

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Caracterização de uma consulta de Psico-Oncologia num hospital central

Ana Sofia Sande Marques

M

2019



Caracterização de uma consulta de Psico-Oncologia num hospital central

AUTOR:

Ana Sofia Sande Marques

anasofiamarques222@gmail.com

Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

ORIENTADOR:

Dra. Sara Mendes Moreira

Assistente Hospitalar Graduada em Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário do Porto

Colaboradora Externa no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

COORIENTADOR:

Prof. Dr. Rui Magalhães

Professor Auxiliar no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

junho de 2019

AUTOR:

Ana Sofia Sande Marques

(Ana Sofia Sande Marques)

ORIENTADOR:

Sara Mendes Moreira

(Sara Mendes Moreira)

COORIENTADOR:

Rui Magalhães

(Rui Magalhães)

Porto, 6 de Junho de 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os doentes oncológicos e seus familiares, bem como aos profissionais que todos os dias trabalham para os ajudar numa fase complicada e delicada das suas vidas.

Dedico este trabalho, em especial, à minha Mãe.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial à minha Mãe, Irmã e Pai pelo apoio incansável.

À minha orientadora, Dra. Sara Mendes Moreira pela orientação, apoio e compreensão.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Rui Magalhães por toda a ajuda prestada.

À Dra. Margarida Branco, Psicóloga Clínica do Centro Hospitalar Universitário do Porto, pela colaboração e apoio.

A todas as pessoas que me apoiaram e ajudaram durante este processo.

RESUMO

Introdução: O cancro é uma das doenças mais prevalentes da atualidade e uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial. Esta doença associa-se a experiências emocionais e sociais vividas pelos doentes, seus familiares / cuidadores e profissionais de saúde, que podem ser causadoras de *distress*. A Psico-Oncologia é uma área abrangente e multidisciplinar, que deve ser integrada no cuidado geral prestado aos doentes oncológicos, de modo a ajudar na gestão e vivência deste estado patológico. O principal objetivo deste trabalho centrou-se na caracterização da consulta de Psico-Oncologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, bem como dos doentes nela observados.

Metodologia: Foi elaborado um estudo transversal descritivo que caracterizou as primeiras consultas e os utentes consultados nos anos de 2016 e 2017 pelo núcleo de Psico-Oncologia do Centro Hospitalar do Porto, nas suas valências de Psiquiatria e Psicologia.

Resultados: Realizaram-se 202 consultas de Psico-Oncologia e foram consultados 184 utentes (173 doentes oncológicos). A maioria dos utentes consultados eram mulheres (59.2%). O cancro da mama foi o diagnóstico oncológico mais prevalente (26.6%). Oncologia Médica foi a especialidade que mais referenciou utentes para a consulta. Os sintomas depressivos foram os principais motivos de consulta e também a principal sintomatologia encontrada nos doentes consultados. Quase metade dos doentes não apresentava psicopatologia. A perturbação de adaptação foi o diagnóstico psiquiátrico mais frequente (31,5%). Os antidepressivos foram os psicofármacos mais prescritos.

Discussão: O perfil dos utentes observados na consulta de Psico-Oncologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, bem como os sintomas e diagnósticos psiquiátricos encontrados foram semelhantes aos observado em estudos prévios. A maioria dos utentes apresentou algum grau de *distress*. A integração do núcleo de Psico-Oncologia na equipa de cuidados dos doentes oncológicos é necessária e indispensável.

PALAVRAS-CHAVE: Psico-Oncologia; Psiquiatria; Equipa Multidisciplinar; Admissão de utentes; Cuidados em ambulatório; Estudo transversal.

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, cancer represents one of the most prevalent and lethal diseases worldwide. It comes associated with both emotional and social experiences not only for the patients but also their relatives and patient care team, meaning a big source of distress. Psycho-oncology is a broad and multidisciplinary area in medicine, which must be incorporated within the general care given to oncological patients, so they are able to manage their feelings and thoughts about their situation. This essay describes the first consultations at the Psycho-Oncology Unit of Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Methods: A cross-sectional study was elaborated in order to display the first appointments and the patients observed in the period of 2016 and 2017 by the Unit of Psycho-Oncology at Centro Hospitalar Universitário do Porto, regarding their Psychiatry and Psychology wings.

Results: In total, 202 appointments were made, involving 184 patients (being 173 of those oncological patients). Most consulted patients were female (59,2%). Breast cancer was the most prevalent diagnosis (26,6%). The medical specialization that referred most of the patients was Medical Oncology. Depressive symptomatology was the main motive of consultation and the most frequent symptom found. Nearly half of the patients did not show any psychopathology. The adjustment disorder was the most common psychiatric diagnosis (31,5%). Antidepressants were the most prescribed drugs.

Discussion: The Psycho-Oncology patient's profile at Centro Hospitalar Universitário do Porto, as well as the symptomatology and psychiatric diagnoses found were similar to other previous studies. Most patients showed some degree of *distress*. The integration of this Psycho - Oncology unit into the care team of cancer patients is both necessary and indispensable

KEY-WORDS: Psycho-Oncology; Psychiatry; Patient Care Team; Patient Admission; Ambulatory Care; Cross-Sectional Studies

LISTA DE ABREVIATURAS

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

CHUP: Centro Hospitalar Universitário do Porto

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Metodologia	2
2.1. Consulta de Psico-Oncologia.....	2
2.2. Seleção da amostra.....	3
2.3. Recolha de dados	3
2.4. Análise estatística	4
2.5. Aprovação do estudo	4
3. Resultados	4
4. Discussão	6
4.1. Limitações.....	8
4.2. Implicações Clínicas Futuras / Recomendações	9
5. Referências bibliográficas	10
6. Anexos	12

