

TRATAMENTO AMBULATORIAL EM ONCOLOGIA CLÍNICA

(1) SÍLVIO MONFARDINI

(2) CÉLIA TOSELLO DE OLIVEIRA

RESUMO

Nos últimos cinco anos, houve um grande aumento no atendimento de pacientes cancerosos em ambulatorio. Isto se deve principalmente ao grande número de doentes tratados pela quimioterapia, ao aumento da porcentagem e duração das remissões e da sobrevida e à necessidade de tratamento continuado e em séries passíveis de serem executadas em ambulatorio.

As vantagens do tratamento ambulatorial sobre o hospitalar são de 3 tipos: 1) para o paciente, há uma vantagem de natureza psicológica; 2) para o médico, existe maior disponibilidade para atender um número elevado de pacientes e 3) para o Instituto, há redução no número e na duração das internações.

A atividade de ambulatorio foi bastante ampliada, podendo-se chegar a fazer num mesmo dia quase todas as etapas realizadas durante uma internação. Sua complexidade também aumentou proporcionalmente, devendo dispor de fichas clínicas dos pacientes, ter possibilidades de realizar hemometria, exame clínico e aplicações de quimioterapia, como recursos básicos.

No Instituto Nacional de Tumores de Milão, boa parte de 37 estudos prospectivos atualmente em execução, são iniciados e seguidos em ambulatorio e cerca de 80 a 100 pacientes controlados diariamente.

Neste Instituto o número de consultas em ambulatorio foi de aproximadamente 8.000 em 1971 e 30.000 em 1977. O tempo médio de atendimento é de 3 a 6 horas.

Entre as limitações deste tipo de atendimento estão a impossibilidade de controlar determinadas complicações infecciosas, hemorrágicas ou tóxicas das drogas, e as dificuldades próprias de uma progressiva redução da "performance status".

Trabalho realizado no Instituto de Tumores de Milão.

(1) Médico-Chefe do Ambulatorio da Divisão de Oncologia Clínica F — Instituto Nacional de Tumores de Milão — Serviço do Prof. Giovanni Bonadonna.

(2) Médica da Seção de Quimioterapia da Oncologia Clínica da Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia" — Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — Serviço do Prof. Dr. João Sampaio Góes Júnior.

SUMMARY

During the last five years a great increase in the out-patient management of cancer patients occurred. This was mainly due to the growing number of patients under treatment by chemotherapy, the increasing percentage and duration of remissions and survivals and to the necessity of continuous treatment, through drug courses, which could be conducted as an out-patient activity.

The advantages of out-patient over hospitalized treatment are three-fold: 1) for the patient, of a psychological kind; 2) for the doctor, the possibility of treating more patients and; 3) for the Institute, shorter permanence and reduced number of admittances.

Out-patient activity has been greatly enlarged; on the same day it is possible to perform nearly all proceedings carried out during admittances. Its complexity has increased proportionally, too. As basic resources, there must be patient clinical records, means of doing hemometry, clinical exams and chemotherapy.

At the "Istituto Nazionale dei Tumori" of Milano a great part of the 37 on-going prospective studies have been started and followed as out-patient activity, and about 80 to 100 patients are seen daily. The number of consults in this Institute was approximately 8.000 in 1971 and 30.000 in 1977. The average time for the management of a patient is from 3 to 6 hours.

Among the limitations of the out-patient activity are the impossibility to control some infections, hemorrhagic or toxics complications of the drugs and the difficulties of a "performance status" progressive reduction.

COMUNICAÇÃO

Nos últimos cinco anos, verificou-se um progressivo desenvolvimento nas possibilidades de aplicação de um tratamento clínico em pacientes afetados por neoplasia quimiossensível, que é dependente do aumento da porcentagem e da duração das remissões completas e parciais. Este novo fato levou a um maior número de pacientes com longa sobrevivência, que necessitam de tratamento prolongado. Esta positiva evolução é relevável, considerando-se o aumento notável da sobrevida consequente à **poliquimioterapia** nos linfomas malignos e na leucemia linfoblástica aguda.

O aumento do número de pacientes que necessitam de constante seguimen-

to não é, entretanto, totalmente atribuível ao motivo exposto acima; há outros fatores que devem ser considerados. Entre esses, podemos citar, em primeiro lugar, a expansão de neoplasias para as quais existe, atualmente, a indicação de quimioterapia. Por isso, recorda-se algumas neoplasias em fase avançada (sarcoma de partes moles, osteossarcomas, carcinomas do colo uterino e neoplasias da região cérvicocefálica), nas quais só recentemente e, em alguns casos com discreto sucesso, efetuou-se sistematicamente a quimioterapia.

