

Graça Rodrigues¹
David Costa²
Lúcia Rocha³
Ada Monteiro⁴
Elisabete Mendes⁵

**Avaliação sociológica de doentes com cancro do pulmão
– Estudo casuístico em Internamento hospitalar***

***Sociological evaluation of patients with lung cancer –
Revision study in hospital patients***

Recebido para publicação/received for publication: 04.10.19
Aceite para publicação/accepted for publication: 05.04.28

Resumo

O cancro do pulmão era uma doença pouco conhecida até meados do século XX, altura em que se tornou numa das mais importantes causas de morbilidade e na mais importante causa de mortalidade, por cancro, do mundo actual. Hoje em dia, estima-se que no mundo um milhão de pessoas morrem por ano devido ao cancro do pulmão, ou seja, perde-se uma vida a cada 30 segundos. Sendo uma doença altamente incapacitante, a qualidade de vida destes doentes diminui de forma

Abstract

Lung cancer was a rare disease until the middle of the XX century, a time when it became one of the most important causes of morbidity and mortality in the actual world. Nowadays, it is esteemed that one million people all over the world die every year due to lung cancer, which means that a life is lost each 30 seconds. The quality of life of this patients decreases inevitably, being frequent hospital readmission due to the lack of conditions to lead a normal and painless life.

¹ Assistente Social, Serviço de Pneumologia do HSJ/Social Worker, Pulmonology Department in SJH

² Assistente Social, Serviço de Neurologia do HSJ e Docente do ISSSP"/Social Worker, Pulmonology Department in SJH and lecturer at SSSP

³ Assistente Social, Serviço de Obstetria do HSJ e Docente do ISSSP"/Social Worker, Obstetrics Department in SJH and lecturer at ISSSP

⁴ Assistente Social Estagiária, Serviço de Pneumologia do HSJ/Trainee Social Worker, Pulmonology Department in SJH

⁵ Assistente Social Estagiária, Serviço de Pneumologia do HSJ/ Trainee Social Worker, Pulmonology Department in SJH

* Estudo realizado no Serviço de Pneumologia (internamento) do Hospital de S. João do Porto, no âmbito dum protocolo com o ISSSP/Study carried out in the in-patient Pulmonology Department at S. João Hospital, Oporto, Portugal under an agreement with the ISSSP

** Instituto Superior de Serviço Social do Porto/Further Institute of Social Services in Oporto

Director do Serviço de Pneumologia/Director of Pulmonology Department: J. Agostinho Marques (PhD)

inevitável. São frequentes as readmissões no hospital devido ao aumento das incapacidades, a limitações da actividade, a restrições na participação e ao agravamento dos sintomas da doença que já não podem mais ser tratados em casa.

Pretendemos com este estudo avaliar as incapacidades físicas e cognitivas e as necessidades sociais dos doentes com cancro do pulmão internados no Serviço de Pneumologia do Hospital de S. João – Porto.

O nosso estudo foi efectuado com 68 doentes, sendo a maioria do sexo masculino, casados, com idade média de 63 anos, reformados, ex-fumadores. Estes encontravam-se maioritariamente dependentes, sendo a necessidade social mais frequente a atribuição do complemento por dependência.

Para estes doentes, a família desempenha um papel crucial, tanto para o tratamento como para o processo de aceitação da doença, que marca uma nova etapa nas suas vidas.

Compete aos assistentes sociais da Saúde desempenhar um papel de mediador entre os doentes e familiares e as várias instituições que poderão fornecer as respostas mais adequadas às necessidades sociais deste tipo de doentes.

Rev Port Pneumol 2005; XI (3): 283-305

Palavras-chave: Cancro do pulmão, incapacidades, necessidades sociais, dependência.

The aim of this study was to evaluate physical and cognitive incapacity and the social needs of patients with lung cancer in the outpatient department of Hospital de S. João – Porto.

Our study includes 68 patients, predominantly married male, with average age of 63, retired, ex-smokers. Moreover, they had high physical dependence degrees and the most frequent social need was the attribution of the “complemento por dependência”.

In this type of patients, the family has a very important role on which the treatment is concerned, as well as to the level of the personal adjustment of the patient to his disease.

It's social worker's job to play a mediating role between the patients and their relatives and the several institutions which can give better responses to the needs of this sort of patients.

Rev Port Pneumol 2005; XI (3): 283-305

Key words: Lung cancer, incapacity, social needs, dependence.

Introdução

O cancro do aparelho respiratório inclui os cancros da traqueia, brônquios e pulmão. A doença era rara até meados do século XX, altura em que se tornou numa das mais importantes causas de morbilidade e na mais importante causa de mortalidade, por cancro, do mundo actual.¹

O cancro do pulmão é agora a doença maligna fatal mais vulgar no mundo desenvolvido.² Actualmente, estima-se que um milhão de pessoas morrem por ano no mundo devido ao cancro do pulmão, ou seja, perde-se uma vida a cada 30 segundos.³

Pensa-se que o aparecimento do cancro do pulmão está ligado a factores exógenos (tabaco, poluição atmosférica, exposição profissional, hábitos nutricionais) e a factores dependentes de hospedeiro (predisposição genética).⁴

O fumo do cigarro é amplamente considerado como o maior factor de risco no cancro do pulmão. Mais de 80% destes cancros são atribuídos à exposição tabágica.⁵ Aproximadamente 85% a 90% de todos os indivíduos com cancro do pulmão têm uma história de exposição directa ao tabaco.⁶

Frequentemente, esta doença não dá sintomas que alarmem o doente e o levem ao médico precocemente. De um modo geral, a presença de sintomas equivale a doença extensa, impossibilitando um tratamento minimamente eficaz.¹

Entre os vários sintomas, a tosse é a manifestação inicial mais frequente, surgindo em 45 a 75% dos doentes. No entanto, como geralmente são fumadores e têm bronquite crónica, esta queixa não é valorizada.^{4,7}

A hemoptise ou expectoração hemoptóica é um dos sintomas que mais alarma o doente. No decurso da história natural do cancro do

Introduction

Cancer of the respiratory system includes cancer of the trachea, bronchi and lung. The disease was rare until the middle of the 20th Century, when it became one of the key causes of morbidity and the most important causes of mortality, from cancer, in the world.¹

Lung cancer is now the most common fatal malignant disease in the developed world.² It is currently estimated that a million people around the world die every year from lung cancer. In other words, a life is lost every 30 seconds.³

It is believed that the appearance of lung cancer is connected to exogenous factors (smoking, pollution, atmospheric, exposure at work and nutritional habits) and factors particular to the patient (genetic predisposition).⁴

Cigarette smoking is widely considered to be a high-risk factor in lung cancer. More than 80% of these cancers are attributed to exposure to smoking.⁵ Approximately 85% to 90% of all individuals with lung cancer have a history of direct exposure to tobacco.⁶ Often, this disease does not produce symptoms that alarm the patient and raise concern with the doctor. In general, the presence of symptoms of more extensive disease rules out a fully effective treatment.¹

Among the various symptoms, cough is the most frequent initial manifestation, appearing in 45 to 75% of patients. However, as these are generally smokers and have chronic bronchitis, this complaint is not significant.^{4,7}

Haemoptysis or haemoptoic expectoration is one of the symptoms that most alarms the patient. In the natural progression of lung cancer about 20% of patients have haemoptysis.^{7,8}

O cancro do pulmão é a doença maligna fatal mais vulgar no mundo desenvolvido

O fumo do cigarro é o maior factor de risco no cancro do pulmão

A qualidade de vida destes doentes diminui de forma inevitável

pulmão, cerca de 20% dos doentes têm hemoptises.^{7, 8}

A dispneia é o sintoma que os doentes habitualmente descrevem como “falta de ar” e “dificuldade em respirar”. É altamente perturbador e aquele que mais impacto tem sobre a família. Pode surgir em quase 70% dos doentes com cancro do pulmão em fase avançada.^{4, 7, 8}

