

# PERFIL DE CLIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS – MG

Samira Alexandre Machado\*

Marlene Aparecida Lopes Ferreira Del Ducca\*\*

## RESUMO

O câncer, o qual dá nome a centenas de neoplasias, tem elevado índice de prevalência e mortalidade. Isso nos permite deduzir que sua ocorrência tem etiologia multicausal, sendo importante que se faça um estudo do perfil de seus portadores, para que se possa chegar a possíveis fatores desencadeantes. Além disso, possibilita identificar que ações seriam importantes para que o atendimento seja integral e aconteça de forma humanizada e individualizada. O objetivo deste estudo foi identificar e descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos clientes atendidos e registrados numa clínica de referência e também os tipos de neoplasias mais prevalentes. Tratou-se de uma pesquisa documental, descritiva, de caráter quantitativo, a partir de análise de prontuários de pacientes. As variáveis estudadas foram: gênero, faixa etária, etnia, primeiro tratamento realizado e o tipo de neoplasia mais comum. Os dados foram analisados e chegou-se aos seguintes resultados, com relação aos 83 pacientes pesquisados: predomínio do sexo masculino (50,6%), cor branca (79,6%), idade de 51 a 60 anos (26,8), menor predominância no uso de tabaco (37,4%) e álcool (40,9%), fator hereditário/genético (37,4%) pouco dominante, predominância do câncer de mama nas mulheres (41%) e de próstata nos homens (30%); o primeiro tratamento mais utilizado hormonioterapia (38,2%). Esse estudo possibilitará informações que permitirão o estudo de estratégias de promoção e prevenção de saúde por meio da entidade responsável pelo serviço, mostrou também informações que permitirão delinear a real situação do município.

**Palavras-chave:** Perfil. Clientes oncológicos. Tratamento. Atendimento.

---

\* Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas (FPM).samiraalexandre@hotmail.com.

\*\* Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Especialização em Educação Profissional na Área da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ-RJ. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB)-Itajubá/MG. Docente da Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, MG. marlene.ducca@hotmail.com

## ABSTRACT

Cancer, that names a hundred of neoplasms, has raised the index of prevalence and mortality. This fact allow us to deduce that its occurrence has multifactorial etiology, so it's important to make a study of the profile of its carriers, in order to get the possible triggering factors. Moreover, it allows us to identify which actions would be important so that the treatment can be completed and can occur in a humanized and individualized way. The aim of this study was to identify and describe the sociodemographic and clinical profile of patients who were seen and recorded in a clinic of reference and also the most prevalent types of neoplasms. This study is a documentary research, descriptive and it has a quantitative character, it's from patients' records analyses. These were the variable situations that were studied: genre, age range, ethnicity, the first treatment that was done and the type of neoplasm that is more common. The data were analyzed and the results of 83 patients that were researched are: male predominance (50,6%), pale skin (79,6%), age from 51 to 60 years old (26,8%), predominance in lower tobacco use (37,4%) and alcohol (40,9%), little dominant hereditary/genetic factor (37,4%), predominance of breast cancer in women (41%) and prostate in men (30%); the first treatment most commonly used hormone therapy (38,2%). This study offered information that will allow the study of strategies for health promotion and prevention through the entity responsible for the service, it also showed information that will outline the actual situation of the municipality.

**Keywords:** Profile. Cancer patients. Treatment. Consultation.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer dá nome a uma série de doenças de etiologia multicausal, onde há crescimento e proliferação desordenada de células, e a sua capacidade de disseminação e invasão é sua maior característica (SMELTZER; BARE, 2008). O seu elevado índice de prevalência e mortalidade permite deduzir que suas causas essenciais ainda são consideradas prováveis e os fatores considerados carcinogênicos incluem o meio ambiente, a ocupação, o estresse e hábitos de vida com costumes próprios de um ambiente social ou cultural (BORGES et al., 2006). Diante do contexto, delinear o perfil dos portadores é importante para que se possa

identificar os fatores desencadeantes e também estabelecer um tipo de intervenção que ofereça oportunidade de uma melhor qualidade de vida.

As questões norteadoras desse estudo foram: qual o perfil dos clientes com câncer atendidos na clínica de referência? Qual a neoplasia prevalente dentro desse perfil?

