

CÂNCER DE PULMÃO: UM ESTUDO QUANTITATIVO E CONSIDERAÇÕES PARA A ENFERMAGEM*

Danielle Ritter Kwiatkoski**, Virte Lasari Melo***, Samanta Andrine Marschall Taube****

RESUMO: Objetivo: conhecer o perfil dos portadores de câncer de pulmão de uma clínica especializada e identificar os sintomas mais frequentes, enfatizando aspectos relevantes na prestação dos cuidados de enfermagem. Metodologia: estudo quantitativo, do tipo descritivo e documental que utilizou 2173 prontuários. Resultados: os dados mostram que o número de casos foi prevalente no sexo feminino (54%), faixa etária entre 60-69 anos (38%), em tabagistas (52%), fumantes de 1/2 a 1 carteira/dia (22%), que o carcinoma de pulmão não de pequenas células apareceu em (70%) dos casos e que o abandono do tratamento é alto (46%) apesar de todos os pacientes manifestarem sintomas, sendo os principais: dor torácica (18%), tosse (44%), dispnéia (32%), emagrecimento (38%) e febre (10%). Considerações finais: estudo que permitiu confirmar a mudança no perfil da doença, que a sintomatologia está presente na maioria dos casos e que a enfermagem tem papel fundamental no manejo dos cuidados paliativos.

PALAVRAS CHAVE: câncer, pulmão, enfermagem, prevenção, cuidados, sintomas.

* Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE, Ponta Grossa, 2008.

** Enfermeira. Graduação pelo Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais.

***Enfermeira MSc. Professora Adjunta ao Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais.

****Enfermeira MSc. Professora Adjunta ao Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais e UFPR.

Autor correspondente:

Danielle Ritter Kwiatkoski

Av. Eng.º Ernani Batista Rosas, 2086- 84015-150-Ponta Grossa –PR

E- mail: dani_kwk@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No mundo, o câncer de pulmão é uma patologia que acomete um grande número de pessoas, constituindo-se como a principal causa de morte entre todos os tipos de cânceres. É a neoplasia que apresenta maior letalidade, devido ao seu diagnóstico que geralmente é tardio, o que impossibilita um tratamento curativo⁽¹⁾.

Entre os diversos fatores de risco para o câncer de pulmão, o hábito de fumar encontra-se como o principal. Além do fumo, causas ocupacionais como a exposição ao asbesto e outras fibras minerais; sílica, cromo, níquel e arsênico também são citadas, além dos fatores ambientais, fatores relacionados com o hospedeiro e a contribuição da genética⁽¹⁾.

Em países com adequada estatística, como os EUA, o número de mortes é maior que a soma da mortalidade entre os três cânceres mais frequentes seguintes: cólon (48.000), próstata (30.200) e mama (40.000). A doença atinge 32% e 25% do total de óbitos por cânceres entre homens e mulheres, respectivamente. No Brasil, sua incidência é de 28.000 casos por ano e a mortalidade chega a 16.230. Nos EUA este valor é de 172.570 casos por ano e 167.510 mortes por ano^(2,3).

O tratamento cirúrgico permanece como a opção terapêutica relacionada à melhor sobrevida em pacientes corretamente estadiados, sendo a lobectomia a ressecção mais frequentemente realizada. Lamentavelmente, dois terços dos casos são descobertos apenas na fase avançada da doença, sendo, portanto, inoperáveis^(4,2).

A grande maioria dos pacientes submete-se a tratamentos paliativos como quimioterapia e radioterapia. Apesar do desenvolvimento de novas drogas, a sobrevida em cinco anos permanece baixa, entre 10% e 15%⁽²⁾.

Entre 1980 e 1990, a incidência desta neoplasia quintuplicou entre as mulheres, mantendo-se estável com tendência ao declínio entre os homens⁽⁴⁾. Registros na literatura estimam que o câncer do pulmão é no momento, a 10ª causa mais comum de morte em todo o mundo, respondendo por aproximadamente um milhão de óbitos/ano. Calculam, ainda que em 2020 o câncer de pulmão alcançará a 5ª posição⁽⁵⁾.

Considerado doença crônica de dimensões nacionais e internacionais ⁽⁶⁾, o câncer de pulmão é uma das neoplasias que mais incapacita o paciente. Zukin⁽⁷⁾, afirma que a grande maioria dos pacientes com um tumor maligno de pulmão vai necessitar de cuidados paliativos constantes, para melhor controle de seus sintomas, acrescenta ainda que, este controle está diretamente relacionado à qualidade de vida que esse paciente apresentará durante o período de vida remanescente, seja ele curto ou não.

Corroborando com esse autor, Smeltzer e Bare ⁽⁸⁾, evidenciam que enquanto algumas pessoas com problemas de saúde vivem de forma independente e levam vidas normais com pequenos desconfortos outras necessitam de monitorização contínua.

Nesse contexto, o gerenciamento de todas as condições crônicas é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo inteiro⁽⁹⁾, e a enfermeira (o) tem papel fundamental no cuidado a estes pacientes com doenças crônicas, pois estes requerem cuidados técnico-científicos permanentes e integrais⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, essa pesquisa buscou conhecer o perfil dos pacientes com câncer de pulmão de uma clínica especializada, a fim de contribuir no planejamento de ações que busquem a prevenção desta doença, além de identificar os sintomas mais frequentes em portadores desta neoplasia, enfatizando aspectos relevantes na prestação dos cuidados de enfermagem.

2 CÂNCER DE PULMÃO

Em diferentes literaturas médicas os termos carcinoma brônquico, câncer brônquico e câncer de pulmão têm sido empregados como sinônimos, e se referem a um tipo maligno de tumor caracterizado pela transformação epitelial de células nas vias aéreas traqueobrônquicas, em resposta a estímulos carcinogênicos, proliferando de modo anormal e invasivo.

A classificação da neoplasia pulmonar vem sendo modificada e atualizada pela Organização Mundial de Saúde e atualmente inclui mais de 20 tipos histológicos diferentes. No entanto, há consenso na literatura que o tumor maligno de pulmão é dividido em dois grandes tipos: carcinoma de pulmão não de pequenas células (CPNPC) e carcinoma de pulmão de pequenas células (CPPC). O CPNPC é ainda dividido em três subtipos: carcinoma de células escamosas, o mesmo escamoso ou epidermóide; o adenocarcinoma e o carcinoma de grandes células^(11,12).

