**Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social**

Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda Silveira

**Conhecimento e práticas de médicos da atenção primária à saúde
relacionadas à prevenção do câncer**

Ribeirão Preto
2016

TAUANA PAVANELLI DO AMARAL DE ARRUDA SILVEIRA

Conhecimento e práticas de médicos da atenção primária à saúde relacionadas à prevenção do câncer

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Saúde na Comunidade.

Área de concentração: Medicina Social.

Orientador: Prof. Dr. Anderson Soares da Silva.

Ribeirão Preto
2016

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Silveira, Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda

Conhecimento e práticas de médicos da atenção primária à saúde relacionadas à prevenção do câncer. Ribeirão Preto, 2016.

110 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Silva, Anderson Soares.

1. Prevenção de doenças. 2. Detecção precoce de câncer. 3. Atenção primária à saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda Silveira

Conhecimento e práticas de médicos da atenção primária à saúde relacionadas à prevenção do câncer.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Saúde na Comunidade.
Área de concentração: Medicina Social.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

RESUMO

SILVEIRA, T. P. A. A. Conhecimento e práticas de médicos da atenção primária à saúde relacionadas à prevenção do câncer. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introdução: O câncer é uma doença que acomete grande parte da população mundial, sendo o segundo maior responsável pelas mortes no Brasil. A maior parte dos cânceres é passível de prevenção e outra grande parte tem altos índices de cura se diagnosticados precocemente. Por isso, o papel dos profissionais de saúde é de fundamental importância para programas eficazes de rastreamento e prevenção do câncer.

Objetivos: Avaliar o conhecimento e as práticas de médicos que trabalham em equipes da APS (Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais) relacionadas à prevenção do câncer.

Material e métodos: Foram realizadas entrevistas com os profissionais da atenção primária: Médicos de Família e Comunidade, Clínicos Gerais e Ginecologistas e Obstetras, vinculados a Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão Preto. As entrevistas foram realizadas utilizando-se um questionário semi-estruturado, subdividido em 5 partes: dados profissionais, rastreamento do câncer de mama e colo de útero, rastreamento do câncer de cólon e reto, rastreamento do câncer de pulmão e rastreamento de outros tipos de câncer.

Resultados: Apesar de afirmarem conhecer as diretrizes de rastreamento de câncer dos principais órgãos nacionais de combate à doença, a análise das práticas referidas pelos entrevistados estava muito aquém daquilo preconizado por essas instituições.

Conclusões: Há que se investir em estratégias de conscientização dos profissionais de saúde como um todo (e não apenas os médicos) para o correto aconselhamento de medidas de promoção de saúde relacionada ao câncer, bem como dos exames de rastreamento para o diagnóstico precoce dessas doenças.

Palavras-chave: Prevenção de doenças. Detecção precoce de câncer. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

SILVEIRA, T. P. A. A. Primary care physicians' knowledge and practices related to cancer prevention. Dissertation (Master's Degree) – Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Introduction: Cancer is a disease that affects a big part of the world's population, and is the second most prevalent cause of death in Brazil. The majority of cancers are preventable and another large part has high rates of cure if diagnosed in early stages. Therefore, the role of health professionals is fundamental for effective cancer prevention and screening programs.

Objectives: Evaluate the practices and knowledge of physicians that work in primary health centers (Family Health Strategy Centers and traditional Health Posts) related to cancer prevention.

Methodology: Interviews were made with the primary care professionals: family health practitioners, general practitioners and gynecologists and obstetricians, who work at primary health centers in Ribeirão Preto's local health system. The Interviews were made using a semi-structured questionnaire, divided into 5 parts: professional data, cervical and breast cancer screening, colon and rectal cancer screening, lung cancer screening and screening of other types of cancer.

Results: In spite of respondents declare to know the main cancer screening guidelines from the major national institutions for fighting the disease, the analysis of the referred practices of the interviewed participants were too far from what is recommend by those institutions.

Conclusion: There is a need to invest in awareness strategies as a whole (and not just the the physicians) for the correct health promotion counseling related to cancer, as well as in the screening tests for early diagnosis of these diseases.

Keywords: Disease Prevention, Cancer Early Detection, Primary Care.

SUMÁRIO

1. Introdução	8
2. Revisão Bibliográfica.....	10
2.1. Magnitude do Problema	10
2.2. Ações de Controle	14
2.2.1. Prevenção	14
2.2.2. Detecção Precoce e Rastreamento	15
2.2.3. Profissionais de Saúde e a Prevenção do Câncer	16
3. Justificativa	19
4. Objetivos	20
5. Materiais e Métodos.....	21
5.1. Delineamento do Estudo	21
5.2. Local de Estudo.....	21
5.3. População de Estudo	22
5.4. Critérios de Inclusão	22
5.5. Critérios de Exclusão	22
5.6. Instrumento de Coleta de Dados	22
5.7. Variáveis Estudadas	23
5.8. Período do Estudo	24
5.9. Aspectos Éticos	24
5.10. Análise dos Dados.....	25
6. Resultados.....	26
6.1. Característica dos Profissionais e sua Prática	26
6.2. Rastreamento do Câncer de Mama	30
6.3. Rastreamento do Câncer de Colo de Útero.....	40
6.4. Rastreamento do Câncer Colorretal	47
6.5. Rastreamento do Câncer de Pulmão	61

6.6. Rastreamento de Outros Tipos de Câncer	67
7. Discussão	68
7.1. Considerações Gerais sobre a Pesquisa	68
7.2. Análise das Características dos Profissionais e sua Prática	68
7.3. Análise do Conhecimento e Condutas de Rastreamento do Câncer	69
7.3.1. Câncer de Mama	69
7.3.2. Câncer de Colo de Útero	71
7.3.3. Câncer Colorretal	73
7.3.4. Câncer de Pulmão	76
7.3.5. Outros Tipos de Câncer	78
8. Conclusão	79
9. Bibliografia	80
10. Apêndices	83
Apêndice A – Questionário	83
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106
11. Anexos	107
Anexo A – Autorização para Utilização dos Questionários do NSPCP	107
Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	109
Anexo C – Autorização para Realização das Entrevistas pela SMS-RP	110

1. Introdução

A palavra “câncer” tem sua origem na palavra grega “*karkinos*”, que significa caranguejo. Foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, provavelmente para designar uma doença que não é estática, *in loco*, mas sim, que se movimenta, que pode se espalhar e “andar” pelo corpo (1).

O câncer não representa uma doença única, mas um conjunto de doenças (em torno de 100) que se caracteriza pelo crescimento celular excessivo e desordenado, podendo espalhar-se por várias regiões do corpo, invadindo e destruindo órgãos e tecidos (2). São doenças que despertam grande interesse mundial, visto que estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o câncer representa uma das principais causas de morte no mundo (cerca de 13% de todas as mortes), respondendo por 7,6 milhões de óbitos. Desse total, em torno de 70% ocorrem em países de média e baixa renda (3).

No Brasil, as neoplasias malignas são um problema de saúde pública, pois representam a segunda causa de morte no país. Estimou-se para 2016 a ocorrência de 596 mil novos casos de câncer (incluindo os de pele não melanoma), com uma incidência um pouco maior entre os homens (50%, contra 49% nas mulheres). Entre os homens, predominam os cânceres de próstata, traquéia, pulmão e brônquios, e cólon e reto; entre as mulheres: mama, cólon e reto, e colo de útero (4).

Segundo Jemal e colaboradores (5), os fatores responsáveis por colocar o câncer como uma das maiores causas de óbito no mundo, especialmente em países em desenvolvimento, é o envelhecimento da população aliado ao aumento da exposição a fatores de risco (químicos, biológicos e ambientais - dentre estes, os mais importantes estão os hábitos ou estilos de vida). Quanto ao papel da hereditariedade na gênese do câncer, sabe-se que de maneira isolada, a mesma possui pouca influência (entre 5 a 10% dos casos de câncer tem como causa principal alterações genéticas hereditárias), contudo, sua importância cresce sobremaneira quando associada à exposição a algum fator de risco (6).

Diante desse quadro, é evidente a necessidade de se investir em ações abrangentes de prevenção e o controle do câncer no âmbito dos sistemas de saúde, tanto público, quanto privado. Sobre isso, o então diretor geral do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Jacob Kligerman, ressaltou a importância da criação da “Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer” como uma importante estratégia para a diminuição da incidência e mortalidade por câncer, através de ações de prevenção primária, detecção precoce e assistência de pacientes portadores de neoplasias (7).

Um ponto fundamental nessa estratégia de prevenção/diagnóstico precoce é o papel desempenhado pelas equipes de assistência primária. De fato, tal como o sistema de saúde brasileiro está configurado, os médicos das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família devem desempenhar o papel de primeiro acesso/contato e coordenadores de atividades relacionadas à prevenção do câncer.

Contudo, no estado mais desenvolvido da federação (São Paulo), a maioria das mulheres com câncer de mama (51,2%) lamentavelmente estão sendo diagnosticadas nas fases mais avançadas da doença. Este é um dado extremamente preocupante, sinalizando que a fase primordial e/ou primeira na cadeia de controle desse tipo de câncer, qual seja o diagnóstico precoce, tem se mostrado ineficaz. Assim, estudos voltados à detecção dos porquês dessas falhas são de extrema importância e urgência.

2. Revisão Bibliográfica

2.1. Magnitude do Problema

Conforme já ressaltado, tem-se dado amplo destaque em torno do tema câncer nos dias atuais, já que em 2008 ele foi o responsável por 13% de todas as mortes no mundo (7,6 milhões de pessoas), em 2015 foi responsável por 15 milhões de novos casos e estima-se que em 2025 se tenha mais de 20 milhões de novos casos de câncer por ano no mundo (8, 9).

Tome-se as mortes relacionadas ao tabagismo como exemplo da magnitude do problema: acredita-se que o hábito de fumar cause 22% de todas as mortes por câncer, óbitos estes que poderiam ser evitados com medidas de prevenção do uso do tabaco, taxaço pesada da venda de cigarros ou até o emprego de exame de rastreamento para a detecção precoce de lesões em fase inicial (8).

Outrossim, quanto mais uma sociedade se torna desenvolvida, maior é o número de casos de câncer em geral e de certos tipos de câncer em particular. Este fato pode ser observado ao se comparar o índice de desenvolvimento humano (IDH) dos países, com a incidência de certos tipos de câncer (10).

A ideia de associação do IDH com os tipos de câncer vem da teoria da transição epidemiológica que mostra como os padrões de saúde e doença interagem com os determinantes demográficos, sociais e econômicos e também como cada região e cada cultura tem suas particularidades e tendências de saúde e doença.

Assim, o câncer de pulmão, mama, próstata e cólon e reto tem maior incidência em países com maior IDH. Já em países com menor IDH, predominam os tipos de câncer mais associados à pobreza e a infecções, mormente os cânceres de estômago, fígado, colo de útero e esôfago (8).

No Brasil, a situação não é muito diferente do que se vê no mundo. Com a mudança demográfica que vem passando, consequente da urbanização da população proveniente dos avanços tecnológicos e do aumento da industrialização, este processo de transição epidemiológica gerou um “envelhecimento” populacional, o que resultou em mudanças no perfil das doenças do país (de infecciosas para crônico-degenerativas (4).

É imprescindível ver mais de perto essa situação, para entender como chegamos a estes números estrondosos de casos de câncer no país que só tendem ao crescimento.

Desde 1980 podemos perceber o início da modificação da distribuição da população brasileira, nesta época tínhamos mais nascimentos, crianças e jovens adultos (20-24 anos). A partir de 2010, houve diminuição dos nascimentos e concomitantemente do número de jovens

adultos, dando início ao aumento dos adultos e idosos. A projeção que se tem para 2040 é que haja drástica diminuição nos nascimentos, jovens e jovens adultos e grande prevalência de idosos e das faixas etárias entre 50-64 anos (4).

Figura1. Distribuição absoluta da população brasileira segundo a faixa etária e sexo nos anos de 1980, 2010 e 2040 (4).

Toda essa mudança etária, exemplificada na figura acima, nos mostra o porquê do câncer ser o novo ator no perfil epidemiológico da população brasileira. Algumas explicações para isso podem ser o aumento da expectativa de vida que nos expõem a mais tempo aos agentes cancerígenos, redução do número de filhos, aumento de óbitos pela doença e melhora no registro das informações (1).

Desse modo, a prevenção torna-se inevitável já que com essa projeção da tendência populacional brasileira, teremos mais pessoas vivendo por mais tempo e com maior propensão a desenvolver doenças crônicas como o câncer e a saúde pública não terá subsídios para arcar com tratamentos para toda essa demanda.

Enumerando esses casos, em 2015, estimou-se que ocorreriam 576 mil novos casos de câncer no Brasil, sendo o mais incidente o câncer de pele não melanoma (182 mil casos novos), depois o câncer de próstata (69 mil casos), mama feminina (57 mil casos), cólon e reto (33 mil casos), pulmão (27 mil casos), estômago (20 mil casos) e colo de útero (15 mil casos) (4).

Figura 2. Incidência de novos casos de câncer no Brasil por região em 2016 (4).

Dados esses números, pode-se afirmar que no Brasil, o câncer é um importante problema de saúde pública e sua prevenção deve ser feita em todas as regiões do país, desde as mais desenvolvidas até as menos desenvolvidas.

Em síntese:

- Em torno de 20 milhões de pessoas no mundo tem câncer;
- 1/3 de todos os tipos de câncer são passíveis de modificação;
- É a segunda causa de morte no Brasil (190 mil mortes/ano);
- Seu tratamento ainda é de alta complexidade;
- Seu controle depende de políticas públicas e maior envolvimento da sociedade;
- Tem alto impacto sócio-econômico;
- 60% dos casos no Brasil tem diagnóstico em estado avançado;
- Estatísticas mostram que no Brasil temos cerca de 600 mil novos casos de câncer por ano.

Visto a importância da prevenção do câncer no Brasil, os tipos de câncer aqui estudados foram os seguintes:

- Câncer de mama: é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Tem as maiores taxas de incidência na Europa e as menores na África central e na Ásia oriental. Teve 1,67 milhões de casos novos no mundo em 2012. É a maior causa de morte entre as mulheres.

- Seus fatores de risco são o envelhecimento, fatores ligados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário.
- 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados apenas por medidas como alimentação saudável, prática de atividade física e manutenção do peso e a detecção precoce no Brasil é recomendada através da Mamografia bienal dos 50 aos 69 anos.
- É considerado um câncer de bom prognóstico, mas que ainda apresenta altas taxas de mortalidade no Brasil por ainda estar sendo diagnosticado em estágios avançados.
- Câncer colorretal: é o terceiro tipo de câncer mais comum em homens (746 mil casos novos) e o segundo em mulheres (614 mil casos novos), em 2012. É mais incidente em regiões desenvolvidas e possui bom prognóstico se diagnosticado em fases iniciais.
- O fator de risco é a dieta e um fator protetor é a atividade física. A dieta como frutas, verduras, legumes e cereais integrais são protetivos. E como fatores de risco são carne vermelha, carnes processadas, bebidas alcoólicas, tabagismo, gordura corporal e abdominal. Outros fatores de risco são a história familiar e a idade.
- A história natural da doença propicia condições ideais para sua detecção precoce. Através de exames como pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, que além de diagnosticar removem pólipos, precursores do câncer.
- Câncer de pulmão: de uma doença rara passou a ser a mais frequente na população mundial e a causa mais importante de morte no mundo. Estimou-se 1,82 milhões de casos novos de câncer de pulmão em 2012 (1,24 milhões em homens e 583 mil em mulheres).
- Esses casos são provenientes em sua maioria (80% dos casos) do tabagismo, mas também são fatores de risco a exposição ao arsênico, radônio, amianto, etc.
- O câncer de pulmão é em sua maioria detectado em estágios avançados, pois não apresenta sinais e sintomas em seu estágio inicial. Assim sendo, é considerado altamente letal e é uma das principais causas de morte evitáveis.
- Câncer de colo de útero: é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e teve em 2012, 527 mil novos casos estimados. Tem maior incidência em países menos desenvolvidos. Com início aos 30 anos de idade e pico por volta dos 50 aos 60 anos de idade e levou ao óbito em torno de 265 mil mulheres em 2012.
- Os fatores de risco são a infecção pelo vírus HPV, fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual. A idade também influencia, onde mulheres com

idade menor de 30 anos, as infecções tendem a regredir espontaneamente, enquanto que no inverso, ela tendem a progredir.

- A vacina contra o vírus HPV foi implantada pelo Ministério da Saúde e é uma importante ferramenta no combate a este câncer, onde se vacinam meninas de 9 a 13 anos, porém a vacina em si não devem excluir as ações de rastreamento, realizadas através do exame Papanicolaou, em mulheres de 25-64 anos.

2.2. Ações de Controle

2.2.1. Prevenção

Segundo o Ministério da Saúde “prevenção é todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas”(11).

De acordo com o modelo de “História Natural das Doenças” propostos pelos professores Hugh Rodman Leavell e Edwin Gurney Clark, os níveis de prevenção dividem-se em: primário, secundário e terciário. A prevenção primária corresponde às estratégias que atuam no período pré-patogênico, especificamente sobre os fatores de risco. Ou seja, por meio de medidas de promoção de saúde (atitudes, recomendações ou intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas ou diminuir a morbimortalidade relacionada) e/ou de proteção específica (vacinação, quimioprofilaxia), as estratégias de prevenção primária objetivam, em sua essência, evitar ou diminuir a probabilidade de um indivíduo ou população adoecer (12, 13).

Uma vez iniciado o processo patogênico, há uma fase, que é variável de acordo com cada doença, onde os sinais e sintomas ainda não se tornaram clinicamente aparentes (fase pré-clínica). Estratégias de prevenção que atuam neste período, visando o diagnóstico e o tratamento precoce, com vistas a deter a progressão da doença, são chamadas de prevenção secundária. São representadas, principalmente, pelas medidas de rastreamento ou *screening* (e.g., rastreamento do câncer colo-retal por meio da pesquisa de sangue oculto nas fezes) (14, 15).

Os fatores de risco externos e internos causadores do câncer interagem entre si, porém, 80% dos fatores de risco mais impactantes para o desenvolvimento da doença são os fatores de risco externos (tabagismo, abuso do álcool, exposição excessiva ao sol, alguns tipos de vírus, irradiação). E ainda podemos citar os fatores protetores contra o câncer (atividade física, evitar carnes vermelhas e embutidos, p. ex.).

Dentre os fatores internos, não passíveis de modificação, podemos citar: a idade, raça, gênero e a herança genética.

Dentre os tipos de câncer estudados, as medidas de prevenção primária cabíveis seriam:

- Câncer de mama: não seria possível já que os fatores de risco cruciais são a idade e a hereditariedade.
- Câncer de colo de útero: é possível através do incentivo da utilização de preservativos e da vacinação contra o HPV (16 e 18).
- Câncer colorretal: é possível através do incentivo de uma dieta saudável com menor ingestão de carne vermelha e embutidos e a prática regular de exercícios físicos.
- Câncer de pulmão: é possível através do incentivo de cessar o tabagismo, ter uma dieta saudável e praticar exercícios.

2.2.2. Detecção Precoce e Rastreamento

Em relação à detecção precoce do câncer, alguns tipos de câncer são indicados para o diagnóstico precoce e alguns tipos para rastreamento. O diagnóstico precoce ocorre após a manifestação dos primeiros sinais e sintomas e o rastreamento ocorre antes dos primeiros sinais e sintomas.

Os tipos de câncer que o Ministério da Saúde indica para o diagnóstico precoce são: câncer de mama, colo de útero, colorretal, estômago, pele, próstata e cavidade oral. Já os tipos de câncer indicados para rastreamento são: câncer de mama, colorretal e colo de útero (11).

Localização do câncer	Recomendações para detecção precoce	
	Diagnóstico precoce	Rastreamento
Mama	Sim	Sim ^a
Colo do útero	Sim	Sim
Cólon e reto	Sim	Sim ^b
Cavidade oral	Sim	Sim
Pulmão	Não	Não
Próstata	Sim	Não
Estômago	Sim	Não
Pele (melanoma e não melanoma)	Sim	Não

Figura 3. Recomendações para detecção precoce/rastreamento (11).

- Câncer de colo de útero: seu rastreamento é recomendado em mulheres sexualmente ativas e que tenham cérvix, com idade de 25 a 59 anos trianual e deve ser suspenso após os 65 anos, através do exame Papanicolaou.
- Câncer de mama: deve ser rastreado através da Mamografia, bianualmente, em mulheres de 50-74 anos. O exame clínico das mamas dos 40 aos 49 anos e a mamografia apenas se este estiver alterado. Exame clínico das mamas dos 50 aos 69 anos anual e mamografia bianual. Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevados exame clínico das mamas e mamografia anual.
- Câncer colorretal: seu rastreamento é recomendado através dos exames pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia, em pacientes de 50 a 75 anos. Como suas lesões evoluem através dos pólipos (que são benignos), seu período pré-clínico é bastante longo e propício ao rastreamento e cura.

