



ORIGINALES

Perfil do paciente com câncer gástrico do Instituto Nacional do Câncer

Perfil del paciente con cáncer gástrico del Instituto Nacional del Cáncer

Profile of the patient with gastric cancer of the National Cancer Institute

Sonia Regina Aguiar Souza Springer¹

Maria Teresa dos Santos Guedes²

Osnir Claudiano da Silva Junior³

Mônica de Almeida Carreiro⁴

Alexandre Silva⁵

¹ Enfermeira do Instituto Nacional do Câncer. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO). Brasil. sspringer@inca.gov.br.

² Enfermeira do Instituto Nacional do Câncer. Mestre em Enfermagem pela UNIRIO. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Biociências e Enfermagem da UNIRIO. Brasil.

³ - Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Estágio de Pós-doutorado no IMS/UERJ. Licenciado em História pelo Instituto Metodista Bennett/2008 e Mestre em Educação/UNIRIO/2012. Professor Titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem pela UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar -Mestrado Profissional -UNIRIO. Brasil.

⁵ Professor da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.373021>

Submissão: 23/04/2019

Aprovação: 9/08/2019

RESUMO:

Objetivo: Levantar e analisar o perfil dos pacientes com câncer gástrico matriculados no Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), e os diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes.

Metodologia: Estudo seccional desenvolvido no Hospital de Câncer I – INCA aprovado pelo CEP-INCA, com amostra de dados secundários de 649 pacientes admitidos entre 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018. Os dados foram analisados pelo software R® – versão 3.4.4. Nos testes Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Wilcoxon. Foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados: A média de idade foi de 62.74 anos, variando de 21 anos até 96 anos. 35.29% dos pacientes apresentavam doença avançada. O adenocarcinoma pouco diferenciado foi o mais prevalente (42.52%). Havia células em anel de sinete em 32.05% dos pacientes. Destacou-se o tipo difuso (17.72%). Houve predomínio do comprometimento do terço médio do estômago (29.74%). Os testes de hipóteses demonstraram que as variáveis estadiamento *versus* óbito e cor *versus* óbito mantêm uma relação de dependência. As variáveis idade *versus* óbito e idade *versus* presença de anel de Sinete tem distribuição diferentes entre si, o que significa que a primeira variável pode influenciar a

segunda. Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes estiveram presentes em 100% da amostra e encontravam-se em congruência com o perfil da clientela identificada.

Conclusão: O perfil epidemiológico de uma população é de grande valia para orientar as políticas de saúde de um país, para o planejamento interno institucional e para nortear as ações assistenciais das equipes multiprofissionais.

Palavras-chave: Neoplasias gástricas; Enfermagem Oncológica; Assistência ambulatorial; Estudos epidemiológicos; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Levantar y analizar el perfil de los pacientes con cáncer gástrico matriculados en el Instituto Nacional del Cáncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), y los diagnósticos de Enfermería más prevalentes.

Metodología: Estudio seccional desarrollado en el Hospital de Cáncer I - INCA aprobado por el CEP-INCA, con muestra de datos secundarios de 649 pacientes admitidos entre el 1 de octubre de 2015 al 18 de abril de 2018. Los datos fueron analizados por el software R® - versión 3.4.4. En las pruebas Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis y Wilcoxon. Se adoptó el nivel de significancia del 5%.

Resultados: El promedio de edad fue de 62.74 años, variando de 21 años hasta 96 años. 35.29% de los pacientes presentaban enfermedad avanzada. El adenocarcinoma poco diferenciado fue el más prevalente (42.52%). Había células en anillo de sello en el 32.05% de los pacientes. Se destacó el tipo difuso (17.72%). Hubo predominio del compromiso del tercio medio del estómago (29.74%). Las pruebas de hipótesis demostraron que las variables de estadificación frente a la muerte y el color frente a la defunción mantienen una relación de dependencia. Las variables edad versus óbito y edad versus presencia de anillo de Sinete tienen distribución diferente entre sí, lo que significa que la primera variable puede influenciar la segunda. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes estuvieron presentes en el 100% de la muestra y se encontraban en congruencia con el perfil de la clientela identificada.

Conclusión: El perfil epidemiológico de una población es de gran valor para orientar las políticas de salud de un país, para la planificación interna institucional y para orientar las acciones asistenciales de los equipos multiprofesionales.

Palabras clave: Neoplasias gástricas; Enfermería Oncológica; Asistencia ambulatoria; Estudios epidemiológicos; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería.

ABSTRACT:

Objective: Search and analyze the profile of patients with gastric cancer enrolled in the National Cancer Institute, José de Alencar Gomes da Silva (INCA), and the most prevalent nursing diagnoses.

Methodology: A sectional study developed at the Cancer Hospital I - INCA, approved by CEP-INCA, with a sample of secondary data from 649 patients admitted from October 1, 2015 to April 18, 2018. Data were analyzed by R® software - version 3.4 .4. In the Chi-square, Kruskal-Wallis and Wilcoxon tests. The level of significance of 5% was adopted.

Results: The average age was 62.74 years, ranging from 21 years to 96 years. 35.29% of patients had advanced disease. Low adenocarcinoma was the most prevalent (42.52%). Signal ring cells were present in 32.05% of the patients. The diffuse type was highlighted (17.72%). There was predominance of involvement of the middle third of the stomach (29.74%). Hypothesis tests have shown that the staging versus death and color versus death variables maintain a relationship of dependence. The variables age versus death and age versus the presence of the Sinete ring present a distinct distribution among them, which means that the first variable can influence the second. The most prevalent nursing diagnoses were present in 100% of the sample and were in congruence with the profile of the clientele identified.

