.

O objectivo deste trabalho é determinar a prevalência de internamentos de doentes com patologia oncológica num Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria (HSM), aberto ao exterior, dado que os doentes são admitidos através do Serviço de Urgência do Hospital, e fazer uma

análise descritiva das suas principais características de modo a avaliar a dimensão do problema oncológico no Serviço, recolhendo dados que poderão contribuir para melhorar a assistência prestada a estes doentes e servir de base à elaboração de protocolos para estudos prospectivos.

## DOENTES E MÉTODOS

Foram selecionados através da base de dados informatizada do Arquivo do Serviço de Medicina I do Hospital de Santa Maria (HSM) todos os processos de doentes internados no Serviço entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1987 em que figurava o diagnóstico de doença neoplásica maligna (DNM), de acordo com a *Classificação Internacional de Doenças da OMS* (revisão de 1975).

Todos os processos identificados deste modo foram analisados individualmente, tendo-se recolhido os seguintes dados:

1) número de internamentos e de doentes com DNM, tendo-se estabelecido este diagnóstico com base na identifi-

cação histológica de células neoplásicas malignas, e, nos casos em que esta não foi possível, em elementos clínicos e laboratoriais com elevado índice de suspeição; 2) caracterização geral destes internamentos a partir do sexo e idade dos doentes, média de internamentos por doente e demora média dos internamentos; 3) motivo do internamento, separando dois grupos: doentes sem diagnóstico prévio de DNM, internados por sintomatologia diversa, vindo esse diagnóstico a ser feito no nosso serviço; e os doentes com DNM já conhecida, internados por complicação da neoplasia (ou seja, situações clínicas resultantes do agravamento ou progressão da doença ou do seu tratamento), para efectuarem terapêutica anti-neoplásica específica, ou por qualquer motivo não relacionável com a neoplasia; 4) prevalência dos diferentes tipos de DNM através da sua distribuição por localização do tumor primitivo, tendo-se considerado 2 grandes grupos: as neoplasias de origem não hematológica, também denominadas *tumores sólidos*, e as neoplasias de origem hematológica nas quais incluímos as leucémias agudas e crónicas, linfomas Hodgkin e não Hodgkin e o mieloma múltiplo; 5) pesquisa de síndromes paraneoplásicas, baseando a sua definição em critérios essencialmente clínicos, com adequado suporte laboratorial<sup>2</sup>; 6) avaliação da extensão da doença na data do internamento no nosso Serviço, através da estimativa do índice de actividade dos doentes de acordo com a classificação de Karnofsky (feita na maior parte dos casos retrospectivamente, com base em elementos da história clínica e do exame objectivo) e da classificação por estádios (sistema TNM ou modificações deste consoante a localização do tumor primitivo), sendo a existência da metastatização estabelecida a partir de elementos de ordem clínica, laboratorial, ecográfica, radiológica (clássica e/ou computadorizada), cintigráfica e, nalguns casos, histológica, de acordo com os critérios internacionalmente aceites<sup>3</sup>; 7) tipo de terapêutica efectuada no Serviço, separando também 2 grupos de doentes: aqueles que fizeram terapêutica antineoplásica específica, nos quais englobamos os doentes transferidos para o Serviço de Cirurgia ou outros, com objectivos terapêuticos; e os doentes em que a intervenção médica se limitou a terapêutica de suporte; 8) Mortalidade e destino dos doentes após a alta.

**RESULTADOS**

**1 — Caracterização Geral**

No período decorrido entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 1987 foram registados no Serviço de Medicina I do HSM 2190 internamentos, dos quais 254 tinham patologia oncológica, correspondendo a 11,59% do total dos internamentos no Serviço (Fig. 1).

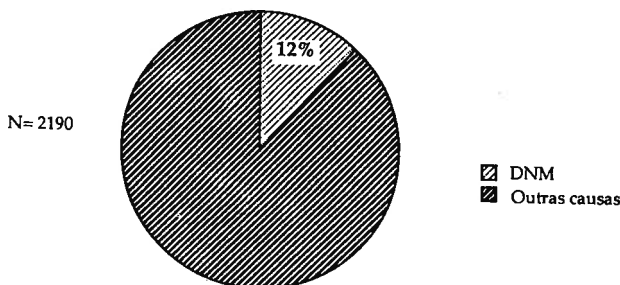


Fig. 1 — Prevalência de internamentos com patologia oncológica no Serviço de Medicina I, em 1987.