LISTA DE TABELAS

Tabela I: Caracterização dos utentes por tipo de consulta

Tabela II: Dados clínicos dos doentes oncológicos

Tabela III: Proveniência e motivos de consulta dos utentes por tipo de consulta

Tabela IV: Diagnósticos por tipo de consulta

Tabela V: Psicofármacos por tipo de consulta

Tabela VI: Caracterização dos pedidos eletrónicos de consulta

Tabela VII: Tempos medianos de resposta e de espera (em dias) por tipo de consulta

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sintomas por tipo de consulta

Figura 2: Comparação do sintoma referenciado no pedido com o identificado na consulta

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas são um dos principais problemas de Saúde Pública da atualidade, sendo das patologias mais prevalentes mundialmente.¹ Apesar dos inúmeros avanços científicos e tecnológicos para a sua prevenção, diagnóstico e sobretudo tratamento, o cancro continua a ser uma doença associada a grande exigência emocional para o doente, seus familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

O início formal da Psico-Oncologia remonta à década de 70 do século passado nos Estados Unidos da América.² Desde então, os sentimentos e experiências vividas diretamente pelos doentes oncológicos e, num segundo plano, pelos seus familiares começaram a ser explorados e compreendidos.

A Psico-Oncologia advoga que as questões sociais e psicológicas devam ser um ponto fulcral na abordagem de todos os doentes oncológicos. Esta subespecialidade foca-se na resposta emocional dos doentes, seus familiares e cuidadores em todas as fases da doença oncológica, tendo em consideração os fatores sociais, comportamentais e psicológicos que possam influenciar a morbimortalidade associada ao cancro.³ Portanto, esta é uma área multidisciplinar, onde convergem conhecimentos e profissionais de variadas áreas.

Desde o início dos anos 2000, que a *National Comprehensive Cancer Network*[®] (NCCN) emite um conjunto de diretivas focadas na abordagem das questões psicossociais do cancro. Nelas, o termo *distress* é definido como uma experiência multifatorial desagradável de natureza psicológica, social, espiritual e/ou física que pode influenciar a capacidade de lidar com a doença oncológica e com os sintomas físicos e tratamentos a si inerentes.⁴ Assim, este é considerado um termo *umbrella*⁵, que engloba todos os tipos de sentimentos que tanto os doentes, bem como os seus cuidadores possam experienciar. É importante salientar que o *distress* se manifesta por um espectro de gravidade de sintomas emocionais, que em alguns doentes são graves o suficiente para serem sinónimo de psicopatologia, enquanto na maioria adquirem uma menor gravidade e apenas refletem uma adequada e normal reação à doença.

Conclui-se então, que a gestão do *distress* deve estar na base de uma pirâmide de cuidados a oferecer e a prestar ao doente oncológico e por continuidade aos seus cuidadores e familiares, não esquecendo os profissionais de saúde.

Atualmente, sabe-se que as co-morbilidades psiquiátricas são comuns nos doentes oncológicos^{6,7}, podendo prejudicar a sua qualidade de vida e a capacidade de resposta à própria

doença.⁸ A perturbação de adaptação associada a sintomas depressivos ou a sintomas ansiosos é o principal diagnóstico psiquiátrico encontrado nestes doentes.⁹

Estudos demonstram que a intervenção psicossocial nos doentes oncológicos é benéfica e melhora o seu bem-estar e, concomitantemente, qualidade de vida.¹⁰ Nos últimos anos, este tipo de apoio tem vindo a ganhar cada vez mais relevância.^{4,8,11-13} Também os doentes e seus familiares reconhecem a importância desta área.⁵

Com a finalidade de promover um tratamento e cuidado holístico aos doentes com cancro, é essencial integrar na equipa de cuidados multidisciplinares, profissionais de saúde mental que estejam familiarizados com esta área.¹⁴

No entanto, e apesar da importância do acompanhamento psicossocial dos doentes oncológicos e seus familiares, existem ainda poucos estudos que avaliam as consultas de Psico-Oncologia. Em Portugal, apesar do apoio psicológico ser acessível a grande parte das pessoas com cancro e seus familiares¹⁵, existe ainda um diminuto conhecimento sobre os doentes que frequentam estas consultas, bem como o funcionamento destas.

O objetivo principal deste estudo centrou-se na descrição do perfil geral dos utentes observados numa primeira consulta de Psico-Oncologia no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), bem como nos principais sintomas psicológicos e diagnósticos psiquiátricos apresentados. Os objetivos secundários consistiram no apuramento da proveniência e principais motivos de referenciação dos utentes, na estimativa do tempo de resposta/espera da consulta e na avaliação da prescrição de psicofármacos de novo.

METODOLOGIA

Foi elaborado um estudo transversal e descritivo para caracterizar as primeiras consultas de Psico-Oncologia realizadas entre janeiro de 2016 e dezembro de 2017 na Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP).

Consulta de Psico-Oncologia

O núcleo de Psico-Oncologia do CHUP é constituído por uma psiquiatra consultora e uma psicóloga clínica que realizam consultas de Psicologia e Psiquiatria de Ligação na área da Psico-Oncologia.

São admitidos a consulta os seguintes utentes: doentes oncológicos com mais de 18 anos em seguimento no CHUP ou seus familiares/acompanhantes. Os familiares podem ser avaliados na

vertente de apoio ao cuidador/intervenção familiar ou na vertente de apoio ao luto, se o doente oncológico falecido era seguido nesta consulta.

A referência do utente para a consulta pode ocorrer por via eletrónica através do SClínico (consulta externa, serviço de internamento e Hospital de Dia), por pedido em papel com aplicação prévia de um questionário – termómetro de *distress*⁴ (apenas disponível no Hospital de Dia) ou por contacto telefónico dos médicos/enfermeiros do CHUP. Para além destas vias, os profissionais de saúde da consulta de Psico-Oncologia podem agendar diretamente utentes que observaram nos serviços de internamento do CHUP ou referenciar utentes da consulta de Psiquiatria para a de Psicologia e vice-versa.

