

Documentos das Comissões de Trabalho

Working Committee Documents

Bárbara Parente^{1,2} T Cardoso²
H Queiroga² L Ferreira²
E Teixeira² F Nogueira²
R Sotto-Mayor² J Duarte²
F Barata² E Semedo²
A Sousa² U Brito²
MJ Melo² F Pimentel²
F João² S Barros²
R Neveda² F Costa²
J Cunha² T Almodôvar²
A Fernandes² A Araújo²
M Manuel²

Estudo epidemiológico do cancro do pulmão em Portugal nos anos de 2000/2002

Epidemiological study of lung cancer in Portugal (2000/2002)

Recebido para publicação/received for publication: 06.11.14

Aceite para publicação/accepted for publication: 06.12.11

Resumo

O cancro do pulmão é a causa mais comum de cancro no Mundo. A sobrevida global aos 5 anos é de cerca de 15%, sem grandes previsões de mudança. Em Portugal, relativamente à doença oncológica, situa-se em terceiro lugar, sendo a primeira causa de morte por cancro. O tabaco é responsável por cerca de 85% dos casos. Um estudo efectuado em Portugal durante 3 anos (2000/2002) pela *Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica da Sociedade Portuguesa de Pneumologia* em 22 hospitais, mostrou que, de um total de 4396 doentes com cancro do pulmão, 81,8% se referem ao sexo masculino e 18,2% ao sexo feminino, com uma média etária de $64,49 \pm 11,28$ anos. Cerca de 70% dos doentes era fumador ou ex-fumador, com 50,3% com *performance status* (PS) grau I da escala de Zubrod.

Do ponto de vista histológico, 37,5% eram adenocarcinomas, seguido do carcinoma epidermóide com 30,5% dos casos e dos tumores de pequenas células com 12,5%; carcinomas neuroendócrinos em 1,4% dos casos; CPNPC 10,5%, mistos em 0,7%, carcino-

Abstract

Lung cancer is the most common form of cancer death in the world. Five-year survival is about 15%, without any change to this picture envisaged.

It is the 3rd most prevalent type of cancer in Portugal and the primary cause of cancer death. 85% of lung cancer cases are attributable to smoking.

One study performed in Portugal for 3 years (2000/2002) by the *Lung Oncology Work Committee of the Portuguese Society of Pulmonology* in 22 Hospitals showed that of a total of 4396 patients with lung cancer, 81.8% were male and 18.2% were female, with a mean age of 64.49 ± 11.28 years. About 70% of patients were smokers or former smokers, with 50.3% of patients presenting with performance status (*Zubrod*) 1. Histologically, 37.5% were adenocarcinoma, followed by squamous carcinoma in 30.5% of cases, and small cell lung cancer in 12.5%; neuroendocrine carcinoma presented in 1.4% of cases; non small cell lung cancer in 10.5%; mixed carcinoma in 0.7%; large cell carci-

¹ Coordenadora da Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica (2000/2002). Relatora do documento.

² Participantes

mas de grandes células em 2,3% e outros e não especificados em 4,6% dos casos,

O estadiamento, efectuado em 4097 casos, mostrou 113 doentes no estágio IA (2,8%) e 250 (6,1%) no IB; no estágio IIA apenas 0,8 % e 4,5% no IIB; no estágio IIIA 9,1% dos doentes, comparativamente ao IIIB com 29,9% dos casos, encontrando-se 46,9 % dos doentes já no estágio IV na altura do diagnóstico.

Em 3855 dos casos foi possível determinar a primeira opção terapêutica.

Foi efectuada cirurgia em 8,2% e terapêuticas combinadas (combinações de cirurgia com quimioterapia, ou radioterapia, ou a associação de QT com RT) em 21,8% dos casos; a QT isolada como primeira opção terapêutica foi efectuada em 43,7% dos doentes e em 20,3% apenas terapêutica de suporte.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (2): 255-265

Palavras-chave: Cancro do pulmão, epidemiologia, tabagismo, terapêutica, Portugal.

noma in 2.3%; and others/not specified in 4.6% of cases.