O impulso de tratar-se, também, algumas neoplasias que no passado foram consideradas pouco sensíveis, foi motivado parcialmente pela descoberta de novas drogas, como a adriamicina.

na e a bleomicina. É também oportuno considerar que somente agora se faz sentir pela primeira vez, de um modo bem definido, o emprego sistemático e prolongado da quimioterapia precaucional.

Se ao aumento das situações clínicas que requerem o emprego de tratamento clínico, agregar-se, também, a complexidade do tratamento quimioterápico, e o fato de que este, em contradição ao passado, vem sendo geralmente feito de modo recorrente, compreende-se o porquê de um notável aumento no número de pacientes que devem ser seguidos ambulatorialmente junto aos institutos oncológicos.

VANTAGENS E DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

As vantagens conseqüentes ao tratamento ambulatorial, em comparação ao efetuado durante uma internação hospitalar, podem ser resumidas em 3 tipos de fatores:

1. Para o paciente, existe uma vantagem de ordem psicológica, conseqüente à não hospitalização e à possibilidade, em alguns casos, de manter a sua atividade normal ou reduzida de trabalho.
2. Para o médico oncólogo, existe uma maior disponibilidade clínica para um número mais elevado de pacientes. Além disso, pode ser possível uma concentração do trabalho clínico em um espaço de tempo menor.
3. Para o instituto oncológico, é possível uma redução do número de pacientes sujeitos à internação e um período médio diminuído desta. Além disso, o número de pacientes, que são tratados segundo protocolos em experimentação, pode ser sensivelmente aumentado.

Por essas circunstâncias, o ambulatório terapêutico foi historicamente se desenvolvendo segundo a seqüência detalhada no **Quadro I**.

DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO TERAPEÚTICO	
1960-1965	Exames clínicos ambulatoriais Exames radiológicos Prescrição de medicamentos
1965-1969	Exames clínicos ambulatoriais Hemometria contemporânea Exames radiológicos Prescrição de medicamentos
1969-1972	Exames clínicos ambulatoriais Hemometria contemporânea Exames radiológicos contemporâneos Administração de medicamentos
1972-1974	Exames clínicos ambulatoriais Hemometria contemporânea Exames radiológicos contemporâneos Execução de biópsias ósseas, paracenteses, toracocenteses Terapia transfusional Administração de medicamentos

QUADRO I

Anteriormente ao ambulatório de oncologia clínica, o doente era apenas sujeito a um exame clínico, e as drogas eram prescritas a domicílio. Em um tempo sucessivo, tivemos a realização de alguns exames, e mesmo a administração de algumas drogas ambulatorialmente.

Nos últimos anos, nos vários institutos oncológicos, a atividade do ambulatório terapêutico foi bastante ampliada, tanto que se chegou a concentrar, num mesmo dia, quase todas as etapas que são feitas durante uma internação hospitalar, e esta foi a razão pela qual muitos institutos oncológicos interessaram-se por uma progress-

são e reestruturação para desenvolvimento de um ambulatório terapêutico. Verificou-se, inclusive, a improvisação de algumas salas de consultas clínicas com repartições anexas de laboratório de hematologia para a leitura imediata de hemometria e aspirado medular.

Sucessivamente, a este complexo ambiente, agregaram-se salas para a administração de medicamentos e para a execução de exames complementares (aspiração de medula, biópsia óssea, paracenteses, toracocenteses) e salas para transfusão de sangue, plaquetas e leucócitos. Em alguns institutos oncológicos foi, inclusive, criado um pequeno departamento radiológico anexo ao ambulatório terapêutico, para a rápida leitura de radiografias feitas no momento do controle ambulatorial.

ORGANIZAÇÃO

A complexidade progressiva do assunto ambulatório terapêutico colocou novos empenhos à organização desta estrutura. No **Quadro II** expõe-se as condições necessárias ao funcionamento de um ambulatório terapêutico.

CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA O FUNCIONAMENTO DE UM AMBULATÓRIO TERAPÊUTICO

1. Disponibilidade de fichas clínicas do paciente antes do exame clínico do paciente.
2. Disponibilidade da hemometria feita no mesmo dia e antes do exame clínico.
3. Disponibilidade dos relatórios dos exames radiológicos solicitados na consulta anterior.
4. Exame clínico do paciente
5. Execução da quimioterapia
6. Indicação da evolução ao médico do paciente.

