

Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e Rastreamento do Câncer

Attitude and Knowledge on Cancer Screening and Prevention among Family Health Strategy Doctors

Actitud y Conocimiento de los médicos de la Estrategia Salud Familiar sobre la Prevención y Rastreo del Cáncer

Livia Maria Costa da Silva¹, Alex Jardim da Fonseca², Leonardo Pires Ferreira³, Anderson César Dalla-Benetta⁴, Cibelli Navarro⁵

Resumo

Introdução: A efetividade dos programas de prevenção e rastreamento depende de diversos fatores, mas o papel do médico é um dos principais determinantes de sucesso. **Objetivo:** Avaliar atitude e conhecimento dos médicos da Estratégia Saúde da Família em Boa Vista (RR) sobre rastreamento e medidas preventivas dos cânceres mais incidentes, excluídos os de pele não melanoma. **Método:** Pesquisa quantitativa de corte transversal. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o *software* XLSTAT® 2009. **Resultados:** 46 médicos (90% da população-alvo) responderam ao questionário; 65% eram do sexo feminino; a média de idade foi 36,5 anos. A maioria dos médicos informou ter atitude quanto ao rastreamento dos cânceres do colo uterino, mama, pulmão e próstata, e apenas metade para câncer colorretal. Quanto à adequação dos métodos indicados, os tumores para os quais as condutas informadas revelaram menor conformidade aos consensos selecionados foram mama (10,9%), colorretal (10,9%), e próstata (17,4%). Para os cânceres do colo do útero (95,7%) e pulmão (78,3%), observaram-se maiores índices de conformidade. As causas de não conformidade tenderam a condutas excessivas no rastreamento do câncer. Falta de investimento, deficiência de profissionais e falta de interesse da população foram as barreiras indicadas como de maior importância para o efetivo rastreamento do câncer em Boa Vista. **Conclusão:** Os médicos demonstram interesse e atitude na prevenção do câncer, apesar de algumas não conformidades com o preconizado nos consensos. Médicos tendem ao rastreamento deficitário do câncer colorretal e excessivo dos demais. A capacitação de profissionais da atenção básica é importante para o efetivo controle do câncer.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Detecção Precoce de Câncer; Prevenção de Doenças; Médicos de Atenção Primária; Prática Profissional

¹ Médica-Residente em Clínica Médica do Hospital Geral de Roraima.

² Oncologista Clínico do Hospital Geral de Roraima. Mestre em Ciências Econômicas pela UFRGS.

³ Cirurgião Oncológico do Hospital Geral de Roraima.

⁴ Cirurgião Oncológico do Hospital Geral de Roraima.

⁵ Hematologista e Coordenadora da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Geral de Roraima.

Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Hospital Geral de Roraima.

Endereço para correspondência: Hospital Geral de Roraima, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia. Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N. Novo Planalto. Boa vista (RR), Brasil. CEP: 69307-000. E-mail: alex.jardim@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2020, estima-se que ocorrerão 15 milhões de novos casos de câncer a cada ano no mundo¹. Mantidas as conjecturas socioeconômicas atuais, cerca de 70% desses tumores ocorrerão em países que não disporão de recursos para controlar esta doença. Se o conhecimento científico que se possui hoje fosse efetivamente aplicado em rastreamento e prevenção do câncer, poder-se-ia reduzir em 25% a incidência de todos os cânceres no mundo em 20 anos. Além de curar a terça parte deles em virtude da detecção precoce¹.

Hoje, o câncer se estabelece como um das principais causas de morte no mundo, sendo responsável por mais de 7,4 milhões de óbitos a cada ano, o que representa aproximadamente 13% de todas as causas². A magnitude global dessa doença mais que dobrou em 30 anos. Sua incidência e mortalidade vêm aumentando a cada década, principalmente nos países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional e fragilidades dos programas de rastreamento têm contribuído para o câncer se destacar como um dos maiores problemas de saúde pública³.

No Brasil, o câncer representa a segunda causa de morte por doenças, precedido apenas pelas doenças cardiovasculares³. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA)⁴, são estimados quase 500 mil casos novos de câncer, em 2011, para o Brasil, e aproximadamente 20 mil para a região Norte, onde o câncer do colo do útero se destaca assumindo a liderança entre os cânceres femininos.

Em Roraima, esse problema parece ser ainda mais grave. Em 2009, o risco de câncer do colo do útero em mulheres roraimenses foi comparável ao de países subdesenvolvidos de baixa renda (46 casos novos/100.000 habitantes), superando as estimativas do INCA⁵. Para o sexo masculino, o câncer de próstata (30,5/100.000) é o mais incidente, seguido pelo de pulmão (10,4/100.000). Esses dados sugerem deficiências nos programas preventivos do câncer feminino, em virtude do câncer do colo do útero ser considerado o com maior potencial de prevenção.