Staging (known in 4097 patients), showed 113 patients in stage IA (2.8%) and 250 patients in stage IB (6.1%); only 0.8% in stage IIA and 4.5% in stage IIB; 9.1% in stage IIIA and 29.9% in stage IIIB; 46.9% were already in stage IV by the time of diagnosis.

The first therapeutic option was known in 3855 patients.

Surgery was performed in 8.2% and 21.8% of cases were treated with combined therapies (surgery and chemotherapy or radiotherapy, or combination of chemotherapy and radiotherapy); chemotherapy alone was first choice in 43.7% of patients and in 20.3% only best support therapy was chosen.

Rev Port Pneumol 2007; XIII (2): 255-265

Key-words: Lung cancer, epidemiology, smoking, therapeutic, Portugal.

Introdução

A neoplasia do pulmão é uma das mais frequentes em Portugal, sendo responsável por um grande número de mortes, quer no sexo masculino quer no sexo feminino. É o mais frequentemente diagnosticado no mundo e a causa de morte mais comum por cancro, quer em homens quer em mulheres.

Em Portugal estima-se uma incidência de cerca de 3400 novos casos nos últimos anos, com aumento do número na mulher.

Os doentes são diagnosticados muito tardiamente, sendo que apenas cerca de 20% se encontra em estágio cirúrgico.

Em Portugal¹ estima-se incidência bruta actual de 34/100 000 com 28/100 000 novos

casos para o homem e 6/100 000 para a mulher.

A Comissão de Trabalho de Pneumologia Oncológica, da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), decidiu efectuar um trabalho de recolha de dados de cancro do pulmão, diagnosticados em hospitais portugueses, tendo o referido estudo visado caracterizar os doentes com aquela neoplasia no período de 2000 a 2002.

Metodologia

Foi efectuado um registo sistematizado, numa base de dados do programa Excel, distribuída previamente aos hospitais e recolhidas anualmente, referente aos doentes com

cancro do pulmão, em 22 hospitais portugueses, localizados no Norte, Centro e Sul do país, tendo sido recolhidos dados relativos a características demográficas, hábitos tabágicos, tipo histológico, estadiamento e opção terapêutica.

Os dados foram estudados de acordo com a idade, sexo, tipo histológico da neoplasia, com o estadiamento, a escala de Zubrod (*performance status*) e a presença ou não de hábitos tabágicos.

As variáveis foram analisadas tendo-se utilizado métodos de estatística descritiva, nomeadamente tabelas de frequência e tabelas de contingência para as variáveis categóricas, e média, desvio-padrão, máximos e mínimos para as variáveis contínuas.

A análise da associação entre variáveis de caracterização global – hábitos tabágicos e variáveis de caracterização clínica – tipo histológico, estadiamento do tumor e *performance status* segundo a escala de Zubrod foi efectuada através de curvas de Kaplan-Meier.

Assumiu-se um nível de significância estatística de 95%.

Resultados

Foram analisados os registos de 4396 processos de doentes com neoplasia do pulmão observados em consulta nos anos de 2000, 2001 e 2002 nos seguintes hospitais: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Hospital de São João (Porto), Hospital de Santa Maria (Lisboa), Centro Hospitalar de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Pulido Valente (Lisboa), Hospital Pedro Hispano (Matosinhos), Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo), Hospital de S. Marcos (Braga), Hospital de Vila Real, Hospital Sra. da Oliveira (Guimarães), Hospital de Évora, Hospital da Guarda, Hospital Egas Moniz (Lisboa), Hospital Garcia de Orta (Almada), Hospital Joaquim Urbano (Porto), Hospital São Bernardo (Setúbal), Hospital Distrital de Faro, Hospital de São Sebastião (Sta Maria da Feira), Hospital de Vila Nova de Famalicão, IPO do Porto e IPO de Lisboa.

As **características globais dos doentes** foram resumidas no Quadro I.

