

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO EM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA DO ESTADO DO PARÁ¹

EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER IN PUBLIC HOSPITAL OF ONCOLOGIC REFERENCE OF STATE OF PARÁ

Christiane Borges dos Santos CARMO², Rosilene Dias SILVA² e Renato da Costa TEIXEIRA³

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão tratados no Hospital Ophir Loyola, na cidade de Belém-Pará. **Método:** estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo, com coleta de dados em prontuários, tendo como critérios de inclusão o diagnóstico de câncer de pulmão, pacientes de ambos os sexos, sem limite de idade, atendidos de janeiro de 2010 a dezembro de 2011 e critérios de exclusão os pacientes não residentes ou não procedentes do Estado do Pará e prontuários com dados incompletos. A coleta de dados foi desenvolvida através de ficha de protocolo pré-elaborada pelos pesquisadores. A pesquisa foi realizada na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico (DAME) do Hospital Ophir Loyola, sendo os dados analisados através de estatística descritiva. **Resultados:** observou-se que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (72, 22%), sendo a maior procedência do interior do Estado (58%). A faixa etária de maior frequência de câncer de pulmão foi entre 61 a 70 anos de idade (35,56%). O subtipo histológico de maior frequência foi o carcinoma escamoso (37,22%), seguido do adenocarcinoma (31,67%). Da amostra total 94,44% dos carcinomas pulmonares eram do tipo primário. Em relação a sobrevida e mortalidade no período da pesquisa houve sobrevida de 52,78% e mortalidade de 47,22%. **Conclusão:** os dados obtidos permitiram caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de pulmão na região estudada, servindo como base de dados para estudos epidemiológicos futuros e como subsídio para a implementação de políticas públicas preventivas na região norte do país.

DESCRITORES: Perfil epidemiológico, câncer, pulmão

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX, as neoplasias configuraram-se como um dos mais importantes problemas de saúde no mundo. Estimou-se para 2008, 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos por câncer no mundo¹.

No Brasil, constitui a segunda causa de morte, representando 17% dos óbitos por causas conhecidas. No ano de 2009 o número de mortes por câncer de pulmão foi de 21.069, sendo 13.293 para homens e 7.776 para

mulheres^{2,3}.

Para os próximos anos a expectativa é de aumento na incidência das neoplasias, chegando ao surgimento de 16 milhões de novos casos em 2020¹.

O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados do tabaco. Altamente letal a sobrevida média

¹ Trabalho realizado na Divisão de Arquivo Médico e Estatístico - DAME do Hospital Ophir Loyola. Belém, Pará, Brasil.

² Graduanda para obtenção de título de especialista em fisioterapia hospitalar pelo Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA. Belém, Pará, Brasil.

³ Doutor em Educação pela Pontifícia Universidade Católica - PUC do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil; Docente da Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil; Fisioterapeuta da UTI do Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUIBB da Universidade Federal do Pará - UFPA. Belém, Pará, Brasil.

cumulativa total em cinco anos varia entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre 7 e 10% nos países em desenvolvimento³.

No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis. Segundo estimativas para o ano de 2012, o câncer de pulmão em homens era o segundo mais frequente nas regiões Sul (37/100 mil) e Centro-Oeste (17/100 mil). Nas regiões Sudeste (20/100 mil), Nordeste (8/100 mil) e Norte (8/100 mil), ocupando a terceira posição. Para as mulheres era o terceiro mais frequente na região Sul (19/100 mil), o quarto na região Centro-Oeste (9/100 mil) e o quinto nas regiões Sudeste (11/100 mil), Nordeste (6/100 mil) e Norte (5/100 mil)⁴.

Atualmente, é a principal causa de morte, por neoplasia, entre homens e mulheres, em todo o mundo. Desde o século passado é considerado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma epidemia mundial. Apesar de mais frequente entre indivíduos do sexo masculino, sua incidência no homem se estabilizou ou diminuiu, enquanto nas mulheres vem aumentando drasticamente nas últimas décadas^{5,6}.

Apenas 20% dos casos são diagnosticados em fases iniciais. Na maioria das vezes o diagnóstico é tardio, quando a doença já se encontra em fase avançada, o que impede o tratamento curativo⁶.

