



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

IZABELLE KARLA DA SILVA OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE-PERNAMBUCO

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

NÚCLEO DE ENFERMAGEM

IZABELLE KARLA DA SILVA OLIVEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE-PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Conceição Cavalcanti de Lira

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

O48p Oliveira, Izabelle Karla da Silva.

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um hospital universitário de Recife-Pernambuco /Izabelle Karla da Silva Oliveira. - Vitória de Santo Antão, 2021.
39 p.; il.

Orientadora: Maria da Conceição Cavalcanti de Lira.
TCC (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2021.
Inclui referências e anexo.

1. Perfil de saúde. 2. Epidemiologia . 3. Neoplasias pulmonares. I. Lira, Maria da Conceição Cavalcanti de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 239/2021

IZABELLE KARLA DA SILVA OLIVEIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO
ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE RECIFE-PERNAMBUCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 09/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Viviane de Araújo Gouveia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dra. Cristiane Macedo Vieira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Me. Flávio de Araújo Wanderley (Examinador Externo)
Hospital das Clínicas de Pernambuco - UFPE

RESUMO

Tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um hospital universitário de Recife-PE no ano de 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, descritivo transversal, que tem como população de estudo, pacientes com câncer de pulmão atendidos em um Hospital Universitário (HU), no período de 2017, registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Dos 38 pacientes incluídos no estudo, o sexo masculino apresentou uma maior incidência com 52,6% (n=20), as faixas etárias de 50 a 59 e 60 a 69 anos, apresentaram as maiores porcentagens, grande parte dos indivíduos eram da raça parda e possuíam baixa escolaridade. Foram encontradas elevadas taxas de óbito e a maioria possuía histórico de alcoolismo e tabagismo. Portanto, descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão nos permitiu conhecer a realidade local dos pacientes atendidos no HU, que na maioria dos resultados representa concordância com a literatura.

Palavras-chaves: neoplasias pulmonares; epidemiologia; saúde pública. registros.

ABSTRACT

It aims to describe the epidemiological profile of patients with lung cancer treated at a university hospital in Recife-PE in 2017. This is an epidemiological, retrospective, quantitative, cross-sectional descriptive study, which has as a study population, patients with lung cancer treated at a University Hospital (HU), in the 2017 period, registered in the Hospital Cancer Registry (RHC). Of the 38 patients included in the study, males had a higher incidence with 52.6% (n=20), the age groups from 50 to 59 and 60 to 69 years had the highest percentages, a great part of the individuals were of the brown race and had low education. High death rates were found and most had a history of alcoholism and smoking. Therefore, describing the epidemiological profile of patients with lung cancer allowed us to know the local reality of patients treated at the HU, which in most results represents agreement with the literature.

Keywords: pulmonary neoplasms; epidemiology; public health; registers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
3 OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 ARTIGO	13
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	30

1 INTRODUÇÃO

O câncer constitui o principal problema de saúde pública no mundo onde sua incidência e mortalidade vem aumentando de forma global ao longo dos anos (BRAY F. et. al. 2018), segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC, 2018) em 2018 mais de 18 milhões de pessoas foram acometidas pela doença no mundo. Dentre os tipos de câncer, o que apresenta maior incidência global são os tumores de pulmão (2,09 milhões de casos) consistindo no mais frequente entre os homens e o terceiro entre as mulheres (excluindo os tumores de pele não melanoma) (BRAY et. al. 2018).

No Brasil essa neoplasia foi responsável por mais de 29 mil óbitos em 2019, sendo a principal causa de mortalidade por câncer entre os homens e a segunda entre as mulheres. Na região nordeste no mesmo ano, foi responsável por mais de 3 mil mortes em homens e mais de 2 mil em mulheres (INCA, c2014).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia de pulmão, consiste no tabagismo e exposição passiva ao tabaco que representa associação com 85% (oitenta e cinco) dos casos diagnosticados, e outros fatores como a exposição ocupacional a agentes físicos e químicos (INCA, 2019).

A incidência constitui uma das medidas de controle que permite a vigilância epidemiológica analisar a distribuição, a ocorrência e a evolução de doenças. As ações de vigilância do câncer são planejadas a partir do conhecimento do perfil dos diferentes tipos de câncer para caracterizar possíveis mudanças no cenário ao longo do tempo, o que constitui um componente estratégico para um planejamento efetivo e eficiente dos programas de prevenção e controle do câncer no país (INCA, 2020).

Os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) tem como objetivo reunir dados de pacientes diagnosticados com câncer, com ele podemos conhecer o perfil dos pacientes atendidos, a forma de diagnóstico e tratamento, além de realizar a avaliação e eficácia dos serviços para uma possível melhoria. A vigilância epidemiológica e diversas pesquisas fazem uso do RHC para obtenção de dados (INCA, 2012). O Integrador RHC (IRHC) consiste em um tabulador público que permite a análise dessas informações comparando-as entre as regiões do país (INCA, 2019).

O RHC proporciona diversas vantagens, tais como, melhor acompanhamento do seguimento do paciente, disponibilidade de dados, auxilia nas pesquisas de vigilância epidemiológica e melhoria da qualidade do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Como o Registro Hospitalar de Câncer constitui um importante instrumento de coleta para o acompanhamento e notificação dos casos da doença, com o perfil traçado será possível o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de câncer que atendam às necessidades populacionais, garantindo equidade e integralidade a população (INCA, 2012).

Nota-se escassez de literatura atualizada que reflita a ocorrência e análise deste tipo de câncer, e também de estudos direcionados a determinadas localidades. Portanto, traçar um perfil epidemiológico dos casos de câncer de pulmão é de extrema importância no âmbito da saúde pública, fazendo-se necessário e importante conhecimento do mesmo, para caracterizar possíveis mudanças no cenário e em sua distribuição, o que fornece subsídios para o desenvolvimento de ações direcionadas pela vigilância de câncer e que atendam as particularidades da localidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As neoplasias malignas vêm crescendo de forma bastante significativa no perfil epidemiológico populacional em todo o mundo. Esse aumento está associado às transições epidemiológica e demográfica (INCA, 2016). A estimativa global mais recente indica que em 2018 ocorreram 18 milhões de novos casos de câncer no mundo (BRAY et.al, 2018).

