



Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

HELENA CECÍLIA BRANCHES SOARES

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PORTADORES DE CÂNCER DE
PULMÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Belém
2015

HELENA CECÍLIA BRANCHES SOARES

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PORTADORES DE CÂNCER DE
PULMÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/ Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana

Belém
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB/UFPB)

Soares, Helena Cecília Branches

Caracterização epidemiológica dos portadores de câncer de pulmão atendidos no Hospital Universitário / Helena Cecília Branches Soares; Orientador, Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana. — 2015.

56f. : 30 cm.

Dissertação (Mestrado) — Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane, Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Belém, 2015.

1. Neoplasia Pulmonar. 2. Epidemiologia. 3. Fatores de Risco. 4. Hospitais Universitários. I. Hospital Universitário João de Barros Barreto. II. Título.

CDD - 23. ed. 616.994098115

HELENA CECÍLIA BRANCHES SOARES

**CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PORTADORES DE CÂNCER DE
PULMÃO ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentado ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/ Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mary Elizabeth de Santana – Orientadora
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Ilma Pastana Ferreira – Examinadora Externa
Universidade do Estado do Pará

Prof^a. Dr^a. Jacira Nunes Carvalho – Examinadora Interna
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Azevedo Lima
Universidade Federal do Pará

À minha mãe pela formação e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a minha vida e tudo o que conquistei.

A minha orientadora Profa. Dra. Mary Elizabeth de Santana pela força, apoio, confiança, incentivo, disponibilidade e a amizade.

A minha família, em especial as minhas irmãs Emilia, Lúcia e sobrinha Kelly pelo incentivo.

Às Profas Dras. Ilma Pastana Ferreira, Jacira Nunes Carvalho e Vera Lúcia de Azevedo Lima pelas valiosas contribuições nas bancas de defesa de projeto e sugestões dados no exame de qualificação.

Aos Docentes do programa da pós-graduação, Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, pelo aprendizado.

Agradeço aos colegas de turma do mestrado, em especial a Aidé Teles de Carvalho, Kátia Regina da Fonseca e Rosemary Pereira Mota, que ajudaram a amenizar as dificuldades e a multiplicar as alegrias.

Aos colegas de trabalho em especial Cléce, Cinthia, Gisela e Odenilce que sempre me incentivaram.

À Universidade Federal do Pará, pela oportunidade de qualificação profissional.

Ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, pela aprendizagem profissional.

Àqueles que passaram pelo fardo do câncer de pulmão, como paciente, familiares, amigo ou profissional de saúde, meu carinho.

Finalmente, expresso a minha profunda admiração e gratidão a todos os colaboradores, que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Muito obrigada!

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-las. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

Dalai Lama.

RESUMO

O câncer de pulmão continua sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e no Mundo, devendo-se ao fato dos casos serem diagnosticados em estágios avançados, resultando muitas vezes em tratamento paliativo. A pesquisa analisou o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de pulmão atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, descrevendo seus fatores de riscos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa realizada no período de 2010 à 2013. Foi realizada análise estatística descritiva com distribuição de frequências, tabelas e testes estatísticos não paramétricos. As variáveis analisadas foram dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes. A coleta de dados foi realizada no Departamento de Arquivo Médico e Estatístico do hospital em 160 prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos sexos, portadores de Câncer de Pulmão. Os resultados apontaram predominância do sexo masculino com 60,6% (97) na faixa etária de 61 a 70 anos (73,7%); 39,4% (63) do sexo feminino na faixa etária de 51 a 60 anos (37,5%), com relação a escolaridade 59,4% (95) possuíam ensino fundamental incompleto em ambos os sexos. Eram tabagistas 84,4%. Evidencia-se a necessidade de investimentos e estratégias na detecção precoce do câncer de pulmão bem como na adoção de medidas educativas sensibilizando a população no estímulo à cessação ao tabagismo, tornando-se evidente a importância da enfermagem diante dessas ações a fim de contribuir com a diminuição das taxas de mortalidade por câncer de pulmão.

Descritores: Neoplasias pulmonares; Epidemiologia; Enfermagem.

ABSTRACT

Lung cancer remains the leading cause of mortality in Brazil and in the world, must to the fact of the cases are diagnosed in advanced stages, often resulting in palliative treatment. The research analyzed the clinical and epidemiological profile of patients with lung cancer patients treated at the University Hospital João de Barros Barreto, describing their risk factors. This is a descriptive, retrospective exploratory study with a quantitative approach carried out from 2010 to 2013. It was carried out a descriptive statistical analysis with frequency distribution, tables and non-parametric statistical tests. The variables analyzed included the demographic and clinical data of patients. Data collection was performed at the Department of Statistics and Medical File hospital records of 160 patients older than 18 years, of both sexes, people with lung cancer. The results showed a predominance of males with 97 (60.6%) aged 61-70 years (73.7%); 63 (39.4%) were females aged 51-60 years (37.5%), with respect to education 95 (59.4%) possessed incomplete primary education for both sexes. Were smokers 84.4%. Highlights the need for investments and strategies for early detection of lung cancer as well as the adoption of educational sensitizing the population in encouraging smoking cessation, thus demonstrating the importance of nursing on these actions in order to contribute to the reduction in mortality rates from lung cancer.

Keywords: Pulmonary Neoplasia; Epidemiology; Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto à faixa etária e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	34
Tabela 2 –	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto escolaridade e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	34
Tabela 3 -	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto ao estado civil e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	35
Tabela 4 –	Percentual de pacientes diagnosticados com Câncer de Pulmão, atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, por Ocupação/Profissão e Sexo, no Período de 2010 a 2013	35
Tabela 5 -	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por procedência e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	36
Tabela 6 -	Distribuição de pacientes com Câncer de Pulmão, atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, por Condição de alta e Sexo, no Período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	36
Tabela 7 –	Distribuição de pacientes diagnosticados com Câncer de Pulmão, atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, por Tempo de doença e Sexo, no Período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	37
Tabela 8 -	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por tempo de permanência e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	37
Tabela 9 -	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto ao fator de risco e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	38
Tabela 10 –	Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por sintomatologia e sexo atendido no Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Justificativa	15
1.2	Problema de pesquisa.....	18
2	OBJETIVOS.....	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1	Perfil Epidemiológico do câncer	20
3.2	Fatores de risco para câncer de pulmão	24
3.3	Tipos de tratamento	26
3.4	Enfermagem Oncológica	27
4	MÉTODOS E MATERIAIS.....	28
4.1	Tipo de Estudo	28
4.2	Local do Estudo	28
4.3	Fonte de Informação	29
4.4	Instrumento de Coleta de Dados	30
4.5	Aspectos Éticos	30
4.6	TIPO DE ANÁLISE	31
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICES	49
	APÊNDICE A – FORMULARIO	50
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	51

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 a 40 anos os países “em desenvolvimento”, sofreram uma transformação em seus perfis de morbidade e mortalidade diferentemente das verificadas nos países industrializados. No Brasil tais transformações foram evidenciadas a partir de 1960, sendo progressivamente acentuada que já na década de noventa, o país apresentava um modelo de transição tardio e polarizado de causas e consequências que devem ser analisadas (ARAÚJO, 2012).

As estruturas populacionais alteradas foram contribuições que surgiram a partir do declínio da fecundidade e queda da mortalidade devido ao progressivo envelhecimento da população bem como aumento na expectativa de vida. Com essas mudanças houve a redução da mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias, e um aumento significativo das doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias malignas (LUIZAGA et al, 2013).

Segundo a teoria de Omram, 1971 a humanidade passou por três fases epidemiológicas: A primeira caracterizada por altos índices de natalidade, altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas endêmicas e epidêmicas, devastando as populações. A segunda caracterizada pelo progressivo desaparecimento das grandes pandemias, apesar das doenças infecciosas permanecerem sendo a principal causa de morte. Nesta fase ocorreu um longo período de crescimento populacional. A terceira caracterizou-se por uma progressiva melhora no padrão de vida das populações e declínio das doenças infecciosas, tendo iniciado por várias décadas antes do aparecimento das sulfas e dos antibióticos, sendo que as principais causas de mortalidade foram doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (ARAÚJO, 2012).

Atualmente, o Brasil vive um período de transição epidemiológica, ou seja, as doenças que antes eram consideradas letais passam a ser controladas e mais conhecidas. A industrialização e o êxodo rural contribuem significativamente para o aumento da exposição do homem a agente com potencial mutagênico e carcinogênico o que torna crescente a incidência de câncer no Brasil e no mundo. Há mais de três mil anos antes de Cristo já havia comprovação de que o câncer existia e comprometia o homem, por ter sido detectado em múmias egípcias, isso significa dizer que o câncer não é uma doença nova, mas que nas últimas décadas

ganhou uma dimensão maior, transformando-se em um evidente problema de saúde pública mundial (CHAMMAS, 2013; INCA, 2012).

Recentemente a Organização Mundial da Saúde (OMS/INCA, 2012) estimou que, para o ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer, anualmente. O grande aumento incidirá em países de baixa e média renda. Esse aumento vem sendo corroborado por estudos que demonstram a importância do perfil epidemiológico nacional sobre o câncer, já que nos últimos anos, no Brasil, vem ocorrendo mudanças nas causas de morbimortalidade juntamente com transformações demográficas, sociais e econômicas, o que culmina com a transição epidemiológica que o país sofreu.

Para Chammas (2013) os cânceres representam a segunda causa isolada de mortalidade, e adianta que em 2020 serão a primeira causa de morte entre os brasileiros.

Pois para o Ministério da Saúde (2010) o câncer é uma doença crônico-degenerativa, que afeta não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade, por meio da redução do potencial de trabalho humano e impacto socioeconômico resultante do elevado custo com assistência à saúde.

No Brasil os tipos de câncer mais incidentes exceto o de pele não melanoma, são os seguintes cânceres: próstata, pulmão no sexo masculino, mama, cólon e reto e colo do útero no sexo feminino, seguindo o mesmo perfil observado mundialmente. Os padrões de vida atuais relacionado ao trabalho, nutrição, industrialização, a expectativa de vida e envelhecimento da população, são alguns dos fatores que explicam o acentuado crescimento do câncer e maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco carcinogênicos (INCA, 2008).

A teoria da transição epidemiológica, citada por Lebrão (2007), está focalizada na complexa mudança dos padrões de saúde e doença, nas interações entre esses padrões e seus determinantes, e consequências que dizem respeito à diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e ao aumento das doenças não transmissíveis. O câncer está entre os agravos não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, uma vez que são vários fatores que interferem nessa mudança (INCA, 2012).