Quando falamos em rastreamento, podemos citar três tipos diferentes. Temos o rastreamento organizado o qual seleciona grupos de pessoas específicos (por faixas etárias, frequência, etc.) e que se subdivide em populacional ou seletivo. E por fim, temos o rastreamento oportunístico, que é oferecido ao paciente que foi ao médico por outros motivos (este é o rastreamento que mais vemos na realidade atual do Brasil).

Para que tenhamos resultados efetivos com o rastreamento do câncer, ele deve atingir o maior número de pessoas possível e para isso programas de abrangência populacional devem ser criados. Quando um programa de rastreamento é criado, deve-se levar em consideração alguns aspectos, tais como, métodos diagnósticos disponíveis, impactos psicossociais, tratamentos eficientes disponíveis e o custo (13).

Um teste de rastreamento ideal é aquele que diagnostique a doença ou que a exclua (valores de especificidade, sensibilidade, razão de verossimilhança, valor preditivo positivo e negativo). Pois para atestar uma doença o paciente ainda terá que passar por procedimentos invasivos e resultados falso-positivos ou falso-negativos podem tanto expor o paciente a condições desnecessárias quanto colocá-lo em uma situação de falsa segurança.

2.2.3. Profissionais de saúde e a prevenção do câncer

Existem alguns poucos estudos publicados sobre o conhecimento dos profissionais da saúde em relação ao rastreamento do câncer. O conhecimento que a comunidade médica possui a esse respeito, se colocado em prática, seria capaz de diminuir a incidência do câncer em até 25% (16).

O sucesso e a eficácia de tais programas, porém, não depende apenas do conhecimento científico, é necessário também que a população tenha ciência e educação sobre o assunto, o governo conceda recursos financeiros e que os profissionais da saúde, mormente, estejam preparados.

Com fundamento em estudos nacionais e internacionais, sabe-se que existe escassez no conhecimento dos médicos em relação à rastreamento do câncer e sem embasamento em diretrizes.

Essas razões levaram estes autores à pesquisarem sobre o conhecimento dos médicos de ESF de Boa Vista (RR), sobre o rastreamento do câncer (mama, próstata, colo de útero, colorretal e pulmão) tendo como referência as diretrizes de rastreamento do INCA, *American Cancer Society* (ACS) e *Canadian Task Force* (CTF).

Todos os profissionais da saúde participantes deste estudo (médicos de família, clínicos gerais e ginecologistas) mostraram executar medidas de rastreamento para câncer de próstata e colo de útero e 97% deles para câncer de mama e pulmão, todavia, para câncer colorretal apenas 52% dos médicos executam algum tipo de rastreamento.

No que diz respeito as diretrizes informadas pelos profissionais entrevistados, apenas 10% das respostas estavam concordantes com pelo menos um dos consensos para todos os tipos de câncer pesquisados.

Outro aspecto interessante, foi que os profissionais da saúde estão fazendo rastreamento em excesso ou em deficiência, o que não impacta nos índices de morbidade e mortalidade de câncer.

A grande preocupação dos médicos ainda é com o câncer de colo de útero e mama e também ressaltam barreiras as quais enfrentam (falta de interesse do paciente, investimento em exames preventivos por parte do governo e pouco treinamento dos médicos sobre o assunto).

Outro estudo importante realizado em 2003, na Faculdade de Medicina do ABC – estado de São Paulo, aplicou questionários em 120 médicos não-oncologistas vinculados à universidade, para avaliar seu conhecimento em relação as medidas de prevenção e rastreamento do câncer, comparando com as diretrizes do INCA, Sociedade Americana de Cancerologia e Força Tarefa Canadense (17).

Ambos estudos ressaltam a falta de pesquisas de magnitude populacional sobre prevenção do câncer no Brasil e dado isso, as diretrizes do INCA foram embasadas em consensos americano (ACS) e canadense (CTF).

Os autores ainda citam um estudo feito nos Estados Unidos, onde nos resultados encontrou-se que, os médicos mostraram ter dificuldade em entender as recomendações dos consensos (não são muito claros), os treinamentos sobre prevenção do câncer não são suficientes, as respostas sobre câncer colorretal, próstata e pulmão foram inconsistentes.

Como resultado deste estudo, entre as medidas de rastreamento, não houve correlação entre as respostas dos médicos e dos consensos e também foram relatadas barreiras (falta de agentes para educar a população em relação ao assunto e falta de treinamento e conhecimento do profissional).

No Brasil, ainda não existe um estudo mais amplo, o que é de fundamental importância para se mapear a situação real do conhecimento de nossos profissionais, por região, quanto à prevenção e rastreamento do câncer.

3. Justificativa

Estudos realizados em outros países evidenciaram que os médicos não conheciam suficientemente os protocolos clínicos de prevenção do câncer e, por conseguinte, não aplicavam adequadamente as recomendações de prevenção a seus pacientes, segundo as orientações dos protocolos de prevenção de seus países (18-21).

Assim, pretende-se com esse estudo identificar os conhecimentos e práticas dos médicos brasileiros da Atenção Primária em Saúde em relação ao diagnóstico precoce de alguns dos principais tipos de câncer que acometem a população brasileira. Assim, pretende-se contribuir para os esforços governamentais de combate ao câncer no primeiro nível de atenção em saúde no país (22).

4. Objetivos

4.1 Objetivos Gerais

Avaliar o conhecimento e as práticas de médicos que trabalham em equipes da APS (Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais) relacionadas à prevenção do câncer.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o conhecimento dos médicos vinculados a equipes de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais relacionado aos protocolos de prevenção e rastreamento de câncer (mama, colo de útero, colorretal e pulmão) dos programas nacionais de combate ao câncer, mormente aqueles do Instituto Nacional de Câncer (INCA);
- Avaliar as práticas (o que o profissional realmente faz em seu dia-a-dia) dos médicos frente à promoção de ações de prevenção primária e diagnóstico precoce do câncer (mama, colo de útero, colorretal e pulmão);
- Comparar as observações quanto ao conhecimento e práticas relacionadas ao câncer entre os médicos vinculados a duas formas de organização da APS: Estratégia Saúde da Família (médicos de família e comunidade) e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (clínicos gerais e ginecologistas/obstetras).

5. Materiais e Métodos

5.1. Delineamento do estudo

Este é um estudo do tipo descritivo, transversal. Foram entrevistados médicos especialistas das áreas de Medicina de Família e Comunidade, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia, que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto (SMS-RP).

Previamente à realização das entrevistas, foi realizado um estudo piloto, com aplicação de um questionário em 6 médicos residentes de segundo ano, do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Esse estudo piloto teve como intuito identificar erros e colher sugestões para a melhoria do instrumento de coleta de dados que foi utilizado nesta pesquisa, bem como mensurar o tempo que seria gasto em cada entrevista.

5.2. Local de estudo

O município de Ribeirão Preto localiza-se no interior do estado de São Paulo, na região Sudoeste do Brasil. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população estimada para 2015 era de 666.323 habitantes.

De forma a organizar a assistência à saúde, as unidades de saúde se distribuem em 5 regiões ou Distritos de Saúde: Distrito do Simioni (Norte), Distrito de Vila Virgínia (Sul), Distrito de Castelo Branco (Leste), Distrito de Sumarezinho (Oeste) e Região Central (Central). Cada distrito conta com uma Unidade Distrital de Saúde (unidade de referência para algumas especialidades médicas) e um número variável de Unidades Básicas e Unidades de Saúde da Família, cuja função é promover o atendimento em cuidados básicos para uma população definida.

Na época da coleta dos dados, as unidades se distribuíam da seguinte forma:

Tabela 1. Relação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) em Ribeirão Preto, 2015.

Distritos de Saúde	UBS	USF
Central	5	-
Leste	5	1
Norte	7	4
Oeste	8	10
Sul	3	-
Total	28	15

Fonte: SMS Ribeirão Preto, 2015 (23)

É digno de nota ressaltar que das quinze Unidades de Saúde da Família do município, onze funcionavam de acordo com o modelo de equipe mínima do Ministério da Saúde, ou seja, com a presença do Médico de Família e Comunidade, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O restante estrutura-se no modelo tradicional: clínicos gerais, pediatras e ginecologistas.

Há que se ressaltar que o critério de escolha das unidades de saúde, mesmo que obtido de maneira não probabilística, foi feito de maneira aleatória, utilizando a ferramenta de sorteio da página da internet: <https://www.randomizer.org/>.

5.3. População de estudo

A definição do tamanho da amostra foi determinada por conveniência, considerando-se um mesmo número de entrevistados para cada classe de especialistas- como o município conta com um número pequeno de Médicos de Família (em torno de 17 à época do estudo), então, esse foi o parâmetro utilizado para definir o número de entrevistados das demais especialidades.

Esses especialistas foram escolhidos, pois de acordo com o INCA, são os profissionais os quais estariam aptos a praticar o rastreamento do câncer em sua prática clínica na Atenção Primária, sendo assim grandes responsáveis pela redução da morbidade e mortalidade do câncer quando diagnosticado corretamente em sua fase pré-clínica.

5.4. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão para estar apto a participar da pesquisa foram os seguintes:

- Ser Médico de Família e Comunidade ou Clínico Geral ou Ginecologista/Obstetra.
- Trabalhar na Atenção Primária em uma USF ou UBS do município de Ribeirão Preto.
- Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5.5. Critérios de Exclusão

Foi adotado como critério de exclusão desta pesquisa a recusa em participar da mesma ou negar-se a assinar o TCLE.

5.6. Instrumento de Coleta de Dados

Devido à ausência de um instrumento abrangente em língua portuguesa, que pudesse avaliar tanto o conhecimento, quanto as práticas de médicos relacionadas à prevenção e ao

diagnóstico precoce dos tipos de câncer que são passíveis de rastreamento, foi elaborado um questionário (Apêndice I) com base em um instrumento do Instituto Nacional do Câncer Americano (16), mediante prévia autorização dos autores (Anexo I). Este questionário sofreu algumas adaptações à realidade brasileira e contou com algumas sugestões de médicos especialistas, ficando subdividido da seguinte maneira:

- Introdução: dados profissionais e conhecimentos gerais;
- Parte A: Rastreamento do câncer de mama e colo de útero- aspectos gerais;
- Parte B: Rastreamento do câncer de mama;
- Parte C: Rastreamento do câncer de colo de útero;
- Parte D: Rastreamento do câncer de cólon e reto;
- Parte E: Prevenção do câncer de pulmão;
- Parte F: Rastreamento de outros tipos de câncer.

A pesquisadora e mais uma entrevistadora devidamente treinada foram as únicas pessoas a aplicarem os questionários, sendo responsáveis por instruir os participantes e acompanhá-los, para garantir que não houvesse consultas externas nem comunicação com outro profissional.

5.7. Variáveis Estudadas

As variáveis estudadas a partir do instrumento definido (questionário) foram as seguintes:

a) Dados Pessoais

- Número da ficha
- Nome do entrevistador
- Data da aplicação do questionário
- Nome (nome completo do participante)
- Sexo (feminino e masculino)
- Data de nascimento (dia, mês e ano)
- Idade (anos)

b) Dados profissionais

- Período que concluiu a graduação
- Se possui residência médica
- Se trabalha em uma Equipe de ESF
- Quanto tempo trabalha na APS

- Quanto tempo trabalha nesta equipe
- Qual o conhecimento sobre práticas de promoção da saúde relacionadas à prevenção do câncer que conhece
- Qual o conhecimento sobre práticas de rastreamento do câncer (diagnóstico precoce) que conhece
- Quais formas de contato com o paciente considera mais adequada para promoção da saúde relacionada à prevenção do câncer
- Quais as formas de contato com o paciente que considera mais adequada para o rastreamento do câncer
- De quem seria a responsabilidade de orientar sobre promoção da saúde relacionada à prevenção do câncer
- De quem seria a responsabilidade de orientar em relação aos exames de rastreamento relacionados à prevenção do câncer
- De quem seria a responsabilidade de solicitar exames de rastreamento de câncer

c) Aspectos gerais, específicos e dificuldades encontradas (câncer de mama, colo de útero, colorretal e pulmão)

- Influência das diretrizes de rastreamento de câncer (nacionais/internacionais)
- Conhecimento do profissional sobre qual exame de rastreamento recomendaria em cada situação exemplificada
- Quais suas recomendações relacionadas ao rastreamento de câncer em sua prática clínica diária
- Informações sobre rastreamento de câncer relacionadas à equipe em que trabalha
- Barreiras e problemas encontrados para realizarem ou não o rastreamento do câncer
- Quais os outros tipos de câncer que indicariam para rastreamento

5.8. Período do Estudo

O período de coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2015.

5.9. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos Machado, sendo aprovado no dia 9 de outubro de 2013 – parecer número 107/2013 (Anexo II), conforme reza as exigências definidas na resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão de Ética em Pesquisa, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

As entrevistas realizadas nas UBS e USF do município de Ribeirão Preto foram realizadas mediante autorização prévia de órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde do município (Anexo III).

A concordância em participar da pesquisa foi voluntária e os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da mesma, à liberdade de interromper sua participação em qualquer momento da pesquisa, à preservação de sua privacidade e sigilo quanto às informações prestadas, bem como ao comprometimento da pesquisadora em divulgar os resultados obtidos. Àqueles que optaram participar, foi pedido que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II)

5.10. Análise dos Dados

Os questionários foram preenchidos manualmente pelos entrevistados e posteriormente codificados e registrados em um banco de dados, processado no programa Microsoft Excel, versão 2003. De forma a corrigir eventuais erros de digitação, o banco de dados passou por uma checagem realizada por uma terceira pessoa.

Como a amostra foi pequena, optou-se por realizar apenas uma análise descritiva dos dados.

6. Resultados

Os questionários foram preenchidos por meio de entrevistas individuais realizadas com os médicos especialistas em seus respectivos locais de trabalho, cuja duração média foi de 40 minutos. Foram entrevistados 46 profissionais, assim distribuídos segundo a especialidade: 17 Médicos de Família e Comunidade (MFC), 13 Clínicos Gerais (CG) e 16 Ginecologistas e Obstetras (GO). Alguns profissionais não quiseram participar da pesquisa, alegando, em sua maioria, que não tinham tempo disponível para responder o questionário ou porque não realizavam nenhum tipo de rastreamento de câncer. Ademais, em pelo menos 6 UBS a entrevistadora encontrou dificuldades em conseguir autorização dos gerentes das unidades para a coleta de dados (ora o gerente não estava, ora não retornava o contato telefônico), o que inviabilizou as entrevistas dos profissionais nestas unidades.

Por fim, a composição da amostra em relação aos tipos de unidades de saúde ficou assim distribuída: 15 UBS, 8 USF ligados ao HCFMRP-USP e 4 USF ligadas à SMS-RP.

6.1. Características dos Profissionais e de sua Prática

A distribuição dos entrevistados por idade encontra-se descrita na Tabela 2. Nela, pode-se observar que a média de idade dos entrevistados foi muito próxima, sendo os especialistas em Medicina de Família os mais jovens.

Tabela 2. Distribuição dos médicos especialistas entrevistados segundo a idade. Ribeirão Preto, 2015.

ÁREA	MÉDIA (DP*)
Medicina de Família e Comunidade	37,1 (7,3)
Clínica Médica	43,0 (13,0)
Ginecologia e Obstetrícia	46,1 (9,9)

*DP: desvio padrão

A Tabela 3 descreve a distribuição dos profissionais de acordo com o sexo e algumas características profissionais. Pode-se notar que houve uma distribuição equitativa em relação ao sexo dos entrevistados. Em relação à formação profissional, a maioria era formada a mais de 7 anos (80%) e praticamente todos afirmaram ter concluído curso de residência médica ou especialização (96%).

Quanto ao tempo de experiência de trabalho em unidades de saúde organizadas no modelo de APS, mais da metade (65%) relatou experiência acima de 7 anos, contudo, apenas 1/3 dos entrevistados tinham mais do que 7 anos de convivência com a equipe em

trabalhavam no momento da entrevista. Quanto ao modelo de organização da APS na forma de equipes da Estratégia Saúde da Família, apenas os Médicos de Família em sua quase totalidade trabalhavam nessas equipes (14 indivíduos, ou 82%). Em relação aos outros especialistas, a maior parte dos Clínicos Gerais (9 indivíduos, ou 69%) e todos os Ginecologistas e Obstetras trabalhavam em unidades de saúde organizadas no modelo de UBS.

Tabela 3. Distribuição dos médicos especialistas entrevistados segundo o sexo e o perfil profissional. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
Sexo	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masculino	7 (41)	8 (62)	8 (50)	23 (50)
Feminino	10 (59)	5 (38)	8 (50)	23 (50)
Conclusão Graduação				
1 a 6 anos	3 (18)	4 (31)	2 (13)	9 (20)
7 ou mais anos	14 (82)	9 (69)	14 (88)	37 (80)
Residência Médica/Especialização				
Sim	17 (100)	11 (85)	16 (100)	44 (96)
Não	0 (0)	2 (15)	0 (0)	2 (4)
Tempo de Trabalho na APS				
Menos de 7 anos	5 (29)	6 (46)	5 (31)	16 (35)
7 ou mais anos	12 (71)	7 (54)	11 (69)	30 (65)
Trabalha em uma Equipe do PSF				
Sim	14 (82)	4 (31)	0 (0)	18 (39)
Não	3 (18)	9 (69)	16 (100)	28 (61)
Tempo de Trabalho na Equipe				
Menos de 7 anos	13 (76)	8 (62)	11 (69)	32 (70)
7 ou mais anos	4 (24)	5 (38)	5 (31)	14 (30)

O conhecimento de ao menos três medidas de promoção de saúde (prevenção primária) e rastreamento de câncer ou de seus fatores de risco (prevenção secundária) está descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Conhecimento de medidas de prevenção (primária e secundária) de câncer por médicos da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
Práticas de Promoção de Saúde	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Conhecem	12 (71)	5 (38)	5 (31)	22 (48)
Desconhecem	5 (29)	7 (54)	11 (69)	23 (50)
Não respondeu	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (2)
Medidas de Rastreamento				
Conhecem	16 (94)	11 (85)	13 (81)	40 (87)
Desconhecem	1 (6)	1 (8)	3 (19)	5 (11)
Não respondeu	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (2)

Em relação às medidas de promoção de saúde, pode-se depreender que, no geral, menos da metade dos profissionais (48%) foram capazes de indicar ao menos três medidas, exceto pelos especialistas em Medicina de Família, que em sua quase totalidade souberam apontar as medidas de forma correta (12 indivíduos, ou 71%). Quanto às medidas de rastreamento de câncer, quase todos os profissionais (87%) conseguiram apontar ao menos três manobras ou exames corretamente.

A Tabela 5 mostra, em ordem decrescente, os tipos de contatos com o paciente considerados ideais para a abordagem de estratégias de promoção de saúde relacionadas à prevenção do câncer: consulta agendada, atendimento em grupo, visita domiciliar, consulta específica, consulta eventual e qualquer tipo de consulta. Um indivíduo citou outra forma de abordagem: promoção de campanhas de prevenção junto à população.

Tabela 5. Tipos de atendimento considerados ideais para o emprego de estratégias de promoção de saúde relacionadas à prevenção do câncer. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Consulta agendada	12 (71)	12 (92)	15 (94)	39 (85)
Atendimento em grupo	11 (65)	8 (62)	8 (50)	27 (59)
Visita domiciliar	10 (59)	3 (23)	6 (38)	19 (41)
Consulta específica	3 (18)	2 (15)	3 (19)	8 (17)
Consulta eventual/fora de dia	3 (18)	1 (8)	2 (13)	6 (13)
Qualquer uma delas	4 (24)	0 (0)	1 (6)	5 (11)
Nenhuma	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
Outra	0 (0)	0 (0)	1 (6)	1 (2)

Já os contatos com os pacientes apontados como ideais para o emprego de medidas de rastreamento de câncer, segundo os profissionais entrevistados, foram, em ordem decrescente, os seguintes: consulta agendada, consulta específica, atendimento em grupo, visita domiciliar, consulta eventual, qualquer consulta (Tabela 6).