Conclusion: The epidemiological profile of a population is of great value to guide the health policies of a country, to the internal institutional planning and to guide the assistance actions of the multiprofessional teams.

Key words: Gastric neoplasms; Nursing Oncology; Ambulatory care; Epidemiological studies; Nursing diagnosis; Nursing.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é reconhecido como problema de saúde pública - dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica - sendo a segunda causa de morte por

doença no país⁽¹⁾. O Brasil passa por processos de transição demográfica e epidemiológica que têm produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população⁽²⁾. Doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias⁽¹⁾.

A estimativa para o Brasil, no biênio 2018-2019, aponta a possibilidade da ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Tal dado reforça a magnitude do problema no país, principalmente quando se calcula que em 2060 a população brasileira será de 218,2 milhões de habitantes. No mundo, em 2012, a estimativa indicava 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos^(3,2,4).

Nos países mais desenvolvidos predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento, como pulmão, próstata, mama feminina e cólon-recto. Já nos países de médio e baixo desenvolvimento, ainda é alta a ocorrência de cânceres associados a infecções como colo do útero, estômago, fígado, os quais apesar de menor incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo^(4,5).

O câncer gástrico, embora as taxas de incidência tenham diminuído em muitos países, ainda é a segunda causa mais comum de morte por cânceres mundialmente e a quarta em incidência. Esse tipo de câncer em outros países como Estados Unidos e Inglaterra revelaram-se em declínio, enquanto em países da América Latina como: Chile, Costa Rica e Colômbia é mais alto o índice de incidência e mortalidade. O maior número de casos encontra-se no Japão com média de 780 doentes por 100.000 habitantes^(2,5-7).

O presente estudo está voltado para o câncer de estômago devido a sua alta morbimortalidade e incidência. O número de brasileiros diagnosticados com câncer gástrico é alto, tornando-se o quarto tumor maligno entre os homens e o sexto entre mulheres. No Brasil, para cada ano do biênio 2018-2019, estima-se o surgimento de 13.540 casos novos dessa doença entre os homens e 7.750 nas mulheres⁽⁴⁾.

O câncer gástrico apresenta etiologia bastante heterogênea, incluindo consumo de alimentos ricos em sódio, nitrato e nitritos que se transformam em nitrosaminas com propriedades mutagênicas diretas, infecção pela bactéria *Helicobacter pylori* envolvida em 60% dos adenocarcinomas gástricos, alimentação pobre em fibras, vitaminas e sais minerais provenientes de frutas e vegetais frescos, consumo de álcool, em grandes quantidades, e de tabaco. Também, índice de massa corporal alto, gordura abdominal aumentada e sedentarismo estão associados ao desenvolvimento de câncer gástrico⁽⁸⁾.

Menor nível socioeconômico, mensurado através de educação e renda, tem sido fortemente associado a risco duas vezes maior para o desenvolvimento de câncer gástrico, tanto em países de alto risco como nos de baixo risco. Os fatores dessa associação são atribuídos principalmente à condição socioeconômica baixa, a qual aumenta a probabilidade de transmissão e reinfecção de *H. pylori* em aglomerações domiciliares em famílias numerosas e deficientes em saneamento e de uso menos frequente de antibioticoterapia. Além disso, baixo nível socioeconômico pode ser indicador de pouco acesso aos serviços de saúde e dieta reduzida em fibras, vitaminas e sais minerais^(9,10).

A produção de conhecimento científico sobre o câncer gástrico e os cuidados de enfermagem para esse perfil de paciente ainda é escassa na Enfermagem brasileira. Desse modo, esse estudo apresenta-se oportuno e relevante. Diante do exposto, realizou-se um estudo com objetivo de levantar e analisar o perfil dos pacientes com câncer gástrico matriculados no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes identificados durante a consulta de acolhimento, no Hospital de Câncer I (HCI), ambulatório do abdômen, no período entre 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018.

MÉTODO

Trata-se de estudo seccional, que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade, obtendo-se várias informações com o intuito de estabelecer relações de associação ou correlação entre as características investigadas. O estudo foi desenvolvido no INCA/HC I, Seção de Cirurgia Abdominopélvica, onde são matriculados e tratados os portadores de câncer gástrico.

A amostra do estudo foi composta pelos dados secundários dos prontuários de 649 pacientes que são acompanhados pelo Grupo de Estudos e Tratamento de Câncer Gástrico - INCA.

Os critérios de elegibilidade foram: portadores de câncer gástrico matriculados no INCA, com idade superior a 18 anos, com registro das variáveis do estudo em prontuário físico ou eletrônico, no período de 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018. A escolha do recorte temporal se deu pela disponibilidade de informações no banco de dados do Grupo de Estudo e Tratamento de Câncer Gástrico - INCA, o que otimizou o tempo gasto na coleta dos dados dos casos a serem estudados.

As variáveis do estudo foram organizadas e inseridas numa planilha do Microsoft Excel® 2007, a saber: sexo, cor, idade, tipo histopatológico, tabagismo, etilismo, localização do tumor, estadiamento TNM 7ª edição, presença de *H. pylori*, presença de células em anel de sinete, classificação de Lauren, data de óbito, diagnósticos de Enfermagem da consulta de acolhimento. O software R® – versão 3.4.4 foi usado para análise estatística dos dados.