A efetividade dos programas de prevenção e rastreamento é dependente de diversos fatores, como o conhecimento público do assunto, a disponibilidade de recursos financeiros e tecnológicos, mas o papel do profissional médico é um dos principais determinantes de sucesso⁶. Estudos nacionais e internacionais têm relatado deficiências no conhecimento médico sobre o rastreamento do câncer, baseados em práticas preventivas heterogêneas e, em sua maioria, não preconizadas por consensos e diretrizes⁷⁻¹⁰.

O objetivo deste estudo é avaliar a atitude e o conhecimento dos médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Boa Vista (capital

do Estado de Roraima), que atualmente cobre 80% do município, sobre as medidas preventivas e de rastreamento dos cânceres mais incidentes (excluídos os de pele não melanoma).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo levantamento (de corte transversal), realizado entre 1 de agosto a 30 de setembro de 2009, por abordagem direta dos médicos atuantes na ESF do município de Boa Vista. Foi utilizado um questionário (com perguntas abertas e fechadas) como instrumento de pesquisa, baseado no questionário elaborado e validado para estudo semelhante por Tucunduva et al⁷. O questionário consistia de três partes: 1) a primeira parte arguia dados pessoais como idade, sexo, tempo de graduação e especialização médica (a identificação pessoal era opcional); 2) 14 questões abordavam o conhecimento e a prática dos médicos sobre o rastreamento dos cânceres de mama, próstata, colo do útero, colorretal e pulmão; 3) a última parte questionava os principais fatores que os profissionais julgavam como barreiras para o efetivo rastreamento do câncer em Boa Vista.

À época deste estudo, um total 51 médicos atuava na ESF do município de Boa Vista. O tamanho amostral mínimo calculado consistiu de 45 médicos, considerando um erro amostral tolerável de 5%. O método de amostragem utilizado foi sistemático, com objetivo de abordar todos os profissionais consecutivamente em seus postos de trabalho, no período determinado para o estudo, baseado em lista nominal ofertada pela Coordenação da ESF de Boa Vista.

A amostra consistiu de 46 médicos que responderam ao questionário, perfazendo 90,2% da população-alvo. Dos cinco médicos restantes, um encontrava-se licenciado, um não foi encontrado, e três recusaram participar da pesquisa.

Os médicos foram abordados em seus próprios locais de trabalho (Postos Municipais de Saúde da Família) durante horário de expediente e foram esclarecidos sobre o propósito da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento, os profissionais dispunham de 40 minutos para responder ao questionário, de forma individual e reservada, sem consulta à literatura médica. Foi garantido pelos pesquisadores o anonimato dos médicos participantes. Somente médicos que estabeleciam atividade assistencial direta com a população adulta foram incluídos neste estudo. Portanto, foram excluídos os médicos com atuação exclusiva na pediatria, os médicos atuantes em serviços burocráticos na ESF, e os que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento.

Como parâmetro para as respostas da segunda parte do questionário, foram selecionadas as recomendações de três

diretrizes sobre o rastreamento do câncer em atenção básica: 1) INCA⁴; 2) *American Cancer Society* (ACS)¹¹; 3) *Canadian Task Force* (CTF)¹². Foram considerados conhecimento ou atitude adequados aqueles que estavam de acordo com pelo menos um dos consensos (Tabela 1).

Foram correlacionados o número de acertos com os dados pessoais dos médicos. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o *software* XLSTAT[®] 2009 (Addinsoft, LA, USA). Para avaliação de diferença entre proporções amostrais, foi utilizado o teste qui-quadrado; e a análise de correlação entre variáveis numéricas foi realizada pelo teste de Pearson. O teste de Smirnov foi utilizado para avaliar as características de distribuição das amostras. O nível de significância considerado foi de 5%.

A realização do estudo e sua publicação foram aprovadas pela Coordenação da ESF do município de Boa Vista. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima (processo n° 404.866, parecer n° 110.201).

RESULTADOS

Dos 46 médicos entrevistados, 30 (65%) pertenciam ao sexo feminino, e a média de idade foi de 36,5 anos ($\pm 9,9$). A média do tempo de graduação foi de 9,3 anos ($\pm 8,9$ anos), e os extremos variaram de 1 a 33 anos. Vinte e oito (60,9%) médicos não haviam realizado nenhum tipo de especialização ou residência médica. Seis (13%)

referiram residência médica em medicina da família, cinco (10,9%) em clínica médica, dois (4,3%) em ginecologia, e um (2,2%) para cada uma das seguintes especialidades: nefrologia, cirurgia geral, anestesiologia, medicina do trabalho e saúde pública.