Tabela 6. Tipos de atendimento considerados ideais para o emprego de estratégias de rastreamento relacionadas à prevenção do câncer. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Consulta agendada	13 (76)	13 (100)	15 (94)	41 (89)
Consulta específica	5 (29)	3 (23)	6 (38)	14 (30)
Atendimento em grupo	5 (29)	3 (23)	5 (31)	13 (28)
Visita domiciliar	4 (24)	0 (0)	4 (25)	8 (17)
Consulta eventual/fora de dia	4 (24)	1 (8)	2 (13)	7 (15)
Qualquer uma delas	3 (18)	0 (0)	0 (0)	3 (7)
Nenhuma	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
Outra	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Em relação à responsabilização de membros da equipe sobre a abordagem de estratégias de promoção de saúde para a prevenção do câncer, a maioria dos entrevistados apontou que a mesma deve ser partilhada entre todos (Tabela 7).

Tabela 7. Relação dos profissionais apontados como responsáveis pela orientação de estratégias de promoção de saúde relacionadas à prevenção do câncer. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Qualquer membro da equipe	16 (94)	10 (77)	14 (88)	40 (87)
Médico	1 (6)	3 (23)	2 (13)	6 (13)
Enfermeiro	1 (6)	2 (15)	2 (13)	5 (11)
Agente comunitário de saúde	1 (6)	1 (8)	1 (6)	3 (7)
Auxiliar de enfermagem	1 (6)	0 (0)	1 (6)	2 (4)
Dentista	0 (0)	1 (8)	1 (6)	2 (4)
Outro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Segundo a Tabela 8, metade dos entrevistados (52%) apontou que também é de responsabilidade de qualquer membro da equipe a orientação para a realização de exames de rastreamento para o câncer. Médicos e a enfermeiras também foram apontados como responsáveis por boa parte dos entrevistados (respectivamente 48% e 39%).

Tabela 8. Relação dos profissionais apontados como responsáveis pela orientação de exames de rastreamento para a prevenção do câncer. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Qualquer membro da equipe	11 (65)	3 (23)	10 (63)	24 (52)
Médico	6 (35)	10 (77)	6 (38)	22 (48)
Enfermeiro	5 (29)	7 (54)	6 (38)	18 (39)
Dentista	1 (6)	5 (38)	2 (13)	8 (17)
Auxiliar de enfermagem	3 (18)	2 (15)	2 (13)	7 (15)
Agente comunitário de saúde	1 (6)	0 (0)	2 (13)	3 (7)
Outro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Quando perguntados de quem seria a responsabilidade de solicitar exames de rastreamento de câncer, todos os entrevistados apontaram os profissionais médicos. E segundo quase metade dos entrevistados (48%), as enfermeiras também deveriam assumir esse papel (Tabela 9).

Tabela 9. Relação dos profissionais apontados como responsáveis pela solicitação de exames de rastreamento de câncer. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Médico	17 (100)	13 (100)	16 (100)	46 (100)
Enfermeiro	13 (76)	3 (23)	6 (38)	22 (48)
Dentista	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (7)
Auxiliar de enfermagem	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Dentista	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Qualquer membro da equipe	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Outro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

6.2. Rastreamento do Câncer de Mama

A influência das diretrizes de rastreamento do câncer de mama das principais sociedades médicas sob a conduta dos profissionais está demonstrado na Tabela 10. Os MFC reportaram maior influência em sua conduta das diretrizes do INCA, enquanto os GO seguiam aquelas relativas à sua especialidade (Febrasgo e SBM), além daquela do INCA. Quanto aos CG, apenas três preencheram essa parte do questionário, e por isso, optou-se por excluí-los da análise.

Tabela 10. Influência de diretrizes de sociedades médicas na prática de rastreamento de câncer de mama entre os profissionais entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
INCA	16 (94)	13 (81)	29 (88)
SBM	8 (47)	15 (94)	23 (70)
Febrasgo	8 (47)	14 (88)	22 (67)
SBCancer	5 (29)	7 (44)	12 (36)
Outros	5 (29)	0 (0)	5 (15)

INCA- Instituto Nacional de Câncer; **SBM-** Sociedade Brasileira de Mastologia; **Febrasgo-** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria; **SBCancer-** Sociedade Brasileira de Cancerologia.

A Tabela 11 revela a forma como os profissionais realizavam o rastreamento do câncer de mama em mulheres entre 40 a 49 anos. Praticamente todos os MFC e GO faziam o exame clínicos das mamas de suas pacientes a cada 12 meses (88%). Em relação ao auto-exame das mamas, metade dos profissionais aconselhavam suas pacientes a fazê-lo a cada mês (proporção maior dos ginecologistas). Ademais, nessa faixa etária, o exame de mamografia era solicitado em sua quase totalidade pelos MFC e GO (27 indivíduos, ou 82%). Em relação ao intervalo entre os exames, pouco mais da metade dos MFC solicitavam a cada 2 anos, diferentemente dos GO, que solicitam a cada 12 meses ou 24 meses.

Tabela 11. Frequência do rastreamento do câncer de mama em mulheres de 40 a 49 anos. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Exame clínico das mamas			
- 6 meses	2 (12)	1 (6)	3 (9)
- 12 meses	14 (82)	15 (94)	29 (88)
- 24 meses	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Auto-exame			
- 1 mês	6 (35)	10 (63)	16 (48)
- 12 meses	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Não responderam	10 (59)	5 (31)	15 (45)
Mamografia			
- 12 meses	3 (18)	6 (38)	9 (27)
- 24 meses	10 (59)	7 (44)	17 (51)
- 60 meses	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Não responderam	3 (18)	3 (19)	6 (18)

A adequação da conduta dos profissionais em relação ao rastreamento do câncer de mama pelo uso da mamografia, em pacientes de 40 a 49 anos, frente às recomendações do INCA e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), vigentes à época, está descrita na Tabela 12. Nela pode-se verificar que tanto MFC (exceto 3 deles), quanto GO realizavam o rastreamento nessa faixa etária, ao contrário daquilo preconizado pelo INCA. Em relação a adequação à recomendação da SMS-RP, metade dos profissionais (52%) seguiam o protocolo.

Tabela 12. Adequação da conduta dos profissionais para o rastreamento do câncer de mama em mulheres de 40 a 49 anos, segundo as diretrizes do INCA e da SMS-RP. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Recomendações			
- SIM	3 (18)	0 (0)	3 (9)
- NÃO	14 (82)	16 (100)	30 (91)
Recomendações SMS-RP			
- SIM	10 (59)	7 (44)	17 (52)
- NÃO	7 (41)	9 (56)	16 (48)

A forma como os profissionais realizavam o rastreamento do câncer de mama em mulheres com 50 anos ou mais está demonstrada na Tabela 13. Quase todos os profissionais (82%) recomendavam a realização de exame clínico anual das mamas. Quanto ao aconselhamento para o autoexame das mamas e sua frequência de realização, metade dos entrevistados recomendavam (17 indivíduos, ou 52%), sendo a frequência de realização mensal para 45% dos entrevistados.

O rastreamento do câncer de mama por meio da realização do exame de mamografia, em mulheres de 50 anos ou mais, foi defendido pela quase totalidade dos MFC e GO (32 indivíduos, ou 97%). Contudo, a frequência com que esse exame deveria ser realizado diferiu entre os especialistas: 24 meses para quase todos os MFC (82%) e 12 meses para a maioria dos GO (69%).

Tabela 13. Realização de rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Exame clínico das mamas			
- 6 meses	2 (12)	2 (13)	4 (12)
- 12 meses	14 (82)	13 (81)	27 (82)
- 24 meses	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Não responderam	0 (0)	1 (8)	1 (3)
Autoexame			
- 1 mês	6 (35)	9 (56)	15 (45)
- 12 meses	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Não responderam	10 (59)	6 (38)	16 (48)
Mamografia			
- 12 meses	3 (18)	11 (69)	14 (42)
- 24 meses	14 (82)	4 (25)	18 (55)
- > 24 meses	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não responderam	0 (0)	1 (6)	1 (3)

Quando comparadas as adequações das condutas dos MFC e GO às recomendações do INCA e da SMS-RP (Tabela 14), pode-se verificar que somente os MFC, em sua quase totalidade recomendavam o rastreamento de câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais usando-se a mamografia.

Tabela 14. Adequação da conduta dos profissionais para o rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais, segundo as diretrizes do INCA e da SMS-RP. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Recomendações			
- SIM	14 (82)	4 (25)	18 (55)
- NÃO	3 (18)	12 (75)	15 (45)

Foi solicitado aos entrevistados que assinalassem qual seria a idade das pacientes em que os mesmos consideravam cessar o rastreamento do câncer de mama, dados estes dispostos na Tabela 15. Pode-se notar que poucos assinalaram uma idade para o término do exame clínico (6 indivíduos, ou 18%) e nenhum para o autoexame das mamas. Em relação ao exame de mamografia, quase metade dos especialistas apontou a idade de 70 anos (42%).

Tabela 15. Idade preconizada para a cessação do rastreamento câncer de mama em mulheres de 50 anos ou mais. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Exame clínico das mamas			
- 20 a 40 anos	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- 70 anos	3 (18)	0 (0)	3 (9)
- 74 anos	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Não responderam	13 (76)	14 (88)	27 (81)
Auto-exame			
- Não responderam	17 (100)	16 (100)	33 (100)
Mamografia			
- 40 a 65 anos	0 (0)	3 (19)	3 (9)
- 69 anos	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- 70 anos	10 (59)	4 (25)	14 (42)
- 74 a 75 anos	2 (12)	2 (13)	4 (12)
- Não responderam	3 (18)	7 (44)	10 (30)

A Tabela 16 lista as diversas formas de cuidado relacionadas ao rastreamento de câncer de mama com aquilo que os médicos realizavam em sua prática clínica diária. Pode-se notar que para alguns cuidados, os próprios profissionais preferiam tratar diretamente com o paciente, como é o caso da discussão de resultados de mamografia ou encaminhamentos em caso de exame clínico das mamas alterado ou achado de lesões suspeitas na mamografia (respectivamente 82%, 91% e 91%).

No que se refere à discussão dos riscos e benefícios do rastreamento, indicação da mamografia e da realização do exame clínico das mamas, boa parte dos profissionais também preferiam realizá-los pessoalmente (respectivamente, 67%, 67% e 64%).

Em relação ao ensino do auto-exame das mamas, apenas 22 especialistas (67%) disseram realizá-lo. Desses, metade dos GO orientavam diretamente as pacientes, e quase a metade dos MFC o faziam com o auxílio da enfermeira.

Tabela 16. Formas de cuidado relacionadas ao rastreamento do câncer de mama e seu emprego pelos médicos entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Discutir Risco/Benefício			
- Próprio médico	9 (53)	13 (81)	22 (67)
- Médico + Enfermeira	7 (41)	3 (19)	10 (30)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Indicação Mamografia			
- Próprio médico	8 (47)	14 (88)	22 (67)
- Médico + Enfermeira	8 (47)	2 (13)	10 (30)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Exame clínico das mamas			
- Próprio médico	6 (35)	15 (94)	21 (64)
- Médico + Enfermeira	10 (59)	1 (6)	11 (33)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Discutir resultado mamografia			
- Próprio médico	12 (71)	15 (94)	27 (82)
- Médico + Enfermeira	4 (24)	1 (6)	5 (15)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Encaminhar paciente com exame clínico alterado			
- Próprio médico	16 (94)	14 (88)	30 (91)
- Médico + Enfermeira	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Encaminhar paciente com mamografia suspeita			
- Próprio médico	16 (94)	14 (88)	30 (91)
- Médico + Enfermeira	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Ensinar auto-exame			
- Próprio médico	2 (12)	8 (50)	10 (30)
- Médico + Enfermeira	7 (41)	3 (19)	10 (30)
- Outro Profissional da Equipe	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Não estou envolvido nesse cuidado	6 (35)	2 (13)	8 (24)
- Não ensinam ou não respondeu	1 (6)	2 (13)	3 (9)

O conhecimento das pacientes frente ao câncer de mama e seu rastreamento, segundo os profissionais entrevistados, está descrito na Tabela 17.

Tabela 17. Percepção dos médicos em relação ao conhecimento dos pacientes sobre o rastreamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Não querem discutir rastreamento			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	16 (94)	14 (88)	30 (91)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	1 (6)	2 (6)
Desconhece o rastreamento			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	16 (94)	14 (88)	30 (91)
- Indiferente	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Dificuldade em entender o rastreamento			
- Concorda	1 (6)	3 (19)	4 (12)
- Discorda	13 (76)	12 (75)	25 (76)
- Indiferente	2 (12)	1 (6)	3 (9)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Não consideram o câncer de mama um problema sério			
- Discorda	16 (94)	16 (100)	32 (97)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Pacientes não fazem o exame mamográfico que solicito			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	15 (88)	14 (88)	29 (88)
- Indiferente	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Desconheço/Não se aplica	2 (12)	0 (0)	2 (6)

Os especialistas foram quase unânimes ao discordarem que as pacientes desconhecem o significado do rastreamento (91%), que não teriam interesse em discutir sobre o rastreamento (91%) ou que não consideravam o câncer de mama um problema sério (97%). Também, quase todos discordaram que as pacientes teriam dificuldade em entender o significado do rastreamento (76%) ou que as mesmas não realizariam o exame de mamografia que os médicos solicitavam (88%).

As opiniões dos especialistas frente ao emprego do rastreamento do câncer de mama estão elencadas na Tabela 18. Pode-se notar que os especialistas foram unânimes em discordar da afirmação de que desconheciam como realizar o rastreamento ou que se sentiriam desmotivados para tal. Também, praticamente todos discordaram de que o emprego do rastreamento não seria de sua responsabilidade (97%), assim como, discordaram, em sua maior parte, de que não teriam tempo para discutir esse assunto com suas pacientes (85%).

Tabela 18. Opinião dos especialistas sobre o emprego do rastreamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Não tenho tempo para discutir			
- Concorda	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Discorda	15 (88)	13 (81)	28 (85)
- Indiferente	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (2)
Não é minha responsabilidade fazer rastreamento			
- Discorda	16 (94)	16 (100)	32 (97)
- Indiferente	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Desconheço como realizar o rastreamento			
- Discorda	17 (100)	16 (100)	33 (100)
Não me sinto motivado para oferecer o rastreamento			
- Discorda	17 (100)	16 (100)	33 (100)

A Tabela 19 expressa a opinião dos especialistas sobre o envolvimento da sua equipe no rastreamento do câncer de mama. Praticamente todos discordaram que o gerente da unidade não fornecia os incentivos necessários para que a equipe se envolvesse no rastreamento (88%), que a equipe fosse desmotivada (82%) ou que não fornecesse o devido apoio ao especialista para o emprego do rastreamento (85%).

Quando indagados sobre o papel do gestor local (SMS-RP) no rastreamento do câncer de mama (Tabela 20), a maioria discordou da inexistência ou baixa oferta de exames de mamografia (94%), da dificuldade em solicitar o exame de rastreamento por não autorização do gestor (88%), ou da pouca oferta de especialistas para encaminhar as pacientes quando isso era necessário (88%).

Tabela 19. Opinião dos especialistas sobre o papel da equipe no rastreamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Não há incentivo do gerente local			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	16 (94)	13 (81)	29 (88)
- Indiferente	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Desconheço/Não se aplica	0 (0)	2 (13)	2 (6)
Não há motivação da equipe			
- Concorda	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Discorda	14 (82)	13 (81)	27 (82)
- Indiferente	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	2 (13)	3 (9)
Não encontro apoio da equipe			
- Concorda	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Discorda	15 (88)	13 (81)	28 (85)
- Indiferente	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Desconheço/Não se aplica	1 (6)	1 (6)	2 (6)

Tabela 20. Opinião dos especialistas sobre o papel da secretaria municipal de saúde do município no rastreamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Não há oferta de exames de mamografia ou a mesma é restrita			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	16 (94)	15 (94)	31 (94)
- Indiferente	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Não tenho autorização para solicitar mamografia			
- Concorda	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Discorda	15 (88)	14 (88)	29 (88)
- Desconheço/Não se aplica	2 (12)	1 (6)	3 (9)
Não há especialistas para encaminhar as pacientes			
- Discorda	14 (82)	15 (94)	29 (88)
- Desconheço/Não se aplica	3 (18)	1 (6)	4 (12)

A Tabela 21 descreve a frequência com que os pacientes esperavam mais de 60 dias, nos 12 meses anteriores à entrevista, para a realização de exames e procedimentos relacionados ao rastreamento do câncer de mama. Pode-se notar que a maior parte dos entrevistados apontou que nunca ou raramente os pacientes esperavam mais de 60 dias por uma consulta com especialista quando do achado de nódulo palpável ou lesão suspeita no exame de mamografia (respectivamente 79% e 85%).

Tabela 21. Espera de mais de 60 dias, nos últimos 12 meses, para a realização de alguns procedimentos relacionados ao rastreamento do câncer de mama. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=15)*	Total (n=32)
	N (%)	N (%)	N (%)
Realização de mamografia como rastreamento			
- Nunca	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Raramente	5 (29)	4 (27)	9 (28)
- Às Vezes	3 (18)	4 (27)	7 (22)
- Frequentemente	5 (29)	4 (27)	9 (28)
- Sempre	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Não se aplica/desconheço	3 (18)	1 (7)	4 (13)
Realização de mamografia para diagnóstico de lesão palpável			
- Nunca	4 (24)	4 (27)	8 (25)
- Raramente	5 (29)	5 (33)	10 (31)
- Às Vezes	4 (24)	4 (27)	8 (25)
- Frequentemente	2 (12)	1 (7)	3 (9)
- Sempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	2 (12)	1 (7)	3 (9)
Consulta com especialista após achado de nódulo em exame clínico			
- Nunca	7 (41)	6 (40)	13 (41)
- Raramente	7 (41)	5 (33)	12 (38)
- Às Vezes	0 (0)	3 (20)	3 (9)
- Frequentemente	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Sempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	1 (6)	1 (7)	2 (6)
Consulta com especialista após laudo de mamografia com suspeita			
- Nunca	9 (53)	5 (33)	14 (44)
- Raramente	5 (29)	8 (53)	13 (41)
- Às Vezes	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Frequentemente	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Sempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	1 (6)	2 (13)	3 (9)

* 1 GO não respondeu este questionário

Quando se tratava da solicitação de mamografia com o intuito de investigar lesões palpáveis, um pouco mais do que a metade dos entrevistados (18 indivíduos, ou 56%) apontou que nunca ou raramente havia demora para realizar o exame, e apenas 8 indivíduos (25%) referiram certa demora (“às vezes”) em relação a esse item. Quanto ao emprego da mamografia com o intuito de rastreamento, as opiniões divergiram: 16 especialistas (50%) apontaram que raramente ou às vezes esse exame demorava para ser realizado, ao passo que 11 entrevistados (34%) apontaram uma demora contumaz (“frequente ou sempre”).

6.3. Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

Vale salientar que para essa parte da pesquisa optou-se por excluir os CG devido ao baixo índice de preenchimento do questionário.

A Tabela 22 retrata a influência das diretrizes de rastreamento do câncer de colo de útero das principais sociedades médicas na conduta dos profissionais. A diretriz que mais influenciou MFC e GO foi a do INCA, seguida pela da Febrasgo (respectivamente 94% e 76%). Os dois especialistas em MFC que assinalaram “outros” o fizeram indicando que também seguem a conduta para o rastreamento do câncer de colo de útero do órgão americano *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).

Tabela 22. Influência de diretrizes de sociedades médicas na prática de rastreamento de câncer de colo de útero entre os profissionais entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
INCA	17 (100)	14 (88)	31 (94)
Febrasgo	10 (59)	15 (94)	25 (76)
SBCancer	5 (29)	8 (50)	13 (39)
Outros	2 (12)	0 (0)	2 (6)

INCA- Instituto Nacional de Câncer; **Febrasgo-** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; **SBCancer-** Sociedade Brasileira de Cancerologia.

A Tabela 23 caracteriza que tipo de profissional realiza o exame de Papanicolaou nas UBS sorteadas. Pode-se notar que os próprios especialistas, em sua grande maioria, fazem o exame citopatológico (88%), porém, 11 MFC (33%) relataram que em suas unidades de saúde, as enfermeiras também realizam essa tarefa, seguido, em menor frequência, dos médicos residentes (21%). Por fim, dois especialistas apontaram que outros profissionais realizam esse exame de rastreamento em seu lugar (6%).

