

Characterization of cancer patient care in a public hospital in the Federal District

Gabriela Valente Custódio Vieira*
Elizabeth Queiroz*
Juciléia Rezende Souza*

747

Abstract

Access to cancer treatment represents a major public health problem and has been the subject of governmental actions in view of the financial impact, social cost and how it affects the lives of individuals. An exploratory study was conducted through the evaluation of medical records of 135 cancer patients treated by the Oncology service of a public hospital in the Federal District (FD). The general objective was to characterize the care of cancer patients, to map the flow of care of patients and to identify sociodemographic profiles. The sample consisted of men and women, aged between 26 and 83 years, coming from 23 administrative regions of the FD. Breast cancer was the predominant diagnosis among patients (n=28). Chemotherapy was the most indicated treatment (n=83), followed by external radiotherapy (n=41), surgery (n=14), hormone therapy (n=9) and brachytherapy (n=5). In addition, the average days between the first consultation and the start of external radiotherapy, chemotherapy, surgery and hormone therapy were 61, 19, 93 and 28 days, respectively. Cancer stage II, III and IV patients had a mean waiting time of 61, 100 and 35 days for external radiotherapy, respectively. The overall mean interval between diagnosis and initiation of treatment was 235 days. The lack of data recorded in the medical records was a variable that interfered with the study. The results allow us to identify service gaps and strategies for modifying existing flows.

Keywords: Oncology. Public health. Assistance.

INTRODUCTION

Cancer is one of the most investigated and studied chronic diseases today because it is an important public health issue in developed and developing countries, considering its effects on the service network and the agenda of actions that meet the demands of health care¹.

The estimate made by the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva reveals, in the years 2018-2019, there were 600,000 new cases of cancer in Brazil. This data refers to the profile of developed countries, but the high rates of cancer related to infections refer to a profile

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303747766

* Universidade de Brasília. Brasília. DF, Brasil.
E-mail: gabivalentec@gmail.com



of developing countries. This is a consequence of Brazil's regional inequalities, given differences in life expectancy, socioeconomic status, and access to health services for appropriate diagnosis and treatment². In addition, exposure to risk factors and the lack of preventive actions are decisive aspects for the occurrence of new cancer cases, such as lung, colorectal and liver cancers³. Thus, the magnitude of cancer as a public health issue demands policies aimed at improving the quality of life of individuals through promotion, prevention, early detection, appropriate treatment and palliative care⁴.

In the reality of Brazil, from the oncologic diagnosis to the indicated treatment, different types of challenges and obstacles are witnessed. Although malignant neoplasms are the second cause of death in the country, controlling them faces adversities that affect policy making, the mobilization of society and the development of actions and services. There is, thus, a responsibility for the health system to ensure that the population has full access to diagnosis and treatment, because the earlier the intervention, the higher the survival rate. The use of health services is linked to the ways they are offered and people's conduct regarding morbidity and the services. The search tends to vary according to health complaints, gender, specific procedures, age groups, social groups, procedures and the regionalization of care and the patient. Appropriate planning and evaluation of the health sector should consider the recognition of the poles of attraction, the places where services are offered, the distances traveled by people seeking care, among other aspects⁵.

The Unified Health System (SUS) establishes equality, universality and comprehensiveness as guiding principles in the care of the population, including cancer patients. Thus, in the legal scope, to guarantee such rights, the Ministry of Health Ordinance No. 140/2014 establishes the accreditation for cancer care in SUS with the High Complexity Oncology Centers (CACON) and the High Complexity Care Units (UNACON) in hospitals with structures consistent with the resources to treat the most recurrent cancers in the country⁶. Moreover, the National Cancer Care Policy, established by Ordinance

No. 2439/2005, determines the promotion, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care, as well as establishes the structuring of a regionalized and hierarchical service network that ensures comprehensive care for cancer patients⁷.

Law No. 12.732/2012 represented an important measure for the institutionalization of the first treatment of patients with proven malignancy, within the scope of the Unified Health System⁸. Ordinance No. 876/2013 establishes a period of 60 (sixty) days for the purposes of performing the first surgical treatment, chemotherapy or radiotherapy of the patient in the SUS, from the recorded diagnosis in their medical records. However, sometimes the patient does not meet this deadline, which may contribute to disease progression and increased health costs⁹.

In addition, the National Cancer Prevention and Control Policy established by Ordinance No. 874/2013 indicates that palliative care is part of the three levels of care of SUS: basic, mild and high complexity, considering the diagnostic and treatment processes¹⁰. Thus, recognizing the bottlenecks in SUS favors the deliberation of hospital managers concerning the quality of care for cancer patients, aiming at completeness and ensuring the population's access to the various levels of care¹¹. However, difficulties in the universal access to health established in the Constitution and in the care process remain present, which are frequent targets of criticism by the media.

Another factor considered fundamental in the care of cancer patients is the staging of the disease. The National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (<https://www.inca.gov.br/estadiamento>) emphasizes the need to classify cases of cancer in stages, since the prognosis is different when the disease is restricted to the source organ or when it extends to other organs. The most commonly used staging system is that advocated by the International Union Against Cancer (UICC), called the TNM Malignant Tumor Classification System. The characteristics of the primary tumor (T), the lymph nodes of the lymphatic drainage chains of the organ in which the tumor is located (N), and the presence or absence of

distant metastases (M) are considered. These measurements have positions ranging from T0 to T4, from N0 to N3 and from M0 to M1. By grouping the categories T, N and M they are classified in increasing stages from I to IV, according to the impairment. Thus, staging is part of the cancer diagnosis process and contributes to an individualized treatment, according to the patient's real demand.

In addition to the factors linked to access to public health, the humanized treatment of cancer patients and their reception in the face of vulnerability are part of the comprehensive services provided and the hospital context. It is necessary to consider that from diagnosis to treatment, several physical and psychological changes are experienced at the emotional, social, cultural and spiritual levels¹². There is the importance of adopting a complete action in all aspects, as recommended by the biopsychosocial model, which establishes that health and other behaviors come from the interaction between biological, psychological and social levels. This characterizes a systemic approach, which emphasizes that the system of one level is affected by, and also affects, systems of other levels, allowing for the visualization of the individual in full¹³.

Thus, caring for people with cancer should integrate the various potential aspects of suffering and illness. Hospitalization represents a challenge to the individual's ability to adapt, provoking emotional reactions and triggering the use of positive or negative coping strategies modulated by biopsychosocial factors, which may interfere with recovery¹⁴. A set of actions, flows, knowledge and procedures constitutes health care. Therefore, care must be multidisciplinary, since the integrality of care results from the way the practices of hospital professionals are articulated¹⁵.

This study was carried out at the oncology unit of a public hospital in the Federal District, which presents specialized, comprehensive and qualified oncology care. The inclusion of patients receiving care occurs through analysis of exams performed by the unit's health team. From the analysis, the patient is called by phone to participate in a multidisciplinary reception. Since 2013, changes have been made in the

way the hospital is managed, which has had a major impact on the organization of flows of care by restructuring the hospital's operation. Greater emphasis was then placed on structuring the institution's priority care lines, including oncology.

Thus, the general objective of this study was to characterize the care of cancer patients in the hospital, based on the analysis of medical records. The secondary objectives were to map the flow of care of cancer patients with access to the institution and identify their sociodemographic profiles. It was hypothesized that the characterization of the clientele served is necessary for the qualification of the flows for better care optimization.

METHODS

We conducted a descriptive exploratory study that consisted of evaluating a sample of medical records of 135 cancer patients treated at the hospital from April 3, 2017 to June 26, 2017. The period was defined by the team as the realistic enough to conduct the research and be compatible with the new system adopted in the unit. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 67978017.6.0000.5558; Opinion: 2261895).