Os pedidos aceites são submetidos a uma avaliação inicial (não presencial) pela psiquiatra consultora que atribui a prioridade de observação e orienta para o tipo de consulta adequado (Psiquiatria ou Psicologia). São razões de encaminhamento para a consulta de Psiquiatria os pedidos de utentes com antecedentes de patologia psiquiátrica e/ou necessidade ou gestão de terapêutica com psicofármacos. Para além disso, são referenciados preferencialmente para Psiquiatria os doentes oncológicos com diagnóstico de cancro da cabeça e pescoço, cancro do pâncreas ou cancro hematológico. Para Psicologia são referenciados preferencialmente doentes oncológicos com cancro da mama e cancro ginecológico. No caso dos familiares de doentes oncológicos não existe preferência no tipo de consulta. De salientar que em casos particulares, após avaliação do pedido de consulta, pode ser necessário a presença na consulta de ambos os profissionais e/ou a presença simultânea do doente oncológico e do seu familiar/acompanhante.

Seleção da amostra

Foram analisados todos os agendamentos de primeiras consultas de Psico-Oncologia ocorridos entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2017. Foram consideradas todas as primeiras consultas de Psicologia e Psiquiatria separadamente.

Recolha de dados

Recolheu-se do processo clínico eletrónico informação sociodemográfica (idade, sexo, área de residência, estado civil, agregado familiar, situação profissional), informação clínica (diagnóstico oncológico, fase da doença, estadiamento, tipo de tratamentos), informação da consulta (motivos de referência, proveniência, acompanhamento, sintomas, diagnóstico psicopatológico, antecedentes psiquiátricos, internamentos psiquiátricos prévios, psicofármacos em uso, prescrição de psicofármacos de novo, pedido eletrónico correspondente).

Os sintomas e diagnósticos elaborados nas consultas foram revistos e validados pela psicóloga e psiquiatra responsáveis.

Os diagnósticos oncológicos foram agrupados tendo por base o local anatómico do tumor maligno primário.

Os diagnósticos psiquiátricos foram elaborados tendo por base a *Classificação Internacional de Doenças* (versão 10).

Análise estatística

Descreveram-se os dados sociodemográficos, clínicos e da consulta, bem como os tempos resposta/espera às solicitações.

Os sintomas que motivaram a consulta foram comparados com os identificados na consulta, através do teste de Qui-quadrado. Considerou-se um valor de $p < 0,05$ para identificar um resultado significativo. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics 25.0®.

Aprovação do estudo

O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração, pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação e pelo Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHUP.

RESULTADOS

Durante os anos de 2016 e 2017, foram agendadas 278 consultas de Psico-Oncologia, das quais 202 foram efetivadas. Das consultas realizadas, 83 (41.1%) foram de Psicologia, 117 (57.9%) de Psiquiatria e 2 (1.0%) foram consultas conjuntas de Psicologia e Psiquiatria. No total de consultas, 180 realizaram-se após pedido eletrónico, às quais se somaram 22 realizadas sem pedido informatizado.

No total foram consultadas 184 pessoas: 173 doentes oncológicos (94%), 9 familiares (4.9%) e 2 acompanhantes (1.1%). Na consulta de Psicologia foram observadas 84 pessoas (78 doentes) e na consulta de Psiquiatria 120 pessoas (114 doentes). Foram consultadas por ambas as valências 23 pessoas.

A idade média dos utentes foi de 56.8 anos, tendo-se observado uma idade média superior nos utentes de Psiquiatria (tabela I). A maioria dos utentes eram mulheres (59.2%), com uma predominância nas consultas de Psicologia (84.5%). A maior parte dos utentes residia nos concelhos

do Porto e Gondomar e vivia acompanhado (90.3%). Mais de metade dos utentes eram casados. A maioria estava reformado (39.7%) ou encontrava-se de baixa (35.9%), contudo nas consultas de Psicologia muitas das pessoas estavam a trabalhar (30.1%). Em 42 consultas, os utentes vieram acompanhados, maioritariamente por cônjuges ou filhos.

O cancro da mama e o cancro gastrointestinal são os diagnósticos mais frequentes (tabela II). Nos doentes que tiveram consulta de Psicologia, o cancro da mama é o diagnóstico mais prevalente, seguido do cancro ginecológico. Por outro lado, nas consultas de Psiquiatria, a maioria dos doentes tem cancro gastrointestinal. Mais de metade dos doentes foi consultado após o diagnóstico inaugural da doença oncológica, sendo o tempo médio desde o diagnóstico até à efetivação da consulta de 10.4 meses (desvio padrão de 11.9). Grande parte dos doentes consultados tinha um estadio avançado de doença. Praticamente todos os doentes já tinham realizado algum tipo de tratamento oncológico previamente à consulta e 62.4% realizavam algum tipo de tratamento à data da consulta. Cerca de 41% dos doentes realizava tratamento com intuito paliativo.

Em 53 utentes (28.8%) foram relatados antecedentes psiquiátricos, dos quais 5.4% tinham pelo menos 1 internamento psiquiátrico prévio.

A maior parte dos utentes foram encaminhados por Oncologia Médica (tabela III). Os sintomas depressivos são os principais motivos de consulta, seguidos dos sintomas ansiosos e da dificuldade de adaptação à doença oncológica.

A sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa foram os principais tipos de sintomas apresentados pelos utentes (figura 1). A maioria dos utentes enviados à consulta por sintomatologia depressiva ou ansiosa expressou estes sintomas na consulta. Por outro lado, este tipo de sintomatologia também foi encontrado em muitos dos doentes que não foram referenciados com esta sintomatologia (figura 2).

A maior parte dos utentes não apresentava psicopatologia. Destes utentes, 30.1% evidenciava sofrimento emocional.