Tabela 23. Porcentagem dos profissionais que realizam o exame de Papanicolaou. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
- Próprio médico	14 (82)	15 (94)	29 (88)
- Enfermeira	11 (65)	0 (0)	11 (33)
- Médico residente	7 (41)	0 (0)	7 (21)
- Outro	1 (6)	1 (6)	2 (6)

A Tabela 24 descreve a conduta dos especialistas frente a situações clínicas hipotéticas, relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero. Para os casos 1 e 2, o primeiro tratando-se de uma paciente de 18 anos sem vida sexual ativa e o segundo de uma paciente de mesma idade, porém com vida sexual ativa, os especialistas foram quase unânimes (31 entrevistados, ou 94%) em não indicar o rastreamento no primeiro caso. Para o segundo, boa parte deles (25 entrevistados, ou 76%) indicou o rastreamento anual.

O terceiro caso tratava-se de uma paciente de 25 anos, sem novos parceiros sexuais nos últimos 5 anos, tendo feito dois exames de Papanicolaou nos últimos dois anos, cujo resultado foi negativo para câncer. Para essa situação, boa parte indicou que fosse realizado o rastreamento (30 entrevistados, ou 91%), com intervalos variáveis: a cada três anos (58%), a cada dois anos (21%) e a cada ano (12%).

O quarto caso tratava-se de uma paciente de 35 anos, histerectomizada (incluindo a cérvix) há 1 ano devido a miomas sintomáticos, sem história pregressa de displasia vaginal, cervical ou vulvar e com 2 exames de Papanicolaou negativos consecutivos, nos últimos dois anos. Em resposta, pouco mais da metade dos especialistas não recomendou o rastreamento (52%). Uma outra parte (14 entrevistados, ou 42%) recomendou o rastreamento nos seguintes intervalos: a cada três anos (27%), a cada dois anos (6%) e a intervalos maiores do que 3 anos (9%).

Em relação ao quinto e último caso, que era de uma paciente saudável de 66 anos, sem novos parceiros sexuais nos últimos 5 anos, e com dois exames anuais consecutivos de Papanicolaou negativos nos últimos 3 anos, metade dos entrevistados indicou o rastreamento (16 entrevistados, ou 48%) e a outra metade não. Para aqueles que indicaram o rastreamento, a maioria apontou intervalos de 2 a 3 anos (11 entrevistados, ou 33%).

Tabela 24. Conduta dos especialistas frente a situações clínicas hipotéticas, relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Caso 1			
- Não recomendaria Papanicolaou	16 (94)	15 (94)	31 (94)
- Papanicolaou anualmente*	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Não faz/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Caso 2			
- Não recomendaria	1 (6)	3 (19)	4 (12)
- Papanicolaou anualmente*	13 (76)	12 (75)	25 (76)
- Papanicolaou a cada 2 anos	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Papanicolaou a cada 3 anos	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Não faz/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Caso 3			
- Papanicolaou anualmente*	2 (12)	2 (13)	4 (12)
- Papanicolaou a cada 2 anos	3 (18)	4 (25)	7 (21)
- Papanicolaou a cada 3 anos	11 (65)	8 (50)	19 (58)
- Papanicolaou a intervalos maiores que 3 anos	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Não faz/Não se aplica	1 (6)	1 (6)	2 (6)
Caso 4			
- Não recomendaria	7 (41)	10 (63)	17 (52)
- Papanicolaou a cada 2 anos	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Papanicolaou a cada 3 anos	6 (35)	3 (19)	9 (27)
- Papanicolaou a intervalos maiores que 3 anos	1 (6)	2 (13)	3 (9)
- Não faz/Não se aplica	2 (12)	0 (0)	2 (6)
Caso 5			
- Não recomendaria	9 (53)	7 (44)	16 (48)
- Papanicolaou anualmente*	1 (6)	1 (6)	2 (6)
- Papanicolaou a cada 2 anos	2 (12)	3 (19)	5 (15)
- Papanicolaou a cada 3 anos	3 (18)	3 (19)	6 (18)
- Papanicolaou a intervalos maiores que 3 anos	1 (6)	2 (13)	3 (9)
- Não faz/Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)

As condutas dos especialistas expostas na Tabela 24, quando comparadas com aquilo preconizado pelos protocolos de rastreamento de câncer de colo de útero do INCA-MS e da SMS-RP, foram transformadas em escores de acerto, tal como está descrito na Tabela 25.

Pode-se notar que a maioria dos entrevistados (23 indivíduos, ou 70%) obteve 2 a 3 acertos, sendo que apenas 2 indivíduos acertaram as condutas para os 5 casos clínicos expostos.

Tabela 25. Escores de acerto para o rastreamento do câncer de colo de útero, segundo as diretrizes do INCA e da SMS-RP. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Escore			
0	0 (0)	1 (6)	1 (3)
1	0 (0)	1 (6)	1 (3)
2	7 (41)	5 (31)	12 (36)
3	6 (35)	5 (31)	11 (33)
4	3 (18)	2 (13)	5 (15)
5	0 (0)	2 (13)	2 (6)
Não se aplica	1 (6)	0 (0)	1 (3)

Os materiais utilizados pelos especialistas para a coleta do exame de Papanicolaou estão descritos na Tabela 26. Os profissionais, em sua maioria, apontaram o uso da espátula de Ayre (91%) e da escola endocervical (94%), e fixavam o material coletado com solução à base de polietilenoglicol (88%).

Tabela 26. Tipos de material utilizados no rastreamento do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Espátula de Ayre	16 (94)	14 (88)	30 (91)
Espátula comum	1 (6)	6 (38)	7 (21)
Escova endocervical	16 (94)	15 (94)	31 (94)
Solução fixadora à base de álcool a 96%	3 (18)	3 (19)	6 (18)
Solução fixadora à base de polietilenoglicol	16 (94)	13 (81)	29 (88)
Não faz	1 (6)	1 (6)	2 (6)

Os locais anatômicos utilizados para a coleta do exame de Papanicolaou estão descritos na Tabela 27. Nas mulheres não grávidas, a maioria dos especialistas (70%) coletava o material da ecto, endocérvice e parede vaginal. Já nas gestantes, boa parte deles coletava apenas da ectocérvice (61%), e em menor número da ecto e endocérvice, acrescido da parede vaginal (11 entrevistados, ou 33%).

Tabela 27. Local anatômico onde os especialistas coletam material para o exame de Papanicolaou. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Não Grávida			
- Ectocérvice	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Ecto e endocérvice	2 (12)	6 (38)	8 (24)
- Ecto, endo e parede vaginal	14 (82)	9 (56)	23 (70)
- Não faz	1 (6)	1 (6)	2 (6)
Grávida			
- Ectocérvice	13 (76)	7 (44)	20 (61)
- Ecto e endocérvice	0 (0)	4 (25)	4 (12)
- Ecto, endo e parede vaginal	3 (18)	4 (25)	7 (21)
- Não faz	1 (6)	1 (6)	2 (6)

A Tabela 28 descreve a conduta dos profissionais frente ao tipo de lesão encontrada no exame de Papanicolaou. Para os casos de lesão intraepitelial escamosa de baixo risco (lesão de baixo risco) a grande maioria (82%) tratava no próprio consultório. Já os casos de lesão intraepitelial escamosa de alto risco (lesão de alto risco), a quase totalidade dos especialistas (94%) optava por encaminhar a outro profissional para tratamento.

Tabela 28. Conduta dos profissionais segundo o tipo de alteração citológica encontrada no exame de Papanicolaou. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Lesão de baixo risco			
- Eu trataria	12 (71)	15 (94)	27 (82)
- Encaminharia a outro profissional	5 (29)	1 (6)	6 (18)
Lesão de alto risco			
- Eu trataria	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Encaminharia a outro profissional	17 (100)	14 (88)	31 (94)

As Tabelas 29 e 30 descrevem o conhecimento dos profissionais em relação à infecção genital pelo papiloma vírus humano (HPV), sua relação com o câncer de colo de útero e a vacinação contra o HPV.

Eles foram unânimes em associar alguns sorotipos do HPV com a ocorrência de verrugas genitais, e quase unânimes (94%) ao apontar a associação do câncer de colo de útero com infecções pregressas pelo HPV, o início da vacinação de adolescentes de 9 a 13 anos contra o HPV pelo MS e a não interferência na rotina de rastreamento do câncer de colo de

útero com a adoção da vacinação contra o HPV. Ademais, a quase totalidade dos entrevistados (97%) discordou que a infecção pelo HPV seja relativamente incomum, e a maioria (73%) concordou que a maior parte das infecções resolve espontaneamente (Tabela 29).

Tabela 29. Conhecimento sobre a infecção genital pelo HPV, a vacinação contra esse vírus e sua relação com o câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Infecção pelo HPV é relativamente incomum			
- Sim	0 (0)	1 (6)	1 (3)
- Não	17 (100)	15 (94)	32 (97)
- Não sei	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Maioria das infecções pelo HPV se resolve espontaneamente			
- Sim	10 (59)	14 (88)	24 (73)
- Não	6 (35)	2 (13)	8 (24)
- Não sei	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Alguns tipos de HPV podem causar verrugas genitais			
- Sim	17 (100)	16 (100)	33 (100)
- Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não sei	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Muitas mulheres com câncer de colo de útero provavelmente foram infectadas pelo HPV quando jovens			
- Sim	16 (94)	15 (94)	31 (94)
- Não	1 (6)	0 (0)	1 (3)
- Não sei	0 (0)	1 (6)	1 (3)
O MS incorporou a vacina contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos			
- Sim	16 (94)	15 (94)	31 (94)
- Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não sei	1 (6)	1 (6)	2 (6)
Adolescentes devidamente vacinadas estarão dispensadas de fazer rastreamento de câncer de colo de útero			
- Sim	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Não	15 (88)	16 (100)	31 (94)
- Não sei	0 (0)	0 (0)	0 (0)

A prática clínica dos profissionais e suas respectivas equipes com a vacinação contra o HPV está descrita na Tabela 30. Nela podemos ver que boa parte dos médicos (20 indivíduos, ou 60%) indica a vacinação frequentemente ou sempre, contra um número menor que indica raramente ou às vezes (11 indivíduos, ou 33%). Segundo 18 entrevistados (54%), as enfermeiras também indicam a vacinação de forma frequente ou sempre.

Em relação ao interesse pela vacina por parte dos adolescentes, segundos os médicos, mais da metade das pacientes (21 indivíduos, ou 63%) nunca, raramente ou às vezes demonstram desejo em ser vacinadas, ao contrário dos pais, que em sua quase totalidade (27 indivíduos, ou 81%) nunca, raramente ou às vezes se recusam em vacinar suas filhas.

Tabela 30. Prática clínica dos profissionais e suas equipes sobre a vacinação contra o HPV. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	GO (n=16)	Total (n=33)
	N (%)	N (%)	N (%)
Indica vacinação contra HPV			
- Nunca	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Raramente	2 (12)	4 (25)	6 (18)
- Às vezes	2 (12)	3 (19)	5 (15)
- Frequentemente	3 (18)	2 (13)	5 (15)
- Sempre	9 (53)	6 (38)	15 (45)
- Não se aplica/desconheço	1 (6)	1 (6)	2 (6)
Enfermeira indica a vacina			
- Nunca	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Raramente	0 (0)	2 (13)	2 (6)
- Às vezes	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Frequentemente	3 (18)	4 (25)	7 (21)
- Sempre	10 (59)	1 (6)	11 (33)
- Não se aplica/desconheço	2 (12)	9 (56)	11 (33)
Adolescentes demonstram interesse em ser vacinadas			
- Nunca	2 (12)	2 (13)	4 (12)
- Raramente	6 (35)	2 (13)	8 (24)
- Às vezes	2 (12)	7 (44)	9 (27)
- Frequentemente	1 (6)	3 (19)	4 (12)
- Sempre	5 (29)	0 (0)	5 (15)
- Não se aplica/desconheço	1 (6)	2 (13)	3 (9)
Pais/responsáveis se recusam a vacinar suas filhas adolescentes			
- Nunca	2 (12)	2 (13)	4 (12)
- Raramente	9 (53)	7 (44)	16 (48)
- Às vezes	2 (12)	5 (31)	7 (21)
- Frequentemente	2 (12)	0 (0)	2 (6)
- Sempre	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	2 (12)	2 (13)	4 (12)

6.4. Rastreamento do Câncer Colorretal

Vale salientar que dos 46 indivíduos entrevistados, sete GO não responderam os questionários relativos ao rastreamento do câncer colorretal.

A Tabela 31 retrata a influência das principais diretrizes de sociedades médicas no rastreamento do câncer colorretal. A diretriz do INCA foi apontada por 90% dos entrevistados, seguidas daquela da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (49%), da Sociedade Brasileira de Cancerologia (33%) e da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (28%). Dois entrevistados citaram ainda seguir as diretrizes do USPSTF (5%).

Tabela 31. Influência de diretrizes de sociedades médicas na prática de rastreamento de câncer colorretal entre os profissionais entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
INCA	17 (100)	9 (69)	9 (100)	35 (90)
SBCP	7 (41)	7 (54)	5 (56)	19 (49)
SBCancer	3 (18)	5 (38)	5 (56)	13 (33)
Sobed	4 (24)	3 (23)	4 (44)	11 (28)
Outros	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (5)

INCA- Instituto Nacional de Câncer; **SBCP-** Sociedade Brasileira de Coloproctologia; **SBCancer-** Sociedade Brasileira de Cancerologia; **Sobed-** Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.

A forma como os profissionais realizavam o rastreamento do câncer colorretal e sua periodicidade está descrita nas Tabela 32 e 33. A grande maioria (36 indivíduos, ou 93%) utilizava a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) como método de rastreamento, em detrimento de outros exames: exame radiológico contrastado (3%), retossigmoidoscopia (5%) e colonoscopia (6 indivíduos, ou 16%). E a idade de início apontada pela maioria foi a de 50 anos.

Em relação à periodicidade (Tabela 33), aqueles que utilizam a PSOF apontaram repetir esse exame a cada ano (79%), em sua maioria. Para os exames de radiologia contrastada e retossigmoidoscopia, quase todos deixaram em branco esse item do questionário (respectivamente 97% e 95%), e para os profissionais que apontaram solicitar a colonoscopia, a frequência mais indicada para o rastreamento foi a de 5 anos (13%).

Tabela 32. Idade de início e tipos de exame utilizados no rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pesquisa Sangue Oculto				
- 40 a 45 anos	0 (0)	7 (54)	0 (0)	7 (18)
- 50 anos	15 (88)	4 (31)	9 (100)	28 (72)
- 60 anos	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não faz	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
Exame radiológico contrastado				
- 50 anos	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não faz	17 (100)	12 (92)	9 (100)	38 (97)
Retossigmoidoscopia				
- 50 anos	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)
- Não faz	16 (94)	12 (92)	9 (100)	37 (95)
Colonoscopia				
- 35 anos	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- 50 anos	1 (6)	3 (23)	1 (11)	5 (13)
- Não faz	15 (88)	10 (77)	8 (89)	33 (85)

Tabela 33. Periodicidade de realização do rastreamento do câncer colorretal de acordo com o exame solicitado. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pesquisa Sangue Oculto				
- Anual	15 (88)	9 (69)	7 (78)	31 (79)
- A cada 2 anos	0 (0)	3 (23)	1 (11)	4 (10)
- A cada 3 anos	0 (0)	0 (0)	1 (11)	1 (3)
- Em branco	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
Exame radiológico contrastado				
- A cada 2 anos	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Em branco	17 (100)	12 (92)	9 (100)	38 (97)
Retossigmoidoscopia				
- A cada 2 anos	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- A cada 5 anos	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Em branco	16 (94)	12 (92)	9 (100)	37 (95)
Colonoscopia				
- A cada 5 anos	1 (6)	3 (23)	1 (11)	5 (13)
- A cada 10 anos	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Em branco	15 (88)	10 (77)	8 (89)	33 (85)

As Tabelas 34 e 35 retratam a conduta dos especialistas quanto à cessação do rastreamento do câncer colorretal e a respectiva idade preconizada para tal. Quando o teste utilizado foi a PSOF, apenas 26% afirmaram existir um momento para o término do rastreamento. Para os outros testes (exame radiológico contrastado, retossigmoidoscopia e colonoscopia), quase todos não souberam responder a esse item (respectivamente 92%, 92% e 87%).

Tabela 34. Conduta dos entrevistados quando à cessação do rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pesquisa Sangue Oculto				
- Cessaria o rastreamento	7 (41)	3 (23)	0 (0)	10 (26)
- Não cessaria o rastreamento	7 (41)	7 (54)	7 (78)	21 (54)
- Não souberam	3 (18)	3 (23)	2 (22)	8 (21)
Exame radiológico contrastado				
- Cessaria o rastreamento	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não cessaria o rastreamento	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
- Não souberam	15 (88)	12 (92)	9 (100)	36 (92)
Retossigmoidoscopia				
- Cessaria o rastreamento	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não cessaria o rastreamento	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (5)
- Não souberam	14 (82)	13 (100)	9 (100)	36 (92)
Colonoscopia				
- Cessaria o rastreamento	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)
- Não cessaria o rastreamento	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
- Não souberam	14 (82)	11 (85)	9 (100)	34 (87)

Quanto à idade para o término do rastreamento, praticamente todos os entrevistados não souberam responder a esse item- respectivamente 74%, 100%, 97% e 95% para os testes: PSOF, exame radiológico contrastado, retossigmoidoscopia e colonoscopia. Dos 10 entrevistados (26%) que apontaram uma idade para o término do rastreamento, quando o exame utilizado era a PSOF, apenas 3 (8%) indicaram a idade de 75 anos.

Tabela 35. Idade preconizada para a cessação do rastreamento câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pesquisa Sangue Oculto				
- Entre 60-70 anos	2 (12)	2 (15)	0 (0)	4 (10)
- 75 anos	3 (18)	0 (0)	0 (0)	3 (8)
- Entre 79-80 anos	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
- Não souberam	10 (59)	10 (77)	9 (100)	29 (74)
Exame radiológico contrastado				
- Não souberam	17 (100)	13 (100)	9 (100)	39 (100)
Retossigmoidoscopia				
- 70 anos	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não souberam	16 (94)	13 (100)	9 (100)	38 (97)
Colonoscopia				
- 70 anos	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- 80 anos	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não souberam	16 (94)	12 (92)	9 (100)	37 (95)

A adequação das condutas dos profissionais entrevistados para o rastreamento do câncer colorretal utilizando-se a PSOF está descrita na Tabela 36. Em relação à idade de início e a periodicidade do rastreamento, a conduta de 67% dos entrevistados estava dentro daquilo preconizado pelo INCA e pela SMS-RP. Entretanto, quando considerado a idade para o término do rastreamento, apenas 3 indivíduos (8%) estavam de acordo com a conduta desses órgãos oficiais.

Tabela 36. Adequação da conduta dos profissionais para o rastreamento do câncer colorretal utilizando a PSOF, segundo as diretrizes do INCA e da SMS-RP. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=9)	Total (n=39)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Início e Periodicidade				
- SIM	15 (88)	4 (31)	7 (78)	26 (67)
- NÃO	2 (12)	9 (69)	2 (22)	13 (33)
Término				
- SIM	3 (18)	0 (0)	0 (0)	3 (8)
- NÃO	14 (82)	13 (100)	9 (100)	36 (92)

A Tabela 37 descreve a conduta dos especialistas frente a situações clínicas hipotéticas relacionadas ao rastreamento do câncer colorretal. Para o caso clínico 1 (paciente de 40 anos saudável), os especialistas em sua maioria não recomendaram o rastreamento (61%). Uma menor parcela recomendou a realização da PSOF (32%). Já para o segundo caso clínico (paciente de 65 anos saudável), quase todos escolheram como conduta solicitar a PSOF (79%).

Quanto ao terceiro caso clínico (paciente de 80 anos saudável), metade entendeu que deveria solicitar a PSOF (50%), e cerca de 1/3 deles (34%) apontou pela não realização do rastreamento.

O quarto caso tratava-se de um paciente de 40 anos com história familiar de pólipos adenomatosos intestinais em parente de primeiro grau (diagnóstico após 60 anos). Para essa situação clínica, quase metade (17 entrevistados, ou 45%) indicou a solicitação de colonoscopia sozinha ou em associação com outro exame (PSOF ou retossigmoidoscopia), e uma parcela menor (34%) solicitou apenas a PSOF.

O quinto caso tratava-se de um paciente de 40 anos com história familiar de câncer colorretal em parente de primeiro grau (diagnóstico aos 50 anos). Neste caso, mais da metade optou pela solicitação da colonoscopia, sozinha ou associada à PSOF (23 entrevistados, ou 61%), e uma parcela menor (21%) optou apenas pela PSOF.