Quanto à atitude de recomendar e realizar o rastreamento do câncer em sua prática na ESF, todos os entrevistados informaram que questionam e praticam medidas de rastreamento para os cânceres de próstata e colo do útero; e todos, exceto um, para os cânceres de mama e de pulmão (97,8%). Entretanto, apenas 24 médicos (52%) informaram tomar atitude para o rastreamento do câncer colorretal.

Em relação à avaliação da adequação das condutas informadas, cinco (10,9%) médicos apresentaram resposta em conformidade com pelo menos um dos consensos para todos os cânceres pesquisados. Os sítios tumorais para os quais as condutas informadas revelaram menor conformidade aos consensos foram mama (10,9%), colorretal (10,9%), e próstata (17,4%). Para os cânceres do colo do útero (95,7%) e pulmão (78,3%), observaram-se os maiores índices de conformidades (Tabela 2).

A Tabela 3 expõe as tendências de não conformidade das condutas informadas, classificando-as como excessivas (quando os médicos tendiam a recomendar o método a grupos populacionais que não deveriam ser rastreados) ou deficientes (quando tendiam a negligenciar grupos populacionais que deveriam ser rastreados).

Tabela 1. Medidas de rastreamento e prevenção do câncer recomendadas pelos três consensos seleccionados

Método de rastreamento	INCA	ACS	CTF
Câncer de mama			
Autoexame das mamas	Não recomenda	> 20 anos	Não recomenda
Exame clínico das mamas	Recomenda	Recomenda	Recomenda
Mamografia	> 50 anos	> 40 anos	> 50anos
Câncer do colo uterino			
Citologia oncótica (Papanicolaou)	Início da atividade sexual	Início da atividade sexual	Início da atividade sexual
Câncer de próstata			
Dosagem de PSA	Não recomenda	> 50 anos	Não recomenda
Toque retal	Não recomenda	> 50 anos	>50 anos
Câncer colorretal			
Sangue oculto nas fezes	> 50 anos	> 50 anos	> 50 anos
Colonoscopia	Não recomenda	> 50 anos	> 50 anos
Câncer de pulmão			
Cessaçao do tabagismo	Recomenda	Recomenda	Recomenda
Radiografia de tórax	Não recomenda	Não recomenda	Não recomenda

PSA=Antígeno prostático específico

Fonte: INCA (2009)⁴, American Cancer Society (2009)¹¹ e Canadian Task Force (2001)¹²

Tabela 2. Atitude informada pelos médicos participantes frente ao rastreamento e prevenção do câncer por sítio primário e adequação das respostas aos consensos

Sítio tumoral	Informam atitude frente ao rastreamento		Adequação das atitudes informadas aos consensos							
			INCA		ACS		CTF		Total ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Próstata	46	100	0	0	7	15,2	1	2,2	8	17,4
Colo do útero	46	100	44	95,7	43	93,5	43	93,5	44	95,7
Mama	45	97,8	0	0	2	4,3	3	6,5	5	10,9
Pulmão	45	97,8	36	78,3	36	78,3	36	78,3	36	78,3
Colorretal	24	52,2	5	10,9	0	0	0	0	5	10,9

¹ O total representa adequação a pelo menos 1 dos consensos

Fonte: INCA (2009)⁴, American Cancer Society (2009)¹¹ e Canadian Task Force (2001)¹²

Tabela 3. Tendência das respostas inadequadas quanto à prevenção e rastreamento do câncer conforme recomendação dos consensos

Sítio tumoral	Condutas excessivas ^{II}	Condutas deficientes ^{II}
	(%)	(%)
Mama		
Autoexame	63-87	13-32
Mamografia	19-95	2-8
Próstata		
Toque retal	65-82	0-17
PSA	73-89	0-10
Colo uterino		
Papanicolaou	2	0-4
Colorretal		
PSO	2	87
Colonoscopia	10	0-89
Pulmão		
Cessaçã do tabagismo	0	21

PSA=Antígeno prostático específico; PSO=Pesquisa de sangue oculto

^{II} As variações na proporção de condutas deficientes decorre das diferenças das recomendações entre os consensos

Fonte: INCA (2009)⁴, American Cancer Society (2009)¹¹ e Canadian Task Force (2001)¹²

Em relação ao câncer de mama, o método de rastreamento mais indicado foi a associação de mamografia, autoexame, exame clínico das mamas (ECM) e ultrassonografia mamária (22; 47,8%), seguido pela associação de autoexame, ECM e mamografia (17; 37%). Cinco médicos (10,9%) indicaram a mamografia associada a ECM e um (2,2%), o autoexame das mamas associado a ECM. Trinta e três médicos (73%) indicam a mamografia a partir dos 40 anos e oito (17,8%), a partir dos 35 anos.

Esta amostra foi unânime em indicar apenas o teste de Papanicolaou como exame de prevenção secundária do câncer do colo do útero. Quarenta e três (93,5%) informaram o início da atividade sexual como marco para início da prevenção.