A perturbação de adaptação foi a psicopatologia mais diagnosticada (tabela IV). A sintomatologia associada a este diagnóstico foi a seguinte: ansiosa (58.2%), depressiva (53.7%) e alterações do sono (29.9%). A depressão foi o segundo diagnóstico psicopatológico mais prevalente.

A maioria dos utentes (73.9%) já estava medicado à data da consulta, principalmente com ansiolíticos (tabela V). Em 60 utentes, no conjunto das consultas, foram prescritos psicofármacos de novo, sendo os antidepressivos a classe mais prescrita. Em 11 (61.1%) das 18 consultas solicitadas por necessidade ou ajuste de medicação foram prescritos psicofármacos de novo.

Quase todos os utentes (85.3%) tiveram pelo menos uma consulta de seguimento.

Foram realizadas 10 consultas com o objetivo de dar apoio aos familiares de doentes oncológicos, das quais 4 foram requisitadas para apoio ao luto (2 consultas de Psicologia e 2 de Psiquiatria) e 6 para apoio aos cuidadores (4 consultas de Psicologia e 2 de Psiquiatria). Apenas 1 dos familiares consultados era do sexo masculino. As alterações do sono foram o principal sintoma encontrado neste grupo de utentes. Em apenas 3 familiares foi encontrada psicopatologia (perturbação de adaptação). Os acompanhantes consultados eram os cônjuges dos doentes oncológicos; 1 acompanhante apresentava sofrimento emocional e o outro foi diagnosticado com perturbação de adaptação associada a sintomas ansiosos.

Ao número total de agendamentos corresponderam 246 pedidos eletrónicos, dos quais 180 foram realizados (tabela VI). A estes pedidos corresponderam 219 pessoas, das quais 214 eram doentes oncológicos (97.7%).

Registaram-se 22 pedidos de colaboração interna, dos quais 19 foram dirigidos a Psiquiatria. Mais de metade (52.6%) dos pedidos de colaboração interna de Psicologia para Psiquiatria tiveram como motivo a necessidade ou ajuste de medicação.

O tempo mediano de resposta foi inferior a 60 dias em ambas as consultas e diminuiu à medida que aumentou a prioridade do pedido (Tabela VII). O tempo mediano de espera foi ligeiramente superior.

As características sociodemográficas e clínicas dos utentes que nunca efetivaram consulta (n=55) não diferem das dos utentes que efetivaram consulta. No entanto, observou-se, neste grupo, uma maior proporção de doentes em tratamento paliativo (60.9% versus 40.9%). A principal razão de falta foi o absentismo (78.2%); 8 dos doentes faltaram por estarem internados e 4 já tinham falecido à data da consulta.

DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados em Portugal que caracteriza uma consulta de Psico-Oncologia em meio hospitalar e é o primeiro estudo do género concretizado no CHUP. Mesmo a nível internacional, ainda são poucos os estudos que caracterizam as consultas de Psico-Oncologia de um ponto de vista geral e abrangente. Os resultados encontrados são de um modo geral, semelhantes aos relatados pelo estudo elaborado no Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães.¹⁶

No total, realizaram-se mais consultas de Psiquiatria do que de Psicologia. O número de pedidos endereçados a Psiquiatria foi também maior.

Na maioria das consultas realizadas foram observadas mulheres, visto que o sexo masculino é, segundo um estudo¹⁷, um fator preditor para menor procura de apoio psicológico. Neste sentido, o cancro da mama foi o diagnóstico oncológico mais prevalente, já que este é o tipo de cancro mais frequente no sexo feminino.¹ Num estudo de 2011, realizado no Canadá, a maioria dos doentes encaminhados para unidade de Psico-Oncologia também eram mulheres com cancro da mama.¹⁸ Por outro lado, em Psiquiatria, foram consultados mais homens. Este facto pode ser explicado pelos tipos de cancro mais prevalentes nesta consulta, tipicamente mais comuns no sexo masculino.¹ As diferenças observadas em termos de diagnósticos oncológicos mais prevalentes em cada tipo de consulta são consequência da triagem aplicada.

Como seria de esperar a maioria dos utentes consultados residiam nos concelhos do Porto ou Gondomar, principal área geográfica de referência do CHUP.

A maioria dos doentes observados tinha um estadió avançado de doença oncológica, o que pode ser indicativo do envio de casos delicados e difíceis de gerir para o médico assistente devido ao prognóstico que estes implicam. Este achado também vai de encontro a estudos que mostram que os doentes com cancro em fase mais avançada têm mais probabilidade de demonstrar *distress* e consequentemente desenvolver psicopatologia.¹⁹

A maioria dos doentes já tinha realizado algum tipo de tratamento oncológico prévio ou estava a realizá-lo à data da consulta, sendo este também fator gerador de *distress*¹⁹, o que pode ter contribuído para o encaminhamento para a consulta.

Oncologia médica é a especialidade que mais encaminha doentes para Psico-Oncologia já que é a área que por excelência contacta com o maior número de doentes oncológicos e talvez por isso, os profissionais que nela trabalham estejam mais sensibilizados para este tipo de problemática.²⁰ Também os principais motivos de consulta foram de encontro a resultados previamente encontrados.²¹

A sintomatologia depressiva constitui o tipo de sintoma mais observado e a perturbação de adaptação foi a patologia psiquiátrica mais diagnosticada, seguida da depressão. Estes achados vão de encontro aos resultados encontrados nos estudos que avaliam a prevalência de patologia psiquiátrica em doentes oncológicos.^{22,23}

Por outro lado, quase metade das pessoas vistas em consulta não apresentava psicopatologia. No entanto, em vários destes utentes foi reportada sintomatologia, principalmente sob a forma de sofrimento emocional. Este facto demonstra que a maioria dos utentes apresentava algum grau de *distress*, podendo o seu rastreio ser importante.^{5,24,25} Também importa referir que, apesar dos utentes poderem não demonstrar um grau de *distress* significativo para causar perturbação psiquiátrica, o acompanhamento psicológico será sempre benéfico para validar os

sentimentos do doente e para ajudá-lo a encontrar estratégias de *coping*.¹⁸ É necessário também relembrar, que apesar de quase 30% dos utentes não apresentar sintomas e quase 50% não ter psicopatologia, mais de 70% dos utentes observados encontravam-se medicados com pelo menos um psicofármaco à altura da consulta, o que poderá contribuir para a sobrevalorização das percentagens referidas.

