



ARTIGO ORIGINAL

**CÂNCER DE PULMÃO: DADOS DE TRÊS ANOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE
CÂNCER DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL****LUNG CANCER: THREE YEARS OF DATA HOSPITAL CANCER REGISTRY OF A
BRAZIL SOUTH HOSPITAL**

Iron Pedro Giacomelli¹
Leila John Marques Steidle²
Irai Luis Giacomelli³
William Mazzucco Nesi⁴
Joanita Angela Gonzaga Del Moral⁵
Mariangela Pimentel Pincelli⁶

RESUMO

O Câncer de pulmão é uma neoplasia frequente. Na região sul, observam-se as maiores taxas de incidência e mortalidade relacionadas à doença no país. Objetivou-se avaliar o perfil dos pacientes com câncer de pulmão, atendidos no em um hospital do sul do Brasil. Como metodologia foi realizado um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico que utilizou o banco de dados do referido hospital, no período de 2007 a 2010. Analisou-se dados demográficos, socioeconômicos, características da neoplasia, diagnósticos e tratamentos. Foram avaliados dados de 103 pacientes com câncer de pulmão, com idade mediana de 65 anos, sexo masculino (71,8%), brancos (78,6%), com até primeiro grau incompleto (67%). O principal tipo histológico foi adenocarcinoma (24,3%). Não havia informação sobre o estadiamento em 48,5% dos pacientes. O estágio 4 foi encontrado em 18,4% e apenas 10,7% apresentavam estadios precoces (I e II). A mediana dos dias entre primeira consulta e diagnóstico foi de 15 dias e entre o diagnóstico e o primeiro tratamento 9 dias. A principal forma de diagnóstico foi através de exame histológico do tumor primário (48,5%). Apenas 27,2% dos pacientes realizaram tratamento na própria instituição e 14,6% realizaram cirurgia de ressecção tumoral. A maioria (74,8%) não realizou nenhum tratamento no hospital. Observou-se uma tendência dos adenocarcinomas em apresentarem em estadios precoces. Este hospital não realizou a maior parte do tratamento e nem o seguimento da maioria destes pacientes, mas desempenhou importante papel na investigação diagnóstica.

Descritores: Câncer de pulmão. Epidemiologia.

¹ Graduado em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: iron190309@hotmail.com.

² Médica. Mestre e Doutora – Professora do Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: leilajms@uol.com.br.

³ Graduado em Medicina – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: iraijiacomelli@gmail.com.

⁴ Graduado em Medicina – Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: william.nesi@hotmail.com.

⁵ Mestre em Medicina – Médica do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: joanitadm@gmail.com.

⁶ Médica. Mestre e Doutora – Professora do Departamento de Clínica Médica do Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: maripipin@gmail.com.



ABSTRACT

Lung cancer is a common cancer. In the southern region, are observed the highest incidence and mortality rates related to the disease in the country. The objective was to evaluate the profile of patients with lung cancer treated at a hospital in southern Brazil. The methodology was conducted a retrospective, cross-sectional, descriptive and analytical study using the Hospital database, from 2007 to 2010. We analyzed demographic, socioeconomic, tumor characteristics, diagnosis and treatment. Data were collected from 103 patients with lung cancer, with a median age of 65, male (71.8%), white (78.6%), with up to incomplete primary education (67%). The main histological type was adenocarcinoma (24.3%). There was no information about the staging in 48.5% of patients. The stadium 4foi found in 18.4% and only 10.7% had early stages (I and II). The median of days between the first visit and diagnosis was 15 days and between the first diagnosis and treatment 9dias. The main form of diagnosis was by histological examination of the primary tumor (48.5%). Only 27.2% of the patients underwent treatment at the institution and 14.6% underwent tumor resection. Most (74.8%) did not perform any treatment in the hospital. There was a tendency of adenocarcinomas in presenting themselves at early stages. This hospital did not perform most of the treatment nor the follow-up of most of these patients, but played an important role in diagnosis.

Keywords: Lung cancer. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O Câncer de pulmão é uma doença frequente e relacionada à alta mortalidade⁴. Há previsão de que na década de 2020 o câncer de pulmão seja a principal causa de mortalidade nos Estados Unidos da América (EUA), segundo a Union for International Cancer Control (UICC). É o tumor maligno primitivo de natureza epitelial mais comum do trato respiratório inferior e costumeiramente é diagnosticado em grandes fumantes, homens, maiores de 50 anos de idade, com sintomas torácicos e/ou manifestações sistêmicas⁴.

Em uma perspectiva epidêmica global, o câncer de pulmão é responsável por cerca de 1,4 milhão de mortes por ano². Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2012, o câncer de pulmão ocupou a primeira posição em mortalidade entre homens e o segundo entre as mulheres¹. Anualmente, cerca de 1,6 milhões de novos casos de câncer de pulmão são registrados no mundo, dos quais a vasta maioria sucumbe pela doença no primeiro ano de seguimento².