Entre todos os tumores malignos primitivos que ocorrem no trato respiratório inferior, o câncer de pulmão representa cerca de 85-90%, sendo atualmente o responsável por aproximadamente 30% do número de óbitos causados por doenças malignas no ser humano, apresentando-se como a mais letal das neoplasias para homens e mulheres⁽¹²⁾.

Sua incidência se verifica em indivíduos em torno dos 60 anos de idade, sendo incomum antes dos 40 e raro abaixo dos 30 anos. Em nosso meio sua incidência é

maior entre os homens, na ordem de 4 para 1; entretanto, em algumas localidades, a diferença entre homens e mulheres não é tão notável ou quase já não existe⁽¹²⁾.

Atualmente o número de casos novos tem se mostrado mais lento entre os homens, mas mais rápido entre as mulheres, nas quais já é possível verificar maior susceptibilidade aos agentes carcinogênicos do fumo, com uma razão de 1,5 em relação aos homens^(5,12).

O diagnóstico feito na maioria das vezes tardiamente, deixa a impressão que o desenvolvimento do tumor foi rápido e o tratamento inadequado. Assim, dados na literatura afirmam que, um tumor com cerca de 2 cm teve seu início há cinco ou mais anos, e a velocidade de multiplicação depende do tipo histológico: mais rápido no carcinoma de pequenas células e mais lento no adenocarcinoma⁽¹³⁾.

Várias são as técnicas relacionadas ao diagnóstico da neoplasia pulmonar que são descritas nas literaturas, no entanto, constatamos que há consenso daquelas que são capazes de definir o tipo deste tumor maligno, das quais, destacamos: citologia do escarro, broncoscopia, punção transtorácica e técnicas cirúrgicas.

Quanto ao tratamento, irá depender do tipo de célula, do estágio da doença e da condição fisiológica do paciente, principalmente condição cardíaca e pulmonar. Geralmente, o tratamento envolve cirurgia, quimioterapia e radioterapia – em combinação ou separadamente.

Os pacientes sempre devem ser estadiados através do sistema TNM para serem submetidos ao tratamento mais adequado. O atual sistema de estadiamento se baseia naquele proposto por Denoix, 1946, onde se avalia o tumor primário (T), os linfonodos regionais (N) e a presença de metástases a distância (M). O tratamento melhor indicado está baseado no estágio da doença⁽⁵⁾.

Além disso, o uso rigoroso do estadiamento facilita a comunicação entre os investigadores por assegurar comparabilidade dos resultados de estudos clínicos, apesar de, no mesmo estágio, os pacientes poderem evoluir de formas diferentes, mesmo quando recebem tratamento semelhante⁽¹⁴⁾.

Resumidamente tumores que se encontram restritos ao pulmão são operados e removidos – estádios I e II, com percentual de cura em até 75%. Nos outros estádios, uma associação de quimioterapia e radioterapia, com possível resgate cirúrgico, é a opção que mostra os melhores resultados, com uma possibilidade de cura de 30%. No estágio IV a quimioterapia é o tratamento de escolha, porém as chances de cura são extremamente reduzidas. Os pacientes tratados cirurgicamente se beneficiam de quimioterapia

complementar, dita adjuvante, que reduz as chances de reaparecimento da doença, com exceção naqueles cujo estadiamento é muito inicial (IA e IB)⁽¹⁵⁾.

Assim, quando as condições cardiovasculares, pulmonares e funcionais do paciente encontram-se satisfatórias, geralmente a cirurgia é bem suportada. Todavia, comorbidades como a doença da artéria coronária, a insuficiência pulmonar e outras, podem contra-indicar a cirurgia. A cirurgia normalmente é utilizada para carcinomas de células não-pequenas, isso porque o câncer de pequenas células cresce de forma rápida e faz metástase precoce e extensivamente^(8,5).

Em algumas situações a radioterapia pode ter função preponderante no tratamento, a chamada rádio-cirurgia, onde tumores podem ser erradicados por ela; nesses casos é indicada para tratar metástases de tumores que, por sua localização podem trazer dor, alterações importantes da função de órgãos, comprometimento da atividade do paciente e risco de vida⁽¹⁶⁾.

A radioterapia pode ser feita através da aplicação de energia gerada por aparelhos ou através do implante de material radioativo no tecido comprometido⁽¹⁶⁾. O uso da radioterapia como medida paliativa em portadores do câncer do pulmão proporciona benefícios em determinadas situações: síndrome da veia cava superior, hemoptise e dor. A tosse decorrente algumas vezes da estenose brônquica parcial causada pelo tumor, pode também ser aliviada pela radioterapia; a atelectasia da porção de pulmão envolvida, porém, dificilmente é desfeita⁽¹²⁾.

A radioterapia também é utilizada no controle de tumores que não podem ser ressecados cirurgicamente, porém respondem à radiação (pequenas células e epidermóides, geralmente são sensíveis à radiação). A radiação ainda é utilizada para reduzir o tamanho do tumor, tornar um tumor inoperável em operável, ou para diminuir a pressão tumoral sobre estruturas vitais^(5,8).

A radioterapia é tóxica para o tecido normal dentro do campo de radiação, podendo levar a complicações tais como esofagite, pneumonite e fibrose pulmonar devido a radiação. Isso pode comprometer a capacidade de ventilação e difusão, além de diminuir a reserva pulmonar. São monitoradas ao longo do tratamento, a condição nutricional do paciente, o aspecto psicológico, os sinais de anemia e infecção e o nível de fadiga^(8,5,12).

A quimioterapia é uma tentativa utilizada para tentar modificar os padrões de crescimento do câncer, tratar os casos de metástases distantes ou câncer de pulmão de pequenas células e complementar a cirurgia ou a radioterapia.

Várias drogas mostram-se ativas no tratamento do câncer de pulmão como cisplatina, carboplatina, etoposide, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, lomustina e ifosfamida. Atualmente, novos agentes têm sido descobertos e estudados, sendo os mais importantes o paclitaxel, docetaxel, gemcitabine, irinotecan e vinorelbine. Desses, o de maior interesse é o paclitaxel, entretanto, uma dosagem adequada, esquema de administração e combinações ainda não foram definidos. A prática de administrar dois ou mais agentes é comum e mostra bons resultados. Por exemplo, a combinação em gemcitabine e cisplatina, tem mostrado sinergismo em estudos realizados⁽¹⁾.