Tanto a percentagem de doentes sem sintomas, como a percentagem de doentes sem psicopatologia foram mais elevadas em Psicologia, o que pode estar relacionado com o estadiamento menos avançado e o menor número de doentes em tratamento paliativo observado neste tipo de consulta.

Em cerca de 30% das consultas foi prescrito algum psicofármaco de novo. As alterações ao regime farmacológico instituído não foram estudadas. Apesar de a prescrição não ser muito acentuada não podemos esquecer que a maioria dos doentes já vinha medicado à consulta, portanto o consumo de psicofármacos nestes doentes parece ser elevado. Os antidepressivos foram os psicofármacos mais prescritos, o que é compreensível, visto que os sintomas depressivos foram os mais frequentes. Esta classe de fármacos parece ter várias aplicabilidades nos doentes oncológicos, para além do controlo de sintomas depressivos.^{26,27}

A maioria dos pedidos de consulta foram realizados, o que poderá revelar o interesse dos utentes neste tipo de apoio. Também se pode verificar isto porque a maioria dos utentes que nunca efetivaram consulta realizava tratamento paliativo, o que poderia significar que o seu estado geral não lhes permitiu a ida à consulta.

Esta consulta apresenta um tempo de resposta de cerca de 2 meses. Apesar de este poder ser um fator a melhorar, é importante referir que ambos os profissionais responsáveis pelo núcleo de Psico-Oncologia não desempenham esta função em exclusivo. Importa referir que o tempo mediano de espera e o tempo mediano de resposta foi mais célere quando a prioridade do pedido foi mais urgente.

A elevada percentagem de marcação de consultas de seguimento demonstra a necessidade de um acompanhamento contínuo nestes doentes.

Limitações

Uma das principais limitações deste estudo consistiu na falta de uniformização dos pedidos de consulta. Assim, nem todas as informações pretendidas conseguiram ser recolhidas. Isto foi ainda verificado na recolha dos restantes dados, pois esta estava dependente da sua existência ou não nos processos dos utentes.

Implicações Clínicas Futuras / Recomendações

Com base nas conclusões retiradas, recomenda-se a criação de uma consulta independente e individualizada de Psico-Oncologia. Concomitantemente, recomenda-se também a elaboração de um formulário de pedido de consulta informatizado, que contenha campos de preenchimento predefinidos, com o intuito de facilitar futuros trabalhos nesta área.

Após a criação da consulta formal de Psico-Oncologia, poderemos também avaliar o seu impacto junto dos utentes e profissionais de saúde.

Seria também interessante avaliar a aplicabilidade generalizada do termómetro de *distress*⁴ como um dos critérios de referência para a consulta de Psico-Oncologia.

Poderiam ainda, ser pensadas intervenções em grupo, por exemplo, para doentes em tratamento paliativo ou estadio avançado de doença.

Para que tudo isto seja possível, é necessário que o núcleo de Psico-Oncologia seja integrado na equipa de cuidados dos doentes oncológicos do CHUP.

Referências Bibliográficas

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018. 68(6): 394-424.
2. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med*. 2002. 64(2): 206-21.
3. Holland JC. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology*, 2018. 27(5): 1364-1376.
4. NCCN Clinical Practical Guidelines in Oncology. 2018. Distress Management. Disponível em: https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Distress_Management.pdf. Consultado pela última vez a 2019.06.07
5. Holland JC, Bultz BD. The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007. 5(1): 3-7.
6. Singer S, Das-Munshi J, Brahler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care-a meta-analysis. *Ann Oncol*. 2010. 21(5): 925-30.
7. Zimmermann-Schlegel V, Hartmann M, Sklenarova H, et al. Accessibility, Availability, and Potential Benefits of Psycho-Oncology Services: The Perspective of Community-Based Physicians Providing Cancer Survivorship Care. *The oncologist*. 2017. 22(6): 719-727.
8. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018. 20(1): 13-22.
9. Chaturvedi SK. Psychiatric oncology: Cancer in mind. *Indian J Psychiatry*. 2012. 54(2): 111-8.
10. Powell CB, Kneier A, Chen LM, et al. A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic. *Gynecol Oncol*. 2008. 111(1): 137-43.
11. Institute of Medicine Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community, S., The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health, in Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs, N.E. Adler and A.E.K. 2008, National Academies Press (US). National Academy of Sciences.: Washington (DC).
12. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and quality of life outcomes*. 2003. 1: 8-8.
13. Aspetos Psicológicos (Internet). Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/aspectos-psicologicos/>. Consultado pela última vez a 2019.06.07
14. Grassi L, Watson M. Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry*. 2009. 17(6): 361-76.
15. Grassi L, Watson M. Psychosocial care in cancer: an overview of psychosocial programmes and national cancer plans of countries within the International Federation of Psycho-Oncology Societies. *Psychooncology*. 2012. 21(10): 1027-33.
16. Macedo G, Sampaio F, Barbosa P, et al. Caracterização dos doentes admitidos em consulta de psico-oncologia no Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*. 2016. Disponível em: <http://revista.psiquiatria-cl.org/index.php/rpcl/article/view/7/34> . Consultado pela última vez a 2019.06.07
17. Neumann M, Galushko M, Karbach U, et al. Barriers to using psycho-oncology services: a qualitative research into the perspectives of users, their relatives, non-users, physicians, and nurses. *Support Care Cancer*. 2010. 18(9): 1147-56.
18. Nekolaichuk CL, Cumming C, Turner J, et al. Referral patterns and psychosocial distress in cancer patients accessing a psycho-oncology counseling service. *Psychooncology*. 2011. 20(3): 326-32.