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial. Os resultados foram apresentados utilizando-se de medidas descritivas de tendência central como média e mediana e desvio-padrão, frequências absoluta e relativa. Para o teste de distribuição normal ou não normal, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk, o que direcionou a escolha de testes não-paramétricos. Para os testes de hipóteses, foram utilizados o teste qui-quadrado (χ^2), teste de Kruskal-Wallis e o teste de Wilcoxon. Na aplicação dos testes estatísticos, foi adotado como nível de significância 5%, sendo considerado significativo o p-valor de 0,05.

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do INCA (CEP-INCA), sob o número 11141412.0.0000.5274, sendo permitida dispensa do termo de consentimento por se tratar de coleta e análise de dados secundários. Para não permitir a identificação de indivíduos, foi resguardado sigilo dos dados coletados, sendo estes analisados de forma anônima e apresentados de forma agregada.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta pelos dados de 649 pacientes com câncer gástrico matriculados no INCA. A média de idade do grupo foi de 62,74 anos, variando entre 21 anos e 96 anos, (mediana = 64; DP = 12,84), com 44,22% (n = 287) ainda em idade produtiva.

Tabela 1. Distribuição por frequência relacionada às características pessoais dos pacientes portadores de câncer gástrico matriculados no INCA, no período de 01 de outubro de 2015 a 18 de abril de 2018 (n=649).

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------------|------------|------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 257 | 39.60 |
| Masculino | 387 | 59.63 |
| Não informado | 5 | 0.77 |
| Idade | | |
| 21 até 65 anos | 287 | 44,22 |
| 66 até 96 anos | 362 | 55,78 |
| Cor | | |
| Branca | 185 | 28.51 |
| Morena ou parda | 342 | 52.70 |
| Negra | 104 | 16.02 |
| Não informado | 18 | 2.77 |
| Total | 649 | 100 |

Fonte: Banco de dados do Grupo de Estudo e Tratamento de Câncer Gástrico – INCA.

Quanto a distribuição por sexo, 59,63% dos pacientes eram do sexo masculino e 39,60% do sexo feminino (tabela 1). A maioria dos pacientes era de cor parda (52,70%).

Tabela 2. Distribuição por frequência das características clínicas dos portadores de câncer gástrico matriculados no INCA, no período de 01 de outubro de 2015 a 18 de abril de 2018 (n=649).

| VARIÁVEIS | N | % |
|------------------|-----|-------|
| Tabagismo | | |
| Sim | 365 | 56,24 |
| Não | 248 | 38,21 |
| Não informado | 36 | 5,55 |
| Etilismo | | |
| Sim | 390 | 60,09 |
| Não | 220 | 33,90 |
| Não informado | 39 | 6,01 |
| H. pylori | | |
| Sim | 117 | 18,03 |
| Não | 207 | 31,90 |

| | | |
|--|------------|------------|
| Não informado | 325 | 50,08 |
| Tipo Histopatológico | | |
| Adenocarcinoma pouco diferenciado | 276 | 42,52 |
| Adenocarcinoma moderadamente diferenciado | 181 | 27,89 |
| Adenocarcinoma bem diferenciado | 33 | 5,08 |
| GIST | 4 | 4,16 |
| TNE | 18 | 2,77 |
| Linfoma | 29 | 4,47 |
| Melanoma | 1 | 0,15 |
| Não informado | 84 | 12,94 |
| Estadiamento TNM 7ª edição | | |
| Tis | 3 | 0,46 |
| Ia | 16 | 2,47 |
| Ib | 10 | 1,54 |
| Ila | 24 | 3,70 |
| Ilb | 15 | 2,00 |
| IIla | 18 | 2,77 |
| IIlb | 23 | 3,54 |
| IIlc | 35 | 5,39 |
| IV | 229 | 35,29 |
| Não se aplica | 17 | 2,62 |
| Não informado | 261 | 40,22 |
| Localização do tumor | | |
| 1/3 Proximal | 17 | 2,62 |
| 1/3 Médio | 193 | 29,74 |
| 1/3 Distal | 147 | 22,65 |
| 1/3 Proximal + 1/3 Médio | 18 | 2,77 |
| 1/3 Proximal + 1/3 Distal | | |
| 1/3 Médio + 1/3 Distal | 113 | 17,41 |
| 3/3 do Estômago | 30 | 4,62 |
| Não informado | 130 | 20,03 |
| Classificação de Lauren | | |
| Tipo Difuso | 115 | 17,72 |
| Tipo Intestinal | 89 | 13,71 |
| Tipo Misto | 13 | 2,00 |
| Não se aplica | 58 | 8,94 |
| Não informado | 374 | 57,63 |
| Presença de Células em Anel de Sinete | | |
| Sim | 208 | 32,05 |
| Não | 14 | 2,16 |
| Não informado | 427 | 65,79 |
| Óbito | | |
| Sim | 296 | 45,61 |
| Não | 353 | 54,39 |
| Total | 649 | 100 |

Fonte: Banco de dados do Grupo de Estudo e Tratamento de Câncer Gástrico – INCA.