A escolha do agente quimioterápico irá depender do crescimento da célula e da especificidade do medicamento para a fase do ciclo celular que a droga afeta. De modo geral, quimioterápicos são tóxicos e apesar de serem oferecidos para conferir algum alívio, especialmente da dor, não curam e raramente prolongam a vida em qualquer grau. Além do mais, é comumente conhecida por seus efeitos colaterais. No câncer do pulmão ela reduz os sintomas de pressão e no tratamento das metástases para o cérebro, coluna vertebral e pericárdio^(8,5).

Várias são as complicações que podem ocorrer durante os tratamentos de câncer de pulmão. A radioterapia, por exemplo, pode interferir diminuindo a função cardiopulmonar e resultar ainda em complicações como fibrose pulmonar, mielite, pericardite e *cor pulmonale*. Já a quimioterapia em conjunto com a radioterapia pode desencadear a pneumonite, além do seu conhecido potencial tóxico como efeito colateral. O procedimento cirúrgico poderá ocasionar a insuficiência respiratória, principalmente quando o sistema cardiopulmonar está comprometido antes da cirurgia. A ventilação mecânica prolongada e as complicações cirúrgicas também são citadas^(8,5).

Apesar de todos os avanços no tratamento das neoplasias, a sobrevida média cumulativa em cinco anos continua baixa, de 13% a 21% em países desenvolvidos e de 7% a 10% nos países em desenvolvimento⁽⁴⁾.

Vários fatores concorrem para o baixo rendimento global do tratamento do câncer de pulmão, no que diz respeito a cura dos pacientes – cuja evolução foi de 8% na década de 1970 para 12-14% nos dias atuais. Dentre esses fatores citamos: o insuficiente entendimento do comportamento biológico da neoplasia, as dificuldades para estabelecer seu diagnóstico precoce, a falta de abrangência de alguns métodos terapêuticos, e a idade avançada de muitos pacientes, freqüentemente portadores de outras doenças concomitantes (doença neurológica, cardiopatias, DPOC)^(12,11).

No entanto, a literatura não deixa dúvida que os melhores resultados são obtidos nas fases iniciais da doença. E é nessa fase que acreditamos que a enfermagem pode contribuir através do incentivo de abandono do vício tabágico para aqueles que manifestam desejo de parar de fumar, e quando isso não for possível, a orientação de acompanhamento médico através de investigação radiológica de rotina.

Os pacientes devem ser acompanhados por cinco a dez anos realizando-se controle trimestral com exame físico e radiograma de tórax até completar dois anos, depois semestral até cinco anos, e anual a partir de então⁽¹¹⁾.

3 MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritiva e documental, com utilização de dados de prontuários dos pacientes cadastrados e acompanhados em uma clínica especializada em Ponta Grossa, em 2007.

Santos e Clos⁽¹⁷⁾, definem estudos quantitativos como métodos que se apropriam da análise estatística para o tratamento dos dados. Podem ser aplicados em algumas situações como: estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema, quando se faz necessário um diagnóstico inicial da situação, em estudos experimentais, estudos de análise ocupacional e análise de desempenho.

Pesquisa do tipo descritiva é aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve⁽¹⁸⁾.

Já a pesquisa documental é a que se realiza com base em documentos guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas, por meio da análise de prontuários, registros, atas, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, cartas pessoais etc⁽¹⁸⁾.

De acordo com Pereira⁽¹⁹⁾, informações registradas de modo rotineiro, como em prontuários, são muito convenientes para estudos de morbidade, pois se tratam de dados abundantes e de relevo sobre a saúde das pessoas. Apesar das limitações inerentes a essas fontes, como as relativas à seletividade da clientela e à qualidade dos dados, têm sido muito utilizadas.

A escolha do local do estudo foi feita de forma intencional e buscou apurar o número de casos atendidos de câncer de pulmão, no período de Outubro de 2001 (início de funcionamento da clínica) a Dezembro de 2007. Segundo Barros e Lehfeld⁽²⁰⁾ a escolha

intencional ou seleção racional, é aquela em que a amostra é escolhida mediante estratégia pelo pesquisador seguindo critérios. Relaciona-se a escolha de sujeitos a partir de características comuns pré-estabelecidas. Diante disso, escolhemos o local a partir dos seguintes critérios: clínica especializada ao atendimento desta patologia e facilidade de acesso aos dados.

Da mesma forma deu-se a escolha dos sujeitos, os quais foram todos os prontuários eletrônicos cadastrados no banco de dados da clínica em questão. Ao todo foram 2173 prontuários eletrônicos analisados, tendo como único critério de escolha aqueles cujos pacientes eram portadores de câncer de pulmão.

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro previamente elaborado contendo questões fechadas direcionadas aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE 1). Os itens que caracterizaram o roteiro da coleta de dados, foram aqueles disponíveis nas fichas dos pacientes sobre as seguintes variáveis: gênero, idade, história tabágica, n.º de carteiras fumadas por dia, tipo de câncer diagnosticado, tratamento, queixas referidas e evolução/prognóstico.

Um roteiro segundo Michaelis⁽²¹⁾, é uma relação dos principais tópicos que devem ser abordados num trabalho escrito, numa discussão etc. Questões fechadas são aquelas em que o pesquisado escolhe a sua resposta, através de um conjunto de categorias. As respostas podem ser limitadas entre duas opções: as de alternativa única e as de múltipla escolha, onde mais de uma resposta pode ser considerada para um mesmo questionamento⁽²²⁾.

Após a seleção de dados válidos, os mesmos foram organizados e analisados estatisticamente, sendo posteriormente apresentados no formato de tabelas em porcentagens. Para Triola⁽²³⁾, estatística é uma coleção de métodos para planejar experimentos, obter e organizar dados resumi-los, analisá-los, interpretá-los e deles extrair conclusões.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 27 de Novembro de 2008 sob número 105/08, atendendo aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96⁽²⁴⁾.

4 ASPECTOS RELEVANTES PARA ENFERMAGEM EM CÂNCER DE PULMÃO

Diagnóstico de câncer não indica, necessariamente, um resultado fatal. No entanto, tal diagnóstico ainda representa para a grande maioria dos pacientes e familiares um

choque, um susto que inevitavelmente leva ao desespero. É interessante observarmos que tal situação é bem diferente quando se trata de outras patologias.

