

Tumores oculares: fatores de atraso no atendimento oftalmológico*

Ocular tumors: contributing factors to delayed ophthalmological assessment

Christiane Baddini-Caramelli ⁽¹⁾
Miriam Rotenberg ⁽¹⁾
Amaryllis Avakian ⁽¹⁾
André L. Borba da Silva ⁽¹⁾
Francisco M. Damico ⁽¹⁾
Leda M. Takei ⁽¹⁾
Tânia Onclinx ⁽²⁾

RESUMO

Introdução: Os pacientes portadores de tumores oculares podem ter pior prognóstico visual e sistêmico na ocorrência de atraso diagnóstico e terapêutico. Os estudos que avaliaram as causas desse atraso no nosso meio foram retrospectivos e relacionados a doença específica.

Objetivos: Elucidar a trajetória rumo ao diagnóstico e tratamento empreendida por esses pacientes e descrever as características demográficas e clínicas dos mesmos.

Material e métodos: Entrevista com pacientes portadores de tumores oculares de diagnóstico recente atendidos em hospital universitário no período de maio/95 a maio/96.

Resultados: Foram avaliados 37 pacientes. Os tumores malignos encontrados com maior frequência foram retinoblastoma, carcinoma epidermóide de conjuntiva e melanoma de coróide. A trajetória desde o início do quadro ocular até a terapêutica desenvolveu-se em quatro etapas principais, com problemas diferentes relatados em cada uma delas. As etapas de 1 a 3, relacionadas principalmente à motivação dos pacientes e ao acesso aos serviços de saúde, contribuíram igualmente, cada uma aumentando de um a três meses o tempo de evolução da doença. A etapa 4, de realização dos exames complementares, foi a mais breve, durando menos de 30 dias para a maioria dos pacientes.

Conclusão: Sugere-se que os programas de saúde ocular levem em conta o padrão das dificuldades existentes na população para poderem atuar de forma eficiente.

Palavras-chave: Tumores oculares; Epidemiologia; Prevenção

INTRODUÇÃO

Os pacientes portadores de tumores oculares podem ter pior prognóstico visual e sistêmico na ocorrência de atraso diagnóstico e terapêutico, principalmente nos casos de neoplasia maligna ^{1, 2}. Entretanto, as razões exatas deste atraso em nosso meio, assim como a importância relativa de cada uma delas ainda não foram claramente estabelecidas. Os estudos que avaliaram esse importante aspecto foram rea-

lizados através da revisão dos prontuários de pacientes portadores de retinoblastoma ³⁻⁶.

O presente estudo foi organizado com os seguintes objetivos: elucidar a trajetória rumo ao diagnóstico e tratamento empreendida por pacientes portadores de tumoração ocular e, deste modo, identificar os maiores e mais frequentes obstáculos que enfrentam, assim como descrever as características demográficas e clínicas desses pacientes.

* Trabalho realizado no Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

⁽¹⁾ Médico residente do 3º ano de Oftalmologia HCFMUSP.

⁽²⁾ Médica pós-graduanda do Departamento de Oftalmologia da FMUSP

Endereço para correspondência: Dra. Christiane Baddini-Caramelli - Al. Joaquim Eugênio de Lima, 1475, ap.91 - São Paulo - SP - CEP: 01403-003 - Fax: 251-3698

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados prospectivamente pacientes portadores de tumores oculares diagnosticados há menos de dois anos consecutivamente atendidos pelos médicos residentes do Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), no período de maio/95 a maio/96.