Do total dos doentes avaliados, 81,8 % eram do sexo masculino e 18,1% do sexo femini-

Quadro I – Caracterização global dos doentes (n = 4396)

	Número (n)	Percentagem (%)
Sexo: Feminino / masculino	797/ 3596	18,1/ 81,8
Idade média ± desvio padrão	64,49 ± 11,28	
Habitos tabágicos	3847	
Fumador	2185	56,8
Ex-fumador	751	19,5
Não fumador	911	23,7
Estado geral / Zubrod	3737	
0	332	8,9
1	1879	50,3
2	948	25,4
3	442	11,8
4	136	3,6

no, com uma média etária global de 64,49 anos e um desvio-padrão de $\pm 11,28$ anos. De notar que apenas 23,7 % de doentes eram não fumadores, representando ainda os fumadores activos cerca de 56,8% (Quadro I). Relativamente à *performance status* dos doentes (escala de Zubrod), só 8,9 % se encontrava assintomático à data do diagnóstico (Zubrod 0), encontrando-se 50,3 % com Zubrod 1; com Zubrod 3 e 4 foram classificados 15,4% dos doentes.

O adenocarcinoma (Quadro II) foi o tipo histológico mais frequente. O carcinoma epidermóide e o CPPC, tumores mais na dependência do tabaco, têm vindo a reduzir sucessivamente aos longos dos anos, representando (este último) nestes três anos cerca de 12,6 % do total dos casos.

A maioria dos doentes analisados (Quadro III) tinha neoplasia em estágio IIIB/ IV (76,8%).

Quadro II – Caracterização por tipo histológico (n= 4396)

Tipo histológico	n	%
Adenocarcinoma	1656	37,5
Carcinoma epidermóide	1320	30,5
CPPC/NE	553/63	12,5/1,4
CPNPC	464	10,5
Carcinomas mistos	33	0,7
Carcinomas de grandes células	99	2,3
Outros	128	2,8
N/especif.	80	1,8

Quadro III – Caracterização dos estádios

Estadiamento (n=4097)	Número de doentes	Percentagem (%)
IA / IB	113 / 250	2,8 / 6,1
IIA / IIB	32 / 184	0,8 / 4,5
IIIA / IIIB	373 / 1223	9,1 / 29,9
IV	1922	46,9

Quadro IV – Relação sexo / estágio (n=4097)

Estádio	Sexo feminino	Sexo masculino	P (sig) §
I A	35 31,0%	78 69,0%	< 0,001
I B	52 20,8%	198 79,2%	
II A	1 3,1%	31 96,9%	
II B	32 17,4%	152 82,6%	
III A	58 15,5%	315 84,5%	
III B	184 15,0%	1039 85,0%	
IV	380 19,8%	1542 80,2%	

§ Pearson qui-quadrado

Restando 23,2% para estádios eventualmente cirúrgicos (única terapêutica até agora potencialmente curável).

Na apreciação que efectuámos da relação sexo e tipo histológico (Quadro V), verificou-se que o adenocarcinoma, comparativamente ao carcinoma epidermóide, tem uma muito maior expressão no sexo feminino 28,3% *vs* 7,2 %, apresentando-se o CPPC nas mulheres apenas em 10,5% dos casos, dado ser um tipo histológico eminentemente ligado aos hábitos tabágicos.

Análise por hábitos tabágicos

Apesar do aumento crescente dos hábitos tabágicos na mulher (20,9% das doentes são fumadoras ou ex-fumadoras), continua a verificar-se ainda um aumento acentuado dos hábitos tabágicos do homem, comparativamente à mulher, situação que tem tendência a reduzir de uma forma progressiva. Nesta série, 10,3% dos homens era não fumador

Quadro V – Relação sexo / tipo histológico (n=4393)

Tipo histológico	Sexo feminino	Sexo masculino	p (sig) §
Não especificado	23 72,9%	62 27,1%	< 0,001
Adenocarcinoma	468 28,3%	1188 71,7%	
CPNPC	71 15,3%	393 84,7%	
Carcinoma epidermóide	95 7,2%	1225 92,8%	
Carcinoma de grandes células	10 11,2%	79 88,8%	
Carcinoma misto	8 24,2%	25 75,8%	
Carcinoma neuroendócrino	24 38,1%	39 61,9%	
Outros	39 30,5%	89 69,5%	
Carcinoma de pequenas células	58 10,5%	495 89,5%	

§ Pearson qui-quadrado

versus 79,1% das mulheres não fumadora (Quadro VI).