O câncer de pulmão mundialmente constitui o mais incidente com 2,1 milhões de casos em 2018, essa neoplasia é a mais frequente em homens, já no sexo feminino representa o terceiro mais incidente (BRAY et.al, 2018). No Brasil excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de pulmão constitui o terceiro mais frequente entre os homens e o quarto entre as mulheres. Na região nordeste a neoplasia é considerada a segunda mais frequente em homens (INCA, 2020).

Essa neoplasia possui um elevado índice de mortalidade (ARAUJO, 2018), onde em 2019 no Brasil, foi responsável por mais de 16 mil mortes em homens (sendo a principal causa de morte por câncer nessa população) e mais de 12 mil em mulheres (representando a segunda causa de morte por câncer), no mesmo ano na região nordeste foi responsável por mais de 3 mil óbitos em homens e mais de 2 mil em mulheres (INCA, c2014).

O câncer de pulmão está associado ao consumo de tabaco, onde esse constitui o seu principal fator de risco juntamente com a exposição passiva ao mesmo. Cerca de 85% (oitenta e cinco por cento) dos casos diagnosticados dessa neoplasia estão associados ao consumo de tabaco (INCA, 2019; ZUKIN et. al., 2013). O hábito de tabagismo tem apresentado crescimento na população feminina (RODRIGUES et. al. 2008), principalmente entre mulheres jovens (KLIGERMAN, 2011).

Segundo pesquisas o crescente consumo de tabaco entre mulheres, deve-se ao fato do aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho, ocasionando um aumento de suas responsabilidades, visto que ainda tinham que exercer suas funções de mães e donas de casa, levando-as a uma grande sobrecarga. É demonstrado que as mesmas começam a fumar após vivenciarem experiências

negativas, buscando no consumo de tabaco um refúgio emocional e sensação de autonomia (SAMET et, al., 2001; RIGBI et. al., 2010; LUMLEY et. al., 2009).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão está a exposição ocupacional, em que trabalhadores rurais e da construção civil podem apresentar um risco mais elevado para o desenvolvimento da doença (INCA, 2019).

Por mais que o cálculo das estimativas forneça uma análise mundial, estas não substituem a continuidade e sistematização das informações fornecidas pelos Registros de Câncer, que concede informações para a avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer (INCA, 2019). As informações obtidas através dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), fornece subsídios para direcionar pesquisas de vigilância em câncer favorecendo a organização e monitoramento das ações de controle do câncer (BRAY et.al, 2014).

O Registro Hospitalar de Câncer (RHC) reuni informações de pacientes com confirmação de diagnóstico de câncer, que são atendidos no hospital em que realizou o diagnóstico e/ou recebeu o tratamento, com base no prontuário ou em outras fontes de informação (INCA, 2012). Por englobar dados analíticos e estatísticos se torna possível a identificação de quais tipos de diagnóstico são mais frequentes, possibilitando o acompanhamento da evolução do paciente. As informações obtidas no RHC são utilizadas por profissionais como meio de avaliar a eficácia do diagnóstico e tratamento e direcionam pesquisas clinico-epidemiológicas auxiliando na melhora da assistência que é prestada ao paciente, contribuindo para a sobrevida dos mesmos (INCA, 2010).

A implementação do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) faz parte de um processo sistemático e contínuo de coleta e distribuição dos dados relacionados ao Câncer (OLIVEIRA et.al, 2017). A permissão de acesso e tabulação dos dados é consolidada pelo Integrador RHC (IRHC), criado em 2007, que através de seu apanhado de informações possibilita conhecer o perfil do paciente com câncer desde sua chegada a unidade hospitalar para diagnóstico, até o seu tratamento e acompanhamento (INCA, 2012).

A ficha do RHC contém dados que permitem a análise de condições sociodemográficas e as particularidades clínicas do paciente. O Integrador RHC (IRHC) consiste em um tabulador público que permite a análise dessas informações comparando-as entre as regiões do país (INCA, 2019). O RHC proporciona diversas vantagens, tais como, melhor acompanhamento do seguimento do paciente, disponibilidade de dados, auxilia nas pesquisas de vigilância epidemiológica, melhora da qualidade do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) (INCA, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um hospital universitário de Recife-Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as variáveis analisadas no estudo.
- Traçar um perfil epidemiológico de acordo com as variáveis.
- Comparar as variáveis de consumo de tabaco e bebida alcoólica com o sexo.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um Hospital Universitário de Recife-Pernambuco

Izabelle Karla da Silva Oliveira¹; Maria da Conceição Cavalcanti de Lira²

Resumo:

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um hospital universitário de Recife-PE no ano de 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, descritivo transversal, que tem como população de estudo, pacientes com câncer de pulmão atendidos em um Hospital Universitário (HU), no período de 2017, registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC). **Resultados:** Dos 38 pacientes incluídos, o sexo masculino apresentou uma maior incidência com 52,6% (n=20), as faixas etárias de 50 a 59 e 60 a 69 anos, apresentaram as maiores porcentagens, grande parte dos indivíduos eram da raça parda e possuíam baixa escolaridade. Foram encontradas elevadas taxas de óbito e a maioria possuía histórico de alcoolismo e tabagismo. **Conclusão:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão nos permitiu conhecer a realidade local dos pacientes atendidos no HU, que na maioria dos resultados representa concordância com a literatura.