Estes 254 internamentos são respeitantes a 194 doentes, o que corresponde a uma média de 1,30 internamentos por doente; no entanto, só 29 doentes tiveram mais do que um internamento no Serviço.

A demora média dos internamentos foi de  $16,7 \pm 16,1$  dias, sendo a mediana de 11 dias com variação entre 1 e 99 dias.

Não encontramos diferenças significativas na distribuição dos doentes por sexos, sendo 95 do sexo feminino e 99 do sexo masculino.

Em relação à distribuição etária verificámos que 87% dos doentes se encontravam entre a 6ª e a 9ª décadas de vida, sendo a mediana das idades de 66 anos, com variação entre os 15 e os 96 anos. Há, no entanto, um número apreciável de doentes com idade inferior a 60 anos — 30% (Fig. 2).

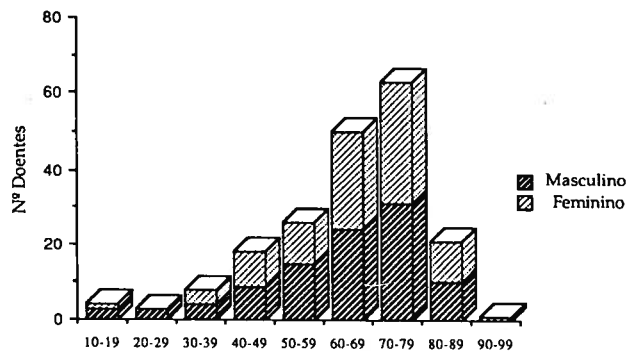


Fig. 2 — Distribuição dos doentes por sexo e idades.

**2 — Motivos de Internamento**

Analisámos as causas que determinaram os internamentos no Serviço, tendo identificado 2 grupos (Fig. 3):

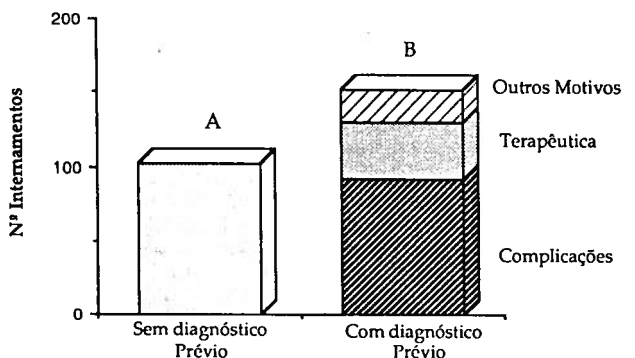


Fig. 3 — Motivos de internamento de DNM no Serviço de Medicina I.

Grupo A — doentes sem diagnóstico prévio, internados por sintomatologia diversa cuja investigação efectuada durante o internamento concluiu tratar-se de DNM (alguns já com as hipóteses diagnósticas de neoplasia oculta ou de metástases de origem desconhecida) — 103 internamentos (40,5%).

Grupo B — doentes com neoplasia já diagnosticada — 151 internamentos (59,5%), determinados fundamentalmente por 3 motivos: — por *complicação* da neoplasia — 92 internamentos (60,9%);

- para efectuar terapêutica específica — 38 internamentos (25,1%);
- por motivo não relacionável com a neoplasia — 21 internamentos (14,0%).

### 3 — Distribuição das DNM por localização

Considerámos separadamente as neoplasias hematológicas e não hematológicas (também denominadas *tumores sólidos*) por pensarmos que põem problemas clínicos com características diferentes, quer na abordagem diagnóstica quer ao longo da sua evolução. Registámos predomínio de doentes com tumores sólidos (70%), constituindo as neoplasias hematológicas os restantes 30% (Fig. 4).