Diversos esquemas de classificação para as neoplasias pulmonares têm sido postulados. A mais amplamente aceita é a da *World Health Organization* (WHO/OMS) publicada em 1999. Segundo esta classificação existem quatro principais tipos histológicos de carcinoma pulmonar: Adenocarcinoma, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma de células pequenas e Carcinoma de células grandes. Essas quatro variantes constituem 95% de todos os carcinomas pulmonares. Os tipos restantes (tumor carcinóide, carcinoma adenoescamoso, carcinoma pleomórfico) são incomuns⁷.

Clinicamente, os carcinomas de pulmão são classificados em carcinomas de pequenas células (correspondem de 25 a 20%) e carcinoma de não pequenas células (correspondem de 75 a 80% de todos os casos). Este último compreende o carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular, adenocarcinoma e carcinoma indiferenciado de grandes células⁶.

No Brasil, os primeiros incentivos à epidemiologia do câncer começaram na década de 1920, com o Departamento Nacional de Saúde Pública, mas a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer levou à criação do Sistema Nacional do Câncer, nos anos de 1940, momento em que

houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer².

Segundo Bittencourt, Scaletzky e Boehl (2004), estudos epidemiológicos têm sido fundamentais para o conhecimento de várias enfermidades incluindo o câncer, sendo que no Brasil existe uma carência de registros e dados epidemiológicos sobre a incidência de câncer⁸.

O risco de câncer de pulmão deve ser entendido como o resultado de uma interação entre a exposição ao agente e a suscetibilidade individual para o desenvolvimento da doença. Vários agentes são apontados como determinantes de maior risco para câncer de pulmão. Acredita-se que a contribuição proporcional de cada um seja a seguinte: tabagismo (90%), exposição ocupacional a carcinógenos (9% a 15%), gás radônio (10%) e poluição ambiental (1% a 2%)⁹.

Segundo Rodrigues e Ferreira (2010) é imprescindível que haja estímulo a busca de informações precisas e de qualidade sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, às taxas de mortalidade e às despesas públicas².

Nesse sentido, este estudo tem relevância, pois, segundo Boing e Rossi (2007) as regiões norte e nordeste apresentam maiores deficiências no sistema de registros, relacionados ao câncer. Portanto, pesquisas deste cunho são importantes em saúde pública, tornando-se linha de base para o planejamento em saúde¹.

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Centro Universitário do Pará (CESUPA), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado apenas caso fosse necessário o acesso a algum paciente ou responsável.

O estudo é do tipo transversal, exploratório e descritivo, a partir da análise dos prontuários de pacientes com diagnóstico de Câncer de Pulmão, acompanhados no Hospital Ophir Loyola, de referência oncológica no Pará, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, tendo como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão tratados no Hospital Ophir Loyola na cidade de Belém do Pará.

A pesquisa foi realizada na Divisão de Arquivo Médico e Estatística (DAME), sendo a coleta de dados desenvolvida através de uma ficha de protocolo pré-elaborada pelos

pesquisadores, na qual foram analisados sexo, faixa etária, procedência, presença de tabagismo entre os sujeitos, subtipo histológico, tipo de tumor pulmonar (primário ou secundário), sobrevida e mortalidade no período.

A amostra foi composta por 196 prontuários e teve como critérios de inclusão os diagnósticos compatíveis com carcinoma pulmonar de caráter primário e secundário no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, pacientes de ambos os sexos e sem limite de idade. Foram excluídos do estudo os pacientes não residentes ou não procedentes do Estado do Pará e prontuários com dados incompletos, com mais de duas variáveis ausentes, totalizando 16 prontuários excluídos.

Os dados dos prontuários foram analisados em planilha Microsoft Office Excel 2010, e a análise estatística foi descritiva através da exposição de gráficos e tabelas feitos no Excel 2013.