Contudo, ser fumador (Quadro VII) era uma característica comum à maioria dos doentes, independentemente do tipo de carcinoma, ou seja, o número de fumadores em qualquer tipo histológico era significativamente superior ao de não fumadores e ex-fumadores, excepto no carcinoma neuroendócrino (maioria de doentes não fumadores). Relativamente aos ex-fumadores, foi possível verificar que a maioria tinha carcinoma epidermóide.

Não existe relação entre o estágio da doença e o hábito ou não de fumar (Quadros VIII e IX), bem como com o estado geral (Zubrod). O número de doentes fumadores foi estatisticamente superior aos outros doentes, independentemente da classificação do estado geral segundo a escala de Zubrod. Por outro lado, a análise da *performance status* (PS) permite concluir que o número de doentes de PS 1 é estatisticamente superior ao dos outros níveis, quaisquer que sejam os seus hábitos tabágicos.

Quadro VI – Sexo / hábitos tabágicos

	Fumador	Não fumador	Ex-fumador
Sexo masculino n=3100	2065 (66,6%)	715 (23,1%)	320 (10,3%)
Sexo feminino n=747	120 (16,1%)	36 (4,8%)	591 (79,1%)

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO CANCRO DO PULMÃO EM PORTUGAL NOS ANOS DE 2000/2002

Bárbara Parente, H Queiroga, E Teixeira, R Sotto-Mayor, F Barata, A Sousa, MJ Melo, F João, R Neveda, J Cunha, A Fernandes, M Manuel, T Cardoso, L Ferreira, F Nogueira, J Duarte, E Semedo, U Brito, F Pimentel, S Barros, F Costa, T Almodôvar, A Araújo

Quadro VII – Tipo histológico / hábitos tabágicos

	Fumador	Não fumador	Ex-fumador	p (sig) §
Não especificado	28 47,5%	23 39,0%	8 13,6%	< 0,001
Adenocarcinoma	683 48,1%	513 36,2%	223 15,7%	
CPNPC	237 56,7%	83 19,9%	98 23,4%	
Carcinoma epidermóide	752 64,1%	122 10,4%	299 25,5%	
Carcinoma grandes células	46 58,2%	15 19,0%	18 22,8%	
Misto	18 54,5%	7 21,2%	8 24,2%	
Neuroendócrino	18 30,5%	33 55,9%	8 13,6%	
Outros	53 44,9%	50 42,4%	15 12,7%	
Carcinoma de pequenas células	349 71,7%	64 13,1%	74 15,2%	

§ Pearson qui-quadrado

Quadro VIII – Hábitos tabágicos / estágio

	Fumador	Não fumador	Ex-fumador	p (sig) §
I A	42 2,0%	42 4,9%	20 2,8%	< 0,001
I B	109 5,3%	62 7,2%	52 7,2%	
II A	17 0,8%	5 0,6%	6 0,8%	
II B	88 4,3%	32 3,7%	40 5,5%	
III A	192 9,4%	61 7,1%	80 11,0%	
III B	652 31,8%	233 27,1%	209 28,9%	
IV	950 46,3%	426 49,5%	317 43,8%	

§ Pearson qui-quadrado

Quadro IX – Hábitos tabágicos / estado geral (Zubrod)