Assim, o objetivo traçado para essa pesquisa foi identificar e descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos clientes atendidos e registrados numa clínica de referência e também os tipos de neoplasias mais prevalentes.

Sendo o câncer considerado uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior evidência na atualidade, torna-se de extrema importância a criação e implementação de ações de promoção e prevenção de saúde de forma prioritária e diferenciada, para que os portadores não fiquem lesados pela demora no atendimento ou por ações ineficazes (MUNIZ, 2009).

A justificativa para a realização desse estudo foi o interesse a partir da vivência dentro de uma clínica, de obter conhecimento e dados para delinear o perfil dos portadores de doenças neoplásicas em tratamento, o que contribuirá para a excelência do atendimento. Através do conhecimento do perfil desses clientes será possível estabelecer um atendimento que possa envolver cliente e família nos seus diferentes aspectos e situações, verificando-se assim a efetividade das ações administradas. Soma-se a isso a importância de adquirir maiores conhecimentos sobre o câncer e as possibilidades terapêuticas existentes.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), as células neoplásicas invadem tecidos e órgãos, podendo ou não espalhar-se para outras regiões do corpo, evento denominado de metástase. Há diferentes tipos de câncer, e cada tipo depende das diferentes células, bem como da velocidade de multiplicação dessas células e das metástases (BRASIL, 2012). Assim, ainda segundo o INCA a etiologia do câncer é distinta, podendo ser externa e ou interna ao organismo, ou estar inter-relacionada.

Refere-se ainda que as causas externas estão relacionadas ao meio ambiente ou aos costumes próprios de um contexto social e cultural. Já as causas internas são geneticamente pré-determinadas e estão ligadas a capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Vale ressaltar que esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o câncer tem maior incidência junto à população idosa, além de sua ocorrência ser aumentada com a exposição a agentes carcinogênicos, como fumaça de cigarro, compostos químicos e radiação. Além desses fatores, o câncer é uma doença temida com relação ao seu tratamento e sua eficácia junto aos tumores metastáticos (AUDÍSIO et al., 2006).

A divisão epidemiológica do câncer no Brasil é comumente influenciada pelos fatores de risco ambientais, como os químicos, físicos e biológicos, resultantes do processo de industrialização. Essa divisão se deve pelo aumento dos cânceres relacionados ao status socioeconômico. Partindo desse pressuposto é possível verificar que a maior incidência de câncer de mama, próstata, cólon e reto estão entre pessoas que possuem um status elevado, assim como os cânceres de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral estão diretamente ligados a pessoas de nível econômico inferior (GUERRA, 2005).

Nesse contexto, é possível verificar que existem dois indicadores considerados problema de saúde pública no país. O primeiro é o aumento gradativo da incidência e da mortalidade por câncer, de forma proporcional ao desenvolvimento socioeconômico e ao crescimento demográfico. O segundo fator representa para o sistema de saúde a garantia da população ao diagnóstico e ao tratamento (SANTOS et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), espera-se 27 milhões de novos casos de câncer e 17 milhões de mortes por câncer em 2030. Estes números são resultantes da transição demográfica e do envelhecimento da população brasileira, exigindo altos níveis de investimento por parte da política pública de saúde para atender todas as necessidades da população (BRASIL, 2011).

Os profissionais de saúde devem ser capazes de prevenir, diagnosticar, tratar, evoluir e saber notificar os casos de câncer, uma vez que isso está diretamente relacionado ao controle do mesmo. A equipe de saúde e a população devem considerar que o impacto do diagnóstico de câncer é alarmante, desestruturando o portador e seus familiares. A possibilidade dos tratamentos não serem eficazes gera ansiedade, medo, preocupação, agressividade e a ocorrência de efeitos colaterais é desgastante. O desconhecimento da doença e a possibilidade do quadro clínico já estar fora das possibilidades de tratamento, minimiza o próprio desejo de enfrentar a situação (SILVA; CRUZ, 2011).