RESULTADOS

Tabela I - Frequência da Faixa Etária de pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola, Belém-PA, de janeiro de 2010 a dezembro 2011

Classes	N	Percentual
10 – 20	3	1,67%
21 – 30	1	0,56%
31 – 40	6	3,33%
41 – 50	15	8,33%
51 – 60	39	21,67%
61 – 70	64	35,56%
71 – 80	46	25,56%
81 – 90	5	2,78%
91 – 100	1	0,56%
TOTAL	180	100,00%

Fonte: Pesquisa de campo

Tabela II - Frequência do subtipo histológico em pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola, Belém-PA, de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

Fator	n	Percentual
Carcinoma de pequenas células	18	10%
Carcinoma de não pequenas células	1	0,56%
Carcinoma de células escamosas ou espinocelular	67	37,22%
Adenocarcinoma	57	31,67%
Carcinoma de grandes células	0	0%
Outros*	18	10%
Não consta	19	10,56%
Total	180	100%

Fonte: Pesquisa de campo

*Outros: Carcinoma indiferenciado (1); Carcinoma pouco diferenciado (5); Carcinoma pouco diferenciado pleomórfico (2); Leiomiosarcoma pulmonar (1); Linfoma de Hodgkin (1); Melanoma metastático (1); Neoplasia epitelial atípica com estrutura glandular com metástase pulmonar (1); Rbdomiossarcoma alveolar (1); Sarcoma de Weing (1); Tecido fibroconjuntivo com infiltração por carcinoma (1); Tumor carcinóide atípico pulmonar (1); Tumor de células claras (1); Tumor de pulmão fibroso solitário (1)

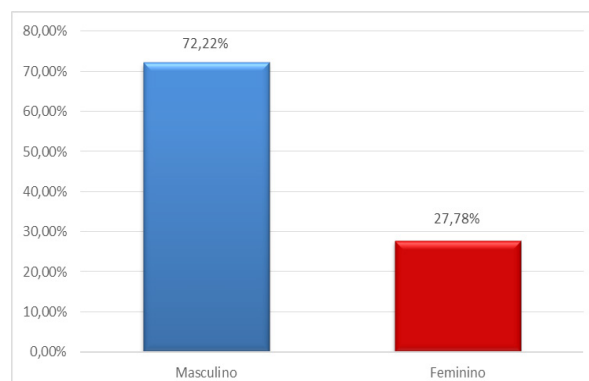


Figura 1 – Predominância no sexo dos pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola em Belém – PA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

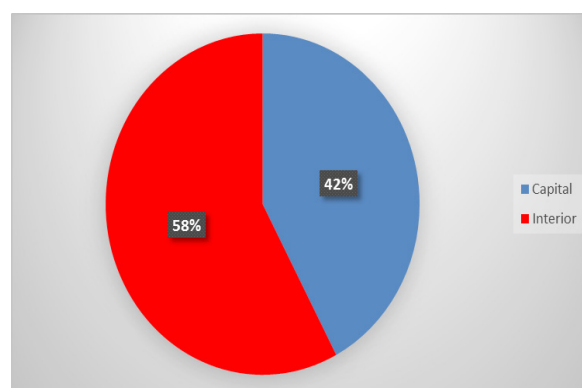


Figura 2 - Resultado em relação a procedência dos pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola em Belém – PA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

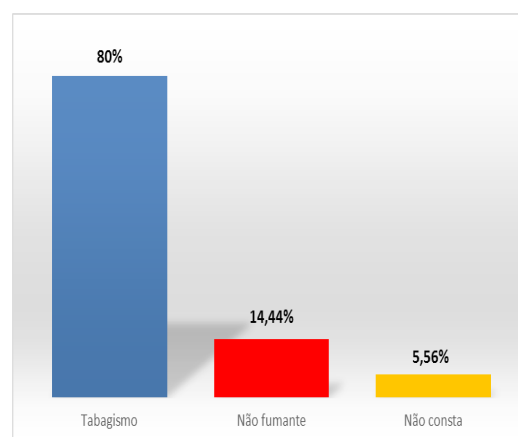


Figura 3 – Presença de tabagismo entre os sujeitos atendidos no Hospital Ophir Loyola em Belém – PA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

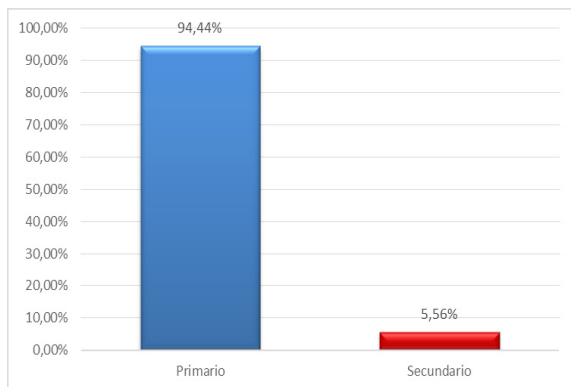


Figura 4 - Tipo de tumor de maior frequência nos pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola em Belém – PA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