Descritores: Neoplasias Pulmonares; Epidemiologia; Saúde Pública; Registros;

1 Discente de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV). E-mail: izabelle.karla@ufpe.br.

2 Docente, Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV). E-mail: noronhaelira@hotmail.com.

Introdução:

O câncer constitui o principal problema de saúde pública no mundo onde sua incidência e mortalidade vem aumentando de forma global ao longo dos anos⁽¹⁾, segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC)⁽²⁾ em 2018 mais de 18 milhões de pessoas foram acometidas pela doença no mundo. Dentre os tipos de câncer, o que apresenta maior incidência global são os tumores de pulmão (2,09 milhões de casos) consistindo no mais frequente entre os homens e o terceiro entre as mulheres (excluindo os tumores de pele não melanoma)⁽¹⁾.

No Brasil essa neoplasia foi responsável por mais de 29 mil óbitos em 2019, sendo a principal causa de mortalidade por câncer entre os homens e a segunda entre as mulheres. Na região nordeste no mesmo ano, foi responsável por mais de 3 mil mortes em homens e mais de 2 mil em mulheres⁽³⁾. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia de pulmão, consiste no tabagismo e exposição passiva ao tabaco que representa associação com 85% (oitenta e cinco) dos casos diagnosticados, e outros fatores como a exposição ocupacional a agentes físicos e químicos⁽⁴⁾.

A incidência constitui uma das medidas de controle que permite a vigilância epidemiológica analisar a distribuição, a ocorrência e a evolução de doenças. As ações de vigilância do câncer são planejadas a partir do conhecimento do perfil dos diferentes tipos de câncer para caracterizar possíveis mudanças no cenário ao longo do tempo, o que constitui um componente estratégico para um planejamento efetivo e eficiente dos programas de prevenção e controle do câncer no país⁽⁵⁾.

Nota-se escassez de literatura atualizada que reflita a ocorrência e análise deste tipo de câncer. Portanto, traçar um perfil epidemiológico dos casos de câncer de pulmão é de extrema importância no âmbito da saúde pública, fazendo-se necessário e importante seu conhecimento, para caracterizar possíveis mudanças no cenário e em sua distribuição, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de ações direcionadas pela vigilância de câncer e que atendam as particularidades da localidade.

Diante da problemática o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão atendidos em um hospital universitário de Recife-Pernambuco no ano de 2017.

Método:

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, quantitativo, descritivo transversal, analisando a notificação dos casos de câncer de pulmão que foram atendidos pelo Hospital Universitário (HU) em Recife - PE, registrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC). A população de estudo é composta por pacientes, atendidos no HU, com diagnóstico confirmado de câncer de pulmão, no período de 2017, com registro no RHC.

Como a análise foi realizada através do banco de dados do RHC/HU não foi necessário nenhum cálculo de amostra. Os dados foram disponibilizados pelo Setor de Registro Hospitalar de Câncer do HU, após o cumprimento de todos os requisitos necessários para tal. Onde o levantamento das informações foi referente ao ano de 2017, sendo esse o banco de RHC mais atualizado no HU, a partir dos dados disponíveis no *software* SISRHC, ferramenta para registro e processamento dos dados.

A área de estudo foi composta pelos municípios de Pernambuco em que estão distribuídos os casos de câncer de pulmão notificados. O estado de Pernambuco constitui uma das 27 unidades federativas do país, possuindo 185 municípios⁽⁶⁾. Como critérios de inclusão, foram avaliados apenas os casos de câncer de pulmão, de pacientes com procedência em Pernambuco, que estão presentes no banco de dados do RHC do HU no ano de 2017. Como critério de exclusão não foram aceitos outros tipos de câncer, pacientes com procedência fora do estado de Pernambuco.

As variáveis analisadas são sexo (masculino e feminino), faixa etária (20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 a 89 anos), raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena e sem informação), nível de escolaridade (nenhuma, fundamental incompleto, fundamental completo, nível médio, nível superior incompleto, nível superior completo e sem informação), ocupação, procedência (capital e região metropolitana, interior), óbito por câncer (não, sim e sem informação), histórico familiar de câncer (sim, não e sem informação), consumo de bebida alcoólica (nunca, ex-consumidor, sim, não avaliado, sem informação) e consumo de tabaco (nunca, ex-consumidor, sim, não avaliado, sem informação), as mesmas foram apresentadas no estudo em forma de número absoluto (n) e porcentagem (%).

Os dados foram coletados após o cumprimento de todas as exigências estabelecidas pelo HU que concedeu as informações do banco de dados do RHC, que é de domínio público, não havendo identificação dos indivíduos analisados e não foram incluídos pacientes assistidos. Foi resguardado o direito de acesso e divulgação das fontes do banco de dados do Registro Hospitalar de câncer do HU, não existindo danos ou prejuízos à saúde dos indivíduos, considerando que toda a coleta foi realizada em base secundária.

A coleta iniciou com a análise do banco de dados do RHC do HU, que possui o registro de 39 pacientes com primeira consulta em 2017 no HU e com diagnóstico confirmado de câncer de pulmão, e apresenta as variáveis que foram analisadas no estudo, distribuídas por paciente, destes, 1 paciente foi excluído, pois não se enquadrava no critério de inclusão, tendo procedência da Bahia. A partir disso, foi realizada a análise das variáveis observadas, através de estatística descritiva com resultados expressos em tabelas e gráficos. Para tanto, foi utilizado o software Excel versão 2019, produzido pela Microsoft Office, e o Google planilhas, em seguida, foi realizada a leitura dos resultados.

Resultados:

Ao total o banco de dados trazia 39 pacientes que foram diagnosticados com câncer de pulmão e estão presentes no banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital universitário no ano de 2017, destes, 38 cumpriam todos os critérios de inclusão.