Por conseguinte, o perfil epidemiológico do câncer vem sofrendo modificações devido o aumento populacional, bem como a maior expectativa de vida

da população e o crescimento de doenças crônicas, afetando o impacto das neoplasias mundialmente. Essa modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com redução da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer (RODRIGUES et al, 2010; ARAÚJO, 2012).

1.1 Justificativa

O Instituto Nacional do Câncer fundamentado nos dados do Registro Hospitalar de Câncer estima que o câncer de pulmão no Brasil, para 2014/2015, terá 16.400 casos novos entre homens e 10.930 casos novos entre mulheres. Esses valores correspondem ao risco estimado de 18 casos novos a cada 100 mil homens e 10 a cada 100 mil mulheres.

Na Região Norte a estimativa é de 620 casos novos entre homens com risco estimado para 7,69 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a terceira posição, e 400 casos novos entre mulheres com risco estimado para 5,11 /100mil, ocupando a quinta posição. No Estado do Pará, estima-se que seja de 260 casos novos entre homens e de 160 casos novos entre mulheres, indicando uma taxa de incidência bruta de 6,50 por 100 mil habitantes para o sexo masculino e de 4,12 por 100 mil habitantes para o sexo feminino. Essas taxas fazem com que o câncer de pulmão ocupe o terceiro e quinto lugares entre os tipos de câncer mais frequentes, entre homens e mulheres, respectivamente (INCA, 2014).

A principal causa do câncer de pulmão é o tabagismo, assim estima-se que 80% a 90% da incidência de câncer de pulmão sejam atribuídas ao hábito de fumar, seguido de exposição ao asbesto¹, ao gás radioativo radônio e a poluição do ar, bem como as repetidas infecções pulmonares, deficiência e excesso de vitamina A. Existem outros agentes cancerígenos de origem ocupacional e ambiental relacionados ao câncer de pulmão, como fumo passivo, poluição do ar (hidrocarbonetos policíclicos e a fumaça do óleo diesel, oriundos dos veículos a

¹ O asbesto (nome de origem grega) ou amianto (nome de origem latina) é uma fibra de origem natural, muito usada pela indústria devido a sua elevada resistência ao calor (até 1000°C), a químicos e à tração, grande flexibilidade, durabilidade, isolamento sonoro e pelo seu baixo custo. É usado em várias áreas, como na mineração, construção civil, construção de navios, construção de ferroviária, indústria química, indústria automobilística, encanamentos, revestimentos à prova de fogo, isolamento acústico, fabricação de telhas de fibrocimento e mais de 2500 outros produtos (BRASIL, 2012).

motor e das indústrias), radiação e história de tuberculose. Os indivíduos em idades jovens são propensos a desenvolver câncer de pulmão em virtude da história familiar de acordo com evidências na literatura (BRASIL, 2012).

No entanto, não resta dúvida de que os melhores resultados são obtidos nas fases iniciais da doença. Sendo essa fase que a enfermagem pode contribuir com ações de atenção, promoção e prevenção de doenças através do incentivo para abandono do vício tabágico para aqueles que manifestam desejo de parar de fumar.

Figueiredo (2003) ressalta que a enfermagem precisa estar capacitada para prestar uma assistência de qualidade ao paciente oncológico, sem desconsiderar, no entanto, a visão holística no momento do cuidado. Independente da faixa etária em que se encontra o indivíduo portador de câncer (se em faixa de maior risco para a patologia ou não) os cuidados de enfermagem devem existir tanto com intuito de prevenção quanto de tratamento.

Deste modo, para que as ações de enfermagem junto ao paciente oncológico sejam resolutivas, a equipe multiprofissional deve possuir conhecimentos técnicos científicos e habilidades no relacionamento interpessoal, propiciando ações de saúde e práticas educativas, a fim de prevenir, detectar precocemente o câncer e dessa forma contribuir com o tratamento do mesmo (STUMM et al, 2008).

Após aprovação no concurso público para o cargo de Enfermeira na UFPA, fui lotada no HUIBB, onde desenvolvi atividades assistenciais em vários setores, e gerenciais no Centro Cirúrgico. No início das atividades profissionais neste hospital era voltado para atendimento de pacientes com doenças infectocontagiosas e pude acompanhar o crescente e cada vez mais frequente “surgimento” de pacientes com neoplasias malignas nos diversos serviços do hospital, sendo inclusive selecionada para ir realizar pós-graduação *Lato sensu* em Oncologia no INCA por intermédio do Projeto Expande.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto teve sua construção como sanatório, em 1957, pela Campanha Nacional de Tuberculose/MS, para enfrentar o principal problema sanitário em capitais brasileiras – a tuberculose, gradualmente, absorveu o tratamento das pneumopatias e doenças infecciosas e parasitárias, criando uma tradição de atendimento junto à rede de saúde. O processo de transformação foi acelerado, com a formalização da assistência à clientela de doenças infecto-parasitárias devido a evolução tecnológica médica no tratamento da Tuberculose e a introdução de elementos de formação de recursos humanos, como

residência médica e capacitação de enfermagem, a partir de 1976 (FERREIRA, 2011).

Com a finalidade de aprimorar meus conhecimentos voltados para a área de educação realizei o curso de especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem, modalidade à distância, desenvolvida em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). E com o surgimento da Residência Multiprofissional em Enfermagem Oncológica, em 2010, assumi a preceptoría e recentemente a tutoria das enfermeiras residentes em oncologia.

Durante toda a minha trajetória profissional no HUIBB pude vivenciar e observar que o perfil dos pacientes atendidos no mesmo está mudando. E, que os Enfermeiros não tinham sido capacitados para atender tal clientela, despertando-me o interesse da qualidade da assistência de enfermagem a ser prestada ao paciente oncológico, em especial ao portador de câncer de pulmão após a leitura e releitura dos relatórios técnico do HUIBB.

Atualmente, desenvolvo minhas atividades na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) no HUIBB, onde pretendo, por meio da análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com câncer de pulmão contribuir na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao portador de câncer de pulmão e sua família. Incentivando-os a adesão cada vez mais a hábitos saudáveis, bem como a cessação ao tabagismo.

É sabido que na maioria dos casos o diagnóstico de câncer de pulmão é realizado tardiamente, e que somente 20% dos casos são diagnosticados em fases iniciais, o que propicia a chegada do paciente no serviço de saúde em estágio avançado da doença podendo ser fator causador desta condição várias situações tais como: demora do atendimento devido não acesso no sistema de saúde; demora na procura ao atendimento médico por parte do paciente, às características e grande extensão da área geográfica do Estado do Pará, que dificulta a acessibilidade ao serviço de saúde e os fatores socioeconômicos e educacionais da população paraense (KNORST et al, 2003).

Considerando o quadro evidenciou-se a necessidade de realização de pesquisas, que nos mostrem o perfil dos pacientes atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) com o diagnóstico de câncer de

pulmão, pois o resultado subsidiará a adoção de medidas assistenciais, que realmente atendam as demandas de cuidado em saúde desta clientela específica, destacando a relevância da assistência de enfermagem aos pacientes portadores de câncer de pulmão, assim como proporcionar uma qualidade de vidas aos mesmos.

A Enfermagem é a arte de cuidar de doentes, com compromisso, responsabilidade e conhecimento técnico-científico, necessária a todo ser humano em algum momento ao longo de sua vida. As ações da enfermagem compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo.

1.2 Problema de Pesquisa

O HUIBB realiza cirurgias oncológicas há mais de dez anos em virtude da grande demanda de pacientes que chegam ao hospital, motivados pela carência deste tipo de atendimento aos pacientes portadores de câncer. Os dados estatísticos do HUIBB nos anos de 2000 a 2002 apontam as neoplasias como terceira e quarta causa de alta hospitalar, motivo pelo qual o hospital foi contemplado pelo Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (UFPA, 2003).

Baseados nesta perspectiva mediante parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer (INCA) juntamente com a Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará e Secretaria Municipal de Saúde Pública e Universidade Federal do Pará; aconteceu a implantação da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON com o objetivo de garantir o atendimento integral aos pacientes com neoplasias malignas, estabelecendo uma rede hierarquizada de saúde em conformidade com a média complexidade e com a atenção básica de saúde na área de oncologia.

Assim, a equipe multiprofissional foi composta de um médico, duas enfermeiras, uma assistente social e uma nutricionista que foram selecionados para realizar o curso de especialização *Lato Sensu* em Oncologia no Instituto Nacional de Câncer (INCA/RJ) no período de 03 de março a 09 de dezembro/2004. A essa equipe foi estabelecido dentre várias metas a de implantar o serviço de oncologia no HUIBB, após o término da especialização.

No relatório do HUIBB referente ao período de 2003 a 2011, observamos que ocorreu um aumento considerável dos pacientes com neoplasia maligna em

todos os setores de internação do hospital, alterando o perfil da clientela até então atendida neste hospital, que antes era quase exclusivamente de doenças infectocontagiosas e crônicas com exceção do câncer (HUJBB).

O aumento crescente de pacientes atendidos no HUJBB com câncer de pulmão; a escassez de estudos no Estado do Pará voltado para as características epidemiológicas dos referidos pacientes, além de fundamental importância para conhecer o perfil destes, torna-se relevante identificar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes portadores de câncer de pulmão que passaram a ser atendidos no HUJBB.

Perante o contexto acima descrito faz-se o seguinte questionamento:

Qual é o perfil clínico-epidemiológico dos portadores de câncer de pulmão tratados no HUJBB?

2 OBJETIVOS

- Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de pulmão atendidos no hospital universitário;

- Descrever os fatores de riscos para o câncer de pulmão dos pacientes atendidos no hospital universitário.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Perfil Epidemiológico do câncer

Atualmente, a crescente incidência de câncer, a necessidade de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos cada vez mais complexos, as lacunas na educação populacional e profissional, a taxa de mortalidade alta associada a algumas topografias e os custos associados ao seu controle representam um desafio aos sistemas de saúde (SILVA, 2013).

A Agência Internacional de Pesquisa em câncer (IARC) estimou para 2008, a ocorrência de 12,7 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos pela doença, destes 56% dos casos novos e 64% das mortes por câncer ocorrerão em regiões menos desenvolvidas, sendo o mais diagnosticado, câncer de pulmão.

O câncer de pulmão vem apresentando aumento na sua incidência mundial de 2% por ano tendo em 2012 a incidência de 1,82 milhão de casos novos, sendo 1,24 milhão em homens e 583 mil em mulheres.