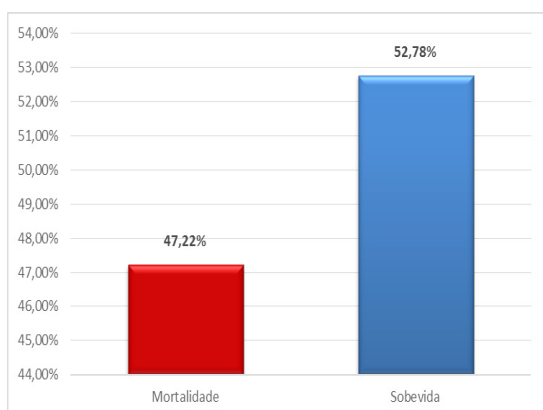


Figura 5 - Sobrevida e mortalidade dos pacientes atendidos no Hospital Ophir Loyola em Belém – PA, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2011

DISCUSSÃO

De janeiro de 2010 a dezembro de 2011, foram coletados dados de 180 prontuários de pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão. De acordo com o gráfico 1, observamos na pesquisa a maior frequência do câncer de pulmão no sexo masculino, na porcentagem de 72,22% e 27,78% para o sexo feminino, com uma relação homem/mulher de 2,6:1, concordando com a literatura que mostra um aumento gradativo da frequência nas mulheres em relação aos homens. Esta relação, em meados do século passado era de 10:1, portanto, acredita-se que este incremento esteja relacionado ao hábito de fumar, que vem tornando-se cada vez mais comum entre mulheres⁶.

Inicialmente o carcinoma broncogênico, comprometia quase que apenas homens, uma vez que o hábito do tabagismo era praticamente exclusivo da população masculina⁹.

Atualmente, o hábito do tabagismo entre a população feminina começou a crescer e, em consequência disso as taxas de incidência e de mortalidade por câncer de pulmão aumentaram⁹.

Em todo o mundo, o número de homens fumantes

ultrapassa o de mulheres, dado a relativamente baixa porcentagem de mulheres em países pobres que fumam. No entanto o tabaco é responsável por seis por cento de mortes do sexo feminino, e a taxa de consumo de tabaco entre as mulheres jovens em países de baixa renda aumentou nos últimos anos, sugerindo que esta porcentagem tende somente a aumentar¹⁰.

As taxas de mortalidade feminina vem aumentando nas últimas décadas, enquanto o contrário ocorre com a masculina, refletindo as diferenças históricas no consumo de tabaco entre ambos os sexos¹¹.

Na Tabela I está descrito a frequência da faixa etária, sendo encontrada a de maior frequência de 61 a 70 anos (35,56%), seguido da faixa etária de 71 a 80 anos (25,56%).

Em estudo realizado em São Vicente, Rio Grande do Sul, sobre câncer de pulmão de não pequenas células, observou-se que a faixa etária de maior frequência foi de 61 a 70 anos, semelhante ao resultado encontrado em nosso estudo¹².

Outros estudos demonstram a média de idade de 62 anos, para a ocorrência de câncer de pulmão, condizente com a faixa etária encontrada nesta pesquisa^{13, 14}.

O risco de morte por câncer aumenta continuamente com a idade tanto para homens quanto para mulheres, tendo sido observado um importante aumento do câncer de pulmão, principalmente entre os homens¹⁵.

A mortalidade por neoplasia apresenta-se maior para o sexo masculino, bem como para a faixa etária acima de 60 anos, provavelmente devido a maior exposição aos fatores de risco, dentre eles o fumo. O envelhecimento, por si só, é fator de risco para as neoplasias, pois deixa os indivíduos mais susceptíveis às transformações malignas¹⁶.