The data used in the data collection came from the institution's physical and electronic medical records, and the data collection instrument was a Medical Record Analysis File prepared for this research with the following variables: gender, education, marital status, labor status, profession, origin, type of access to hospital, date on which symptoms started, date of diagnosis, date of treatment initiation, interval between symptoms and diagnosis, interval between diagnosis and treatment, type of cancer, stage, treatments recommended by institution, interval between first consultation and start of treatment, consultation with other professionals, hospitalization for chemotherapy and hospitalization due to complications. After conducting a pilot study, the instrument was

modified due to the absence of variables in the evolutions analyzed, excluding the following information: religion, tests performed, date of reception and number of medical appointments.

At the beginning of data collection there was a decision to use physical records, but these were missing data, so there was a need to complement the collection with electronic records. It is noteworthy that even with the change in the source of collection some medical records were absent of certain data. Data collection took place at the hospital itself, between December 2017 and February 2018 at different days and times. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used to analyze and process variables using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, position measurements, and dispersion measurements.

RESULTS

The data were organized to provide an overview of the subjects attended at the service and more specific information regarding the functioning of the health network. Table 1 displays the sociodemographic profile of the studied clientele.

The sample consisted of men and women, aged 26 to 83 years, with an average of 57.81 years with a standard deviation of 12.82. The distribution by age group followed criteria related to the following periods: beginning of adulthood, from the youngest participant in the sample; intermediate adult life and late adult life.

The institution received patients from 23 administrative regions of the Federal District, and Ceilândia, Gama, Fercal and Sobradinho were those with the largest number of patients (n= 18, 17, 15 and 10, respectively). Together these regions represented 44.4% of the sample studied. If we consider the data regarding the forms of accessing the service, 69.2% (n=74)

of the patients were referred by a clinic of the hospital itself, 27.1% (n=29) by a public hospital and 3.7% (n=4) by private hospital.

Flow of Cancer Patient Care

After analysis of the opinion or detailed medical report of the exams performed, including the biopsy and specific exams according to each type of cancer, the patient has his appointment for their reception with the team. Table 2 displays the care received by patients from the different professionals that make up the service.

As the access route to the service is made by the host activity, most received care from the medical team, social services, psychologist and speech therapist on the first day. Data regarding occupational therapy, nutrition and physiotherapy attendance indicate that not all patients were evaluated by these specialties, despite being part of the routine established in the institution.

Characterizing the performance of cancer patient care

The types of cancer treated during the data collection period were divided according to the reference clinics for their treatment: head and neck, proctology, general surgery, mastology, thoracic, onco-gynecology, urology, dermatology and neurology. Table 3 shows the relationship of this variable with age and gender, and Table 4 shows the type of treatment recommended, disease staging and the interval between the first consultation and the beginning of treatment.

Mastology and proctology were the main referral clinics, representing the largest number of patients. According to age group, mastology referred a larger number of patients in early adulthood and intermediate adulthood. In late adult life, urological tumors were the most frequent. It should be noted, according to the data presented, that a male patient (0.8%) was identified in the mastology clinic. These data indicate the need for more targeted approaches for this patient profile, either by prevalence or by exception.

Two (1.5%) patients from mastology and seven (5.3%) from urology clinics were

recommended for hormone therapy, while for brachytherapy, five (3.8%) subjects from oncogynecology were referred. A fact that drew attention was the absence of cancer staging classification or therapeutic indication in the medical records of some of the patients.

The incidence of treatments performed by the analyzed sample was: chemotherapy (n=83, 61.5%), external radiotherapy (n=41, 30.4%), surgery (n=14, 10.4%), hormone therapy (n=9, 6.7%) and brachytherapy (n=5, 3.7%); considering the possibility of the patient performing more than one treatment. Overall, since patients referred to the service already had a neoplastic diagnosis, the average waiting time between the first consultation with radiation therapist and performing the radiotherapy was 61 days, and between the first consultation with oncological clinic and chemotherapy or the beginning of hormone therapy was 19 days and 28 days, respectively. It is noteworthy that 14 patients had been recommended for surgery after joining the Oncology Unit. Of these, 10 were referred to chemotherapy or radiotherapy treatment (neoadjuvant) followed by a surgical procedure and four others returned to the clinic of origin for a new surgical approach. When referred for surgery, the average was 93 days after the first consultation with an oncologist, considering that during this period most were undergoing treatment. Thus, in these cases, the long waiting times for surgery may be linked to the course of treatment of each patient, and not necessarily to the delay in the service to meet the demands.

The study presented some outliers regarding the interval between the first consultation and the start of treatment. For chemotherapy, the longest waiting times were 77 days for patients coming from the general surgery clinic, 248 days for proctology, 132 days for mastology, 144 days for oncogynecology and 97 days for urology. For the initiation of external radiotherapy, patients from the head and neck waited for 72 days, 77 days for general surgery, 74 days for proctology, 65 days for thoracic clinic, 100 days for dermatology, 216 days for mastology and 211 days for oncogynecology. For surgery, the maximum number of days corresponded to 118 days for proctology, 86 days for thoracic and 240 days for mastology.

Finally, regarding the initiation of hormone therapy, the longest waiting time was 94 days for breast cancer patients.

According to medical records, the above cases were justified by administrative issues regarding the functioning of the hospital and the health system or complications that occurred during the course of the disease, such as the addition of new treatment indications or restrictions concerning the treatment suggested.

According to the medical records, until the final date of collection, 16 (39%) patients out of 41 recommended for external radiotherapy, three (21%) recommended for surgery, five for brachytherapy (100%) and two (2%) recommended for chemotherapy were still waiting for treatment. According to a report in the medical records, one patient chose not to undergo chemotherapy at the institution and to try external radiotherapy in a private hospital due to the waiting list. Another subject, recommended for external radiotherapy, preferred to also start in a private hospital. In addition, another patient initially indicated for external radiotherapy started chemotherapy at the institution itself, due to the delay to start the previously suggested treatment. Seven patients were recommended for combined treatment with chemotherapy and external radiotherapy but only received chemotherapy treatment because of the delay in starting the radiotherapy. Such conditions reflect the difficulty of offering the patient the reference treatment for their case, in the due time, with the demand for revising the flows and increased availability of radiotherapy equipment.

Table 5 presents the interval in days between the first consultation and the beginning of treatment according to the stage (I-IV) of the disease, from the different referrals.

One datum that remained through the entire treatment process was the time required to perform the diagnostic exams after the onset of symptoms. In general, the diagnostic process begins in the basic health units. Regarding the days between the onset of symptoms and diagnosis, an average of 249.32 days was identified, with a standard deviation of 88.5. Between the diagnosis and the start of the first treatment at the hospital, the mean interval was 192 days with a standard deviation of 269.7.

High standard deviation values point to widely dispersed values, since in some cases the patient took about one day to start treatment and another took about 342 days, for example.

Considering these data, there are indications of delays in the diagnosis process, damaging the treatment's progress even before reaching the hospital unit, which may explain the high number of more advanced staging - III and IV - in the sample (n=31, 55.7%). It is important to note that most of the medical records presented the TNM staging classification without the final classification from I to IV. For data analysis regarding staging, only the 56 records used classifications I to IV.

Although not the initial objective of the study, identifying gaps in some of the analyzed records help to investigate the missing information in the reviewed medical records. About 63 (46.6%) medical records were missing important data. Graph 1 shows the distribution of data according to the variables.

Fourteen (10.3%) records did not document the disease staging. Twelve (8.8%) records showed a lack of sociodemographic data. Nineteen (14%) records did not contain information about referrals to the oncology service. In addition, two records showed the absence of both sociodemographic data and referrals. Regarding treatment, indications and care provided, 16 (11.8%) records showed insufficient data concerning cancer cases.

Table 1 – Sociodemographic data. Brasilia, Brazil, 2017.

	Variable	Frequency (N)	Percentage (%)
Gender	Female	79	58.5
	Male	56	41.5
Age	26-45	26	19.3
	46 to 64	59	43.7

to be continued...