No Brasil, o câncer tem assumido importante crescimento no que diz respeito à incidência e mortalidade. As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para 2014/2015 indicam a ocorrência de 385 mil casos novos/ano, exceto os tumores de pele não melanoma, sendo 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para o sexo feminino. A estimativa para casos novos de câncer de pulmão é 27.330 casos novos de câncer de pulmão, sendo 16.400 homens e 10.930, mulheres (INCA, 2014).

Na sua grande maioria o câncer de pulmão ocorre em pessoas na faixa etária de 50 a 70 anos de idade, apesar de ser considerado no início como uma doença que acometia mais os homens, porém tornaram-se cada vez mais comuns entre as mulheres devido a maior tendência das mesmas a uma carga tabágica menor que a dos homens assim como o aumento de fumantes na população feminina (IBIAPINA, 2012).

Segundo Ministério da Saúde (2002), a incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo gênero, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais.

Sabe-se que o contato e a permanência de uma célula junto à outra são controlados por substâncias intracitoplasmáticas, mas ainda é pouco compreendido o mecanismo que mantém as células normais agregadas em tecidos. Ao que parece, elas se reconhecem umas às outras por processos de superfície, os quais ditam que células semelhantes permaneçam juntas e que determinadas células interajam para executarem determinada função orgânica (BRASIL, 2008).

Os avanços científicos e tecnológicos contribuíram para o aprimoramento de técnicas para prevenção e detecção precoce, objetivando controlar a doença. Além de que, o aperfeiçoamento das diversas modalidades terapêuticas e as constantes pesquisas em busca da individualização do tratamento tem o propósito de aumentar a cura, a sobrevida e a qualidade de vida dos clientes e seus familiares (FIGUEIREDO et al, 2009).

No início do século XX o câncer de pulmão era considerado uma doença rara, tornando-se mais letal mundialmente, essa mudança começou na segunda década do século quando observada os crescentes casos dessa neoplasia. Porém, somente em 1950 foi demonstrado a relação entre o tabagismo e o câncer de pulmão através de vários trabalhos epidemiológicos sendo o mais importante o de Doll e Hill que comprovaram e convenceram o público e autoridades governamentais, e que foram além fazendo a correspondência com a carga tabágica consumida pelos pacientes (ZAMBONI, 2002).

Sendo assim com os trabalhos de Doll e a contundência de seus resultados o tabagismo sofre um de seus primeiros grandes golpes, reduzindo em poucos anos a prevalência de fumantes nas classes sociais de maior escolaridade e renda na Inglaterra. Já no início da década de 60 determinados estudos estabeleceram a associação causal entre o tabagismo e o aumento na incidência de câncer (SALDIVA, 2013).

A análise de sobrevida é importante para avaliar a qualidade do tratamento prestado por um serviço de saúde em oncologia. No caso de câncer de pulmão, alguns fatores poderão colaborar para um melhor entendimento da doença, como sexo, idade do paciente, tabagismo e estadiamento (INCA, 2012).

O câncer de pulmão altamente letal, a sobrevida em cinco anos varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento é uma das neoplasias com menor taxa de cura, devido as

dificuldades no seu diagnóstico precoce. A taxa geral de cura para os pacientes portadores dessa neoplasia é de cerca de 10% (IBIAPINA, 2012).

Cerca de 30% das pessoas diagnosticadas com câncer de pulmão sobrevivem a doença durante pelo menos um ano após o diagnóstico, e em geral menos de 10% sobrevivem à doença por pelo menos cinco anos após o diagnóstico.

O câncer de pulmão é a principal causa de mortalidade mundial, devendo-se ao fato dos casos serem diagnosticados em estágios avançados, resultando muitas vezes em tratamento paliativos. Assim sendo, para que haja redução dessa taxa dependerá do desenvolvimento de novas técnicas e abordagem diagnóstica para permitir a identificação e tratamento precoce das lesões pré-invasivas, tornando-se um grande desafio, pois de acordo com suas características histopatológicas e moleculares, o câncer de pulmão é uma neoplasia altamente complexa com possíveis envolvimento de múltiplos estágios pré-neoplásicos (JUNIOR et al, 2011).

Tanto o carcinoma escamoso quanto o carcinoma indiferenciado de pequenas células e o adenocarcinoma estão relacionados com o tabagismo. A maioria dos carcinógenos ocupacionais dá origem a tumores do pulmão com distribuição histológica semelhante àquela causada pela fumaça do tabaco (JUNIOR et al, 2011).

O tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão. Vários estudos realizados no mundo inteiro revelaram de forma consistente que o hábito de fumar cigarro aumenta o risco de se desenvolver câncer de pulmão. Esse risco aumentado está relacionado à dose de cigarros consumidos, determinada pelos anos de tabagismo, à quantidade de cigarros consumidos diariamente, ao conteúdo de alcatrão e nicotina dos cigarros e à profundidade de inalação da fumaça do cigarro (NEUGUT, 2008).

Atualmente, são grandes os números de fumantes no mundo ficando em torno de um bilhão, e estima-se que em 2030, chegará a dois bilhões, e na sua maioria estará nos países em desenvolvimento (WUNSCH FILHO et al, 2010).

O fumo passivo ainda é outra maneira pela qual tabagismo afeta as pessoas, em estudos recentes mostram que, entre não fumantes cronicamente expostos à fumaça do tabaco nos ambientes, o risco de câncer de pulmão é 30% maior do que entre os não fumantes não expostos. A fumaça do cigarro contém mais de 4.700 substâncias tóxicas e cancerígenas (INCA, 2012).

Os índices de morbi e mortalidade em decorrência do câncer são preocupantes, nesse contexto a enfermagem atua desde a atenção primária, através de informação à comunidade como palestras educativas sobre prevenção e detecção precoce dos sinais e sintomas de alguns tipos de câncer. Além do que atua na fase diagnóstica, auxiliando nos exames de imagem, realizando coleta de material biológico dentre outros. A assistência se intensifica após o diagnóstico de neoplasia devido o tratamento oncológico inspirar cuidados especiais bem como, a necessidade de profissionais qualificados a fim de prestar assistência de qualidade.

Dessa forma faz-se necessária a qualificação dos enfermeiros para assistência integral ao paciente, por intermédio de uma base sólida de conhecimentos técnico-científicos específicos da assistência fundamentada nos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais, políticos, éticos bem como nos cuidados no final da vida em decorrência da progressão da doença (BAIA et al, 2013).

3.2 Fatores de risco para câncer de pulmão

O aumento de risco de desenvolver uma determinada doença define-se como fator de risco. No câncer de pulmão esses fatores se desenvolvem em grupos extrínsecos.

O tabagismo: representa o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, este comprometendo em até 90% dos casos. Mais de 4.000 produtos químicos são encontrados no cigarro de tabaco, destes, 60 foram identificados como carcinógenos. Destaque para os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAH) e as nitrosaminas derivadas de nicotina (NNK) e estão implicados na tumorigênese do câncer de pulmão. Vários são os mecanismos que podem ocorrer, na tentativa de poupar o organismo dos danos causados por esses carcinógenos, assim como das consequências desses danos. Apenas 11% dos fumantes vão eventualmente desenvolver câncer de pulmão, sugerindo que de certa forma esses mecanismos estejam atuando de forma eficaz em cerca de 90% dos casos (ZUKIN et al, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o tabagismo como uma criança uma vez que 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos e quanto mais cedo começam o uso do tabaco, mais rápido serão dependentes. A

indústria de tabaco na tentativa de atrair os jovens usava como estratégia aditivos com aroma e sabor aos produtos derivados do tabaco tornando-o mais atraentes, os quais foram proibidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) objetivando reduzir a experimentação e começo por crianças e jovens. A iniciação precoce ao uso de tabaco torna difícil sua interrupção na vida adulta (INCA, 2014).

O tabagismo foi reconhecido como doença crônica gerada pela nicotina que é entre outras substâncias um agente psicoativo responsável por causar a dependência, está inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. (SANTINHO; ALVES, 2013).

Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, porém, em algumas regiões e grupos populares mais vulneráveis mostra-se expressiva. Várias campanhas são realizadas na tentativa de alertar sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas ao tabagismo (INCA, 2014).

A lei antifumo entrou em vigor em 03/12/2014 e tem como objetivo garantir a proteção à saúde dos trabalhadores expostos ao fumo. Os estabelecimentos destinados à comercialização de produtos fumígenos e os ambientes fechados onde o fumo será permitido terão que se adequar em atendimento às regras da Lei Antifumo, cuja legislação proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos derivados ou não do tabaco, em locais de uso coletivo, público ou privados (INCA, 2014).

O sucesso de estratégias brasileira usada no combate ao fumo são devidas ao aumento de seu preço e imposto, proibição na propaganda do cigarro, ações de prevenção e tratamento e a restrição de locais de fumo com a extinção dos fumódromos.

Como resultado do tabagismo, o risco de um indivíduo fumante desenvolver câncer de pulmão é cerca de 20 vezes mais elevado do que o indivíduo não fumante, no entanto existem estudos que dão conta de que casais quando um dos cônjuges é fumante 24% tem mais probabilidade de que os não fumantes desenvolverem câncer de pulmão (IBIAPINA, 2012; GEIB; ROITHMAN, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2013, o fumo passivo configura-se como a terceira maior causa de morte evitável no mundo, perdendo apenas para o tabagismo ativo e consumo excessivo de álcool.

Em relação à dieta, a grande ingestão de frutas e vegetais reduz em 50% o risco para neoplasia de pulmão, os carotenóides são responsáveis parcialmente por

esse efeito. Há relação inversa, entre o câncer de pulmão e a ingestão de gordura vegetal e selênio.

Os fatores ocupacionais como poeira de carvão e asbestos, também são fatores que podem desencadear câncer de pulmão, sendo que o risco relativo de câncer de pulmão em trabalhadores com asbestos é aproximadamente 2; com presença de fibras intersticial ou pleural o risco aumenta para 6; e se houver associação com cigarro o risco relativo aumenta para 50 (NERY et al, 2006).

Seguido de exposição ao asbestos, ao gás radioativo radônio e poluição do ar bem como repetidas infecções pulmonares, deficiência e excesso de vitamina A. Junto ao asbestos existem outros agentes cancerígenos de origem ocupacional e ambiental relacionados ao câncer de pulmão, como fumo passivo, poluição do ar (hidrocarbonetos policíclicos e a fumaça do óleo diesel, oriundos dos veículos a motor e das indústrias), radiação e história de tuberculose. Os indivíduos em idades jovens são propensos a desenvolver câncer de pulmão de história familiar segundo evidências na literatura (INCA/MS, 2008).

Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC, 2014) classificou a poluição do ar como cancerígenos para seres humanos e animais baseado em provas suficientes de carcinogenicidade em humanos e animais. Os níveis de poluição de ar nas cidades chinesas estão entre as mais altas do mundo. Dados epidemiológicos da China são limitados, porém, indicam risco aumentado para câncer de pulmão associado a vários poluentes atmosféricos (HOEK et al, 2014).

3.3 Tipos de tratamento

Atualmente o tratamento do câncer de pulmão baseia-se na biologia molecular da doença levando em consideração as alterações em diversas vias de sinalização envolvidas no processo de carcinogênese, proliferação celular, invasão e metástase (ZUKIN et al, 2013).

Os dados epidemiológicos norte-americanos estimam que os adenocarcinomas constituem o subtipo histológico mais comum com cerca de 40% dos casos, seguidos pelo carcinoma epidermoide em 20%, carcinoma de pequenas células, cerca 15%, carcinoma de grandes células 5% e outros subtipos para o restante dos casos. A incidência relativa aumentada do adenocarcinoma é atribuída ao uso de filtros nos cigarros a partir da década de 1960 (GEIB et al, 2013).

O tratamento convencional para o câncer pulmonar inclui quimioterapia, radioterapia e cirurgia. A ressecção cirúrgica é a terapia de escolha para os casos iniciais. A quimioterapia adjuvante considerada em pacientes operados e portadores de tumores com diâmetro superior a 4 cm ou com linfonodos comprometidos. Portadores de doença em estágio III representam um grupo heterogêneo, necessariamente tratado com a combinação de diferentes modalidades terapêuticas. Portadores de doença em (estágio IV) são tratados em caráter paliativo com quimioterapia sistêmica, drogas dirigidas a alvos moleculares e radioterapia (GEIB, et al, 2013).

3.4 Enfermagem Oncológica

A Enfermagem Oncológica foi reconhecida pela primeira vez no início de 1970 a partir do desenvolvimento de ensaios clínicos com novos quimioterápicos e com necessidade do trabalho multidisciplinar. Em 1975, foi criada a Oncology Nursing Society nos Estados Unidos a partir da atuação de Enfermeiros em centros de pesquisas (JUSTINO et al, 2010).

Anteriormente, a principal opção de tratamento para pacientes com diagnóstico de câncer era atribuído aos médicos através de realização de cirurgia afim de remover os tumores e aos Enfermeiros a prestação de cuidados antes e após o procedimento.

O surgimento da assistência de enfermagem como especialidade evoluiu muito e estudos preconizam o importante papel do enfermeiro ao paciente oncológico nas variadas fases da sua doença, visando a sobrevida com qualidade (PREARO et al, 2011).

Sendo assim o enfermeiro precisa se envolver e comprometer com esses pacientes oncológicos uma vez que é o profissional responsável pela assistência prestada com segurança, pois tem conhecimento prático e científico que o habilita para o desenvolvimento de suas tarefas.

A oncologia tem tido grande evolução nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, o que tem possibilitado a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Cabe à enfermagem acompanhar o desenvolvimento dessa especialidade pelas investigações científicas, que são os principais recursos para a atualização do conhecimento para o cuidado a esses pacientes.

Devido ao número crescente de casos novos de doenças neoplásicas, há necessidade de um número maior de profissionais especializados a fim de assistir essa clientela. A Enfermagem é peça fundamental no cuidado ao paciente submetido a tratamento oncológico, prestando assistência especializada, orientando, atuando e agindo nos efeitos adversos apresentados durante o tratamento orientando o cliente e seus familiares (SOUSA et al, 2009).

A complexidade do tratamento ao paciente com câncer requer não só habilidades técnico científica bem como relações interpessoais. Os cuidados de enfermagem a esses pacientes devem ser individualizados principalmente no que se refere a faixa etária, uma vez que cada fase da vida é acompanhada por transformações fisiológicas e psíquicas bem como a morte é encarada (PETERSON; CARVALHO, 2011).

No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle. Tem como competência prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, bem como desenvolver ações educativas, integradas com outros profissionais, apoiar medidas legislativas e identificar fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família (MS/INCA, 2008).

Segundo a Nursing Interventions Classification (NIC) define intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente (GUTIÉRREZ; SOUZA; MICHEL, 2010).

Assim sendo, o enfermeiro é o profissional mais capacitado e preparado para apoiar e orientar o paciente e família durante o processo de doença, tratamento e reabilitação, onde pode afetar futuramente a qualidade de vida. (INCA/MS, 2008).

O profissional de Enfermagem ao interagir com o paciente oncológico e familiares pode demorar meses ou até anos durante a doença a fim de buscar a qualidade de vida de forma humanizada, esta, indo além da competência técnica ou científica (ROSA, 2007).

4 MÉTODOS E MATERIAIS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos detalham a ocorrência de um evento de acordo com diversas exposições ou características das pessoas (sexo, idade, etnia, nível sócio econômico), local (hospital, bairro, cidade, país) e tempo, sem fazer inferências sobre os resultados. Quanto ao desenho retrospectivo tem por finalidade explorar fatos do passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual até um determinado passado, com abordagem quantitativa, pois trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprego rígidos de recursos, e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las (FONTELLES, 2010).

4.2 Local de Estudo

Hospital João de Barros Barreto em 1957 era denominado de Sanatório de Belém, que fazia parte de um programa de construção de leitos para hospitalização de portadores de tuberculose, realizado pelo Ministério da Educação e Saúde, por intermédio do Departamento Nacional de Saúde, que tinha à frente o sanitarista João de Barros Barreto, cujo nome foi dado, mais tarde, ao Sanatório.

Por meio da Portaria nº 249/BSB de 12 de julho de 1976, assinada pelo ministro da Saúde da época Paulo de Almeida Machado, o Sanatório Barros Barreto passou a se denominar Hospital Barros Barreto. Depois de sete anos, por meio da Portaria nº 337 de 1º de novembro de 1983, o então ministro da Saúde Waldyr Arcoverde altera a denominação para Hospital João de Barros Barreto. Finalmente, em 1990, em função do Termo de Cessão de Uso firmado com a UFPA, passou a ser denominado de Hospital Universitário João de Barros Barreto. Em 2004, depois de ser avaliado com critérios rigorosos por uma Comissão Interministerial, o HUIBB foi certificado como Hospital de Ensino (MEC/2012).

O Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) é um hospital geral de nível secundário/terciário, que tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como atuar na área de Ensino, Pesquisa e Extensão, e na geração de conhecimentos. É referência regional

em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes e Referência Nacional em AIDS. Embora ainda não seja hospital de referência em Oncologia, há mais de dez anos vem realizando diagnóstico e tratamento oncológico por meio de procedimentos cirúrgicos.

A pesquisa foi realizada no Departamento de Arquivo Médico e Estatístico (DAME), local responsável pela guarda, conservação e disponibilização de prontuários para consulta, do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) que é uma instituição de assistência, ensino, pesquisa e extensão ligada à Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital conta com 26.420 metros de área construída, com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 leitos de retaguarda; 30 consultórios, quatro salas de cirurgia para pequena, média e grande procedimento, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Na área de assistência, o HUJBB oferece consultas e internação em diversas especialidades: clínica médica, pneumologia, infectologia, pediatria, clínica cirúrgica, oncologia, bem como programas específicos como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Fibrose Cística; Diabetes; TB secundária (Tuberculose secundária); Tuberculose Multirresistente (TBMR); Doenças de Chagas; Alzaimel / Parkinson; Serviço de Assistência Especial (SAE); Residência Médica e Multiprofissional do Idoso e Oncológica.

4.3 Fonte de Informação

A amostra de estudo foi constituída de 160 prontuários dos pacientes atendidos no HUJBB no período de 01/01/2010 à 31/12/2013 com câncer de pulmão. Esse período justifica-se pelo aumento crescente do número de atendimentos ambulatorial e de internação de pacientes com neoplasias malignas, além do que culmina com início do serviço oncológico na instituição.

Foram incluídos prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de câncer de pulmão, confirmado por exames histopatológico existentes no prontuário, num total de 160 pacientes que adentraram nessa instituição, para seguimento ambulatorial e tratamento clínico e/ou cirúrgico

e/ou quimioterápico neste hospital, no período anteriormente citado e procedente das mesorregiões paraenses.

Foram excluídos todos os que não atenderam aos critérios de inclusão acima citados assim como prontuários com informações incompletas ou ausentes, com prejuízo no desenvolvimento das variáveis escolhidas.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após liberação da pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa, utilizando-se um formulário elaborado pela pesquisadora (Apêndice A), composta de perguntas abertas e fechadas, que contempla tópicos relacionados aos dados sócio demográficos, dados clínicos, fatores de risco, prestadas ao paciente durante o período de internação a partir de análise dos prontuários, tendo como variáveis: Dados sócio-demográficos: Sexo; Faixa-etária; Procedência; Ocupação/Profissão; Escolaridade; Estado Civil. Dados Clínicos: Fatores de Risco; Sintomatologia; Impressão diagnóstica; Tipo de Câncer; Tempo da Doença; Data do Diagnóstico; Data de Admissão; Data da Alta; Tempo de Permanência; Condição de Alta.

Para manter o anonimato dos pacientes foi empregado o uso do sistema alfanumérico P1, P2, P3,...

4.5 Aspectos Éticos

O projeto desta pesquisa atendeu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que aborda as questões éticas em relação às pesquisas que envolvem seres humanos. Os participantes ou família foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJBB, processo nº 541.975 e possui como benefício à produção do conhecimento sobre quadro epidemiológico do câncer de pulmão. Deixamos claro que as informações coletas têm como única finalidade esta pesquisa e que os dados obtidos serão guardados por cinco anos e depois destruídos. Não houve despesas para os sujeitos ou a instituição. Os resultados obtidos foram descritos de forma geral e não

individual e poderão ser encontrados na Biblioteca do Hospital Universitário João de Barros Barreto, Biblioteca Central da UFPA tornando-se útil, portanto, para a comunidade científica, profissionais e estudantes da saúde ou a quem se interesse pelo tema. A pesquisa será apresentada em eventos científicos e publicada em revista da área da Enfermagem.

4.6 Tipo de Análise

Foi realizada análise estatística descritiva como distribuição de frequências e os testes estatísticos não paramétricos. Estabelecido o nível de significância alfa de 0,05 com uma confiabilidade de 95%. Os dados foram armazenados em um banco de dados elaborado no Microsoft Office Excel 2007.