	Fumador	Não fumador	Ex-fumador	p (sig) §
0	135 7,3%	78 9,9%	53 7,9%	0,007
1	895 48,2%	391 49,6%	355 52,8%	
2	519 28,0%	177 22,4%	174 25,9%	
3	226 12,2%	114 14,4%	71 10,6%	
4	81 4,4%	29 3,7%	19 2,8%	

§ Pearson qui-quadrado

Análise por tipos histológicos

A análise do tipo histológico pelo PS dos doentes mostrou que todos os tipos histológicos se encontravam em número significativamente mais elevado no PS 1 (Quadro X). Em todos os tipos histológicos, a percenta-

gem de doentes com idade superior a 60 anos ultrapassou os 50% (Quadro XI).

Nos tumores epidermóides, 73,2% dos doentes tem mais de 60 anos, o que está de acordo com os números relativos, quer à Europa, quer ao resto do mundo ².

Quadro X – Tipo histológico / estado geral (Zubrod)

Tipo histológico	0	1	2	3	4	p (sig) §
Não especificado	7 12,3%	22 38,6%	10 17,5%	14 24,6%	4 7,0%	< 0,001
Adenocarcinomas	168 11,7%	730 50,9%	348 24,3%	159 11,1%	28 2,0%	
CPNPC	23 6,0%	186 48,3%	93 24,2%	56 14,5%	27 7,0%	
Epidermóide	74 6,5%	585 51,8%	306 27,1%	118 10,4%	47 4,2%	
Grandes células	9 13,0%	27 39,1%	23 33,3%	10 14,5%	0	
Misto	4 12,9%	18 58,1%	4 12,9%	5 16,1%	0	
Neuroendócrino	8 15,1%	36 67,9%	5 9,4%	3 5,7%	1 1,9%	
Outros	14 13,1%	43 40,2%	22 20,6%	19 17,8%	9 8,4%	
Pequenas células	23 4,9%	232 49,4%	137 29,1%	58 12,3%	20 4,3%	

§ Pearson qui-quadrado

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO CANCRO DO PULMÃO EM PORTUGAL NOS ANOS DE 2000/2002

Bárbara Parente, H Queiroga, E Teixeira, R Sotto-Mayor, F Barata, A Sousa, MJ Melo, F João, R Neveda, J Cunha, A Fernandes, M Manuel, T Cardoso, L Ferreira, F Nogueira, J Duarte, E Semedo, U Brito, F Pimentel, S Barros, F Costa, T Almodôvar, A Araújo

Quadro XI – Grupo etário / tipo histológico (n=4337)

Tipo histológico	< 30 anos	30-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	> 60 anos	p (sig) §
Não especificado		1 1,4%	4 5,6%	11 15,3%	56 77,8%	<0.001
Adenocarcinomas	1 0,1%	45 2,7%	208 12,7%	368 22,5%	1016 62,0%	
CPNPC		9 2,0%	47 10,3%	91 19,9%	311 67,9%	
Carcinoma epidermóide		12 0,9%	93 7,1%	247 18,8%	961 73,2%	
Carcinoma de grandes células	1 1,1%	2 2,3%	8 9,1%	29 33,0%	48 54,5%	
Carcinoma misto			1 3,0%	10 30,3%	22 66,7%	
Carcinoma neuroendócrino	4 6,3%	4 6,3%	12 19,0%	7 11,1%	36 57,1%	
Outros	3 2,4%	5 4,0%	10 7,9%	16 12,7%	92 73,0%	
CPPC		14 2,6%	55 10,1%	135 24,8%	340 62,5%	

§ Pearson qui-quadrado

Análise por regiões

Relativamente ao número de doentes por região geográfica (Quadro XII), do universo de hospitais que participaram neste trabalho (como referido na listagem dos hospitais), 10 pertencem geograficamente à região Norte, 4 à região Centro e 9 à região Sul.

Os estádios não mostraram diferenças com significado estatístico de região para região, quer nos estádios localizados, quer na doença avançada (Quadro XIII).