No gráfico 2 encontra-se o perfil sócio demográfico em relação a procedência dos pacientes com câncer de pulmão, onde 58% dos pacientes são procedentes da capital, Belém, e 42% deslocam-se do interior do Estado do Pará em busca da terapia oncológica

O gráfico 3 demonstra a presença de tabagismo entre os sujeitos da pesquisa, ou seja, a associação entre tabagismo e o desenvolvimento do câncer de pulmão. Constatou-se que 80% dos sujeitos apresentavam história tabágica, 14,44% eram não fumantes, ou seja, que nunca fumaram e em 5,56% não constava nenhuma informação de história de tabagismo nos prontuários.

Na pesquisa de Jaguszewski (2005), houve predominância importante dos casos que apresentavam história tabágica (65,67%) em relação aos não fumantes (3,73%), condizente ao encontrado nesta pesquisa¹².

Em pesquisa realizada em Curitiba, Paraná, foi encontrada história tabágica em 90% dos pacientes analisados, com câncer de pulmão¹⁷.

Outra pesquisa também corrobora nosso estudo, encontrando em sua amostra história de tabagismo em 89,4% dos casos avaliados de pacientes com câncer de pulmão⁶.

Estudo demonstrou a importância do tabagismo como principal causa do câncer de pulmão, tendo uma amostra de 95% que referiu ser ou ter sido tabagista¹⁸.

O fumo continua a ser uma das mais importantes causas de morte evitáveis nos Estados Unidos e em todo o mundo. Depois da hipertensão arterial, o uso de tabaco causa cerca de 5,1 milhões de mortes por ano, representando 8,7% de todas as mortes globais. Mundialmente estima-se que fumar seja a causa de 71% dos carcinomas de pulmão¹⁰.

O tabagismo constitui o fator etiológico mais importante na gênese do câncer de pulmão, sendo este 10 vezes mais frequente nos fumantes que nos não fumantes, e 15 a 30 vezes mais comum nos fumantes de maior carga tabágica (40 maços/ano), demonstrando, claramente, a relação dose/efeito: 90% dos casos de câncer de pulmão no homem e 79% na mulher podem ser atribuídos ao tabagismo¹⁹.

Parar de fumar reduz o risco de câncer de pulmão, caindo continuamente até 25 anos. No entanto, o risco permanece significativamente elevado quando comparado àqueles que nunca fumaram, mesmo após esse lapso de tempo²⁰.

A ocorrência dessa neoplasia é determinada por um passado de grande exposição ao tabagismo. Na maioria das populações os casos de câncer de pulmão tabaco-relacionados representam 80% ou mais dos casos desse câncer. Comparados com os não fumantes, os tabagistas tem cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão. Em geral, as taxas de incidência em um determinado país refletem o consumo de cigarros nesse país⁴.

Na Tabela II foi relatada a frequência do subtipo histológico, sendo encontrado como o mais frequente o carcinoma de células escamosas ou espinocelular (37,22%), seguido do adenocarcinoma (31,67%) e nenhuma ocorrência do subtipo carcinoma de grandes células (0%).

Estudo encontrou como subtipo histológico mais frequente o carcinoma espinocelular com frequência de 49%, o adenocarcinoma com 25% e baixa incidência de carcinoma de grandes células com 4%¹⁷.

A maior frequência do subtipo histológico carcinoma espinocelular (37,5%), seguido pelo adenocarcinoma (30,0%) e baixa incidência do carcinoma de grandes células (06,6%) foi relatado em estudo⁶, resultado semelhante ao encontrado em nossa pesquisa.

Outra pesquisa corrobora nosso estudo, onde o carcinoma de células escamosas contribuiu com 62,8% da amostra, seguido pelo adenocarcinoma (24,7%) e baixa

incidência de carcinoma de grandes células (3,4%)¹⁴.

Conforme mostra a literatura, o carcinoma de células escamosas exibe a maior correlação observada com o tabagismo e no passado constituía o tipo histológico mais comum^{14,5}.

O carcinoma de células escamosas era o tipo histológico mais encontrado, entretanto, na década passada foi ultrapassado por valores maiores de adenocarcinomas, mais comuns entre não fumantes do que em fumantes, em ambos os sexos¹⁷.