O método mais adotado para o rastreamento do câncer de próstata foi a associação do exame digital do reto (EDR) e dosagem de PSA (33; 71,7%), seguido pelo PSA isoladamente (8; 17,4%), e pelo EDR (5; 10,9%). A maioria dos entrevistados (23; 60,5%) indica o toque retal a partir dos 40 anos, e a mesma idade para a dosagem do PSA (30; 73,2%).

Para a prevenção do câncer de pulmão, quase todos os médicos, 45 (97,80%), afirmaram incentivar seus pacientes a cessar o tabagismo. Quando questionados sobre o método para essa atitude, o aconselhamento de forma isolada, 34 (73,9%), foi o mais informado, seguido pelo uso de medicamentos, nove (19,6%), e pela associação destes, dois (4,3%). Seis médicos (13%) informaram indicar também radiografia de tórax regularmente para os indivíduos tabagistas, e quatro (8,7%) para todos os indivíduos.

Em relação ao câncer colorretal, dieta balanceada (45; 97,8%) e prática de exercícios (23; 50%) foram as medidas preventivas mais informadas. Para o rastreamento, a pesquisa de sangue nas fezes foi indicada por apenas sete participantes (15,2%). Destes, seis a indicaram a partir dos 50 anos. A colonoscopia foi indicada por apenas quatro médicos (8,6%), e todos a indicaram a partir dos 40 anos de idade.

As características pessoais dos médicos entrevistados foram confrontadas com as respostas sobre conhecimento e atitude. As únicas correlações estatisticamente significativas foram: participantes com residência médica questionam mais seus pacientes sobre a realização de exames de rastreamento do câncer colorretal em relação aos sem especialização (25,7% vs 5,3%, respectivamente; $p=0,029$). O sexo feminino tendeu a tomar conduta excessiva em relação à indicação de mamografia (antes dos 50 anos) quando comparado ao sexo masculino (60,2% vs 33,0%, respectivamente; $p=0,048$). Médicos com mais de dez anos de formados tenderam a tomar mais medidas adequadas em relação ao câncer de pulmão (87,5% vs 65,2%, respectivamente; $p=0,037$). Não houve correlação linear entre número de respostas adequadas e o tempo de graduação ($r=0,467$; $p=0,75$), ou idade ($r=0,523$; $p=0,88$).

Os médicos também foram questionados quanto às dificuldades enfrentadas para a adequada prática de prevenção e rastreamento dos principais cânceres da população. A Tabela 4 ilustra as principais barreiras citadas e o grau de importância atribuído.

DISCUSSÃO

Este estudo abordou a atitude e o conhecimento dos médicos atuantes na ESF em Boa Vista, com amostragem satisfatória. Em relação às medidas de rastreamento, os tipos de câncer com os quais os médicos demonstraram maior preocupação e atitude foram o do colo do útero (100%) e o de mama (97,8%). De forma semelhante, foi relatado que esses sítios primários foram os mais rastreados por médicos de atenção básica na França e nos EUA (>95% e >92%, respectivamente)⁹⁻¹⁰. No Brasil, Tucunduva et al. avaliaram a atitude de médicos não oncologistas de São Paulo; e 67,5% dos entrevistados informaram questionar e solicitar exames de rastreamento para o câncer de mama, e 75,7%, para o do colo do útero⁷.

Quanto à avaliação das condutas informadas, esta amostra apresentou conhecimento satisfatório sobre a prevenção secundária do câncer do colo do útero, com mais de 95% das respostas em conformidade com os consensos. Em médicos não oncologistas de São Paulo, 37% dos médicos entrevistados informaram corretamente práticas preventivas para o câncer do colo do útero⁷. Há evidências

recentes de progresso quanto à cobertura do rastreamento dessa doença em Roraima. Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) referente ao acesso e utilização de serviços de saúde, entre outros¹³. Nessa pesquisa, apenas 16% das mulheres (entre 25 e 60 anos) em Roraima afirmaram que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou em toda a vida, semelhante à média da região Norte (16%) e do Brasil como um todo (15%). Quando questionadas sobre a realização do exame de Papanicolaou nos últimos 12 meses, 72,5% das mulheres roraimenses afirmaram que o haviam realizado, ao passo que na região Norte essa taxa foi de 63%, e no Brasil de 53,5%.