O teste não paramétrico do Qui-quadrado de Independência foi aplicado baseado na amostra, na variável e no tipo de dado (dado categórico ou nominal) para verificar se as diferenças apresentadas foram estatisticamente significativas na casuística composta por 160 indivíduos. O teste não paramétrico G de Independência foi utilizado quando o Teste Qui-quadrado ficou inviabilizado por ocorrer frequência com valor zero ou valores esperados inferiores a 5 na distribuição dos dados nas tabelas, respeitando-se os pressupostos básicos para aplicação do referido teste. Utilizou-se como nível de significância na presente pesquisa, alfa igual a 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade, todos os testes foram realizados com o suporte do software Bioestat versão 5.0 e sendo assinalado por um “*” o que foi estatisticamente significativo.

Na análise da idade dos sujeitos da pesquisa, para melhor otimização dos dados e facilitar a análise, optou-se por agrupá-los em faixa etária de 20 a 40 anos e a partir desta idade em grupos etários de 10 em 10 anos, uma vez que não houve paciente com idade inferior a 20 anos.

Quanto a variável procedência adotou-se a classificação de mesorregiões adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Estado do Pará:

* Mesorregião Sudoeste Paraense que contempla os municípios de Altamira, Jacareacanga, Senador José Porfírio, Anapu, Medicilândia, Trairão, Aveiro, Novo Progresso, Uruará, Brasil Novo, Pacajá, Vitória do Xingu, Itaituba, Rurópolis;

*Mesorregião Marajó que contempla os municípios de Afuá, Curralinho, Salvaterra, Anajás, Gurupá, Santa Cruz do Arari, Bagre, Melgaço, São Sebastião da Boa Vista, Breves, Muaná, Soure, Cachoeira do Arari, Ponta de Pedras, Chaves, Portel;

*Mesorregião Sudeste Paraense que contempla os municípios de Abel Figueiredo, Goianésia do Pará, Rio Maria, Água Azul do Norte, Itupiranga, Rondon do Pará, Bannach, Jacundá, Santa Maria das Barreiras, Bom Jesus do Tocantins, Marabá, Santana do Araguaia, Brejo Grande do Araguaia, Nova Ipixuna, São Domingos do Araguaia, Breu Branco, Novo Repartimento, São Félix do Xingu, Canaã dos Carajás, Ourilândia do Norte, São Geraldo do Araguaia, Conceição do Araguaia, Palestina do Pará, São João do Araguaia, Cumarú do Norte, Paragominas, Sapucaia, Curionópolis, Parauapebas, Tucumã, Dom Eliseu, Pau D'arco, Tucuruí, Eldorado do Carajás, Piçarra, Ulianópolis, Floresta do Araguaia, Redenção, Xinguara;

*Mesorregião Nordeste Paraense que contempla os municípios de Abaetetuba, Ipixuna do Pará, Santa Luzia do Pará, Acará, Irituia, Santa Maria do Pará, Augusto Corrêa, Limoeiro do Ajuru, Santarém Novo, Aurora do Pará, Mãe do Rio, São Caetano de Odivelas, Baião, Magalhães Barata, São Domingos do Capim, Bonito, Maracanã, São Francisco do Pará, Bragança, Marapanim, São João da Ponta, Cachoeira do Piriá, Mocajuba, São João de Pirabas, Cametá, Moju, São Miguel do Guamá, Capanema, Nova Esperança do Piriá, Tailândia, Capitão Poço, Nova Timboteua, Terra Alta, Colares, Oeiras do Pará, Tomé-Açu, Concórdia do Pará, Ourém, Tracuateua, Curuçá, Peixe-Boi, Vigia, Garrafão do Norte, Primavera, Viseu, Igarapé-Açu, Quatipuru, Igarapé-Miri, Salinópolis;

*Mesorregião do Baixo Amazonas que contempla os municípios de Alenquer, Juruti, Porto de Moz, Almeirim, Monte Alegre, Prainha, Belterra, Óbidos, Santarém, Curuá, Oriximiná, Terra Santa, Faro, Placas;

*Mesorregião Área Metropolitana de Belém que contempla os municípios de Ananindeua, Bujaru, Santa Bárbara do Pará, Barcarena, Castanhal, Santa Izabel do Pará, Belém, Inhangapi, Santo Antonio do Tauá, Benevides, Marituba.

No que se refere a variável ocupação/profissão, optou-se por agrupar aquelas que tinham certa semelhança nas atividades laborais e algum tipo de exposição de risco ao câncer de pulmão, a fim de facilitar a análise. Desta forma ocupação/profissão autônomo agrega todos que se declararam autônomos, comerciantes, vendedor, carpinteiro, fotógrafo, segurança, auxiliar de segurança, adestradores, costureira e do lar; ocupações diversas incluem aqueles que se declararam porteiro, cobrador, fiscal, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, funcionário público e panificador. As demais profissões, por expor o trabalhador a algum fator de risco para o câncer de pulmão foram mantidas isoladas na análise.

Também foram agrupadas as sintomatologias descritas na admissão adotando-se o termo sintomas respiratórios relatos de tosse, rouquidão, congestão nasal rinorreia e odinofagia associado à febre ou não. E mantiveram-se os termos dor torácica, perda ponderal e outros (astenia, anorexia, calafrios, síndrome de veia cava).

Na Impressão Diagnóstica adotou-se em Outros (Pneumonia, Linfoma, Abscesso Pulmonar, Dispneia a Esclarecer, Cirrose Hepática, Hemoptóicos a Esclarecer e Atelectasia).

5 RESULTADOS

Da análise dos 160 prontuários 60,6% (97) correspondem ao sexo masculino e 39,4% (63) ao sexo feminino. Observou-se um predomínio do sexo masculino, o que já era esperado uma vez que, o câncer de pulmão, segundo estimativas do INCA/MS, 2014, os homens apresentam maiores taxas de incidência do que as mulheres (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto à faixa etária e sexo atendido no HUUJBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Faixa etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
20 a 40	4	50,0	4	50,0	8	5,0
41 a 50	8	36,4	14	63,6	22	13,8
51 a 60	25	62,5	15	37,5	40	25,0
61 a 70	28	73,7	10	26,3	38	23,8
71 a 80	25	65,8	13	34,2	38	23,8
> 80	7	50,0	7	50,0	14	8,8
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,0967$).

Do total de casos a maior concentração encontra-se no sexo masculino com a faixa etária entre 61 a 70anos (73,7%), enquanto que no sexo feminino ocorreu predomínio na faixa etária de 41 a 50 anos (63,6%). Neste período obteve-se a média de 62,91 anos com idade mínima de 29 e máxima de 93 anos.

TABELA 2 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto escolaridade e sexo atendido no HUUJBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Escolaridade	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Alfabetizado	4	50,0	4	50,0	8	5,0
Analfabeto	17	53,1	15	46,9	32	20,0
Ensino Fundamental	58	61,1	37	38,9	95	59,4
Ensino Médio	13	68,4	6	31,6	19	11,9
Ensino Superior	2	100,0	0	0,0	2	1,3
SI	3	75,0	1	25,0	4	2,5
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,6061$).

Na Tabela 2 observa-se que 59,4% (95) dos pacientes com ensino fundamental, seguido de analfabeto com 20,0% (32) e 1,3% (2), exceto sem informação que obteve 2,5% (4).

TABELA 3 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto ao estado civil e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Estado Civil	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Casado/União estável	69	67,6	33	32,4	102	63,8
Solteiro	14	53,8	12	46,2	26	16,2
Viúvo	8	33,3	16	66,7	24	15,0
Divorciado	5	100,0	0	0,0	5	3,1
S/I	1	33,3	2	66,7	3	1,9
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão

Legenda: *p < 0,05 (Teste G de Independência; p = 0,0055).

Na Tabela 3 observa-se que 67,6% (69) dos pacientes do sexo masculino e 32,4% (33) do sexo feminino são casados/união estável, enquanto 53,8% (14) do sexo masculino e 46,2% (12) do sexo feminino são solteiros.

TABELA 4 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto à ocupação/profissão e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Ocupação/profissão	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Autônomo	27	42,9	36	57,1	63	39,4
Lavrador	24	75,0	8	25,0	32	20,0
Ocupações Diversas	16	53,3	14	46,7	30	18,8
Pedreiro	10	100,0	0	0,0	10	6,3
Pescador	7	87,5	1	12,5	8	5,0
Motorista	6	100,0	0	0,0	6	3,8
Pintor	3	100,0	0	0,0	3	1,9
Carvoeiro	1	50,0	1	50,0	2	1,3
SI	3	50,0	3	50,0	6	3,8
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: *p < 0,05 (Teste G de Independência; p = 0,0001).

Como se pode verificar na Tabela 4, a ocupação/profissão destaca-se que 39,4% (63) são autônomos, ou seja, se declararam autônomos, comerciantes, vendedor, carpinteiro, fotógrafo, segurança, auxiliar de segurança, adestradores, costureira e do lar; 20,0% (32) são lavradores, e 18,8% (30) com ocupações diversas que incluem porteiro, cobrador, fiscal, auxiliar administrativo, auxiliar de

enfermagem, funcionário público e panificador; outras ocupações por expor o trabalhador a algum fator de risco para o câncer de pulmão foram mantidas isoladas na análise como pedreiro com 6,3% (10); pescador com 5,0% (8); Motorista com 3,8% (6); 1,9% (3) pintor e 1,3% (2) carvoeiro. Ressaltamos que 3,8% (6) dos prontuários analisados não havia informação.

TABELA 5 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por procedência e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Procedência	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Metropolitana de Belém	60	57,1	45	42,9	105	65,6
Nordeste Paraense	28	70,0	12	30,0	40	25,0
Sudeste Paraense	6	60,0	4	40,0	10	6,3
Marajó	2	50,0	2	50,0	4	2,5
Sudoeste Paraense	1	100,0	0	0,0	1	0,6
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,6023$).

Ao analisarmos a Tabela 5 no que se refere à procedência dos pacientes observa-se que a maioria é oriunda da mesorregião metropolitana de Belém com 65,6% (105); seguidos das mesorregiões do Nordeste paraense com 25,0% (40), Sudeste paraense com 6,3% (10); Marajó com 2,5% (4) e Sudoeste paraense com 0,6% (1) pacientes.