De acordo com a literatura, os carcinomas de células escamosas respondem por cerca de 25% a 30% dos carcinomas pulmonares, originando-se, em sua maioria, nos brônquios lobares, segmentares ou subsegmentares proximais. Tendem a crescer para dentro das vias aéreas sob a forma de tumores polipóides ou papilares e por isso estão em geral associados a sintomas de obstrução das vias aéreas no pulmão distal⁷.

O adenocarcinoma, atualmente, é o tipo de carcinoma pulmonar mais comum, representando aproximadamente 40% dos casos e com formas de apresentação muito variáveis. Origina-se das glândulas mucosas e, tipicamente, localiza-se periféricamente. Inicialmente, pode surgir como um nódulo pulmonar periférico ou como uma massa central irregular^{7,21,22}.

O gráfico 4 demonstra o tipo de tumor de maior frequência, sendo o primário encontrado em 94,44% dos casos e o secundário em 5,56%.

A doença metastática denuncia a presença de um câncer avançado e traz um sinal de mau prognóstico. Sabidamente, os pulmões são os locais mais acometidos por metástases porque qualquer célula tumoral liberada de uma neoplasia primária para dentro da circulação sanguínea ou linfática, frequentemente, será filtrada pelos pulmões. As metástases pulmonares ocorrem aproximadamente em 30% dos casos de doença maligna, e em 50% desses casos elas estão restritas aos pulmões. Os tumores mais comumente envolvidos com metástases nos pulmões são os carcinomas de estômago, mama, pulmão, próstata, cólon, fígado, tireóide, pâncreas, seminomas do testículo, coriocarcinomas, osteossarcomas, melanomas, nefroblastomas e neuroblastomas da adrenal e gânglio simpático²³.

A doença pulmonar metastática pode manifestar-se sob a forma de nódulos ou massas como doença endobrônquica ou traqueal, ou sob a forma de infiltrados pulmonares difusos, caracterizando o que denominamos de linfangite²³.

No gráfico 5 foi descrita a sobrevida e mortalidade no período da pesquisa, que foi de janeiro de 2010 a dezembro de 2011, sendo encontrada sobrevida de 52,78% e mortalidade de 47,22%.

Em relação a estudo realizado no período de janeiro

de 2000 a dezembro 2004, onde a sobrevida foi de 72% e óbitos 28%, em nosso estudo a taxa de mortalidade mostrou-se elevada (47,22%), considerando-se ainda as possíveis informações de óbitos não repassadas ao hospital¹².

Além de altas taxas de frequência e mortalidade, o câncer de pulmão apresenta elevada letalidade. A taxa de sobrevida de 5 anos de pacientes com câncer de pulmão é relativamente pobre, com médias inferiores as taxas de sobrevida de outras neoplasias, como câncer de cólon, de mama e de próstata¹.

Como relata a literatura, a sobrevida de 5 anos ainda é baixa, com 13% nos países desenvolvidos e 9% nos países em desenvolvimento, estabelecendo uma média mundial de 11%, apesar da combinação das várias modalidades de tratamento. Quando não se realiza nenhum tratamento a média de sobrevida é de 4 meses, sendo que apenas 12 a 15% estão vivos no final de 1 ano²⁴.

Os altos índices de mortalidade e a pequena sobrevida em 5 anos se devem, principalmente, ao fato de o câncer de pulmão se apresentar nas suas formas mais avançadas no momento do diagnóstico e a pouca eficácia do tratamento disponível atualmente, com respostas aceitáveis apenas em um número reduzido de pacientes²³.

Os dados numéricos disponibilizados mostram o perfil dos pacientes atendidos em unidade de referência oncológica no Estado do Pará, podendo servir como subsídio para o estabelecimento de novas diretrizes no planejamento de políticas públicas e ações preventivas, no controle e tratamento do câncer de pulmão, a fim de modificar o perfil de morbi-mortalidade desta neoplasia.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa observou-se o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão no Hospital Ophir Loyola, de referência oncológica no Estado do Pará, localizado à cidade de Belém, onde o sexo masculino teve a maior incidência na ocorrência de câncer de pulmão,

porém a frequência vem aumentando no sexo feminino, sendo demonstrado na relação homem/mulher, como mostra a literatura. Quanto a procedência dos pacientes foi observado que a maioria era procedente do interior, ou seja, buscavam tratamento oncológico na capital.