Acreditamos que o pânico causado pelo diagnóstico de câncer está relacionado ao tratamento complexo que este tipo de doença requer. Em geral, compreendemos que todas as opções de tratamento do câncer exigem demais do paciente, da família e dos profissionais envolvidos, conforme veremos adiante.

De todo o processo que envolve desde o diagnóstico até o tratamento são vários os momentos dolorosos. Pânico, tristeza e desespero ocorrem naturalmente, afirmam especialistas, esclarecendo que se o diagnóstico é recebido como uma sentença de morte, nenhum de nós está preparado para morrer⁽¹⁶⁾.

Esse impacto causado pela correlação câncer e morte, é assustador tanto para o paciente quanto para seus familiares, sendo que as reações em face ao diagnóstico são descritas na literatura como significações simbólicas, que cerca esta doença, e que atuam sobre as pessoas, levando-as a adotarem as mais variadas formas de condutas⁽²⁵⁾.

Ressaltamos, no entanto, que o prognóstico em alguns tipos específicos de cânceres algumas vezes é melhor que muitas outras doenças não classificadas como malignas. Que algumas formas de cânceres são curáveis quando tratadas precocemente. E que atualmente são vários os recursos que a medicina pode lançar mão para tratar o câncer, seja ele de pulmão, ou outros tipos.

Assim, acreditamos que a enfermagem enquanto a primeira ciência da área de saúde que procurou enxergar o indivíduo de maneira holística, e que, portanto, precisa fazer valer esse pioneirismo, possa contribuir substancialmente nesse processo que dependerá de cuidados e intervenções que vão além das manifestações fisiológicas. O que para Sá⁽²⁶⁾ é denominado como perceber o imperceptível e praticar a arte de realmente perceber o todo e não apenas parte dele.

4.1 A ENFERMEIRA (O) DIANTE DOS PRINCIPAIS SINTOMAS EM CÂNCER DE PULMÃO

As manifestações clínicas nos casos de câncer do pulmão diferem entre algumas literaturas o que é facilmente percebido, enquanto há aquelas que citam que o câncer de pulmão é assintomático até muito tardiamente no curso da doença, outras, porém, afirmam que a grande maioria dos acometidos pela doença apresenta sintomas logo no início, sendo estes dependentes da localização do tumor.

Embora, essa contradição ocorra, há consenso entre a maioria dos estudos já realizados que os sinais e sintomas da neoplasia pulmonar dependem da localização e do tamanho do tumor, do grau de obstrução e da existência de metástases para pontos regionais e distantes.

Assim destacamos um alerta para os profissionais de enfermagem de que uma tosse que se altera em suas características pode estar relacionada ao câncer do pulmão e deve, portanto, ser investigada.

Para Moreira et.al⁽¹²⁾, se o paciente já era portador de algum grau de DPOC, o que é freqüente em fumantes na faixa etária dos 50 aos 70 anos, mudanças no caráter da tosse são comuns quando surge a neoplasia.

Dadas essas considerações autores como Zamboni e Carvalho⁽²⁷⁾, asseguram que a tosse pode ser seca ou produtiva e que a mesma está presente no câncer do pulmão de qualquer localização, entretanto, ela é mais comum nos portadores de tumores centrais.

Entendemos que a maior parte dos indivíduos com suspeita de câncer do pulmão são tabagistas de longa data e normalmente portadores de bronquite crônica. O que acaba por confundir estes pacientes habitualmente acostumados com sintomas de tosse e expectoração, tornando estes sintomas não valorizados.

Há evidências na literatura que os pacientes ainda podem apresentar a hemoptise, dispnéia, sibilo e estridor, febre e dor torácica e sintomas inespecíficos de fraqueza, anorexia ou perda de peso.

A hemoptise está presente em 1/3 dos casos das neoplasias pulmonares. Assim, toda hemoptise em indivíduos com mais de 40 anos, deve ser investigada com radiografia do tórax e broncofibroscopia. Aproximadamente 20% de todos os casos de hemoptise resultam do câncer do pulmão⁽²⁷⁾.

A dispnéia usualmente é causada pela obstrução de um brônquio principal ou da traquéia pelo tumor⁽²⁷⁾. Há registros na literatura que o ronco presente em alguns casos, seja também pela mesma razão.

A causa do sibilo é pelo estreitamento de um grande brônquio, pela obstrução tumoral ou pela compressão extrínseca quando é unilateral, localizado e sua origem é recente. O estridor é produzido pela obstrução quase total do brônquio principal ou da traquéia, em sua porção inferior e, geralmente, é pouco valorizado pelo paciente⁽²⁷⁾.

A febre e os calafrios podem estar presentes como manifestações secundárias à pneumonite obstrutiva ou à atelectasia. Todos os pacientes, principalmente aqueles fumantes e com mais de 40 anos e, que apresentem pneumonias recorrentes com a

mesma localização ou de resolução prolongada, devem ser investigados com o objetivo de se afastar a possibilidade de uma neoplasia pulmonar^(8,27).

Assim verificamos que, de modo geral, pessoas com repetidas infecções não resolvidas do trato respiratório devem ser avaliadas por profissional especializado. E, alertamos a enfermeira que têm sobre seus cuidados um paciente tabagista de exposição prolongada e com alguns dos sintomas acima citados, que suspeite da neoplasia pulmonar e busque estratégias de incentivo e encorajamento para que a detecção precoce do câncer do pulmão seja efetivada.

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer- INCA⁽¹⁵⁾, tumores localizados no ápice pulmonar (Tumor de Pancoast) um tipo de tumor escamoso, geralmente compromete o oitavo nervo cervical e os primeiros nervos torácicos, levando à síndrome de Pancoast, que relaciona à presença de tumor no sulco superior de um dos pulmões e dor no ombro correspondente, que se irradia para o braço. Para Zamboni e Carvalho⁽²⁷⁾, a incidência da síndrome e seus sintomas é de aproximadamente, 4% e **é comum o atraso no diagnóstico em até um ano**, desde o início das queixas dos pacientes.” [grifo nosso]

Autoras como Smeltzer e Bare⁽⁸⁾ referem a dor torácica ou no ombro como indicativo de comprometimento da parede torácica ou da pleura pelo tumor. A dor também é uma manifestação tardia, podendo estar relacionada à presença de metástase óssea.