Dos 38 pacientes incluídos, o sexo masculino apresentou uma maior incidência com 52,6% (n=20), e o feminino 47,6% com um N de 18 casos. Quando distribuídos por faixa etária as faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos apresentaram 3% de ocorrência. Não houve a notificação de casos na faixa etária de 40 a 49 anos, porém as de 50 a 59 e 60 a 69 anos, apresentaram as maiores porcentagens, sendo de 26% (n=10) e 39% (n=15), respectivamente.

Na faixa de 70 a 79 anos o resultado foi de 13% com N de 5 e na de 80 a 89 anos de 16% (n=6). A distribuição de casos por raça/cor, onde a raça parda apresenta uma maior incidência (n=29), em contrapartida nenhum caso foi observado na raça amarela e na raça indígena (TABELA 1).

Os dados relacionados a escolaridade são trazidos na tabela 1, onde o ensino fundamental incompleto apresenta uma maior incidência (n=18), seguido por nenhuma escolaridade (n=9) e apenas um paciente possui o ensino superior completo. Em relação a procedência os resultados foram divididos em capital e região metropolitana que apresentou a maior porcentagem de incidência (55,3%), e interior com uma incidência de 44,7%.

Tabela 1: Casos de câncer de pulmão segundo fatores socio econômicos, de pacientes de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.

Variável	N	Percentual
Sexo (n=38)		
Masculino	20	52,6%
Feminino	18	47,4%

Faixa Etária (n=38)		
20 a 29 anos	1	2,6%
30 a 39 anos	1	2,6%
40 a 49 anos	0	0%
50 a 59 anos	10	26,3%
60 a 69 anos	15	39,5%
70 a 79 anos	5	13,2%
80 a 89 anos	6	15,8%
Raça/cor (n=38)		
Branca	3	7,9%
Preta	2	5,3%
Amarela	0	0%
Parda	29	76,3%
Indígena	0	0%
Sem informação	4	10,5%
Escolaridade (n=38)		
Nenhuma	9	23,7%
Fundamental incompleto	18	47,3%
Fundamental completo	3	7,9%
Nível médio		
Superior incompleto	5	13,2%
Superior completo	0	0%
Sem informação	1	2,6%
	2	5,3%
Procedência (n=38)		
Capital e Região Metropolitana	21	55,3%
Interior	17	44,7%

Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Com relação a ocupação os resultados foram distribuídos em 11 categorias de profissões, onde a que apresentou maior incidência de casos foi a de trabalhadores agrícolas com 26,3%, seguida de trabalhadores que não podem ser classificados quanto a ocupação com 18,4%, a mesma porcentagem se deu para os casos em que não se tinha essa informação (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados distribuídos por ocupação de pacientes de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.

Ocupação	N	Percentual (%)
Comerciantes	2	5,3%
Condutores (motorista)	2	5,3%
Cozinheiros e trabalhadores assemelhados	3	7,9%
Pedreiros e estucadores.	1	2,6%
Professores de ensino superior	1	2,6%
Trabalhadores agrícolas (agricultor).	10	26,3%
Trabalhadores que não podem ser classificados segundo a ocupação	7	18,4%
Trabalhadores da construção civil (servente, ajudante de pedreiro).	1	2,6%
Trabalhadores de serventia (domicílios e hotéis, domestica, copeiro, baba).	1	2,6%
Trabalhadores metalúrgicos e siderúrgicos	1	2,6%
Receptionistas	1	2,6%
Sem Informação	7	18,4%
Não se aplica	1	2,6%
TOTAL	38	100%

Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

O gráfico 1 apresenta o resultado de óbito por câncer, onde expressa que 47% dos pacientes analisados foram a óbito por câncer e 34% não. E em 19% dos casos está sem informação, ou seja, o paciente foi a óbito, mas não se sabe a causa.

Gráfico 1: Resultado em relação aos casos de óbito por câncer de pulmão de pacientes de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.



Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Como expressa o gráfico 2 com relação ao histórico familiar mais da metade dos casos, 53% não tinha a informação de histórico, 29% não tinham histórico e 18% apresentavam histórico familiar de câncer.

Gráfico 2: Distribuição dos resultados quanto ao histórico familiar de câncer de pacientes de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.

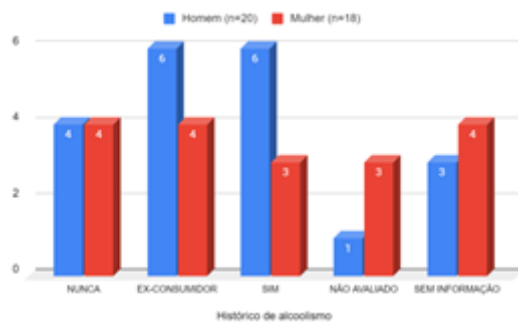


Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Outra variável analisada foi o histórico de alcoolismo que apresentou um resultado em que 26% dos casos eram ex-consumidores, 24% consumia bebida alcoólica e 21% nunca consumiu. O gráfico 3 apresenta a distribuição do histórico de bebida alcoólica por sexo, onde é notório que o sexo masculino ($n=6$) é representado em maior número quanto ao feminino ($n=3$) para o consumo de bebida alcoólica e de ex-consumidor. Com relação a nunca ter consumido bebida alcoólica ambos os sexos apresentam a mesma quantidade de casos ($n=4$). E nos casos não avaliados e sem informação o sexo feminino se sobressai.

Gráfico 3: Distribuição do histórico de alcoolismo por sexo de pacientes com câncer de pulmão de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.