A qualidade de vida destes doentes diminui de forma inevitável, sendo frequentemente readmitidos no hospital. A readmissão ocorre principalmente devido ao aumento das incapacidades, a limitações da actividade, a restrições na participação e ao agravamento dos sintomas da doença que já não podem mais ser tratados em casa.^{9, 10} Com a perda de independência/autonomia funcional, exigem-se cuidados especiais de saúde e vigilância redobrada.⁶

No curso da doença, surgem ainda alterações ao nível da consciência e da atenção que se apresentam de forma abrupta e fluctuante. São comuns o delírio e a agitação que, juntamente com a dispneia, causam maior impacto junto da família, surgindo frequentemente a associação com o medo da loucura e com sentimentos de impotência. É importante clarificar que o delírio é a tradução da falência cerebral que ocorre no contexto da falência multiórgãos associada à doença avançada.¹¹

Estes doentes sofrem de uma doença grave que lhes inviabiliza projectos, acresce despesas, desorganiza relações familiares e profissionais, criando insegurança.¹²

Neste contexto, em que o indivíduo se encontra demasiado vulnerável e com perspectivas de uma curta esperança de vida, é fundamental que este se encontre no centro das decisões. Esta constitui a chave para

Dyspnoea is the symptom that patients normally describe as “lack of air” and “difficulty in breathing”. It is highly disturbing and the condition which has the most impact on the family. It can appear in nearly 70% of patients with advanced stage lung cancer.^{4, 7, 8}

The quality of life of these patients inevitably declines and they are frequently readmitted to hospital. Readmission occurs mainly due to the increase in incapacitation, limitation of activity, restrictions in participation and the worsening of symptoms of the disease that can no longer be treated at home.^{9, 10} With the loss of independence/functional autonomy, special health care and extra vigilance are called for.⁶

Also appearing during the course of the disease are alterations to the level of consciousness and attention that occur in an abrupt and fluctuant manner. Delirium and agitation are common, which together with dyspnoea, cause more impact on the family, with frequent fear of madness and feelings of impotence. It is important to clarify that delirium is the result of cerebral failure occurring in the context of multi-organ failure associated with advanced disease.¹¹

These patients suffer from a severe disease that makes plans impractical, increases expenses and disrupts family and professional relations, creating personal insecurity.¹²

Given this context of the individual being more vulnerable and with prospects of a short life expectancy, it is essential that he or she is at the centre of decision making. This is a key to organizing a good care plan based on working out the total needs (physical, physiological, social and spiritual) of the patient and family.¹¹

As lung cancer is a chronic and incapacitating disease that causes the sufferer various

organizar um bom plano de cuidados, assente na detecção das necessidades globais (físicas, psicológicas, sociais, espirituais) do doente e da família.¹¹

Sendo o cancro do pulmão uma doença crónica e incapacitante que provoca no doente vários graus de dependência nas suas actividades de vida diária (AVD'S// /, cuidados de higiene, mobilização e apoio na alimentação, entre outros), este tende a necessitar de vários tipos de apoio, nomeadamente apoio domiciliário, centros de dia ou de convívio, internamento em lar, comparticipação financeira para medicação e complemento por dependência.

Neste sentido, cabe aos assistentes sociais da Saúde desempenhar um papel de mediador entre os doentes e familiares e as várias instituições que poderão fornecer as respostas mais adequadas às necessidades sociais deste tipo de doentes.

Objectivo

Avaliar as incapacidades físicas e cognitivas em doentes com cancro do pulmão e simultaneamente avaliar as necessidades sociais dos doentes face às suas incapacidades.

Material e métodos

O nosso estudo foi baseado na aplicação de um inquérito por questionário a 68 doentes de ambos os sexos, com cancro do pulmão, diagnosticado há pelo menos um mês, e internados no serviço de Pneumologia do Hospital de São João, Porto, no período compreendido entre Fevereiro de 2003 e Maio de 2004.

Paralelamente, foi avaliada a escala de Barthel, que tem como objectivo medir a capacidade física dos doentes na realização

degrees of dependency in their activities of daily life (hygiene and feeding among others), this tends to require various types of support, particularly home help, day centres, admission to a care home, financial compensation for medication and the dependency allowance.

In this context, health social workers have a role as intermediary between patients and families and the various institutions that can supply the most appropriate responses to the social needs of this type of patient.

Aims

To evaluate the physical and cognitive incapacities in patients with lung cancer and simultaneously evaluate their social needs in relation to their incapacities.

Material and methods

Our study was based on the survey by questionnaire of 68 patients of both genders with lung cancer diagnosed for at least a month and who were admitted to the Pulmonology Department of São João Hospital in Oporto between February 2003 and May 2004.

The Barthel scale was used on admission to measure the physical capacity of patients in the carrying out of ten basic activities of everyday life, allowing for a quantitative estimate to be made of the subject's degree of dependency. This scale varies from 0 to 100 points. When the result is closer to 0, the more the dependency of the subject; when closer to 100, the more their independence. The cut-off point was set at 60, with a result of 59 meaning the subject is incapable of performing activities of daily life¹³

The *Mini-Mental State Examination* (MMSE) was also carried out with the aim of evaluating cognitive functions of the subjects. The

Cabe aos assistentes sociais da Saúde desempenhar um papel de mediador entre os doentes e familiares e as várias instituições

de dez actividades básicas da vida diária, obtendo-se uma estimativa quantitativa do grau de dependência do sujeito. Esta escala varia entre os 0 e os 100 pontos. Quanto mais perto estiver o resultado do 0, maior é a dependência do sujeito; quanto mais próximo estiver do 100, maior é a independência do mesmo. O ponto de corte situa-se no valor 60, sendo que um resultado de 59 significa que o sujeito está incapacitado nas AVD.¹³

Foi também avaliada a escala de *Mini-Mental State Examination* (MMSE), que tem como objectivo avaliar as funções cognitivas dos sujeitos. O MMSE inclui 30 questões com a pontuação total máxima de 30 pontos. É composto por duas partes: a primeira requer apenas respostas verbais e abrange a orientação, a memória e a atenção, numa pontuação máxima de 21 pontos; a segunda parte avalia as linguagens verbal e escrita e a capacidade construtiva, sendo a pontuação máxima de 9 pontos. Consideram-se portadores de deterioração cognitiva os doentes com pontuação igual ou inferior a 22 (ponto de corte). No caso de se tratar de uma pessoa analfabeta, a pontuação considerada é igual ou inferior a 15; por outro lado, no caso de indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, a pontuação será igual ou inferior a 27 pontos.¹⁴

As variáveis analisadas para o presente estudo foram as seguintes:

- a) **Variáveis sociodemográficas** – sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, residência, profissão, situação profissional.
- b) **Variáveis sobre a neoplasia do pulmão** – data do diagnóstico, histologia, existência de metástases, tipo de tratamento.
- c) **Variáveis sobre as necessidades sociais** – necessidade de frequentar

MMSE includes 30 questions with a maximum response score of 30 points. It is composed of two parts; the first requiring only verbal replies and including orientation, memory and attention with a maximum score of 21 points and the second part testing verbal and written languages and constructive capacity, with a maximum score of nine points. Subjects with cognitive deterioration are considered to be those with a score equal to or less than 22 (cut-off point). In the case of a non-literate person, this score is equal to or lower than 15. In the case of individuals with more than 11 years of schooling, the score rises to equal to or less than 27 points.¹⁴

The variables analysed in the study were the following:

- a) **socio-demographic variables** – gender, age, marital status, qualifications, place of residence, job, professional situation.
- b) **variables over the malignant lung neoplasia** - date of diagnosis, histology, existence of metastases, type of treatment.
- c) **variables over social needs** – need to attend day centre, need for admittance to home, need for financial compensation for medication, need for the dependency allowance, need for home help and type needed.
- d) **variables over physical incapacities** – eating, personal hygiene, bladder control, bowel control, displacement, mobility/walking, toilet use, dressing, bathing and stairs (Barthel Scale).
- e) **variables over cognitive incapacities** - orientation, memory, attention and calculation, recollection and language (MMSE).

centro de dia ou centro de convívio, necessidade de internamento em lar, necessidade de comparticipação financeira para medicação, necessidade de complemento por dependência, necessidade de apoio domiciliário e tipo de apoio domiciliário necessitado.