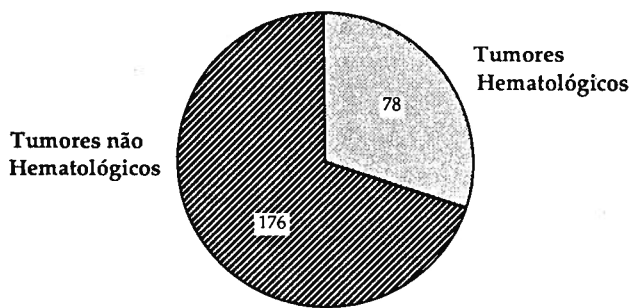


Fig. 4 — Distribuição das DNM por localização.

Estudámos cada um destes 2 grupos, determinando a frequência das suas diversas localizações e a razão que motivou o internamento em cada um delas:

	Internamentos	Doentes
Estômago	33	29
Intestino	15	14
Fígado e vias biliares	7	5
Pâncreas	2	2
Esófago	1	1

Nos *tumores sólidos* (Fig. 5) verificámos um franco predomínio das neoplasias do tubo digestivo — 58 internamentos (69,4%), respeitantes a 51 doentes, distribuídas pelas seguintes localizações:

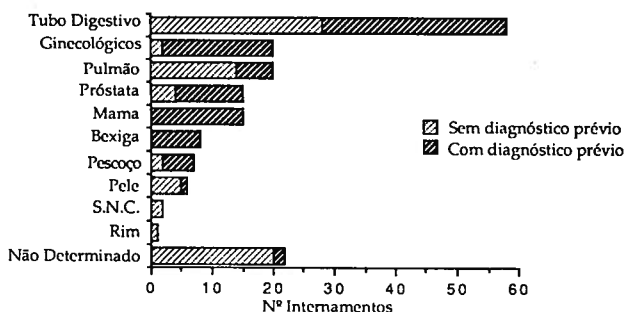


Fig. 5 — Distribuição dos *tumores sólidos* por localização e motivo de internamento.

As neoplasias gástricas são de longe as mais frequentes (33 internamentos — 56,8%), com importante incidência de internamentos por complicações da doença. Nos tumores do intestino estão incluídos 2 casos de linfoma intestinal e 1

tumor carcinóide, sendo os restantes 12 adenocarcinomas do cólon e recto.

O grande número de internamentos por neoplasias ginecológicas (20) corresponde a apenas 8 doentes devendo-se fundamentalmente a múltiplos reinternamentos de 2 doentes com tumores do ovário para efectuarem quimioterapia; neste grupo apenas 2 casos foram diagnosticados no Serviço (doentes internadas para esclarecimento de ascite e massa abdominal, tendo-se apurado tratar-se de tumores malignos do ovário), sendo os restantes internamentos motivados por complicações de neoplasias do útero, ovário e vulva.

Os tumores do pulmão ocupam o 3º lugar na frequência de tumores sólidos internados no Serviço, (20 internamentos; 13 doentes) sendo a maior parte diagnosticada durante o internamento; salientamos a dificuldade na abordagem diagnóstica destes tumores transmitida na análise dos processos clínicos e no elevado índice de reinternamentos necessários para conseguir o diagnóstico.

As neoplasias da próstata ocupam um lugar importante na frequência de internamentos por DNM (15 internamentos; 12 doentes), principalmente por complicações da doença, registando-se contudo, alguns casos de doentes internados por manifestações relacionadas com metastatização óssea ou pulmonar nos quais o diagnóstico foi estabelecido no Serviço.

Nas neoplasias da mama (15 internamentos; 14 doentes) todas as doentes foram internadas por complicações da doença ou por motivos não relacionáveis com a neoplasia (geralmente patologia cardiovascular), o mesmo sucedendo com os tumores da bexiga (8 internamentos; 5 doentes).

Nos 7 internamentos por tumores do pescoço estão incluídas 3 neoplasias do cavum, 2 da laringe, 1 carcinoma da tiróide e 1 tumor do glomo jugular.

Dos 6 casos de DNM da pele, 5 foram achados fortuitos do exame objectivo em doentes internados por motivos não relacionáveis com a neoplasia (basaliomas, carcinomas espinocelulares e 1 caso de sarcoma de Kaposi).