Tabela 37. Conduta para o rastreamento do câncer colorretal frente a alguns casos clínicos. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Caso clínico 1				
- PSOF	1 (6)	10 (77)	1 (13)	12 (32)
- PSOF ou Colonoscopia	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não recomendaria	13 (76)	3 (23)	7 (88)	23 (61)
- Em branco	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (5)
Caso clínico 2				
- PSOF	14 (82)	9 (69)	7 (88)	30 (79)
- PSOF ou Colonoscopia	2 (12)	2 (15)	1 (13)	5 (13)
- PSOF, Retossigmoidoscopia ou Colonoscopia	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- PSOF ou Enema opaco	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Colonoscopia	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não recomendaria	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Caso clínico 3				
- PSOF	9 (53)	5 (38)	5 (63)	19 (50)
- PSOF ou Enema opaco	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- PSOF ou Colonoscopia	0 (0)	3 (23)	1 (13)	4 (11)
- Não recomendaria	8 (47)	3 (23)	2 (25)	13 (34)
- Em branco	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
Caso clínico 4				
- PSOF	4 (24)	5 (38)	4 (50)	13 (34)
- PSOF ou Colonoscopia	4 (24)	3 (23)	3 (38)	10 (26)
- Colonoscopia	4 (24)	2 (15)	0 (0)	6 (16)
- PSOF, Retossigmoidoscopia ou Colonoscopia	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Retossigmoidoscopia	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)
- PSOF ou Enema opaco	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não recomendaria	3 (18)	1 (8)	1 (13)	5 (13)
Caso clínico 5				
- PSOF	3 (18)	4 (31)	1 (13)	8 (21)
- PSOF ou Colonoscopia	4 (24)	4 (31)	3 (38)	11 (29)
- Colonoscopia	7 (41)	3 (23)	2 (25)	12 (32)
- PSOF ou Enema opaco	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (5)
- Retossigmoidoscopia ou Colonoscopia	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)
- PSOF, Retossigmoidoscopia ou Colonoscopia	0 (0)	1 (8)	1 (13)	2 (5)
- Em branco	0 (0)	0 (0)	1 (13)	1 (3)

* 1 GO não respondeu este questionário

A Tabela 38 mostra a frequência com que os entrevistados aconselhavam seus pacientes sobre a importância do rastreamento do câncer colorretal. A maioria apontou que geralmente (79%) ofereciam o aconselhamento durante as consultas.

Tabela 38. Frequência com que realiza o aconselhamento de pacientes para o rastreamento de câncer colorretal, nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Geralmente	15 (88)	8 (62)	7 (88)	30 (79)
- Às vezes	2 (12)	4 (30)	1 (12)	7 (18)
- Raramente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Nunca	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)

* 1 GO não respondeu este questionário

Quando indagados sobre qual o exame para o rastreamento do câncer colorretal os profissionais costumam recomendar a seus pacientes, quase todos (97%) apontaram a PSOF e em menor proporção a colonoscopia (18%) (Tabela 39).

Tabela 39. Exames de rastreamento de câncer colorretal normalmente recomendados durante as consultas. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- PSOF	17 (100)	12 (92)	8 (100)	37 (97)
- Colonoscopia	2 (12)	2 (15)	3 (38)	7 (18)
- Retossigmoidoscopia	0 (0)	0 (0)	1 (13)	1 (3)
- Outro	0 (0)	1 (8)	0 (0)	0 (0)

* 1 GO não respondeu este questionário

Sobre a frequência com que recomendavam aos pacientes a realização de exames combinados para o rastreamento do câncer colorretal, nos 12 meses prévios à entrevista, a maior parte dos profissionais (25 entrevistados, ou 66%) afirmou que nunca ou raramente o fazem (Tabela 40), e aqueles que o fazem, em sua maior parte (78%) solicitam a combinação PSOF e colonoscopia (Tabela 41).

Tabela 40. Frequência com que os profissionais solicitam uma combinação de exames para o rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Nunca	11 (65)	4 (31)	4 (50)	19 (50)
- Raramente	3 (18)	1 (8)	2 (25)	6 (16)
- Às vezes	2 (12)	5 (38)	1 (13)	8 (21)
- Geralmente	1 (6)	2 (15)	1 (13)	4 (11)
- Em branco	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)

* 1 GO não respondeu este questionário

Tabela 41. Combinação de exames para o rastreamento de câncer colorretal normalmente solicitada pelos especialistas entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=6)	CG (n=8)	GO (n=4)	Total (n=18)*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- PSOF + Colonoscopia	5 (83)	5 (64)	4 (100)	14 (78)
- PSOF + Enema Opaco	1 (17)	1 (12)	0 (0)	2 (11)
- PSOF + Retossigmoidoscopia	0 (0)	1 (12)	0 (0)	1 (6)
- Em branco	0 (0)	1 (12)	0 (0)	1 (6)

* Apenas 18 indivíduos afirmaram solicitar exames combinados

O conhecimento dos pacientes frente ao câncer colorretal e seu rastreamento, segundo os profissionais entrevistados, está descrito na Tabela 42.

A maioria dos entrevistados apontou que os pacientes ignoravam o que era o rastreamento do câncer colorretal (71%), contudo, metade discordou que os pacientes teriam dificuldade em entender informações sobre o rastreamento (53%), ou que os mesmos não consideravam o câncer colorretal um problema sério (58%).

Ademais, 68% dos entrevistados discordaram que os pacientes se negavam a discutir sobre o rastreamento, e um número ainda maior (82%) também discordou que os pacientes não realizavam o exame de rastreamento que os mesmos solicitavam.

Tabela 42. Percepção dos médicos em relação ao conhecimento dos pacientes sobre o rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não querem discutir sobre rastreamento				
- Concordo	1 (6)	1 (8)	1 (13)	3 (8)
- Discordo	12 (71)	9 (69)	5 (63)	26 (68)
- Indiferente	4 (24)	0 (0)	1 (13)	5 (13)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	3 (23)	1 (13)	4 (11)
Desconhecem o rastreamento				
- Concordo	8 (47)	11 (85)	8 (100)	27 (71)
- Discordo	9 (53)	0 (0)	0 (0)	9 (24)
- Indiferente	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
Dificuldade de entendimento sobre o que é o rastreamento				
- Concordo	5 (29)	5 (38)	2 (5)	12 (32)
- Discordo	10 (59)	4 (31)	6 (75)	20 (53)
- Indiferente	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (8)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	3 (23)	0 (0)	3 (8)
Não consideram o câncer Colorretal um problema				
- Concordo	6 (35)	3 (23)	2 (25)	11 (29)
- Discordo	8 (47)	9 (69)	5 (63)	22 (58)
- Indiferente	3 (18)	0 (0)	0 (0)	3 (8)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	1 (8)	1 (13)	2 (5)
Os pacientes não realizam o exame que solicito				
- Concordo	4 (24)	0 (0)	0 (0)	4 (11)
- Discordo	13 (76)	10 (63)	8 (100)	31 (82)
- Indiferente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	3 (23)	0 (0)	3 (8)

* 1 GO não respondeu este questionário

As opiniões dos especialistas frente ao rastreamento do câncer colorretal estão elencadas na Tabela 43. Nota-se que os especialistas foram quase unânimes em discordar da afirmação de que a realização do rastreamento não seria sua responsabilidade (97%) ou que se sentiriam desmotivados para tal (92%). Também, a grande maioria discordou de que não teriam tempo para discutir com os pacientes sobre rastreamento (79%), ou de que não soubessem como fazê-lo (89%).

Tabela 43. Opinião dos especialistas sobre o emprego do rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Não tenho tempo para discutir sobre rastreamento				
- Concordo	1 (6)	4 (31)	2 (25)	7 (18)
- Discordo	16 (94)	9 (69)	5 (63)	30 (79)
- Indiferente	0 (0)	0 (0)	1 (13)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Não é minha responsabilidade fazer o rastreamento				
- Concordo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Discordo	17 (100)	12 (92)	8 (100)	37 (97)
- Indiferente	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Desconheço como fazer				
- Concordo	0 (0)	2 (15)	1 (13)	3 (8)
- Discordo	17 (100)	11 (85)	6 (75)	34 (89)
- Indiferente	0 (0)	0 (0)	1 (13)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Não me sinto motivado a fazer o rastreamento				
- Concordo	1 (6)	1 (8)	0 (0)	2 (5)
- Discordo	15 (88)	12 (92)	8 (100)	35 (92)
- Indiferente	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

* 1 GO não respondeu este questionário

A opinião dos especialistas sobre o envolvimento da sua equipe no rastreamento do câncer colorretal está demonstrada na Tabela 44. Sobre a falta de incentivo por parte do gerente da unidade para que a equipe se envolva no rastreamento, e a falta de apoio ao rastreamento por parte da equipe, um pouco mais da metade dos especialistas discordou dessas afirmações (respectivamente, 58% e 55%). E a metade deles (50%) também discordou que havia falta de motivação por parte da equipe para o emprego do rastreamento.

Tabela 44. Opiniões do profissional quanto ao papel da equipe de saúde no rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Falta incentivo do gerente ou da SMS para que a equipe se envolva				
- Concordo	1 (6)	5 (38)	3 (38)	9 (24)
- Discordo	15 (88)	6 (46)	1 (13)	22 (58)
- Indiferente	1 (6)	2 (15)	1 (13)	4 (11)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	3 (38)	3 (8)
Não há motivação da equipe				
- Concordo	4 (24)	3 (23)	3 (38)	10 (26)
- Discordo	12 (71)	6 (46)	1 (13)	19 (50)
- Indiferente	1 (6)	2 (15)	1 (13)	4 (11)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	2 (15)	3 (38)	5 (13)
Equipe não apóia o rastreamento				
- Concordo	2 (12)	3 (23)	2 (25)	7 (18)
- Discordo	14 (82)	5 (38)	2 (25)	21 (55)
- Indiferente	1 (6)	2 (38)	2 (25)	5 (13)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	3 (23)	2 (25)	5 (0)

* 1 GO não respondeu este questionário

Sobre o papel do gestor local (SMS-RP) no rastreamento do câncer colorretal (Tabela 45), a grande maioria discordou da inexistência ou baixa oferta de exames de rastreamento (82%) e da dificuldade em solicitar o exame de rastreamento por não autorização do gestor (76%). Sobre a pouca oferta de especialistas para encaminhar os pacientes para realizar rastreamento, um pouco mais da metade discordou da afirmação (58%). Contudo, quando perguntados se achavam que haveria poucos especialistas para encaminhar os pacientes com exame de rastreamento positivo, metade dos entrevistados discordou (50%), contra 45% que concordaram com a afirmação.

Tabela 45. Opinião dos especialistas sobre o papel da Secretaria Municipal de Saúde do município no rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=8)*	Total (n=38)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pouca ou nenhuma oferta de exames para o rastreamento				
- Concordo	0 (0)	5 (38)	1 (13)	6 (16)
- Discordo	17 (100)	7 (54)	7 (88)	31 (82)
- Indiferente	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Não é permitido ao profissional solicitar exames				
- Concordo	0 (0)	5 (38)	1 (13)	6 (16)
- Discordo	15 (88)	7 (54)	7 (88)	29 (76)
- Indiferente	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (5)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
Existência de poucos especialistas para encaminhar os pacientes para realizar o rastreamento				
- Concordo	3 (18)	8 (62)	3 (38)	14 (37)
- Discordo	14 (82)	4 (31)	4 (50)	22 (58)
- Indiferente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	1 (8)	1 (13)	2 (5)
Existem poucos especialistas para encaminhar nos casos em que o rastreamento foi positivo				
- Concordo	5 (29)	9 (69)	3 (38)	17 (45)
- Discordo	12 (71)	3 (23)	4 (50)	19 (50)
- Indiferente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Não se aplica/desconheço	0 (0)	1 (8)	1 (13)	2 (5)

* 1 GO não respondeu este questionário

A Tabela 46 descreve quais profissionais solicitavam o exame de PSOF para o rastreamento de câncer colorretal. Pode-se observar que todos os médicos que responderam a essa parte do questionário afirmaram que eles mesmos solicitavam o exame (36 indivíduos). Alguns poucos citaram que outros profissionais também indicavam ou solicitavam esse exame, como as enfermeiras (11%) e médicos residentes (17%).

Em relação ao número de amostras de PSOF solicitadas (Tabela 47), boa parte apontou apenas 1 amostra (58%). E, um grupo menor de entrevistados solicitava um número maior de amostras- três (36%).

Quando perguntados qual seria a conduta frente a um paciente com resultado positivo no exame de PSOF (Tabela 48), 56% afirmou que repetiria o exame, ao passo que 44% preferiu o encaminhamento para o especialista (proctologista).

Tabela 46. Profissionais que solicitam o exame para o rastreamento de câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015

	MFC (n=17)	CG (n=12)	GO (n=7)	Total (n=36)*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Profissional				
- Eu solicito	17 (100)	12 (100)	7 (100)	36 (100)
- Enfermeira solicita	3 (18)	1 (8)	0 (0)	4 (11)
- Médico residente solicita	6 (35)	0 (0)	0 (0)	6 (17)
- Outro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

* 3 profissionais não responderam a essa questão

Tabela 47. Número de amostras de PSOF solicitadas para cada paciente pelos especialistas entrevistados. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=12)	GO (n=7)	Total (n=36)*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Número de amostras				
1	8 (47)	8 (67)	5 (71)	21 (58)
2	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (6)
3	7 (41)	4 (33)	2 (29)	13 (36)

* 3 profissionais não responderam a essa questão

Tabela 48. Conduta frente a um paciente com exame de rastreamento positivo (PSOF). Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=12)	GO (n=7)	Total (n=36)†
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Repito PSOF	7 (41)	7 (58)	6 (86)	20 (56)
Solicito Enema Opaco	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Solicito Retossigmoidoscopia	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Solicito Colonoscopia	5 (29)	0 (0)	2 (29)	7 (19)
Outro*	8 (47)	7 (58)	1 (14)	16 (44)

* Encaminhamento ao proctologista

† 3 profissionais não responderam a essa questão

A Tabela 49 descreve a frequência com que os pacientes esperavam mais de 60 dias, nos 12 meses anteriores à entrevista, para a realização de exames e procedimentos relacionados ao rastreamento do câncer colorretal.

Para a maior parte dos entrevistados (23 indivíduos, ou 66%) a espera era frequente ou habitual. Também, boa parte apontou que frequentemente ou sempre os pacientes precisavam esperar intervalos maiores que 60 dias por uma consulta com o especialista, quando apresentavam exames de rastreamento positivos (22 indivíduos, ou 63%). Quando o paciente apresentava resultado de biópsia de cólon com a presença de câncer, quase metade dos entrevistados (43%) não soube precisar o tempo de espera para consultar com um especialista.

Tabela 49. Espera de mais de 60 dias, nos últimos 12 meses, para a realização de alguns procedimentos relacionados ao rastreamento do câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=12)	GO (n=6)	Total (n=35)*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Colonoscopia de rastreamento				
- Nunca	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Raramente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Às vezes	0 (0)	0 (0)	1 (17)	1 (3)
- Frequentemente	2 (12)	4 (33)	1 (17)	7 (20)
- Sempre	10 (59)	6 (50)	0 (0)	16 (46)
- Não se aplica/desconhece	5 (29)	2 (17)	4 (67)	11 (31)
Consulta com especialista após rastreamento +				
- Nunca	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (6)
- Raramente	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (9)
- Às vezes	1 (6)	0 (0)	2 (33)	3 (9)
- Frequentemente	9 (53)	5 (42)	0 (0)	14 (40)
- Sempre	2 (12)	5 (42)	1 (17)	8 (23)
- Não se aplica/desconhece	1 (6)	1 (8)	3 (50)	5 (14)
Consulta com especialista após biópsia +				
- Nunca	3 (18)	1 (8)	0 (0)	4 (11)
- Raramente	2 (12)	2 (17)	0 (0)	4 (11)
- Às vezes	1 (6)	1 (8)	1 (17)	3 (9)
- Frequentemente	3 (18)	2 (17)	0 (0)	5 (14)
- Sempre	2 (12)	1 (8)	1 (17)	4 (11)
- Não se aplica/desconhece	6 (35)	5 (42)	4 (67)	15 (43)

* 4 profissionais não responderam a essa questão

6.5. Rastreamento do Câncer de Pulmão

Ressalta-se que 11 GO, do total de 46 entrevistados, não preencheram essa parte dos questionários.

O conhecimento dos profissionais a respeito das diretrizes para a cessação do tabagismo e o rastreamento do câncer de pulmão das principais sociedades médicas e sua influência na conduta dos mesmos está demonstrado nas Tabelas 50 e 51.

Em relação à diretriz para a cessação do tabagismo, a maioria (69%) apontou bom conhecimento da diretriz do INCA e metade (54%) afirmou conhecer e aplicar em sua conduta a diretriz da SBP.

Quanto à diretriz para o rastreamento do câncer de pulmão, a maioria também afirmou conhecer e se deixar influenciar pelas recomendações do INCA (69%). Ademais, poucos relataram conhecer a diretriz da SBP (37%).

Tabela 50. Influência das diretrizes de sociedades médicas na prática do aconselhamento para cessar o tabagismo. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
INCA	16 (94)	6 (46)	2 (40)	24 (69)
SBP	11 (65)	7 (54)	1 (20)	19 (54)
Outra	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

INCA- Instituto Nacional de Câncer; SBP- Sociedade Brasileira de Pneumologia.

Tabela 51. Influência das diretrizes de sociedades médicas na prática do rastreamento de câncer de pulmão. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
INCA	15 (88)	6 (46)	3 (60)	24 (69)
SBP	6 (35)	6 (46)	1 (20)	13 (37)
Outra*	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (6)

INCA- Instituto Nacional de Câncer; SBP- Sociedade Brasileira de Pneumologia.

* Diretriz do USPSTF

A Tabela 52 descreve a conduta dos especialistas frente a situações clínicas hipotéticas relacionadas ao rastreamento do câncer de pulmão. Para o caso clínico 1 (paciente de 55 anos saudável, que nunca fumou), os especialistas em sua grande maioria não recomendaram o rastreamento (83%), exceto por um pequeno número, que recomendou a realização de raios-x de tórax (17%).

O segundo caso clínico tratava-se de um paciente de 55 anos, saudável, que nunca fumou e foi fumante passivo por 20 anos. Para esta situação, metade dos profissionais (49%) não indicou o rastreamento e a outra metade (49%) indicou a realização de raios-x de tórax.

O terceiro caso clínico era de um paciente de 55 anos, saudável e ex-fumante (30 anos/maço), que teria parado de fumar há 1 ano. Neste caso, a grande maioria (26 indivíduos, ou 74%) indicou rastreamento, sendo o exame de raios-x de tórax o mais solicitado (63%).

O quarto caso tratava-se de um paciente de 60 anos, saudável, ex-fumante (fumou por 20 anos) e que teria parado de fumar há 20 anos. Também neste caso, boa parte indicou a realização do rastreamento (20 indivíduos, ou 57%), sendo o exame mais requisitado a telerradiografia de tórax (49%), e um número menor apontou não haver necessidade de rastreamento (14 indivíduos, ou 40%).

O quinto e último caso era de um paciente de 60 anos, fumante desde os 40 anos (1 maço/dia). Para esta situação, a grande maioria indicou o rastreamento (29 indivíduos, ou 83%), sendo o exame mais solicitado a telerradiografia de tórax (57%), seguido da associação entre telerradiografia e citologia de escarro (20%).

Tabela 52. Conduta para o rastreamento do câncer de pulmão frente a alguns casos clínicos. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Caso clínico 1				
- Não rastrear	16 (94)	9 (69)	4 (80)	29 (83)
- Apenas Raios-X de tórax	1 (6)	4 (31)	1 (20)	6 (17)
Caso clínico 2				
- Não rastrear	12 (71)	3 (23)	2 (40)	17 (49)
- Apenas raios-X de tórax	5 (29)	9 (69)	3 (60)	17 (49)
- Raios-X de tórax e citologia de escarro	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
Caso clínico 3				
- Não rastrear	8 (47)	0 (0)	0 (0)	8 (23)
- Raios-X de tórax	7 (41)	12 (92)	3 (60)	22 (63)
- Citologia de escarro	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Raios-X de tórax e citologia de escarro	0 (0)	1 (8)	1 (20)	2 (6)
- TC* de baixa dosagem	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não sabe	0 (0)	0 (0)	1 (20)	1 (3)
Caso clínico 4				
- Não rastrear	11 (65)	3 (23)	0 (0)	14 (40)
- Raios-X de tórax	5 (29)	9 (69)	3 (60)	17 (49)
- Citologia de escarro	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Raios-X de tórax e citologia de escarro	0 (0)	1 (8)	1 (20)	2 (6)
- Não sabe	0 (0)	0 (0)	1 (20)	1 (3)
Caso clínico 5				
- Não rastrear	5 (29)	0 (0)	0 (0)	5 (14)
- Raios-X de tórax	8 (47)	10 (77)	2 (40)	20 (57)
- Raios-X de tórax e citologia de escarro	2 (12)	3 (23)	2 (40)	7 (20)
- Citologia de escarro	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- TC* de baixa dosagem	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Não sabe	0 (0)	0 (0)	1 (20)	1 (3)

*TC: Tomografia computadorizada

Foi perguntado aos especialistas se os mesmos haviam realizado alguma conduta de aconselhamento ou rastreamento, nos 12 meses anteriores à entrevista, para pacientes fumantes e ex-fumantes assintomáticos e as respostas estão descritas na Tabela 53.