O Brasil, atualmente, passa por um processo de transição demográfica, com envelhecimento de sua população e aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas, entre elas, o câncer de pulmão que nos últimos dez anos apresentou um crescimento de 69% no número de novos casos da doença³.



Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA-MS), para 2014, apontam 27.330 casos novos: 16.400 em homens e 10.930 em mulheres. O número total de mortes, computados no ano de 2011, foi de 22.424, sendo 13.698 homens e 8.726 mulheres³.

Em Santa Catarina, a neoplasia pulmonar apresenta a segunda maior taxa bruta de incidência em homens: 30,32 casos para cada 100 mil homens em 2014, atrás apenas do estado do Rio Grande do Sul³.

Entre os cânceres mais prevalentes, o câncer de pulmão, devido as suas características próprias, apresenta uma das menores sobrevidas. No Sul do país observam-se as maiores taxas de incidência e mortalidade relacionadas à doença como evidenciado acima⁴.

O câncer de pulmão normalmente não cursa com sintomas até atingir 1 a 2 cm de diâmetro e já tendo decorridos seis sétimos do período de sua evolução no paciente. Muitas vezes são diagnosticados em estágios avançados e não há ferramentas de rastreamento eficazes testadas em nosso meio, o que explica o frequente diagnóstico tardio⁴.

A sobrevida depende muito do estágio⁴ do tumor no momento do diagnóstico e da possibilidade de ressecção cirúrgica curativa, no qual a sobrevida em 5 anos pode ser superior a 70%. Contudo, de todos os pacientes com câncer de pulmão, poucos tem indicação cirúrgica, apenas cerca de 20% à apresentação. Aproximadamente 40% dos doentes tem indicação de radioterapia e quimioterapia, como principal terapêutica ao diagnóstico, com índices de cura menores que 10%⁴.

O estado clínico do paciente, suas condições funcionais cardio-respiratórias, o tipo histológico e a extensão do tumor são os fatores mais importantes para a decisão terapêutica⁶.

Em busca de melhor conhecer o comportamento epidemiológico e a efetividade do tratamento dispensado às neoplasias malignas, surgiram os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) no início da década de 80. Estes são de vital importância para se estudar as características, diagnóstico, tratamento e cuidado para os pacientes acometidos e ainda possibilita o planejamento de programas de prevenção e ação no âmbito das doenças oncológicas^{7,8,9}.

Dessa forma o presente estudo visa a traçar o perfil dos pacientes portadores de câncer de pulmão atendidos em um hospital do sul do Brasil durante o período de 2007 a 2010, por meio das informações disponibilizadas pelo RHC desta instituição. Adicionalmente, objetivou-se avaliar a adequação da forma de preenchimento dos dados das fichas do RHC do hospital em questão, bem como analisar possíveis variáveis associadas aos tipos histológicos e compará-los quanto ao diagnóstico em estágios precoces ou tardios do câncer de pulmão.

MÉTODOS



Estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico que avaliou os casos registrados de câncer de pulmão diagnosticados em um hospital do sul do Brasil no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2010, através de consulta à base de dados do referido hospital (Anexo 1).

Foram utilizados os dados que constam nas fichas de coletas de informações propostas pelo Manual de Rotinas e Procedimentos dos RHC e que estão em acordo com a sistemática preconizada pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e a publicação do INCA: Registro de Câncer - Princípios e Métodos.

Para que fosse possível traçar o perfil dos pacientes foi feita uma análise dos dados sócio-demográficos, epidemiológicos, características clínicas do diagnóstico, do tumor, do tratamento e análises temporais até o diagnóstico e até o tratamento. Foram pesquisadas variáveis relacionadas ao diagnóstico do tumor: relato do método mais importante para a elucidação diagnóstica (clínica, exames de imagem, marcadores tumorais, citologia oncológica, confirmação anátomo-patológica do tumor primário ou de metástases), a caracterização histopatológica dos tumores, ao estadiamento clínico-radiológico e a localização de metástases à distância. Também se avaliou a programação terapêutica planejada (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e/ou outros); o tratamento efetivamente realizado; a descrição das principais razões para o não tratamento oncológico no hospital; os resultados do tratamento proposto (recusa de tratamento, tratamento em outra instituição, doença avançada/ falta de condições clínicas ou outras doenças associadas que indiquem tratamento preferencialmente paliativo, abandono de tratamento, complicações do tratamento, óbitos e outros).

O Critério de Inclusão foi apresentar diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão (Classificação Internacional de Doenças - CID 10-C34: Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões) de forma clínica e/ou histopatológica, de acordo com as normas do Manual de Rotinas e Procedimentos dos RHC, atendidos entre dia 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2010. Os pacientes excluídos foram os casos considerados não notificáveis - não cadastráveis pelo RHC, ou outras neoplasias malignas que não fossem diagnosticadas como CID- 10 C34.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). As variáveis categóricas foram descritas em termos de números absolutos (n) e de frequências (%), a comparação da distribuição destas variáveis foi analisada utilizando-se os testes Chi-quadrado e Fischer, quando necessário. Além disso, determinou-se a razão de prevalência e seu intervalo de confiança. As variáveis contínuas foram expressas em médias e desvios-padrão, se tivessem distribuição normal ou em medianas e valores



mínimos e máximos se as variáveis tivessem distribuição não-normal. Empregou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos do local onde foi realizada a pesquisa sob número 763.811.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se por 103 pacientes com neoplasia pulmonar registrados no RHC. A idade apresentou uma mediana 65 anos com idade mínima 37 anos e a máxima de 91 anos. A maioria dos pacientes era composta por homens (74 pacientes - 71,8%), brancos (81 pacientes - 78,6%), com baixo nível de escolaridade, sendo 69 pacientes (67%) com até o primeiro grau completo.