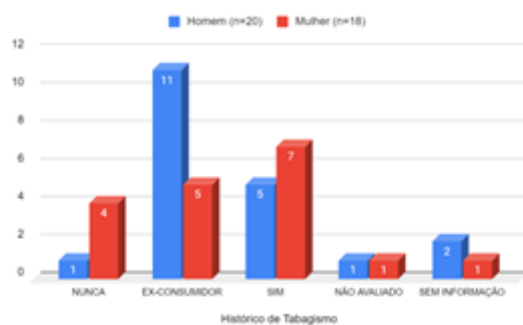


Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Quanto ao histórico de tabagismo, dentre os 38 casos analisados 42% eram ex-consumidores de tabaco, seguido de 32% que ainda faziam uso do mesmo e apenas 13% nunca consumiram. Estavam sem informação 8% e 5% não foram avaliados. Quando distribuído por sexo o histórico de tabagismo está mais prevalente no sexo feminino (n=7), enquanto o sexo masculino apresenta um maior número de ex-consumidores (n=11), 5 pacientes nunca fizeram uso do tabaco e dentre eles 4 eram do sexo feminino (gráfico 4).

Gráfico 4: Histórico de tabagismo distribuídos por sexo dos casos de câncer de pulmão de um hospital universitário. Recife-PE, 2017.



Fonte: Oliveira, Izabelle, 2021.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Discussão:

Conhecer o perfil epidemiológico traz embasamento científico para direcionar o planejamento e ações da vigilância epidemiológica de acordo com as características e particularidades de cada perfil e região. Este estudo traz o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão, em que nota-se uma predominância deste tipo de câncer no sexo masculino (52,6%), na faixa etária de 60 a 69 anos, pessoas pardas, de baixa escolaridade e trabalhadores agrícolas. A maioria era proveniente da capital e região metropolitana do estado e apresentava óbito por câncer. Dentre os casos estudados a maior parte não apresentava informação quanto ao histórico familiar e possuía histórico de alcoolismo e tabagismo.

Os resultados quanto ao sexo corroboram com o estudo de Bergamin, 2020⁽⁷⁾, que analisou o perfil epidemiológico de câncer de pulmão no Paraná, e com o estudo de Giacomelli, 2017⁽⁸⁾ que foi desenvolvido no sul do país com dados do RHC, em que ambos trazem a predominância do acometimento do câncer de pulmão em homens o que também coincide com dados do INCA^(5,9).

Neste estudo a faixa etária de maior incidência foi de 60 a 69 anos, mas acima de 50 anos observa-se que ocorre um aumento dos casos, estando de acordo com o estudo de Franceschini et.al.⁽¹⁰⁾ realizado em São Paulo com 790 pacientes que apresentou em seus resultados a faixa etária ≥ 55 e < 72 com o maior número de casos de câncer de pulmão. Outro estudo realizado por Fragoso⁽¹¹⁾ que avaliou 109 pacientes de um centro de alta complexidade em atendimento oncológico de Pernambuco apresentou uma maior quantidade de casos em pacientes de 50 a 80 anos com uma mediana de 61 anos.

Os estudos de Bergamin⁽⁷⁾ e Giacomelli⁽⁸⁾ apresentam maior número de casos na cor branca em seus resultados, o que diverge com o estudo em questão, onde a raça parda se sobressai às demais. Constituinte um dado importante que pode representar uma particularidade dos pacientes do hospital analisado.

Um estudo realizado em Pernambuco por Fragoso⁽¹¹⁾ denota que a região metropolitana do Recife abriga o maior número de casos da doença, o que também é apresentado por este artigo, outro estudo feito por Soares⁽¹²⁾ no Pará com 160 prontuários também enfatiza a região metropolitana como a que possui maior quantidade de casos dessa neoplasia, segundo Zamboni⁽¹³⁾ esse fato pode ocorrer por uma maior poluição do ar existente nas grandes cidades, o que aumenta a exposição a carcinógenos.

O nível de escolaridade mais prevalente neste estudo foi o ensino fundamental incompleto que foi apresentado por 18 pacientes, este fato se repete no estudo Soares⁽¹²⁾ e diverge dos dados mostrados por Serafim⁽¹⁴⁾ onde o analfabetismo teve maior

representatividade, neste artigo ocupou o segundo mais frequente classificado como nenhuma escolaridade.

O tabagismo constitui o principal fator de risco para o câncer de pulmão^(4,15) em concordância com a literatura^(11,12), os ex-consumidores representam o maior número de pacientes (n=16), seguido por consumidores com N de 12 de tabaco e pacientes não fumantes (n=5). O hábito de tabagismo tem apresentado crescimento na população feminina⁽¹⁶⁾, principalmente entre mulheres jovens⁽¹⁷⁾, tal fato é demonstrado nesse estudo onde a maioria dos consumidores de tabaco é representada pelo sexo feminino (n=7), enquanto o sexo masculino possui um maior número de ex-consumidores (n=11).

Segundo pesquisas o crescente consumo de tabaco entre mulheres, deve-se ao fato do aumento da inserção das mulheres no mercado de trabalho, ocasionando um aumento de suas responsabilidades, visto que ainda tinham que exercer suas funções de mães e donas de casa, levando-as a uma grande sobrecarga. É demonstrado que as mesmas começam a fumar após vivenciarem experiências negativas, buscando no consumo de tabaco um refúgio emocional e sensação de autonomia^(18,19,20).

Outra variável observada neste artigo foi o histórico de alcoolismo, em que a maioria eram ex-consumidores (n=10), seguida de consumidores com N igual a 9, e apenas 8 casos nunca fizeram o consumo de álcool, o sexo masculino se destaca em maior número de consumidores e ex-consumidores, o que está de acordo com o estudo de Soares⁽¹²⁾, em que 51,9% eram etilistas e desses 36,9% eram do sexo masculino.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão está a exposição ocupacional, em que trabalhadores rurais e da construção civil podem apresentar um risco mais elevado para o desenvolvimento da doença^(4,7) os resultados aqui apresentados estão em concordância com a literatura onde os trabalhadores agrícolas representam a maioria dos casos com 26,3%, este fato coincide com o estudo de Moreira⁽²¹⁾, realizado em Rondônia com 503 pacientes.