...continuation- Tabela 1

	Variable	Frequency (N)	Percentage (%)
Education	65 to 90	50	30.7
	Illiterate	13	10.2
	Incomplete Elementary	47	37
	Complete Elementary	16	12.6
	Incomplete high school	6	4.7
	Complete high school	29	22.8
	Incomplete higher	8	6.3
	Graduated	6	4.7
Marital Status	Postgraduate studies	2	1.6
	Single	31	23.3
	Married	69	51.9
	Divorced	16	12
	Widowed	15	11.3
Working Condition	Other	2	1.5
	Active	49	44.1
	Beneficiary	13	11.7
	Retired	41	36.9
	Unemployed	8	7.2

Table 2 – Record of care by professional category. Brasilia, Brazil, 2017.

Professional category	Frequency	Percentage
Doctor	123	91.1%
Social worker	123	91.1%
Psychologist	117	86.6%
Speech therapist	113	83.7%
Occupational Therapist	66	48.8%
Nutritionist	47	34.8%
Physiotherapist	15	11.1%

Table 3 – Patient profile - age and sex - by referral clinic. Brasilia, Brazil, 2017.

Specialty Referral	Age						Gender			
	26-45		46-64		65-90		Male		Female	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Head and neck	1	0.7	2	1.5	2	1.5	5		-	
Proctology	3	2.3	12	9.1	8	6.1	8		15	
Dermatology	1	0.7	2	1.5	1	0.7	4		-	
General surgery	4	3	6	4.5	6	4.5	8		8	
Mastology	9	6.8	13	9.8	6	4.5	1		-	
Thoracic	2	1.5	5	3.8	8	6.1	10		27	
Onco-Gynecology	5	3.8	12	9.1	4	3	-		5	
Urology	1	0.7	5	3.8	13	9.8	18		21	
Neurology	-	-	1	0.7	-	-	-		1	

Table 4 – Specialty of original and flow for treatment, staging and interval between first consultation and beginning of the treatment. Brasilia, Brazil, 2017.

Cancer type	Indicated Treatment			Estadiamento				Interval between 1st consultation and start of treatment (days)					
	N (%)			N				QT		RT			
	CT	RT	Surg	I	II	III	IV	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
Head and neck	4 (3)	5 (3.8)	-	-	-	-	3	4	2.75 (2.06)	3	50.67 (20.5)	-	-
Proctology	16 (12.1)	4 (3)	7 (5.3)	1	3	3	2	16	30.5 (63.6)	-	-	5	74.6 (35.8)
General surgery	12 (9.1)	3 (2.3)	-	-	-	3	2	11	13.6 (22.1)	3	36.67 (36.1)	-	-
Mastology	21 (15.9)	9 (6.8)	3 (2.3)	2	10	3	-	22	11.7 (28.3)	4	121.25 (106.1)	2	213 (38.1)
Thoracic	10 (7.6)	4 (3)	2 (1.5)	1	-	2	4	9	9.6 (6.5)	2	36.5 (40.3)	2	78 (11.3)
Onco-Gineco	12 (9.1)	10 (7.6)	1 (0.7)	-	7	4	2	10	34 (44.6)	5	56.2 (87.7)	1	43 (*)
Urology	6 (4.5)	5 (3.8)	1 (0.7)	-	1	1	-	7	29 (35.6)	2	13 (16.9)	1	29 (*)
Neurology	1 (0.7)	-	-	-	-	-	1	1	15 (*)	-	-	-	-
Dermatology	1 (0.7)	1 (0.7)	-	-	-	-	1	1	1 (*)	1	100 (*)	-	-

Legend: CT: Chemotherapy; RT: radiotherapy; Surg: surgery; (*) Only case is the absolute value for the case record.

Table 5 – Relationship of the interval between the first consultation and the beginning of treatment (in days) and the stage (I-IV). Brasilia, Brazil, 2017.

Interval between 1st consultation and start of treatment (days)	Stage															
	I				II				III				IV			
	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP
Chemotherapy	1	2.4	7	*	14	34.1	21.5	35.9	12	29.4	18.6	25.5	14	34.1	15	28.4
Radiotherapy	-	-	-	-	6	50	61.5	77.2	3	25	100	106.3	3	25	35.3	12.09
Surgery	1	20	70	*	1	20	240	-	1	20	21	*	2	40	87	1.41
Hormone Therapy	1	100	94	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* only case, this is the absolute value referring to the case record.

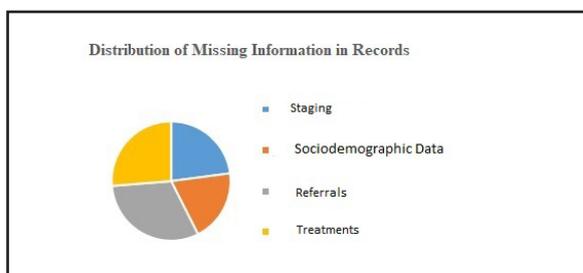


Gráfico 1 – Distribuição das informações ausentes nos registros. Brasília-Brasil, 2017.

DISCUSSION

Studies indicate that the diagnosis and treatment of cancer are situations that require adaptation from both the patient and their family. With the impact of the diagnosis, the patient and family suffer new uncertainties and seek strength to start this trajectory. The family recognizes difficulties as battles and identifies a certain fragility in the face of this process.¹⁶ In this sense, services need to be aware in order to minimize the impact caused, which is dependent on age, gender, education, support network, treatment, among other variables.

According to the data obtained, it is noted that the prevalence of female cancer diagnoses was 17% higher compared to men. In developing countries, women also predominate in neoplastic diagnoses, but by 25%.¹⁷ Most patients had an incomplete elementary education, which also occurred in a study conducted at a chemotherapy outpatient clinic of Clementino Fraga Filho University Hospital (HUCFF), in which 38% of subjects had an incomplete elementary education.¹⁸ This requires health professionals to devise strategies to facilitate understanding of the diagnosis and recommendations regarding treatment.

A predominantly multiprofessional care was also noticed for the vast majority of patients, especially in Medicine, Social Work, Psychology and Speech Therapy, thus matching the biopsychosocial model and its understanding of the patient as a complete

being and with multiple faces of falling ill. The implementation of multiprofessional care has been progressively incorporated and integrated in cancer patient care. Modifying care focused on pathology, signs and symptoms, to meet the individual, social, affective and psychological demands should be sought after¹⁹.

Ordinance No. 876/2013 establishes the deadline in which the cancer patient is entitled to start treatment which is within 60 days or less after receiving the diagnosis, according to the therapeutic need of each case.⁹ The average waiting time between diagnosis and the start of the first treatment indicated was more than tripled compared to the law. The prolonged onset for external radiotherapy is noteworthy, since the average number of days from the first consultation with the oncologist, when the patient is already diagnosed, to the start of treatment was 61 days. In addition, the mean interval between symptoms and diagnosis is also alarming, pointing to a lag in the process of diagnosis in the primary and secondary levels of SUS.

Chemotherapy was the most indicated treatment for patients in general (61%) and, concomitantly, had the shortest waiting time to be started. On the other hand, external radiotherapy and surgery were the treatments with the longest waiting times. The largest number of patients awaiting treatment after medical indication were in external radiotherapy and brachytherapy, also due to the delay in the waiting list.

The case of the patient recommended to undergo external radiotherapy treatment and who eventually received chemotherapy due to the waiting line for radiotherapy, points, in situations like this, to a palliative treatment rather than an individualized one focused on the real demand of the patient. The situation of the seven patients referred for combined treatment with chemotherapy and external radiotherapy, who were only able to start chemotherapy, also points to the restricted availability of radiotherapy treatment in the state health network. It was found in the medical records that often, in an attempt by the clinical oncology team to keep the disease stable while waiting for external

radiotherapy, surgery or brachytherapy, chemotherapy is indicated. The need was seen for assertive articulations and distributions in the health network about the treatments according to each patient's condition, in order to avoid emotional, physical and psychological exhaustion of a merely attenuating treatment, as well as expenses with a therapy that is not the most specific to the case.