Conforme demonstrado na tabela 2, a maioria era fumante (56,24%) e etilista (60,09%). A presença de *H. pylori* não foi informada em 325 casos (50,08%). O

adenocarcinoma pouco diferenciado foi o tipo histológico mais prevalente (n=276; 42,52%). Havia células em anel de sinete em 208 casos (32,05%), porém em 427 casos (65,79%) não havia registro. Quanto à classificação de Lauren para aspectos histológicos, destacou-se o tipo difuso (n = 115; 17,72%), o intestinal (n=89; 13,71%) e não informado (n=374; 57,63%). Em relação ao estadiamento TNM da doença, 305 pacientes apresentavam doença avançada (estádios III a IV). No que se refere à região afetada pelo tumor no estômago, houve predomínio do terço médio do estômago em 193 pacientes (29,74%), seguido do terço distal em 147 pacientes (22,75%). Em relação ao óbito, 296 pacientes (45,61%) evoluíram a óbito nesse período.

Tabela 3. Demonstrativo dos resultados do teste qui-quadrado (χ^2) aplicados (p-valor < 0.05).

| Teste χ^2 (p-valor) | | | | | | |
|--------------------------|---------|---------|----------|-------------|---------------|----------|
| | Sexo | Cor | Óbito | LHP | Tabagism o | Etilismo |
| Sexo | * | * | * | 0,0803 1 | * | * |
| Cor | * | * | 0,002494 | 0,528 | * | * |
| Local do Tumor | 0,7919 | 0,06769 | 0,2094 | * | 0,3765 | 0,9618 |
| Óbito | 0,05605 | * | * | * | * | * |
| Estadiamento | 0,175 | 0,1962 | p< 0,01 | * | 0,5263 | 0,4384 |

* Não relevante ou duplicado

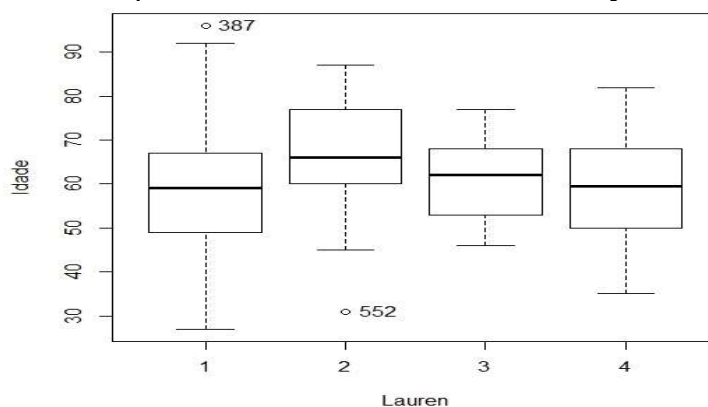
Como exposto na tabela 3, foi realizado o teste χ^2 , sendo observado que o estadiamento do tumor é independente do sexo, da cor, do etilismo e do tabagismo e exerce relação de dependência com o óbito. Constatou-se também que o local do tumor independe do sexo, da cor, etilismo e tabagismo. Já o óbito independe do sexo, mas dependente da cor. E diagnóstico histopatológico independe da cor e do sexo.

Tabela 4. Demonstrativo dos resultados do teste de Wilcoxon aplicados (p-valor < 0.05).

| Teste de Wilcoxon (p-valor) | | | |
|-----------------------------|-----------|------------------|----------------|
| | Óbito | <i>H. pylori</i> | Anel de Sinete |
| Idade | 0,0001447 | 0,9228 | 0,0384 |

Por intermédio do teste de Wilcoxon, verifica-se que existe distribuição diferente entre a variável idade e a variável óbito (p-valor = 0,0001447), sendo assim, a primeira influência na segunda; Entre a variável idade e a variável Infecção por *H. Pylori* a distribuição é igual (p-valor = 0,9228), sendo assim não há influência de uma em relação a outra. Entre a variável idade e a variável presença de Anel de sinete, a distribuição é diferente (p-valor = 0.0384), sendo assim, a primeira influência na segunda.

Gráfico 2. Boxplot da variável idade X classificação de Lauren



A leitura do gráfico 2 permite afirmar que, a idade influencia diretamente no tipo de tumor segundo a Classificação de Lauren, sendo a mediana das idades localizada entre 60 a 65 anos, aproximadamente.

Tabela 5. Demonstrativo dos resultados do Teste de Kruskal-Wallis aplicados (p-valor<0.05).

| Teste de Kruskal-Wallis (p-valor) | | | | |
|-----------------------------------|-------------|--------------|------------|-----------------|
| | Local do TU | Estadiamento | Lauren | Histopatológico |
| Idade | 0,4889 | 0,00335 | 0,00000639 | 0,000006922 |

Ao realizar o teste de Kruskal-Wallis exposto na Tabela 2, infere-se que a variável idade possui distribuição igual apenas como a variável local do tumor, desse modo, nota-se que a primeira variável não produz influência sobre a segunda. Além disso, a variável idade possui distribuição diferente em relação às outras variáveis, sendo elas estadiamento TNM, Classificação de Lauren e o tipo histopatológico, assim, a variável idade influencia diretamente as variáveis citadas.

Foi detectado o total de 22 diferentes diagnósticos de enfermagem (DE) segundo a taxonomia da NANDA (2015-2017), identificados através de exame físico e entrevista na primeira consulta de enfermagem. No quadro 1 estão descritos os 12 DE que estavam presentes em todos os pacientes da amostra estudada.