- d) **Variáveis sobre as incapacidades físicas** – alimentação, higiene pessoal, controlo da bexiga, controlo dos intestinos, deslocação, mobilidade/marcha, uso de tolete, vestir, banho e escadas (escala de Barthel).
- e) **Variáveis sobre as incapacidades cognitivas** – orientação, memorização, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem (MMSE).

Apresentação e análise dos resultados

Caracterização sociodemográfica

Dos 68 doentes estudados, verificámos que 57 pertenciam ao sexo masculino (83,8%) e 11 ao sexo feminino (16,2%), constatando-se um maior número de casos nos doentes na faixa etária entre os 60 e os 70 anos. A idade média foi de 63 anos (Fig. 1).

No que diz respeito ao sexo feminino, verifica-se que esta distribuição é mais dispersa do que a do sexo masculino. Além disso, nas mulheres o diagnóstico do cancro do pulmão foi mais precoce (35 anos) do que nos homens, a média das idades mais elevada do que no sexo oposto (68 anos) e a sobrevida também foi inferior. Quanto ao sexo masculino, a análise da caixa de bigodes sugere uma distribuição simétrica, pois a mediana está perto do meio da caixa. Como já foi referido, o sexo masculino tem um

Presentation and analysis of results

Socio-demographic Classification

Of the 68 patients studied, 57 were male (83.8%) and 11 were female (16.2%). The majority of patients were in the age range between 60 and 70 years. The average age was 63 (Fig. 1).

For the female subjects, there was a more dispersed distribution than for the males. Additionally, in women diagnosis of lung cancer was earlier (35 years) than in men, the average age was higher than the opposite sex (68 years) and survival rates were also lower. In relation to males, analysis of the box and whisker graph suggests a symmetrical distribution, as the median is near the middle of the box. As mentioned above, men had a later diagnosis and higher survival rate than women (Fig. 2).

In relation to marital status, we found that most of the patients were married (77.3%) (Table I).

Regarding qualifications and professional activity it was observed that most of the patients had completed elementary education (64.6%) and the majority were in the group of non-professional jobs (40.5%) (Table II), being mainly building workers, stone masons, carpenters and metal workers.

We found that the majority of subjects worked in unskilled occupations (40.6%), particularly farm worker, service workers, construction and public works, domestic workers, cleaners, doormen, door-to-door salesmen, waiters, street cleaners and shoe shiners.

Only 3.1% of respondents worked as professionals, namely managers in firms with more than 10 workers, senior civil servants,

Nas mulheres o diagnóstico do cancro do pulmão foi mais precoce

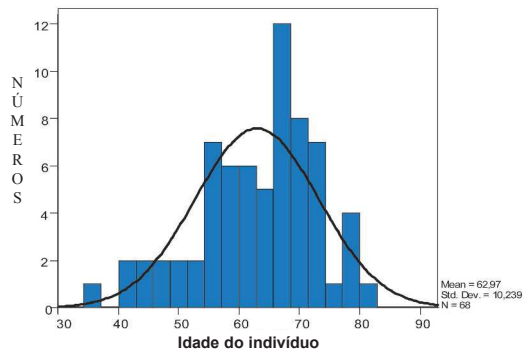


Fig. 1 – Distribuição por grupos etários

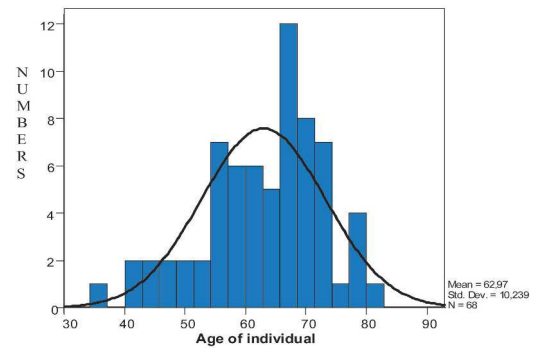


Fig. 1 – Distribution by age range

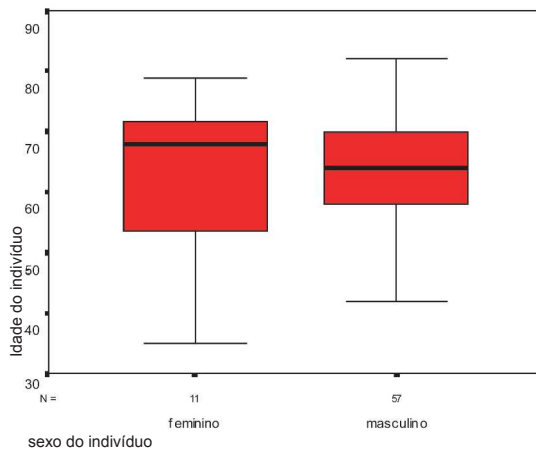


Fig. 2 – Caixa de Bigodes das idades e sexo dos indivíduos

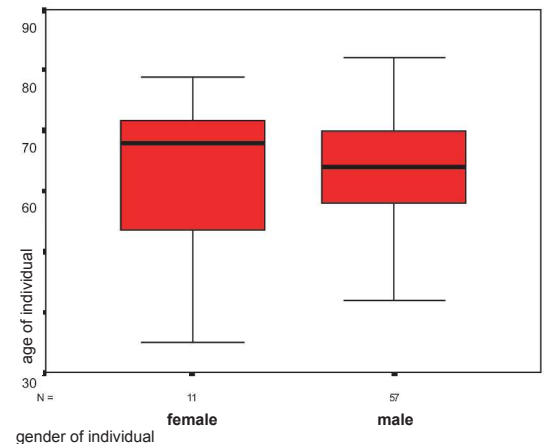


Fig. 2 – Box and Wisner plot of age gender of patients

diagnóstico mais tardio e uma sobrevida maior do que no sexo feminino (Fig. 2).

Quanto ao estado civil, verificámos que a maioria dos doentes eram casados – 77,3% (Quadro I).

Relativamente às habilitações literárias e à actividade profissional, constatou-se que a maioria dos doentes possuía o 1.º ciclo básico com 64,6% (Fig. 3) e pertencia ao grupo das profissões sem qualificação, com 40,6% (Quadro II), sendo essencialmente operários da construção civil, pedreiros, carpinteiros e metalúrgicos.

judges, lawyers, architects, doctors, researchers, scientists, teachers in secondary and higher education, engineers, pharmacists, sociologists nurses, musical composers, writers and actors.

This classification of professions is made according to the National Institute of Statistics (I.N.E.).

In relation to risk occupations, 61.8% did not work in these and the rest (30.9%) carried out or had worked in risk occupations, particularly stonemasons, carpenters and stokers, among others (Table III).