In addition to the legal aspect, such a situation causes stress to the patient, his family and the service professionals. In this sense, global measures need to be established between state managers, the institution and the multiprofessional team in order to ensure compliance with the appropriate decision, which is a user's right. Thus, the need is seen for a reorganization of the state cancer care network, aiming to increase the access to treatment by patients.

The prevalence of patients referred by the clinics of the hospital itself compared to those referred by other public hospitals in the health network is consistent with the pre-established distribution, where 60% of the vacancies are for patients coming from the institution. These subjects are considered as also being part of the public assisted in the health network but had their first entry into the hospital unit in non-cancer clinical specialties. Such a situation may mean another stressful aspect in the trajectory of 40% of the patients, as they have to go through two waiting lines to reach their goal: the queue to be attended at the outpatient clinic of a first hospital in the network and, subsequently, the patient queue to join the oncology service of the unit studied. Such situations ends up contributing to the increase of the time between the diagnosis and the beginning of the treatment, and may even surpass what is stipulated by law.

CONCLUSION

The medical records should include standardized documents for the reporting of patient care by health services, and are important for teaching, research, public health care proposals, and for assessing quality of service.

Moreover, when analyzing the interval between the first consultation and the beginning of treatment in relation to staging, it was noticed that the patients in stage IV recommended for external radiotherapy had a considerably lower waiting time compared to patients in stages II and III. One hypothesis for this finding would be the priority given to patients at a more advanced stage for radiotherapy. Since such a definition is urgent but does not have a preventive scope in relation to the evolution of cases, the damage caused by the limited number of available services is again noted.

It was also noted that some patients did not receive a neoplasia staging classification (I-IV), or such a classification was simply not included in the medical records, which may contribute to incomplete care of the clientele. Visualizing the cancer stage allows for a more individualized treatment and the actual prognosis of the subject. In addition, the lack of organization of medical records and the scarcity of records hindered data collection²⁰.

Finally, as a limitation, despite the initial intention to include the variable "interval in days between the request and the exams", the difficulty in finding the stipulated dates in the physical and electronic records was noted. Most exams had only request dates or recorded completion dates, without sufficient compatibility for the analysis. The absence of other general data in certain medical records, from marital status to cancer type, represented another difficulty in data collection. It is necessary to emphasize the importance of complete reports in the medical records, in order to contribute to an effective communication between the professionals of the cancer team and, consequently, for an more integrated and continuous care given to the patients of the unit.

The reports in the medical records represent a daily challenge for the health professional and is not always prioritized. The lack of information in this document compromises the effectiveness and efficiency of health communication and care, as already pointed out. Health education

should emphasize the competence to record and update medical records, capturing primordial and complex information. Complete records allow health professionals to understand and act from the patient's real context, contributing to a high-resolution service, within the principles established by the Unified Health System.

In addition, the distribution of cancer diagnoses for data analysis was made according to the referring clinic. In future studies, it is suggested that the evaluation be made in a more

detailed and specific way considering the cancer types in the sample.

Finally, the evaluation of the medical records was performed quantitatively, without the possibility of deepening and qualifying the characteristics of each case and the existing demands. Thus, future studies should go deeper to know more about the variables that affect the treatment flow of patients, since the present study was restricted to the description of the scenario.

REFERENCES

1. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(106): 881-892.
2. Santos MO. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(1): 119-120.
3. Silva MJS, Bergmann A, Siqueira ASE, Casado L, Zamboni MM. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(4): 459-460.
4. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(116): 225-236.
5. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(2): 317-326.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, n° 2439 de 8 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei N° 12732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, n° 876 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei n° 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, n° 874 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Brasília, 2013.
11. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka, OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev de Saúde Pública*. 2014; 48(2): 240-248.
12. Costa JM, Finco GM, Souza RLG, Medeiros WCM, Melo MCM. (2016). Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Rev da SBPH*. 2016;19(2): 5-23.
13. Straub RO. *Psicologia da Saúde*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
14. Carvalho MR, Lustosa MA. Interconsulta psicológica. *Rev da SBPH*. 2008;11(1): 31-47.
15. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp; 2003.
16. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência, cuidado e saúde*. 2010; 9(2): 269-277.
17. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GA. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005;51(3): 227-234.
18. Silva MM, Silva JA, Esteves LO, Mesquita MGR, Stipp MAC, Duarte, SCM. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013;15(3): 704-712.
19. Silva VCE, Zago MMF. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005;58(4): 476-480.
20. Andrade TL, Queiroz E, Martins EF. *Ensino na Saúde no Brasil*. 1.ed. Curitiba: Juruá; 2016.

Caracterização do atendimento ao paciente oncológico em um hospital público do Distrito Federal

Gabriela Valente Custódio Vieira*
Elizabeth Queiroz*
Juciléia Rezende Souza*

757

Resumo

O acesso ao tratamento para o câncer representa um importante problema de saúde pública e tem sido alvo de ações governamentais tendo em vista o impacto financeiro, o custo social e a forma como afeta a vida dos indivíduos. Realizou-se um estudo exploratório por meio da avaliação de prontuários de 135 pacientes oncológicos atendidos em um serviço de Oncologia de um hospital público do Distrito Federal (DF). O objetivo geral foi caracterizar o atendimento ao paciente oncológico, mapear o fluxo de atendimento dos pacientes e identificar os perfis sociodemográficos. A amostra foi constituída por homens e mulheres, com idade entre 26 e 83 anos, procedentes de 23 regiões administrativas do DF. O câncer de mama foi o diagnóstico predominante entre os pacientes (n=28). A quimioterapia foi o tratamento mais indicado (n=83), seguida da radioterapia externa (n=41), cirurgia (n=14), hormonioterapia (n=9) e braquiterapia (n=5). Ademais, as médias de dias entre a primeira consulta e o início da radioterapia externa, da quimioterapia, da cirurgia e da hormonioterapia foram de 61, 19, 93 e 28, respectivamente. Os pacientes dos estádios II, III e IV do câncer apresentaram tempo médio de espera de 61, 100 e 35 dias para realizar a radioterapia externa, respectivamente. A média geral do intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 235 dias. A falta de registros de dados no prontuário foi uma variável que interferiu no estudo. Os resultados permitem identificar lacunas no serviço e estratégias para a modificação dos fluxos existentes.

Palavras-chave: Oncologia. Saúde Pública. Assistência.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças crônicas mais investigadas e estudadas na atualidade por tratar-se de uma importante questão de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tendo em vista seus efeitos sobre a rede de serviços e a agenda de ações que atendam às exigências de atenção à saúde¹.

A estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva revela, nos anos de 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer no Brasil. Esse dado remete ao perfil de

países desenvolvidos, porém, as altas taxas de cânceres relacionados a infecções remetem ao perfil de países em desenvolvimento. Tal fator é consequência das desigualdades regionais do Brasil, considerando as diferenças de expectativa de vida, socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento apropriados². Além disso, a exposição a fatores de risco e a falta de ações preventivas são aspectos decisivos para a ocorrência de novos casos de câncer, tais como os cânceres de pulmão, colorretal e de fígado³.

DOI: 10.15343/0104-7809.20194303747766

* Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: gabivalentec@gmail.com



Assim, a magnitude do câncer enquanto questão de saúde pública demanda políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, através de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos⁴.

Na realidade do Brasil, desde o diagnóstico oncológico até o tratamento indicado são presenciados diferentes tipos de desafios e entraves. Apesar de as neoplasias malignas serem a segunda causa de morte no país, seu controle enfrenta adversidades que afetam a formulação de políticas, a mobilização da sociedade e o desenvolvimento de ações e serviços. Há assim uma responsabilidade para o sistema de saúde em certificar o acesso completo da população ao diagnóstico e tratamento, uma vez que quanto mais precoce for a intervenção, maior a taxa de sobrevivência. A utilização dos serviços de saúde está ligada às formas de oferta e à conduta das pessoas frente à morbidade e aos serviços. A busca tende a variar segundo queixas de saúde, sexo, procedimentos específicos, faixas etárias, grupos sociais, procedimentos e a regionalização do atendimento e do paciente. Um planejamento e avaliação apropriados do setor saúde devem considerar o reconhecimento dos polos de atração, os locais de oferta dos serviços, as distâncias percorridas pelas pessoas na busca pela assistência, entre outros aspectos⁵.