Estiveram ainda internados no serviço 2 tumores do sistema nervoso central, ambos diagnosticados durante o internamento, motivado respectivamente por um quadro de confusão mental a esclarecer e noutro doente por disartria e sinais focais interpretados clinicamente como acidente vascular cerebral (tendo a TAC crâneo-encefálica dado a orientação diagnóstica nos 2 casos), e uma neoplasia do rim, também sem diagnóstico prévio.

Não foi possível determinar a localização do tumor primitivo em 22 doentes (11,3%), todos internados em estádios terminais da doença, nos quais foram identificadas células neoplásicas malignas, habitualmente no líquido ascítico ou derrames pleurais, mas faleceram ou pediram alta antes de concluído o seu estudo.

Em relação aos 78 internamentos (30%) com neoplasias hematológicas, respeitantes a 52 doentes, distribuíam-se pelos seguintes tipos citológicos (Fig. 6)

O mieloma múltiplo é responsável por cerca de 50% dos internamentos (38 internamentos; 17 doentes), dos quais

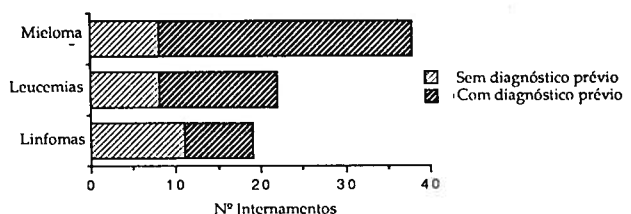


Fig. 6 — Distribuição das neoplasias hematológicas por tipo citológico e motivo de internamento.

grande número destinado a efectuar quimioterapia, seguindo-se por ordem de frequência as leucémias agudas e crónicas — (22 internamentos; 21 doentes) e os linfomas (Hodgkin e não Hodgkin) — (19 internamentos; 14 doentes). É aliás neste grupo que encontramos a maior incidência de reinternamentos, geralmente para administração de terapêutica citostática e, mais raramente, por complicações infecciosas ou outras.

Há, no entanto, uma percentagem significativa (36%) de neoplasias hematológicas, sobretudo mieloma múltiplo e linfomas, em que o diagnóstico foi estabelecido no nosso Serviço.

#### 4 — Síndromes Paraneoplásicas

Encontrámos síndromes paraneoplásicas (SPN) documentados em 10 doentes (5%) sendo os hematológicos os mais frequentes (6 doentes), quase todos manifestados por fenómenos trombo-embólicos e associados a neoplasias do tubo digestivo (3), do ovário (2) e da bexiga (1). Em 2 doentes foram SPN endócrinos as formas de apresentação de tumores do pulmão, numa doente a neoplasia manifestou-se por eritema nodoso e noutro por SPN reumatológico.

#### 5 — Avaliação da Extensão da Doença

Foi também feita a avaliação da extensão da doença na data do internamento, utilizando para tal a estimativa do índice de actividade segundo a tabela de Karnofsky e a classificação por estádios das neoplasias, sempre que possível.

Constatámos que em 60% dos internamentos a média dos índices de actividade era inferior a 50%, estando a mediana nos 40% com variação entre 10 e 100%. Em relação à estadiação, 52,4% dos doentes tinham doença metastazizada na altura do internamento, não constando nos processos elementos que permitissem a sua determinação em 41,3%. Apenas 6,3% dos doentes se apresentavam em estádios iniciais.

#### 6 — Terapêutica

Dos 109 doentes internados com neoplasias já diagnosticadas (grupo B), 76% tinham efectuado terapêutica antineoplásica específica noutros serviços ou hospitais, nomeadamente: terapêutica cirúrgica — 69 doentes; radioterapia — 41 doentes; terapêutica médica (quimioterapia ou terapêutica endócrina) — 81 doentes.

Durante o internamento no nosso serviço foi efectuada terapêutica antineoplásica específica em 85 internamentos (33,5%) respeitantes a 52 doentes, a maior parte dos quais com neoplasias hematológicas, sendo a terapêutica médica a mais frequentemente utilizada (quimioterapia — 67 internamentos; terapêutica endócrina — 6 internamentos). Foi feita radioterapia paliativa em 11 doentes, 1 doente foi submetido a dilatação esofágica endoscópica e 3 a ressecção cirúrgica de tumores da pele.