Quadro XII – Distribuição dos doentes por regiões

Região geográfica	Número de doentes	Porcentagem
Norte	2133	48,5
Centro	690	15,7
Sul	1573	35,8

Quadro XIII – Estádios por regiões

	Norte	Centro	Sul	p (sig) §
I A	45 2,3%	18 2,7%	50 3,3%	< 0,001
I B	89 4,6%	54 8,1%	107 7,1%	
II A	13 0,7%	4 0,6%	15 1,0%	
II B	75 3,9%	28 4,2%	81 5,4%	
III A	169 8,8%	52 7,9%	152 10,1%	
III B	665 34,4%	160 24,2%	398 26,5%	
IV	876 45,3%	346 52,3%	700 46,6%	

§ Pearson qui-quadrado

Relativamente à distribuição dos tipos histológicos pelas três regiões do país, também não foram encontradas diferenças com significado estatístico (Quadro XIV).

Também em relação aos hábitos tabágicos não se verificou haver diferenças no hábito de região para região (Quadro XV).

Quadro XIV – Tipo histológico por regiões

Tipo histológico	Norte	Centro	Sul	p (sig) §
Não especificado	25 1,2%	6 0,9%	57 3,6%	< 0,001
Adenocarcinoma	813 38,1%	265 38,4%	578 36,7%	
CPNPC	228 10,7%	43 6,2%	193 12,3%	
Carcinoma epidermóide	617 28,9%	231 33,5%	472 30,0%	
Carcinoma de grandes células	43 2,0%	23 3,3%	23 1,5%	
Carcinoma misto	11 0,5%	13 1,9%	9 0,6%	
Neuroendócrino	32 1,5%	11 1,6%	20 1,3%	
Outros	63 3,0%	7 1,0%	58 3,7%	
Carcinoma de pequenas células	301 14,1%	91 13,2%	161 10,2%	

§ Pearson qui-quadrado

Quadro XV – Hábitos tabágicos por regiões

Estado tabágico	Norte	Centro	Sul	p (sig) §
Fumador	1200 61,1%	259 41,2%	726 57,9%	< 0,001
Não fumador	461 23,5%	221 35,1%	229 18,3%	
Ex-fumador	303 15,4%	149 23,7%	299 23,8%	

§ Pearson qui-quadrado

Análise das terapêuticas efectuadas

De referir (Quadro XVI) que a percentagem média dos doentes submetidos a ressecção cirúrgica se apresenta baixa relativamente a outros países (8,2 %), embora cerca de 40 % das terapêuticas combinadas se refira à cirurgia associada a outras terapêuticas adjuvantes. Atendendo ao estágio avançado da grande maioria dos doentes à data do diagnóstico, é a quimioterapia (QT) a terapêutica mais frequentemente efectuada (43,7% dos casos). Fomos avaliar em que grupos etários se encontravam os doentes que efectuaram a melhor terapêutica de suporte (Quadro XVII). Não sendo a idade uma contra-indicação a nenhuma das terapêuticas, é nas idades mais avançadas que o risco de co-morbilidades é maior, daí que 81,2 % das terapêuticas de suporte fosse efectuada em doentes com mais de 60 anos.

Quadro XVI – Terapêuticas efectuadas

Terapêutica	Frequência	Percentagem
Cirurgia	315	8,2
Combinada	842	21,8
Quimioterapia	1684	43,7
Radioterapia	230	6,0
Suporte	784	20,3
Total	3855	100,0

Quadro XVII – Melhor terapêutica de suporte (n = 784 / 20,3%): Frequência com a idade

Grupos etários	Frequência	Percentagem
< 30 anos	1	0,1
30 – 40 anos	6	0,8
41 – 50 anos	42	5,4
51 – 60 anos	91	11,7
> 60 anos	640	82,1
Total	784	100,0

Comentário final e agradecimentos

Da comparação deste trabalho com um outro publicado em 1993³, e referente aos anos de 1988/90, também da responsabilidade da *Comissão de Trabalho da Pneumologia Oncológica*, verifica-se a participação de um maior número de hospitais (10 *versus* 22), o que torna a amostra mais representativa, a que não é alheio factores como o desenvolvimento da tecnologia do registo de dados e também a criação de novos centros em Portugal que tratam o cancro do pulmão.