Em relação ao tipo histológico mais predominante foi o carcinoma escamoso, que segundo a literatura tem maior correlação com o tabagismo, apesar de estudos comprovarem o aumento do adenocarcinoma. Dentre o tipo do câncer a maioria era de origem primária, ou seja, onde o local de origem da neoplasia era o pulmão, sendo a maior frequência na faixa etária de 61 a 70 anos de idade.

A ocorrência de história tabágica na amostra analisada mostrou-se como importante causa de câncer de pulmão, sendo este um fator prevenível, mediante políticas públicas de combate ao tabagismo, no entanto devido aos hábitos da população estudada, a sobrevida e mortalidade no período apresentou maior sobrevida, porém com uma alta taxa de mortalidade no período de 2 anos da pesquisa, comprovando a alta letalidade deste tipo de câncer.

Observou-se, também, que alguns prontuários apresentavam informações incompletas em relação ao tabagismo e ao subtipo histológico, sendo estes importantes dados na gênese, na classificação e tratamento do câncer de pulmão.

Diante da tendência ascendente da mortalidade por câncer de pulmão e da elevada magnitude atual dos óbitos por essa neoplasia, ressalta-se esse agravo como um relevante problema de saúde pública no Brasil. Enfim, que este estudo possa servir de subsídio para estudos epidemiológicos futuros, principalmente em relação a dados referentes à região norte do país, onde os registros em relação ao câncer ainda são deficientes.

E ainda, dado o elevado risco do tabaco para a doença, campanhas educativas que visem minimizar o tabagismo no país são absolutamente necessárias e maior investimento para o tratamento oncológico, principalmente no interior do Estado de onde provém a maior frequência da população deste estudo.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER IN A PUBLIC HOSPITAL OF ONCOLOGIC REFERENCE IN THE STATE OF PARÁ

Christiane Borges dos Santos CARMO, Rosilene Dias SILVA e Renato da Costa TEIXEIRA

Objective: trace the epidemiological profile of the patients with lung cancer diagnosis treated in the hospital Ophir Loyola, in the city of Belém-Pará. **Methods:** performs cross-sectional, exploratory and descriptive study, through data gathering of medical records of 180 patients, having as inclusion criterion the lung cancer diagnosis, patients of both

genders, without age limit, treated during the period of January of 2010 to December of 2011 and as exclusion criterion the patients that don't live or aren't from the Pará State and incomplete medical records data, with more than two missing variables. The data gathering was developed through protocol record pre-prepared by the researchers. The Research was realized in the Division of statistical and Medical files (DSMF) of the Hospital Ophir Loyola, with data being analyzed by descriptive statistics. **Results:** was observed that most part of the patients were males (72,22%), being the highest origin from the State interior (58%). The age group with the highest lung cancer incidence was around 61 to 70 years old (35,56%). The histological subtype with the highest incidence was the squamous cell carcinoma (37,22%), followed by the adenocarcinoma (31,67%). Of the total sample 94,44% of the lung carcinomas belonged to the primary type. Relative to the survival and mortality during the period of the research there was survival of 52,78% and mortality of 47,22%. **Conclusion:** the obtained data allowed to characterize the epidemiological profile of lung cancer in the studied region, serving as data base for future epidemiological studies and as subsidy for the implementation of preventive public politics in the northern region of the Country.

KEY WORDS: Epidemiologic profile, cancer, lung.

AGRADECIMENTOS

À equipe da Divisão de Arquivo Médico e Estatístico (DAME) do hospital Ophir Loyola, pelo trabalho de campo realizado.