Pode-se notar que todos responderam que realizavam aconselhamento com o objetivo de cessar o tabagismo aos pacientes tabagistas. Em relação ao rastreamento, 63% dos entrevistados afirmaram que solicitavam a telerradiografia de tórax para os fumantes.

Tabela 53. Conduta de aconselhamento e rastreamento de câncer de pulmão para fumantes e/ou ex-fumantes nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, 2015.

Exames	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Aconselhamento sobre os benefícios para parar de fumar	17 (100)	13 (100)	5 (100)	35 (100)
- Solicitou raios-X de tórax como exame de rastreamento	8 (62)	12 (92)	2 (40)	22 (63)
- Solicitou TC de baixa dosagem como exame de rastreamento	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (3)
- Solicitou citologia de escarro como exame de rastreamento	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Os especialistas foram perguntados se, nos 12 meses anteriores à entrevista, os pacientes os questionavam sobre a indicação ou não de serem submetidos ao rastreamento para o câncer de pulmão (Tabela 54). Segundo a grande maioria dos entrevistados (69%), os mesmos não eram indagados pelos pacientes a esse respeito.

Tabela 54. Indagação dos pacientes sobre o rastreamento do câncer de pulmão nos últimos 12 meses. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Sim	4 (24)	7 (54)	0 (0)	11 (31)
- Não	13 (76)	6 (46)	5 (100)	24 (69)

Os entrevistados também apontaram qual a porcentagem de pacientes que eram indagados sobre o hábito de fumar (Tabela 55). Segundo a grande maioria dos especialistas (74%), quase todos perguntavam aos pacientes se eles eram fumantes.

Tabela 55. Porcentagem de pacientes que eram indagados sobre o hábito de fumar. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Quase todos (>90%)	12 (71)	11 (85)	3 (60)	26 (74)
- A maioria (aprox. 75%)	2 (12)	2 (15)	2 (40)	6 (17)
- Metade (aprox. 50%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
- Alguns (11-25%)	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
- Nenhum ou poucos (<10%)	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (6)

Para aqueles pacientes que fumavam, os entrevistados apontaram qual a porcentagem de pacientes que eram orientados sobre os benefícios de parar de fumar (Tabela 56). Sobre isso, boa parte apontou (66%) que quase todos os pacientes fumantes eram aconselhados a largar o cigarro.

Tabela 56. Porcentagem de pacientes que fumavam que eram aconselhados a parar de fumar. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Quase todos (>90%)	12 (71)	10 (77)	1 (20)	23 (66)
- A maioria (aprox. 75%)	3 (18)	2 (15)	4 (80)	9 (26)
- Metade (aprox. 50%)	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (3)
- Alguns (11-25%)	2 (12)	0 (0)	0 (0)	2 (6)
- Nenhum ou poucos (<10%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Sobre a porcentagem de pacientes fumantes que recebiam tratamento farmacológico para parar de fumar, prescrito pelos entrevistados (Tabela 57), a maioria (23 indivíduos, ou 66%) apontou que essa conduta era adotada apenas em poucos ou alguns casos.

Tabela 57. Porcentagem de pacientes que fumavam que recebiam tratamento farmacológico para parar de fumar, prescrito pelo entrevistado. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Quase todos (>90%)	2 (12)	1 (8)	0 (0)	3 (9)
- A maioria (aprox. 75%)	3 (18)	0 (0)	0 (0)	3 (9)
- Metade (aprox. 50%)	4 (24)	1 (8)	0 (0)	5 (14)
- Alguns (11-25%)	6 (35)	6 (46)	4 (80)	16 (46)
- Nenhum ou poucos (<10%)	1 (6)	5 (38)	1 (20)	7 (20)
- Em branco*	1 (6)	0 (0)	0 (0)	1 (3)

* ficha 24

Ainda sobre o tratamento do tabagismo, os especialistas entrevistados indicaram, em sua quase totalidade (86%), que encaminhavam os pacientes a centros de referência para o tratamento do tabagismo (Tabela 58).

Tabela 58. Encaminhamento de pacientes que fumavam a centros de referência para o tratamento do tabagismo. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=5)	Total (n=35)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Sim	17 (100)	11 (85)	2 (40)	30 (86)
- Não	0 (0)	2 (15)	3 (60)	5 (14)

Contudo, quando indagados sobre a frequência de encaminhamentos de pacientes tabagistas aos centros de referência, menos da metade dos entrevistados (43%) apontou que isso era feito com alguma frequência apenas (Tabela 59).

Tabela 59. Porcentagem de pacientes que fumavam que eram encaminhados a centros de referência para o tratamento do tabagismo. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=11)	GO (n=2)	Total (n=30)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
- Quase todos (>90%)	1 (6)	2 (18)	0 (0)	3 (10)
- A maioria (aprox. 75%)	4 (24)	0 (0)	1 (50)	5 (17)
- Metade (aprox. 50%)	2 (12)	2 (18)	0 (0)	4 (13)
- Alguns (11-25%)	7 (41)	5 (45)	1 (50)	13 (43)
- Nenhum ou poucos (<10%)	3 (18)	2 (18)	0 (0)	5 (17)

6.6. Rastreamento de Outros Tipos de Câncer

A Tabela 60 descreve a conduta dos profissionais entrevistados para o rastreamento de alguns tipos de câncer, a saber: câncer hematológico, câncer de próstata, câncer de endométrio e câncer de ovário.

Quase metade dos especialistas (48%) solicitava o exame de hemograma para rastreamento de câncer hematológico. Em relação ao câncer de próstata, 63% dos entrevistados solicitavam a dosagem do PSA. E, para os cânceres de endométrio e ovário, apenas 28% e 26% dos entrevistados, respectivamente, afirmaram pedir o exame de ultrassom pélvico.

Tabela 60. Conduta de rastreamento para outros tipos de câncer feita nos 12 meses anteriores à entrevista. Ribeirão Preto, 2015.

	MFC (n=17)	CG (n=13)	GO (n=16)	Total (n=46)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Hemograma				
- Sim	6 (35)	10 (77)	6 (38)	22 (48)
- Não	11 (65)	3 (23)	1 (6)	15 (33)
- Não respondeu	0 (0)	0 (0)	9 (56)	9 (20)
PSA				
- Sim	15 (88)	13 (100)	1 (6)	29 (63)
- Não	2 (12)	0 (0)	3 (19)	5 (11)
- Não respondeu	0 (0)	0 (0)	12 (75)	12 (26)
Ultrassom pélvico para rastrear câncer de endométrio				
- Sim	4 (24)	3 (23)	6 (38)	13 (28)
- Não	13 (76)	8 (62)	1 (6)	22 (48)
- Não respondeu	0 (0)	2 (15)	9 (56)	11 (24)
- Ultrassom pélvico para rastrear câncer de ovário				
- Sim	3 (18)	3 (23)	6 (38)	12 (26)
- Não	14 (82)	8 (62)	1 (6)	23 (50)
- Não respondeu	0 (0)	2 (15)	9 (56)	11 (24)

7. Discussão

7.1. Considerações Gerais Sobre a Pesquisa

O combate ao câncer é uma bandeira mundial, encampada por organizações médicas internacionais e governos de diversos países. De fato, estudos voltados para a descoberta de novos marcadores tumorais diagnósticos, exames de rastreamento ou tratamentos voltados para a característica genética específicas de cada tumor avançam a cada dia. Contudo, e infelizmente, um dos elos mais fracos dessa cadeia é talvez aquele mais simples: educação da população para mudança de hábitos de vida e a sensibilização de profissionais de saúde em geral e médicos em particular para o diagnóstico precoce dessas doenças.

O foco principal desse trabalho foi entrevistar médicos especialistas que trabalhavam na APS, instância essa do sistema de saúde de fundamental importância para o emprego de medida de promoção de saúde e prevenção de doença, especialmente aquelas relacionadas à prevenção do câncer.

O município de Ribeirão Preto foi escolhido por possuir uma rede de assistência à saúde bem regionalizada e hierarquizada. Contudo, assim como a maioria dos municípios do país, a organização dos cuidados primários na forma da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda é muito incipiente, visto que de um total de 43 Unidades Básicas de Saúde, apenas 11 funcionavam de fato como unidades no modelo da ESF preconizada pelo Ministério da Saúde.

7.2. Análise das Características dos Profissionais e sua Prática

Pode-se considerar que a maior parte dos médicos entrevistados possuía características muito homogêneas: adultos de meia idade em sua maioria (média de idade entre 37 a 46 anos) e experientes (80% formados a mais de 7 anos e praticamente todos tinham cursado pós-graduação na forma de especialização ou residência médica).

Ainda que mais da metade dos profissionais conhecesse muito bem o contexto em que trabalhavam (unidades de saúde de cuidados primários), havia uma divisão bem característica entre os profissionais e o tipo de equipe em que trabalhavam: MFC trabalhavam em equipes da ESF (exceto 3 profissionais), enquanto CG e GO trabalhavam em UBS (Tabela 3). Há que se ressaltar que 4 CG afirmaram trabalhar em equipes da ESF, fato este não considerado pela pesquisadora, pois o critério adotado para a classificação de uma ESF foi aquele do Ministério da Saúde: a presença de um MFC. Portanto, equipes compostas por CG, GO e pediatras não foram consideradas como unidade da ESF neste trabalho.

A análise do conhecimento dos profissionais relacionados a medidas de promoção de saúde e rastreamento do câncer (Tabela 4) mostrou que os MFC foram melhores em diferenciar os dois conceitos, ao passo que os outros especialistas tiveram desempenho melhor apenas quando definiram as medidas de rastreamento. Isso pode se explicar pelo fato dos especialistas em MFC terem uma maior formação voltada para temas de promoção de saúde e prevenção de doenças do que os outros especialistas.

Quanto às melhores formas de abordar temas relacionados à promoção de saúde e rastreamento do câncer junto aos pacientes (Tabelas 5 e 6), os profissionais apontaram que as formas clássicas de interação, quais sejam, consulta médica, atendimento em grupo ou visita domiciliar, seriam as mais adequadas. Na verdade, o aproveitamento desses momentos bem estabelecidos dentro da rotina de uma unidade de saúde é, de fato, importante para tentar “vender o peixe” da promoção de saúde e rastreamento do câncer. Contudo, outras atividades seriam tão ou mais importantes, como: campanhas específicas junto à população utilizando locais próximos aos mesmos, como igrejas, centros comunitários, escolas, etc.

Ao analisarmos qual membro da equipe recairia a responsabilidade pelo aconselhamento de medidas de promoção de saúde para a prevenção do câncer ou mesmo a orientação sobre a realização de exames de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer (Tabelas 7, 8 e 9), os entrevistados acertadamente apontaram, em sua maioria, que esta deveria ser uma tarefa de toda a equipe. Já a solicitação dos exames de rastreamento, segundo os entrevistados, deveria ser uma responsabilidade eminentemente médica.

7.3. Análise do Conhecimento e Condutas de Rastreamento do Câncer

7.3.1. Câncer de Mama

MFC e GO manifestaram que as diretrizes do INCA e de sociedades médicas ligadas a suas especialidades influenciavam sua prática médica de rastreamento (Tabela 10). Contudo, conforme será mostrado adiante, é muito provável que as respostas desse item tenham sido meramente protocolares, afinal, qual profissional diria não conhecer uma diretriz de conduta de uma doença da qual o mesmo lida em seu dia-a-dia? De fato, ao analisar a conduta desses profissionais em situações práticas, pôde-se constatar que as mesmas não condiziam com aquilo preconizado pelas diretrizes dessas sociedades ou organizações, fato este verificado em outro estudo (24).

Ao analisar a conduta dos profissionais frente ao rastreamento do câncer de mama em mulheres sem um fator de risco específico (história familiar ou pessoal de câncer de mama, p.ex.), foi levado em consideração aquilo defendido tanto pelo INCA, quanto pela SMS-RP.

No caso do rastreamento do câncer de mama em mulheres entre 40 e 49 anos, ambas instituições recomendam a realização de exame das mamas por profissional de saúde, anualmente, e sem prazo para término. Em relação ao aconselhamento para o autoexame das mamas, as duas instituições não recomendam que o mesmo seja realizado. E a orientação para a solicitação de mamografia nessa faixa etária é feita apenas pela SMS-RP, que deve ser repetida a cada dois anos.

Para as mulheres com 50 anos ou mais, as recomendações coincidem: mamografia a cada dois anos, até os 69 anos, e exame clínico anual das mamas. Quanto ao aconselhamento para o autoexame das mamas, não há uma recomendação formal das duas instituições.

Dito isto, ao se analisar a adequação das condutas dos profissionais em relação ao que se é preconizado pelo INCA e pela SMS-RP, pôde-se constatar que os MFC são os profissionais mais fiéis às recomendações em ambas as faixas etárias (Tabelas 11, 12, 13 e 14). Este fato chama a atenção, pois são os GO aqueles especialistas de referência para esse tipo de conduta. O que é mais preocupante é que os dados da Tabela 12 mostram inclusive que estes especialistas não estão seguindo nem mesmo as diretrizes da SMS à qual estão ligados funcionalmente.

Igualmente preocupante foi o fato de que praticamente todos os profissionais dessas duas especialidades não souberam apontar qual a idade da mulher em que se deve parar o rastreamento do câncer de mama (Tabela 15) - 69 anos, segundo o MS-INCA e 74 anos segundo diretrizes internacionais (11, 25). As diretrizes mostram que a extensão da idade do rastreamento desse tipo de câncer além dos 69 ou 74 anos não traz benefícios adicionais ou os mesmos são incertos (26).

Em relação às formas de cuidado relacionadas ao rastreamento do câncer de mama (Tabela 16), aquelas que mais estavam relacionadas à formação médica de fato eram mais desempenhadas pelos médicos entrevistados, quais sejam: discutir resultado de exame com o paciente e encaminhamento a outro especialista quando necessário. Pode-se observar também que os especialistas em MFC, ao contrário dos GO, partilhavam alguns cuidados com as enfermeiras, como: discutir os riscos e benefícios do rastreamento, indicação do exame mamográfico e a realização do exame clínico das mamas. E apesar do auto-exame das mamas não ter mais respaldo das autoridades em rastreamento para ser indicado, esta pesquisa mostrou que ainda há certa resistência dos profissionais em abandonar essa prática.

As Tabelas 17 a 20 expressam a opinião dos entrevistados frente a vários aspectos do rastreamento do câncer de mama. Analisados em conjunto, os dados fornecidos pelas tabelas demonstram que havia um ambiente quase perfeito voltado ao rastreamento desse tipo de

câncer, pois, segundo os entrevistados: a) as pacientes estavam conscientes da importância do rastreamento do câncer de mama, tinham interesse em discutir sobre o mesmo e em realizar o exame; b) os médicos conheciam, consideravam-se responsáveis, estavam motivados a empregar o rastreamento e discutiam com suas pacientes a importância de fazê-lo; c) as equipes também se envolviam nesse tipo de cuidado, e; d) havia suporte suficiente por parte da SMS local para a realização do rastreamento (havia oferta suficiente de exames, os médicos estavam autorizados a solicitá-los e, nos casos suspeitos, havia como encaminhá-las).

Por fim, os dados da Tabela 21 chamam a atenção para um fato preocupante. Apesar da maioria dos entrevistados ter apontado que não há demora (itens “nunca e raramente”) no intervalo entre o achado de uma lesão suspeita ao exame clínico ou no exame de mamografia e a consulta com o especialista (e.g., mastologista), um terço dos entrevistados (11 indivíduos, ou 34%) apontou que havia uma demora frequente ou contumaz na realização do exame de mamografia para fins de rastreamento, assim como também 11 especialistas (34%) apontaram uma demora ocasional (às vezes) ou frequente na realização desse mesmo exame nos casos de presença de lesão palpável ao exame físico.

7.3.2. Câncer de Colo de Útero

Como era esperado, MFC e GO apontaram sofrer maior influência em sua prática clínica das diretrizes de rastreamento do câncer de colo de útero daquele órgão ou sociedade médica mais ligado à sua especialidade: o INCA para os MFC e a Febrasgo para os GO (Tabela 22). Contudo, ressalta-se que as diretrizes do INCA deveriam ser igualmente conhecidas e aceitas pelos GO, pois este órgão é auxiliar ao Ministério da Saúde na formulação e coordenação de ações de prevenção e combate ao câncer no país. Ademais, como poder-se-á notar na análise das condutas desses profissionais, nem sempre a afirmação de conhecimento de uma determinada diretriz traduz-se na aplicação correta da mesma.

Em relação à coleta do exame de Papanicolaou, a Tabela 23 evidencia que as unidades que tinham a presença do MFC contavam com a participação de outros profissionais da equipe na realização desse exame. De fato, dos 17 MFC, 11 (65%) afirmaram que em sua equipe as enfermeiras também colhiam esse exame, em contraste com as equipes onde trabalhavam os GO, onde não foi apontado a participação das enfermeiras na coleta. Ademais, como algumas unidades que participaram da amostra eram ligadas ao HCFMRP-USP, nels médicos residentes também participavam da coleta desse exame.

Ao analisar a conduta dos profissionais frente a situações clínicas hipotéticas relacionadas ao rastreamento do câncer de colo de útero e sua conformidade com as diretrizes

do INCA e da SMS-RP para o rastreamento desse câncer (Tabelas 24 e 25), pode-se verificar aquela assertiva mencionada em dois parágrafos anteriores: afirmação de conhecimento de uma diretriz clínica por parte do especialista não se traduziu em aplicação do referido conhecimento de maneira correta na prática.

De acordo com as diretrizes do INCA e da SMS-RP, que para o rastreamento desse tipo de câncer são coincidentes, o profissional deveria proceder da seguinte forma, frente às situações clínicas hipotéticas expostas: a) caso 1- não realizar o rastreamento; b) caso 2- não realizar o rastreamento; c) caso 3- realizar o rastreamento a cada 3 anos; d) caso 4- não realizar o rastreamento; e) caso 5- não realizar o rastreamento. E pelo que pode ser visto na Tabela 25, o desempenho dos profissionais não foi muito bom, pois apenas 1/3 dos MFC e GO acertou de duas a três condutas.

Em relação aos materiais usados na coleta do exame de Papanicolaou (Tabela 26), a maioria dos especialistas entrevistados utilizava os materiais mais adequados, segundo as normas do INCA-MS, quais sejam, a espátula de Ayres, a escova endocervical e a solução de fixação à base de polietilenoglicol.

Quanto ao local anatômico de coleta, o INCA recomenda que o exame citopatológico contenha amostras de células do canal endocervical e da ectocérvice. No caso das gestantes, a coleta de amostras da endocérvice estaria dispensada, pois, durante o ciclo gravídico-puerperal, há exteriorização da junção escamocolumnar. Contudo, segundo atesta a diretriz desse órgão, a coleta de material do canal endocervical parece não aumentar o risco para a gestação, caso seja feita de maneira correta.

Dito isto, a análise dos dados da Tabela 27 mostra que a maioria dos especialistas coletava o material da maneira correta.

Em relação à conduta que se deve tomar frente a alguns achados no exame de Papanicolaou, o INCA recomenda que as mulheres que tiverem o diagnóstico citopatológico de “lesão intraepitelial de baixo grau” devem repetir o exame em seis meses, em uma unidade de cuidados primários. Caso o diagnóstico seja de “lesão intraepitelial de alto grau”, a recomendação é de encaminhar a paciente para uma unidade de cuidados secundários para a realização de exame de colposcopia, em até três meses.

Assim, a análise da Tabela 28 mostra que para os casos de lesão de baixo risco, onde o tratamento mais adequado seria a repetição do Papanicolaou na própria unidade, 6 indivíduos (18%) apontaram como conduta encaminhar esses casos para o especialista de referência. Já nos casos de lesões mais graves (aquelas de “alto grau”), a maioria tomou a conduta correta, exceto por dois GO.