No entanto, a idade de aparecimento da doença mantém-se sem alterações importantes, mas nota-se já uma tendência (após 13 anos) para o aumento de cancro de pulmão na mulher (15,5% *vs* 18,1%). Os hábitos tabágicos também não mostram tendência a reduzir nesta população (provavelmente porque embora estabilize no homem, está a aumentar na mulher), apesar das actuais campanhas anti-tabágicas e das múltiplas consultas de desabilitação tabágica.

Nos tipos histológicos verifica-se nesta série, como na Europa em geral e no resto do Mundo⁵ um aumento muito acentuado do adenocarcinoma, com uma correspondente redução do carcinoma epidermóide. Em 1998/90, o tipo histológico que se situava em primeiro lugar era o carcinoma epidermóide, com 46% *vs* 30% da série actual, e o adenocarcinoma, com 25,2% *vs* 37,5%, o que actualmente o coloca no primeiro lugar, situação que é atribuída hoje a causas multifactoriais⁴.

O CPPC não tem sofrido alterações significativas ao longo dos anos.

Também a nível do estadiamento⁵, não encontramos alterações entre as duas séries, nomeadamente nos estádios cirúrgicos (I e II), embora se admita que o a correlação não

se possa efectuar duma forma exacta, dado que hoje se realiza um mais rigoroso estadiamento, pelos meios que temos ao nosso dispor.

Continua a verificar-se o diagnóstico tardio na grande maioria dos doentes, o que configura dificuldades de diagnóstico precoce.

Apesar de todas as dificuldades encontradas na elaboração deste trabalho, parece-nos que o mesmo se reveste de maior interesse, dadas as limitações ainda hoje existentes na obtenção dum alargado leque de ítems, que melhor nos permita caracterizar o cancro do pulmão em Portugal, não só nas suas vertentes demográficas, como também nos tipos histológicos, estadiamento e orientações terapêuticas dos doentes portugueses.

Queríamos assim agradecer a todos os colegas que gentilmente, e ano após ano, foram registando os doentes das suas unidades, pois, sem o esforço de todos, este trabalho não teria sido possível.

Os profissionais envolvidos estão motivados para o diagnóstico precoce da CP, verificando-se já uma uniformização de metodologias de estudo e tratamento; ficou expressa a adesão progressiva ao trabalho de grupo.

Esta parece-nos ser uma forma de avançarmos no conhecimento e melhoria da reali-

dade no diagnóstico e tratamento do cancro do pulmão em Portugal.

É pois um trabalho que merece ter continuidade, alterando e aperfeiçoando o que se mostrar importante.

Bárbara Parente

Bibliografia

1. Parente B, Queiroga H, Cunha J, Fernandes A, *et al.* Estudo Epidemiológico do Cancro do pulmão no Norte de Portugal. Resultados de 5 anos (2000/2004). Rev Port Pneumol 2006; XII(2, supl 1):S41.
2. Ernster VL, Mustacchi P, Osann KE. Epidemiology of lung cancer. In Murray JF, Nadel JA (eds). Textbook of Respiratory Medicine. 2nd ed Philadelphia (PA): W B Saunders Company 1994; 504-27.
3. Queiroga H, Parente B. Dados estatísticos de 10 serviços hospitalares. Arq S P P R 1993; X(3):177-84.
4. Maryska LG, Janssen-Heijnen, Jan William W, *et al.* Is there a common etiology for the rising incidence of decreasing survival with adenocarcinoma of the lung? Epidemiology 2001; 12:256-8.
5. Mountain CF. Revision of the International System for Staging lung cancer. Chest 1997; 111:1710-7.
6. Peto R., Darby S, Deo H, *et al.* Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with case control studies. BMJ 2000; 321(725):323-9.