Ainda segundo as autoras acima citadas, se o tumor se dissemina para as estruturas vizinhas e linfonodos regionais, o paciente pode sentir dor e compressão torácica, rouquidão (pelo comprometimento do nervo laríngeo recorrente), displasia, edema de cabeça e pescoço e sintomas de derrame pleural ou pericárdio. Os locais mais comuns de metástases são os linfonodos, os ossos, o cérebro, o pulmão contralateral, as glândulas adrenais e o fígado^(8,27).

Os locais mais comuns onde são encontrados linfonodos visíveis ou palpáveis são as fossas supraclaviculares. Estas estão envolvidas em, aproximadamente, 15 a 20% dos pacientes com câncer do pulmão, desde o início ou durante o curso da doença. Os linfonodos escalenos estão envolvidos menos comumente, mas com frequência estão comprometidos nos tumores dos lobos superiores. Na maioria dos casos, estas informações se fazem úteis, porque contra-indicam o tratamento cirúrgico do paciente^(11,8).

Assim consideramos de essencial importância que os enfermeiros obtenham conhecimentos sobre as prováveis alterações que acompanham a neoplasia pulmonar, pois estas são bastante comuns entre os pacientes, como constatamos nessa pesquisa e, precisam, portanto, estar sendo avaliadas.

Acreditamos nas palavras de Waldow, Lopes e Meyer⁽²⁸⁾ quando dizem que o cuidar é também uma forma de conhecer, ser e perceber. Envolve intuição, sensibilidade, desejo de paz e amor. É o ser (modo de ser e agir), estar (presença) e fazer (atuar) cuidado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Havia 2173 prontuários correspondentes ao atendimento de pacientes que procuraram pelos serviços de consultas e exames oferecidos pela clínica do estudo. Do total destes documentos encontramos 71 casos positivos para cânceres de pulmão, os quais passaram a fazer parte da amostra, sendo que os dados que os contemplavam serão apresentados na seqüência.

O número de 71 casos, dos 2173 analisados, justifica-se devido ao fato que durante a nossa coleta de dados identificamos vários casos possíveis de serem cânceres de pulmão, mas que não pudemos computar em nossa pesquisa, por não podermos confirmar o tipo histológico do câncer. Isto se deve ao fato do paciente ter apenas consultado, sem ter sido submetido a tratamento posterior, o que nos levou, através do seu perfil, a suspeitar da doença.

De alguns pacientes identificamos consultas já com os resultados de biópsias, exame que para Montenegro⁽²⁹⁾ é realizado em fragmentos de tecido ou mesmo peças cirúrgicas retiradas do paciente vivo e que se baseia no exame macro e microscópio deste material. Outros, porém, consultaram e realizaram o exame, mas não retornaram com o resultado da biópsia na clínica. Para esses casos, em que havia solicitação médica do exame, e foi possível confirmar que o paciente o realizou, buscamos por tais informações, através do laboratório de anatomia patológica, para o qual estes exames são rotineiramente encaminhados.

Ao todo buscamos por 45 resultados de anatomopatológicos de biópsias realizadas através das broncoscopias, sendo que destes, 34 (76%) foram positivos para malignidade, ou seja, casos de cânceres de pulmão confirmados e que não retornaram para tratamento; dos outros 11 (24%), 4 foram negativos para malignidade, 6 casos não foram encontrados pelo laboratório e 1 caso foi considerado suspeito, não sendo possível determinar o tipo histológico.

Tabela 1 - Quanto ao gênero

Feminino	Masculino
38 (54%)	33 (46%)

No quadro acima, percebemos que o aumento do número de casos de câncer do pulmão cresce de forma contínua, agora incluindo as mulheres em maior número, principalmente por sua forte adesão ao tabagismo, o que vai de encontro com a literatura atual. Para Zamboni e Carvalho⁽²⁷⁾, a incidência dessa neoplasia entre elas aumentou 127% no período entre 1979 e 2002, seguramente devido ao vício de fumar.

Resultados epidemiológicos realizados pelo INCA ⁽³⁾ demonstram aumento da prevalência do câncer de pulmão nas mulheres, em todas as capitais, contrastando com o declínio ou a estabilidade da mesma neoplasia nos homens, o que nos comprova a mudança no perfil da doença.

Smeltzer e Bare⁽⁸⁾ afirmam que o câncer de pulmão em mulheres é uma área que não recebeu atenção adequada. Para estas autoras, embora o câncer de mama seja o tipo mais freqüente nas mulheres, o câncer de pulmão é principal causa de morte relacionada ao câncer em mulheres.

Tabela 2 - Quanto à faixa etária

Número de pacientes	Idade
01 (1%)	20-29
02 (3%)	30-39
04 (6%)	40-49
15 (21%)	50-59
27 (38%)	60-69
19 (27%)	70-79
03 (4%)	80-89

Os números apresentados na tabela 2 demonstram que os maiores percentuais estão na faixa etária que vai dos 50 aos 79 anos de idade, com destaque entre os 60 e 69 anos. Estes dados vão de encontro com o que diz a literatura quanto à idade média dos pacientes. Moreira et al ⁽¹²⁾ afirmam que o pico de incidência do câncer do pulmão se verifica em pacientes em torno dos 60 anos de idade, sendo infreqüente antes dos 40 e raro abaixo dos 30 anos.

Para Nettina⁽³⁰⁾, aproximadamente 79% das pessoas diagnosticadas com câncer estão acima de 55 anos de idade. A autora ainda assegura que as prevenções primárias e secundárias são medidas efetivas na diminuição da mortalidade e morbidade de muitos cânceres; entretanto, a maioria dos casos, só são diagnosticados tardiamente.

Concordamos com Figueiredo⁽³¹⁾, quando diz que a enfermagem precisa estar capacitada para prestar uma assistência de qualidade, sem desconsiderar, no entanto, a visão holística no momento do cuidado. Portanto, 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 tratamento quanto de prevenção.

Tabela 3 - Quanto à relação com o tabagismo

Tabagista	Fumante passivo	Não identificados	Não fumante
37 (52%)	02 (3%)	30 (42%)	02 (3%)

Confirmamos pelos dados acima, que a maior porcentagem dos pacientes que desenvolveram câncer do pulmão eram tabagistas. Esse dado já esperado nos reforça a necessidade de trabalhos de prevenção e nos instiga o fato de que, apesar desta evidência ‘fumar causa câncer de pulmão’ estar sendo demonstrada exaustivamente nos últimos 50 anos, essa relação não tem gerado, por si só, a motivação necessária para o abandono do vício.