O diagnóstico de câncer modifica a vida das pessoas, o qual é mostrado pelas alterações físicas e emocionais, em decorrência do desconforto, da dor; há perda da autoestima (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

O tratamento primário básico envolve cirurgia, quimioterapia, radioterapia, incluindo-se também a hormonioterapia. A escolha do tratamento inicial na maioria dos cânceres é a cirurgia, sendo possível a retirada de tumores de qualquer parte do corpo devido aos avanços nas técnicas cirúrgicas, uma melhor compreensão da oncogênese e cuidados no pós-operatório. O tratamento antineoplásico apesar de apresentar avanços na cura e controle do câncer em fase inicial, aumentando a expectativa de vida, provoca também efeitos colaterais agressivos e desgastantes, facilitando também o aparecimento de doenças oportunistas (ANJOS; ZAGO, 2006).

Observa-se também que atualmente há uma maior atenção para com os pacientes, seus familiares e também para com sua sobrevivência, através da elaboração de novas políticas de saúde (MUNIZ et al., 2009).

A enfermagem por ser a profissão mais atuante no tratamento dos pacientes portadores de neoplasias terá oportunidade através do traçado do perfil dos pacientes, de sistematizar sua atuação junto aos portadores e familiares através de estratégias que levem à qualidade de vida, ao atendimento de forma humanizada e individualizada. Ela passa então a exercer papel fundamental na identificação de populações de risco, participando de programas de prevenção e educação em saúde. A equipe de enfermagem se torna essencial, inclusive quando não há perspectivas de cura e nem de sobrevida, promovendo atendimento de maneira ética e humana.

## **2 MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo realizado através de revisão de prontuários eletrônicos, concedida pela Central de Processamento de Dados (CPD) do Centro Oncológico AZ do Noroeste. A população estudada foi composta por todos os pacientes com diagnóstico de câncer atendidos no período de 01 de Janeiro a 30 de Junho de 2012.

As informações necessárias para a realização deste trabalho foram obtidas por meio da análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos, seguindo-se os preceitos bioéticos e omitindo-se o nome do paciente e qualquer informação que pudesse identificá-lo ou pudesse de alguma forma, comprometer sua integridade física, psíquica e (ou) social.

Os dados foram colhidos por meio dos prontuários eletrônicos disponíveis na intranet local cedidos pelo responsável do Sistema de Arquivo da Clínica. Foram excluídos do registro os dados duplicados, os pacientes que não foram submetidos a tratamento oncológico, os atendidos no período de julho a dezembro de 2012 e os que não realizaram tratamento na clínica.

As variáveis estudadas foram gênero, idade, etnia, endereço permanente, data da primeira consulta, data do primeiro diagnóstico, localização do tumor primário, data do início do primeiro tratamento realizado na clínica, e o primeiro tratamento recebido, histórico familiar de câncer, histórico do uso de tabaco e consumo de bebidas alcoólicas. Os sítios foram registrados conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-O) da Organização Mundial de Saúde.

Na análise dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis quantitativas. Para a análise estatística, os dados foram transportados para o programa Excel for Windows e, posteriormente submetidos à análise descritiva, com confecção de tabelas.

Destaca-se que o projeto desse estudo foi submetido à autorização da direção do Centro Oncológico AZ do Noroeste que está ciente e concorda com a realização do estudo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Franca (UNIFRAN), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas reguladoras da Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 071/07.

### **3 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Após aplicação do roteiro pré-elaborado (DUCCA, 2008) para a coleta de dados nos prontuários dos pacientes atendidos na clínica de referência em oncologia do Centro AZ do Noroeste, de Patos de Minas – MG para identificação do perfil

desses, os resultados obtidos foram agrupados e colocados em forma de tabelas de distribuição de frequência, através de porcentagem simples.

Para realização deste trabalho foram encontrados e analisados oitenta e três prontuários dos clientes atendidos nessa clínica, durante o período de 1º de Janeiro a 30 de Junho de 2012, conforme a metodologia estabelecida, o que corresponde á 100% da população alvo do estudo.

O período de atendimento escolhido para a realização de busca dos dados foi o transcorrido entre 1º de janeiro de 2012 a 30 de junho de 2012. Nesse período foram atendidos na clínica 83 pacientes de ambos os sexos, sendo que o prontuário de todos eles (100%) foi avaliado e serviram de N para a pesquisa proposta.

