



**Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira  
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS**

**PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO TRATADOS NO  
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA - IMIP**

Cecília Franca de Britto Leite

Felipe Silva Fragoso

Gabriela Lucena Melo de Souza

Matheus Mendes

Discentes do 6º período de Medicina - Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Orientador: Dr. Guilherme Jorge Costa

Recife, agosto de 2015

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar o perfil dos pacientes com câncer de pulmão e o intervalo de tempo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico e, entre o diagnóstico e o início do tratamento. **Método:** Estudo de coorte retrospectiva envolvendo pacientes tratados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Centro de Alta Complexidade em atendimento em oncologia em Pernambuco, durante o período de 2007 a 2014. Foram incluídos aqueles com diagnóstico estabelecido por biópsia e cujos prontuários tivessem os principais dados solicitados em formulário de pesquisa. Foram obtidos dados demográficos, sintomas iniciais, diagnóstico e estadiamento do câncer e tratamento. **Resultados:** Dos 109 pacientes estudados, a maioria era do sexo masculino, com idade entre 50 e 80 anos, tabagistas. O tipo histológico mais encontrado foi o adenocarcinoma (47,7%). A mediana do tempo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico foi 2,7 meses e entre o diagnóstico e o início do tratamento foi 1,3 meses. **Conclusão:** Observamos que o perfil demográfico dos pacientes em nosso meio está de acordo com os estudos realizados em outras regiões do país. Constatamos um tempo prolongado para o diagnóstico e para início do tratamento quando comparados com os países desenvolvidos, porém ressaltamos que a mediana está de acordo com a legislação brasileira.

Palavras-chave: neoplasias pulmonares; quimioterapia; radioterapia.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the characteristics of the patients with lung cancer and the period of time between the firsts symptoms and the diagnosis and between the diagnosis and the beginning of the treatment. **Methods:** Retrospective cohort study involving patients treated in Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Center of high

complexity in oncology services in Pernambuco, over the years of 2007 until 2014. Were included in the study those who had diagnosis by biopsy and whose charts had the main informations requested in the search form. Were collected demographic characteristics, informations about their symptoms, diagnosis, staging of the cancer and the treatment. **Results:** Of the 109 patients analyzed, most of them were males, with ages between 50 and 80 years old and smokers. The most founded histological type was adenocarcinoma (47,7%). The median time between the firsts symptoms and the diagnosis was 2,7 months and between the diagnosis and the beginning of the treatment was 1,3 months. **Conclusion:** We observed that the demographic profile of the patients in our environment is consistent with other studies made in other regions the country. We noted a extended time between the diagnosis and the beginning of the treatment when compared with developed countries, but we emphasize that the median is according to the Brazilian legislation.

**Key-words:** lung cancer, chemotherapy, radiotherapy.

## **INTRODUÇÃO:**

O câncer de pulmão é a neoplasia maligna responsável pelo maior número de mortes por câncer em todo o mundo<sup>1</sup>. Há um maior conhecimento a respeito do perfil epidemiológico desta enfermidade nos países desenvolvidos, constatando-se, em média, 240.000 pacientes diagnosticados no ano de 2010<sup>2</sup>. Paralelo a isso, há uma carência de dados no que diz respeito aos países em desenvolvimento. Mais especificamente no Brasil, onde o câncer de pulmão representa a quarta neoplasia maligna de maior incidência, sendo, porém, a maior responsável pelo número de mortes<sup>3</sup>, as informações, além de escassas, se concentram no perfil de populações localizadas nas regiões mais desenvolvidas do país, com índices econômicos e sociais mais elevados<sup>9,10</sup>. Tal realidade torna extremamente relevante a busca por dados sobre este tema.