Segundo dados na literatura isso ocorre porque em mais de 80% dos casos, as pessoas já desenvolveram algum grau de dependência química à nicotina⁽³²⁾. E portanto, por mais que saibam dos reais malefícios do vício, não conseguem sozinhas, abandoná-lo.

Assim, consideramos importante frisar que a cessação do tabagismo é um processo, mais que um evento específico. Ela se inicia com decisão de parar de fumar e só termina com a abstinência mantida por um longo período. Portanto, acreditamos que enfermagem pode contribuir com esses pacientes tanto fornecendo lhes informações sobre as formas de tratamento, como envolvendo outros profissionais de saúde nesse contexto, tendo em vista, que o trabalho multidisciplinar é considerado ainda o mais eficaz.

Tabela 4 - Quanto ao número de carteiras fumadas/dia

Número de pacientes	n.º de carteiras/dia
08 (11%)	Menos de 1 cart./dia
08 (11%)	1 cart./dia
05 (7%)	2 cart./dia
03 (4%)	Outros:
01	5 a 10 palheiros/dia
01	8 a 10 palheiros/dia
01	10 palheiros/dia
47 (66%)	Não identificados

Constatamos que o número de cigarros consumidos entre os pacientes foi prevalente na quantidade de 10 a 20 cigarros/dia, ou seja de 1/2 a 1 cart./dia. Para Uehara, Santoro e Ferreira ⁽¹³⁾ o consumo de mais de 20 cigarros/dia causa risco 20 vezes maior para o desenvolvimento de câncer de pulmão em relação aos não-fumantes, sendo que fumar 20 cigarros/dia durante 40 anos apresenta risco maior do que fumar 40 cigarros/dia durante 20 anos. Assim, a inalação profunda ou freqüente leva a maior risco.

Diante destes resultados, mais uma vez, salientamos a importância da enfermeira nos esforços para cessação do tabagismo. Destacamos que o internamento é o momento oportuno para a enfermeira coletar informações sobre o vício, e a partir de então, considerá-lo parte do histórico de enfermagem iniciando logo que possível o ensino necessário ao paciente.

Além disso, enquanto profissional de saúde a enfermeira pode e deve identificar e colocar em prática ações de educação em saúde voltadas ao tema prevenção nos diversos setores e ambientes de saúde em que venha a atuar.

Tabela 5 - Quanto ao tipo de câncer de pulmão

CPNPC	CPPC	Outros
50 (70%)	09 (13%)	12 (17%)
1. Escamoso	30 (60%)	-
2. Adenocarcinoma	19 (38%)	-
3. Carcinoma de células grandes	01 (02%)	-

Identificamos que a maioria dos casos de cânceres de pulmão foram encontrados no grupo dos CPNPC, grupo que é subdividido em três tipos celulares específicos, conforme listamos acima.

Smeltzer e Bare ⁽⁸⁾ citam que este grupo representa de 70 a 75% dos tumores de pulmão, percentuais que correspondem aos dados que encontramos em nossa pesquisa que somaram 50 casos (70%).

Moreira et al ⁽¹²⁾ também contribuem com seus estudos quando afirmam que o carcinoma escamoso é o tipo histológico que se tem mostrado de ocorrência mais freqüente entre os carcinomas brônquicos, perfazendo em diversas séries 40 a 50% de todos os casos. Dados também correlacionados com nossa análise que se aproximou com índice de 60%.

No entanto, estudos mais recentes como os de Zamboni e Carvalho⁽²⁷⁾ se opõe aos dados encontrados, quando afirmam que o adenocarcinoma vem sendo o tipo mais comum atualmente diagnosticado. Já para os casos de carcinomas de células grandes, há consenso entre os autores que este tipo de tumor é o menos freqüente entre os três, dado igualmente encontrado em nossa análise.

Entre os tipos restantes de tumores os quais denominados “outros” consideramos aqueles menos freqüentes como: bronquíolo-alveolar (um subtipo de adenocarcinoma) 2 casos; tumor carcinóide 4 casos; tumor de células claras 2 casos; fibrossarcoma 1 caso; tumor de células germinativas metastático 1 caso; melanoma 1 caso; sarcoma 1 caso.

Tabela 6 – Quanto à opção de tratamento

Cirurgia	Quimioterapia/ Radioterapia	Cirurgia/ quimioterapia	Recusa/abandono
17 (24%)	12 (17%)	09 (13%)	33 (46%)

Destacamos que 33 pacientes (46%) sabidamente portadores da doença, abandonaram o tratamento. Infelizmente estudos como os de Uehara, Santoro e Ferreira⁽¹³⁾ nos mostram que a média de sobrevida quando não se realiza nenhum tratamento é de 4 meses, sendo que apenas 12 a 15% dos pacientes estarão vivos no final de 1 ano.

Assim, não considerando os casos de abandono de tratamento, 24% dos pacientes, fizeram a cirurgia do pulmão. Nesse contexto, Oliveira e Cury⁽¹⁾ afirmam que o tratamento mais eficaz para o câncer de pulmão ainda é a ressecção cirúrgica do tumor, indicada para estádios iniciais da doença.

Para os 12 casos restantes (17%) que foram encaminhados para quimioterapia e radioterapia, a literatura nos diz que esta opção de tratamento é utilizada para pacientes com tumores limitados tanto no caso de CPNPC como para os CPPC.

Tabela 7 – Quanto aos sintomas referidos pelos pacientes

Principais sintomas	
Tosse	31 (44%)

Dispneia	23 (32%)
Dor torácica	13 (18%)
Emagrecimento	27 (38%)
Febre	07 (10%)
Outras queixas	35 (49%)
Astenia	10 (14%)
Anorexia	14 (20%)
Hemoptise	11 (15%)
Outras queixas menos prevalentes	26 (37%)

Através dos resultados apresentados, ressaltamos que a **tosse e a dispneia** somadas chegaram a 76% dos casos. Estes sintomas são seguramente os mais comuns no paciente com câncer do pulmão, sendo que 15% apresentam esse sintoma na apresentação inicial da doença e 65% durante sua evolução^(8,27).