Foram transferidos com objectivos terapêuticos 18 doentes para serviços de cirurgia e 10 doentes para a Unidade de Tratamento Intensivo de Doentes Hematológicos (UTIDH).

Nos restantes 66,5% de internamentos a intervenção médica limitou-se a terapêuticas de suporte, havendo uma relação estatisticamente significativa entre o grupo de doentes nestas condições e o seu baixo índice de actividade (Fig. 7).

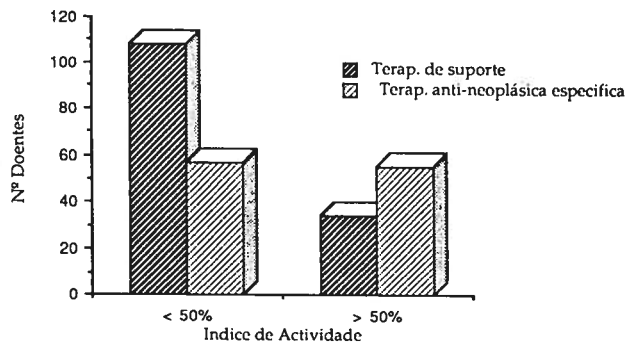


Fig. 7 — Relação entre o tipo de terapêutica efectuada durante o internamento no Serviço e o índice de actividade dos doentes.

#### 7 — Destino dos Doentes

Os doentes tiveram alta do Serviço em 174 internamentos (67,7%), tendo sido orientados em mais de 60% dos casos para médicos de cuidados de saúde primários. Só 55 doentes foram dirigidos para consultas de Especialidade, nas quais incluímos a Consulta de Citostáticos e o Hospital de Dia de Hematologia do HSM.

Foram transferidos 37 doentes (14,6%), dos quais 18 para Serviços de Cirurgia do HSM para efectuarem terapêutica cirúrgica depois de estabelecido o diagnóstico no nosso Serviço; a Unidade de Tratamento Intensivo de Doentes Hematológicos (UTIDH) recebeu 10 doentes, distribuindo-se os restantes por diversos Serviços de Especialidade. Apenas 2 doentes foram transferidos para hospitais periféricos e um para o Instituto Português de Oncologia (IPO).

Faleceram 45 doentes, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 17,7%.

#### DISCUSSÃO

Neste trabalho foi feito um estudo retrospectivo dos doentes com neoplasias malignas que foram internados no Serviço de Medicina I do HSM, através do Serviço de Urgência, em 1987.

As DNM ocuparam o 2º lugar na ordem de frequência de diagnósticos registados nesse ano no Serviço, representando cerca de 12% do total de internamentos, ultrapassadas apenas pelas doenças cardiovasculares. Predominam num grupo etário avançado (média —  $63,5 \pm 15,1$  anos), característico destas doenças, mas que se enquadra na distribuição etária dos doentes internados no Serviço (média — 62,4 anos).

Apesar de grande parte dos doentes ter sido internada por complicações de neoplasias já diagnosticadas e mesmo tratados noutros Serviços ou Hospitais, reflectindo uma certa dispersão no *follow-up* destas doenças, há um número significativo de doentes que são internados com fins diagnósticos (40%).

Salientamos a grande variedade de neoplasias internadas, com predomínio dos denominados *tumores sólidos* (70%), sobretudo neoplasias do tubo digestivo (particularmente as neoplasias do estômago), pulmão e próstata, havendo também importante incidência de hemato-oncologia (30%), com relevo para o mieloma múltiplo e linfomas, o que se deve provavelmente ao polimorfismo das formas de apresentação clínica destas patologias, conferindo à Medicina Interna um lugar preponderante na sua investigação e esclarecimento. Já