Os resultados deste estudo permitem refletir sobre o perfil dos clientes oncológicos atendidos numa clínica de referência de Patos de Minas-Minas Gerais, contribuindo para o desenvolvimento de ações condizentes neste campo de atuação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação ao gênero Segundo a sociedade Americana de Câncer apud Yoshio (2011) há uma estimava de que os homens tenham cerca de 1 em 2 chances de desenvolver câncer em algum momento de suas vidas, em comparação com 1 em cada 3, para as mulheres. Os dados obtidos pela pesquisa são descritos a seguir:

**Tabela 1-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, por gênero, Patos de Minas, 2013

Sexo	N	%
Feminino	41	49,4
Masculino	42	50,6
Total	83	100

O resultado acima mostrou que no decorrer do período escolhido para a pesquisa foram atendidos quarenta e um (49,4%) clientes do sexo feminino e

quarenta e dois (50,6%) do sexo masculino. Ressalta-se que a prevalência mostrada deve-se em parte a fatores como estilo de vida, o tabagismo e o etilismo, e a menor frequência de consulta médica para avaliação da saúde, ou ao fato de fazer menos exames de rotina (YOSHIO, 2011).

Contudo, após o diagnóstico, as taxas relacionadas à sobrevivência para homens e mulheres tendem a ser iguais. De modo geral, os homens com alguns tipos de câncer são mais propensos a morrer da doença do que as mulheres com o mesmo tipo.

A idade avançada constitui outro importante fator de risco não modificável. Com o aumento da idade há um aumento rápido da incidência (BRASIL, 2008a).

**Tabela 2-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, por idade, segundo sexo, Patos de Minas, 2013

Idade	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
21 a 30 anos	0	0	1	2,4
31 a 40 anos	0	0	3	7,3
41 a 50 anos	3	7,2	5	12,2
51 a 60 anos	6	14,3	11	26,8
61 a 70 anos	14	33,3	9	22
71 a 80 anos	9	21,4	5	12,3
81 a 90 anos	9	21,4	7	17
Acima de 90 anos	1	2,4	0	0
Total	42	100	41	100

Conforme a tabela acima, distribuindo os pacientes por idade, segundo sexo percebeu-se que o número mais expressivo se enquadrava na faixa etária entre 61 a 70 anos para o sexo masculino e na faixa etária entre 51 a 60 anos para o sexo feminino.

Segundo Belon (2006) há maior incidência de neoplasias entre a população com mais de 60 anos. As explicações são diversas, podendo ressaltar que o envelhecimento da população é uma das principais causas. Isso se deve ao fato de que existe uma relação entre o seu envelhecimento e o aumento da incidência de câncer, uma vez que a pessoa que vive mais se expõe por um maior tempo aos agentes externos causadores da doença. Assim, a incidência e a mortalidade por câncer aumentaram decorrente ao aumento da longevidade e à exposição do indivíduo, o que não quer dizer que a probabilidade de uma pessoa ter câncer seja maior agora do que no passado.



A prevalência do segmento racial tem relação com o grau de miscigenação em cada região, o que dificulta a padronização de um único critério para determinar a cor de pele (SANTOS et al., 2012).

**Tabela 3-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo etnia, Patos de Minas, 2013

Etnia	N	%
Amarela	0	0
Branca	66	79,6
Indígena	0	0
Negra	7	8,4
Parda	10	12
Total	83	100

Na distribuição dos pacientes segundo a etnia mostrada na tabela acima os dados obtidos demonstram que dos pacientes investigados, a cor branca foi a prevalente, apresentando 79,6% dos casos estudados. Através de pesquisas identificou-se que há uma co-relação entre a etnia e o tipo de câncer, ou seja um tipo de neoplasia pode ser mais comum em uma etnia quando comparada a outra.

Os riscos de câncer variam entre grupos humanos de diferentes raças ou etnias. Algumas dessas diferenças podem refletir características genéticas específicas, enquanto que outras podem estar relacionadas a estilos de vida e exposições ambientais, se encontram entre os fatores de risco não modificáveis (INCA, 2009).