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece a equidade, a universalidade e a integralidade como princípios norteadores no atendimento à população, inclusive ao paciente oncológico. Assim, no âmbito legal, para garantir tais direitos, a Portaria do Ministério da Saúde Nº 140/2014 estabelece o credenciamento para assistência oncológica no SUS com os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) em hospitais com estruturas condizentes com os recursos para o tratamento dos cânceres mais recorrentes no país⁶. Além disso, a Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pela Portaria nº 2439/2005 determina a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e estabelece ainda a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e

hierarquizada que garanta atenção integral aos pacientes oncológicos⁷.

A Lei Nº 12.732/2012 representou uma importante medida para institucionalização do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde⁸. A Portaria Nº 876/2013 estabelece o prazo de 60 (sessenta) dias para fins do primeiro tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico do paciente no SUS, a partir do registro do diagnóstico no prontuário. Contudo, por vezes o paciente não tem esse prazo respeitado, o que pode contribuir para a progressão da doença e o aumento dos custos em saúde⁹.

De forma complementar, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer instaurada pela Portaria nº 874/2013 indica que os cuidados paliativos integram os três níveis de atenção do SUS: a básica, a de média e a de alta complexidade, tendo em vista os processos diagnósticos e de tratamento¹⁰. Nesse sentido, reconhecer as zonas de estrangulamentos no SUS favorece a deliberação pelos gestores do hospital da qualidade na atenção ao paciente oncológico, visando a integralidade e garantindo o acesso da população aos vários níveis assistenciais¹¹. Porém, dificuldades no acesso universal à saúde estabelecido na Constituição e no processo de atenção continuam presentes, sendo alvos frequentes de denúncia pela mídia.

Outro fator considerado fundamental no atendimento ao paciente oncológico é o estadiamento da doença. O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (<https://www.inca.gov.br/estadiamento>) ressalta a necessidade de se classificar os casos de câncer em estádios, uma vez que o prognóstico é distinto quando a doença está restrita ao órgão de origem ou quando ela se estende a outros órgãos. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), chamado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Considera-se as características do tumor primário (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor está (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Essas medidas apresentam posições, que variam de T0 a T4,

de N0 a N3 e de M0 a M1. Ao se agrupar as categorias T, N e M elas são classificadas em estádios crescentes de I a IV, de acordo com o comprometimento. Assim, o estadiamento faz parte do processo diagnóstico do câncer e contribui para um tratamento individualizado, de acordo com a real demanda do paciente.

Além dos fatores ligados ao acesso à saúde pública, o trato humanizado para com o paciente oncológico e o acolhimento frente às vulnerabilidades fazem parte da integralidade dos serviços prestados e do contexto hospitalar. É necessário considerar que do diagnóstico ao tratamento, diversas alterações físicas e psicológicas são experimentadas em nível emocional, social, cultural e espiritual¹². Há a importância então de se adotar uma atuação completa em todos os aspectos, como preconizado pelo modelo biopsicossocial, o qual estabelece que a saúde e outros comportamentos advêm da interação entre os níveis biológicos, psicológicos e sociais. Caracteriza-se assim uma abordagem sistêmica, a qual enfatiza que o sistema de um nível é afetado por sistemas de outros níveis e também os afeta, permitindo visualizar o indivíduo de forma integral¹³.

Dessa forma, o cuidado com a pessoa com câncer deve integrar os diversos aspectos potenciais de sofrimento e adoecimento. A hospitalização representa um desafio à capacidade de adaptação do indivíduo, provocando reações emocionais e desencadeando o uso de estratégias de enfrentamento positivas ou negativas moduladas por fatores biopsicossociais, que podem interferir na recuperação¹⁴. Um conjunto de ações, fluxos, saberes e procedimentos constitui o cuidado em saúde. Logo, o atendimento deve ser multidisciplinar, uma vez que a integralidade da atenção resulta da forma como se articulam as práticas dos profissionais do hospital¹⁵.

A presente pesquisa foi realizada na unidade de oncologia de um hospital público do Distrito Federal, o qual apresenta um atendimento especializado, integral e qualificado em oncologia. A inclusão dos pacientes para atendimento ocorre por meio da análise de exames, realizada pela equipe de saúde da unidade. A partir da análise,

o paciente é chamado por telefone para participar de um acolhimento multidisciplinar. Desde 2013 iniciou-se mudanças na forma de gestão do hospital, a qual teve grande impacto na organização dos fluxos de atendimento por meio da reestruturação do funcionamento do hospital. Passou-se então a dar maior ênfase à estruturação das linhas de cuidado prioritárias na instituição, entre elas a de oncologia.

Dessa forma, o estudo teve como objetivo geral caracterizar o atendimento ao paciente oncológico do referido hospital, a partir da análise de registro dos prontuários. Os objetivos secundários foram mapear o fluxo de atendimento dos pacientes oncológicos com acesso à instituição e identificar seus perfis sociodemográficos. Trabalhou-se com a hipótese de que a caracterização da clientela atendida é necessária para a qualificação dos fluxos para melhor otimização do cuidado.

MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório descritivo que consistiu na avaliação de uma amostra de prontuários de 135 pacientes oncológicos atendidos no hospital no período de 3 de abril de 2017 a 26 de junho de 2017. O período foi definido pela equipe como aquele realista para consecução da pesquisa e compatível com a nova sistemática adotada na unidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 67978017.6.0000.5558; parecer: 2261895).

Os dados utilizados na coleta de dados foram provenientes dos prontuários físicos e eletrônicos da instituição, e o instrumento de coleta foi uma Ficha para Análise de Prontuário elaborada para esta pesquisa com as seguintes variáveis: gênero, escolaridade, estado civil, condição trabalhista, profissão, procedência, forma de acesso ao hospital, data em que os sintomas iniciaram, data do diagnóstico, data do início do tratamento, intervalo entre os sintomas e o diagnóstico, intervalo entre o diagnóstico e o tratamento, tipo de câncer, estadiamento, tratamentos indicados pela

instituição, intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento, consulta com outros profissionais, internação para quimioterapia e internação devido as intercorrências. Após realização de estudo piloto, houve modificação do instrumento, em função da ausência de variáveis nas evoluções analisadas, com exclusão das seguintes informações: religião, exames realizados, data de acolhimento e número de consultas médicas.

No início da coleta de dados, optou-se pelo uso dos prontuários físicos, porém esses apresentaram dados faltantes, havendo necessidade de complementar a coleta com os prontuários eletrônicos. Salienta-se que mesmo com a mudança na fonte de coleta alguns prontuários apresentaram ausência de determinados dados. A coleta de dados ocorreu no próprio hospital, entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018 em dias e horários variados. Utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para analisar e processar as variáveis por meio de estatística descritiva, incluindo a distribuição de frequências, porcentagem, medidas de posição e medidas de dispersão.

RESULTADOS

Os dados foram organizados de forma a oferecer uma visão geral sobre os sujeitos atendidos no serviço e informações mais específicas referentes ao funcionamento da rede de saúde. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da clientela estudada.

A amostra foi constituída por homens e mulheres, com idade entre 26 e 83 anos, sendo a média de 57,81 anos com o desvio padrão de 12,82. A distribuição por faixa etária obedeceu a critérios relativos aos seguintes períodos: início da vida adulta, a partir do participante mais jovem da amostra; vida adulta intermediária e vida adulta tardia.