Tabela 6 - Distribuição de pacientes com Câncer de Pulmão, atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, por Condição de alta e Sexo, no Período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Condição de alta	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Iniciativa Médica	55	60,4	36	39,6	91	56,9
Óbito	39	60,0	26	40,0	65	40,6
À pedido	3	100,0	0	0,0	3	1,9
Evasão	0	0,0	1	100,0	1	0,6
Total	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,2686$).

Com relação à condição de alta 56,9% (91) dos pacientes receberam alta por iniciativa médica, após comprovação diagnóstica, dos quais 60,4% (55) eram do sexo masculino e 39,6% (36), evoluíram a óbito 40,6% (65) sendo 60,0% (39) eram

do sexo masculino e 40,0% (26) do sexo feminino, receberam alta à pedido 1,9% (3) do sexo masculino e 0,6% (1) do sexo feminino paciente evadiu-se.

Tabela 7 - Distribuição de pacientes diagnosticados com Câncer de Pulmão, atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, por Tempo de doença e Sexo, no Período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Tempo de doença	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
< 1 ano	69	57,5	51	42,5	120	75,0
1 ano	8	57,1	6	42,9	14	8,8
2 anos	2	66,7	1	33,3	3	1,9
3 anos	2	50,0	2	50,0	4	2,5
S/I	16	84,2	3	15,8	19	11,9
Total	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,2560$)

No que diz respeito ao tempo de doença referido pelos pacientes na admissão 75,0% (120) dos pacientes informaram que estavam com sintomas há menos de 1 ano, dos quais 57,5% (69) eram do sexo masculino; 57,1% (8) eram do sexo masculino e 42,9% (6) do sexo feminino; 57,1% (69) eram do sexo masculino e 42,9% (51) do sexo feminino; 11,9% (19) não tinha informação nos prontuários (S/I).

TABELA 8 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por tempo de permanência e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Tempo- permanência	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
2 - 20	29	65,9	15	34,1	44	27,5
20 - 40	41	60,3	27	39,7	68	42,5
40 - 60	15	53,6	13	46,4	28	17,5
60 -80	5	55,6	4	44,4	9	5,6
80 - 100	2	40,0	3	60,0	5	3,1
> 100	5	83,3	1	16,7	6	3,8
TOTAL	97	60,6	63	39,4	160	100,0

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência; $p = 0,6493$).

O tempo de permanência de dois (2) a vinte (20) dias com total de 27,5% (44), sendo que 65,9% (29) do sexo masculino e 34,1% (15) do sexo feminino. Além disso, se observa que na faixa de 20 a 40 dias houve o tempo de permanência com maior número de pacientes com 42,5% (68) sendo 60,3% (41) do sexo masculino e 39,7% (27) do sexo feminino.

TABELA 9 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão quanto ao fator de risco e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Fator de risco	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Tabagismo	84	52,5	51	31,9	135	84,4
Etilismo	59	36,9	24	15,0	83	51,9
História Familiar de Câncer	13	8,1	8	5,0	21	13,1
Infecções Pulmonares Recorrentes	10	6,3	6	3,8	16	10,0
Tuberculose	6	3,8	10	6,3	16	10,0
Carcinógenos Ocupacionais e Ambientais	4	2,5	1	0,6	5	3,1
S/I	0	0,0	3	1,9	3	1,9

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Teste G de Independência, $p = 0,0510$).

Em relação ao fator de risco o tabagismo destaca-se com 84,4% (135) dos quais 52,5% (84) pacientes do sexo masculino e 31,9% (51) do sexo feminino; seguidos de etilismo com 51,9% (83) dos quais 36,9% (59) do sexo masculino e 15,0% (24) do sexo feminino; história familiar de câncer com 13,1% (21) dos quais 8,1% (13) do sexo masculino e 5,0% (8) do sexo feminino; infecções pulmonares recorrentes e tuberculose, ambos, com 10,0% (16); carcinógenos ocupacionais e ambientais com 3,1% (5) e 1,9% (3) sem informação (S/I).

TABELA 10 - Distribuição de pacientes com câncer de pulmão por sintomatologia e sexo atendido no HUIBB no período de 2010 a 2013. Belém/PA, 2014.

Sintomatologia	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
Dor Torácica	67	41,9	49	30,6	116	72,5
Sintomas Respiratórios	92	57,5	60	37,5	152	95,0
Perda Ponderal	67	41,9	45	28,1	112	70,0
Outros	61	38,1	29	18,1	90	56,3

Fonte: Prontuários de pacientes com câncer de pulmão.

Legenda: $p > 0,05$ (Qui-quadrado de Independência, $p = 0,5067$).

Dentre a sintomatologia destacam-se os sintomas respiratórios que agrupa (tosse, rouquidão, congestão nasal, rinorréia e odinofagia associado à febre ou não) com 95,0% (152) seguidos de dor torácica e 72,5% (116); perda ponderal com 70,0% (112) e outros que agrupa (astenia, anorexia, calafrios, síndrome de veia cava).

Em relação à sintomatologia e tipo de câncer observou-se que 95,0% (152) dos pacientes apresentaram sintomas respiratórios, sendo que 12,5% (20) eram

adenocarcinoma; 30,0% (48) carcinoma; 51,3% (82) neoplasia pulmonar e outros 1,3% (2).

Como vimos, existe registro nos prontuários onde consta exatamente o tipo de neoplasia maligna diagnosticada no paciente, principalmente após o acompanhamento com a oncologia clínica a partir de 2012. E a grande parte dos pacientes anteriores ao funcionamento do serviço de oncologia clínica recebia um diagnóstico genérico tais como neoplasia pulmonar, sendo esta com 55,7% (89) seguido de carcinoma com percentual de 31,2% (50) e posteriormente adenocarcinoma com 13,1% (21). Ressaltamos que o diagnóstico de câncer de pulmão foi confirmado por histopatológico através de broncoscopia.

Num total de 36,3% (58) pacientes receberam como impressão diagnóstica Neoplasia Pulmonar dos quais 3,8% (6) foram Adenocarcinoma, 12,5% (20) Carcinoma, 19,4% (31) Neoplasia Pulmonar e 0,6% (1) Outros.

No que diz respeito à impressão diagnóstica e sexo 17,5% (28) pacientes receberam diagnóstico inicial de derrame pleural, 8,8% (14) em ambos os sexos; DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), 20,6% (33) sendo que 15,6% (25) do sexo masculino e 5,0% (8) do sexo feminino; neoplasia pulmonar com 36,3% (58) sendo que 23,1% (37) do sexo masculino e 13,1% (21) do sexo feminino; em outros 33,8% (54) sendo 22,5% (36) do sexo masculino e 11,3% (18) do sexo feminino; tuberculose 21,3% (34) dos quais 10,6% (17) do sexo masculino e 10,6% (17) do sexo feminino.

6 DISCUSSÃO

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer/2014, o câncer de pulmão continua sendo o de maior incidência com cerca de 420 casos novos e de maior letalidade, devido as dificuldades de diagnóstico precoce.

No Reino Unido o câncer de pulmão é o segundo mais comum dos cânceres, representando assim 13% de todos os casos novos a mesma posição do Brasil.

Os mais recentes dados epidemiológicos mundiais e brasileiros tem demonstrado uma progressiva incidência de pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão sendo associado por comportamento epidemiológico principalmente ao tabagismo. Na presente amostra a distribuição do paciente por sexo apontam uma maior incidência desta neoplasia no sexo masculino e na faixa etária compreendida entre 60 e 70 anos o que é compatível com a literatura mundial (ISMAEL et al, 2010).

Neste trabalho apresentamos os resultados de um estudo de caracterização epidemiológica dos portadores de câncer de pulmão atendidos no hospital universitário de uma população de 263 prontuários a pesquisa foi realizado em uma amostra de 160 pacientes com câncer de pulmão devido ao grande número de prontuários incompletos, não localizado e com outras patologias, gerando algumas limitações. Dados esses que observamos constar em vários outros estudos (WESTPHAL; LIMA; ANDRADE, 2009; SOUZA et al, 2014).

Ao analisarmos a Tabela 1, observa-se maior prevalência do sexo masculino com 97 casos (60,6%), apresentando média de idade de 62,91 anos com idade mínima de 29 e máxima de 93 anos. O que é confirmado com trabalho realizado em Belém do Pará, onde se assemelha à faixa etária masculina apresentada (CARMO et al, 2014).

A incidência de câncer de pulmão no sexo masculino continua estabilizada enquanto que no sexo feminino encontra-se em ascensão, fato observado por vários autores onde acreditam que a mulher; devido características hormonais deve ter maior suscetibilidade (SERAFIM, 2009).

Neste estudo quanto a escolaridade o nível fundamental incompleto obteve maior representatividade com 59,4% (95) dos casos, o que diverge de alguns trabalhos, onde o analfabetismo liderou com 22,2% (65). (SERAFIM, 2009).

Em relação a ocupação/profissão dos casos com risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão, os autônomos e lavradores se destacaram os do sexo masculino com 75% (27) e femininos com 46,7% (14) casos.

Os operários da construção civil e agricultores são os profissionais que têm maior risco de desenvolver câncer por causa de suas profissões. Aos agricultores, o risco está ligado ao acesso a diferentes agrotóxicos, com conteúdos considerados cancerígenos. O Brasil ocupa atualmente o primeiro lugar como consumidor mundial de agrotóxicos (OTERO, 2012)

A população rural constitui o grupo populacional mais diretamente exposto, seja pela ocupação, pela alimentação ou pelo ambiente onde encontra-se incluso os lavradores que neste estudo apresenta uma frequência de 24 casos para o sexo masculino e 8 casos feminino.

No caso dos trabalhadores da construção civil como os pedreiros, pintores, carpinteiros, o risco é aumentado pelo contato diário com agentes químicos provenientes do cimento e das tintas, mais a aspiração da poeira da madeira e de metais pesados (INCA, 2012).

O IARC, 2012 classificou como fator de risco para câncer de pulmão os trabalhadores de pintura, sendo estimado que 0,01% dos cânceres de pulmão na Grã-Bretanha estão ligados a categoria de pintor e 0,02% estão ligados à exposição ocupacional ao escape de motor diesel incluindo a categoria de motorista.

No que diz respeito a procedência, nos anos pesquisados a grande maioria são oriundos da mesorregião metropolitana de Belém com frequência de 60 (57,1%) do sexo masculino e 45 (42,9%) do sexo feminino, que apesar de ser formado pelo menor número de municípios, são os mais populosos bem como a facilidade de acesso aos serviços de saúde na capital.