O diagnóstico das neoplasias é feito por intermédio da observação do tumor, de suas características clínicas. São feitos exames complementares, como exames por imagem, bioquímicos e histopatológicos (BRASIL, 2008a). São de extrema importância para diagnóstico do câncer, exames radiológicos como tomografia computadorizada (TC), para observar calcificações e parte cística do tumor, a ressonância nuclear magnética (RNM), para colaborar com informações sobre a extensão, anatomia e planejamento da cirurgia do tumor (BRASIL, 2008d).

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo, assim torna-se relevante mencionar e apresentar os tipos mais comuns do câncer identificados nesse estudo. Em relação à topografia, que se refere à localização do tumor os dados obtidos são destacados na tabela abaixo.

**Tabela 5-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo topografia, Patos de Minas, 2013

CID – O	Topografia	N	%
C00.1	Lábio Inferior externo	1	1,2
C06.2	Área retromolar	1	1,2
C15.1	Esófago torácico	1	1,2
C18.6	Cólon descendente	3	3,6
C18.7	Cólon sigmóide	1	1,2
C18.9	Cólon , SOE	1	1,2
C19.9	Junção retossigmóide	3	3,6
C20.9	Reto, SOE	1	1,2
C25.0	Cabeça do pâncreas	1	1,2
C34.1	Lobo superior do pulmão	1	1,2
C34.2	Lobo médio do pulmão	1	1,2
C34.9	Pulmão, SOE	1	1,2
C44.2	Pele do ouvido externo	1	1,2
C44.3	Pele de outras partes e de partes não especificadas da face	1	1,2
C48.0	Retoperitônio	1	1,2
C50.9	Mama, SOE	34	41
C53.8	Lesão sobreposta do colo do útero	1	1,2
C54.8	Lesão sobreposta do corpo do útero	1	1,2
C54.9	Corpo do útero	1	1,2
C61.9	Próstata, SOE	25	30,2
C67.2	Parede lateral da bexiga	1	1,2
C71.1	Lobo frontal	1	1,2
Total		83	100

Entre as topografias neoplásicas classificadas segundo CID-O 3ª edição, o C50 – Mama foi o mais prevalente, ocorrendo em trinta e quatro pacientes (41%); em segunda posição aparece o C61.9 – Próstata, correspondendo a vinte e cinco pacientes (30,2%). O câncer de mama é o que mais acomete as mulheres brasileiras, sendo ele o mais temido no grupo feminino, pois provoca impacto físico e psicológico, envolvendo negativamente a percepção da sexualidade e autoimagem da mulher (GUIMARAES; ANJOS, 2012).

De acordo com o INCA (2012), estima-se que o número de casos novos de câncer de mama no Brasil em 2013 seja de aproximadamente 260.000 para o sexo feminino e 257.000 para o masculino. O tipo de câncer mais incidente na população brasileira será o tipo não melanoma (134 mil), seguido por tumor de próstata (60mil) e de mama feminina (53 mil).

Em relação ao primeiro tipo de tratamento realizado os dados obtidos são descritos a seguir:

**Tabela 4-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo primeiro tipo de tratamento realizado, Patos de Minas, 2013

Tratamento	N	%
Cirurgia	6	7,2
Hormonioterapia	29	35
Quimioterapia	23	27,7
Radioterapia	25	30,1
Total	83	100

O tratamento do câncer pode ser diversificado, porém se destacam como os mais utilizados a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e hormonioterapia, podendo ocorrer de forma isolada ou combinada. No entanto, o método escolhido dependerá do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor

.Em relação ao câncer de mama, segundo idade, seguem-se os dados:

**Tabela 6-** Distribuição percentual de 34 pacientes, com câncer de mama, neoplasia mais prevalente no sexo feminino, segundo idade, Patos de Minas, 2013

Idade	N	%
21 a 30 anos	1	2,9
31 a 40 anos	3	8,8
41 a 50 anos	5	14,7
51 a 60 anos	9	26,4
61 a 70 anos	8	23,8
71 a 80 anos	6	17,6
81 a 90 anos	2	5,8
acima de 90 anos	0	0
Total	34	100

No gênero feminino, a neoplasia de mama foi a mais incidente dentro os casos estudados, representado por trinta e quatro (82,94%) pacientes. Destes trinta e quatro pacientes acima descritos, a faixa etária entre 51 a 60 anos foi a prevalente, por incluir nove (26,4%) pacientes, identificou-se oito (23,8%) pacientes na faixa etária entre 61 a 70 anos, e seis (17,6%) pacientes com idade entre 71 a 80 anos.