Não havia dados referentes à etnia em 17,5% dos pacientes (18 pacientes), ao grau de instrução em 15,5% dos pacientes (16 pacientes) e à ocupação em 27,2% dos pacientes (28 pacientes) (Tabela 1).

A principal localização dos tumores foi em lobo superior em 48,5% dos pacientes (50 pacientes) e 13,6% dos pacientes (14 pacientes) não tinham a localização em pulmões ou brônquios especificada (Tabela 2).

O tipo histológico determinado mais prevalente foi o adenocarcinoma em 24,3% dos pacientes (25 pacientes), o segundo tipo determinado mais frequente foi carcinoma de células escamosas em 19,4% dos pacientes (20 pacientes), 12,6% dos pacientes (13 pacientes) apresentaram tipo não pequenas células, *lato sensue* 8,7% dos pacientes (9 pacientes) apresentaram tipo carcinoma de células pequenas, com um número grande de outros subtipos com um ou mais representantes (Tabela 2).

O estadiamento clínico não estava disponível em grande número de pacientes (50 pacientes - 48,5%). Nos casos registrados, a grande maioria apresentava-se em estadio avançado: 19 pacientes (18,4%) estavam no estadio 4, 14 pacientes (13,6%) estavam no estadio 3; ambos fora de possibilidade terapêutica cirúrgica. Apenas um paciente estava no estadio 1A e 7 pacientes (6,8%) estavam no estadio 1B.

A maioria (98 pacientes - 95,1%) estava sem diagnóstico e sem tratamento ao buscarem o serviço do hospital. Ao se avaliar as informações a respeito da base mais importante para o diagnóstico descobriu-se que a principal forma foi através da variável padronizada como histologia do tumor primário, em 48,5% dos pacientes (50 pacientes) e em 27,2% dos pacientes (28 pacientes) foi através de citologia oncológica (não especificada) (Tabela 3).



A principal razão (22,3% dos pacientes) para não realização do primeiro tratamento no hospital foi devida à doença avançada ou à falta de condições clínicas para o mesmo. Um terço dos pacientes (31,1%) não realizou o tratamento devido a outras causas como mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou não realização em virtude da idade avançada, e 7 pacientes (6,8%) não realizaram o tratamento devido ao óbito. Em 5 pacientes (4,9%) desconhecia-se o motivo pelo qual não realizaram o tratamento. Apenas 28 pacientes (27,2%) realizaram integralmente o tratamento proposto no serviço em que se realizou esta pesquisa.

Em relação ao primeiro tratamento recebido no hospital, 74,8% dos pacientes (77 pacientes) não realizaram nenhum tratamento, 14,6% dos pacientes (15 pacientes) realizaram cirurgia e 10 pacientes (9,7%) realizaram quimioterapia (Tabela 4).

Ao se levantar os dados a respeito do estado da doença, ao final do primeiro tratamento no hospital, encontramos que 7 pacientes (6,8%) não demonstraram evidência da doença, ou seja remissão completa, 3 pacientes (2,9%) foram ao óbito e em 10 pacientes (9,7%) desconhece-se o estado da doença ao final do tratamento (Tabela 4).

As variáveis temporais, dias entre a primeira consulta e o diagnóstico, e dias entre o diagnóstico e o início do tratamento mostraram uma distribuição não-normal: para primeira se obteve uma mediana de 15 dias com IQR₂₅₋₇₅:8-25 e para a segunda variável obteve-se uma mediana de 9 dias com IQR₂₅₋₇₅:0-35 (Tabela 4), com médias de 26 e 38 dias, respectivamente. Entretanto é importante frisar que os dados relativos aos dias entre o diagnóstico e o tratamento, estavam preenchidos em apenas 27 (26,2%) dos 103 pacientes. Já em relação aos dias entre a primeira consulta e o diagnóstico houve 100% de preenchimento.