O câncer de pulmão constitui a maior causa de morte por câncer no mundo⁽²²⁾, em 2016 essa neoplasia representou uma estimativa de 2,3% do total de óbitos ocorridos no Brasil⁽²³⁾, seu aumento ao longo do tempo pode ser parcialmente atribuído ao crescimento e envelhecimento da população brasileira⁽²⁴⁾. Nos resultados do presente estudo 47% dos pacientes tiveram óbito por câncer, o que constitui um indicativo importante, seguido de 34% que não foram a óbito e 19% estava sem informação da causa da morte. Em um estudo realizado por Sousa⁽²⁵⁾, foram analisados os dados de óbitos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em que resultou em 866 óbitos por 50.000 habitantes, resultado bastante significativo que reflete a alta taxa de mortalidade por câncer de pulmão.

Quanto ao histórico familiar 53% dos casos estavam sem informação e 29% não apresentava histórico e apenas 18% o possuíam, resultado esse que corrobora com o estudo de Soares⁽¹²⁾ em que apenas 13,1% apresentavam histórico familiar de câncer. Esses dados estão de acordo com a literatura em que o fator hereditário está presente em poucos casos⁽²²⁾.

Com relação a ficha do RHC que serviu de base para o banco de dados em questão nota-se uma fragilidade no preenchimento dos dados, em que a maioria não apresentava informações sobre o histórico familiar de câncer e em alguns casos relacionados às outras variáveis estudadas, como o histórico de tabagismo e alcoolismo.

Conclusão:

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão nos permitiu conhecer a realidade local do HU, que na maioria dos resultados representa concordância com a literatura, divergindo na variável Raça/cor que tem a parda como predominante. É notório a alta taxa de mortalidade deste tipo de câncer representada no estudo e a influência dos fatores de risco em sua ocorrência. O consumo de tabaco se apresentou maior entre as mulheres uma característica relevante que representa uma mudança no cenário. Portanto, conhecer esse perfil foi de extrema importância pois, são cruciais para o desenvolvimento de ações direcionadas pela vigilância em câncer e para o desenvolvimento de estratégias que visem um controle da doença e diminuição das altas taxas de mortalidade.

Nota-se uma escassez de estudos atualizados quanto ao tema em questão o que se faz necessário o desenvolvimento de novas pesquisas nesse âmbito, para melhor compreensão do comportamento da doença quanto a sua epidemiologia. Algumas limitações foram encontradas com relação ao preenchimento da ficha do RHC, causadas possivelmente por dificuldades na busca de informações o que leva a falta de dados relevantes para a pesquisa.

Referências:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. novembro de 2018;68(6):394–424.
2. IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Número estimado de mortes de 2018 a 2040, todos os tipos de câncer, ambos os sexos, todas as idades [internet]. IARC, 2018; [acesso em: 10 out. 2021]. Disponível em:

https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicbar?type=1&type_sex=0&mode=population&sex=0&populations=900&cancers=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0&single_unit=500000&print=0.

3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas on-line de mortalidade [internet]. Rio de Janeiro: INCA, c2014. 1 banco de dados. Acesso restrito [acesso em: 12 set. 2021]. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml;jsessionid=3D8CF3437615E17684B41A76EEBC02D6#panelResultado>.

4. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer [internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019; [acesso em: 17 set. 2021]. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>.

5. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo vigilância do câncer. Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 E 2016 [internet]. Rio de Janeiro, n.º 7 janeiro/junho 2020; [acesso em: 8 set. 2021]. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020_0.pdf.

6. Sobel TF, Muniz ALP, Costa EDF, Sobel TF, Muniz ALP, Costa EDF. Divisão regional do desenvolvimento humano em pernambuco: uma aplicação de análise de cluster. 2008 [citado 26 de dezembro de 2021]; Disponível em:

<https://ageconsearch.umn.edu/record/109214>.

7. Bergamin LP, Da Silveira K, De Oliveira JK, Zanini EDO. Perfil epidemiológico do câncer de pulmão e brônquios em relação ao tipo histológico um estudo epidemiológico na cidade de Cascavel-PR em comparação com o Paraná. FAG J of health. 31 de março de 2020;2(1):142-8.

8. Giacomelli IP, Steidle LJM, Giacomelli IL, et al. Câncer de pulmão: dados de três anos do registro hospitalar de câncer de um hospital do sul do Brasil. Arq Catarin Med. 2017; 46(3): 129-46.

9. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [internet] / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019; [acesso em: 17 set. 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

10. Franceschini JP, Jamnik S, Santoro IL. Survival in a cohort of patients with lung cancer: the role of age and gender in prognosis. J bras pneumol. dezembro de 2017;43(6):431-6.

11. Fragoso, F. S., Costa, G. J., Leite, C. F. D. B., Souza, G. L. M. D., & Mendes, M. (2015). Pacientes com câncer de pulmão tratados no Instituto De Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP [internet]. [acesso em: 22 set. 2021]. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/487/1/Artigo%20PIBIC_Felipe%20Silva%20Fragoso.pdf.
12. SOARES, H. C. B. (2015). Caracterização epidemiológica dos portadores de câncer de pulmão atendidos no hospital universitário [internet]. [acesso em: 27 set. 2021]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br:8080/jspui/handle/2011/10099>
13. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J Pneumol 2002; 28(1): 41-7.
14. Serafim, E. C. G. (2009). A transição dos tipos histológicos do câncer de pulmão em Fortaleza-CE [internet]. [acesso em: 15 out. 2021]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1024>.
15. 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.
16. Rodrigues OR, Schmidt Júnior AF, Gross JL – Câncer de pulmão. In: Lopes, A; Iyeyasu, H; Castro, RMRPS. Oncologia para graduação. 2ª ed. São Paulo: Ed. Tecmedd, 2008; 393-405.
17. Kligerman S, White C. Epidemiology of lung cancer in women: risk factors, survival, and screening. AJR Am J Roentgenol. 2011; 196: 287- 295.
18. Samet J, Young SY. Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. World Health Organization: Geneva, 2001.
19. Rigbi A, Yakir A, Sarner-Kanyas K, Pollak Y, Lerer B. Why do young women smoke? VI. A controlled study of nicotine effects on attention: pharmacogenetic interactions. Pharmacogenomics J. 2010 [Epub ahead of print].
20. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: The Cochrane Collaboration, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [citado 27 de dezembro de 2021]. p. CD001055.pub3. Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001055.pub3>
21. Souza Moreira, B., Sebben, L. M., Gaona, T. R., Sandri, E. A., & Bassoli, B. K. Exposição ocupacional e perfil de pacientes oncológicos de regiões da fronteira agrícola amazônica em Rondônia. *Biosaúde*, 19(1), 39-49.