A instituição recebeu pacientes procedentes de 23 regiões administrativas do Distrito Federal, sendo que Ceilândia, Gama, Fercal e Sobradinho foram aquelas com maior número de pacientes (n=18, 17, 15 e 10, respectivamente). Juntas essas regiões representaram 44,4% da amostra

estudada. Se considerarmos os dados relativos às formas de acesso ao serviço, 69,2% (n=74) dos pacientes foram encaminhados por alguma clínica do próprio hospital, 27,1% (n=29) por hospital público e 3,7% (n=4) por hospital particular.

Fluxo do atendimento ao paciente oncológico

Após análise do parecer ou relatório médico detalhado dos laudos dos exames realizados, incluindo biópsia e exames específicos de acordo com cada tipo de câncer, o paciente tem sua marcação de consulta para o acolhimento com a equipe. A Tabela 2 apresenta o atendimento recebido pelos pacientes dos diferentes profissionais que compõem o serviço.

Como a via de acesso ao serviço é feita pela atividade de acolhimento, a maioria recebeu o atendimento da equipe médica, do serviço social, da psicologia e da fonoaudiologia logo no primeiro dia. Os dados relativos ao atendimento da terapia ocupacional, nutrição e fisioterapia, indicam que nem todos os pacientes foram avaliados por essas especialidades, apesar de ser parte da rotina instituída na instituição.

Caracterização da realização do atendimento ao paciente oncológico

Os tipos de câncer atendidos no período da coleta de dados foram divididos de acordo com as clínicas de referência para o seu tratamento: cabeça e pescoço, proctologia, cirurgia geral, mastologia, torácica, onco-ginecologia, urologia, dermatologia e neurologia. A Tabela 3 mostra a relação dessa variável com a idade e o sexo e a Tabela 4 apresenta o tipo de tratamento indicado, o estadiamento da doença e o intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento.

A mastologia e a proctologia foram as principais clínicas encaminhadoras, representando o maior número de pacientes. Por faixa etária, a mastologia encaminhou um maior número de pacientes no início da vida adulta e vida adulta intermediária. Na vida adulta tardia, os tumores urológicos foram os mais frequentes. Cabe destacar, conforme os dados apresentados, que se identificou na mastologia um paciente do sexo masculino (0,8%). Esses dados indicam necessidade de abordagens mais direcionadas a esse perfil de pacientes, seja pela prevalência, seja pela exceção.

Dois (1,5%) pacientes da mastologia e sete (5,3%) da urologia receberam indicação para a realização de hormonioterapia, enquanto para a braquiterapia foram indicados cinco (3,8%) sujeitos provenientes da oncoginecologia. Um fato que chamou a atenção foi a ausência da classificação de estadiamento do câncer ou da indicação terapêutica nos prontuários de alguns dos pacientes.

A incidência dos tratamentos realizados pela amostra analisada foi: quimioterapia (n=83, 61,5%), radioterapia externa (n=41, 30,4%), cirurgia (n=14, 10,4%), hormonioterapia (n=9, 6,7%) e braquiterapia (n=5, 3,7%); considerando a possibilidade de o paciente realizar mais de um tratamento. No geral, visto que os pacientes encaminhados ao serviço já apresentam diagnóstico neoplásico, a média de espera entre a primeira consulta com a radioterapia e a realização da radioterapia foi de 61 dias, e entre a primeira consulta com a oncologia clínica e a quimioterapia ou o início da hormonioterapia foi de 19 dias e 28 dias, respectivamente. Vale ressaltar que 14 pacientes tiveram indicação de cirurgia após ingressarem na Unidade de Oncologia. Desses, 10 tiveram indicação de tratamento quimioterápico ou radioterápico (neoadjuvância) seguido de procedimento cirúrgico e outros quatro de retorno para a clínica de origem para nova abordagem cirúrgica. Quando indicados para realização de cirurgia a média foi de 93 dias após a primeira consulta com oncologista, considerando que nesse período a maioria estava em tratamento. Assim, nesses casos, os altos intervalos de espera para a realização da cirurgia podem estar ligados ao curso do tratamento de cada paciente, e não necessariamente à demora do serviço em atender às demandas.

O estudo apresentou alguns outliers em relação ao intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento. Para a realização da quimioterapia os maiores tempos de espera foram de 77 dias para pacientes provenientes da clínica de cirurgia geral, 248 dias da proctologia, 132 da mastologia, 144 dias da oncoginecologia e 97 dias da urologia. Para o início da radioterapia externa, os pacientes provenientes da cabeça e pescoço aguardaram 72 dias, 77 dias da cirurgia geral, 74 dias da proctologia, 65 dias da clínica torácica, 100 dias da dermatologia, 216 dias

da mastologia e 211 dias da oncoginecologia. Para a realização da cirurgia, o máximo de dias correspondeu a 118 dias para os provenientes da proctologia, 86 dias para os da torácica e 240 dias para os da mastologia. Quanto ao início da hormonioterapia, o maior tempo de espera foi de 94 dias para os pacientes com câncer de mama.

De acordo com os registros de prontuários, os casos acima são justificados por questões administrativas de funcionamento do hospital e do sistema de saúde ou por intercorrências que ocorreram durante a trajetória da doença, como a adição de novas indicações de tratamento ou restrições em relação ao tratamento sugerido.

De acordo com os prontuários, até a data final da coleta ainda estavam aguardando para a realização dos tratamentos 16 (39%) pacientes entre os 41 indicados para a radioterapia externa, três (21%) indicados para cirurgia, cinco indicados para braquiterapia (100%) e dois (2%) indicados para quimioterapia. Segundo relato no prontuário, um paciente optou por não realizar quimioterapia na instituição e tentar radioterapia externa em um hospital particular, devido à fila de espera. Outro sujeito, indicado para radioterapia externa, preferiu iniciá-la também em hospital particular. Além disso, um outro paciente inicialmente indicado para realizar radioterapia externa iniciou a quimioterapia na própria instituição, devido à demora para o início do tratamento previamente sugerido. Sete pacientes foram indicados para tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia externa, mas receberam apenas o tratamento quimioterápico em função da demora para iniciar a radioterapia. Tais condições refletem a dificuldade de oferecer ao paciente o tratamento de referência para o seu caso, no tempo devido, com demanda de revisão dos fluxos e aumento na disponibilidade de equipamentos de radioterapia.

A Tabela 5 apresenta o intervalo em dias entre a primeira consulta e o início do tratamento de acordo com o estadiamento (I-IV) da doença, a partir das diferentes indicações.

Um dado que perpassa todo o processo de tratamento é o tempo necessário para realizar o diagnóstico após início dos sintomas. Em geral o processo de diagnóstico inicia-se nas unidades básicas de saúde. Em relação aos dias entre o início de sintomas e o diagnóstico, identificou-se média de 249,32 dias, com um desvio padrão de

88,5. Entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento no hospital a média do intervalo foi de 192 dias com um desvio padrão de 269,7. Os altos valores de desvio padrão apontam para valores muito dispersos, visto que em alguns casos o paciente demorou cerca de um dia para iniciar o tratamento e um outro levou cerca de 342 dias, por exemplo.

Considerando esses dados, há indícios de demora no processo de diagnóstico, com prejuízos para o bom andamento do tratamento antes mesmo de chegarem à unidade hospitalar, o que pode explicar o elevado número de estadiamentos mais avançados - III e IV - na amostra (n=31, 55,7%). É importante ressaltar que a maioria dos prontuários apresentou a classificação TNM do estadiamento sem a classificação final de I a IV. Para a análise de dados referente ao estadiamento, utilizou-se apenas os 56 registros com a classificação de I a IV.

Embora não tenha sido objetivo inicial do estudo, ao identificar lacunas em alguns dos registros analisados, buscou-se então investigar as informações faltantes nos prontuários revisados. Cerca de 63 (46,6%) prontuários apresentaram ausência de dados importantes. O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos dados de acordo com as variáveis.