Estimativas mostram a importância de motivar a mulher para o auto-exame mensal das mamas através do qual é possível a detecção precoce do câncer que

deve ser investigado por profissional qualificado e também por mamografia (MALUF, 2008).

Em relação ao câncer de próstata, segundo idade, os dados obtidos são descritos a seguir:

**Tabela 8-** Distribuição percentual de 25 pacientes oncológicos, com câncer de próstata, neoplasia mais prevalente no sexo masculino, segundo idade, Patos de Minas, 2013

Idade	N	%
21 a 30 anos	0	0
31 a 40 anos	0	0
41 a 50 anos	0	0
51 a 60 anos	2	8
61 a 70 anos	11	44
71 a 80 anos	6	24
81 a 90 anos	5	20
acima de 90 anos	1	4
Total	25	100

A maior incidência neoplásica no gênero masculino foi o de próstata, representando 59,52% (25 pacientes) dos pacientes estudados. Dos vinte e cinco pacientes acima relatados, agruparam-se onze (44%) pacientes na faixa etária entre 61 a 70 anos e identificou-se seis (24%) na faixa etária dos 71 a 80 anos.

É importante e necessário que se faça o rastreamento através de exames periódicos para detecção precoce e possível tratamento. O exame clínico que sugere a existência da doença é feito pelo toque retal e dosagem do Antígeno Prostático Específico - PSA (BRASIL, 2008d).

Em relação ao histórico familiar de câncer, os dados obtidos são descritos na tabela a seguir:

**Tabela 10-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo histórico familiar de câncer, Patos de Minas, 2013

Histórico familiar de câncer	N	%
Sim	29	34,9
Não	31	37,4
Sem informação	23	27,7
Total	83	100

Na análise dos prontuários, verificou-se vinte e nove (34,9%) pacientes com histórico de câncer positivo na família, trinta e um (37,4%) pacientes com histórico familiar de câncer negativo e vinte e três (27,7%) pacientes não obtinha esse dado em seus prontuários.

Os genes de cânceres hereditários respondem por 4% de todos os cânceres. Outros genes afetam a susceptibilidade aos fatores de risco para o câncer (INCA, 2009). Os cânceres hereditários considerados mais comuns são os de mama, cólon, ovário, pâncreas, retinoblastoma e a leucemia.

Em relação ao histórico de uso de bebida alcoólica os dados obtidos são descritos a seguir:

**Tabela 11-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo histórico de uso de bebida alcoólica, Patos de Minas, 2013.

Histórico de bebida alcoólica	N	%
Sim	21	25,4
Não	34	40,9
Sem informação	28	33,7
Total	83	100

De acordo com a tabela acima entre os pacientes com histórico de consumo de bebidas alcoólicas relacionados na pesquisa, vinte e um (25,4%) pacientes tinha histórico de consumo positivo, trinta e quatro (40,9%) pacientes com histórico de consumo de bebidas alcoólicas negativo e vinte e oito (33,7%) pacientes não tinha esse dado em seus prontuários.

Em se tratando do álcool, segundo o INCA (2013), a relação entre álcool e câncer tem sido avaliada no Brasil através de estudos. Estes mostram que o uso combinado de álcool e tabaco aumenta a probabilidade de câncer. O alcoolismo está relacionado a 2-4% das mortes por câncer.

O uso excessivo de álcool causa cânceres da cavidade oral, esôfago, fígado (principal fator de risco) e trato respiratório alto, e inclusive aumenta o risco para o câncer de mama, mesmo que em pequenas dosagens (INCA, 2009).