Como o MS tinha iniciado a campanha de vacinação contra o vírus HPV em março de 2014, portanto alguns meses antes da coleta de dados dessa pesquisa, e ciente da relação de alguns subtipos do HPV com o câncer de colo de útero, a pesquisadora escolheu incluir uma breve avaliação dos conhecimentos dos profissionais relacionados à infecção genital pelo HPV, sua relação com o câncer de colo de útero e a vacinação contra o HPV (Tabelas 29 e 30).

A análise da Tabela 29 mostra que, à exceção da afirmação 2 (a maioria das infecções pelo HPV se resolve espontaneamente), onde 8 indivíduos (24%) marcaram “não”, para todas as outras a quase totalidade dos especialistas entrevistados mostrou bons conhecimentos gerais sobre o vírus, sua relação com as verrugas genitais e o surgimento de câncer de colo.

E apesar do bom conhecimento demonstrado, cerca de 2/3 apenas, indicam a vacinação com frequência a suas pacientes adolescentes, proporção essa ainda menor, quando considerado as indicações de vacinação pelas enfermeiras – metade apenas (Tabela 30). Ademais, os profissionais ainda apontaram um baixo interesse por parte das adolescentes pela vacina (63% delas), ao contrário dos pais, que dificilmente se negam em vacinar suas filhas – apenas 6% dos entrevistados apontou que a recusa é frequente.

Acredita-se que a baixa indicação da vacina por parte dos profissionais e o desinteresse por parte das adolescentes em se vacinar tenha ocorrido devido ao pouco tempo entre o lançamento da campanha de vacinação e a coleta de dados da pesquisa.

7.3.3. Câncer Colorretal

Aqui, como nos outros tipos de câncer, os especialistas também apontaram que sua conduta de rastreamento sofria influência das diretrizes do INCA, principalmente, e de algumas sociedades médicas, em menor grau. A análise da conduta desses profissionais frente ao rastreamento do câncer colorretal, feita logo a seguir, mostrará o quanto esse alegado conhecimento influenciou na realização correta do rastreamento desse câncer.

O exame mais utilizado para o rastreamento do câncer colorretal, segundo 93% dos entrevistados, foi a PSOF (Tabela 32), e em bem menor proporção, a colonoscopia (16%). A predominância do exame de PSOF, ante a colonoscopia, pode ser explicada pelo fato de que o segundo exame só pode ser solicitado por médico especialista em unidades de referência secundária do município. Quanto à idade para o início do rastreamento, a recomendação geral é para que se inicie a partir dos 50 anos, idade esta escolhida por 72% daqueles que solicitavam a PSOF.

Estudo semelhante realizado nos Estados Unidos também apontou alta taxa de recomendação do rastreamento do câncer colorretal aos pacientes (95% dos médicos recomendavam colonoscopia e 80% a PSOF) (27).

Em relação à periodicidade de solicitação dos exames (Tabela 33), à exceção da PSOF, poucos souberam apontar qual intervalo considerar. Também, foram poucos aqueles que souberam quando cessar o rastreamento desse câncer (Tabela 34 e 35).

Quando se analisa a adequação das condutas dos profissionais frente àquilo recomendado pelo MS-INCA e pela SMS-RP (Tabela 36), utilizando-se como exame de rastreamento a PSOF, percebe-se que apenas os MFC demonstram um alto índice de acerto (88% deles), para a idade de início e a periodicidade do rastreamento. Esse fato talvez se explique pela inexistência de uma recomendação formal do governo brasileiro para seja realizado o rastreamento populacional para o câncer colorretal. Sem um norte a seguir, cada especialista adota uma regra própria, tendo como base seus estudos e sua formação profissional.

Os casos clínicos expostos na Tabela 37 demonstram não só o conhecimento desses profissionais sobre o rastreamento do câncer colorretal, como também a conduta dos mesmos frente a situações reais da prática clínica. E considerando as recomendações do MS e de especialidades médicas para as situações colocadas, a conduta mais correta para cada caso seria: a) caso clínico 1- não realizar rastreamento; b) caso clínico 2- realizar rastreamento com a PSOF; c) caso clínico 3- não realizar rastreamento; d) casos clínicos 4- realizar rastreamento com o exame de retossigmoidoscopia ou colonoscopia; e) caso clínico 5- realizar rastreamento com a colonoscopia.

A análise das respostas mostra um resultado preocupante: baixo índice de acerto na maioria das situações clínicas. À exceção dos casos 1 e 2, onde respectivamente 61% e 79% dos entrevistados apontaram as condutas certas, o que se vê nos demais casos é: solicitação de exame quando não deveria fazê-lo (situação do caso clínico 3), ou a solicitação de exame inadequado frente a casos de maior risco para o desenvolvimento de câncer colorretal (situação dos casos 4 e 5).

Segundo os profissionais entrevistados, a grande maioria geralmente aconselha os pacientes a realizar o rastreamento do câncer colorretal durante as consultas (Tabela 38), e quando o fazem, geralmente optam pela solicitação da PSOF (Tabela 39). De fato, esta conduta tem como base a recomendação do MS onde se aconselha a realização da PSOF para pacientes de baixo risco (aqueles sem história prévia ou familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos, p.ex.) a partir dos 50 anos.

A baixa recomendação da combinação de exames de rastreamento vista (Tabela 40 e 41) tem como razão a restrição da solicitação de exames mais complexos por profissionais que trabalham em unidades de cuidados primários (USF ou UBS), regra esta imposta pela SMS local.

As opiniões dos entrevistados frente aos vários aspectos do rastreamento do câncer colorretal expressas nas Tabelas 42 a 45, mostram que:

- A) Em relação aos pacientes: apesar da maioria desconhecer o que é o rastreamento do câncer colorretal ou tenham dificuldade em entender como o mesmo é feito, uma boa parte se mostra receptiva quando o profissional o aconselha sobre o mesmo;
- B) Em relação aos próprios especialistas: os mesmos sabem como fazer, sentem-se motivados e responsáveis pela realização o rastreamento, e negam que não tenham tempo para fazê-lo;
- C) Em relação ao papel da equipe: aqui, a participação e o envolvimento da equipe deixou a desejar, pois apenas metade dos entrevistados apontou motivação e apoio da mesma ao emprego do rastreamento desse tipo de câncer aos pacientes.
- D) Em relação ao gestor local (SMS-RP): apesar de acreditarem que a oferta de exames de rastreamento era adequada, cerca de metade dos entrevistados achou que havia pouca oferta de especialistas para encaminhar os pacientes nos casos em que o exame de rastreamento foi positivo.

Como era de se esperar, a solicitação da PSOF é feita principalmente pelo médico, com uma participação menor de médicos residentes e das enfermeiras (Tabela 46). Acredita-se que, se devidamente treinados, outros profissionais das equipes da APS (mormente as enfermeiras) poderiam solicitar testes de rastreamento como a PSOF para os pacientes de baixo/médio risco para o desenvolvimento do câncer colorretal.

Os entrevistados apontaram que solicitavam entre 1 (58%) a 3 (36%) amostras da PSOF. Tal fato se deu pois, no momento em que as entrevistas ocorreram, a SMS-RP estava substituindo a PSOF pelo método guaiaco, onde são necessárias 3 amostras, para o imunoquímico, onde apenas uma amostra é suficiente.

Quando o teste de rastreamento resultava positivo (PSOF), cerca de metade apontou repetir o exame (56%), enquanto a outra parte (44%) preferia encaminhar ao proctologista (Tabela 48). De fato, a recomendação para as situações em que o teste de rastreamento (PSOF) resultar positivo (excetuando as situações que aumentam a chance de resultados falso positivos, como o uso de anti-inflamatórios não hormonais), independentemente do método usado, é encaminhar o paciente a serviço de referência.

A análise da Tabela 49 mostra que a maioria dos especialistas apontou que era frequente os pacientes esperarem mais de 60 dias quando se fazia necessário a realização de colonoscopia para o rastreamento do câncer colorretal (indicada para os pacientes de alto risco- p.ex., aqueles com parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer colorretal), ou quando o teste inicial de rastreamento resultava positivo. Tal fato é extremamente preocupante, pois um dos requisitos de um bom programa de rastreamento de câncer é justamente diagnosticar e tratar precocemente os indivíduos de maior risco.

O fato de boa parte dos médicos não saber o tempo levado entre a confirmação de um caso de câncer (pelo resultado positivo da biópsia) e a consulta com o especialista reflete a falta de integração e coordenação do sistema de saúde, onde um nível de assistência não se comunica com o outro.

7.3.4. Câncer de Pulmão

A intenção de incluir o rastreamento do câncer de pulmão nesta pesquisa foi que, apesar da inexistência de um protocolo do MS-INCA para rastreamento do câncer de pulmão (há apenas recomendações de sociedades médicas nacionais e internacionais), percebe-se que um grande número de profissionais solicita exames para o rastreamento desse câncer sem considerar que são inadequados para esse fim, pois não possuem a sensibilidade suficiente para ser considerados como um teste de rastreamento (p.ex., o exame de raios-x de tórax).

Outrossim, a inexistência de testes disponíveis no SUS para o diagnóstico precoce desse câncer não exclui a necessidade de se investir em estratégias de prevenção primária, ou seja, na diminuição ou eliminação de fatores de risco, que no caso do câncer de pulmão traduz-se no combate ao tabagismo.

Assim como nas outras situações avaliadas, a maior parte dos profissionais entrevistados afirmou conhecer e ter sua prática influenciada pelas diretrizes do INCA e da Sociedade Brasileira de Pneumologia (Tabelas 50 e 51). Ressalta-se que o INCA-MS não possui nenhuma diretriz ou consenso para o rastreamento do câncer de pulmão, apenas para o tratamento do tabagismo. Então, é provável que alguns especialistas, neste e nos outros casos estudados, tenham atestado conhecer diretrizes ou consensos de rastreamento apenas por “terem ouvido falar”, ou por conhecer o órgão ou sociedade médica responsável por sua publicação.

A análise dos casos clínicos expostos na Tabela 52 demonstra não só o conhecimento desses profissionais sobre o rastreamento do câncer de pulmão, bem como a conduta dos mesmos frente a situações reais da prática clínica. E considerando as recomendações de

organizações e sociedades médicas nacionais e internacionais para as situações expostas, a conduta mais correta para cada caso seria: a) caso clínico 1- não realizar rastreamento; b) caso clínico 2- não realizar rastreamento; c) caso clínico 3- realizar rastreamento por meio do exame de TC de baixa dosagem; d) casos clínicos 4- não realizar rastreamento; e) caso clínico 5- realizar rastreamento por meio do exame de TC de baixa dosagem.

As respostas apontadas pelos especialistas trazem à reflexão uma situação bastante preocupante: a utilização errada do exame de raios-x para o rastreamento do câncer de pulmão. De fato, a telerradiografia de tórax não possui as características técnicas necessárias para ser usada como um teste de rastreamento, como apontado nos casos 2 a 5. Ademais, pacientes que não deveriam ser rastreados para esse câncer acabavam recebendo a indicação desnecessária de um exame (caso clínico 2 e 4). E infelizmente a indicação do exame de raios-x de tórax também foi verificada em estudo realizado com médicos de família americanos (28).

E a Tabela 53 aponta para o mesmo erro cometido pelos entrevistados exposto no parágrafo anterior: utilização do exame de raios-x como teste de rastreamento do câncer de pulmão.

A Tabela 54 mostra um fato interessante. Apesar da relação entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão ser bastante explorada pela imprensa falada ou escrita, durante as consultas, a maioria dos pacientes que fumam não demonstravam interesse em saber se existia algo forma de rastreamento desse câncer.

E apesar do baixo interesse dos pacientes sobre o rastreamento do câncer de pulmão, a grande maioria dos especialistas perguntava aos pacientes durante as consultas se os mesmos eram fumantes (Tabela 55), assim como aconselhava aqueles que eram fumantes a parar de fumar (Tabela 56). Contudo, apenas uma pequena parcela dos pacientes recebia tratamento farmacológico para parar de fumar (Tabela 57).

Por fim, muitos afirmaram que já haviam encaminhado pacientes fumantes a serviços especializados (ambulatórios de cessação do tabagismo) (Tabela 58), porém, em uma porcentagem muito baixa (Tabela 59).

Estes últimos dados trazem em si uma contradição- como podem os médicos terem manifestado alta sensibilidade em identificar os pacientes fumantes, aconselharem os mesmos a parar de fumar, mas encaminharem apenas alguns a serviços especializados de cessação do tabagismo? Talvez a resposta resida no fato de que muitos pacientes fumantes, apesar de conhecer os riscos inerentes ao hábito de fumar, se neguem a parar de fumar de fato.

7.3.5. Outros Tipos de Câncer

Os tipos de testes elencados na Tabela 60 não possuem respaldo do MS do Brasil ou de órgãos governamentais internacionais, como o *United States Preventive Services Task Force*, para que sejam utilizados como testes ou exames de rastreamento. Contudo, foram incluídos na pesquisa por suspeita de que muitos profissionais os utilizam para esse fim, mesmo que não recomendado pelas autoridades no assunto.

De fato, como era de se esperar, o exame de PSA foi o mais solicitado, seguido do hemograma e em menor porcentagem o ultrassom pélvico.

Não é demais reforçar que, a solicitação de exames complementares com a finalidade de rastrear uma neoplasia, ou qualquer outra doença, precisa contar com a chancela de órgãos governamentais, principalmente no caso de sistemas públicos de saúde como o nosso, evitando-se, assim, gastos com a solicitação de exames complementares desnecessários.

8. Conclusão

A pesquisadora acredita que devem ser investidos esforços por parte do poder público e de pesquisadores para ampliar o conhecimento sobre as condutas dos profissionais de equipes de Atenção Primária à Saúde relacionadas à prevenção e ao rastreamento de câncer, bem como a formulação de estratégias de conscientização desses profissionais (e não só dos médicos) para a ampliação do aconselhamento adequado e do oferecimento de exames de rastreamento em conformidade com aquilo preconizado pelo órgão de referência para o SUS em termos de promoção de saúde e prevenção do câncer: o INCA.

9. Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional do Câncer. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012.
2. O que é câncer [Homepage]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2014 [citado 07 jan. 2014]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
3. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: module 2. Geneva: World Health Organization; 2007. 48p.
4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. INCA; 2014. 124 p.
5. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011, Mar-Apr;61(2):69-90.
6. What is cancer? [Homepage]. National Cancer Institute; 2015 [citado 1 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
7. Kligerman J. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Rev bras cancerol. 2012, 48(1):3-7.
8. Stewart, BW, Wild, CP. World Cancer Report 2014. World Health Organization; 2014. 630 p.
9. World Cancer Day 2016. "We can. I can" [Homepage]. World Health Organization; 2016 [citado 10 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2016/worldcancerday2016.php>.
10. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating g. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. Lancet. 2005, Nov 19;366(9499):1784-93.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 95 p.

- 12.Franco LJ, Passos ADC Fundamentos de Epidemiologia. 2ª ed. Barueri: Editora Manole; 2011. 436 p.
- 13.Ferreira MJ. Rastreamento de Doenças na População Geral. Diagn Tratamento. 2001, 6(3):18-23.
- 14.Gray JA. New concepts in screening. Br J Gen Pract. 2004, Apr;54(501):292-8.
- 15.Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Physician. 2001, Feb 1;63(3):513-22.
- 16.da Silva LMC, da Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Navarro C. Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e Rastreamento do Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia. 2011, 57(4):525-34.
- 17.Tucunduva LTCdM, Sá VHLCd, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AFd, Samano EST, et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Revista da Associação Médica Brasileira. 2004, 50:257-62.
- 18.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, Jul;19(1):59-62.
- 19.Lee MM, Lee F, Stewart S, McPhee S. Cancer screening practices among primary care physicians serving Chinese Americans in San Francisco. West J Med. 1999, Mar;170(3):148-55.
- 20.Ruffin MT, Gorenflo DW, Woodman B. Predictors of screening for breast, cervical, colorectal, and prostatic cancer among community-based primary care practices. J Am Board Fam Pract. 2000, Jan-Feb;13(1):1-10.
- 21.Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, Allen IM, Chen RC. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. JAMA Intern Med. 2014, Oct;174(10):1558-65.
- 22.Mendonça MHMd, Vasconcellos MM, Viana ALdÁ. Atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2008, 24:s4-s5.

23. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Escala Médica. Unidades Básicas de Saúde [Homepage]. Ribeirão Preto, São Paulo: Secretaria da Saúde; [citado 1 fev 2016]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/escala/il6-escala.php>.
24. Meissner HI, Klabunde CN, Han PK, Benard VB, Breen N. Breast cancer screening beliefs, recommendations and practices: primary care physicians in the United States. *Cancer*. 2011, Jul 15;117(14):3101-11.
25. Tria Tirona M. Breast cancer screening update. *Am Fam Physician*. 2013, Feb 15;87(4):274-8.
26. Siu AL, Force USPST. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016, Feb 16;164(4):279-96.
27. Klabunde CN, Lanier D, Nadel MR, McLeod C, Yuan G, Vernon SW. Colorectal cancer screening by primary care physicians: recommendations and practices, 2006-2007. *Am J Prev Med*. 2009, Jul;37(1):8-16.
28. Klabunde CN, Marcus PM, Silvestri GA, Han PK, Richards TB, Yuan G, et al. U.S. primary care physicians' lung cancer screening beliefs and recommendations. *Am J Prev Med*. 2010, Nov;39(5):411-20.

Apêndice A – Questionário

INTRODUÇÃO

Ficha nº: _____
Entrevistador: _____
Data da aplicação do questionário: ____/____/____

Dados Pessoais do Entrevistado

Nome: _____
Sexo: _____
Data de nascimento: ____/____/____
Idade: _____

Dados Profissionais

1. Há quanto tempo concluiu a graduação?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 4 a 6 anos
- ☐ 7 a 9 anos
- ☐ Mais de 10 anos

2. Possui residência médica e/ou título de especialista?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se SIM, qual a área de especialização (em caso de mais de uma, considerar a principal)?

3. Trabalha em uma Equipe da Estratégia Saúde da Família?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se NÃO, identifique o tipo de equipe em que trabalha:

4. Há quanto tempo trabalha na Atenção Primária a Saúde (eSF ou UBS)?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 4 a 6 anos
- ☐ 7 a 9 anos
- ☐ Mais de 10 anos

5. Há quanto tempo trabalha nesta equipe?

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 3 anos
- ☐ 4 a 6 anos
- ☐ 7 a 9 anos
- ☐ Mais de 10 anos

6. Qual(is) práticas de **Promoção de Saúde** relacionadas à **Prevenção do Câncer** você conhece?

7. Qual(is) práticas de **Rastreamento do Câncer** (diagnóstico precoce) você conhece?

8. Qual(is) das seguintes formas de contato com o paciente você considera mais adequada para a abordagem de estratégias relacionadas à **Promoção de Saúde Relacionada à Prevenção do Câncer** ?

- ☐ Consulta agendada
- ☐ Consulta eventual / fora de dia
- ☐ Visita domiciliar
- ☐ Atendimento em grupo
- ☐ Consulta específica
- ☐ Nenhuma das alternativas
- ☐ Qualquer uma delas
- ☐ Outra. Qual: _____

9. Qual(is) das seguintes formas de contato com o paciente você considera mais adequada para a abordagem de estratégias relacionadas ao **Rastreamento do Câncer** ?

- ☐ Consulta agendada
- ☐ Consulta eventual / fora de dia
- ☐ Visita domiciliar
- ☐ Atendimento em grupo
- ☐ Consulta específica
- ☐ Nenhuma das alternativas
- ☐ Qualquer uma delas
- ☐ Outra. Qual: _____

10. Na sua opinião, de quem é a responsabilidade dentro da equipe de orientar os pacientes sobre aspectos relacionados à **Promoção de Saúde Relacionada à Prevenção do Câncer**?

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico/Auxiliar de enfermagem
- ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Dentista
- ☐ Qualquer membro da equipe
- ☐ Outro. Qual: _____

11. Na sua opinião, de quem é a responsabilidade dentro da equipe de **orientar** os pacientes quanto à realização de **Exames de Rastreamento Relacionados à Prevenção do Câncer** ?

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico/Auxiliar de enfermagem
- ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Dentista
- ☐ Qualquer membro da equipe
- ☐ Outro. Qual: _____

12. Na sua opinião, de quem é a responsabilidade dentro da equipe de **solicitar Exames de Rastreamento de Câncer**, como: mamografia, exame citopatológico, pesquisa de sangue oculto nas fezes?