AVALIAÇÃO SOCIOLÓGICA DE DOENTES COM CANCRO DO PULMÃO – ESTUDO CASUÍSTICO EM INTERNAMENTO HOSPITALAR

Graça Rodrigues, David Costa, Lúcia Rocha, Ada Monteiro, Elisabete Mendes

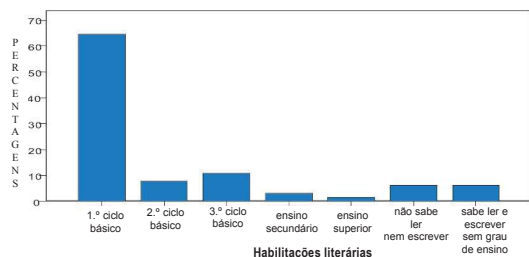


Fig. 3 – Habilitações literárias

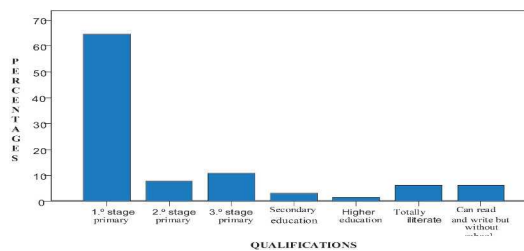


Fig. 3 – Qualifications

Quadro I – Estado civil

Estado Civil	n	%
Solteiro	4	6,1
Casado	51	77,3
Divorciado	2	3
Separado de facto	2	3
Viuvo	7	10,6
Total	66	100

Table I – Marital Status

Marital status	n	%
Single	4	6.1
Married	51	77.3
Divorced	2	3
Separated	2	3
Widowed	7	10.6
Total	66	100

Quadro II – Distribuição por profissões

Profissões	n	%
Profissões superiores	2	3,1
Profissões intermédias	6	9,4
Profissões especializadas não manuais	4	6,3
Profissões especializadas manuais	6	9,4
Profissões semi-qualificadas	18	28,1
Profissões sem qualificação	26	40,6
Sem profissão	2	3,1
Total	64	100

Table II – Distribution by job

Occupations	n	%
Higher professions	2	3.1
Intermediate professions	6	9.4
Non-manual skilled professions jobs	4	6.3
Manual skilled jobs	6	9.4
Semi-skilled jobs	18	28.1
Unskilled jobs	26	40.6
Not employed	2	3.1
Total	64	100

No presente estudo verificámos que a maioria dos inquiridos desempenha profissões sem qualificação (40,6%), nomea-

The majority of the patients were retired (76.5%) – Table IV. Most of our subjects are retired/pensioners (76.5%) and a mino-

damente servente agrícola, operários não qualificados dos serviços e comércio, da construção e obras públicas, empregada doméstica, empregada de limpeza, porteiro, vendedores ambulantes, contínuo, cantoneiro de limpeza e engraxadores.

Temos apenas 3,1% dos inquiridos a desempenhar profissões superiores, designadamente administradores de empresa com mais de 10 trabalhadores, quadros superiores da administração pública, juiz, advogado, arquitecto, médico, investigador, cientista, docente do ensino superior e secundário, engenheiro, farmacêutico, sociólogo, psicólogo, enfermeiro, compositor musical, escritor e actor.

Esta classificação das profissões é feita segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE).

No que respeita às profissões consideradas de risco, 61,8% não tinha profissão de risco e os restantes 30,9% exerciam ou já tinha exercido profissões de risco, nomeadamente pedreiros, carpinteiros, fogueiros, entre outras (Quadro III).

No que diz respeito à situação profissional, a maioria dos doentes encontrava-se reformado (76,5%) – Quadro IV. A maioria dos inquiridos são reformados/pensionistas (76,5%) e como minoria temos os desempregados (4,4%). Isto significa que apenas 23,5% dos inquiridos fazem parte da população activa.

Quanto à residência, a maior percentagem dos doentes provém da área metropolitana do Porto (51,5%) – Quadro V.

Caracterização da neoplasia do pulmão

Neste ponto estão as variáveis relacionadas com a caracterização da neoplasia pulmonar. A maioria dos inquiridos com cancro do

rity is unemployed (4.4%). This means that only 23.5% of our sample is part of the active population.

As to place of residence, the largest percentage of patients came from the Greater Porto area (51.5%) – Table V.

Classification of lung neoplasia

Under this heading are the variables relating to the classification of pulmonary neoplasia.

The majority of subjects with lung cancer were ex-smokers (68.3%). Only 12.7% continued to smoke after diagnosis of the disease (Table VI).

In our sample, 39.7% of subjects had lung adenocarcinoma. Only 7.4% of patients presented large-cell carcinoma (Table VII).

In relation to metastases and type of treatment, 57.4% of our subjects did not have metastases (Table VIII), 72.1% of patients had already had or were undergoing chemotherapy and 50% had already had or were being given radiotherapy treatment (Table IX).

Classification of social needs

Concluding our study, we confirm that only 2.9% of patients needed to attend day centres, only 8.8% needed to be admitted to a care home or were already in one, 35% needed financial compensation for medicines and the great majority of patients with lung cancer needed the state dependency allowance (69.1%) – Table X.

As for the need for home help, this was seen in 16.2% of the subjects. However, this type of support varies and not all patients needed the same form of assistance. Thus, for a better understanding of the type of home help the subjects needed, we present Fig. 4.

Quadro III – Profissões de risco

Profissões de risco	n	%
Têm Profissão de Risco	21	33,3
Não têm Profissão de Risco	42	66,7
Total	63	100

Table III – Risk occupations

Risk Occupations	n	%
With risk job	21	33.3
Without risk job	42	66.7
Total	63	100

Quadro IV – Situação profissional

Situação Profissional	n	%
Empregado	13	19,1
Desempregado	3	4,4
Reformado/pensionista	52	76,5
Total	68	100

Table IV – Work situation

Professional status	n	%
Employed	13	19.1
Unemployed	3	4.4
Retired/pensioner	52	76.5
Total	68	100

Quadro V – Residência

Residência	n	%
Porto	18	26,5
A. M. do Porto	35	51,5
Outros Concelhos do Porto	10	14,7
Outros Distritos	5	7,3
Total	68	100

Table V – Residence

Residence	n	%
Porto	18	26.5
Greater Porto	35	51.5
Other Porto Districts	10	14.7
Other Districts	5	7.3
Total	68	100

pulmão era ex-fumadora (68,3%). Apenas 12,7% continuavam a fumar após o diagnóstico da doença (Quadro VI).

Nesta amostra, 39,7% dos inquiridos tinham adenocarcinoma do pulmão. Em último aparecem com 7,4% os indivíduos com carcinoma de grande células (Quadro VII).

Relativamente à existência de metástases e tipo de tratamento, 57,4% dos inquiridos não tinham metástases (Quadro VIII), 72,1% dos doentes já foram ou estão a ser submetidos

The bar chart shows the types of home help that patients with lung cancer need. Most need assistance with personal hygiene (90.9%) and help in dressing (81%). Support in the form of companionship was ranked last (27.3%).

Classification of physical and cognitive condition of patient

In relation to the physical and cognitive condition of patients, we believe it important

Quadro VI – Hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos	n	%
Não-Fumador	12	19
Ex-Fumador	43	68,3
Fumador	8	12,7
Total	63	100

Table VI – Smoking habits

Smoking Habits	n	%
Non-smoker	12	19
Ex-smoker	43	68.3
Smoker	8	12.7
Total	63	100

Quadro VII – Histologia

Histologia	n	%
Adenocarcinoma	27	39,7
Carcinoma Epidermóide	13	19,1
Carcinoma Pequenas Células	8	11,7
Carcinoma Grandes Células	5	7,4
Indefinido	15	22,1
Total	68	100

Table VII – Histology

Histology	n	%
Adenocarcinoma	27	39.7
Epidermoid Carcinoma	13	19.1
Small-Cell Carcinoma	8	11.7
Large-Cell Carcinoma	5	7.4
Undefined	15	22.1
Total	68	100

Quadro VIII – Metástases

Metástases	n	%
Não	39	57,4
Sim	29	42,6
Total	68	100

Table VIII – Metastases

Metastases	n	%
No	39	57.4
Yes	29	42.6
Total	68	100

a tratamento de quimioterapia e 50% já foram ou estão a ser submetidos a tratamento de radioterapia (Quadro IX).

Caracterização das necessidades sociais

Terminado o estudo, constatámos que apenas 2,9% dos inquiridos necessitavam de frequentar centro de dia ou de convívio, apenas 8,8% tinham necessidade de interna-

to analyse the cut-off points on the Barthel scales and the Mini Mental State Examination for a better understanding of the degree of dependency of our subjects.

The Barthel cut-off point we used was 60 points, with a result of 59 meaning that the subject is incapacitated from activities of daily life.