Em relação ao histórico de tabagismo os dados obtidos são descritos a seguir:

**Tabela 12-** Distribuição percentual de 83 pacientes oncológicos, segundo histórico de tabagismo, Patos de Minas, 2013

Histórico de tabaco	N	%
Sim	25	30,2
Não	32	38,5
Sem informação	26	31,3
Total	83	100

A distribuição dos pacientes segundo histórico de tabagismo identificou que vinte e cinco (30,2%) pacientes tinham histórico de consumo de tabaco positivo, trinta e dois (38,5%) pacientes não consumia tabaco e vinte e seis (31,3%) pacientes não tinham esse dado em seus prontuários.

O tabagismo trata-se de um importante problema de saúde pública, apresentando grande número de casos de câncer de pulmão. No Brasil, as taxas de incidência bruta e ajustada para câncer de pulmão estão aumentando devido ao aumento do consumo do tabaco e a difusão do tabagismo na população feminina.

Segundo o INCA (2009) o tabagismo contribui não somente para o aumento da incidência de câncer de pulmão em nosso país, mas também para o aumento da incidência de outros tipos de câncer, tais como de laringe, esôfago, boca e faringe, os dois últimos principalmente se associado a consumo de álcool e precárias condições de nutrição, outros fatores de risco muito comuns no Brasil. A exposição ao tabaco faz do tabagismo a principal causa isolada de câncer no mundo. Caso não haja mudanças no curso da exposição mundial do tabagismo, estima-se que o número de fumantes será de 1,6 bilhões em 2030.

## 6 CONCLUSÃO

Através desse estudo, foi possível conhecer o perfil dos pacientes portadores de neoplasias, atendidos na clínica de referência Centro Oncológico AZ do Noroeste de Patos de Minas - Minas Gerais: Identificou-se que o sexo masculino está mais propenso a desenvolver neoplasias do que o sexo feminino, bem como há maior incidência de neoplasias entre a população com mais de 60 anos de idade. Em se tratando da predominância das neoplasias de acordo com a etnia, verificou-se que a

população branca foi a mais acometida. Além disso, ressalta-se que o tipo mais comum de neoplasia no sexo feminino, foi o câncer de mama e no sexo masculino o de próstata, sendo que o tipo de tratamento mais realizado foi a hormonioterapia nos casos apresentados.

Quanto à hereditariedade e/ou histórico familiar de câncer, a porcentagem de respostas negativas foram maior que a de respostas positivas. Contudo, em outros estudos realizados por diferentes autores, revela-se que há possibilidade em alguns casos, de um gene alterado ser passado para o feto durante a gravidez. Assim, quando o bebê nasce carrega consigo maior risco de desenvolver um câncer. Vale salientar que quanto ao consumo de bebida alcoólica e de tabaco, a porcentagem foi maior para respostas negativas do que para respostas positivas, porém mesmo assim sabe-se que há influência destes no desenvolvimento de alguns tipos de neoplasias.

Conclui-se que o estudo contribuiu para uma reflexão acerca do perfil de paciente com câncer em Patos de Minas, tornando explícitas informações que permitirão a criação de estratégias de promoção e prevenção de saúde pelas entidades responsáveis pelo serviço, ou seja, o estudo contribuiu com informações condizentes com a real situação do município. Além disso, devido ao doloroso processo que os pacientes enfrentam em relação às mudanças que esta doença exige, torna-se claro para os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a necessidade e a realização de ações que favoreçam a compreensão dessa patologia para que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes atendidos. A assistência prestada aos pacientes deverá consistir em desenvolver competências baseadas em conhecimentos científicos, em princípios éticos e bioéticos, de forma que o cuidar tenha um olhar holístico e ultrapasse o cientificismo e a técnica. Dessa forma, a atuação do profissional de saúde é de extrema importância, pois é ele quem está mais próximo ao doente e a sua família durante o processo da doença que lhe tira a vida.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, A. C .Y.; ZAGO, M. M. F. A Experiência da Terapêutica Quimioterápica Oncológica na Visão do Paciente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n.1, p. 33-40, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a05.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

AUDÍSIO, R. et al. Câncer nos Idosos. In: POLLOCK R. E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

BELON, A. P. **Incidência de câncer aumenta com o envelhecimento da população**. 2006. Disponível em: <[http://www.labjor.unicamp.br/midiaciencia/article.php3?id\\_article=179](http://www.labjor.unicamp.br/midiaciencia/article.php3?id_article=179)>. Acesso em 02 de mai. 2013.