Não é supérfluo enumerar, apesar de ser óbvia, a necessidade de todos os departamentos, mas, realmente, a maior dificuldade consiste no fato de coexistirem juntas todas as sessões, segundo uma seqüência pré-fixada e um espaço de tempo limitado.

Para o preenchimento da ficha clínica, a execução dos exames e a consulta ao paciente, necessita-se de um espaço limitado e é perfeitamente compreensível que deve existir um itinerário pré-fixado para o paciente, a ficha clínica e os exames de laboratório.

A presença de diversos tipos de neoplasia, suscetíveis a tratamento e, além disso, com a necessidade de serem seguidos por um mesmo médico em períodos pré-fixados, grupos de pacientes afetados pela mesma neoplasia, levaram a que todos os institutos oncológicos estabelecessem uma distribuição diária pré-determinada dos diversos tipos de neoplasia.

Do ponto de vista de organização, parece ser clara a necessidade de uma secretaria que distribua os itinerários e regule as consultas aos pacientes, segundo o tipo de neoplasia e exames solicitados. Isto ocorre nos diversos centros oncológicos com características e soluções do tipo não necessariamente equivalentes, mas segundo a situação local.

Outro aspecto importante apontado, é o da administração de medicamentos, pois isto realmente requer que sejam satisfeitas diversas condições. Em primeiro lugar, que haja a disponibilidade de drogas. Pode ser óbvio, mas temos os casos de drogas que ainda não foram registradas e, desse modo, não podem ser prescritas. Há, ainda, a alternativa do medicamento poder ser prescrito, mas não estar disponível nas farmácias. Neste caso, o centro oncológico deve se interessar pela aquisição do medicamento. Este problema é

comum em muitos países, de tal maneira que, em 1974, na "American Society of Clinical Oncology" (ASCO), foi criada uma comissão para estudar tal assunto.

A diluição das drogas que geralmente são administradas por via endovenosa, pode ser feita pelo próprio médico. Para abreviar o tempo de trabalho do médico, na maioria dos institutos oncológicos tal função vem sendo efetuada por enfermeiras especializadas. A injeção da droga é geralmente feita pelo médico, mas é possível deixar a responsabilidade de enfermeiras especializadas, como ocorre em centros oncológicos norte-americanos.

PROTOCOLOS UTILIZADOS DURANTE O PERÍODO AMBULATORIAL

NÚMERO DE PACIENTES SUSCETÍVEIS A TRATAMENTO

Fazendo uma análise sobre os principais protocolos terapêuticos, atualmente em uso na divisão de oncologia clínica F do Instituto Nacional de Tumores de Milão, observa-se que uma boa parte dos 37 estudos prospectivos, atualmente em vigor neste Instituto, podem ser iniciados e inteiramente seguidos durante o período ambulatorial, sem levar em conta situações clínicas, particulares como hemorragias ou infecções que podem requerer internações.

O número de pacientes que pode ser controlado diariamente e sujeito à terapia, varia, nos diversos institutos oncológicos, entre 50 e 100 unidades. No Instituto Nacional de Tumores de Milão, diariamente são controlados, no ambulatório terapêutico, um número de pacientes que varia de 80 a 100 unidades.

Durante os últimos 7 anos, o número de pacientes controlados pela Oncolo-

AUMENTO PROGRESSIVO DA ATIVIDADE DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO INSTITUTO NACIONAL DE TUMORES DE MILÃO, DE 1971 A 1977

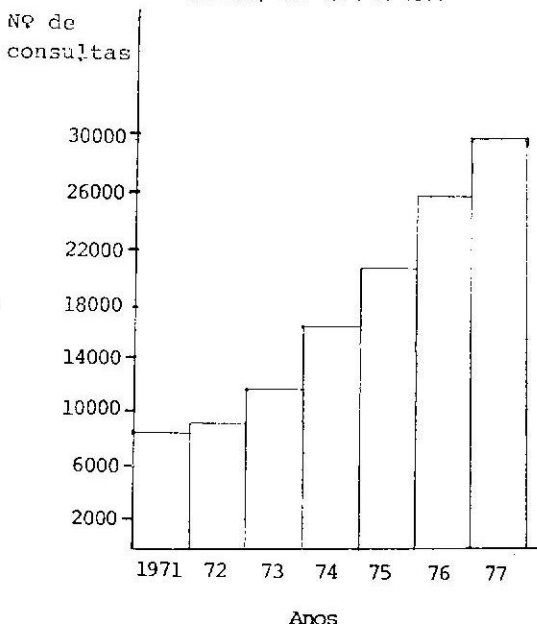


GRÁFICO I

gia Médica foi progressivamente aumentando (**Gráfico I**), fato decorrente, em parte, do aumento do número de pacientes em tratamento com quimio-

AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA — DISTRIBUIÇÃO MENSAL DE CONSULTAS AM- BULATORIAIS — PRIMEIRAS CONSULTAS E CONSULTAS DE CONTROLE

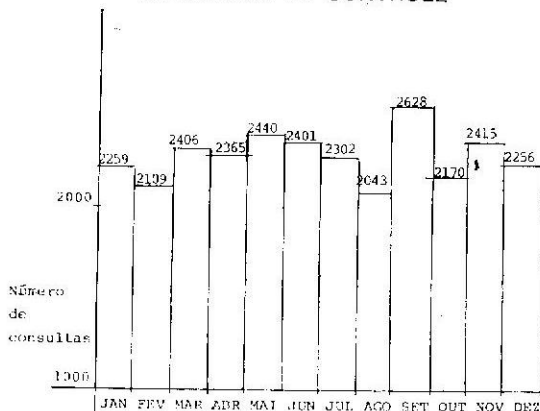


GRÁFICO II

terapia precaucional. A distribuição do número de consultas mensais no ano de 1977 não apresentou notável oscilação no transcorrer do período (**Gráfico II**).

O tempo médio de atendimento, calculado desde o momento da entrada do paciente no ambulatório, gira em torno de 3 a 6 horas (com um mínimo de 1 hora e máximo de 6 horas).

LIMITAÇÕES

O impulso que recebeu o ambulatório terapêutico permite fazer algumas considerações críticas.

Deduz-se, claramente, do exposto, que nem todos os pacientes incontrolláveis, devido à progressão da doença, podem se beneficiar com uma internação. Por isso, entendemos que a população de doentes que frequenta o ambulatório, pode ser aumentada.

Em segundo lugar, existe a possibilidade de que o tratamento ambulatorial não possa garantir um adequado controle das complicações infecciosas e hemorrágicas que podem surgir em alguns casos. Quanto às graves infecções por germes gram-negativos, estas se verificam, na maioria das vezes, durante uma internação hospitalar devido à presença de germes resistentes a antibióticos no ambiente hospitalar. Quanto às infecções de pouca intensidade, ou por germes gram-positivos, o problema de um tratamento adequado pode ser simplesmente resolvido pelo médico a domicílio.

Considerando-se o risco constituído pelas hemorragias por plaquetopenias, a necessidade de uma terapia adequada consiste propriamente em haver uma estrutura ambulatorial suficiente para a execução de uma ou mais

transfusões ambulatoriais com plaquetas concentradas.

Uma menor atenção na observação dos dados relativos à toxicidade de drogas, é quase inevitável nos pacientes tratados ambulatorialmente. A anamnese precisa pode, entretanto, diminuir a margem de erro. Surge, analogamente, o problema da precisão no desenvolvimento, às vezes intermitente, de uma resposta terapêutica.

Na realidade, quando um paciente é seguido e examinado de modo recorrente, é provável que seja mais fácil a observação de variações de alguns parâmetros, do que quando é seguido diariamente, como ocorre durante uma internação hospitalar.

Merecem, ainda, uma maior atenção alguns problemas práticos que surgem em ambulatório terapêutico. Estes são, em geral, decorrentes da própria doença neoplásica que, como se sabe, leva a progressiva diminuição do "performance status", e também da acessibilidade geográfica do paciente. Nestas circunstâncias, muitas vezes se agrega um tempo de atenção ambulatorial forçadamente desproporcional à capacidade do paciente.

CONSIDERAÇÕES PROSPECTIVAS

Em conclusão, colocamos hoje, com maior evidência, a necessidade de maior maleabilidade e flexibilidade no tratamento médico do paciente neoplásico. Diante dessa exigência, impõe-se a necessidade de melhor organização das estruturas ambulatoriais dos institutos oncológicos. A isto, acrescentamos a necessidade de uma boa assistência no ambiente que vive o doente neoplásico, posto que o ambulatório terapêutico constitui somente um momento da assistência que deve ser dada ao paciente.