No estudo a respeito do câncer de pulmão, faz-se necessário uma análise de duas variáveis importantes: a taxa de incidência e a taxa de mortalidade. O aumento da incidência desta neoplasia no mundo possui estreita relação com o hábito tabágico. No que diz respeito aos países desenvolvidos, houve uma diminuição no consumo de cigarro, enquanto que, nos países em desenvolvimento, observou-se um crescimento no número de tabagistas. Apesar dos esforços de agências governamentais em políticas de restrição da propaganda e comercialização de cigarros<sup>4,5</sup>, especificamente no Brasil, ainda se constata que 16% da população adulta faz uso do tabaco. Enquanto isso, a taxa de mortalidade se relaciona com a presença de metástase. A ausência da mesma representa uma melhor sobrevida e possibilita o tratamento cirúrgico, porém, a maioria dos pacientes com câncer pulmonar já se encontra em fases avançadas no momento de diagnóstico<sup>6</sup>. Esse fato se atribui a ausência de métodos de rastreamento efetivos<sup>7</sup> e acessíveis<sup>8</sup>, ocasionando assim, uma alta mortalidade.

Este estudo tem por objetivo identificar o perfil demográfico da população de pacientes portadores de câncer de pulmão tratados no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Além disso, estabelecer o tempo decorrido desde o início dos sintomas até o estabelecimento do diagnóstico histopatológico desta neoplasia e o período desde o último até o início do tratamento oncológico.

## **MÉTODOS**

Estudo do tipo coorte histórico envolvendo pacientes cadastrados no Ambulatório de Oncologia Clínica e Ambulatório de Cirurgia Torácica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, em Recife, Pernambuco no período de 2007 até 2014. A pesquisa foi realizada através da verificação de dados provenientes dos prontuários armazenados no Serviço de Arquivo Médico. Excluídos os registros de pacientes duplicados e aqueles que possuíam diagnóstico aleatório, foram incluídos no estudo os pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão confirmado pela biópsia e tratados na instituição cumprindo, assim, os critérios de elegibilidade. A coleta de dados foi realizada pelo preenchimento de ficha de pesquisa desenvolvida para o estudo que abrangeu variáveis demográficas (idade, sexo, estado civil, cor/etnia, procedência), variáveis clínicas e laboratoriais relacionadas com o diagnóstico oncológico (sintomas iniciais, comorbidades, tabagismo, performance status de acordo com a Escala de Zubrod – ECOG, procedimento utilizado para biópsia, tipo histológico do tumor, estadiamento de acordo com IASLC, sítio de metástase), tratamento instituído (quimioterapia, radioterapia, cirurgia) e evolução clínica (internações, progressão da doença e óbito). Foi calculado, em meses, o tempo decorrido entre o início dos sintomas até o diagnóstico (dia da biópsia) e entre o diagnóstico e tratamento.

Os dados foram armazenados em planilha Excel e a análise efetuada com o programa Epi Info versão 3.5.4. Na análise descritiva, para as variáveis contínuas foram realizadas medidas de dispersão e de tendência central entre elas a média e o desvio padrão, a mediana e o intervalo interquartil. Os dados categóricos foram descritos como percentagem do total.

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número 3600-13 e foi concedido dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS**

Foram analisados 1.663 prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Oncologia e/ou no Ambulatório de Cirurgia Torácica do IMIP. Excluídas as duplicatas e os que possuíam diagnóstico aleatório, 277 pacientes apresentavam diagnóstico de câncer de pulmão confirmado pela biópsia. Destes, 168 (60,6%) pacientes foram considerados como perda por não preencheram todos os critérios de elegibilidade. A amostra foi então constituída de 109 pacientes, a maioria (82; 75,2 %) do sexo masculino com mediana da idade de 61 anos (Tabela 1). A maior parte (44; 40,4%) destes pacientes habitavam a Região Metropolitana do Recife.

As queixas e quadro clínico apresentados pelos pacientes antes do início do tratamento oncológico incluiu o relato de sinais e sintomas inespecíficos (febre, anorexia, perda de peso) e específicos de neoplasia pulmonar (hemoptise, dispneia, dor óssea, dor torácica, tosse). A tosse foi o sintoma mais frequente (59,8%), seguida de perda de peso (54,2%), dispneia (49,5%), dor torácica (40,2%) e hemoptise (18,7%).

Em relação ao hábito tabágico, houve a prevalência de ex tabagistas (48), seguida de tabagistas atuais (45) e, por último, pacientes nunca fumantes (15). Nesta amostra 81 (%) dos pacientes apresentaram, ao menos, uma comorbidade.