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nos pacientes com câncer gástrico levantados na primeira consulta de enfermagem, no período de 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018 (n=649).

| Diagnóstico de Enfermagem | Características definidoras encontradas na amostra |
|---|--|
| 1.Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, relacionada a lesão gástrica. | Ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada devido à inapetência e plenitude gástrica precoce. Perda de peso mesmo com ingestão adequada de alimentos devido à lesão gástrica extensa. |

| | |
|--|--|
| 2. Náusea relacionada a lesão gástrica, infusão rápida da dieta enteral ou retenção dos alimentos no estômago por longos períodos. | Aversão a comida; gosto amargo na boca; sialorreia; e ânsia de vômito ou sensação de desmaio. |
| 3. Volume de líquidos deficiente ou risco de volume de líquidos deficiente relacionado a desvios que afetam a ingestão de líquidos como obstrução gástrica ou náusea/vômito. | Alteração do turgor da pele, diminuição do débito urinário, mucosas e pele secas e elevação do hematócrito. |
| 4. Constipação e/ou risco de constipação relacionada a baixa ingesta hídrica e de fibras. | Anorexia, distensão abdominal, esforço para evacuar, fezes duras e ressecadas, queixa de indigestão, redução da frequência e volume das fezes. |
| 5. Integridade da pele prejudicada relacionada a baixa ingesta de líquidos e nutrição deficiente. | Alteração da hidratação da pele, manifestada pela diminuição do turgor e pele ressequida, descamante. |
| 6. Distúrbio da imagem corporal relacionada a alteração na estrutura corporal (emagrecimento), medo da reação dos outros e foco na aparência anterior. | Doença (câncer gástrico), função psicossocial prejudicada e regime de tratamento |
| 7. Risco de sangramento, relacionado à lesão gástrica avançada. | Distúrbios gastrointestinais. |
| 8. Fadiga relacionada a condição fisiológica, desnutrição, evento de vida negativo e privação do sono. | Cansaço, sonolência, apatia, energia insuficiente e capacidade prejudicada para manter o nível habitual de atividade física. |
| 9. Dor relacionada a lesão gástrica. | Mudança no padrão de sono, autorrelato de intensidade da dor usando escala visual analógica (EVA) e relato de dor por familiar. |
| 10. Medo relacionado à doença e ao tratamento. | Estímulo entendido como ameaça (câncer gástrico) e relato de tensão aumentada. |
| 11. Insônia relacionada ao pesar devido ao diagnóstico de câncer, a ansiedade e medo do tratamento e controle da doença. | Estado de saúde comprometido, alteração do humor, alteração do padrão de sono e redução da qualidade de vida. |

| | |
|--|--|
| 12. Conhecimento deficiente relacionado a recursos institucionais para o tratamento da doença e localização dos serviços no espaço físico do hospital. | Comportamentos inapropriados (apático), seguimento inadequado de instruções e falta de adesão ao tratamento. |
|--|--|

Fonte: Banco de dados do Grupo de Estudo e Tratamento de Câncer Gástrico – INCA.

DISCUSSÃO

Os dados analisados nesta pesquisa permitiram delinear o perfil dos pacientes com diagnóstico de câncer gástrico, matriculados no INCA, no período de 01 de outubro de 2015 à 18 de abril de 2018. O estudo do perfil epidemiológico de uma população é de grande valia para orientar as políticas de saúde de um país, para o planejamento interno institucional e para nortear as ações assistenciais das equipes multiprofissionais.

A distribuição dos casos de câncer gástrico segundo sexo e idade, no âmbito nacional, acompanhou a taxa de incidência observada no resto do mundo. É quase duas vezes mais alta no sexo masculino do que no feminino, com picos de incidência entre os 50 e 70 anos, sendo uma condição incomum em idades mais jovens. O maior acometimento de homens pode ser explicado pela participação de fatores como o estilo de vida, onde normalmente o sexo masculino encontra-se mais exposto ao consumo de álcool e tabaco^(11,12).

Diferentes estudos citam, em comum, interações entre estilo de vida pessoal como tabagismo e etilismo, fatores genéticos pessoais e agentes externos como radiação ionizantes, carcinógenos químicos e biológicos como as causas para o desenvolvimento da maioria dos cânceres, incluindo o câncer gástrico⁽¹³⁾. Neste estudo, os participantes tiveram exposição aos fatores de risco, tabagismo e etilismo, em sua maioria.

A idade dos pacientes desta pesquisa variou entre 21 anos e 90 anos. Porém, 16,64% deles estava abaixo de 50 anos, o que requer uma avaliação mais criteriosa devido à suspeita de síndrome hereditária de câncer. Deve-se encaminhar para o Aconselhamento Genético e orientar a família sobre sinais e sintomas de tumores no estômago, de modo que busquem atendimento na atenção básica. Mutações germinativas no gene e-caderina é responsável pela síndrome familiar de câncer gástrico, autossômica dominante, que leva ao desenvolvimento de câncer gástrico em idade precoce. Dentre os critérios para suspeita da síndrome estão um indivíduo diagnosticado com câncer gástrico antes dos 50 anos de idade, ou duas ou mais gerações sucessivas de famílias afetadas^(1,14,15).