Na Tabela 8 observamos o maior tempo de permanência dos pacientes no hospital é de 20 à 40 dias e um dos fatores que contribuíram é a demora nos resultados de exames histopatológico e de imagens como Raio X simples e tomografia para comprovação diagnóstica.

A demora para diagnosticar e estadiar a doença contribui para aumentar a angústia do paciente e familiares, retardando o tratamento (KNORST; DEINSTMANN; FAGUNDES, 2006).

Na Tabela 9 o tabagismo destaca-se como principal fator de risco para câncer de pulmão com 84,4% (135) sendo 72,5% (116) ex fumantes; 11,87% (19) fumantes.

Os não fumantes foram num total de 6,87% (11) sujeitos, sendo observado diferenças significativas entre fumantes e ex-fumantes.

Apesar de 80% a 85% dos pacientes acometidos de câncer de pulmão com história de tabagismo apenas 10% a 15% dos mesmos poderão desenvolver câncer de pulmão. Não podemos afirmar com precisão quanto ao método que prevê se fumantes ou ex-fumantes irá desenvolver esta neoplasia (KATHURIA et al, 2014).

Concordando com a literatura mundial o tabagismo é sem dúvida a principal causa do câncer de pulmão. No Reino Unido estima-se que 86% dos cânceres de pulmão estão associados ao tabagismo sendo que 83% ligados ao tabagismo ativo e 3% devido à exposição ambiental à fumaça do tabaco em não fumantes. Resultados que se assemelham aos encontrados nesta pesquisa (IARC, 2014).

As mulheres fumantes podem apresentar maior risco para desenvolver câncer de pulmão do que os homens com igual história de tabagismo. Porém, as taxas de mortalidade associadas a este câncer são mais altas entre os homens (CRAWFORD et al, 2011).

As taxas mais altas de prevalência de tabagismo atinge uma parcela da população com piores condições socioeconômicas e com baixo nível de escolaridade apesar do incontestável sucesso da política de controle do tabagismo no país (WÜNSCH FILHO et al, 2010).

Analisando a sintomatologia observou-se os sintomas respiratórios em evidência com frequência de 152 casos (95,0%), ressaltando-se a dor torácica e perda ponderal obtendo a mesma frequência 67 casos (41,9%) o que é comprovado por outro estudo (KWIATKOSKI; MELO; TAUBE, 2008).

Os estádios avançados diante da comprovação diagnóstica, a desvalorização dos sintomas e a semelhança com outras patologias do sistema respiratório, traduz o retardo no tratamento (MASCARENHAS; LESSA, 2010).

Relacionando a impressão diagnóstica com o tipo histológico do câncer observou-se que houve destaque com frequência de 58 casos (36,3%) foram admitidos como Neoplasia Pulmonar, ressaltando-se que na sua grande maioria as impressões diagnósticas foram camuflados devido ao hospital ainda não ser referência em oncologia e sim referência em pneumologia, porém quando da alta os pacientes saíram com diagnóstico definitivo de câncer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que o diagnóstico precoce é de fundamental importância para a possibilidade de cura do paciente acometido por essa doença. Nesta pesquisa os pacientes que adentraram no hospital apresentavam estágio avançado impossibilitando um tratamento eficaz levando apenas a um tratamento paliativo.

Esta pesquisa sobre o perfil clínico epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém, permitiu analisar 160 prontuários onde houve uma predominância do sexo masculino 60,6% (97) em relação ao sexo feminino 39,4% (63); quanto a faixa etária a média encontrada foi de 62,91% anos sendo a mínima de 29 anos e a máxima de 93 anos de idade; em relação a escolaridade 54,4% (95) tinham ensino fundamental; 67,6% (69) eram casados; a ocupação de autônomo destacou-se com 39,4% (63); quanto a procedência 66,5% (105) eram provenientes da mesorregião metropolitana de Belém, que apesar de ser formada por um número menor de municípios, estes são os mais populosos.

Vale ressaltar que os sintomas respiratórios foi o sintoma mais evidente com 95% (152) do total da amostra destacando-se a dor torácica e a perda ponderal com 41,9% (67). Outro fator importante é o diagnóstico no momento da admissão 36,3% (58) foram diagnosticados com neoplasia pulmonar. Em relação ao fator de risco 84,4% (135) estava relacionado ao tabagismo; 51,9% (83) ao etilismo; 10,0% (16) infecções pulmonares recorrentes e tuberculose; 3,1% (5) carcinógenos ocupacionais e ambientais.

Os resultados obtidos nesta pesquisa reforça a condição de que o câncer de pulmão continua sendo uma das patologias mais frequentes e de maior mortalidade no Brasil e no mundo. Neste contexto podemos inferir que os pacientes com esta patologia que buscaram atendimento no hospital chegaram em estágio muito avançado da doença impossibilitando na maioria dos casos um tratamento eficaz. Outrossim, pelos resultados obtidos pode-se perceber a importância de caracterizar o perfil destes pacientes, para identificar as necessidades inerentes ao perfil pesquisado, e assim proporcionar medidas de prevenção, intervenção e promoção da saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Como limitação da pesquisa destaca-se a dificuldade de localização de alguns prontuários bem com a ausência de registro sobre as condições de saúde, assim como sobre a própria patologia do paciente.

Ressalta-se que é de fundamental importância o registro sobre as queixas dos pacientes nos prontuários pelo fato de dar continuidade no tratamento bem como permitir a avaliação da assistência implementada, além de todas as questões legais pois registros precários comprometem a avaliação da assistência prestada.

Diante disso, evidencia-se a necessidade de investimentos e estratégias na detecção precoce do câncer de pulmão bem como na adoção de medidas educativas que possam sensibilizar a população ao estímulo para cessação ao tabagismo e que a enfermagem diante dessas ações possa contribuir com a diminuição das taxas de mortalidade por câncer de pulmão.

Assim, para que haja uma diminuição do número de casos novos e dos óbitos causado pelo câncer de pulmão, será imprescindível o desenvolvimento de programas eficazes controlando o tabagismo e incentivando as campanhas por uma alimentação saudável à população e assim controlando os fatores de risco, ressaltando que para o sucesso dependerá de envolvimento de toda a sociedade (CARMO et al, 2012) .

Dessa forma, as equipes que desempenham atividades na atenção primária e que tem papel fundamental na promoção da saúde da população deve por meio de novas estratégias sensibilizar os usuários à prevenção específica deste tipo de câncer.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, José Duarte. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v, 21 n.4 dez.. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 14.12.2014.

BAIA, Wânia Regina Mollo.; SANTOS, DDaniela Vivas dos. Assistência de Enfermagem em Oncologia Clínica. In: HOFF, Paulo. **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013. 1375-1376p.

BARROS, João Adriano; VALLADARES, Geraldo; FARIA, Adriane Reichert.; FUGITA, Erika Megumi; RUIZ, Ana Paula.; VIANNA, André Gustavo Daher; TREVISAN, Guilherme Luís; OLIVEIRA, Fabrício Augusto Martinelli de. **Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento**. J Bras Pneumol. v. 32, n. 3, p. 221-7, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.224/2002**, de 5 de dezembro de 2002 – Estabelecer o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2224.htm>>. Acessado em nov. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 de nov. de 2014

CARMO, Christiane Borges dos Santos; SILVA, Rosilene Dias; TEIXEIRA, Renato da Costa. Perfil Epidemiológico de pacientes com câncer de Pulmão em Hospital Público de Referência Oncológica do Estado do Pará. **Revista Paraense de Medicina**. Belém, v. 28, n. 1, jan./mar., 2014. Disponível em: http://www.santacasa.pa.gov.br/data/revista/RPMjan_mar2014.pdf. Acessado em 02 de dez. de .2014.

CARMO, Dilce Rejane Peres do, FONSECA, Grazielle Gorete Portella da; NUNES, Simone; PARCIANELLO, Márcio Kist; ZAMBERLAN, Cláudia. **Dialogando sobre câncer de Pulmão e medidas de prevenção: subsídios para a Enfermagem na promoção da saúde**. Disponível em: <www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6779.pdf>. Acesso em 12 de jan. de 2015.

CRAWFORD, J.; STRICKLER, J. **Lung Cancer. ACP Medicine**. 2011. Disponível em:<http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/5550/cancer_de_pulmao_jeffrey_crawford_john_strickler.htm>. Acessado em 02 de jan. de 2015

FERREIRA, Ilma Pastana. **Estratégia coletiva de enfermeiras para reimplantação do Processo de Enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.31p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>. Acessado em 03 de out. de 2013.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; LEITE, Josete Luzia; MACHADO, William César Alves; MOREIRA, Marléa Chagas; TONINI, Teresa. **Enfermagem Oncológica: Conceitos e Práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009. 92-93p.

FONTELLES, Mauro José. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. Belém: EDUEPA, 2010. 107-109p.

GEIB, Guilherme; ROITHMANN, Sérgio. **Câncer de Pulmão Não Pequenas Células**. In: HOFF, Paul (org.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013.

GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero; SOUZA, Mariana Fernandes; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. **Intervenções de Enfermagem: desatando nós conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2010.

HOEK, Gerard; NIELSEN, Ole Raaschou. **Impact of fine particles in ambient air on lung cancer**. Chin J Cancer, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975185>. Acessado em 10 dez. 2014.

IBIAPINA, Jacira Oliveira, **Oncologia Básica**, Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ªed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer; 2008.

_____. **Atualidades em Tabagismo**. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=2351>. Acessado em 12de jan. de 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativas 2010. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acessado em: 25 de jan. 2012.

_____. Estimativas 2014. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa20122111.pdf>. Acessado em: 25 de fev. 2014.

_____. **Atualidades em Tabagismo**, Disponível em <http://www.Inca.gov.br/tabagismo>. Acessado em: 27 de jul. de 2014.

ISMAEL, Gustavo Fernando V.; CORADAZZI, Ana Lucia; NETO, Francisco A. M.; ABDALLA, Káthia Cristina; MILHOMEM, Patrícia M; OLIVEIRA, Juliana dos S.; MANZONI, Carla; BEATO, Carlos Augusto de M. ; SEGALLA, José Getúlio M. **Aspectos clínicos e histopatológicos em câncer de pulmão: análise dos dados de uma instituição no interior paulista entre 1997 e 2008.** 2010. Disponível em: <sboc.org.br/revista-sboc/polfs/22/artigo14.pdf>. Acessado em: 11 de ago. de 2014.

JUNIOR, Roberto Saad; CARVALHO, Walter Roriz de; NETTO, Manoel Ximenes; FORTE, Vicente. **Cirurgia Torácica Geral.** 2ªed. Atheneu. São Paulo. 2011.