In the same way, in the Mini-Mental scale,

Quadro IX – Tipo de tratamento: Quimioterapia / Radioterapia

Tipo de tratamento?		n	%
Quimioterapia	Não	19	27,9
	Sim	49	72,1
	Total	68	100
Radioterapia	Não	34	50
	Sim	34	50
	Total	68	100

Table IX – Treatment type: Chemotherapy / Radiotherapy

Type of treatment?		n	%
Chemotherapy	No	19	27.9
	Yes	49	72.1
	Total	68	100
Radiotherapy	No	34	50
	Yes	34	50
	Total	68	100

Quadro X – Necessidades sociais

Necessidades sociais		n	%
Frequentar Centro de Dia ou de Convívio	Não	66	97,1
	Sim	2	2,9
Internamento em lar	Não	62	91,2
	Sim	6	8,8
Comparticipação Financeira p/ medicação	Não	44	64,7
	Sim	24	35,3
Complemento p/ dependência	Não	21	30,9
	Sim	47	69,1
Apoio domiciliário	Não	57	83,8
	Sim	11	16,2

Table X – Social needs

Social needs		n	%
Attends day centre	No	66	97.1
	Yes	2	2.9
Admitted to care home	No	62	91.2
	Yes	6	8.8
Financial compensation for medication	No	44	64.7
	Yes	24	35.3
Dependency allowance	No	21	30.9
	Yes	47	69.1
Home help	No	57	83.8
	Yes	11	16.2

mento em lar ou já estavam internados em lar, 35,3% apresentavam necessidade de participação financeira para medicação; a grande maioria dos doentes com cancro do pulmão necessitava do complemento por dependência (69,1%) – Quadro X.

Quanto à necessidade de apoio domiciliário, esta foi constatada em 16,2% dos inquiridos. No entanto, este tipo de apoio é diversificado e nem todos os inquiridos o necessitavam

patients with cognitive deterioration are considered to be those with a score less or equal to 22 (cut-off point).

Through an analysis of Table XI we can confirm that half (50%) of our subjects found themselves above the cut-off point of the Barthel Index and were considered as independent. The remaining 50% were positioned below the cut-off point and considered as dependent.

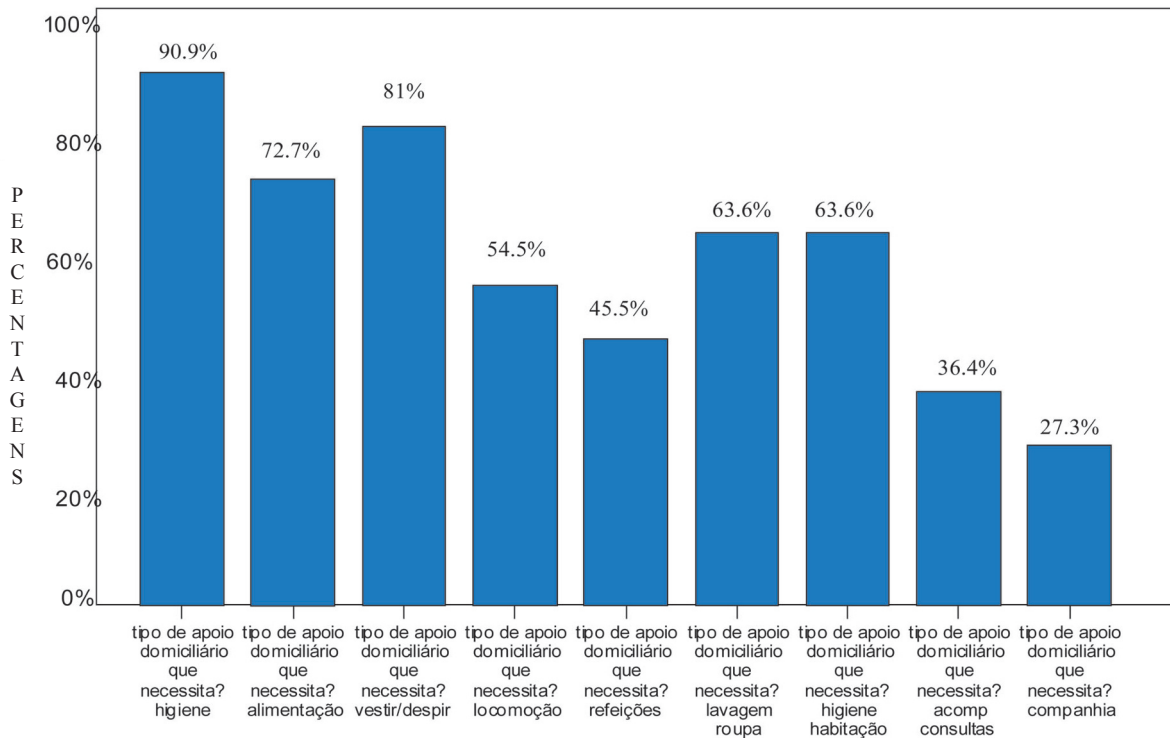


Fig. 4 – Distribuição dos vários tipos de apoio domiciliário

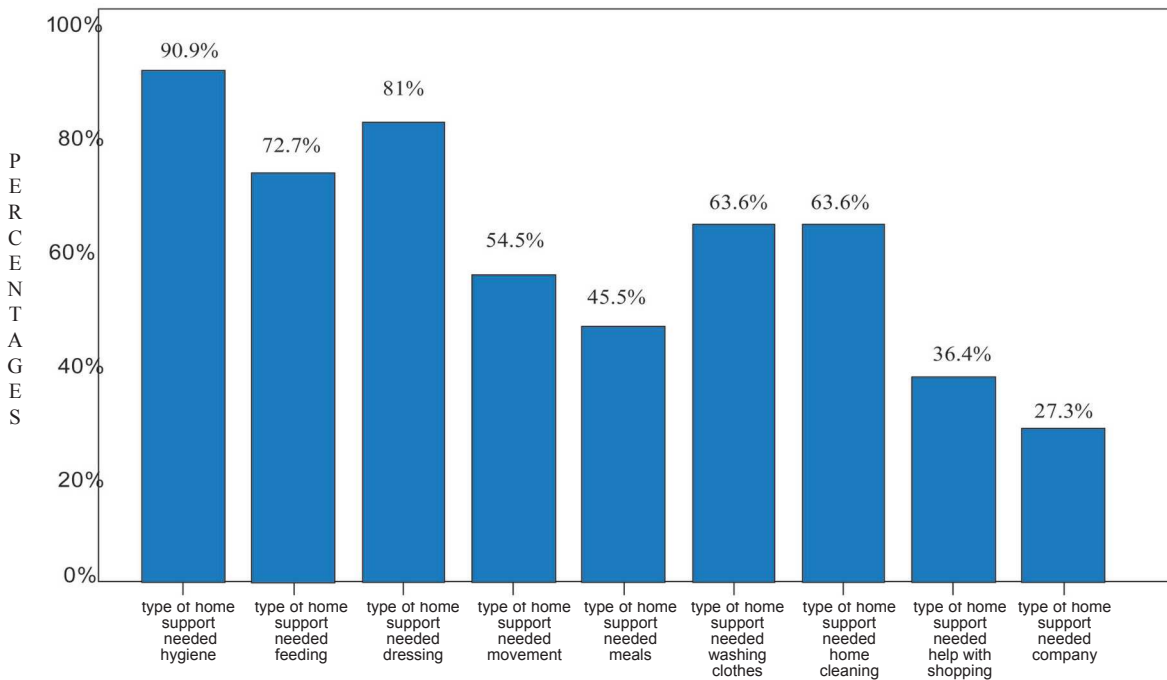


Fig. 4 – Distribution of various types of home help

de igual forma. Assim, para uma melhor compreensão do tipo de apoio domiciliário que os inquiridos necessitavam, apresentamos a Fig. 4.

O gráfico de barras mostra que os tipos de apoio domiciliário que os doentes com cancro do pulmão mais necessitam são o de higiene pessoal (90,9%) e o de vestir/despir (81%). Por último vem o apoio ao nível da companhia (27,3%).