Em informativo sobre o monitoramento das ações de controle do câncer do colo do útero no Brasil, o INCA divulgou que a razão entre o número de teste de Papanicolaou colhido em 2009 em Roraima e número de mulheres-alvo (25 a 59 anos) foi 0,29, próximo à meta pactuada junto ao Ministério da Saúde (0,30)¹⁴. Um avanço substancial em relação aos anos de 2002 e 2003, quando essa razão era 0,19. A atitude médica de questionar e recomendar a prevenção do câncer foi documentada como um dos fatores mais determinantes da adesão de mulheres aos programas preventivos⁸⁻⁹. As evidências de melhoria no rastreamento do câncer do colo do útero em Roraima pode ser reflexo da atitude informada e conhecimento satisfatório dos médicos da

Tabela 4. Principais barreiras para o adequado rastreamento do câncer em Boa Vista informadas pelos médicos da ESF, e seus graus de importância atribuídos

Barreira	Grande importância (%)	Pouca importância (%)	Não considero uma barreira (%)
Falta de interesse do paciente	87,0	6,5	6,5
Falta de agentes educadores em saúde para a população como um todo (agentes de saúde, enfermeiros, nutricionistas e outros)	82,6	4,3	13,1
Falta de investimentos para custear os exames de prevenção e rastreamento	82,6	8,7	8,7
Falta de tempo do médico para conversar com seus pacientes sobre estes assuntos	65,2	10,9	23,9
Tempo prolongado entre as consultas, dificultando um seguimento adequado	60,9	19,6	19,6
Médicos têm pouco conhecimento e ou treinamento inadequado sobre o tema	54,3	17,4	28,3
Recomendações para prevenção e rastreamento do câncer não são muito claras	39,1	19,6	41,3

ESF em Boa Vista. No cenário nacional, um dos principais fatores associados à não realização do exame preventivo é a não realização de consulta médica no ano anterior¹⁵, ratificando o caráter mais oportunístico que determinístico desse rastreamento no Brasil.

Apesar desses números, a permanência de elevadas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero em Roraima sugere uma ainda insuficiente efetividade dos programas preventivos⁷. Uma questão relevante é que a efetividade dos programas de rastreamento do câncer do colo do útero não está relacionada somente à extensão da cobertura do rastreio populacional, mas apresenta-se também vulnerável aos erros de coleta e de preparação da lâmina, e à qualidade da condução dos casos detectados. Além disso, a subjetividade na interpretação dos resultados também pode comprometer a sua especificidade e sensibilidade. O questionário deste estudo não abordou a atitude médica sobre a vacina contra sorotipos oncogênicos do papilomavírus humano por não estar ainda incluída no Programa Nacional de Imunização.

Em relação ao conhecimento do rastreamento do câncer de mama, a minoria dos médicos (10,9%) apresentou respostas em conformidade com algum dos três consensos, com elevada taxa de condutas excessivas. Apesar de a maioria dos médicos (97,8%) neste estudo relatar que indicam a mamografia como método de rastreamento, tenderam a indicá-la para mulheres mais jovens que o preconizado (71,7%). Não há consenso na literatura quanto à eficácia da mamografia como prática de rastreamento regular em mulheres entre 40 e 49 anos. Um estudo que avaliou o papel do médico generalista no rastreio do câncer nos EUA observou que a frequência de mamografias realizadas em mulheres entre 40 e 49 anos vem se tornando semelhante à da faixa etária entre 50 e 59 anos¹⁶. Entretanto, a mamografia possui limitações de acurácia para detecção precoce do câncer de mama em mulheres mais jovens, resultando em elevado número de resultados falso-positivos¹². Em um cenário de demanda populacional crescente, com gastos elevados em saúde e recursos limitados, focar os exames de rastreio para o grupo etário onde são mais efetivos propicia a alocação mais eficiente dos recursos disponíveis na sociedade, reduzindo custos e favorecendo o acesso do subgrupo populacional que mais se beneficiaria do exame.

Apesar de os médicos desta amostra tenderem a indicar excessivamente a mamografia, dados da PNAD 2008 revelam que 65% das mulheres (entre 50 e 69 anos) em Roraima nunca haviam realizado a mamografia ao longo da vida¹³. Nesta pesquisa, um terço das mulheres que havia realizado mamografia no último ano não a realizou pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas por meios privados. Dados oficiais do Ministério da Saúde revelam que, em 2009, a razão entre o número de mamografias realizadas em Roraima e o número de mulheres (50 a 69 anos) foi

de apenas 0,03 abaixo da meta pactuada (0,12), e muito abaixo do ideal¹⁴. Entretanto, a maioria dos médicos da ESF de Boa Vista informa solicitar a mamografia (87%). Se esse dado for verdadeiro, a baixa efetividade dessa meta de rastreamento pode ser explicada pela dificuldade de acesso ao exame. Somente um mamógrafo estava disponível na rede pública de Roraima até o ano da elaboração deste artigo. Esse número é inferior ao recomendado pela portaria nº 1.101/GM (Ministério da Saúde, 2002) que define como parâmetro a instalação de um mamógrafo para cada 240 mil habitantes.

Nesse sentido, entende-se que o alcance da equidade depende não apenas do conhecimento da população sobre o tema, ou do papel do médico como solicitante, mas sobretudo de uma gestão empenhada em dispor dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, além da responsabilização dos gestores pelos resultados.

O ECM faz parte do exame físico regular, recomendado por todas as diretrizes. Todos os médicos estudados informaram que o realizam regularmente. Uma proporção menor (87% dos médicos) desta amostra relatou orientar regularmente o autoexame das mamas. O autoexame também foi regularmente indicado por médicos generalistas em cidades do interior dos Estados Unidos (89%)⁹, na França (85%)¹⁰. No Brasil, em grupo de médicos de São Paulo, essa prática era realizada por apenas 24,3%⁷, e foi considerada como método preventivo por 42% dos estudantes de medicina do último ano de uma universidade pública brasileira⁸. O autoexame não é preconizado pelo INCA e, pelo CTF, já que não existem evidências de benefício dessa medida em termos de redução da mortalidade, além de haver evidências de alguns malefícios como o aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos falso-negativos e impacto psicológico negativo nos falso-positivos. Por outro lado, o autoexame é preconizado pela ACS, associado ao ECM e mamografia, baseado no fato de o autoexame ter o potencial de promover o conhecimento do corpo e induzir nas mulheres uma consciência preventiva do câncer de mama¹¹.

A maioria dos médicos do estudo demonstrou conhecimento limitado das diretrizes e recomendações de prevenção e rastreamento do câncer colorretal, com menos de 11% de respostas em conformidade e uma elevada taxa de condutas deficientes. No estudo de Tucunduva et al., nenhum médico informou condutas adequadas para o rastreamento populacional do câncer colorretal⁷. No presente estudo, apenas 15% dos médicos afirmaram indicar a PSO nas fezes (recomendado pelos três consensos). Já foi descrito que a falta de confiança no exame (pesquisa de sangue nas fezes) é um fator relacionado à não recomendação médica, em virtude do elevado número de resultados falso-positivos¹⁶⁻¹⁸. Entretanto, esse fato, por si só, não diminui o valor do

exame com intuito de rastreamento populacional, de acordo com o pressuposto epidemiológico de que exames com elevada sensibilidade, mesmo que com especificidade reduzida, podem ser úteis para esse propósito.

A colonoscopia teve uma baixa taxa de indicação (10,9%), semelhante ao encontrado na França (10%)¹⁰, EUA (15-27%)^{9,18} e Grécia (27,8%)¹⁹, entre médicos da atenção básica. Na Espanha, foi descrito 31% de relutância na aceitação médica da colonoscopia como exame de rastreio devido à natureza invasiva do exame¹⁷. O desconforto relacionado ao exame, o difícil acesso e os elevados custos para a realização em massa da colonoscopia podem contribuir para as dificuldades na execução dessa proposta preventiva.

Quanto ao rastreamento do câncer de próstata, a medida mais informada foi a dosagem do PSA associada ao toque retal (71,7%). A dosagem de PSA, apesar de comumente encorajada por organizações médicas e por veículos de comunicação, não faz parte de uma estratégia governamental e poucas diretrizes internacionais a recomendam. As evidências de benefício dessa estratégia são limitadas. Embora um estudo europeu randomizado tenha revelado uma redução na mortalidade específica por câncer de próstata na ordem de um para cada 1.400 homens rastreados após nove anos²⁰; um outro estudo randomizado, realizado nos Estados Unidos, não encontrou nenhuma redução de mortalidade após sete e dez anos²¹. Logo, as melhores estimativas seriam a redução de zero a uma morte por câncer de próstata para cada 1.000 homens rastreados, o que tem sido considerado insuficiente para determinar se o benefício do rastreio superaria os malefícios, como as toxicidades e sequelas relacionadas ao tratamento excessivo de casos não progressivos de câncer de próstata (ex.: incontinência urinária e disfunção erétil)¹². Entretanto, uma elevada proporção dos médicos deste estudo (82,6%) tendeu ao rastreamento excessivo, recomendando os exames para homens mais jovens do que o preconizado pela diretriz da ACS.

O EDR faz parte da propedêutica clínica e sua indicação transcende o rastreio do câncer de próstata, e foi informado por mais de 80% desta amostra. Ainda hoje, medo e vergonha são barreiras para a realização do exame digital do reto, e essas manifestações psicológicas estão associadas à desinformação e baixa escolaridade²². Esses dados ratificam a importância da atitude médica na redução das barreiras do rastreamento do câncer de próstata, recomendando, desmitificando e promovendo esclarecimento da população masculina sobre seus riscos e benefícios.

Em relação ao câncer de pulmão, praticamente todos os médicos (97,8%) informaram corretamente a única medida preventiva comprovadamente eficaz (cessação do tabagismo). Meredith et al. realizaram estudo que avaliou a atitude dos tabagistas frente à cessação do tabagismo

no cenário de atenção primária. Os autores constataram que a taxa de sucesso na cessação do hábito é diretamente proporcional à consistência e à frequência em que os médicos recomendam a cessação²³. O aconselhamento verbal sem a utilização de medicamentos foi a maneira de incentivo à cessação do tabagismo mais utilizada nesta amostra (73,9%). Entretanto, as evidências apontam para maior eficácia com o uso concomitante de medicação no abandono do tabagismo¹⁶.

Um quinto dos médicos deste estudo acredita na radiografia de tórax como rastreamento do câncer de pulmão em fumantes. A busca pelo diagnóstico precoce do câncer de pulmão não é recomendada, em função de estudos pioneiros da década de 1980, que concluíram que rastreamento com radiografia de tórax, associada ou não à citologia de escarro, não modificava a mortalidade dos pacientes com carcinoma brônquico²⁴. Um estudo recente avaliou o papel da tomografia computadorizada helicoidal de baixa dose na detecção precoce do câncer de pulmão em tabagistas²⁵. O exame permitiu modificar para melhor a proporção entre doença diagnosticada em fase precoce (tratamento cirúrgico) e doença diagnosticada em estágio avançado (tratamento paliativo), porém mais uma vez não se demonstrou eficiente em reduzir mortalidade e, por isso, não há recomendação. Dados os elevados custos atuais dessa estratégia de rastreamento, o perfil de custo-efetividade tende a ser desfavorável.

CONCLUSÃO

Pôde-se notar que os médicos neste estudo demonstram interesse e atitude na prevenção da maioria dos cânceres mais incidentes, apesar de algumas não conformidades com o preconizado nos consensos. Os médicos atuantes na ESF de Boa Vista seguem tendências descritas em outros estudos: negligenciar o rastreio do câncer colorretal e tomar condutas excessivas para o rastreio dos outros sítios tumorais, ao hiperestimar o papel de alguns métodos preventivos como mamografia e dosagem de PSA.

O fato de os profissionais terem citado como importante barreira, à efetividade dos programas preventivos, as recomendações não serem muito claras e o treinamento inadequado para fazer esses tipos de prevenção, reforça a importância do treinamento da equipe de atenção básica para que dúvidas sejam esclarecidas e haja uniformização de condutas engajadas no controle do câncer. A contribuição original deste estudo é fornecer dados que possam subsidiar o aperfeiçoamento dos programas preventivo e de detecção precoce do câncer em Boa Vista.

CONTRIBUIÇÕES

Lívia Maria Costa da Silva participou da elaboração do projeto, coleta de dados e redação do manuscrito. Allex

Jardim da Fonseca participou da elaboração do projeto, análise de dados e redação do manuscrito. Leonardo Pires Ferreira participou da análise de dados e revisão do manuscrito. Anderson César Dalla-Benetta participou da redação do manuscrito. Cibelli Navarro participou da elaboração do projeto e da redação do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2009 Oct]. (Fact sheet; n. 297). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 [cited 2009 Dec]. (IARC CancerBase; n. 10). Available from: <http://globocan.iarc.fr>
3. Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev bras cancerol.* 2005;51(3):227-34.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [citado 2010 jan]. 98 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>
5. Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(8):386-92.
6. Wender RC. Preserving primary care: the front line in the war against cancer. *CA Cancer J Clin.* 2007;57(1):4-5.
7. Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano EST, et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. *Rev Ass Med Bras.* 2004;50(3):257-62.
8. Gomes CHR, Nobre AL, Aguiar GN, Fernandes IM, Souto IV, Bessa LT, et al. Avaliação do conhecimento sobre detecção precoce do câncer dos estudantes de medicina de uma universidade pública. *Rev bras cancerol.* 2008;54(1):25-30
9. Ashford A, Gemson D, Sheinfeld Gorin SN, Bloch S, Lantigua R, Ahsan H, et al. Cancer screening and prevention practices of inner-city physicians. *Am J Prev Med.* 2000;19(1):59-62.
10. Ganry O, Boche T. Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. *Public Health.* 2005;119(11):1023-30.
11. American Cancer Society. ACS cancer detection guideline [Internet]. [Atlanta: American Cancer Society]; 2009 [cited 2011 Jan]. Available from: <http://www.cancer.org/index>
12. Canadian Task Force. CTFPHC Systematic reviews & recommendations [Internet]. Quebec; 2001 [cited 2011 Jan]. Available from: http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations__current_eng.html
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2010 jun]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf
14. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Informativo Detecção Precoce [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; jan-mar 2010 [citado 2010 nov]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccao precoce.pdf>
15. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8):485-92.
16. Miser WF. Cancer screening in the primary care setting: the role of the primary care physician in screening for breast, cervical, colorectal, lung, ovarian, and prostate cancers. *Prim Care.* 2007;34(1):137-67.
17. Ramos M, Esteva M, Almeda J, Cabeza E, Puente D, Saladich R, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. *BMC Cancer.* 2010;10(1):500-7.
18. Zettler M, Mollon B, Silva V, Howe B, Speechley M, Vinden C. Family physicians' choices of and opinions on colorectal cancer screening modalities. *Can Fam Physician.* 2010;56(9):338-44.
19. Kamposioras K, Mauri D, Alevizaki P, Ferentinos G, Karampoiki V, Kouiroukidou P, et al. Cancer screening in Greece: guideline awareness and prescription behavior among Hellenic physicians. *Eur J Intern Med.* 2008;19(6):452-60.
20. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009;360(13):1320-8.
21. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med.* 2009;360(13):1310-9.

22. Naccarato AM, Reis LO, Matheus WE, Ferreira U, Denardi F. Barriers to prostate cancer screening: psychological aspects and descriptive variables: is there a correlation? *Aging Male*. 2011;14(1):66-71.
23. Meredith LS, Yano EM, Hickey SC, Sherman SE. Primary care provider attitudes are associated with smoking cessation counseling and referral. *Med Care*. 2005;43(9):929-34.
24. Melamed MR, Flehinger BJ, Zaman MB. Impact of early detection on the clinical course of lung cancer. *Surg Clin North Am*. 1987;67(5):909-24.
25. International Early Lung Cancer Action Program Investigators; Henschke CI, Yankelevitz DE, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, Miettinen OS. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med*. 2006;355(17):1763-71.

Abstract

Introduction: The effectiveness of screening and prevention programs depends on several factors but the physician role is a major determinant of success. **Objective:** To assess physicians' knowledge and attitude from the family health strategy in Boa Vista (RR) on screening and prevention of most incident cancers, excluding the non-melanoma skin cancer. **Method:** A cross-sectional quantitative study. The data were statistically analyzed using the software XLSTAT® 2009. **Results:** 46 physicians (90% of target population) answered the questionnaire, 65% were female, and mean age was 36.5. Most physicians reported attitudes towards the screening of cervical, breast, lung and prostate cancers, but only half for colorectal cancer. Regarding the appropriateness of the methods outlined, the tumors for which informed methods showed less compliance to selected consensus were breast (10.9%), colorectal (10.9%) and prostate (17.4%). For cervical (95.7%) and lung (78.3%) cancers, higher rates of compliance were observed. The non-compliance causes tended to excessive behaviors on cancer screening. Lack of investment, professional deficiency and lack of public interest were indicated as the most important barriers for effective cancer screening in Boa Vista. **Conclusion:** Physicians show attitude and interest in cancer prevention, despite some non-compliances with the recommendations in the consensus. Doctors tend to neglect colorectal cancer screening and to excessively screen the others. The training of professionals in primary care is important for effective cancer control.

Key words: Primary Health Care; Early Detection of Cancer; Disease Prevention; Physicians, Primary Care; Professional Practice

Resumen

Introducción: La eficacia de los programas de prevención y rastreo depende de varios factores, pero el rol del médico es un factor determinante de éxito. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos y la actitud de los médicos de la Estrategia Salud Familiar en Boa Vista (RR) sobre el rastreo y las medidas de prevención para los cánceres más comunes, con exclusión de los de piel no melanoma. **Método:** Investigación cuantitativa de corte transversal. Los datos fueron analizados estadísticamente por el *software* XLSTAT® 2009. **Resultados:** 46 médicos (90% de la población target) contestaron el cuestionario, 65% mujeres, el promedio etario fue de 36,5 años. La mayoría de los médicos informó que actúan cuanto al rastreo de los cánceres del cuello uterino, mama, pulmón y próstata, y sólo la mitad de los médicos cuanto al cáncer de colon. Con respecto a la adecuación de los métodos descritos, los tumores para los cuales las conductas informadas mostraron menor conformidad con los consensos seleccionados fueron los de mama (10,9%), colon del recto (10,9%) y próstata (17,4%). Para los cánceres del cuello uterino (95,7%) y pulmón (78,3%), se observaron mayores tasas de conformidad. Las causas de incumplimiento tienden a comportamientos excesivos en el rastreo del cáncer. La falta de inversiones, la deficiencia de profesionales y la falta de interés público se han señalado como las más importantes barreras para el eficaz rastreo del cáncer en Boa Vista. **Conclusión:** Los médicos han expresado su interés y actitud en la prevención del cáncer, pese a algunas no conformidades con lo preconizado en los consensos. Los médicos tienden al rastreo deficitario del cáncer de colon rectal y al excesivo de los demás. La capacitación de profesionales en la atención primaria es importante para el control eficaz del cáncer.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Detección Precóz del Cáncer; Prevención de Enfermedades; Médicos de Atención Primaria; Práctica Profesional