Na análise das variáveis oncológicas, foi observado que 99 (91,7%) pacientes apresentaram ECOG de 0 a 2 na primeira consulta com especialista. Embora não tenha sido possível concluir o estadiamento em 9 participantes, evidenciou-se que a maior parte deles (61,4%) encontrava-se no estadio IV (67).

O método mais utilizado para biópsia foi a broncoscopia (60), seguido de punção por tomografia computadorizada (25), biópsia pleural (14), linfonodo (4), toracotomia (4) e VASP (1). Em relação ao tipo histológico, o adenocarcinoma (52) foi o mais encontrado seguido do carcinoma espinocelular (35), indiferenciado (12) e carcinoma de pequenas células (8).

O tratamento instituído foi exclusivamente quimioterapia (94), radioterapia (43) e cirurgia (6). Também foi observado tratamento quimioterapia associada à radioterapia (38) ou à cirurgia (4), cirurgia e radioterapia (3) e finalmente cirurgia, quimioterapia e radioterapia (3).

Constatou-se que a mediana de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi 2,7 meses (tabela 2). A mediana entre o diagnóstico e o tratamento foi 1,3 meses e para os pacientes cujo óbito está documentado no prontuário, a mediana do tempo para o óbito foi 9,4 meses. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias destes tempos de acordo com o local de procedência (Recife, Região Metropolitana do Recife e Interior de Pernambuco).

## **DISCUSSÃO**

Ao longo do estudo, foi possível observar que a maior parte dos indivíduos acometidos pelo câncer de pulmão é do sexo masculino com a variação das idades entre 50 e 80 anos, e tabagistas. Este dado reforça o conhecimento de que a maioria dos fumantes é do sexo masculino, fato que contribui para que a neoplasia de pulmão seja mais evidente neste gênero<sup>13</sup>. Além disso, as mulheres apresentaram uma sensibilidade maior ao fumo passivo, fato importante para justificar o quadro oncológico neste gênero apesar de não fazer uso do tabaco de forma direta (vide gráfico). Dados semelhantes também foram constatados na análise realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná<sup>14</sup>.

Apesar das dificuldades individuais apresentadas pelos pacientes, tais como a possível ausência de transporte e pouca renda, além da complexidade de análise da biópsia por punção e a política interna de cada hospital para o tempo de liberação do laudo, não houve diferença estatística significativa na comparação dos tempos entre os sintomas iniciais e o diagnóstico com as respectivas procedências. Além disso, alguns outros fatores, como um grau de instrução, característica mais possivelmente encontrada nessa amostra, também não pareceu ser relevante na determinação deste intervalo de tempo. E, por fim, a gravidade da patologia ou o quadro estável no momento do diagnóstico, este último verificado pelo ECOG dos pacientes da amostra, que, na sua maioria, estava entre zero e dois também não pareceu contribuir para prolongar os intervalos de tempo já citados.

Também foi constatado que, mesmo havendo a possibilidade de encaminhamento dos pacientes do interior depois de uma triagem inicial na sua cidade de origem, vindo para a capital já com um suposto quadro oncológico, não houve

diferença estatisticamente significativa ao comparar os tempos entre os sintomas iniciais e o diagnóstico oncológico com os pacientes da RMR. Estes últimos costumam passar inicialmente por médicos generalistas, até mesmo nos ambulatórios, para que, somente depois disso cheguem a ser encaminhados para médicos oncologistas. Apesar disso, não foi observado um maior intervalo de tempo para alcançar o diagnóstico anatomopatológico por esta amostra.

Na tentativa de comparar a análise do intervalo de tempo entre o diagnóstico e a adesão ao tratamento do presente estudo, observou-se que a mediana deste intervalo na pesquisa realizada em pacientes do Centro Regional de Câncer, em Ontário, no ano de 2011, foi de 0,3 meses<sup>15</sup>. Este número mostra a diferença significativa do mais rápido acesso ao tratamento em Ontário, quando comparado com a amostra selecionada na instituição de escolha. Apesar disto, a última está de acordo com a lei 12732, que estabelece um prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento após a obtenção do diagnóstico oncológico.