A população parda foi a mais prevalente (52.51%), seguida da branca (28.51%), diferentemente do encontrado na literatura onde há o predomínio da cor branca. O mecanismo responsável por este predomínio não pode ser atribuído somente às condições socioeconômicas ou ao modo de vida, presumindo-se que fatores genéticos possam ter relevância, uma vez que determinam suscetibilidade diferente entre os grupos étnicos^(16,17).

Infelizmente, somente 34,2% dos casos analisados (n=222) tinham registro sobre a presença ou não de células em anel de sinete. Desses, 208 eram casos positivos, o

que representou 93,7% dos que tinham informação. A presença de células em anel de sinete está fortemente associada com mau prognóstico e recorrência do tumor gástrico^(18,19).

Como demonstrado em um estudo⁽²⁰⁾, a presença de células em anel de sinete é o maior e mais forte indicador de prognóstico ruim em portadores de adenocarcinoma gástrico e, dentre outras recomendações, indicam uma investigação acurada da história familiar de câncer nesses pacientes, pois são causados muitas vezes por mutações no gene CDH1. Nossa análise não foi realizada a contento devido ao elevado número de casos sem informação (n=427, 65,79%).

Alguns autores⁽²¹⁾, apontam a grande utilidade de bases de dados com registros completos para os estudos de excelência, o que não foi observado neste estudo para presença de células em anel de sinete, classificação microscópica de Lauren, infecção por *H. pylori* e estágio TNM (tabela 2). Em uma avaliação⁽²²⁾, o grau de completude dos registros variou de ruim a muito ruim. Esses autores preconizam um escore baseado no conceito de completude dos dados, que se classifica nos seguintes graus de avaliação: excelente, quando a variável apresenta menos de 5% de preenchimento incompleto; bom (5% a 10%); regular (10% a 20%); ruim (20% a 50%); muito ruim (50% ou mais).

Quanto a infecção pelo *H. pylori*, não encontramos registro em 325 casos (50,08%). Dos 324 casos em que esta informação estava presente, foi constatada a infecção em 117 pacientes, ou seja 18,03%. Ao associar a idade com a infecção pelo *H. pylori*, observou-se que não há influência de uma em relação a outra. Estudiosos exploram a importância da pesquisa de *H.pylori*, evidenciando que a maioria dos casos de câncer gástrico está relacionada a mutações esporádicas em células somáticas, resultado de uma longa exposição da mucosa gástrica ao processo inflamatório causado pela bactéria, tornando evidente a necessidade de alerta para fator de risco para câncer gástrico^(23,24).

Em relação ao câncer gástrico, quanto ao tipo histopatológico, foram encontrados 490 pacientes com adenocarcinoma, correspondendo a 75.49 % do total de pacientes analisados. Dentre os tipos histológicos do câncer gástrico, o adenocarcinoma corresponde a 95% dos casos, seguido do linfoma, que representa cerca de 3% dos casos^(4,25).

O estadiamento dos tumores revelou que os tumores de maior incidência estavam em estágio IV (n= 222, 35.29%), que indica doença avançada com presença de metástases e tratamento paliativo. É válido sinalizar que o alto percentual do estadiamento não informado (n=261, 40.22%) torna-se um fator limitante para análise do estudo.

A localização do tumor, conforme descrito na literatura, tem maior prevalência no terço distal do estômago, no antro gástrico junto à *incisura angularis*. Tem associação com ingestão de nitratos (nitrosaminas) ou infecção pelo *H. pylori*. Alguns estudos têm evidenciado a mudança no padrão de apresentação do adenocarcinoma, das regiões distais para proximais e com características histológicas distintas. Em nosso estudo, houve predomínio do terço médio (n=193, 29,74%), seguido do terço distal, diferentemente do encontrado na literatura^(26,27).

Quanto a classificação de Lauren, os achados apontaram maior prevalência do tipo difuso (tabela 2), seguido do intestinal, e os testes realizados sugerem que a idade influenciou diretamente nos tipos histológicos da Classificação de Lauren. A classificação de Lauren divide as neoplasias gástricas de acordo com sua configuração microscópica e com seu padrão de crescimento, separando-as em dois tipos histológicos: Tipo intestinal - tipo mais comum no sexo masculino e geralmente afeta a região distal do estômago (pequena curvatura, no antro gástrico). É de melhor prognóstico quando comparado ao tipo difuso. O difuso possui história familiar (hereditário), é mais comum em mulheres, acomete indivíduos mais jovens comparado ao tipo intestinal e a localização do tumor é frequente na região proximal do estômago (mais próximo ao esôfago)^(27,28).

Em relação à mortalidade, a frequência do óbito no período estudado foi de 296 casos (45,61%), quase a metade dos casos, o que coincide com a elevada mortalidade apontada em estudos epidemiológicos da doença⁽¹⁸⁾. Notamos que a maioria dos pacientes matriculados no INCA já chegam com doença avançada, o que praticamente inviabiliza o tratamento curativo e justifica o alto percentual de óbito.

No tocante à enfermagem, especificamente, conhecer o perfil do paciente da unidade em que trabalha, é fundamental tanto para o desenvolvimento de ações de prevenção e de promoção a saúde quanto para as ações assistenciais no espaço hospitalar, principalmente quando se pretende trabalhar com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e com o Processo de Enfermagem (PE).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite o envolvimento do enfermeiro nas atividades de planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem que são implementadas, possibilitando a visão global da assistência⁽²⁹⁾. Trata-se de um método de operacionalização do Processo de Enfermagem (PE), sendo, o PE, um instrumento metodológico que orienta a assistência de enfermagem ao paciente e permite a documentação da prática profissional⁽³⁰⁾.