Ao se realizar uma comparação que considerou as variáveis sexo, idade, etnia, dias entre primeira consulta e diagnóstico, tipo histológico escamoso e tipo histológico adenocarcinoma, em relação aos estadios precoces (I e II) e tardios (III e IV), observou-se, nesta amostra, uma tendência dos adenocarcinomas a se apresentarem em estadios mais precoces ao diagnóstico (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a grande maioria chegou ao serviço sem diagnóstico e sem tratamento. Houve predomínio de pacientes masculinos, brancos, maiores de 60 anos e com baixa escolaridade. Após 26 dias em média, estabelecidos entre a primeira consulta e o diagnóstico, evidenciou-se, em sua maioria, tratar-se de tumores localizados no lobo superior, do tipo adenocarcinoma e em estadio avançado. Vale destacar que a principal forma diagnóstica foi através de



exame histológico do tumor. O intervalo médio de 38 dias foi registrado entre o diagnóstico e o início do tratamento. A grande maioria não realizou tratamento nesse hospital, e entre os que o fizeram a abordagem realizada foi a cirurgia. No que se refere ao preenchimento das fichas do RHC, observou-se que em quase metade dos casos não havia o registro de estadiamento e em um número significativo não se registrou etnia, escolaridade e ocupação, o que sinaliza para a necessidade de otimização da coleta destes dados. Finalmente, nenhuma associação foi encontrada entre as variáveis estudadas, podendo-se apontar apenas uma tendência de associação entre adenocarcinomas e estadiamentos mais precoces, no momento do diagnóstico.

Os achados deste estudo estão em acordo com o que a literatura médica relata para pacientes com câncer de pulmão em relação ao sexo e à idade^{9,10,11}. Na literatura nacional¹² a média da idade é de 60,9 anos, muito próxima da descrita neste levantamento, de 64,25 anos. Da mesma forma os dados concordam que se trata de uma doença com predomínio masculino.

Este trabalho mostra que a maioria dos pacientes possui baixa escolaridade, enquanto que há estudos em São Paulo e no leste europeu que demonstram maior risco de câncer de pulmão em indivíduos com maior nível de educação^{13,16}. Este fato pode ser explicado pela epidemiologia do tabagismo em nosso meio, que mostra um predomínio na população com piores condições socioeconômicas e de escolaridade²⁹.

O tipo histológico predominante foi o adenocarcinoma (24,3%). As características dos tumores destes pacientes estão em acordo com a literatura, sendo que em outros artigos nacionais esta proporção varia entre 25,0 e 47,4%^{14,15}. Ainda é importante salientar que esse estudo documenta a mudança do principal tipo histológico de câncer de pulmão. Anteriormente, até década de 90, o carcinoma de células escamosas era o mais frequente¹², atualmente existe uma tendência mundial²⁸ para o predomínio do adenocarcinoma, especialmente entre não fumantes, fato que pode estar associado à diminuição do tabagismo que vem ocorrendo no país, nas últimas décadas²⁹. Assim, observa-se que o adenocarcinoma não só passa a ocupar a primeira posição na frequência dos cânceres de pulmão, como também acompanha o grau de desenvolvimento regional no país^{11,16}. Isso pode se observar em estudos nos quais se evidencia que em áreas com menor índice de desenvolvimento humano (IDH), o subtipo predominante ainda é o escamoso e em áreas com maior IDH, o subtipo mais prevalente é o adenocarcinoma, espelhando o que se observa nos países considerados desenvolvidos^{11,16,28}. O estudo em questão vai ao encontro destas publicações, uma vez que foi realizado na região sul do Brasil, área considerada com elevado IDH, comparada ao restante do país.

Assim como já descrito em estudos prévios, também nesta casuística, os pacientes encontravam-se em grande parte nos estadios IIIB e IV, considerados sem possibilidade de tratamento



com ressecção cirúrgica curativa¹². Esta realidade deve-se às características evolutivas do câncer de pulmão, com inespecificidade dos sintomas iniciais, o rápido tempo de duplicação do tumor e à ausência de programas de rastreamento efetivos, testados em nosso meio; o que torna difícil o diagnóstico em estadios precoces e, conseqüentemente, dificulta tratamento curativo, pois a cirurgia é a modalidade terapêutica que oferece o melhor prognóstico a estes pacientes^{4,17}. Dessa forma explica-se porque a maioria não recebeu tratamento da neoplasia em nosso trabalho. As principais razões foram apresentarem doença avançada ou falta de condições clínicas para submeter-se à abordagem cirúrgica.

Nosso trabalho evidenciou que os dias entre a primeira consulta e o diagnóstico, e os dias entre o diagnóstico e o início do tratamento tiveram como média 26 dias e 38 dias, respectivamente. Segundo o Standing Medical Advisory Committee¹⁷ da Inglaterra, o tempo de investigação até a ressecção do tumor não deveria ultrapassar de seis a oito semanas. Em nosso país, após a aprovação da [Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012](#), portanto posteriormente ao período de tempo em que foram avaliados os pacientes do presente estudo, espera-se que o paciente com qualquer neoplasia maligna tenha direito a se submeter ao primeiro tratamento, no prazo de até sessenta dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico. Ao analisar o referido intervalo descrito neste estudo, verifica-se que o mesmo se adequa a esta exigência.