19. Ana Sofia Cabral, Margarida Viana. Psico-oncologia - do diagnóstico à intervenção. In: António Ferreira de Macedo, Ana Telma Pereira, Nuno Madeira. Psicologia na Medicina. 1ª edição. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.;2018
20. Kissane DW, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. *Aust N Z J Psychiatry*, 1996. 30(3): p. 397-404.
21. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Italian Consultation-Liaison Group. *Eur J Cancer*. 2000. 36(5): 579-85.
22. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*.2011. 12(2): 160-74.
23. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama*. 1983. 249(6): 751-7.
24. Bultz BD, Groff SL, Fitch M, et al. Implementing screening for distress, the 6th vital sign: a Canadian strategy for changing practice. *Psychooncology*. 2011. 20(5): 463-9.
25. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol*. 2012. 30(11): 1160-77.
26. Caruso R, Grassi L, Nanni MG, et al. Psychopharmacology in psycho-oncology. *Curr Psychiatry Rep*. 2013. 15(9): 393.
27. Ostuzzi G, Benda L, Costa E, et al. Efficacy and acceptability of antidepressants on the continuum of depressive experiences in patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2015. 41(8): 714-24.

Anexos

Tabela I – Caracterização dos utentes por tipo de consulta

	Psicologia*		Psiquiatria†		Total‡	
	(n=84)		(n=120)		(n=184)	
	n	%	n	%	n	%
Doente oncológico	78	92.9	114	95.0	173	94.0
Idade média (dp)	52.8	(12.2)	58.9	(11.6)	56.8	(12.3)
Mulheres	71	84.5	55	45.8	109	59.2
Área de Residência						
Porto	26	31.0	39	32.5	61	32.2
Gondomar	24	28.6	30	25.0	49	26.6
Vila Nova de Gaia	10	11.9	13	10.8	18	9.8
Outros concelhos do Porto	17	20.2	23	19.2	36	19.6
Outros distritos	7	8.3	15	12.5	20	10.9
Estado Civil						
Casado	51	63.0	79	69.3	119	67.6
Divorciado	7	8.6	17	14.9	21	11.9
Solteiro	13	16.0	9	7.9	18	10.2
Viúvo	9	11.1	6	5.3	14	8.0
União Facto	1	1.2	3	2.6	4	2.3
Sem informação	3		6		8	
Situação Profissional						
Reformado	19	26.0	48	46.6	62	39.7
de Baixa	24	32.9	39	37.9	56	35.9
Empregado	22	30.1	7	6.8	24	15.4
Desempregado	8	11.0	9	8.7	14	9.0
Sem informação	11		17		28	

*Inclui um doente oncológico e respetivo acompanhante que tiveram 1 consulta simultânea de Psiquiatria e Psicologia

†Inclui um familiar que teve 1 consulta simultânea de Psiquiatria e Psicologia

‡Os utentes apenas são contabilizados uma vez para o total

dp, desvio padrão

Tabela II – Dados clínicos dos doentes oncológicos

	Psicologia (n=78)		Psiquiatria* (n=114)		Total† (n=173)	
	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico Oncológico						
Mama	41	52.6	17	14.9	46	26.6
Gastrointestinal	12	15.4	31	27.2	39	22.5
Urológico	2	2.6	17	14.9	19	11.0
Pulmão	2	2.6	17	14.9	18	10.4
Ginecológico	14	17.9	2	1.8	15	8.7
Cabeça e Pescoço	0	0.0	14	12.3	14	8.1
Hematológico	1	1.3	8	7.0	9	5.2
Outros‡	6	7.7	8	7.0	13	7.5
Fase da doença						
Diagnóstico Inaugural	52	66.7	79	69.3	118	68.2
Seguimento	18	23.1	10	8.8	26	15.0
Recidiva	5	6.4	20	17.5	23	13.3
Progressão	3	3.8	5	4.4	6	3.5
Estadiamento						
I	22	37.9	11	12.5	25	18.9
II	10	17.2	9	10.2	18	13.6
III	13	22.4	12	13.6	25	18.9
IV	13	22.4	56	63.6	64	48.5
Sem informação	20		26		41	
Tratamentos realizados						
Quimioterapia [¶]	55	70.5	90	78.9	132	76.3
Cirurgia	60	76.9	67	58.8	112	64.7
Radioterapia	30	38.5	38	33.3	58	33.5
Hormonoterapia	25	32.1	18	15.8	35	20.2
Tratamento atual[§]						
Quimioterapia [¶]	57	73.1	68	59.6	108	62.4
Quimioterapia [¶]	31	54.4	55	80.9	76	70.4
Hormonoterapia	24	42.1	13	19.9	30	27.8
Radioterapia	3	5.3	2	2.9	5	4.6
Tratamento paliativo						
Sem informação	11	15.5	59	56.2	65	40.9
Sem informação	7		9		14	

*Nesta contabilização está incluído o doente oncológico consultado simultaneamente por Psiquiatria e Psicologia

†Os doentes consultados apenas são contabilizados 1 vez para o total

‡Inclui: sistema nervoso central (5 casos); pele (3 casos); primário desconhecido (2 casos); osso (2 casos); endocrinológico (1 caso)

¶ Incluir imunoterapia

§ Cada doente pode realizar mais de um tipo de tratamento simultaneamente.