Caracterização da condição física e cognitiva do doente

Relativamente à condição física e cognitiva dos doentes, achamos importante analisar as escalas de Barthel e de *Mini-Mental State Examination* “cortadas” para uma melhor compreensão do grau de dependência dos inquiridos.

O ponto de corte de Barthel que utilizámos situa-se no valor 60, sendo que um resultado de 59 significa que o sujeito está incapacitado nas actividades de vida diária (AVD).

Do mesmo modo, na escala de *Mini-Mental* consideram-se portadores de deterioração cognitiva os doentes com pontuação igual ou inferior a 22 (ponto de corte).

Através da análise do Quadro XI podemos constatar que metade (50%) dos inquiridos se encontram acima do ponto de corte do índice de Barthel, sendo considerados independentes, e os restantes 50% abaixo do ponto de corte, sendo considerados dependentes.

Podemos ainda verificar que a maioria dos inquiridos (58,1%) se encontram acima do ponto de corte da escala de *Mini-Mental State Examination*, o que significa que não são portadores de deterioração cognitiva (Quadro XI).

We can also confirm that the majority of our subjects (58%) were placed above the cut-off point on the scale of the Mini-Mental State Examination, which means they do not suffer from cognitive deterioration (Table XI).

Conclusion and discussion of results

In the study carried out at the Pulmonology department of São João Hospital with a sample of 68 in-patients, the majority were males with ages ranging between 60 and 70 years. These figures are in line with various research studies, which find that men continue to be the main victims of lung cancer, although an increase is being seen in this pathology in females in the short term due to the increase in cigarette smoking.^{1,5}

In relation to the age range most affected by this type of pathology, a research study confirms the result of our work by confirming that over half of patients with lung cancer are over 60 years old at the date of diagnosis and about a third are 70 or more.⁶

Another study with similar results to ours was that made on oncology patients at the Pulido Valente Hospital in which the most common patient was defined as an individual whose education was restricted to the primary stage, a skilled manual worker, as retired due to disability and in the 60 to 70 years old age range.¹²

The patients in our study were mainly retired with disability as a consequence of the disease that rendered them incapable of carrying out professional activity and forced to rely on the minimum pension as their only source of income. This fact is also in keeping with a study where it was found that a significant percentage of these retired and

Quadro XI – Escalas de Barthel e *Mini-Mental State Examination*

Índice de Barthel	n	%
Inferior a 60	34	50
Igual ou superior a 60	34	50
Mini-Mental State Exame		
Inferior ou igual a 22	26	41,9
Superior a 22	36	58,1

Table XI – Barthel Scales and *Mini-Mental State Examination*

Barthel Index	n	%
Below 60	34	50
Equal to or over 60	34	50
Mini-Mental State Exam		
Below or equal to 22	26	41.9
Over 22	36	58.1

Conclusão e discussão dos resultados

Estudo realizado no serviço de Pneumologia do Hospital de São João, constituído por uma amostra de 68 utentes internados, maioritariamente do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos. Estes dados são comprovados por vários estudos de revisão que referem que os homens continuam a ser as principais vítimas do cancro do pulmão, embora se verifique uma incidência crescente desta patologia no sexo feminino a curto prazo devido ao aumento do consumo de tabaco.^{1,5}

No que diz respeito à faixa etária mais atingida por este tipo de patologia, um estudo de revisão confirma o resultado do presente estudo, comprovando que mais de metade dos doentes com cancro do pulmão tem mais de 60 anos à data do diagnóstico e cerca de um terço 70 anos ou mais.⁶

Um outro estudo com resultados similares a este é o que foi feito aos doentes oncológicos do Hospital de Pulido Valente, onde foi definido o utente mais comum: é um indivíduo cujo grau de instrução é o ensino básico, inserido profissionalmente no operariado especializado, reformado por invalidez, dentro do grupo etário dos 60/70 anos.¹²

disabled patients on minimum pensions come from an advanced age group. This renders the group vulnerable, both at the socio-family level and the economic level. Additionally, the fact they have a severe illness which makes plans unfeasible, increases expenses and disrupts family and professional relations creates insecurity.¹²

It should be mentioned that our sample consisted entirely of white Portuguese citizens, as subjects from other ethnic groups were not available.

In relation to the occupations of the patients in our study, we can confirm that the great majority had worked in jobs or trades which did not require academic qualifications, such as stonemasons, carpenters, stokers, metal workers, textile workers and others. According to some studies, these jobs can be considered as risk occupations for other types of respiratory pathologies, such as tuberculosis, silicosis, fibrosis and chronic obstructive pulmonary disease, which are often a favourable environment for the development of lung cancer.^{4,7,15,16} However, in our study we cannot confirm that the relation between occupational exposure and emergence of this neoplasia is a straightforward one.

Most of the patients in our study, about 81%,

Os doentes do presente estudo eram maioritariamente reformados por invalidez como consequência da doença que os tornou incapazes de exercer uma actividade profissional, ficando confinados assim a uma pensão mínima como única fonte de rendimento. Este facto também é comprovado por um estudo onde se verificou que uma percentagem significativa destes doentes são reformados por invalidez com pensões mínimas, pertencendo a um grupo etário elevado, o que os torna por si só um grupo vulnerável quer a nível sociofamiliar quer a nível económico; junta-se a estes dados o facto de terem uma doença grave que lhes inviabiliza projectos, acresce despesas, desorganiza relações familiares e profissionais, criando insegurança.¹²

É de salientar que a presente amostra foi constituída na sua totalidade por indivíduos portugueses de raça caucasiana, não tendo surgido nenhum indivíduo de outra etnia.

Relativamente às profissões exercidas pelos doentes deste estudo, podemos verificar que a grande maioria já tinha desempenhado ou ainda desempenhava profissões sem qualificação, nomeadamente pedreiros, carpinteiros, fogueiros e metalúrgicos, trabalhadores da indústria têxtil, entre outras. De acordo com alguns estudos científicos, estas profissões podem ser consideradas de risco para outro tipo de patologias do foro respiratório, como por exemplo a tuberculose, a silicose, a fibrose e a doença pulmonar obstrutiva crónica, que muitas vezes podem constituir um terreno favorável ao desenvolvimento do cancro do pulmão.^{4, 7, 15, 16} No entanto, neste estudo não podemos comprovar que a relação entre exposições profissionais e a eclosão desta neoplasia se verifique de forma inequívoca.

were smokers or ex-smokers and this is in accordance with published research. In fact, all the studies that we consulted on risk factors for this type of cancer indicate that cigarette smoking is the principal cause of this neoplasia.

A study made by Fábio Barbone et al (1997) on the relation between smoking and lung cancer in men supports the hypothesis that the role of tobacco consumption in the origin of the carcinogenic process is very strong.¹⁷

Fernando Barata (2002) also discusses this issue and concludes that approximately 85% to 90% of all individuals with lung cancer have a history of direct exposure to tobacco smoke. The incidence of lung cancer continues to increase in parallel with the rise in tobacco consumption.⁶

Recent studies reveal that the lung cancer panorama is not encouraging, with increasing incidence in females related to smoking habits.²

Over a half of the patients in our study had given up smoking for several years or soon after diagnosis of the disease. This means there is an increasing awareness in individuals of the importance of stopping smoking, despite many doing so too late, maybe in an attempt to delay the evolution of the disease that is already spreading, or to facilitate the curing process.

In reality, giving up smoking is crucial in the prevention of lung cancer. Studies carried out show that people who stop smoking between 50 and 60 years of age reduce a large part of the subsequent risk of developing cancer of the lung. The earlier smoking is given up, the less the risk of developing this pathology.² However, the patients in our study arrived at this conclusion at a

Da grande maioria dos doentes deste estudo, cerca de 81%, eram fumadores ou ex-fumadores, o que está de acordo com a literatura. De facto, todos os estudos que consultámos sobre os factores de risco deste tipo de cancro indicam o consumo de tabaco como a principal causa desta neoplasia.