Os dados para a análise deste estudo foram obtidos através de entrevista com o paciente ou com familiar próximo. A entrevista constava de informações referentes a idade, sexo, raça, grau de instrução, profissão, local de nascimento e de residência atual, razão pela qual procuraram atendimento em São Paulo (para pacientes provenientes de outras cidades), existência de posto de saúde e hospital de referência na região de moradia, existência de oftalmologista nestes serviços, acompanhamento pediátrico de rotina, história oftalmológica, consulta oftalmológica prévia e conduta realizada na mesma, tipo do tumor ocular, lateralidade e estadiamento do mesmo. Quando o paciente era menor de idade, os dados relativos ao grau de instrução e profissão anotados foram os dos pais. Foram registrados ainda a via de admissão no HC-FMUSP (ambulatorial ou pelo pronto-socorro), o tempo decorrido entre a admissão neste serviço e o diagnóstico e início do tratamento do tumor ocular e se houve internação para realização de exames de imagem. O diagnóstico foi feito através de exame clínico oftalmológico, investigação laboratorial e por métodos de imagem e exame anátomo-patológico pertinentes para cada caso.

RESULTADOS

Foram avaliados 37 pacientes, sendo que os diagnósticos dos diferentes tipos de tumores encontram-se na Tabela 1. Do total, 26 indivíduos (70,3%) eram do sexo feminino e 11 (29,7%), do sexo masculino. Em relação à faixa

TABELA 1
Distribuição dos pacientes por faixa etária

Idade (anos)	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
Número de casos (%)	15 (40,5)	3 (8,1)	1 (2,7)	6 (16,2)	2 (5,4)	5 (13,5)	3 (8,1)	2 (5,4)

etária, 15 doentes (40,5%) tinham menos de 10 anos, embora tenham sido vistos pacientes em todas as faixas de idade (Tabela 2). A raça branca foi predominante (70,3% dos pacientes), com 10,8% da raça negra, 14,3% mulattos e 5,7% mestiços brancos com amarelos. Essa proporção manteve-se inalterada (70,0% brancos) nos casos diagnosticados como carcinoma epidermóide de conjuntiva, único dos tumores encontrado neste estudo que tem predileção pela raça branca. Os olhos direito e esquerdo foram acometidos igualmente, sendo que 11,4% dos doentes tinham comprometimento bilateral.

A procedência imediata dos pacientes foi de cinco outros Estados brasileiros, além de São Paulo: Santa Catarina, Minas Gerais, Bahia, Paraíba e Piauí. Destes, o que teve maior contingente de casos foi a Bahia, com quatro doentes. A causa relatada pelos pacientes para este deslocamento foi o da presença de familiares na cidade de São Paulo, o mesmo não ocorrendo com a capital do Estado de origem. Dos 27 doentes residentes no Estado de São Paulo, 10 (37,0%) eram provenientes

do interior do Estado. Portanto, do total dos casos, apenas 17/37 (45,9%) residiam na cidade de São Paulo.

Em relação à sintomatologia ocular, as queixas mais frequentes, em ordem decrescente, foram dor ocular, baixa da visão, olho vermelho, proptose e massa conjuntival visível, além de leucocoria e estrabismo nos pacientes com retinoblastoma.

A procura de atendimento médico iniciou-se três meses após o início de sintomas francos em 22/35 (62,9%) dos pacientes, excluindo-se do total dois indivíduos que eram assintomáticos. Dois fatores principais contribuíram para este atraso. Em primeiro lugar, a falta de informação do doente ou de seu responsável (quando se tratava de criança) com relação à importância do quadro clínico, ocorrendo estreita ligação com o baixo grau de instrução: 45,9% dos casos desse estudo tinham primeiro grau incompleto e 10,8% eram analfabetos.

O segundo fator principal para o atraso na decisão de procurar auxílio médico foi a conhecida dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde. Adicionalmente, cinco entrevistados disseram espontaneamente não confiar no hospital da região de moradia. Do total de pacientes, 27,0% declararam não ter ou desconhecem hospital de referência na região de moradia. Quando este era conhecido, 43,0% disseram que o serviço não dispunha de oftalmologista. Do total de casos, 25 (68,0%) já tinham sido vistos por oftalmologista antes de virem a este serviço, sendo que destes cinco por médico do posto de saúde. Destes pacientes já avaliados, três (12,0%) haviam recebido tratamento específico ou iniciado investigação diagnóstica, ou ainda sido encaminhados para algum hospital terciário