REFERÊNCIAS

1. Boing AF, Rossi TF. Tendência temporal e distribuição especial da mortalidade por câncer de pulmão no Brasil entre 1979 e 2004: Magnitude, padrões regionais e diferença entre sexos. *J Bras Pneumol.* 2007; 33 (5): 544-551
2. Rodrigues OR, Schmidt Júnior AF, Gross JL - Câncer de pulmão. In: Lopes, A; Iyeyasu, H; Castro, RMRPS. *Oncologia para a graduação.* 2ª ed. São Paulo: Ed. Tecmedd, 393-405, 2008
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tipos de câncer-Pulmão . Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>. Acessado em 19 de maio de 2012
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>. Acessado em: 19 maio de 2012
5. Zamboni M. Câncer de pulmão, 2007. Disponível em:<http://www.unifesp.br/dmed/pneumo/Download/Cancer%20de%20Pulmao.pdf>. Acessado em 20 junho de 2012
6. Novaes FT, Cataneo DC, Ruiz Júnior RL, Defaveri J, Michekin OC, Cataneo AJM. Câncer de pulmão: histologia, estágio, tratamento e sobrevida. *J Bras Pneumol.* 2008; 34 (8): 595-600
7. Müller NL, Fraser RS, Lee KS, Johkoh T. *Doenças do Pulmão: Correlação radiológica e patológica.* Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 77-95, 2005
8. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do cancer na rede pública em Porto Alegre – RS. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2004; 50 (2): 95-101
9. Rodrigues OR, Schmidt Júnior AF, Gross JL – Câncer de pulmão. In: Lopes, A; Iyeyasu, H; Castro, RMRPS. *Oncologia para graduação.* 2ª ed. São Paulo: Ed. Tecmedd, 393-405, 2008
10. Kligerman S, White C. Epidemiology of lung cancer in women: Risk factors, Survival and Screening. *American Journal of Roentgenology.* 2011; 196 (2): 287-295
11. Zorilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking attributable mortality in the community of Madrid: 1992-1998. *European Journal of Public Health.* 2005; 15 (1): 43-50
12. Jaguszewski A. Prevalência de câncer de pulmão de não pequenas células em pacientes do hospital São Vicente de Paulo – RS, 2005. Disponível em: http://www.upf.br/feff/download/mono_anelise_total.pdf . Acessado em 25 junho de 2012
13. Pinto M, Ugá MAD. Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (3): 575-82
14. Westphal FL, Lima LC, Andrade EO, Lima Netto JC, Silva AS, Carvalho BCN. Características de pacientes com câncer de pulmão na cidade de Manaus. *J Bras Pneumol.* 2009; 35 (2): 157-163

15. Mathias TAF, Jorge MHPM. Evolução da mortalidade por neoplasia em idosos em município do Estado do Paraná, 1979-1998. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006; v. 5, supl.: 57-644
16. Cervi A, Hermsdorff HHM, Ribeiro RCL. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8 (4): 407-418
17. Barros JÁ, et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J Bras Pneumol*. 2006; 32 (3): 221-227
18. Salvadori AM, Lamas JLT, Zanon C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*. 2008, 12 (1): 130-135
19. Paschoal MEM. Epidemiologia do câncer de pulmão. *Revista Pulmão RJ*. 2009; suplemento 4: 53-55. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/suplemento/2009_cancer/02.pdf. Acessado em 20 junho de 2012
20. Neuberger JS, Mahnken JD, Mayo MS, Field RW. Risk factors for lung cancer in Iowa women: Implications for Prevention. *Cancer Detect Prev*. 2006; 30 (2): 158-167
21. Barcellos MG. Diagnóstico radiológico do câncer de pulmão. In: Zamboni, M; Pereira, CAC. *Pneumologia – Diagnostico e Tratamento*. São Paulo: Ed. Atheneu, 603-609, 2006
22. Zamboni M. Câncer do pulmão. In: Barreto, SSM et al. *Pneumologia: no consultório*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 293-313, 2009
23. Zamboni M. Câncer do pulmão: Quadro clínico, Diagnóstico e estadiamento. In: Zamboni, M; Pereira, CAC. *Pneumologia – Diagnostico e Tratamento*. São Paulo: Ed. Atheneu, 585-595, 2006
24. Uehara C, Santoro IL, Ferreira RG. Câncer de pulmão: Diagnóstico e Estadiamento. In: Nery, LE; Fernandes, ALG; Perfeito, JAJ; Schor, N. *Guias de medicina Ambulatorial e hospitalar da UNIFESP/ Guia de pneumologia*. 1ª ed. Barueri (SP): Ed. Manole; 2006; 495-509

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renato da Costa Teixeira

Travessa Lomas Valentinas, nº 1354, apto. 501, Pedreira.

CEP: 66087451

Telefone: (91) 32773407 e (91) 88973407

E-mail: teixeirarenato@globocom.com

Recebido em 24.05.2013 – Aprovado em 22.01.2014