em relação às leucémias agudas, de diagnóstico habitualmente mais rápido, a sua frequência terá certamente tendência a diminuir no nosso Serviço devido à sua progressiva absorção pelo Serviço de Hematologia. Também de grande interesse para a Medicina Interna são os síndromes paraneoplásicas, que aparecem neste estudo com frequência significativa (5%), sendo particularmente importantes pelo facto de terem constituído a forma de apresentação da neoplasia em 7 dos 10 doentes que foram diagnosticados. Estes aspectos alertam para a preparação necessária ao Internista na área da Oncologia, exigindo uma familiarização com os diversos problemas clínicos postos por esta patologia, desde o desafio diagnóstico da *neoplasia oculta* ou das *metástases de origem desconhecida* até às diversas formas de terapêutica, em constante evolução, passando por complicações tão específicas como a terapêutica da dor, insuficiência respiratória grave, manifestações neurológicas e endócrinas, entre outras, constituindo muitas vezes urgências médicas.

Da análise dos processos clínicos sobressaiem importantes dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica destas doenças, sendo notória a falta de uma estrutura multidisciplinar com a colaboração integrada de oncologistas médicos, cirurgiões, técnicos de imagem e radioterapeutas, considerada hoje um conceito básico em Oncologia<sup>4</sup>.

Este facto é particularmente saliente nos tumores do pulmão, nos quais esta dificuldade é transmitida na análise dos processos clínicos e no elevado índice de reinternamentos necessários para conseguir o diagnóstico, devido em parte à variedade das suas formas de apresentação (nesta caustística encontramos 3 doentes com síndrome de compressão da veia cava superior e 2 doentes em que a neoplasia se manifestou através de síndromes paraneoplásicas endócrinas) e nalguns casos à dificuldade de acesso à massa tumoral para obter o diagnóstico histológico.

Este facto contribui, provavelmente, para o alongamento do tempo de internamento, conforme verificámos neste estudo em que a demora média destes internamentos (16,7 dias) foi superior à média do Serviço (12,3 dias).

Verificámos que grande parte destes doentes chega ao Serviço em fases muito avançadas da neoplasia, limitando a capacidade de intervenção médica ao tratamento de suporte em 66% dos internamentos. Apesar disso, a mortalidade detes doentes (17,7%) foi apenas um pouco superior à taxa de mortalidade global do Serviço (13,9%).

A maior parte dos doentes teve alta, sendo orientados para médicos de cuidados de saúde primários em mais de 60% dos casos, alertando para a necessidade de preparação e reciclagem dos Clínicos Gerais nos problemas clínicos, psicológicos e sociais que se colocam nas fases terminais destas doenças<sup>5</sup>.

A importância deste Sector de Saúde nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce, pedras básicas para diminuir a incidência e mortalidade por cancro, foi já reconhecida pelos Organismos internacionais responsáveis (OMS e CEE)<sup>6,9</sup>.

O perfil destes doentes, internados num Serviço *aberto ao exterior*, leva-nos a crer que as DNM continuam a ser diagnosticadas tardiamente no nosso meio, e reflecte dispersão dos meios disponíveis para o seu diagnóstico, tratamento e *follow-up*. Escasseiam os estudos epidemiológicos sobre o cancro no nosso País, e estes só serão possíveis quando houver um registo de informação adequado, ou seja, registo de cancro regulamentado e aplicado à escala nacional ou, idealmente, harmonizado à escala europeia<sup>1,10</sup>.

De acordo com o *Atlas do Cancro em Portugal, 1980-82*<sup>1</sup>, principal estudo publicado entre nós no domínio da epidemiologia do cancro, a incidência de DNM tem aumentado em Portugal, como nos restantes Países Ocidentais, assumindo particular relevo como causa de morte precoce. No nosso País constituem a 2ª causa de *perda de anos de vida*

*potencial*, logo a seguir aos óbitos por acidentes, paralelamente ao que acontece noutros países da Europa e nos Estados Unidos da América. A taxa de mortalidade específica por DNM triplicou em Portugal entre 1950 e 1984, sendo mesmo assim uma das mais baixas registadas na Europa, o que poderá estar relacionado com o baixo nível de industrialização e de outros indicadores de desenvolvimento no nosso País, ou então corresponder a uma incidência falsamente baixa, resultante da dificuldade de acesso aos centros de diagnóstico de grande parte da população, sobretudo das regiões rurais, mais interiores<sup>11</sup>. No Atlas do Cancro em Portugal<sup>1</sup> verifica-se precisamente que os distritos mais industrializados e urbanizados (Lisboa, Setúbal e Porto) são os que apresentam valores mais elevados de razões padronizadas de mortalidade por cancro, registando-se nos distritos mais *interiorizados* (Castelo Branco, Vila Real e Viseu) as frequências mais baixas. De momento pouco mais podemos avançar na caracterização do doente oncológico em Portugal.