TABELA 2
Distribuição dos pacientes por diagnóstico

Diagnóstico	Número de casos (%)
Retinoblastoma	8 (21,6)
Carcinoma epidermóide de conjuntiva	7 (18,9)
Linfangioma	5 (13,5)
Melanoma de coróide	4 (10,8)
Rabdomiossarcoma	2 (5,4)
Meningeoma do nervo óptico	2 (5,4)
Carcinoma espino-celular da pálpebra	1 (2,7)
Glioma do nervo óptico	1 (2,7)
Osteoma de coróide	1 (2,7)
Hemangioma Caveroso	1 (2,7)
Neurinoma	1 (2,7)
Leucemia mielóide crônica	1 (2,7)
Tumores sem diagnóstico de certeza	3 (8,1)

rio. Houve apenas um caso de paciente que foi avaliada pelo médico pediatra do posto de saúde, encaminhada no mesmo dia ao serviço de triagem do HC-FMUSP, onde foi atendida e agendada no ambulatório como caso novo de urgência. Dois pacientes retardaram a procura de atendimento por medo da possibilidade de “tumor” e “retirada do olho”.

Tivemos nove crianças acompanhadas rotineiramente por médico pediatra, sendo que uma foi encaminhada tardiamente, após seis meses do início do desvio ocular. Segundo a mãe da criança, o pediatra teria dito que o oftalmologista nada teria a fazer antes que a criança fosse grande o suficiente para colaborar com o exame.

Do total dos casos, 80,0% demoraram mais de um mês para conseguirem consulta oftalmológica no HC-FMUSP. O fator observado que mais acelerou a admissão foi a entrada do paciente pelo pronto-socorro (70,3% dos casos), quando, mediante a suspeita de tumor ocular, o paciente era internado ou colocado como caso novo extra no ambulatório do médico residente de plantão.

A partir da admissão, 72,9% dos pacientes tiveram diagnóstico confirmado e conduta cirúrgica e complementar (incluindo radioterapia e quimioterapia, de acordo com o caso) realizadas num período inferior a um mês. As causas do atraso diagnóstico encontradas se relacionaram à demora dos exames complementares e agendamento cirúrgico. Para a realização dos exames de imagem com maior agilidade realizou-se a internação de 21 (57%) pacientes.

DISCUSSÃO

Realizou-se estudo prospectivo por meio de entrevista com pacientes portadores de tumor ocular de diagnóstico recente, com questões dirigidas à trajetória empreendida pelo mesmo desde o início do quadro ocular até o tratamento. O grupo selecionado para o estudo foi bastante heterogêneo em relação ao diagnóstico etiológico do tumor ocu-

lar, representando uma pequena amostra aleatória de doentes com sintomatologia ocular em geral importante ou, ainda, tumoração visível. Esses sintomas, longe de serem vagos e bem tolerados, eram bastante expressivos. Todos os pacientes necessitavam de atendimento ambulatorial precoce, porém não emergencial. Os tumores malignos encontrados com maior frequência foram retinoblastoma, carcinoma epidermóide de conjuntiva e melanoma de coróide, achados consistentes com relatos da literatura ⁶.

De forma geral, a trajetória descrita pelos pacientes desenvolveu-se com quatro etapas principais, com problemas diferentes relatados pelos pacientes em cada uma delas (tabela 3). No caso das crianças acompanhadas rotineiramente por médico pediatra, as etapas 1 e 2 se concentraram em uma etapa única de encaminhamento ao oftalmologista.

Na etapa 1, o baixo nível sócio-econômico, mensurado indiretamente pelo grau de instrução, determinou que o paciente ignorasse a importância da sua doença por um período inaceitável, geralmente até que os sinais e sintomas da mesma se tornassem insuportáveis. Da mesma forma, o repúdio à procura de auxílio médico igualmente retardaram o atendimento do doente. Para a diminuição desses obstáculos seria necessário o esclarecimento da população em relação à significância das alterações oculares e visuais (a exemplo do

que foi recentemente realizado na Campanha Nacional de Prevenção da Cegueira) e da melhora da imagem do sistema público de saúde. Essas ações definem medidas de prevenção primárias e secundárias em relação aos problemas oftalmológicos ⁷.