22. Silva Jr, W. A. D. (2009). A importância dos estudos genéticos sobre câncer de pulmão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35, 721-722.
23. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: a systematic analysis for the global burden of disease study global burden. *JAMA Oncol* [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Jun 12];3(4):524-48. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2588797>. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.5688.
24. Souza G dos S, Junger WL, Silva GA e. Tendência de mortalidade por câncer de pulmão em diferentes contextos urbanos do Brasil, 2000-2015*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. setembro de 2019 [citado 27 de dezembro de 2021];28(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000300303&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt
25. Sousa, D. M., Campos, G. L. S., Cintra, I. R., & Rodrigues, A. M. (2020). Perfil dos óbitos por câncer de pulmão nos Municípios de médio e grande porte de Rondônia. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 16933-16943.

5 CONCLUSÃO

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes com câncer de pulmão nos permitiu conhecer a realidade local do HU, que na maioria dos resultados representa concordância com a literatura, divergindo na variável Raça/cor que tem a parda como predominante. É notório a alta taxa de mortalidade deste tipo de câncer representada no estudo e a influência dos fatores de risco em sua ocorrência. O consumo de tabaco se apresentou maior entre as mulheres uma característica relevante que representa uma mudança no cenário. Portanto, conhecer esse perfil foi de extrema importância pois, são cruciais para o desenvolvimento de ações direcionadas pela vigilância em câncer e para o desenvolvimento de estratégias que visem um controle da doença e diminuição das altas taxas de mortalidade.

Nota-se uma escassez de estudos atualizados quanto ao tema em questão o que se faz necessário o desenvolvimento de novas pesquisas nesse âmbito, para melhor compreensão do comportamento da doença quanto a sua epidemiologia. Algumas limitações foram encontradas com relação ao preenchimento da ficha do RHC, causadas possivelmente por dificuldades na busca de informações o que leva a falta de dados relevantes para a pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Luiz Henrique et al. Câncer de pulmão no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000100055&lang=pt Acesso em: 23 set. 2021.
- BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.
- BRAY, F. et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. **Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014**. (IARC Technical Publication No. 43). 2015. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/33502836>. Acesso em: 16 set. 2021.
- DE OLIVEIRA, Andrea Santos et al. Registros hospitalares de câncer em Pernambuco: da gestão ao registro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 21-28, 2017.
- IARC. International Agency for Research on Cancer; World Health Organization. **Número estimado de mortes de 2018 a 2040, todos os tipos de câncer, ambos os sexos, todas as idades** [internet]. IARC, 2018. Disponível em: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicbartype=1&type_sex=0&mode=population&sex=0&populations=900&cancers=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0&single_unit=500000&print=0. Acesso em: 10 out. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de pulmão - versão para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao/profissional-de-saude>. Acesso em: 15 out. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Registros Hospitalares de Câncer: planejamento e gestão**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 28 set. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas on-line de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, c2014. 1 banco de dados. Acesso restrito. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml?jsessionid=3D8CF3437615E17684B41A76EEBC02D6#panelResultado>. Acesso em: 19 set. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Informativo vigilância do câncer. perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 E 2016**. Rio de Janeiro, n.º 7 janeiro/junho 2020. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020_0.pdf. Acesso em: 19 set 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA, **Informação dos Registros Hospitalares de Câncer como estratégia de transformação**: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2012. 98 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KLIGERMAN, Seth; WHITE, Charles. Epidemiology of lung cancer in women: risk factors, survival, and screening. **American journal of roentgenology**, Springfield, v. 196, n. 2, p. 287-295, 2011

LUMLEY, Judith et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, n. 3, 2009.

RIGBI, A. et al. Why do young women smoke? VI. A controlled study of nicotine effects on attention: pharmacogenetic interactions. **The pharmacogenomics journal**, Avenet, v. 11, n. 1, p. 45-52, 2011.

RODRIGUES, O.R.; SCHMIDT JÚNIOR, A .F.; GROSS, J. L. Câncer de pulmão. In: LOPES, A. et al. **Oncologia para graduação**. 2.ed. São Paulo: Ed. Tecmedd, 393-405, 2008.

SAMET, Jonathan M. et al. **Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century**. Geneva: World Health Organization, 2001.

ZUKIN, Mauro *et al.* Tumores Sólidos: biologia molecular do câncer de pulmão. In: HOFF, Paulo Marcelo Gehm (ed.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 110. p. 1531-1532.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

Instruções aos autores

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) é um periódico vinculado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e tem como missão disseminar o conhecimento científico, desenvolvido por pesquisadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem. O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde e da Enfermagem.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, revisão e editorial.

Respeitando as normas internacionais de boas práticas de editoração, a REE acompanha as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE).

Para contribuir com o avanço e qualidade da produção do conhecimento científico, a REE adota as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), para divulgar resultados de estudos clínicos, para os quais é obrigatório apresentação do número de registro.