O tempo gasto entre a primeira consulta e o diagnóstico, na série de Silva *et al.*, em São Paulo foi superior a 90 dias em 56% dos pacientes¹⁹ e um outro estudo, mais recente, realizado também em São Paulo, mostrou que apenas 3,9% de um total de 372 pacientes receberam diagnóstico em até 30 dias²⁰. Ao se observar a literatura vale citar estudo realizado em um hospital universitário de Porto Alegre¹⁸ no qual entre a primeira consulta e o diagnóstico, relatou-se uma média de 33 dias, enquanto que um intervalo de 25 dias foi registrado entre o diagnóstico e a cirurgia. Já em relação à média do tempo dispendido entre o diagnóstico e a cirurgia (atraso terapêutico), o estudo de Ringbaek *et al.* demonstrou atraso terapêutico de, em média, 26 dias²¹, ou seja menor que o observado neste estudo. Outros autores²² relataram média de 45 e 54 dias em dois grupos de pacientes, na Espanha. Ao se comparar os tempos aqui observados com os estudos de São Paulo e da Espanha observa-se que os intervalos documentados são menores e, portanto, mais adequados. Entretanto, ao analisar os demais estudos nota-se que ainda existem desafios de melhoria neste contexto.

Os principais motivos para que o diagnóstico não seja realizado em estadios mais precoces e que possibilitem melhor prognóstico são: características evolutivas da neoplasia pulmonar, fatores associados ao médico, ao sistema de saúde e ao próprio paciente. A evolução da neoplasia dá-se de forma que os primeiros sintomas apareçam já em fase avançada da doença. Alguns estudos^{23,24,25}



apontam para sistemas de saúde saturados, atendimento médico por não especialistas e falhas na interpretação radiológica, como as principais causas de atrasos superiores a um ano. Por fatores culturais, prática frequente do tabagismo e receio de um possível diagnóstico, os pacientes em geral postergam a procura ao médico. No momento, também não existem programas de rastreamentos efetivos e economicamente viáveis no Brasil para se detectar a doença inicial, em fase assintomática e de possível de cura cirúrgica.

Ao se comparar as diversas características estudadas dos pacientes com estadio I e II e daqueles com estadios mais avançados, notou-se que há uma tendência de que os adenocarcinomas se apresentem em estadios mais precoces, o que poderia ser explicado pelo seu comportamento de crescimento mais indolente, pois apresenta tempo médio de duplicação em torno de 183 dias, enquanto os outros subtipos apresentam tempo de até 120 dias (carcinoma escamoso) ou em até 33 dias (carcinoma de pequenas células)⁴.

Este estudo é original e relevante, pois utilizou uma base de dados aconselhada pelo INCA, com informações referentes a um período significativo de três anos, realizado em um hospital de referência clínica no estado de Santa Catarina. Os resultados descritos referem-se à população aqui estudada, em um hospital que possui condições para o diagnóstico como serviço de radiologia com tomografia computadorizada, serviço de anatomia patológica e cirurgia torácica, mas sem estrutura para a realização de radioterapia e profissionais que façam quimioterapia para estes pacientes.

Mesmo que o RHC do hospital do estudo constitua um serviço bem estruturado e atuante, ainda se observa dificuldades no preenchimento e falta de registro de informações relevantes, como presença de fatores de risco tradicionalmente associados ao câncer de pulmão, informações sobre tabagismo, que ainda constitui o principal fator de risco^{26,27}, exposição ocupacional, presença de doença pulmonar preexistente, história familiar de câncer de pulmão e neoplasia pulmonar prévia. Estas limitações poderiam ser contornadas com o estímulo ao preenchimento otimizado das informações nos prontuários e nos sistemas de informações. Medidas como implantação de prontuários eletrônicos, treinamento dos funcionários do RHC, além da criação de uma ficha estruturada com as informações dos pacientes oncológicos, poderiam melhorar a qualidade de dados futuros.

Conclui-se que foi possível traçar um perfil dos pacientes com câncer de pulmão no período estudado, sendo, em sua grande maioria homens, na sexta década de vida, brancos, com baixa escolaridade. Possuem tumores predominantemente em lobos superiores, principalmente do subtipo adenocarcinoma, diagnosticados quase que exclusivamente por biópsia e em estadios avançados.



O hospital do presente estudo desempenha papel importantíssimo no diagnóstico dos pacientes, mas não consegue tratá-los pela falta de estrutura adequada para isso. Observa-se também que a instituição continua diagnosticando, em sua maioria, pacientes com estádios avançados, apesar do tempo para se atingir o diagnóstico estar adequado ao esperado.