Um estudo realizado por Fábio Barbone *et al* (1997) sobre a relação existente entre o consumo do tabaco e o cancro do pulmão nos homens suporta a hipótese de que o papel do consumo de tabaco na origem do processo cancerígeno é muito forte.¹⁷

Fernando Barata (2002) também se debruçou sobre este assunto e concluiu que aproximadamente 85% a 90% de todos indivíduos com cancro do pulmão têm uma história de exposição directa ao tabaco. A incidência do cancro do pulmão continua a aumentar, em paralelo com o aumento de consumo de tabaco.⁶

Estudos recentes revelam que o panorama do cancro do pulmão não é animador, com incidência crescente no sexo feminino, antes e agora relacionados com os hábitos tabágicos.² Mais de metade dos doentes do presente estudo tinha deixado de fumar há vários anos ou logo após o diagnóstico da doença. Isto traduz uma crescente consciencialização dos indivíduos na importância de deixar de fumar, apesar de muitos o fazerem tarde de mais, talvez numa tentativa de retardar a evolução da doença que já está disseminada ou de facilitar o processo de cura.

Realmente, deixar de fumar é crucial na prevenção do cancro do pulmão. Estudos realizados referem que as pessoas que deixam de fumar entre os 50 e os 60 anos reduzem grande parte do risco subsequente de desenvolver cancro do pulmão. Daí que, quanto mais cedo se deixar de fumar, menor

time when the disease had already taken hold and the act of stopping smoking did not slow the prognosis of the disease.

In our study we found that 10 out of 11 women had never smoked, while none of the remaining 57 men had never been non-smokers. This is in accordance with published research. In fact, some studies confirm that a non-smoker living in the same house as a smoker has a 30% increased risk of lung cancer compared to a non-smoker who does not live in these conditions.⁷

This is evidently the case for many women who live in the same house as one or more smokers.

Another study reports that the female lung is more susceptible than the male to the carcinogenic effects of tobacco smoke.⁵

We also evaluate in our study the social needs of this type of patient, always from our perspective, and in comparison with the Barthel index. The needs evaluated were to attend a day centre, for admission to a home, for financial compensation for medication, for dependency allowance and for home help.

The need to attend day centres was only seen in a small percentage of patients. In our opinion, this is due to the fact that that a large majority of the patients are fairly incapacitated and are not in a state to benefit from this type of facility, as day centres only accept individuals with functional autonomy. As day centres are not the most suitable response to this type of situation, the families of these patients will have the alternative of admission to a home or the keeping of the patient in the socio-family environment, which is the ideal solution to maintaining the relation with their roots.

The importance of keeping the patient in their home is based on a study finding that

85% a 90% de todos indivíduos com cancro do pulmão têm uma história de exposição directa ao tabaco

Deixar de fumar é crucial na prevenção do cancro do pulmão

será o risco de vir a desenvolver esta patologia.² Contudo, os doentes deste estudo chegaram a esta conclusão numa altura em que a doença já estava propagada e o acto de deixar de fumar já não travava o prognóstico da doença.

No presente estudo verificamos que em 11 mulheres 10 eram não fumadoras, enquanto nos restantes 57 homens nenhum deles era não fumador, o que está de acordo com a literatura (ou com os dados da literatura). De facto, alguns estudos comprovam que um não fumador que viva na mesma casa com um fumador tem um risco aumentado de cancro do pulmão de 30% quando comparado com um não fumador que não viva em tais condições.⁷ Este é o caso evidente de muitas mulheres que vivem na mesma casa com um ou mais fumadores.

Um outro estudo refere também que o pulmão da mulher é mais susceptível que o do homem aos efeitos carcinogénicos do fumo do tabaco.⁵

No presente estudo avaliámos também as necessidades sociais deste tipo de doentes, sempre sob a nossa perspectiva, e em comparação com o índice de Barthel. As necessidades avaliadas foram: necessidade de frequentar centro de dia ou centro de convívio, necessidade de internamento em lar, necessidade de participação financeira para medicação, necessidade de complemento por dependência e necessidade de apoio domiciliário.

A necessidade de frequentar centro de dia ou centro de convívio foi apenas evidenciada numa pequena percentagem de doentes. Na nossa opinião, isto deve-se ao facto de a grande maioria dos doentes se encontrar bastante debilitada e não possuir as mínimas condições para ingressar neste tipo de

the return to the domestic environment boosts the autonomy of the patient and their self-esteem. However, this home treatment has to be based not only on the will of the patient, but also on a secure family atmosphere, as well as the availability of the family doctor and symptoms that can be managed at home.⁶

Few families of patients resorted to this situation as an answer to their problem. This happens because disease survival is very short and finding a home in a short space of time is complicated enough. Some patients die in hospital before such a solution is found.

This was confirmed by a study that reveals that more than 60% of these patients die in hospital, a half during an admission that drags on due to lack of suitable home conditions and another half admitted in the week before death because of lack of home conditions to treat terminal illness.⁶

Despite the possibility of placing patients in care homes, we show that the majority of families preferred to keep the patient in their socio-family situation, satisfying the wish to enjoy a better quality of life while preparing to meet death.

In order to ensure the conditions needed for care of the patient in their home and to ease the physical, psychological and emotional burden on carers, some families turn to the Social Worker with the aim of finding home support services, essentially in the areas of personal hygiene and feeding.

Home help was the social response most sought in preference to the choices of day centre or admission to a care home. According to a research study made in a British hospital in 2000, 16% of patients with lung cancer were guided by Social Workers so that

Importância de manter o doente no seu domicílio

equipamento, uma vez que os centros de dia ou de convívio só aceitam indivíduos com autonomia funcional.

Como os centros de dia ou de convívio não são a resposta mais adequada a este tipo de situações, os familiares destes doentes terão como alternativa o internamento em lar ou a manutenção dos doentes no seu meio sociofamiliar, o que constituiria a solução ideal para conservar a relação com as suas origens.

A importância de manter o doente no seu domicílio está fundamentada num estudo que refere que o regresso ao domicílio aumenta a autonomia do doente e a sua auto-estima. Contudo, este tratamento domiciliário terá de assentar não só na vontade do doente como também num ambiente familiar seguro, bem como na disponibilidade do médico de família e sintomas passíveis de serem controlados no domicílio.⁶

Foram poucos os familiares dos doentes que recorreram a este serviço como resposta ao seu problema. Isto aconteceu porque como a sobrevida é muito curta e providenciar um lar num curto espaço de tempo é bastante complicado, alguns doentes acabaram por sucumbir no internamento antes de se conseguir esta solução.

Esta ideia foi comprovada por um estudo que revela que mais de 60% destes doentes vêm a falecer no hospital, metade na sequência de um internamento que se arrasta por falta de condições domiciliárias e a outra metade internada na semana que precede a morte por ausência de condições domiciliárias para a doença terminal.⁶

Apesar de existir a possibilidade de colocar os doentes em lares, denotámos que a maioria dos familiares preferiu preservar o doente no seu meio sociofamiliar, satisfa-

they could benefit from domestic support, particularly at the level of personal hygiene and mobility support.¹⁸ This evidence backs the finding in our study on the need for home help.

It should be pointed out that, faced with the progressive evolution of the disease, home help in the daily activities of less-incapacitated and independent patients, who during our study did not need this type of support, could come to need it in the short to medium term. At the same time, assistance to already dependent patients could be more consuming for providers of care.

The dependency allowance, legally enshrined in Decree-Law n° 92/2000, is one of the ways in which the state protects the patient and in many cases the benefit is not known about. The need for this support was seen in most cases, as the patients in our study were mainly dependent and consequently retired, meeting the necessary requirements for this support.

We used the Mini-Mental State Examination to evaluate cognitive incapacities of the patients. The results obtained with this scale were only partially conclusive, as various missing data were discovered which distorted the analysis that could have been made. Besides this, their application implied active participation by patients, who were not always in the mood to participate in a test with these characteristics where they were asked to make mental calculations or reproduce a drawing, among other tasks.