Na etapa 2 o paciente conviveu com a dificuldade de obter uma vaga para consulta oftalmológica no posto de saúde ou no hospital da região de moradia credenciado com o SUS. Quando a conseguiu, relatou impotência desse atendimento, com recursos precários para a investigação diagnóstica ou mesmo para o encaminhamento adequado para um hospital terciário. Apenas a minoria dos pacientes teve consulta prévia no posto de saúde, que deveria ser o serviço inicial para avaliar esses doentes. A melhoria da distribuição de vagas para o atendimento oftalmológico em todas as regiões da cidade de São Paulo, assim como o equipamento adequado dessas unidades dariam ao médico condições de atender aos doentes da sua região de forma mais rápida e eficaz. No caso dos pacientes que vieram de outros Estados do País devido à ausência de recursos adequados na cidade de origem, o atraso que este deslocamento acarreta vai refletir-se em maior tempo de evolução da doença.

Em relação às crianças com acompanhamento pediátrico, tivemos um caso de encaminhamento tardio por parte do pediatra, refletindo desinfor-

TABELA 3
Etapas na trajetória dos pacientes

Etapas	Obstáculos relatados pelos pacientes
1: Início do quadro ocular	<ul style="list-style-type: none">• Falta de informação do paciente em relação à importância da sua doença.• Repúdio à procura de auxílio médico
2: Busca ao auxílio médico: posto de saúde e hospital na região de moradia	<ul style="list-style-type: none">• Falta de assistência oftalmológica acessível e rápida• Serviços com recursos precários• Falta de encaminhamento adequado a serviço terciário
3: Necessidade de consulta oftalmológica em hospital terciário	<ul style="list-style-type: none">• Hospital lotado
4: Exames complementares	<ul style="list-style-type: none">• Agendamento ambulatorial com longa espera

mação em relação à existência da doença e ao fato do exame oftalmológico poder ser realizado em todas as faixas etárias. A divulgação da importância do exame oftalmológico desde a primeira infância para a população e profissionais da saúde, com ênfase para o retinoblastoma, já foi salientada em estudos anteriores³.

Na etapa 3 (ou na etapa 2, quando o paciente já antecipava que necessitaria de atendimento hospitalar), o doente encontrou hospitais terciários com serviços de triagem lotados, sendo que procurou atendimento no pronto-socorro como último recurso. O acesso ao hospital por essa via, ao mesmo tempo que serve como vaga extra ao paciente que dela necessita, faz com que esse serviço deixe de privilegiar os casos emergenciais e que tenha sua qualidade ameaçada pelo excesso de atendimentos diários. Ainda, a regionalização do atendimento médico é prejudicada.

Na etapa 4 o agendamento ambulatorial demorado dos exames complementares (principalmente os de imagem) determinou a internação hospitalar desnecessária de muitos pacientes. Esse procedimento aumenta os custos hospitalares do tratamento e ocupa leitos que poderiam estar disponíveis para os doentes que deles necessitam.

Embora entre os tumores encontrados não houvessem tipos que incidam diferentemente nos dois sexos, houve predileção pelo sexo feminino em relação ao masculino em razão superior a 2:1. A maior incidência de pacientes femininas pode refletir uma preocupação maior com a saúde e/ou com a estética por parte das mulheres, já que se tratavam muitas vezes de lesões aparentes.