REFERÊNCIAS

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, CA Cancer J Clin. 2012 Jan; 62(1):10-29.
2. WHO Health Statistics – 2012; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012].
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA)/ Ministério da Saúde. Estimativas de câncer no Brasil 2014. [acesso em jun 2014]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>>
4. Pneumologia: princípios e prática, Corrêa da Silva, Luiz Carlos; Hetzel, Jorge Lima ..[et al] – Porto Alegre: Artmed, 2012.
5. [http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo_epidemiologico/Informativo Epidemiologico 2013.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/informativo_epidemiologico/Informativo_Epidemiologico_2013.pdf) acesso em 27 de julho de 2014.
6. Diagnosis and Management of Lung Cancer. Chest2007;132;1S-19S
7. Kligerman J. Registro Hospitalar de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. [Editorial]. 2001;47(4):357-59.
8. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e gestão, 2ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
9. Souza Mirian Carvalho de, Vasconcelos Ana Glória Godoi, RebeloMarise Souto, Rebelo Paulo Antonio de Paiva, Cruz Oswaldo Gonçalves. Perfil dos pacientes com câncer de pulmão atendidos no Instituto Nacional de Câncer, segundo condição tabagística, 2000 a 2007. Rev. bras. epidemiol. [serial on the Internet]. 2014 Mar [cited 2014 July 13]; 17(1): 175-188. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100175&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-790X201400010014ENG..>
10. Uehara C, Santoro IL, Jamnik S. Câncer de pulmão: comparação entre os sexos. J pneumologia 2000; 26(6): 286-90.
11. Westphal Fernando Luiz, Lima Luis Carlos de, Andrade Edson Oliveira, Lima Netto José Corrêa, Silva Andrei Salvioni da, Carvalho Bruna Cecília Neves de. Características de pacientes com câncer de pulmão na cidade de Manaus. J. bras.pneumol. [serial on the Internet]. 2009 Feb [cited 2014 July 29]; 35(2): 157-163.
12. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, Vianna AGD, et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. J Bras Pneumol 2006; 32(3): 221-7.



13. Education and mortality from cancer in São Paulo, Brazil. *Ann Epidemiol.* 1993 Jan ;3(1):64-70.
14. Franceschini J, Santos AA, El Mouallem I, Jamnik S, Uehara C, Fernandes ALG, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J Bras Pneumol* 2008; 34(6): 387-93.
21. Mora PAR. Análise de sobrevivência de pacientes com câncer de pulmão [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
15. Xavier F, Henn LA, Oliveira M, Orlandine L. Smoking and its relation to the histological type, survival, and prognosis among patients with primary lung cancer. *São Paulo Med J* 1996; 114(6): 1298-302.
16. Kaisermann, Trajman, and K Madi. "Evolving features of lung adenocarcinoma in Rio de Janeiro, Brazil.." *Oncology Reports* 8 no. 1 (2001): 189-281.
17. Standing Medical Advisory Committee. Management of lung cancer: current clinical practices. London: Department of Health, 1994.
18. Knorst Marli Maria, Dienstmann Rodrigo, Fagundes Luciane Pankowski. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. *J. Pneumologia* [serial online]. 2003 Dec [cited 2014 July 23]; 29(6): 358-364.
19. Silva PA, Pereira JR, Ifari FK, Minamoto H. Câncer de pulmão e retardo no diagnóstico: análise de 300 casos. *Rev Assoc Med Bras* 1992; 38:145-9.
20. Lista M, Bes FC, Pereira JR, Ikari FK, Nikaedo SM. Excessiva demora no diagnóstico clínico do câncer de pulmão. Depende do médico, do paciente ou do sistema? *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2008; 53(1): 6-9.
21. Ringbaek TJ, Borgeskov S, Lange P, Viskum K. Therapeutic and prognostic course in patients with suspected lung cancer. Results of combined thoracic surgery-pulmonary medicine evaluation. *Ugeskr Laeger* 1998;160:170-5.
22. Lopez Encuentra A, Martin de Nicolas JL, Casado Lopez M, de Miguel Poch E, Marron Fernandez C. Delays in the diagnosis and surgical treatment of bronchogenic carcinoma. Cooperative Group on Bronchogenic Carcinoma of SEPAR (GCCB-S). *Arch Bronconeumol* 1998; 34:123-6.
23. Jensen AR, Mainz J, Overgaard J. Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncol.* 2002;41(2):147-52.
24. Yoshimoto A, Tsuji H, Takazakura E, Watanabe T, Haratake J, Kasahara K, et al. Reasons for the delays in the definitive diagnosis of lung cancer for more than one year from the recognition of abnormal chest shadows. *Intern Med.* 2002;41(2):95-102.
25. Turkington PM, Kennan N, Greenstone MA. Misinterpretation of the chest x ray as a factor in the delayed diagnosis of lung cancer. *Postgrad Med J.* 2002;78(917):158-60.
26. Wolpaw DR. Early detection in lung cancer. Case finding and screening. *Med Clin North Am.* 1996;80(1):63-82.
27. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Pneumol.* 2002;28(1):41-7. 4.



28. Kairalla RA. Epidemiologia. IN: Younes R, Buzaid AC, Katz A. Câncer de Pulmão: Tratamento multidisciplinar. São Paulo. Dendrix Edição e Design; 2008; 19-27.
29. Vigil Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.120p.: il. –(Série G. Estatística e Informação em Saúde).

TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos, socioeconômicos de pacientes com neoplasia pulmonar.

Pacientes com câncer de pulmão (n:103)	Descrição	n
Sexo	Masculino	74
Idade	20-39	1
	40-59	31
	≥60	71
Escolaridade	Analfabetos	11
	Primeiro grau incompleto	58
	Primeiro grau completo ou mais	34
Etnia	Branco	81
	Ignorada*	38
	Trabalhadores agrícolas	10
Ocupação	Trabalhadores da construção civil	6

Ignorado: outras profissões não especificadas.