Another factor that contributed for a poor performance by patients on this scale was the fact that they were mainly seated or lying down in positions that did not make writing easy. Others were hindered by poor mobility.

Mais de 60% destes doentes vêm a falecer no hospital

zendo o seu desejo, nos últimos momentos da sua vida, de modo a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

De modo a assegurar as condições necessárias ao cuidado do doente no seu domicílio e a aliviar a sobrecarga física, psicológica e emocional dos cuidadores, alguns familiares recorreram à assistente social com o objetivo de providenciar serviços de apoio domiciliário, essencialmente ao nível da higiene pessoal e alimentação.

Entre a necessidade de centro de dia ou de convívio e a necessidade de internamento em lar, o apoio domiciliário foi a resposta social a que mais frequentemente se recorreu. De acordo com um estudo científico realizado numa unidade hospitalar em Inglaterra em 2000, 16% dos doentes com cancro do pulmão foram orientados pela assistente social para poder beneficiar do apoio domiciliário, nomeadamente ao nível da higiene pessoal e do apoio na locomoção.¹⁸ Este resultado vai ao encontro do resultado referente à necessidade de apoio domiciliário do presente estudo.

É de salientar que, face à evolução progressiva da doença, o apoio domiciliário nas AVD aos doentes menos incapacitados e em situação de independência, que durante a realização deste estudo não necessitavam deste tipo de apoio, poderá vir a constatar-se a curto/médio prazo, ao mesmo tempo que a intervenção junto dos doentes já dependentes poderá ser mais desgastante para os prestadores de cuidados.

O complemento por dependência constitui uma das regalias com que o Estado protege o doente e que muitas vezes este desconhece, estando consagrado no Decreto-Lei n.º 92/2000 de 19 de Maio. A necessidade deste apoio foi a que se verificou em maior nú-

From the start, the use of this scale is already at a disadvantage in comparison to the Barthel index, whose gathering of data depended only on the consulting of clinical processes or direct contact with the patient. Taking into consideration all that has been previously analysed, we can state that the role of the Social Worker is of great relevance in the guidance of these patients to the most appropriate social responses to their needs. A good classification and evaluation of the social conditions of these patients is without doubt necessary and indispensable at the domestic level, with shortcomings and family problems, to inform and guide the user and their family on their rights and the resources available in the community to solve problems detected. However, the Social Worker's action is only fully effective when it is part of multidisciplinary team effort that has the primary aim of ensuring the best quality of life possible for the patients.

O complemento por dependência constitui uma das regalias com que o Estado protege o doente

mero, uma vez que os doentes deste estudo encontravam-se maioritariamente dependentes e, conseqüentemente, reformados, preenchendo os requisitos necessários para a concessão deste apoio.

Para a avaliação das incapacidades cognitivas dos doentes utilizámos o *Mini-Mental State Examination*. Os resultados obtidos com esta escala foram pouco conclusivos, porque verificou-se a existência de vários dados omissos que distorceram a análise que poderia ser feita. Estes dados omissos são justificados com o facto de alguns doentes se encontrarem em fase terminal ou afásicos na altura em que foi aplicada esta escala. Além disso, a sua aplicação implicava a participação activa dos doentes, que nem sempre estavam com disposição e paciência para participar numa prova com estas características, em que era exigido que respondessem mentalmente a cálculos matemáticos ou que reproduzissem uma figura, entre outros.

Outro factor que contribuiu para uma má prestação dos doentes nesta escala foi o facto de se encontrarem maioritariamente deitados ou sentados em posições que não facilitavam a escrita ou ainda por se encontrarem com fraca mobilização.

À partida, a aplicação desta escala já se encontrava em desvantagem em comparação com o índice de Barthel, cuja recolha de dados dependia apenas da consulta dos processos clínicos ou do contacto directo com o doente.

Perante tudo o que foi analisado, podemos referir que o papel do assistente social é de grande relevância no encaminhamento destes doentes para as respostas sociais mais adequadas às suas necessidades. É sem dúvida necessário e imprescindível uma boa

caracterização e avaliação das condições sociais destes doentes, quer ao nível do domicílio, das carências e dificuldades da família, de forma a informar e orientar o utente e a sua família quanto aos seus direitos e recursos existentes na comunidade, contribuindo assim para promover e solucionar os problemas detectados. No entanto, a sua intervenção só se entende actuante e eficaz quando enquadrada numa equipa pluri-disciplinar que tem como principal finalidade assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes.

Bibliografia/Bibliography

1. Espanhol V (1998). Prognóstico de Cancro do Pulmão. Da Clínica à Biologia, dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: pp. 17, 24, 29-36, 143-146.
2. Thomas M (2003). Desenvolvimentos da Pneumologia. *Semana Médica* 2003; 261: 18 e 19.
3. Hansel H, Diemer B. The International Association for the Study of Lung Cancer – An International Response to a Global Scourge. *Cancer Futures*, 2003; 2 (3-4).
4. Queiroga H, Sotto-Mayor R (1997). Curso Interactivo de Pneumologia (IV Volume), Permanyer Portugal, Lisboa.
5. Maçanita J (1993). Epidemiologia e Etiologia do Cancro do Pulmão. Carcinogénese Brônquica. *In* Sotto-Mayor R, Teixeira E, Maçanita J, (eds.) *Oncologia Pneumológica, Clínica de Pneumologia da Universidade de Medicina de Lisboa*, Editora Permanyer Portugal: pp. 14-27.
6. Barata JF Cuidados Paliativos Hospitalares no Cancro do Pulmão, *Rev Port Pneumol* 2002; VIII (4): 353-358.
7. Loureiro MC, Barata F, Teixeira E (1999). 25 Perguntas em Pneumologia, Novartis, Permanyer Portugal e Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Lisboa.
8. Parente B. Cancro do Pulmão – Doente Terminal, *Rev Port Pneumol* 2002; VIII (4): 351-353.
9. Smeenk F et al. Effectiveness of Home Care Programs for Patients with Incurable Cancer On Their Quality of Life and Time Spend in Hospital: Systematic Review. *BMJ* 1998; 316: 1939-1943.
10. Fialka-Moser V et al. Cancer Rehabilitation : Particularly With Aspects on Physical Impairments. *J Rehabilitation Med* 2003; 35 (4): 153-162.
11. Neto IG. Cuidados Paliativos no Cancro do Pulmão: a Perspectiva do Apoio Domiciliário. *Rev Port Pneumol* 2002; VIII (4): 358-367.
12. Lopes MA. Apoio Social e Socioeconómico. *In* Sotto-Mayor R, Teixeira E, Maçanita J, (eds.) *Oncologia Pneumológica, Clínica de Pneumologia da Universidade de Medicina de Lisboa*. Editora Permanyer Portugal (1993): pp. 404-407.
13. Baztán JJ et al. Índice de Barthel: Instrumento Válido para la Valoración Funcional de Pacientes con Enfermedad Cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28 : 32-40.
14. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: A Pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12: 189-198.
15. Cardoso T et al. Neoplasia do Pulmão – Estudo Retrospectivo de 65 Casos. *Rev Port Pneumol* 2000; VI (6): 619-625.
16. Araújo AT et al. Tumores Malignos Induzidos por Exposição Profissional. *In* Sotto-Mayor R, Teixeira E, Maçanita J (eds.) *Oncologia Pneumológica. Clínica de Pneumologia da Universidade de Medicina de Lisboa*, Editora Permanyer Portugal (1993): pp. 343-350.
17. Barbone F et al. Cigarette Smoking and Histologic Type of Lung Cancer in Men. *Chest* 1997; 112 (6): 1474-1478.
18. Gore JM et al. How Well do we Care for Patients With End Stage Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)? A Comparison of Palliative Care and Quality of Life in COPD and Lung Cancer. *Thorax* 2000; 55 (12): 1000-1006.