Quatorze (10,3%) prontuários não apresentaram registro acerca do estadiamento da doença. Doze (8,8%) registros mostraram falta de dados sociodemográficos. Dezenove (14%) prontuários não continham informações acerca dos encaminhamentos para o serviço de oncologia. Além disso, dois prontuários apresentaram ausência tanto de dados sociodemográficos quanto dos encaminhamentos. Quanto ao tratamento, às indicações e os atendimentos prestados, 16 (11,8%) prontuários mostraram insuficiência de dados acerca dos casos oncológicos.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos. Brasília-Brasil, 2017.

	Variável	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sexo	Feminino	79	58,5

continua...

...continuação- Tabela 1

	Variável	Frequência (N)	Porcentagem (%)
	Masculino	56	41,5
Idade	26-45	26	19,3
	46 a 64	59	43,7
	65 a 90	50	30,7
Escolaridade	Analfabeto	13	10,2
	Fundamental Incompleto	47	37
	Fundamental Completo	16	12,6
	Médio Incompleto	6	4,7
	Médio Completo	29	22,8
	Superior Incompleto	8	6,3
	Superior Completo	6	4,7
	Pós-graduação	2	1,6
Estado Civil	Solteiro (a)	31	23,3
	Casado (a)	69	51,9
	Divorciado (a)	16	12
	Viúvo (a)	15	11,3
	Outro	2	1,5
Condição Trabalhista	Ativo	49	44,1
	Beneficiário	13	11,7
	Aposentado	41	36,9
	Desempregado	8	7,2

Tabela 2 – Registro de atendimento por categoria profissional. Brasília-Brasil, 2017.

Categoria Profissional	Frequência	Porcentagem
Médico	123	91,1%
Assistente Social	123	91,1%
Psicólogo	117	86,6%
Fonoaudiólogo	113	83,7%
Terapeuta Ocupacional	66	48,8%
Nutricionista	47	34,8%
Fisioterapeuta	15	11,1%

Tabela 3 – Perfil dos pacientes - idade e sexo – por clínica encaminhadora. Brasília-Brasil, 2017.

Especialidade encaminhadora	Idade						Sexo			
	26-45		46-64		65-90		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça e pescoço	1	0,7	2	1,5	2	1,5	5		-	
Proctologia	3	2,3	12	9,1	8	6,1	8		15	
Dermatologia	1	0,7	2	1,5	1	0,7	4		-	
Cirurgia Geral	4	3	6	4,5	6	4,5	8		8	
Mastologia	9	6,8	13	9,8	6	4,5	1		-	
Torácica	2	1,5	5	3,8	8	6,1	10		27	
Onco-Ginecologia	5	3,8	12	9,1	4	3	-		5	
Urologia	1	0,7	5	3,8	13	9,8	18		21	
Neurologia	-	-	1	0,7	-	-	-		1	

Tabela 4 – Especialidade de origem e fluxo para tratamento, estadiamento e intervalo entre 1ª consulta e início do tratamento. Brasília-Brasil, 2017.

Tipo de câncer	Tratamento Indicado			Estadiamento				Intervalo entre 1ª consulta e início do tratamento (dias)					
	N (%)			N				QT		RT		Circg	
	QT	RT	Circg	I	II	III	IV	N	M (DP)	N	M (DP)	N	M (DP)
Cabeça e pescoço	4 (3)	5 (3,8)	-	-	-	-	3	4	2,75 (2,06)	3	50,67 (20,5)	-	-
Proctologia	16 (12,1)	4 (3)	7 (5,3)	1	3	3	2	16	30,5 (63,6)	-	-	5	74,6 (35,8)
Cirurgia Geral	12 (9,1)	3 (2,3)	-	-	-	3	2	11	13,6 (22,1)	3	36,67 (36,1)	-	-
Mastologia	21 (15,9)	9 (6,8)	3 (2,3)	2	10	3	-	22	11,7 (28,3)	4	121,25 (106,1)	2	213 (38,1)
Torácica	10 (7,6)	4 (3)	2 (1,5)	1	-	2	4	9	9,6 (6,5)	2	36,5 (40,3)	2	78 (11,3)
Onco-Gineco	12 (9,1)	10 (7,6)	1 (0,7)	-	7	4	2	10	34 (44,6)	5	56,2 (87,7)	1	43 (*)
Urologia	6 (4,5)	5 (3,8)	1 (0,7)	-	1	1	-	7	29 (35,6)	2	13 (16,9)	1	29 (*)
Neurologia	1 (0,7)	-	-	-	-	-	1	1	15 (*)	-	-	-	-
Dermatologia	1 (0,7)	1 (0,7)	-	-	-	-	1	1	1 (*)	1	100 (*)	-	-

Legenda: QT: quimioterapia; RT: radioterapia; Circg: cirurgia; (*) único caso, trata-se do valor absoluto referente ao registro do caso.

Tabela 5 – Relação entre o intervalo entre a primeira consulta e o início do tratamento (em dias) e o estadiamento (I-IV). Brasília-Brasil, 2017.

Intervalo entre 1ª consulta e início do tratamento (dias)	Estadiamento															
	I				II				III				IV			
	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP
Quimioterapia	1	2,4	7	*	14	34,1	21,5	35,9	12	29,4	18,6	25,5	14	34,1	15	28,4
Radioterapia	-	-	-	-	6	50	61,5	77,2	3	25	100	106,3	3	25	35,3	12,09
Cirurgia	1	20	70	*	1	20	240	-	1	20	21	*	2	40	87	1,41
Hormonioterapia	1	100	94	*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* único caso, trata-se do valor absoluto referente ao registro do caso.

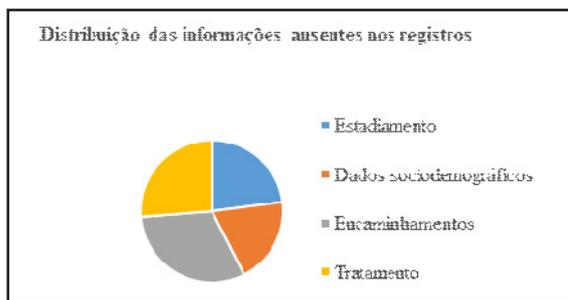


Gráfico 1 –Distribuição das informações ausentes nos registros. Brasília-Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que o diagnóstico e o tratamento do câncer são situações que demandam adaptação tanto do paciente quanto de sua família. Com o impacto do diagnóstico, o paciente e familiares sofrem novas incertezas e buscam forças para iniciar essa trajetória. A família reconhece as dificuldades como batalhas e identifica certa fragilidade diante desse processo¹⁶. Nesse sentido, os serviços precisam estar atentos para minimizar o impacto causado, que é dependente da idade, sexo, escolaridade, rede de apoio, tratamento, entre outras variáveis.

Conforme os dados obtidos, nota-se que a prevalência do diagnóstico de câncer no sexo feminino foi maior em 17% se comparado com os homens. Nos países em desenvolvimento as mulheres também predominam no diagnóstico neoplásico, porém em 25%¹⁷. A maioria de pacientes apresentou como grau de escolaridade o Fundamental Incompleto, o que também ocorreu em um estudo realizado em um ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), em que 38% dos sujeitos tinha o Ensino Fundamental Incompleto¹⁸. Isso exige que os profissionais da saúde criem estratégias para facilitar a compreensão do diagnóstico e das recomendações em relação ao tratamento.

Percebeu-se ainda um atendimento predominantemente multiprofissional com a grande maioria dos pacientes, principalmente na Medicina, Serviço Social, Psicologia e da

Fonoaudiologia, condizendo assim com o modelo biopsicossocial e sua compreensão do sujeito como ser integral e com múltiplas faces do adoecer. A implementação de um atendimento multiprofissional tem se incorporado e integrado progressivamente no cuidado ao paciente oncológico. Busca-se modificar a assistência focalizada na patologia, sinais e sintoma, para um atendimento voltado às suas demandas individuais, sociais, afetivas e psicológicas¹⁹.