**Tabela 2.** Características da neoplasia de pulmão.

Pacientes com câncer de pulmão (n: 103)	Descrição	n
Localização do tumor	Brônquio principal	10
	Lobo superior	50
	Lobo médio	3
	Lobo inferior	26
Estadiamento	IA	1
	IB	7
	IIB	1
	IIIA	3
	IIIB	14
	IV	19
	Não Estadiável	8
	Sem registro	50
Tipo histológico	Adenocarcinoma, SOE	25
	Carcinoma de células escamosas	20
	Carcinoma, células não pequenas	13
	Carcinoma, SOE	9
	Carcinoma de células pequenas, SOE	9

SOE: Sem outras especificações

**Tabela 3.** Características do diagnóstico ao buscar atendimento no HU-UFSC.

Pacientes com câncer de pulmão (n: 103)	Descrição	n
	Sem diag./Sem trat.*	98
Diagnóstico e tratamento anteriores	Com diag./Sem trat	5
	Hist. do tumor primário	50
	Citologia [†]	28
	Hist. Da Metástase	17
Base mais importante para o diagnóstico	Broncoscopia	7

Sem diag.: Sem diagnóstico; Sem trat.: Sem tratamento. Com diag.: com diagnóstico; Hist. Da Metástase: exame histológico da metástase; Hist do tumor primário: exame histológico do tumor primário.

Citologia[†]: sensu lato (não apenas de líquido pleural).

**Tabela 4.** Características do primeiro tratamento oncológico realizado no HU-UFSC.

Pacientes com câncer de pulmão (n:103)			
Modalidade de tratamento	Descrição	n	(%)
	Cirurgia	15	(14,6%)
	Quimioterapia	10	(9,7%)
	Radioterapia	1	(1%)
	Nenhum tratamento no hospital	77	(74,8%)
Tratamento proposto	Realizado integralmente	28	(27,2%)
	Recusa do tratamento	2	(1,9%)
	Tratamento fora do hospital	6	(5,8%)
	Doença avançada	23	(22,3%)
	Óbito	7	(6,8%)
Razão para não realização do tratamento no hospital	Outros*	32	(31,1%)
	Sem evidência	7	(6,8%)
	Remissão parcial	2	(1,9%)
	Doença estável	2	(1,9%)
	Doença em progressão	2	(1,9%)
	Óbito	3	(2,9%)
Estado da doença ao final do tratamento	Desconhecida	10	(9,7%)
Dias entre a Primeira consulta e o diagnóstico	Mediana: 15 Média: 26		Mín-Máx [†] (0-278)
Dias entre o diagnóstico e início do tratamento	Mediana:9 Média: 38		Mín-Máx (0-34)

Outros*: não realizaram o tratamento devido a outras causas como mudança de residência para outra cidade; realização do tratamento em outra unidade hospitalar ou não realização em virtude da idade avançada do paciente; † Min: tempo mínimo em dias; Máx: tempo máximo em dias.

**Tabela 5.** Comparação entre pacientes em estádios precoces (I e II) Vs avançados (III e IV).

Variáveis	n	ESTADIAMENTO		P	Razão de Prevalência	
		Estadio I e II n (%)	Estadio III e IV n (%)			
Sexo	43	Masculino	5 (11)	24 (55)	1	0,805
		Feminino	3 (6)	11 (25)		
Idade	43	< 65	3 (6)	20 (46)	0,440	0,522
		≥ 65	5 (11)	15 (34)		
Etnia	43	Branco	5 (11)	30 (69)	0,153	0,38
		Outros	3 (6)	5 (11)		
Dias entre Primeira Consulta e Diagnóstico	43	≤ 15	4 (9)	20 (46)	1	0,79
		>15	4 (9)	15 (34)		
Tipo histológico	43	Escamoso	2 (4)	12 (27)	1	0,69
		Outros	6 (13)	23 (53)		
Tipo histológico	43	Adenocarcinoma	3 (6)	3 (6)	0,067	3,70
		Outros	5 (11)	32 (74)		



ANEXO

Ficha de Registro do Tumor.

ht HOSPITAL UNIVERSITÁRIO **FICHA DE REGISTRO DE TUMOR**

CASO ANALÍTICO
 1. Sim 2. Não

ITENS OBRIGATORIOS

01. Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

02. Nº DE REGISTRO NO RHC

03. NOME

04. SEXO
 1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado

05. IDADE

06. DATA DE NASCIMENTO

07. LOCAL DE NASCIMENTO

08. RAÇA / COR
 1. Branca 4. Parda
 2. Preta 5. Indígena
 3. Amarela 9. Sem Informação

09. GRAU DE INSTRUÇÃO
 1. Analfabeto 4. 2º Grau
 2. 1º Grau Incomp. 5. Nível superior
 3. 1º Grau Comp. 6. Sem informação