BORGES et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. 2006. **Psicologia em estudo**. Maringá, v.11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>>. Acesso em:10 abr. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteúdo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 06 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa de novos casos de câncer para 2008**. Rio de Janeiro. 2008a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em: 26 mar. 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer**. 2008. Rio de Janeiro. 2008d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 18 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de prevenção primária e secundária no controle do câncer**. 2009. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2013



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <[www.inca.gov.br/estimativa/2012](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012)>. Acesso em 06 abr. 2013.

DUCCA, M. A. L. F. D. **O conhecimento de adolescentes sobre métodos contraceptivos.** 55f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2008. Disponível em: <<http://www.promocaodesaude.unifran.br/dissertacoes/2008/MarleneAparecidaLopesFerreiraDel-Ducca.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011

GUERRA, M. R. et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. de Cancerologia.** 2005; v. 51, n. 3, p. 227-234. Disponível em: <[http://www.eteavare.com.br/arquivos/81\\_392.pdf](http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf)>. Acesso em: 2 de abr. 2013.

GUIMARAES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2012; v. 58, n. 4, p. 581-592. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf)>. Acesso em 20 abr. 2013.

MALUF, M. F. M. **O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama.** 2008. 212.f. Dissertação (mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) – Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-25062008-120439/pt-br.php>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. **Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia.** Florianópolis. v. 21, n. 3, P. 600-607. Jul./set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 abr. 2013.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto contexto Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 25-32, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a03.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2013

SANTOS, R. S. et al. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto – enf.** v. 21, n. 4, p. 800-810. out/dez. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 abr. 2013

SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Rev. Esc. Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 180-185, jan/mar. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/2806/1/25.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. Tradução Jose Eduardo Ferreira de Figueiredo. 11. ed., v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 320.

YOSHIO, W. **A saga masculina**: eles têm mais e morrem mais de câncer. Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/a-maior-incidencia-de-cancer-em-homens>>. Acesso em: 02 maio 2013.

## AGRADECIMENTO

À Deus, por acompanhar meus passos e abrir meus caminhos. Por me proporcionar a capacidade de seguir em frente e a coragem para vencer os desafios da vida.

Aos meus pais, Evando e Joana D'arc, que me deram a vida, me ensinaram a vivê-la com dignidade, e me iluminaram nos caminhos obscuros com afeto e dedicação. Por se doarem por inteiro e renunciarem aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar o meu, muito obrigada.

Às minhas irmãs, cunhado, sobrinhos e afilhado que sempre estiveram presentes nos momentos mais difíceis dessa caminhada, mesmo quando os obstáculos pareciam intransponíveis, me acolhendo em seus braços e me acalentando.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Ms Marlene Del Ducca, que com muita sabedoria me conduziu até as últimas linhas. Obrigada pela dedicação, competência, ensinamentos e amizade, durante toda a realização dessa pesquisa. Seus ensinamentos estarão presentes por toda a minha vida.

Obrigada também a Laura Resende e Ana Paula Vieira que de uma forma ou de outra me ajudou a concluir esta pesquisa.

Reconheço e agradeço a todos o inestimável e importante apoio, amor, compreensão, dedicação e sacrifício nessa longa caminhada. Alegrem-se, pois o mérito desta vitória também lhes pertence.

Muito obrigada, hoje e sempre!

**ANEXO****ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS PRONTUÁRIOS**

## 1-Dados pessoais

Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

- 
- a) Gênero: Masculino  Feminino
- b) Idade:
- c) Etnia: Branca  Negra  Amarela   
Parda  Indígena  Sem informação
- d) Endereço permanente:
- 
- e) Data da primeira consulta realizada na clínica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- f) Data do primeiro diagnóstico do tumor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- g) Localização do tumor primário:
- h) Data do início do primeiro tratamento específico para o tumor, na clínica:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- i) Primeiro tratamento recebido na clínica: Cirurgia  Radioterapia   
Quimioterapia  Hormonioterapia  Outras
- j) Data da triagem: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- k) Histórico familiar de câncer: Sim  Não
- l) Histórico de consumo de bebidas alcoólicas: Sim  Não
- j) Histórico de consumo de tabaco: Sim  Não