Smeltzer e Bare⁽⁸⁾, sugerem que a diminuição da dispneia pode ser obtida ajudando o paciente a ficar em posições que promovam expansão pulmonar, que a tosse assistida constitui-se como uma técnica de limpeza das vias aéreas, sendo a mesma fundamental para remover o excesso de secreções.

Não menos importante, porém em menor percentual (18%) verificamos a queixa de **dor torácica**. Segundo a literatura a dor é considerada um achado comum nos doentes com neoplasias pulmonares, e mais da metade destes desenvolvem esse sintoma durante o curso da doença^(12,27).

Diante dessa queixa a enfermagem desempenha papel fundamental, pois cabe a ela atuar minimizando um sofrimento desnecessário, seja através da avaliação da natureza da dor considerando todas as informações pertinentes, seja através do alívio da dor mediante a administração de analgesia apropriada.

Outra manifestação que constatamos foi da perda de peso ou **emagrecimento** que totalizou (38%) dos casos. Esta queixa é descrita na literatura como um sintoma inespecífico e sua ocorrência está relacionada a tumores que invadem estruturas adjacentes ou quando estes se disseminam para gânglios causando além da perda de peso, sintomas como fadiga, anorexia e caquexia⁽¹³⁾.

A enfermagem nessa manifestação contribui com seu papel educador, realizando orientações que vão desde a ensinar o paciente e seus familiares quanto aos aspectos inerentes a alimentação até reconhecer aqueles pacientes em tratamento quimioterápico e que, portanto, necessitarão em alguns casos de abordagens específicas para

realizarem suas refeições, quando inclusive poderá ser necessário ajuda de outros profissionais, como nutricionistas.

Outra queixa constatada foi a da **febre** em 10% dos casos. Segundo autores, a febre pode estar presente nos pacientes com câncer do pulmão como manifestações secundárias à atelectasia ou pneumonites obstrutivas⁽¹¹⁾.

Para Nettina⁽³⁰⁾, a febre superior a 38,3° C em determinados casos, é uma emergência que requer conduta imediata de antibióticos.

A astenia, também referida como cansaço ou fadiga, é um sintoma devastador que afeta a qualidade de vida do doente e, é comum que esteja presente na vida do portador do câncer do pulmão, podendo estar relacionada à doença em si, ao tratamento do câncer ou suas complicações⁽⁸⁾.

A anorexia já abordamos, quando analisamos o emagrecimento sendo este como consequência da anorexia como uma das queixas principais.

A hemoptise, que de encontro com o que cita a literatura (7 a 10% dos casos), apareceu em 11% em nossa pesquisa. Estudos esclarecem que a hemoptise ocorre devido à ruptura de veias brônquicas em consequência da invasão do tumor.

Entre as demais que apareceram em menor prevalência, foram constatadas as seguintes manifestações: rouquidão, cefaléia, náusea, vômito, edema de membros inferiores, mialgia, insônia, tontura, apatia, palidez, polidipsia, poliúria, cervicalgia, sudorese, hematúria e dor lombar.

Tabela 8 - Quanto à evolução / prognóstico

Bom/liberado	Encaminhado Oncologia	p/ Abandono	Óbito
6 (8%)	25 (35%)	36 (51%)	4 (6%)

Através desta última análise, confirmamos que um número realmente pequeno de pacientes (8%) evoluíram, bem em seus tratamentos. Percebemos, no entanto, que menos da metade dos pacientes (35%) foram encaminhados para tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

Lamentavelmente, identificamos que a maioria dos pacientes com câncer do pulmão, abandonou o tratamento e que 6% foram a óbito, ressaltamos que, o acompanhamento destes doentes após a alta hospitalar é pouco realizado na prática clínica.

Diante disso, acreditamos que um número bem maior de pacientes tenha ido a óbito no período correspondente, uma vez que, a maioria dos casos, foram em doentes com

mais de 60 anos de idade, tabagistas de longa data, o que evidencia outras complicações associadas e, portanto, portadores de maus prognósticos.

Nesse sentido, Torquato e Carvalho⁽³³⁾ contribuem afirmando que a grande maioria dos pacientes na primeira consulta já apresenta doença localmente avançada ou metástase à distância. E que, considerando todos os pacientes com CPNPC em todos os estágios, apenas 13% têm chance de cura com sobrevida maior que cinco anos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações desta pesquisa, tendo em vista a utilização dos prontuários para a coleta dos dados com algumas informações incompletas e o pequeno número de pacientes confirmados com a doença, acreditamos que esta pesquisa atingiu seu principal objetivo e ampliou o conhecimento quanto ao perfil dos pacientes com câncer de pulmão cadastrados em uma clínica especializada em Ponta Grossa-PR, e sobre os sintomas descritos.

Confirmamos através dos dados, conforme citam algumas literaturas que em algumas regiões do nosso país, já não há diferença na prevalência entre os sexos com relação ao câncer de pulmão.

Assim, definimos o perfil dos pacientes da clínica pesquisada em: mulheres, na faixa etária dos 60 aos 69 anos, tabagistas, fumantes de 1/2 a 1 carteira por dia, acometidas pela carcinoma de pulmão não de pequenas células e que abandonaram o tratamento na maioria dos casos, apesar da sintomatologia presente.

Destacamos a nossa preocupação com a forte adesão do sexo feminino ao hábito de fumar. Acreditamos que a enfermagem pode e deve contribuir para mudar um cenário que é previsto como nefasto nessa população, uma vez que, em diferentes pesquisas inclusive nesta, elas estão aparecendo em maior número entre os pacientes que desenvolvem o câncer de pulmão.

Ressaltamos que o internamento é dito por especialistas, como o momento oportuno para incentivar o abandono do vício tabágico, mas que infelizmente pouquíssimos hospitais identificam os fumantes na fase hospitalar; um número menor ainda oferece abordagem sobre o tratamento do tabagismo e, para piorar, ninguém se lembra de acompanhar o paciente após a alta hospitalar⁽³⁴⁾. Acreditamos que mais uma vez a enfermagem tem papel

relevante nesse processo, pois cabe a estes profissionais o maior contato com os pacientes durante sua hospitalização.

Estudos sobre tabagismo em mulheres vem demonstrando um maior percentual de mulheres que deixam de fumar durante a gravidez, mais do que em qualquer etapa de suas vidas, seja de modo espontâneo ou assistido⁽³⁵⁾.