Tabela III – Proveniência e motivos de consulta dos utentes por tipo de consulta

	Psicologia (n=84)		Psiquiatria* (n=118)		Total* (n=182)
	n	%	n	%	N
Proveniência					
Oncologia Médica	46	58.2	64	63.4	110
Hospital de Dia	8	10.1	3	3.0	11
Cirurgia [†]	6	7.6	5	5.0	11
Hematologia	1	1.3	5	5.0	6
Unidade Mama – CMIN	5	6.0	0	0.0	5
Outros [‡]	10	12.7	7	6.9	17
Colaboração Interna	3	3.8	17	16.8	20
Sem proveniência	5		17		22
Motivo da Consulta[‡]					
Sintomas depressivos	36	54.5	62	65.3	98
Dificuldade adaptação [§]	22	33.3	23	24.2	45
Sintomas Ansiosos	18	27.3	27	28.4	45
Medicação [§]	6	9.1	13	12.6	19
Antecedentes psiquiátricos	5	7.6	11	11.6	15
Alterações do Sono	3	4.5	10	8.5	13
Pedido pelo doente	7	10.6	4	3.4	11
Labilidade emocional	8	12.1	2	2.1	10
Outros [‡]	6	9.1	10	10.5	16
Apoio à família	6	9.1	4	4.2	10
Sem motivo	18		23		41

* Não foram contabilizados os acompanhantes

† Engloba Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-facial

‡ Inclui em Psicologia: 3 utentes provenientes de Ginecologia, 2 de Neurocirurgia, 1 de Gastroenterologia, 1 de Cessação Tabágica, 1 de Genética, 1 de Neurologia e um 1 do Internamento. Inclui em Psiquiatria: 2 utentes provenientes de Otorrinolaringologia, 2 de Urologia, 1 de Endocrinologia, 1 de Estomatologia e 1 de Ortopedia.

‡ Os motivos não são mutuamente exclusivos.

§ Engloba dificuldade de adaptação ao diagnóstico e/ou aos tratamentos.

¶ Engloba necessidade de intervenção farmacológica ou necessidade de revisão/alteração de terapêutica instituída.

‡ Inclui: possibilidade de recidiva (5 casos); ideação suicida (3 casos); necessidade de apoio psicológico (2 casos); sintomas psicóticos (1 caso); remarcação de consulta (1 caso); alteração comportamento (1 caso); sofrimento emocional (1 caso); avaliação défice cognitivo (1 caso); avaliação pós-internamento (1 caso).

CMIN, Centro Materno-Infantil do Norte

Tabela IV – Diagnósticos por tipo de consulta

	Psicologia*		Psiquiatria*		Total*	
	(n=84)		(n=120)		(n=184)	
	n	%	n	%	n	%
Sem psicopatologia	39	46.4	45	37.5	82	44.6
Perturbação de adaptação	24	28.6	43	35.8	58	31.5
Depressão	19	22.6	25	20.8	36	19.6
Dependência de Álcool	0	0.0	3	2.5	3	1.6
Perturbação de ansiedade	1	1.2	1	0.8	2	1.1
Dependência de Benzodiazepinas	1	1.2	1	0.8	1	0.5
Psicose	0	0.0	1	0.8	1	0.5
Esquizofrenia	0	0.0	1	0.8	1	0.5

*Por total de utentes consultados

Tabela V – Psicofármacos por tipo de consulta

	Psicologia*		Psiquiatria*	
	(n=84)		(n=120)	
	n	%	n	%
À data	51	60.7	83	69.2
Ansiolíticos	40	78.4	58	69.9
Antidepressivos	30	58.8	47	56.6
Hipnóticos	5	9.8	14	16.9
Antipsicóticos	1	2.0	5	6.0
Anticonvulsivantes	2	3.9	0	0.0
Prescrição de novo	5	6.0	55	45.8
Antidepressivos	4	8.0	42	76.4
Hipnóticos	1	2.0	19	34.5
Antipsicóticos	0	0.0	3	5.5
Ansiolíticos	0	0.0	2	3.6

*Por total de utentes consultados

Tabela VI – Caracterização dos pedidos eletrónicos de consulta

	Pedidos	Realizados	
	(n=246)	(n=180)	
	n	n	%
Psicologia	103	77	74.6
Psiquiatria	143	103	72.0
Prioridade			
Normal	99	74	74.7
Urgente	74	49	66.2
Muito Urgente	35	26	74.2
Sem informação	38	31	81.5
Proveniência			
Oncologia Médica	150	107	71.3
Hospital de Dia	16	11	68.8
Cirurgia*	15	11	73.3
Hematologia	10	6	60.0
Unidade Mama – CMIN	7	5	71.4
Ginecologia	4	3	75.0
Otorrinolaringologia	3	2	66.7
Colaboração Interna - Psicologia	19	16	84.2
Colaboração Interna - Psiquiatria	3	3	100
Motivos			
Sintomas Depressivos	137	97	70.8
Sintomas Ansiosos	62	45	72.6
Dificuldade de adaptação	62	45	72.6
Medicação	23	18	78.3
Antecedentes Psiquiátricos	21	16	76.2
Labilidade emocional	16	10	62.5
Alterações do Sono	16	13	81.3
Pedido pelo doente	14	11	78.6
Possibilidade de recidiva	6	4	66.7
Ideação Suicida	5	3	60.0
Alteração do comportamento	2	1	50.0
Apoio Familiar	6	5	83.3

*Inclui Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-facial.