Em resolução⁽³⁰⁾, o PE organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados (Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

A prática de enfermagem sistematizada permite a identificação das necessidades de cuidado manifestadas e/ou referidas pelos pacientes e familiares, além e proporcionar diálogo com os demais membros da equipe de saúde para direcionamento do cuidado, compondo uma tática adequada a uma prática centrada na pessoa e não somente nas tarefas ou na doença.

Assim sendo, conhecer o perfil deste paciente é de grande valia para o Profissional Enfermeiro, à medida que permite direcionar um olhar mais aprofundado aos sinais e sintomas apresentados, verbalizados ou não, oriundos do processo de adoecimento e/ou do tratamento imposto pela doença, de modo a proporcionar um cuidado de enfermagem humanizado e de promover melhor qualidade de vida a este paciente e ou familiar.

Vale ressaltar que para a implementação do PE, em sua primeira etapa -avaliação inicial- é condição primordial conhecer o perfil da clientela atendida de modo a vincular esse perfil a uma teoria de enfermagem que irá fornecer o suporte para a

construção do instrumento de coleta de dados que atenda a esse perfil de paciente, para que se possa desenvolver o processamento apto e crítico de inferências e de julgamentos e desta forma a determinação precisa do diagnóstico de enfermagem, segunda etapa do PE e, conseqüentemente, para o avanço das demais etapas do PE⁽³¹⁾.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem identificados (DE), na primeira consulta de enfermagem, dos pacientes, deste estudo, houveram um predomínio 12 DE em 100% da amostra, estando estes diagnósticos, em total congruência com o perfil da clientela pesquisada.

Diagnósticos de enfermagem fundamentam a prescrição de cuidados para sanar as necessidades afetadas dos pacientes. Abre novas possibilidades para o cuidado, pois possibilita ao enfermeiro aplicar o conhecimento científico para identificar problemas e prescrever o cuidado de acordo com sua competência profissional, utilizando uma linguagem padrão para registro no prontuário, baseada em sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, possibilitando uma comunicação clara entre os membros da equipe de saúde⁽³²⁾.

É interessante destacar, também, a importância desta pesquisa para instrumentalizar profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção das doenças, nas estratégias de saúde da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que os objetivos deste estudo foram atingidos, que o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com câncer gástrico, encontra-se em sua maior parte compatível com a literatura nacional e internacional e que os diagnósticos de enfermagem identificados se encontram alinhados com este perfil de paciente.

Uma das fragilidades deste estudo, pois se trata de pesquisa em base de dados secundários, foi o grau de completude baixo observado para presença de células em anel de sinete, classificação microscópica de Lauren, infecção por *H. pylori* e estágio TNM. Assim, recomenda-se o devido cuidado e o desenvolvimento de estudo prospectivo mais amplo.

A alta prevalência de casos com doença em estágio avançado reflete a dificuldade de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde ao diagnóstico precoce. Tal constatação nos leva a identificar que esforços devam ser empreendidos, de maneira universal e equânime, para a identificação dos grupos e fatores de risco para o desenvolvimento do câncer gástrico através da capacitação dos profissionais de saúde de modo que possam atuar no planejamento e na implementação de programas de prevenção e controle do câncer gástrico.

Pensamos que o estudo possa ajudar a preparar enfermeiros e estudantes para desenvolvimento e aplicação de estratégias de controle, prevenção e assistência na atenção primária, secundária e terciária. Já para o enfermeiro especialista na atenção oncológica, pode colaborar no desenvolvimento de competências para assistir a essa clientela em todas suas dimensões e para um cuidado integral e humanizado no atendimento das necessidades humanas básicas deste perfil de paciente, tão agredido pela doença e pelo tratamento imposto. Conhecer o perfil do paciente com

câncer gástrico e os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, indica a efetivação da Sistematização da Assistência de Enfermagem com a operacionalização do Processo de Enfermagem, de modo a oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade, segura e humanizada ao paciente, familiar e comunidade no INCA.

Enfatizando que a consulta de enfermagem ao paciente em um ambulatório é um instrumento mediador da humanização do cuidado durante o processo de trabalho do enfermeiro, a fim de estabelecer um relacionamento efetivo por meio do diálogo, escuta sensível e conversação, capaz de transformar a insegurança e o medo do paciente em um processo de trabalho com mais atitude colaborativa e adesão ao tratamento e cuidados oferecidos, embora outros estudos devam ser realizados para avaliar os efeitos da consulta de enfermagem sobre a resposta clínica ou a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011.128 p.: il. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf.
- 2- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016]; 36(5):E359-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>.
- 3- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. (Oliveira J C, Albuquerque FRPC, Lins IB), 2004. [Internet]. [Acesso 22 mar 2018]. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2004. www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf.
- 4- Instituto Nacional do Câncer - INCA. [Internet]. [Acesso 02 maio 2018]. Estimativa 2018: Incidência do Câncer no Brasil. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>.
- 5- World Health Organization (WHO). Cancer. Fact sheet N°297. February 2012. [Internet]. [Acesso 24 mar 2018]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
- 6- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016 Jan-Feb;66(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21332. Epub 2016 Jan 7.
- 7- Piazzuelo MB, Epplein M, Correa P. Gastric cancer: An infectious disease. *Infect Dis Clin North Am*. 2010; 24(4): 853–869.
- 8- Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014; 23(5): 700–713.
- 9- Rezaeian S, Khazaei S, Khazaei S, Mansori K, Moghaddam AS, Ayubi E. Human Development Inequality Index and Cancer Pattern: a Global Distributive Study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17, Cancer Control in Western Asia Special Issue, 201-204. 2016.
- 10- Campelo JCL, Lima LC. Perfil Clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerol* [Internet] 2012; 58(1):15-20. [Acesso 23 abr 2019]. http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/04. Acesso em 30/04/18.
- 11- Siegel RL, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statistics – 2014. *CA Cancer J Clin*, 2014; 64(1):9-29.