10. OCUPAÇÃO

11. PROCEDÊNCIA

12. CLÍNICA DE ENTRADA

13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO

**14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL
 CPF / CARTÃO DO SUS**

15. DATA DA 1ª CONSULTA

16. DATA DO DIAGNÓSTICO

17. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES
 1. Sem Diag./Sem Trat.
 2. Com Diag./Sem Trat.
 3. Com Diag./Com Trat.
 4. Outros
 5. Sem informação

18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO
 1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica
 2. Exames por Imagem
 3. Endoscopia
 4. Cirurgia Exploradora/Necrópsia
 5. Citologia ou Hematologia
 6. Histologia da Metástase
 7. Histologia do Tumor primário
 9. Sem informação

19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

20. TIPO HISTOLÓGICO

21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO
 1. Não 2. Sim 3. Duvidoso

22. (a) ESTADIAMENTO

**22. (b) OUTRO ESTADIAMENTO
 (para <18 anos)**

23. TNM

24. pTNM

25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA

26. DATA DE INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

27. PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL
 1. Recusa do Tratamento
 2. Doenças Avançadas, falta de condições clínicas
 3. Outras Doenças Associadas
 4. Abandono de Tratamento
 5. Complicações do Tratamento
 6. Óbito
 7. Outras
 8. Não se aplica
 9. Sem informação

28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL
 1. Nenhum
 2. Cirurgia
 3. Radioterapia
 4. Quimioterapia
 5. Hormonioterapia
 6. Transplante de Medula Óssea
 7. Imunoterapia
 8. Outros
 9. Sem informação

29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL
 1. Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
 2. Remissão Parcial
 3. Doença Estável
 4. Doença em Progressão
 5. Fora de Possibilidade Terapêutica
 6. Óbito
 8. Não se Aplica
 9. Sem Informação

30. DATA DO ÓBITO

31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE

32. CAUSA BÁSICA DA MORTE

33. SEGUIMENTO
 1. Sim
 2. Não

34. CÓDIGO DO REGISTRADOR

35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

Informações sobre: A Doença, Tratamento, Óbito e Registro hospitalar

Cód. 169813 Imprensa Universitária



ht HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

CASO ANALÍTICO

1. Sim 2. Não

01. Nº DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

03. NOME

04. SEXO

1. Masculino 2. Feminino 3. Ignorado

05. IDADE

06. DATA DE NASCIMENTO

07. LOCAL DE NASCIMENTO

ITENS OBRIGATÓRIOS

02. Nº DE REGISTRO NO RHC

08. RAÇA / COR

1. Branca 4. Parda

2. Preta 5. Indígena

3. Amarela 9. Sem Informação

09. GRAU DE INSTRUÇÃO

1. Analfabeto 4. 2º Grau

2. 1º Grau Incomp. 5. Nivel superior

3. 1º Grau Comp. 6. Sem informação

10. OCUPAÇÃO

11. PROCEDÊNCIA

12. CLÍNICA DE ENTRADA

13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO

14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL
CPF / CARTÃO DO SUS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

15. DATA DA 1ª CONSULTA

16. DATA DO DIAGNÓSTICO

17. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

1. Sem Diag./Sem Trat.
 2. Com Diag./Sem Trat.
 3. Com Diag./Com Trat.
 4. Outros
 5. Sem informação

18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO

1. Exame Clínico e/ou Patologia Clínica
 2. Exames por Imagem
 3. Endoscopia
 4. Cirurgia Exploradora/Necrópsia
 5. Citologia ou Hematologia
 6. Histologia da Metástase
 7. Histologia do Tumor primário
 9. Sem informação

19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

20. TIPO HISTOLÓGICO

21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

1. Não 2. Sim 3. Duvidoso

22. (a) ESTADIAMENTO

22. (B) OUTRO ESTADIAMENTO
(para < 18 anos)

Informações sobre: A Doença, Tratamento, Óbito e Registro hospitalar

23. TNM

24. pTNM

25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA

26. DATA DE INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

27. PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

1. Recusa do Tratamento
 2. Doenças Avançadas, falta de condições clínicas
 3. Outras Doenças Associadas
 4. Abandono de Tratamento
 5. Complicações do Tratamento
 6. Óbito
 7. Outras
 8. Não se aplica
 9. Sem informação

28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

1. Nenhum
 2. Cirurgia
 3. Radioterapia
 4. Quimioterapia
 5. Hormonioterapia
 6. Transplante de Medula Óssea
 7. Imunoterapia
 8. Outros
 9. Sem informação

29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL

1. Sem Evidência da Doença (Remissão Completa)
 2. Remissão Parcial
 3. Doença Estável
 4. Doença em Progressão
 5. Fora de Possibilidade Terapêutica
 6. Óbito
 8. Não se Aplica
 9. Sem Informação

30. DATA DO ÓBITO

31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE

32. CAUSA BÁSICA DA MORTE

33. SEGUIMENTO

1. Sim
 2. Não

34. CÓDIGO DO REGISTRADOR

35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA

Cód. 169813
Imprensa Universitária