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, facto que se deve sobretudo às campanhas de prevenção e diagnóstico precoce e, em menor grau, aos progressos conseguidos no campo das terapêuticas disponíveis.

Neste sentido trabalha há vários anos a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do *Centre International de Recherche sur le Cancer* (CIRC), e mais recentemente o Conselho da Comunidade Económica Europeia, nomeando em Janeiro de 1986 um Comité de Oncologistas europeus de alto nível que elaboraram um programa denominado *A Europa contra o Cancro*<sup>12</sup>, no qual é proposto um plano de acções para o triénio de 1987 a 1989 abrangendo 4 domínios:

**1. Prevenção do cancro** — delineando medidas dirigidas à luta contra o tabagismo, recomendações sobre alimentação, protecção contra os agentes cancerígenos quer a nível de exposição profissional quer a nível do ambiente, o rastreio sistemático e diagnóstico precoce das neoplasias mais frequentes, nomeadamente dos cancros do colo do útero e da mama, entre outros.

**2. Informação e educação sanitária** — organizando campanhas e programas visando a informação do público nos estabelecimentos de ensino e através dos meios de comunicação social.

**3. Formação de Pessoal de Saúde** — dando particular relevo à formação oncológica pré-graduada, campo onde existe grande disparidade entre vários Países da Comunidade, sendo reconhecidas importantes lacunas em todos os Estados membros<sup>13</sup>.

**4. Investigação** — promovendo e financiando estudos no campo da epidemiologia, visando melhorar a prevenção e o diagnóstico precoce, bem como nos domínios da terapêutica e engenharia genética, entre outros.

Entre nós este tipo de acções está ainda embrionário, havendo muito a fazer sobretudo a nível do ensino pré-graduado e na reciclagem do Pessoal de Saúde, que deverá ser sensibilizado para estas orientações da OMS e da CEE.

Não podemos, no entanto, deixar de salientar a acção pioneira desenvolvida em Portugal pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, quer a nível da assistência ao doente oncológico quer da formação pré<sup>15</sup> e pós-graduada; entre outras iniciativas, aí decorre, desde 1988, o *Ciclo de Estudos Especiais em Oncologia Médica*, permitindo a especialistas de Medicina Interna obter diferenciação na área da Oncologia Médica.

## CONCLUSÕES

• A patologia oncológica é uma importante causa de internamentos no Serviço de Medicina I do HSM, ocupando o 2º lugar na ordem de frequência de diagnósticos registados no Serviço em 1987.

• Os Serviços de Medicina Interna continuam a ter um lugar relevante no diagnóstico das DNM e na abordagem das suas complicações.

• A grande variedade de neoplasias internadas, quer para diagnóstico, quer por complicações ou para efectuar terapêutica anti-neoplásica, alerta para a preparação necessária ao Internista na área da Oncologia, exigindo uma permanente actualização em inúmeros problemas específicos desta doença.

• A análise dos processos clínicos transmite importantes dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica destas doenças, traduzindo a falta de uma estrutura multidisciplinar com a colaboração integrada de oncologistas médicos, cirurgiões, técnicos de imagem e radioterapeutas, consagrada como um conceito básico em Oncologia.

• O perfil dos doentes internados no Serviço, *aberto ao exterior* reflecte dispersão dos meios disponíveis para o diagnóstico, tratamento e *follow-up* das DNM, que continuam a ser diagnosticadas tardiamente no nosso meio.

• Este aspecto traduz a necessidade de estruturação da assistência aos doentes oncológicos em Portugal, que nos parece, contudo, difícil de racionalizar sem regulamentação do registo de cancro à escala nacional, ainda inexistente no nosso País.