CONCLUSÕES

A trajetória rumo ao diagnóstico e tratamento descrita pelos pacientes portadores de tumor ocular atendidos em hospital universitário desenvolveu-se em quatro etapas principais, com problemas diferentes em cada uma delas. As etapas de 1 a 3, relacionadas

principalmente à motivação dos pacientes e ao acesso aos serviços de saúde, contribuíram igualmente, cada uma atrasando de um a três meses o tempo de evolução da doença. A etapa 4, de realização dos exames complementares, foi a mais breve, durando menos de 30 dias para a maioria dos pacientes. Segundo SOMMER⁸, o maior obstáculo para o problema de saúde ocular atual não é ausência de tecnologia adequada, mas problemas de acesso, motivação, infraestrutura e organização da assistência oftalmológica. Esse conceito parece verdade não somente para doença preveníveis, mas, de acordo com os resultados do presente estudo, para que o tempo de evolução de outras doenças seja reduzido. Sugerimos que os programas de prevenção da cegueira levem em conta o padrão das dificuldades existentes na população alvo para poderem atuar de forma eficiente.

SUMMARY

Background: Patients presenting with ocular tumors may have worse visual and systemic prognosis if late diagnosis and therapeutics occur.

Studies assessing the causes for this delay in our country were retrospective and focused on a specific type of tumor.

Objectives: To elucidate the trajectory until diagnosis and treatment of a group of patients with ocular tumors, describing their demographic and clinical features.

Material and Methods: Interview with patients presenting with ocular tumors of recent diagnosis admitted in a university hospital from May 95 to May 96.

Results: Thirty seven patients were evaluated. The malignant tumors that were most frequently found were retinoblastoma, conjunctival epidermoid carcinoma and choroid melanoma. The trajectory from the

beginning of symptoms until therapy developed in four main stages, with different problems in each one of them. Stages 1 to 3, related mostly to the motivation and access to health services, contributed equally, each one increasing from one to three months the duration of the disease. Stage 4, when complementary exams were needed, was the briefest, lasting for less than 30 days for the majority of patients.

Conclusion: These results indicate that prevention programs should take into account the different limitations that occur in our population in order to be efficient.

Key Words: Ocular tumor; Control and Prevention

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTOS NETO, E.; AZEKA, E.; ROMANO, S. M. L.; AZEVEDO, M. L.; CUNHA, S. L. - Retinoblastoma: estudo clínico e anátomo-patológico de 90 casos. *Rev Bras Oftalmol*, **48**(2): 102-6, 1989.
2. DERKINDEREN, D. J.; KOTEN, J. W.; Van ROMUNDE, L. K. J.; NAGELKERKE, N. J. D.; TAN K. E. W. P.; BEEMER, F. A.; Den OTTER, W. - Early diagnosis of bilateral retinoblastoma reduces death and blindness. *Int J Cancer*, **44**: 35-39, 1989.
3. ERWENNE, C. M.; ANTONELI, C. B. G.; ABUJAMRA, S.; EPELMAN, S.; SILVA, N. S.; RIBEIRO, M. C. M.; BIANCHI, A.; PACHECO, J. C. G. - Retinoblastoma: retrato da nossa realidade; uma proposta de trabalho em prevenção da cegueira. *Arq Bras Oftalmol*, **48**(4): 141-5, 1985.
4. LIRA, R. P. C.; LEONCIO, M. P.; PINHO, J.; ROCHA, G.; LIRA, P. C. - Retinoblastoma extra-ocular: estudo de 37 casos. *Arq Bras Oftalmol*, **58**(6): 480-3, 1995.
5. ABID, F. C.; GRUPENMACHER, F.; HIROKI, E. Y.; IANKLEVICH, P.; GRUPENMACHER, L.; WATANABE, F. - Situação do retinoblastoma nos últimos 17 anos em Curitiba-Paraná. *Rev Bras Oftalmol*, **51**(3): 175-8, 1992.
6. SWANSON, M. W.; CLOUD, G. - A retrospective analysis of primary eye cancer at the University of Alabama at Birmingham 1958-1988. Part I: eye and orbital cancer. *J Am Optom Assoc*, **62**: 815-19, 1991.
7. TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N. - Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. *Arq Bras Oftal*, **58**: 189-92, 1995.
8. SOMMER, A. - Organizing to prevent third world blindness. *Am J Ophthalmol*, **107**(5): 544-6, 1989.