Em conclusão, a distância da procedência do paciente à instituição não é o principal determinante na acessibilidade ao diagnóstico e tratamento. Outros fatores, como, por exemplo, o nível educacional, financeiro e as normas estabelecidas por cada instituição podem contribuir de maneira significativa para que os intervalos de tempo discutidos sejam os menores possíveis. Além disso, também é possível constatar que, apesar das diversas dificuldades relatadas, a instituição em análise se mostrou eficiente em obter o diagnóstico anatomopatológico antes do prazo aceitável por lei. Tal realidade é de fundamental importância para um tratamento precoce e, conseqüentemente, uma maior probabilidade de qualidade de vida para o paciente pós tratamento no IMIP.

## REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization. World cancer report 2008. 2008; 5.10:390-4.
- 2- Dela Cruz CS, TanoueLT, Matthay R. Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. ClinChest Med. 2011;32(4): 605–44.
- 3- Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012- Incidência de câncer no Brasil. 2011:37-8.
- 4- de Lima RCA, Takahashi TK, Mak MP, Feher O, dos Anjos CH, Teixeira CHA, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de pulmão tratados no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2013;8:38-42.
- 5- Araújo LHL, Baldotto CS, Helal CRP, Salem JH, de Almeida NA, Matias CC, et al. Registro de câncer de pulmão de células não pequenas ao longo de 12 anos em uma clínica privada brasileira: dados do mundo real. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2013;8:73-78.
- 6- Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Costa e Silva VL. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. J BrasPneumol. 2010;36(1):75-83 .
- 7- Godoy I. Prevalência do tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no ano do pulmão. J BrasPneumol. 2010;36(1):4-5.
- 8- Salomaa ER, Sällinen S, Hiekkanen H, Liippo K. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer.Chest.2005;128(4):2282-8.
- 9- Midthun DE. Screening for lung cancer. Clin Chest Med. 2011;32:659-68.

- 10- National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011;365(5):395-409.
- 11- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5:649-655, 1982.
- 12- The new lung câncer staging system, *Chest* jul; 136 (1); 260-271, 2010
- 13- INCA. Prevalência de tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. 2004 [acesso em:14 ago 2014].  
Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco\\_inquerito\\_nacional\\_070504.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf)
- 14- Barros JA, Valadares G, Faria AR, Fugita EM, Ruiz AP, DaherAG, Vianna, Trevisan GL, Oliveira FAM. Diagnóstico precoce do cancer de pulmão: O grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J Bras Pneumol*. 2006;32(3):221-7
- 15- Ellis PM, Vandermeer R. Delays in the diagnosis of lung cancer. *J Thorac Dis* 2011;3(3):183-188.

TABELA 1 - Distribuição de frequência das variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais relacionadas com o diagnóstico dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar. Recife, Pernambuco, Brasil, 2007-2014.

	Frequência	
	absoluta n	relativa %
Características sócio demográficas		
• Idade (mediana, Intervalo Inter Quartil)	(61; 54-69)	
• Sexo		
✓ Feminino	27	24,7
✓ Masculino	82	75,2
• Procedência		
✓ Recife	38	34,9
✓ Região Metropolitana exceto Recife	44	40,4
✓ Interior do estado de Pernambuco	27	24,8
Características clínicas		
• Sintomas iniciais		
✓ Febre	11	10,3
✓ Anorexia	15	14,0
✓ Perda de peso	58	54,2
✓ Tosse	64	59,8
✓ Dispneia	53	49,5
✓ Hemoptise	20	18,7
✓ Dor torácica	43	40,2
✓ Dor óssea	5	4,7
• Tabagismo		
✓ Tabagista atual	45	41,7
✓ Ex- tabagista	48	44,4
✓ Nunca fumante	15	13,9
• Comorbidades	81	74,3
Características do tumor de pulmão		
• ECOG* 0-2	99	91,7
• Estadiamento**		
✓ I – II	7	6,4
✓ III	26	23,8
✓ IV	67	61,4
✓ Desconhecido	9	8,2
• Método de biópsia		
✓ Punção por Tomografia Computadorizada	25	23,1
✓ Broncoscopia	60	55,6
✓ Linfonodo	4	3,7
✓ Biópsia pleural	14	13,0
✓ Toracotomia	4	3,7
✓ Cirurgia por toracoscopia (VATS)	1	0,9
• Tipo Histológico		
✓ Adenocarcinoma	52	47,7
✓ Carcinoma Espino Celular	35	32,1
✓ Carcinoma de pequenas células	8	7,3
✓ Indiferenciado	12	11,0
• Tratamento		
✓ Cirurgia	6	5,5
✓ Radioterapia	43	39,4
✓ Quimioterapia	94	86,2
✓ Quimioterapia e Radioterapia	38	34,8
✓ Quimioterapia e cirurgia	4	3,6
✓ Cirurgia e Radioterapia	3	2,7
✓ Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia	3	2,7