Para os demais estudos recomenda-se também a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos, os quais podem ser acessados nos links abaixo:

- Para todos os tipos de estudos usar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 – checklist);
- **Ensaio clínico randomizado:** CONSORT;
- **Revisão sistemática e metanálise:** PRISMA; ENTREQ, para sínteses de pesquisa qualitativas;
- **Estudos epidemiológicos:** STROBE;

- **Estudos qualitativos:** COREQ.

A REE desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos. Estudos de revisão realizados há mais de um ano não serão publicados sem a devida atualização.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da REE.

CATEGORIAS DE TEXTOS PUBLICADOS

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

- **Editorial:** destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde, podendo ser convidados especialistas, por interesse da Comissão Editorial. O texto deve ser limitado a 1.200 palavras e até 10 referências.
- **Artigos Originais:** são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.
- **Artigos de Revisão:** Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes

a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluam estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras, sem contar o conteúdo das ilustrações (quadros e tabelas) e as referências.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa de avaliação, pela Comissão de Editoração, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do seu conteúdo à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na primeira etapa os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pelo Editor Associado que, junto dos pareceres dos consultores pode também encaminhar solicitações para adequação do texto ao escopo da REE, considerando, especialmente, o cumprimento das normas de publicação e o rigor teórico-metodológico. A decisão do processo de avaliação é disponibilizada no sistema para os autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Junto dos pareceres e manuscritos com sugestões, os autores também recebem instruções para encaminhar carta resposta junto da versão corrigida indicando o atendimento das recomendações dos consultores e editores. A carta resposta deve ser encaminhada como documento complementar, juntamente com o envio das novas versões com as correções sugeridas. Em caso de reformulação, cabe ao Editor Associado o acompanhamento das alterações. A aprovação final do artigo é feita pela Comissão Editorial.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para

pesquisas realizadas no Brasil, deve ser indicado o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio da versão final aprovada pelos consultores e Comissão de Editoração.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, que emitirá um protocolo de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Title Page no formato .doc ou .docx;
- Arquivo do manuscrito no formato .doc ou .docx;
- Declaração de autoria e transferência de direitos;
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF e enviados pelo sistema de submissão.

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

Os custos de publicação para o autor incluem:

- a. Pagamento da taxa de publicação para a Revista Eletrônica de Enfermagem por meio da Fundação de Apoio à Pesquisa – FUNAPE no valor de R\$ 1.000,00 (Mil reais).
- Forma de pagamento da taxa de publicação: depósito ou transferência bancária
- Dados bancários para depósito ou transferência bancária:
 - Favorecido: FUNAPE - Revista Eletrônica de Enfermagem
 - CNPJ: 00.799.205/0001-89
 - Banco do Brasil (Código do Banco: 001)
 - Agência: 0086-8
 - Conta Corrente: 20251-7
- Dados bancários para transferências internacionais:
 - SWIFT: BRASBRRJBSA
 - IBAN: BR25000000000000860000183610C1
- b. Pagamento tradução do artigo para o inglês, em versões encaminhadas em português ou espanhol e, em português para os enviados em inglês, que deve ser feito diretamente com os tradutores credenciados na Revista Eletrônica de Enfermagem.

A Revista Eletrônica de Enfermagem se reserva o direito de indicação dos tradutores por ela credenciados.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Para a composição do texto a REE adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver).

Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

Estrutura do artigo

Os manuscritos devem ser estruturados contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem. Recomenda-se a utilização de guias internacionais no preparo dos manuscritos.

Para a contagem do número de palavras deve-se desconsiderar o título, o resumo, as ilustrações e as referências.

- **Introdução:** texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa, elaborada com base em lacunas do conhecimento que sustentem a justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.
- **Métodos:** definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.
- **Discussão:** deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas. Apresentar limitações do estudo.
- **Conclusão:** texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Apresentar as lacunas decorrentes da

realização da investigação, mostrando potenciais aspectos para pesquisas futuras. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

Formatação do manuscrito

- Formato .doc ou .docx;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana 10 pt, em todo o texto;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

Autoria

- Os autores devem ser identificados exclusivamente numa página separada do manuscrito - **Title Page**. Devem vir por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome, constando as seguintes informações: **nome completo, E-mail (preferencialmente institucional), Instituição de origem e número de registro ORCID**.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.
- O número máximo de autores é limitado a seis (06). Em casos excepcionais poderá ser acrescentado mais autores, entretanto esses casos serão julgados pela Comissão Editorial frente a justificativa apresentada pelos mesmos.

Título

- Deve ser colocado na Title Page e na primeira página do Manuscrito, no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Resumo

- Deve ser estruturado em objetivos, método, resultados e conclusão, redigido em parágrafo único, apresentado na primeira página do manuscrito e conter

entre 100 a 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores

- Devem ser apresentados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores ao final do resumo, que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde, usando o descritor exato.

Siglas e abreviações

- O uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé

- Devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações

- São permitidas tabelas ou figuras (quadros, gráficos, desenhos, fluxogramas e fotos) que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez.
- As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>;
- Os títulos das tabelas devem ser concisos e precisos indicando o local do estudo e ano a que se referem os dados e apresentados acima da tabela.
- Os títulos das figuras devem ser concisos, precisos e apresentados acima das figuras.

Citações

- As citações “*ipsis literis*” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto.
- As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências

- São permitidas até 25 referências em artigos originais. Para os de revisão não há restrição. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Dissertações, teses, livros, documentos oficiais, resumos em anais de eventos e links da Internet são considerados textos de literatura cinzenta e deve ser restrita a no máximo três citações por artigo. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação de referências sequenciais separe-as por um traço [ex. (1-3)].
- Ao fazer a citação de referências intercaladas separe-as por vírgula [ex. (2,6,11)].
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE.

Agradecimentos e Financiamentos

- Agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados na Title Page.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais

- Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado.
- Os títulos abreviados devem ser obtidos na NCBI database records ou o título abreviado usado na Scientific Electronic Library Online - SciELO.
- Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.