Desse modo, entendemos que a introdução de programas de apoio para cessação do vício precisam ser trabalhados durante o pré-natal e continuados após, desta forma, certamente haverá aumentos significativos nos índices de abandono do cigarro.

Diante disso, destacamos que uma das maneiras de podermos contribuir consideravelmente nesse processo é realizando a consulta de enfermagem que é estabelecida segundo roteiro do Ministério da Saúde (2000) na rede pública e garantida pela Lei do Exercício Profissional e Decreto 94.406/87, ressaltamos ainda, que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo profissional enfermeiro⁽³⁶⁾.

O panorama atual não nos deixa dúvidas que muito ainda precisa ser feito na prevenção do câncer do pulmão e, portanto, no combate ao tabagismo. Assim, esperamos que a partir desse estudo possamos instigar outros trabalhos que tratem da prevenção e do diagnóstico precoce na patologia do câncer, especialmente o de pulmão, através de campanhas eficazes e da educação em saúde a população com abordagens específicas de gênero considerando as necessidades peculiares dos diferentes públicos.

Concluimos esta pesquisa certos de que, a prevenção do tabagismo trará qualidade de vida para a população e economia para os governos. Lamentamos o fato de que, de maneira geral, muitos colegas profissionais de saúde se formam sem nenhum conhecimento sobre a abordagem do tratamento do tabagismo e/ou do câncer do pulmão, assuntos que pelas suas dimensões e gravidades, acreditamos que deveriam ser parte integrante do currículo obrigatório em todas as escolas de saúde.

Referências

1. OLIVEIRA, T.B.; CURY, P.M. Artigo de revisão/atualização. Câncer de Pulmão. **HB Científica**, vol. 9 nº 1, p. 25-38, jan./abr. 2002.
2. JAMNIK, S.; UEHARA, C.; SILVA, V. V da. Localização do carcinoma pulmonar em relação ao vício tabágico e ao sexo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 32, n. 6, p.510-14, nov./dez.2006.
3. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa de incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco Regiões**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793 Acesso em: 6 Abr. 2008
4. SÁNCHEZ, P. G. et. al. Lobectomia por carcinoma brônquico: análise das co-morbidades e seu impacto na morbimortalidade pós-operatória. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 32, n. 6, p.495-504, nov./dez. 2006.
5. ZAMBONI, M. Epidemiologia do câncer do pulmão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** vol.28 n.1, p. 1-6, São Paulo: Jan./feb. 2002.
6. KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. 2001. **Revista brasileira de cancerologia**. INCA. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. v. 47, n.2, p.343-347, abr./jun.2001.
7. ZUKIN, M. Cuidados paliativos em Câncer do Pulmão. In: **Câncer do Pulmão**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 16. p. 215-224.
8. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; **Brunner/Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1, cap. 21, p. 462.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para as condições crônicas: Componentes estruturais de ação: Relatório mundial, Brasília, 2003.
10. BALDUINO AFA, LABRONICI LM, MAFTUM MA, MANTOVANI MF, LACERDA MR. **Um marco de referência para a prática da Enfermeira a pacientes com doenças crônicas à luz de Wanda de Aguiar Horta**. Cogitare Enfermagem. 2003 Jan/Mar, 12 (1): 89-94.
11. SBPT. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Manual de Pneumologia: Consultas rápidas. Porto Alegre: Ed. dos Autores, 2002.
12. MOREIRA, J. S. et.al. Carcinoma brônquico. In: TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares**. 5 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.34, p. 664-676.
13. UEHARA,C.; SANTORO, I.L.; FERREIRA, R.G. **Câncer de Pulmão: Diagnóstico e Estadiamento**. In: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP- Escola Paulista de Medicina. Barueri SP: Monole, 2006. cap.40, p. 495-509.
14. NERY, L. E.; FERNANDES, A.L.G.; PERFEITO, J.A.J.**Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP- Escola Paulista de Medicina**. Barueri SP: Monole, 2006.

15. INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Pulmão**. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=340 Acesso em: 29 fev. 2008.
16. FURTADO, V. P. Câncer: podemos ser otimistas? **Gazeta do Povo**. 2 Ago. 2006. p.11.
17. SANTOS, I.; CLOS, A.C. **Pesquisa quantitativa e metodologia**. In: GAUTHIER, J.H.M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
18. TOBAR, F; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
19. PEREIRA M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
20. BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 16 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
21. MICHAELIS. **Dicionário**. 2 ed. São Paulo: Melhoramentos,2002.
22. FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Atlas, 1993.
23. TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 7 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
24. MS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196, 10 de Outubro de 1996. Brasília;1996.
25. BIELEMNN, V.L.M. A família percebendo o adoecer de câncer e criando significados. In: PENTEADO, M.C.F. **O cuidado de enfermagem ao paciente com câncer de pulmão**. Monografia de Conclusão de Curso, Faculdade CESCAGE, Ponta Grossa, 2006.
26. SÁ, A.C. **O cuidado do emocional em enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Robe editorial, 2001.
27. ZAMBONI, M.; CARVALHO, W.R. **Câncer do Pulmão**. São Paulo: Atheneu, 2005.
28. WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
29. MONTENEGRO, M.R.; FRANCO, M. **Patologia Processos Gerais**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
30. NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
31. FIGUEIREDO, N.M.A. et.al. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo: Yendis, 2003.

32. FAGERSTROM, K.; LANDSBERG, G. B. Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. In: GIGLIOTTI, A.P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP –Saúde, 2006. cap 1 p. 13-20.
33. TORQUATO, E.B.; CARVALHO, W.R. Tratamento do carcinoma não pequenas células do pulmão. Estádios I e II. In: **Câncer do Pulmão**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 6 p. 89-97.
34. ISSA, J.S. Abordagem de populações especiais: pacientes hospitalizados. In: GIGLIOTTI, A.P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP – Saúde, 2006. cap 8 p. 129-133.
35. ARAÚJO, A. et. al Abordagem de populações especiais: Tabagismo e mulher – razões para abordagem específica do gênero. In: GIGLIOTTI, A.P.; PRESMAN, S. **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP –Saúde, 2006. cap.7 pag. 107-127.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré natal**. Manual técnico. 3 ed. Brasília DF: Secretaria de Políticas Públicas, 2000.