• Mais de 60% dos doentes internados foram orientados para médicos de cuidados de saúde primários após a alta, exigindo familiarização dos Clínicos Gerais com problemas clínicos, psicológicos e sociais que se colocam sobretudo nos estádios terminais desta patologia, alertando para a necessidade da sua reciclagem.

• É já reconhecida internacionalmente a importância deste sector da saúde nas áreas da prevenção e diagnóstico precoce, pedras básicas para reduzir a incidência e mortalidade por cancro, mas que parecem estar ainda pouco implantadas entre nós.

• Parece-nos necessário o investimento na formação do Pessoal de Saúde, particularmente na formação oncológica pré-graduada, bem como na sensibilização para as orientações da OMS e da CEE na luta contra o cancro.

## BIBLIOGRAFIA

1. CAYOLLA DA MOTA L., MARINHO FALCÃO J.: Atlas do Cancro em Portugal, 1980-82. Departamento de Estudos e Pla-

- neamento de Saúde, Ministério da Saúde ed. Lisboa, 1987.
2. BUNN Jr., P.A., MINNA J.D.: Paraneoplastic Syndromes. In: De Vita et al. — Cancer: Principles and Practices in Oncology, ed. New York, Lippincott, 1985; 1797-842.
  3. FIDLER J.J., HART J.R.: Principles of Cancer Biology: Cancer Metastasis In: De Vila V. et al. Cancer: Principales and Practices in Oncology, ed. New York, Lippincott, 1985; 113-24.
  4. SILVESTRE M.E., SÁ DA COSTA M., VEIGA PIRES J.A.: Elementos para uma estratégia oncológica Nacional — *Jornal do Médico*, 1988; 2293: 714-23.
  5. REDAL, WILLIAM H., JACOBSEN, PAUL B.: Emotions and Cancer. New perspectives on an old question — *Cancer* 1988; 62: 1871-79.
  6. FINK, DIANE J., McKENNA, ROBERT J.: *Introduction* presented at the American Cancer Society Workshop on the Community and Cancer Prevention and Detection, San Antonio, Texas, December 10-12, 1986 — *Cancer*, 1988; June 1 Supplement.
  7. FINK, DIANE J., McKENNA, ROBERT J.: *Issues, Recommendations and Solutions ≈ Discussion group Reports* — in the American Cancer Society Workshop on the Community and Cancer Prevention and Detection, San Antonio, Texas, December 10-12, 1986 — *Cancer*, 1988; June 1 Supplement.
  8. WILLIAMS, PAUL A., WILLIAMS MARILEE: Barriers and Incentives for Primary Care Physicians in Cancer Prevention and Detection — *Cancer* 1988; 61: 2382-90.
  9. LeMAISTRE CHARLES A.: Reflections on Disease Prevention — *Cancer*, 1988; October 15 Supplement.
  10. METTLIN CURTIS: Descriptive and Analytic Epidemiology, Bridges to Cancer Control — *Cancer* 1988; 62: 1680-87.
  11. GREENBERG E.R., DAIN B., FREEMAN D., YATES J., KORSON R.: Referral of Lung Cancer Patients to University Hospital Cancer Centers — a population — based study in two rural states — *Cancer* 1988; 62: 1647-52.
  12. Programa *A Europa contra o Cancro*: *Jornal Oficial das Comunidades Europeias*, C-50, 26 Fevereiro 1987.
  13. CARNEIRO DE MOURA M.: Training in Cancer: Undergraduate Medical Education. Report On *Undergraduate Cancer Education*, Comission of the European Communities, Lisboa, 1987.
  14. CARNEIRO DE MOURA M.: Reunião sobre o Ensino Médico e a sua adequação às Comunidades Europeias, Lisboa, 16 Outubro 1987.
  15. CONDE J.: Ensino da oncologia (Pré-Graduação) — *Jornal do Médico* 1989; 2312: 584-7.

Pedido de Separatas:  
 Maria I. Pires de Miranda  
 Serviço de Medicina I  
 Hospital de Santa Maria  
 1600 Lisboa