- 12- Kim Y, Ejaz A, Spolverato G, Squires MH, Poultsides G, Fields RC, et al. Conditional survival after surgical resection of gastric cancer: a multi-institutional analysis of the us gastric cancer collaborative. *Ann Surg Oncol*. 2015 Feb;22(2):557-64.
- 13- Instituto Nacional do Câncer – INCA. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino serviço. Rio de Janeiro, 3ª Ed. 2008. Rev. Atual. Ampl. [Internet]. [Acesso em 06 jun 2018]. <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>.
- 14- Figueiredo T, Guedes MTS, Souza LPS, Rosa AAS, et al. Prevalence of Family History of Cancer among Gastric Cancer Patients at Brazilian National Cancer Institute. *Health*, 09:01(2017), Article ID:73245,13 pages, 10.4236/health.2017.91003. DOI: 10.4236 / health.2017.91003.
- 15- Boland CR, Yurgelun MB. Historical Perspective on Familial Gastric Cancer. *Cellular and Molecular Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 3 (2): 192-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcmgh.2016.12.003>.
- 16- Guedes MTS, Jesus JP, Filho OS, Fontenele RM. Clinical and epidemiological profile of cases of deaths from stomach cancer in the National Cancer Institute, Brazil. *Ecancermedicalscience*. 2014 Jul 17; 8:445. Doi: 10.3332 / ecancer.2014.445.
- 17- Braga-Neto MB, Carneiro JG, de Castro Barbosa AM, et al. Clinical characteristics of distal gastric cancer in young adults from Northeastern Brazil. *BMC Cancer*. 2018 Feb 5; 18(1):131. Epub 2018 Feb 5.
- 18- Bamboat ZM, Tang LH, Vinuela E, Kuk D, et al. Stage-stratified prognosis of signet ring cell histology in patients undergoing curative resection for gastric adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2014 May;21(5):1678-85. DOI: 10.1245 / s10434-013-3466-8.
- 19- Kim BS, Oh ST, Yook JH. Signet ring cell type and other histologic types: differing clinical course and prognosis in T1 gastric cancer. *Surgery*. 2014;155(6):1030–35.
- 20- Piessen G, Messager M, Lefevre JH, Goéré D, Mabrut JY. et al. [Eur J Surg Oncol](http://www.ejso.com). 2014 Dec;40(12):1746-55. doi: 10.1016/j.ejso.2014.04.019.
- 21- Lagergren J, Andersson G, Talbäck M, Drefahl S, et al. Marital status, education, and income in relation to the risk of esophageal and gastric cancer by histological type and site. *Cancer*, v. 122, n. 2, p. 207-12, 2016. doi: 10.1002 / cncr.29731.
- 22- Romero DE, Cunha AB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad Saúde Pública*, v. [Acesso 11 ago 2017]. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028.
- 23- Ishaq S, Nunn L. Helicobacter pylori and gastric cancer: a state of the art review. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2015;8(Suppl.1): S6-S14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4495426/>
- 24- Doorakkers E et al. Helicobacter pylori eradication treatment and the risk of gastric adenocarcinoma in a Western population. *Gut* 2018 Jan 30; [e-pub]. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-315363>.
- 25- Cutsem EV, Sagaert X, Topal B, Haustermans K, Prenen H. Gastric cancer. *The Lancet*, v. 388, 2016, p. 2654-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30354-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30354-3).
- 26- Lucchese IC, Ferreira DK, Copetti FVS, Carvalho FG, Tonento MG. Câncer Gástrico precoce: uma doença curável no Brasil. *Rev AMRIGS* [Internet]. [Acesso 23 abr 2019]. 2008;52(4):309-14. <http://www.amrigs.com.br/revista/52-04/14-288-c%E2%80%90cancer-g%E1strico-precoce.pdf>
- 27- Campelo JCL, Lima LC. Perfil Clínico epidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerol* [Internet] 2012;

- 58(1):15-20. [Acesso 23 abr 2019]. http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/04. Acesso em 30/04/18.
- 28- American Cancer Society - ACS. What is stomach cancer? 2017. <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/about/what-is-stomach-cancer.html>.
- 29- Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2.ed. 2013.
- 30- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.358 de 15 out 2009. [Acesso 19 mar 2018]. <http://www.coren.rj.org/resolucao>.
- 31- NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre. 10ª Ed. 2015. Artmed.
- 32- Guedes MTS, Valente LM, Porto MA, Lanes M, et al. Diagnoses and Nursing Care for Patients with Gastric Tumors Treated at the Outpatient Clinic of the Group for Research and Treatment of Gastric Cancer. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(1), Ver. I, 2017, p. 86-93.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia