

PREVALÊNCIA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO AUTORREFERIDO DE CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE¹

Tainara Tonatto², Rafaela Camelo³, Giovana Bonessoni Felizari⁴, Gustavo Olszanski
Acрани⁵, Ivana Loraine Lindemann⁶

¹ Inovação em Saúde Coletiva: políticas, saberes e práticas de promoção da saúde-UFFS

² Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS

³ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS

⁴ Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS

⁵ Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS

⁶ Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS

Resumo: Introdução: Os diagnósticos de câncer apresentam grande crescimento, evidenciando fatores de risco sociodemográficos e comportamentais, modificáveis (obesidade, tabagismo) ou não (cor da pele, sexo), incumbindo a Atenção Primária em Saúde da busca ativa dos fatores de risco para identificar os grupos vulneráveis e promover orientação e rastreamento para diagnóstico precoce. **Objetivo:** Determinar a prevalência de diagnóstico médico autorreferido de câncer e analisar sua distribuição de acordo com outras características dos indivíduos. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 1.443 participantes e majoritariamente por mulheres (71%), adultos (72%), brancos (64,8%), com estado nutricional inadequado (68,7%), praticantes de atividade física (57,5%), não fumantes (81,7%), não etilistas (70,9%) e que não usavam preservativo (64,6%). Do total, 5,1% referiram diagnóstico de câncer, com diferença estatisticamente significativa em relação à idade ($p < 0,001$). **Conclusão:** A determinação da prevalência e dos fatores relacionados ao câncer permite adequação e elaboração das ações de prevenção em saúde em todos os níveis.

Palavras Chave: Atenção Primária à saúde; Oncologia; Fatores de risco;

Introdução:

A incidência e a mortalidade de câncer no Brasil e no mundo estão em ascensão nas últimas décadas e, com o crescente envelhecimento da população, tenderá a aumentar ainda mais. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com uma diminuição dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a adoção de hábitos e atitudes associados à urbanização como o sedentarismo e a alimentação

inadequada (BRAY et al., 2018).

Ademais, além da idade avançada, outros fatores de risco são frequentemente associados ao desenvolvimento de cânceres na população. Entre eles estão o tabagismo, a obesidade, o alcoolismo, a exposição solar, a infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV), entre outros (INCA, 2018).

Ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos, segundo a estimativa mais recente, realizada em 2018. O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo, seguido pelo câncer de mama, cólon e reto. Além disso, os casos novos acometem mais homens do que mulheres (BRAY et al., 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020a), para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer. Por isso, faz-se necessário conhecer o perfil dos acometidos pela doença a fim de planejar, gerenciar e acompanhar a incidência de câncer, proporcionando a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações com o propósito de gerar intervenções mais adequadas e oportunas frente às necessidades da população.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivos determinar a prevalência de diagnóstico autorreferido de câncer, caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida e analisar a distribuição da frequência do câncer conforme as demais variáveis.

Metodologia:

Este estudo é um recorte de uma pesquisa transversal mais ampla, realizada com adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde e atendidos nas 34 unidades urbanas da Atenção Primária à Saúde (APS), na cidade de Passo Fundo, norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os critérios de inclusão foram: ambos os sexos, idade superior a 18 anos, residência na cidade e utilização do serviço de saúde; sendo os critérios de exclusão: acamados e portadores de morbidades que os impedissem de responder ao questionário.

O cálculo de tamanho amostral foi realizado de duas formas, considerando-se um nível de confiança de 95% e um poder de estudo de 80% para ambas. Para o primeiro cálculo, para identificar uma prevalência de desfecho de 10%, admitindo-se uma

margem de erro de cinco pontos percentuais, resultou em 138 participantes. O segundo, para identificar a associação entre os diferentes desfechos e fatores de exposição, foi realizado tendo como base uma razão de não expostos/expostos de 9:1, prevalência total do desfecho de 10%, frequência esperada em não expostos de 9,1% e Razão de Prevalências (RP) de 2. Assim, seriam necessários 1.220 entrevistados e, acrescentando-se a esse número 15% para fatores de confusão, o número final mínimo seria de 1.403 participantes.

Para cada unidade de saúde utilizou-se o número de atendimentos realizados no mês anterior à coleta de dados para definir o n necessário para compor a amostra. Posteriormente, por amostragem de conveniência, foram incluídos de forma consecutiva os usuários que estavam nos locais até atingir o n pré-definido ou até que todos aqueles presentes no último turno determinado para a coleta no local fossem convidados a participar.

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados, de maio a agosto de 2019, através da aplicação de questionário testado e codificado, durante os horários de funcionamento regular dos serviços. Os entrevistadores convidavam os usuários, conforme os critérios de seleção, a participarem da pesquisa e aplicavam os questionários. A digitação dos dados foi realizada no programa EpiData e a análise no PSPP, ambos de livre distribuição.

O desfecho deste estudo, diagnóstico médico autorreferido de câncer, foi aferido por meio de 2 perguntas: *Alguma vez algum médico lhe disse que você tem câncer? Se sim, em que local do corpo?* Ambas as perguntas foram lidas para os entrevistados de maneira que a primeira resposta era espontânea e transcrita ao questionário como sendo sim, não ou não sabe, e a segunda, também espontânea, transcrita conforme resposta e posteriormente categorizada para fins de análise.

Para realizar a caracterização da amostra foram incluídas variáveis sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida, além do desfecho do estudo. As variáveis sociodemográficas foram: sexo (feminino e masculino), idade (medida em anos completos e categorizada em adultos e idosos, até 60 anos e 60 anos ou mais, respectivamente) e cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, indígena e amarela, categorizada em branca e outras). Quanto às variáveis de saúde e de hábitos de vida, incluíram-se: estado nutricional avaliado pelas respostas de peso e altura, através de

Índice de massa corporal, categorizado em adequado – eutrofia – e inadequado – baixo peso, sobrepeso e obesidade, conforme idade e gestação (ATALAH *et al.*, 1997; BRASIL, 2005; LIPSCHITZ, 1994; WHO, 1995; WHO, 2009), prática de atividade física nas horas livre (sim ou não), tabagismo (sim ou não), consumo de bebida alcoólica (sim, não ou às vezes, reagrupadas em sim e não, incluindo às vezes em sim), tabagismo (sim ou não) e uso de preservativo (sim, não ou às vezes, reagrupadas em sim e não, sendo às vezes incluída em sim).

O diagnóstico médico autorreferido de câncer foi recategorizado em sim e não, nesta última categoria inclusos os que responderam não saber, enquanto os sítios de diagnóstico também autorreferidos foram subcategorizados em cânceres de sítio ginecológico, pele, trato urinário, hematológicos, cabeça e pescoço, pulmão, órgãos abdominais e ossos.

As análises foram realizadas quanto às frequências absolutas e relativas de cada variável. Ainda, calculou-se a prevalência do desfecho e verificou-se sua distribuição conforme as variáveis preditoras (teste de Qui quadrado de Pearson, em que foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais).

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sob número 3.219.63.

Resultados:

A amostra foi composta por 1.443 adultos e idosos, sendo a idade adulta a mais prevalente, correspondendo a 72%. As demais variáveis sociodemográficas apresentaram o sexo feminino predominante, 71% e cor da pele branca, 64,8% (Tabela 1). Os resultados retratam as características dos indivíduos que dotam da maior utilização do serviço de atenção básica do município, evidenciando também, conseqüentemente, as parcelas da população que devem ser abordadas com objetivo de oportunizar o cuidado continuado e acompanhamento no primeiro nível de atenção à saúde.

Na Tabela 2 apresentam-se os dados de saúde e de hábitos de vida, sendo que 68,7% da amostra teve peso inadequado, enquanto 57,5% referiu fazer atividades físicas, ou seja, pouco mais da metade da amostra não é sedentária, enquanto quase 2/3 não está com peso adequado, revelando a necessidade de promoção da saúde por meio

de programas de incentivo a adesão às práticas de atividade física, tendo em vista que possibilita prevenção do câncer, sendo a obesidade fator de risco (MUNHOZ *et al.*, 2016). Ademais, apenas 18,3% eram tabagistas, enquanto 29,1% consumiam bebidas alcoólicas, evidenciando um possível viés de desejabilidade social, isto é, negar o hábito a fim de evitar julgamento. Ainda quanto aos hábitos de vida: somente 35,4% tinham o hábito de usar preservativos, sendo um dado relevante para diagnósticos de cânceres (cervicais, anogenitais e orofaríngeos) devido a contaminação com vírus HPV, transmitido pelo ato sexual desprotegido (DE MARTEL *et al.*, 2017).

Quanto ao desfecho do estudo, Tabela 3, 5,1% dos indivíduos referiram diagnóstico médico de câncer, sendo um número consideravelmente baixo, porém, o acompanhamento dos pacientes oncológicos é realizado por especialista, considerado atenção secundária, sendo a atenção primária responsável pelo cuidado continuado de todos os aspectos da vida de cada paciente, gerando um falso entendimento da população em descontinuar o atendimento com o médico de família e comunidade devido ao acompanhamento com outro especialista.

Os sítios de câncer obtiveram os seguintes resultados: ginecológicos 37,5%, pele e órgãos abdominais 16,6%, cabeça e pescoço 11,1%, urinário 7%, hematológico 5,6%, pulmão e ossos 2,8%, indo ao encontro dos dados do INCA quanto a estimativas para o câncer em 2020, sendo os mais incidentes entre mulheres os ginecológicos (mama e colo de útero) e entre ambos os sexos os de órgãos abdominais (cólon e reto e estômago), excetuando-se o câncer de pele não melanoma (INCA, 2020b).

Na análise bivariada, o diagnóstico autorreferido de câncer foi mais frequente quanto ao sexo feminino, idade igual ou superior aos 60 anos, cor de pele não branca, estado nutricional adequado, inatividade física, não consumo de bebidas alcoólicas, presença de tabagismo e hábito de não usar preservativo. Entretanto, a diferença foi estatisticamente significativa apenas para a variável idade ($p < 0,001$) – Tabela 4.

Ressalta-se que o estudo de natureza transversal tem limitações diante da possibilidade de viés de causalidade reversa e da coleta de dados em sala de espera podendo gerar sub ou superestimativa em alguma variável, além do viés de desejabilidade social supracitado. Entretanto, os resultados são relevantes a respeito de identificar a proporção de acometimento entre a população, bem como a parcela que apresenta fatores de risco trazidos pela literatura.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de uma amostra de adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	418	29,0
Feminino	1025	71,0
Idade (anos completos) (n=1.438)		
18-60	1035	72,0
≥60	403	28,0
Cor da pele (n=1.437)		
Branca	931	64,8
Outras	506	35,2

Tabela 2. Caracterização de saúde e hábitos de vida de uma amostra de adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443).

Variáveis	n	%
Estado nutricional (n=1.264)		
Adequado	396	31,3
Inadequado	868	68,7
Prática de atividade física (n=1.442)		

Sim	829	57,5
Não	613	42,5
Tabagismo (n=1.441)		
Sim	264	18,3
Não	1177	81,7
Consumo de bebida alcoólica (n=1.442)		
Sim	419	29,1
Não	1023	70,9
Hábito de usar preservativo (n=1.108)		
Sim	392	35,4
Não	716	64,6

Tabela 3. Prevalência de diagnóstico médico de câncer e sítio de localização autorreferidos em uma amostra de adultos e idosos usuários da Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443).

Variáveis	n	%
Diagnóstico de câncer prévio		
Sim	74	5,1
Não	1368	94,8
Sítio do câncer referido (n=72)		
Ginecológicos	27	37,5

Pele e órgãos abdominais	12	16,6
Urinário	5	7,0
Hematológico	4	5,6
Cabeça e pescoço	8	11,1
Pulmão	2	2,8
Órgão abdominais	12	16,6
Ossos	2	2,8

Tabela 4. Prevalência de diagnóstico médico autorreferido de câncer em uma amostra de adultos e idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, conforme características sociodemográficas, de saúde e de hábitos de vida. Passo Fundo, RS, 2019 (n=1.443).

Variáveis	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,360
Masculino	18	4,3	400	95,7	
Feminino	56	5,5	968	94,5	
Idade (anos completos) (n=1.437)					p<0,001
18-60	34	3,3	1000	96,7	
≥60	40	9,9	363	90,1	
Cor da pele (n=1.436)					0,340
Branca	128	13,8	802	86,2	

Outras	79	15,6	427	84,4	
Estado nutricional (n=1.263)					0,470
Adequado	23	5,8	373	94,2	
Inadequado	42	4,8	825	95,2	
Prática de atividade física (n=1.441)					0,400
Sim	28	4,6	585	95,4	
Não	46	5,6	782	94,4	
Consumo de bebida alcoólica (n=1.441)					0,510
Sim	19	4,5	400	95,5	
Não	55	5,4	967	94,6	
Tabagismo (n=1.440)					0,450
Sim	16	6,1	248	93,9	
Não	58	4,9	1118	95,1	
Hábito de usar preservativo (n=1.108)					0,690
Sim	15	3,8	377	96,2	
Não	31	4,3	685	95,7	

Discussão:

A metodologia empregada permitiu o estudo da prevalência de diagnóstico médico autorreferido de câncer e a caracterização da amostra. A predominância do sexo feminino na amostra estudada reflete a maior busca de atendimento em saúde por esta parcela da

população, a qual está de acordo com outros estudos (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). Além disso, fatores ginecológicos e obstétricos contribuem para a maior procura de atendimento médico por mulheres (TRAVASSOS et al, 2002).

Segundo a incidência estimada conforme a localização primária do tumor e sexo, elaborada pelo INCA no ano de 2020, em homens o sítio de maior acometimento foi a próstata, seguido de cólon e reto e, posteriormente, traqueia, brônquio e pulmão. Já nas mulheres, em primeiro lugar encontra-se o câncer de mama, seguido também por cólon e reto, posteriormente por colo de útero e traqueia, brônquio e pulmão, excetuando-se o câncer de pele não melanoma (INCA, 2020). A amostra estudada obteve resultados diferentes, pois o número de participantes pode não retratar a caracterização nacional e, por isso, ter distribuições distintas.

Em relação à saúde e aos hábitos de vida, sabe-se que a obesidade é fator de risco para diversos cânceres como o de esôfago, estômago, pâncreas, vesícula biliar, fígado, intestino (cólon e reto), rins, mama, ovário, endométrio, meningioma, tireoide, mieloma múltiplo e possivelmente próstata, mama e linfoma difuso de grandes células B (INCA, 2020). Dessa forma, ao observar que 68,7% da amostra apresentava estado nutricional inadequado, destaca-se a relação entre sobrepeso, obesidade e o ganho de peso na fase adulta como possível fator de risco para o surgimento de câncer.

Quanto ao tabagismo, segundo dados da Pesquisa Vigitel em 2019, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,8%, sendo 12,3 % entre homens e 7,7 % entre mulheres. Sabe-se que o tabagismo é um dos principais fatores de risco para cânceres, principalmente de pulmão. No estudo, 6,1% referiram ser tabagistas, um número menor do que a média nacional. Entretanto, devido a possibilidade de viés de desejabilidade social este dado pode estar subestimado.

Em relação à idade, sabe-se que a idade avançada (>60 anos) é um importante fator de risco para câncer. A incidência de câncer aumenta consideravelmente com a idade, pois o avançar dos anos leva ao acúmulo de fatores de risco para diversos tipos de câncer associados a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular que naturalmente acometem os idosos (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010). Dentre todos os casos de câncer no mundo, cerca de 70% ocorrem após os 65 anos de idade (BRAY et al., 2018). Dessa forma, os dados encontrados na literatura condizem com aqueles encontrados na amostra, os quais relacionam o envelhecimento com o desenvolvimento de câncer.

Conclusão:

Considerando a amostra e a metodologia empregadas, conclui-se que a prevalência de diagnóstico autorreferido de câncer foi baixa, com 5,1%. Conforme a caracterização da amostra, quanto às variáveis sociodemográficas, de saúde e os hábitos de vida, foi possível relacioná-la como possíveis fatores de risco para cânceres. Para tanto, faz-se importante utilizar esta caracterização para a adoção de políticas públicas em saúde que visem modificar hábitos potencialmente perigosos para o desenvolvimento de câncer.

Referências:

ATALAH, E. S. et al. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Rev. Med. Chile**, v. 125, (12): 1429-1436, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRAY, F. et al. **Global cancer statistics 2018**: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov. 2018.

DE MARTEL, C. et al. Carga mundial do câncer atribuível ao HPV por local, país e tipo de HPV: Carga mundial do câncer atribuível ao HPV. **International Journal of Cancer**, v. 141, n. 4, pág. 664–670, 15 atrás. 2017

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, Aug. 2009.

INCA, 2018. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer: Prevenção e fatores de risco. Disponível em <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco>. Acesso em: 10 março 2021.

INCA, 2020a. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer: Estimativa 2020 Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/>

files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acesso em: 09 março 2021.

INCA, 2020b. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 03 março 2021

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**.1994; 21(1):55-67.

MUNHOZ, M. P. et al. Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v.37, (2), 09-16, 2016.

SOARES, Lenícia C; SANTANA, Maria G; MUNIZ, Rosani M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **CiencCuid Saude**. 2010; 9(4):660-7.

TRAVASSOS, Claudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**. 2002;11(5-6):365-73.

Vigitel Brasil 2019. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: **WHO**, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: **World Health Organization**, 2009. From: <http://www.who.int/growthref/tools/>