JUSTINO, Eveline Treméa; PRZENYCZKA, Ramone Aparecida; KALINKE, Luciana Puchalski; CAMPOS, Ozana de. **História da Especialização em Enfermagem Oncológica – Modalidade Residência- no Hospital Erasto Gaertner.** Cienc Cuid Saude, v. 9, n. 1, Jan/Mar. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8432>>. Acessado em: 15 de ago de .2014.

KATHURIA, Hasmeena; GESTHALTER, Yaron; SPIRA, Avrum; BRODY, Jerome S.; STEILING, Katrina. **Updates and Controversies in the Rapidly Evolving Field of Lung Cancer Screening, Early Detection, and Chemoprevention.** Cancers, v. 6, n. 2, 2014. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074822/pdf/cancers-06-01157.pdf>>. Acessado em: 27 de dez. de 2014.

KNORST, Marli Maria; DIENSTMANN, Rodrigo; FAGUNDES, Luciane Pankowski. **Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão.** J. Pneumologia. São Paulo, v. 29, n. 6, Nov./dez. 2003. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acessado em: 10 de jan. de 2015.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica.** Saúde Coletiva. V.4, N. 17, 2007, p.135-140. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/173863/mod_resource/content/1/Envelhecimento%20no%20Brasil.%20Transi%C3%A7%C3%A3o%20demografica%20e%20epidemiologica.pdf>. Acessado em: 15 jan. 2013.

NERY, Luiz Eduardo; FERNANDES, Ana Luisa Godoy; PERFEITO, João Aléssio Juliano. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp. Pneumologia.** Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

NEUGUT, Alfred I. **Epidemiologia e prevenção do câncer.**

2007. Disponível em <[http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/4652/epidemiologia_e_prevenção do câncer](http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/4652/epidemiologia_e_prevenção_do_câncer)>. Acessado em: 11 de jan. de 2013.

OTERO, Ubirani. **Diretrizes para a Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho.** 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/diretrizes_cancer_trabalho.pdf>. Acessado em: 17 de dez. de 2014.

PREARO, Camila; GONÇALVES, Lívia de Souza; VINHANDO, Marina Botelho; MENEZES, Sarita Lopes. **Percepção do enfermeiro sobre o cuidado prestado aos pacientes portadores de neoplasia.** Arq Ciênc Saúde, v. 18, n. 1, p. 20-7, jan./mar 2011.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. **Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir.** Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo, v. 56, n. 4, 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05. Acessado em: 25 jan. 2012.

ROSA, Luciana Martins da. **O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer,** Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007. 18.p.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento. Bases da Oncologia: O Câncer e Meio Ambiente. In: HOFF, Paul. **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Atheneu, 2013. 11-114.p.

SANTINHO, Carolina Sampieri; ALVES, Cristina Alves. **Bases da Oncologia: Epidemiologia do Câncer.** In: FONSECA, Selma Montosa da; PEREIRA, Sonia Regina. **Enfermagem em Oncologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2013. 16.p.

SERAFIM, Edilma Casimiro Gomes, **A transição dos tipos histológicos do Câncer de Pulmão em Fortaleza-Ceará.** Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

SILVA, Luiz Antonio Santini Rodrigues da. **Tratado de Oncologia. Seção I Bases da Oncologia. Biologia do câncer: O Controle do Câncer no Brasil.** São Paulo: Atheneu, 2013.105p.

SILVA, Rita de Cássia Veloso da; CRUZ, Enêde Andrade da. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: Reflexão teórica sobre as dimensões sociais.** Escola Anna Nery, v. 15, n. 1, p. 180 – 185, jan./mar 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100025&script=sci_arttext. Acessado em: 25 de jan. 2012.

SOUZA, Mirian Carvalho de; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; REBELO, Marise 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.** Revista Brasileira Epidemiologia, v. 17, n. 1, p. 175-188, jan./mar. 2014. Disponível em http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00175.pdf. Acesso em: 10 dez. 2014.

SOUSA, Daniele Martins; SOARES, Erida de Oliveira; COSTA, Kamyly Maria de Souza; PACÍFICO, Alexandra Lílian de Carvalho; PARENTE, Adriana da Cunha Menezes. **A vivência da Enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes Oncológicos.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 41-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05>. Acessado em 11 de dez. 2014.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. **Vivências de uma equipe de Enfermagem nos cuidados a pacientes com câncer.** Cogitare Enfermagem. v. 13, n. 1, p. 75-82, Jan/Mar 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11955/8436>. Acessado em: 25 de jan. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto, **Relatório Anual**, Belém, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. **Resolução Nº 652 de 15 de setembro de 2008.** Regimento do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Belém, Pa, 2008. Disponível em www.portal.ufpa.br/docsege/652.pdf. Acessado em 15 de dez. 2014. .

WESTPHAL, Fernando Luiz; LIMA, Luis Carlos de; ANDRADE, Edson Oliveira. Características de pacientes com câncer de pulmão na cidade de Manaus. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** V. 35, n. 2, p. 157-163 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S18067132009000200009&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 24.fev..2013.

WORLD HEALTH ORGANISATION. WHO **global report: mortality attributable to tobacco.** Genebra: WHO; 2013.

WÜNSCH FILHO, Victor; MIRRA, Antonio Pedro; LÓPEZ, Rossana V. Mendoza; ANTUNES, Leopoldo F., **Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas,** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v.13, n. 2, June 2010. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000200001. Acesso em: 27.jan.2013.

ZAMBONI, Mauro. **Epidemiologia do câncer do pulmão.** J. Pneumol. São Paulo, v. 28, n. 1, Jan./Fev. 2002. Disponível em www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n1/a08v28n1.pdf. Acesso em 28 jul.2014.

ZUKIN, Mauro; DIENSTMANN, Rodrigo; ARAÚJO, Luiz Henrique de Lima. **Tumores Sólidos: Biologia molecular do câncer de pulmão.** In: HOFF, Paulo. **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Atheneu, 2013. 1531-1532.p.

APÊNDICES

APÊNDICE - A

FORMULÁRIO

I DADOS DEMOGRÁFICOS:
1. Matrícula: _____ CÓDIGO: _____
2. End.: _____
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
4. Datado Nascimento: ____/____/____ 5. Idade: _____
6. Procedência: _____
7. Faixa Etária:
1) <input type="checkbox"/> 18 a <30; 2) <input type="checkbox"/> 30 a <40; 3) <input type="checkbox"/> 40 a <50; 4) <input type="checkbox"/> 50 a <60; 5) <input type="checkbox"/> 60 a 70; 6) <input type="checkbox"/> ≥70.
II. CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÔMICAS E ESTILO DE VIDA:
1. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável:
2. Profissão: _____ 3. Ocupação: _____
4. Antecedentes Familiares: _____
5. Escolaridade:
<input type="checkbox"/> Não Alfabetizado ; <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto ; <input type="checkbox"/> Fundamental completo; <input type="checkbox"/> Médio incompleto ; <input type="checkbox"/> Médio completo; <input type="checkbox"/> Superior incompleto ; <input type="checkbox"/> Superior completo.
6. Etilista: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.
7. Tabagismo: <input type="checkbox"/> Ex-fumante; <input type="checkbox"/> Fumante; <input type="checkbox"/> Nunca fumou. Quantos: _____
III. FATORES DE RISCO:
<input type="checkbox"/> Tabagismo; <input type="checkbox"/> Tabagismo passivo; <input type="checkbox"/> Poluição atmosférica; <input type="checkbox"/> exposição a carcinógenos ocupacionais e ambientais: Qual? _____
<input type="checkbox"/> Infecções pulmonares recorrentes; <input type="checkbox"/> Tuberculose; <input type="checkbox"/> História Familiar; <input type="checkbox"/> Fatores genéticos.
IV. DADOS CLÍNICOS:
7. Data Admissão: ____/____/____ Data Diagnóstico: ____/____/____ TipodeAlta _____
8. Impressão Diagnóstica: _____
9. Diagnóstico/Localização: _____
10. Tipo de câncer de pulmão: _____
11. Sintomatologia referida: <input type="checkbox"/> dor torácica; <input type="checkbox"/> tosse; <input type="checkbox"/> dispnéia; <input type="checkbox"/> febre; <input type="checkbox"/> Perda ponderal; <input type="checkbox"/> hemoptise; <input type="checkbox"/> astenia; <input type="checkbox"/> anorexia; <input type="checkbox"/> outras queixas. Tempo da doença: _____
12. Tratamento: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Referenciado; <input type="checkbox"/> Qual: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Enfermeiras pesquisadoras, Helena Cecília Branches Soares com o COREN-PA 17201(fone: 96270327) e Mary Elizabeth de Santana COREN-PA 31871 (fone: 32490236), convidamos-lhe a participar da pesquisa intitulada **“Caracterização epidemiológica dos portadores de câncer de pulmão atendidos no hospital universitário”**, que será desenvolvida no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) Universidade Federal do Pará. O objetivo da pesquisa consiste em analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de pulmão atendido no HUJBB. A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um formulário elaborado pelas pesquisadoras, o qual contempla tópicos relacionados aos aspectos sócio-demográficos a partir de análise do seu prontuário. Não haverá riscos para os participantes, haja vista que não ocorrerá coleta de material biológico e nem implicações psicológicas, morais e físicas, uma vez que serão respeitados todos os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos, sendo respeitada a sua privacidade e autonomia para participar ou não da mesma. Não é obrigatória sua participação na pesquisa, você poderá a qualquer momento deixar de participar dela se assim o desejar, sem prejuízo algum a sua pessoa. Os benefícios para os pacientes são indiretos, pois os resultados servirão como fundamento para uma qualificada assistência de enfermagem. Os dados utilizados na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sendo-lhe garantido total sigilo dos seus dados pessoais. Qualquer dúvida quanto à pesquisa entre contato com as pesquisadoras. Pesquisadora principal Helena Branches que pode ser encontrada no Hospital Universitário João de Barros Barreto, fone (91) 96270327 e quanto a dúvidas ética sobre a pesquisa pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, no endereço Rua dos Mundurucus, 4487. 1º andar. Fone: 3201 6754.

Declaro que li as informações acima e me sinto perfeitamente esclarecido (a) acerca da finalidade da pesquisa, assim como seus riscos e benefícios, o procedimento a ser realizado as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa.

_____ Belém: ____/____/____
Paciente e/ou Responsável Responsável pelo DAME

_____ Belém: ____/____/____
Helena Cecília Branches Soares Mary Elizabeth de Santana