A Portaria N^o 876/2013 viabiliza o prazo em que o paciente oncológico tem o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após receber o diagnóstico, de acordo com a necessidade terapêutica de cada caso⁹. Porém, notou-se que a média de espera entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento indicado mais que triplicou se comparado com o que a lei estabelece. O início prolongado para a radioterapia externa chama atenção, visto que a média de dias desde a primeira consulta com o oncologista, em que o paciente já está diagnosticado, até o início do tratamento foi de 61 dias. Além disso, a média do intervalo entre os sintomas e o diagnóstico também se mostra como um dado alarmante, apontando para uma defasagem no processo do diagnóstico nos níveis de atenção básica e secundária do SUS.

A quimioterapia foi o tratamento mais indicado aos pacientes no geral (61%) e, concomitantemente, o que teve o menor tempo de espera para ser iniciado. Por outro lado, a radioterapia externa e a cirurgia, foram os tratamentos com maiores tempos de espera para realização. O maior número de pacientes aguardando tratamento após indicação médica estava na radioterapia externa e na braquiterapia, também devido à demora da fila de espera.

O caso do paciente indicado para realizar tratamento radioterápico externo e que acabou por receber quimioterapia devido à fila de espera para a radioterapia, aponta, em situações como essa, para um tratamento paliativo ao invés de individualizado e voltado para a real demanda do paciente. A situação dos sete pacientes indicados para tratamento combinado com quimioterapia e radioterapia externa que conseguiram apenas iniciar a quimioterapia, também aponta para a restrita disponibilidade

de tratamento radioterápico na rede de saúde do estado. Verificou-se nos prontuários que muitas vezes, numa tentativa da equipe de oncologia clínica para manter a doença estável enquanto aguarda-se por radioterapia externa, cirurgia ou braquiterapia, há indicação de quimioterapia. Percebe-se a necessidade de articulações e distribuições assertivas na rede de saúde acerca dos tratamentos segundo o quadro de cada paciente, de forma a evitar desgastes emocionais, físicos e psicológicos de um tratamento meramente atenuante, bem como gastos com uma terapêutica que não é a mais específica para o caso.

Além do aspecto legal, tal situação é causadora de estresse para o paciente, sua família e para os profissionais do serviço. Nesse sentido, medidas globais precisam ser estabelecidas entre os gestores do estado, a instituição e a equipe multiprofissional de forma a garantir o cumprimento das devidas determinações, que é um direito do usuário. Assim, percebe-se principalmente a necessidade de uma reorganização da rede de atenção oncológica do estado, visando aumentar o acesso aos tratamentos pelos pacientes.

A prevalência dos pacientes encaminhados pelas clínicas do próprio hospital em comparação com os encaminhados pelos outros hospitais públicos da rede de saúde condiz com a distribuição pré-estabelecida, em que 60% das vagas são para pacientes provenientes da instituição. Considera-se que esses sujeitos também fazem parte do público assistido na rede de saúde, mas que tiveram seu primeiro ingresso na unidade hospitalar nas especialidades clínicas não oncológicas. Tal situação pode significar mais um aspecto estressor na trajetória de 40% dos pacientes, visto que estes precisam passar por duas filas de espera até chegar ao seu objetivo: a fila para ser atendido no ambulatório de um primeiro hospital da rede e, posteriormente, a fila para ingressar no serviço de oncologia da unidade estudada. Tal situação acaba por contribuir para o aumento do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, podendo ainda ultrapassar o que é estipulado em lei.

Ademais, ao analisar o intervalo entre a 1ª consulta e o início do tratamento em relação

ao estadiamento percebeu-se que os pacientes em estágio IV indicados para a radioterapia externa obtiveram uma média de espera consideravelmente menor se comparados aos pacientes nos estádios II e III. Uma hipótese para esse achado seria a prioridade atribuída a pacientes em estágio mais avançado para a realização de radioterapia. Uma vez que tal definição atende a um caráter de urgência, mas não tem um alcance preventivo em relação à evolução dos casos, novamente observa-se o prejuízo causado pelo número limitado de serviços disponíveis.

Notou-se também que alguns pacientes não receberam uma classificação do estadiamento da neoplasia (I-IV) ou tal classificação simplesmente não constava no prontuário, o que pode contribuir para um atendimento incompleto da clientela. Visualizar o estágio do câncer permite traçar um tratamento mais individualizado e o prognóstico real do sujeito. Além disso, a ausência de organização dos prontuários e a escassez dos registros realizados empecilham a obtenção dos dados²⁰.

Por fim, como limitação, apesar da intenção inicial de incluir a variável “intervalo em dias entre a solicitação e a realização de exames”, notou-se a dificuldade em encontrar nos prontuários físicos e eletrônicos as datas estipuladas. A maioria dos exames apresentou apenas datas de solicitação ou datas de realização registradas, sem que houvesse compatibilidade suficiente para a análise. A ausência de outros dados no geral em determinados prontuários, desde o estado civil até o tipo de câncer, representou uma dificuldade para a coleta de dados. É necessário ressaltar a importância de registros completos nos prontuários, de forma a contribuir para uma comunicação eficaz entre os profissionais da equipe oncológica e, conseqüentemente, para um atendimento integralizado e continuado aos pacientes da unidade.

CONCLUSÃO

O prontuário deve incluir documentos padronizados para o registro dos cuidados prestados ao paciente pelos serviços de saúde, sendo importante para ensino, pesquisa,

propostas de assistência à saúde pública e para avaliar a qualidade do serviço.

O registro no prontuário representa um desafio diário para o profissional de saúde, nem sempre priorizado. A falta de informação nesse documento compromete a eficácia e a eficiência da comunicação em saúde e dos atendimentos, como já ressaltado. A formação em saúde deve enfatizar a competência para registrar e atualizar prontuários, captando as informações primordiais e complexas. Registros completos permitem aos profissionais da saúde compreender e agir a partir do real contexto do paciente, contribuindo para um serviço de alta resolutividade, dentro dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Além disso, a distribuição dos diagnósticos de câncer para a análise de dados foi feita de acordo com a clínica encaminhadora. Em estudos futuros, sugere-se que a avaliação seja feita de forma mais detalhada e específica considerando os tipos de câncer existentes na amostra.

Por fim, a avaliação dos prontuários foi realizada quantitativamente, sem a possibilidade de se aprofundar e qualificar as características de cada caso e das demandas existentes. Sugere-se assim que estudos futuros se aprofundem para conhecer mais sobre as variáveis que interferem no fluxo de tratamento dos pacientes, uma vez que o presente estudo se restringiu à descrição do cenário.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EC, Vasconcellos LCF. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(106): 881-892.
2. Santos MO. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(1): 119-120.
3. Silva MJS, Bergmann A, Siqueira ASE, Casado L, Zamboni MM. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018;64(4): 459-460.
4. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(116): 225-236.
5. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(2): 317-326.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 2439 de 8 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 12732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 876 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria, nº 874 de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Brasília, 2013.
11. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka, OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev de Saúde Pública*. 2014; 48(2): 240-248.
12. Costa JM, Finco GM, Souza RLG, Medeiros WCM, Melo MCM. (2016). Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Rev da SBPH*. 2016;19(2): 5-23.
13. Straub RO. *Psicologia da Saúde*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
14. Carvalho MR, Lustosa MA. Interconsulta psicológica. *Rev da SBPH*. 2008;11(1): 31-47.
15. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp; 2003.
16. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência, cuidado e saúde*. 2010; 9(2): 269-277.
17. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GA. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005;51(3): 227-234.
18. Silva MM, Silva JA, Esteves LO, Mesquita MGR, Stipp MAC, Duarte, SCM. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2013;15(3): 704-712.
19. Silva VCE, Zago MMF. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005;58(4): 476-480.
20. Andrade TL, Queiroz E, Martins EF. *Ensino na Saúde no Brasil*. 1.ed. Curitiba: Juruá; 2016.

Recebido em janeiro de 2018.

Aceito em agosto de 2019.