TABELA 2- Distribuição dos intervalos de tempo desde o início dos sintomas e a confirmação do diagnóstico pela biópsia e deste último ao início do tratamento, de acordo com a procedência dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar. Recife, Pernambuco, Brasil, 2007-2014.

Intervalo de tempo *	Geral	Recife	RMR	Interior
Sintomas ao diagnóstico	2,7 (1,5 – 4,9)	2,1(1,0-4,1)	2,9 (2,0-5,4)	2,3 (1,3-3,8)
Diagnóstico ao tratamento	1,3 (0,7-2,2)	1,2 (0,6-2,2)	1,4 (0,8-2,2)	1,3 (0,7-2,7)

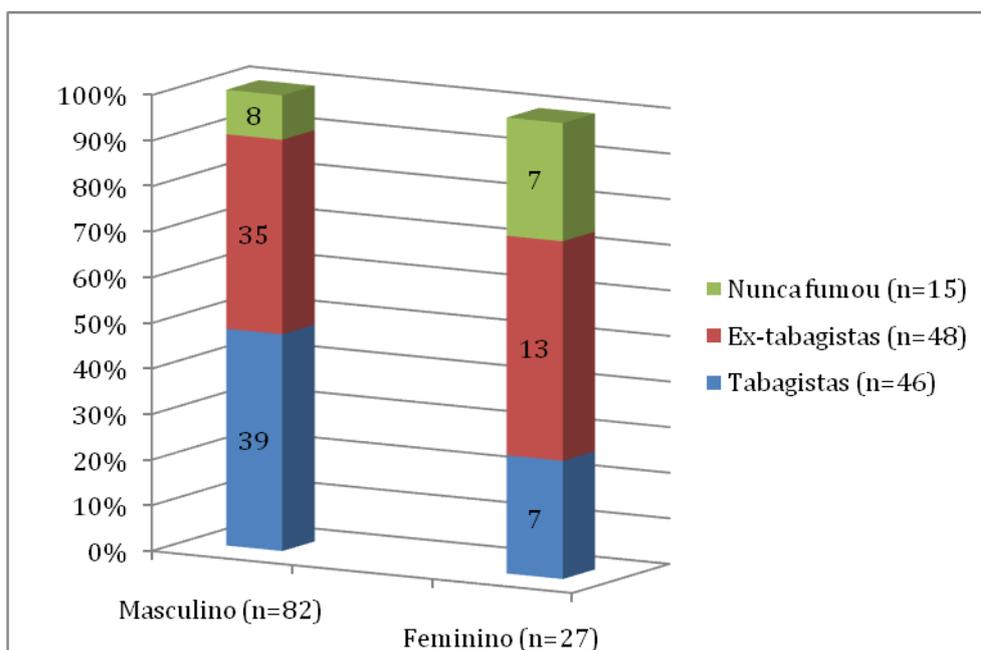
\*mediana e intervalo interquartil em meses

TABELA 3 - Distribuição da carga tabágica em relação ao sexo dos pacientes com neoplasia pulmonar. Recife, Pernambuco, Brasil, 2007 - 2014.

Sexo	Carga Tabágica *
Feminino	41 (30 - 73,5)
Masculino	50 (35 - 79)

\* mediana e intervalo interquartil em anos-maço.

FIGURA 1 - Distribuição do hábito tabágico em relação ao sexo dos pacientes com neoplasia pulmonar. Recife, Pernambuco, Brasil, 2007-2014.



**FIGURA 2 – Curva de sobrevida da amostra dos pacientes com câncer de pulmão analisada. Recife, Pernambuco, Brasil, 2007-2014.**