Pedidos de Neurocirurgia, Urologia, Endocrinologia, Estomatologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Cessação tabágica, Genética, Neurologia e Internamento. Pedidos motivados por necessidade de apoio psicológico, necessidade de avaliação após internamento, avaliação de défice cognitivo, sofrimento emocional, remarcação de consulta e sintomas psicóticos foram todos realizados. Os pedidos provenientes de Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos e Mastocitose e Cuidados Pós-Internamento UCIP não foram realizados. CMIN, Centro Materno Infantil do Norte

Tabela VII - Tempos medianos de resposta e de espera (em dias) por tipo de consulta

	Psicologia		Psiquiatria		Total	
Tempo mediano de resposta* (ii)	49	(28)	51	(39)	52	(33)
(mínimo-máximo)	(12-146)		(3-183)		(3-183)	
Prioridade						
Normal	60	(40)	55	(36)	55	(35)
Urgente	48	(25)	55	(45)	53	(40)
Muito Urgente	52	(32)	42	(26)	45	(26)
Tempo mediano de espera† (ii)	51	(43)	54	(39)	54	(39)
(mínimo-máximo)	(12-208)		(6-252)		(6-252)	
Prioridade						
Normal	58	(57)	60	(41)	60	(45)
Urgente	51	(40)	57	(53)	54	(52)
Muito Urgente	51	(26)	45	(27)	46	(23)

*Tempo entre a primeira marcação de consulta e o pedido

†Tempo entre a efetivação da consulta e o pedido

ii, intervalo interquartil

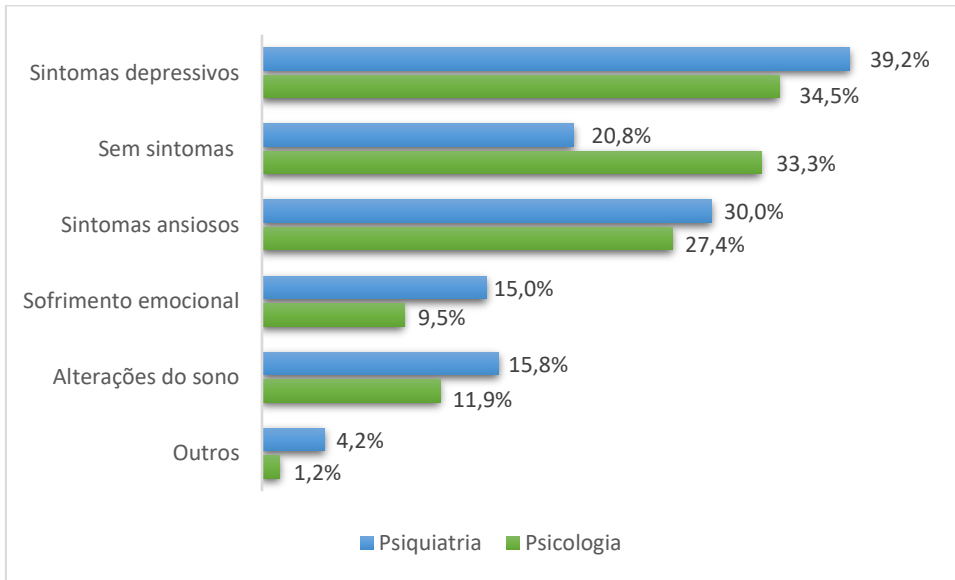


Figura 1 – Sintomas por tipo de consulta

Na categoria outros estão incluídos: ideação suicida (1 caso); deterioração cognitiva (2 casos); sintomas psicóticos (2 casos).

Sofrimento emocional refere-se a sentimentos normais de medo, vulnerabilidade e tristeza.

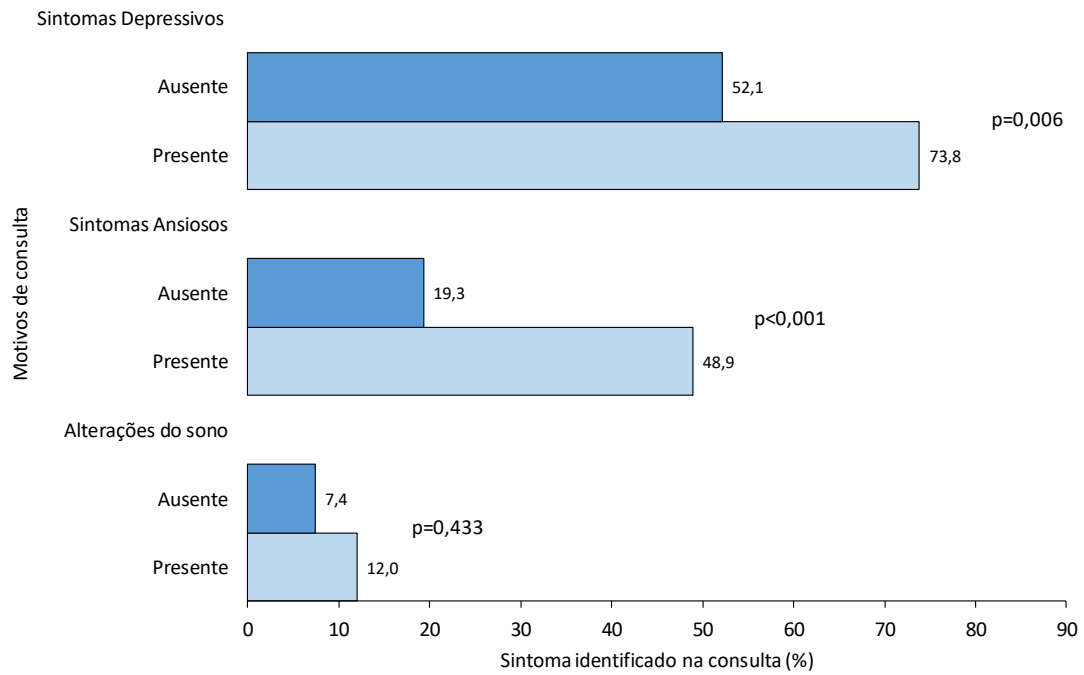


Figura 2 – Comparação do sintoma referenciado no pedido com o identificado na consulta

Caracterização de uma consulta de Psico-Oncologia num hospital central

Ana Sofia Sande Marques

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