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Técnico/Auxiliar de enfermagem
- ☐ Agente Comunitário de Saúde
- ☐ Dentista
- ☐ Qualquer membro da equipe
- ☐ Outro. Qual: _____

PARTE A. Rastreamento do Câncer de Mama e Colo de Útero:
Aspectos Gerais

A1. Em sua prática clínica o quão influentes são as diretrizes de rastreamento de Câncer de Mama e Colo de Útero das seguintes organizações/sociedades médicas?

	Muito influyente	Pouco influyente	Não é influyente	Não se aplica/ desconheço
Diretrizes de rastreamento do Câncer de Mama				
A. INCA – Instituto Nacional de Câncer (Ministério da Saúde)				
B. Sociedade Brasileira de Mastologia				
C. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)				
D. Sociedade Brasileira de Cancerologia				
E. Outro (especifique):				
Diretrizes de rastreamento do Câncer de Colo de Útero				
F. INCA – Instituto Nacional de Câncer (Ministério da Saúde)				
G. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)				
H. Sociedade Brasileira de Cancerologia				
I. Outro (especifique):				

PARTE B. Rastreamento do Câncer de Mama

B1. Por favor, complete as tabelas abaixo baseando-se em suas recomendações para pacientes do sexo feminino, assintomáticas e em boa saúde, para o rastreamento do Câncer de Mama.

Para mulheres de 40-49 anos de idade você rotineiramente recomenda	Sua frequência de recomendação para o rastreamento	Não se aplica/ desconheço
A. Exame clínico das mamas (realizado pelo profissional) () Sim () Não	A cada _____ meses	
B. Auto-exame das mamas (realizado pelo paciente) () Sim () Não	A cada _____ meses	
C. Mamografia () Sim () Não	A cada _____ meses	

Para mulheres com 50 anos ou mais, você rotineiramente recomenda	Sua frequência de recomendação para o rastreamento	Existe alguma idade a partir da qual você não recomenda mais o rastreamento para mulheres saudáveis?	Não se aplica/ desconheço
A. Exame clínico das mamas (realizado pelo profissional) () Sim () Não	A cada _____ meses	() Sim, Idade: ____ () Não	
B. Auto-exame das mamas (realizado pelo paciente) () Sim () Não	A cada _____ meses	() Sim, Idade: ____ () Não	
C. Mamografia () Sim () Não	A cada _____ meses	() Sim, Idade: ____ () Não	

B2. Na tabela a seguir, correlacione o tipo de cuidado associado ao rastreamento do Câncer de Mama com aquilo que é normalmente realizado/empregado em sua prática clínica diária (assinale todos os que se enquadram em cada linha).

	Eu mesmo faço	Outro profissional em meu serviço e eu dividimos a responsabilidade por este cuidado*	Outro profissional em meu serviço é responsável por este cuidado*	Outro médico indicado por mim é responsável por este cuidado*	Eu não estou envolvido neste tipo de cuidado	Outro - especifique
A. Discutir riscos e benefícios do rastreamento do Câncer de Mama						
B. Indicar mamografia						
C. Realizar Exame Clínico das Mamas						
D. Discutir os resultados da mamografia com o paciente						
E. Referenciar/encaminhar os pacientes com exame clínico das mamas alterado						
F. Referenciar/encaminhar os pacientes com mamografia com achados suspeitos de neoplasia						
G. Ensinar o auto-exame das mamas						

* Informar qual profissional

B3. Em relação ÀS PACIENTES QUE VOCÊ ACOMPANHA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza sua prática clínica diária em relação ao rastreamento do Câncer de Mama. (assinale apenas uma alternativa em cada linha)

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não querem discutir sobre o rastreamento do Câncer de Mama				
B. Desconhecem o rastreamento do Câncer de Mama				
C. Têm dificuldade em entender a informação que apresento sobre o rastreamento do Câncer de Mama				
D. Não consideram o Câncer de Mama um problema sério de saúde				
E. Minhas pacientes não fazem o exame de mamografia que solicito				
F. Outro (especifique):				

B4. Em relação A VOCÊ, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza sua prática clínica diária em relação ao rastreamento do Câncer de Mama. (assinale apenas uma alternativa em cada linha)

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não tenho muito tempo para discutir sobre rastreamento do Câncer de Mama com minhas pacientes				
B. Não é minha responsabilidade empregar o rastreamento do Câncer de Mama a minhas pacientes				
C. Desconheço como deve ser realizado o rastreamento do Câncer de Mama a minhas pacientes				
D. Não me sinto motivado a oferecer o rastreamento do Câncer de Mama a minhas pacientes				
E. Outro (especifique):				

B5. Em relação À EQUIPE EM QUE VOCÊ ATUA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza a abordagem em equipe do rastreamento do Câncer de Mama.

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não há incentivo do gerente local ou da SMS* para que a equipe se envolva no rastreamento do Câncer de Mama				
B. Não há motivação da equipe para se envolver no rastreamento do Câncer de Mama				
C. Não encontro apoio da equipe para empregar o rastreamento do Câncer de Mama				
D. Outro (especifique):				

*SMS: Secretaria Municipal de Saúde

B6. Em relação AO SERVIÇO DE SAÚDE ONDE VOCÊ ATUA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza a forma com que está organizado o rastreamento do Câncer de Mama.

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não há oferta de exames de mamografia ou a mesma é muito restrita				
B. Não tenho permissão para solicitar exames de mamografia				
C. Não há especialistas para os quais posso encaminhar minhas pacientes para que as mesmas possam realizar o rastreamento do Câncer de Mama				
D. Outro (especifique):				

B7. Durante os últimos 12 meses, com que frequência suas pacientes do sexo feminino esperaram mais de 60 dias, após serem consultadas, para passarem pelos seguintes procedimentos:

	Nunca 0%	Raramente 1-25%	Às Vezes 26-50%	Frequentemente 51-75%	Sempre >75%	Não se aplica/ desconheço
A. Realização de mamografia em paciente assintomática (para rastreamento)						
B. Realização de mamografia em paciente com diagnóstico de nódulo mamário palpável						
C. Consulta com especialista após achado de nódulo durante exame clínico das mamas						
D. Consulta com especialista após laudo de mamografia com achado suspeito de câncer						

PARTE C. Rastreamento do Câncer de Colo de Útero

C1. Você realiza o exame Papanicolaou ou trabalha com enfermeira ou outro profissional que realiza o exame Papanicolaou em seus pacientes do sexo feminino?
(assinale todas que se enquadram)

- () Eu realizo o exame Papanicolaou;
() Eu trabalho com uma enfermeira que realiza o exame Papanicolaou em minhas pacientes;
() Eu trabalho com um(a) médico(a) residente o(a) que realiza o exame Papanicolaou em minhas pacientes;
() Outro (especifique):

C2. Considere que as seguintes pacientes do sexo feminino comparecem para uma consulta de rotina. Assinale a coluna que melhor corresponde à conduta de rastreamento do Câncer de Colo de Útero para cada paciente.

	Papanicolaou anualmente (pelo menos nos 2 primeiros anos)	Papanicolaou a cada 2 anos	Papanicolaou a cada 3 anos	Papanicolaou a intervalos maiores que 3 anos	Não recomendaria Papanicolaou	Outro (especifique)*
A. Paciente de 18 anos que nunca teve relação sexual						
B. Paciente de 18 anos que possui vida sexual ativa						
C. Paciente de 25 anos, sem novos parceiros sexuais nos últimos 5 anos, com 2 exames Papanicolaou negativos consecutivos (últimos 2 anos) realizados por você						
D. Paciente de 35 anos que foi submetida a histerectomia total (cérvice removida) no ano passado devido à miomas sintomáticos, sem história de displasia vaginal, vulvar ou cervical e com 2 exames Papanicolaou negativos consecutivos (últimos 2 anos) realizados por você						
E. Paciente saudável de 66 anos que não teve novos parceiros sexuais nos últimos 5 anos e apresentou 2 exames Papanicolaou negativos consecutivos (últimos 3 anos) realizados por você						

*Se não souber a conduta ou não realizar esse tipo de atendimento, anotar **NS/DES (Não se aplica/Desconheço)**

C3. Em relação à coleta do material para exame citopatológico do colo do útero, assinale o item que corresponde ao material utilizado por você na sua prática diária.

	Utilizo	Não Utilizo	Outro (descrever)
A. Espátula de Ayre
B. Espátula comum
C. Escova endocervical
D. Solução fixadora à base de álcool a 96%			
E. Spray fixador à base de polietilenoglicol			

C4. Em relação ao procedimento de coleta do material para exame citopatológico do colo do útero, assinale o item que corresponde ao local no colo de útero utilizado por você para a coleta do material.

	Ectocérvice	Ectocérvice/ Endocérvice	Ectocérvice/Endocérvice/ Parede Vaginal	Não se aplica/ desconheço
Mulher NÃO grávida				
Mulher grávida				

C5. Agora, tendo como base as alterações citopatológicas descritas a seguir, assinale o item que melhor corresponde à conduta que você tomaria frente a essas alterações.

	Eu mesmo trataria	Encaminharia a outro profissional de saúde (especifique qual)
Laudo citopatológico indicando lesão intraepitelial escamosa de Baixo Risco (Classificação de Bethesda)		
Laudo citopatológico indicando lesão intraepitelial escamosa de Alto Risco (Classificação de Bethesda)		

C6. Analise os itens abaixo de acordo com seu conhecimento sobre a Vacinação Contra o HPV (Papiloma Vírus Humano).

	Verdadeiro	Falso	Não Sei
A. A infecção pelo vírus HPV é relativamente incomum na população			
B. A maioria das infecções pelo vírus HPV resolve espontaneamente			
C. Alguns tipos de vírus HPV podem causar verrugas genitais			
D. Muitas mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero provavelmente foram infectadas pelo vírus HPV quando jovens			
E. O Ministério da Saúde incorporou no calendário vacinal a vacina contra o HPV para meninas de 9 a 13 anos			
F. As adolescentes que forem devidamente vacinadas contra o vírus HPV não precisarão realizar o rastreamento do câncer de colo de útero no futuro			

C7. Em relação à vacinação contra o vírus HPV (Papiloma Vírus Humano), analise os itens abaixo e assinale a coluna que melhor caracteriza a sua prática clínica ou a prática do seu serviço.

	Nunca 0%	Raramente 1-25%	Às Vezez 26-50%	Frequentemente 51-75%	Sempre >75%	Não se aplica/ desconheço
A. Indico pessoalmente a vacinação contra o HPV às pacientes adolescentes						
B. A enfermeira indica a vacinação contra o HPV às pacientes adolescentes						
C. As pacientes adolescentes demonstram interesse em ser vacinadas contra o HPV						
D. Os pais/responsáveis pelas pacientes adolescentes recusam-se a vaciná-las contra o HPV						

PARTE D. Questionário Rastreamento do Câncer Colorretal

D1. Em sua prática clínica o quão influentes são as diretrizes de rastreamento de Câncer Colorretal das seguintes organizações/sociedades médicas?

	Muito influente	Pouco influente	Não é influente	Não se aplica/ desconheço
A. INCA – Instituto Nacional de Câncer (Ministério da Saúde)				
B. Sociedade Brasileira de Coloproctologia				
C. Sociedade Brasileira de Endoscopia digestiva				
D. Sociedade Brasileira de Cancerologia				
E. Outro (especifique):				

D2. Em relação às suas recomendações para o rastreamento do câncer colorretal para pacientes assintomáticos e em idade de risco, assinale e complete as sentenças abaixo de acordo com sua prática clínica atual (se você não costuma recomendar em sua prática clínica, apenas assinale NÃO):

Você rotineiramente recomenda?	Idade em que você começa a recomendar	Frequência com que você recomenda	Existe alguma idade em que você não recomenda mais o rastreamento para pacientes saudáveis?
A. Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes () Sim () Não	_____anos.	A cada_____anos.	()SIM-idade_____ ()NÃO
B. Exame radiológico contrastado de cólon (Enema opaco) () Sim () Não	_____anos.	A cada_____anos.	()SIM-idade_____ ()NÃO
C. Retossigmoidoscopia () Sim () Não	_____anos.	A cada_____anos.	()SIM-idade_____ ()NÃO
D. Colonoscopia () Sim () Não	_____anos.	A cada_____anos.	()SIM-idade_____ ()NÃO

D3. Qual o teste de rastreamento ou combinação de testes que você provavelmente recomendaria para os seguintes pacientes? (assinale todos que se enquadram)

	Pesquisa de sangue oculto nas fezes	Exame radiológico contrastado de cólon (Enema opaco)	Retossigmoidoscopia	Colonoscopia	Outros: especifique	Não Recomendaria Nenhum
A. Paciente de 40 anos saudável						
B. Paciente de 65 anos saudável						
C. . Paciente de 80 anos saudável						
D. Paciente de 40 anos com parente de primeiro grau diagnosticado com pólipos adenomatosos intestinais após 60 anos						
E. Paciente de 40 anos com parente de primeiro grau diagnosticado com câncer colorretal aos 50 anos						

D4. Com que frequência você aconselhou a realização de rastreamento para Câncer Colorretal a seus pacientes nos últimos 12 meses?
(escolha apenas uma opção)

- ☐ Nunca (pule para a questão C8)
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Geralmente

D5. Qual ou quais testes de rastreamento a seguir você costuma recomendar a seus pacientes?
(assinale todos que se enquadram)

- ☐ Pesquisa de sangue oculto nas fezes
 - ☐ Exame radiológico contrastado de cólon (Enema opaco)
 - ☐ Retossigmoidoscopia
 - ☐ Colonoscopia
 - ☐ Outro (especifique): _____
-

D6. Com que frequência você recomendou a combinação de testes, enquanto discutia o rastreamento do Câncer Colorretal com seus pacientes nos últimos 12 meses?
(assinale apenas uma opção)

- ☐ Nunca (pule para a questão C8)
- ☐ Raramente
- ☐ Às vezes
- ☐ Geralmente

D7. Indique a combinação de testes que você recomendou a seus pacientes.
(assinale apenas uma opção)

- ☐ Pesquisa de sangue oculto nas fezes + Exame radiológico contrastado de cólon (Enema opaco)
 - ☐ Pesquisa de sangue oculto nas fezes + Retossigmoidoscopia
 - ☐ Pesquisa de sangue oculto nas fezes + Colonoscopia
 - ☐ Outro (especifique): _____
-

D8. Em relação AOS PACIENTES QUE VOCÊ ACOMPANHA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza sua prática clínica diária em relação ao rastreamento do Câncer Colorretal para pacientes assintomáticos e em idade de risco:

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não querem discutir sobre o rastreamento do Câncer Colorretal				
B. Desconhecem o rastreamento do Câncer Colorretal				
C. Tem dificuldade em entender a informação que apresento sobre o rastreamento do Câncer Colorretal				
D. Não consideram o Câncer Colorretal um problema sério de saúde				
E. Meus pacientes não fazem o exame de rastreamento do Câncer Colorretal que solicito				
F. Outro (especifique):				

D9. Em relação A VOCÊ, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza sua prática clínica diária em relação ao rastreamento do Câncer Colorretal.

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não tenho muito tempo para discutir sobre rastreamento do Câncer Colorretal com meus pacientes				
B. Não é minha responsabilidade empregar o rastreamento do Câncer Colorretal a meus pacientes				
C. Desconheço como deve ser realizado o rastreamento do Câncer Colorretal a meus pacientes				
D. Não me sinto motivado a oferecer o rastreamento do Câncer Colorretal a meus pacientes				
E. Outro (especifique):				

D10. Em relação À EQUIPE QUE VOCÊ ATUA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza a abordagem em equipe do rastreamento do Câncer Colorretal.

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não há incentivo do gerente local ou da SMS* para que a equipe se envolva no rastreamento do Câncer Colorretal				
B. Não há motivação da equipe para se envolver no rastreamento do Câncer Colorretal				
C. Não encontro apoio da equipe para empregar o rastreamento do Câncer Colorretal				
D. Outro (especifique):				

D11. Em relação AO SERVIÇO DE SAÚDE ONDE VOCÊ ATUA, analise os itens abaixo e assinale aquele que melhor caracteriza a forma com que está organizado o rastreamento do Câncer Colorretal.

	Concordo	Discordo	Indiferente	Não se aplica/ desconheço
A. Não há oferta de exames para o rastreamento do Câncer Colorretal ou a mesma é muito restrita				
B. Não tenho permissão para solicitar exames de rastreamento do Câncer Colorretal				
C. Existem poucos profissionais para os quais posso encaminhar meus pacientes a fim dos mesmos realizarem o rastreamento do Câncer Colorretal				
D. Há poucos profissionais para os quais posso encaminhar meus pacientes a fim de dar seguimento à investigação de testes positivos de rastreamento do Câncer Colorretal				
E. Outro (especifique):				

As perguntas a seguir são para aqueles que assinalaram que indicam e/ou solicitam exames de rastreamento para o Câncer Colorretal. Se não for este o seu caso, agradecemos a participação na pesquisa.

D12. Em relação à Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes, quem indica e/ou solicita este exame para os pacientes acompanhados por você e sua equipe?

- () Eu pessoalmente solicito;
 () Eu trabalho com uma enfermeira que indica o exame;
 () Eu trabalho com um(a) médico(a) residente que indica e/ou solicita o exame;
 () Outro (especifique): _____

D13. Para a maioria de seus pacientes, de que forma você e/ou algum membro de sua equipe conduz a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes para rastreamento?

(assinale apenas uma alternativa)

- () Solicita-se apenas 1 amostra;
 () Solicitam-se 2 amostras;
 () Solicitam-se 3 amostras;
 () Solicitam-se 4 ou mais.

D14. Qual das seguintes alternativas você geralmente recomenda para seus pacientes saudáveis e em idade de risco que apresentaram resultado positivo no exame de Pesquisa de Sangue Oculto? (assinale todos que se enquadram)

- () Repito a Pesquisa de Sangue Oculto;
 () Solicito Exame radiológico contrastado de cólon (Enema opaco)
 () Solicito Retossigmoidoscopia
 () Solicito Colonoscopia
 () Outro (especifique): _____

D15. Durante os últimos 12 meses, com que frequência seus pacientes esperaram mais de 60 dias, após serem consultados, para passarem pelos seguintes procedimentos:

	Nunca 0%	Raramente 1-25%	Às Vezes 26-50%	Frequentemente 51-75%	Sempre >75%	Não se aplica/ desconheço
A. Realização de Colonoscopia em paciente assintomática (para rastreamento)						
B. Consulta com especialista após laudo de exame de rastreamento sugestivo de câncer						
C. Consulta com especialista após biópsia de colón ou reto sugestivo de câncer						

PARTE E. Rastreamento do Câncer de Pulmão

E1. Em sua prática clínica o quão influentes são as diretrizes de prevenção primária e rastreamento de Câncer de Pulmão das seguintes organizações/sociedades médicas?

	Muito influyente	Pouco influyente	Não é influyente	Não se aplica/ desconheço
Aconselhamento para Cessar Tabagismo				
A. INCA – Instituto Nacional de Câncer (Ministério da Saúde)				
B. Sociedade Brasileira de Pneumologia				
C. Outro (especifique):				
Diretrizes de rastreamento do Câncer de Pulmão				
A. INCA – Instituto Nacional de Câncer (Ministério da Saúde)				
B. Sociedade Brasileira de Pneumologia				
C. Outro (especifique):				

E2. Considerando que os pacientes a seguir não foram previamente rastreados para Câncer de Pulmão, não apresentam sintomas de Câncer de Pulmão, não expressam preferência por rastreamento do Câncer de Pulmão e não foram expostos a carcinógenos ambientais ligados ao Câncer de Pulmão, assinale qual teste de rastreamento (se existir algum) você recomendaria para cada caso.

	Nenhum Rastreamento	Apenas Raios X de Tórax	Apenas Exame de Citologia do Escarro	Raios X de Tórax e Citologia do Escarro	Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem	Outro (Especifique)
A. Paciente de 55 anos, saudável, que NUNCA fumou e NÃO teve exposição substancial como fumante passivo						
B. Paciente de 55 anos, saudável, que NUNCA fumou e POSSUI 20 anos de exposição como fumante passivo (esposa/marido)						
C. Paciente de 55 anos, saudável, ex-fumante (fumou cerca de 30 maços/ano). Parou de fumar 1 ano atrás						
D. Paciente de 60 anos, saudável, ex-fumante (fumou por 20 anos). Parou de fumar 20 anos atrás						
E. Paciente de 60 anos, fumante (01 maço/dia). Fuma desde os 40 anos.						

E3. Durante os últimos 12 meses, para pacientes fumantes e/ou ex-fumantes ASSINTOMÁTICOS, você alguma vez...

	Sim	Não	Não tenho certeza
A. Fez pedido de Raios X de Tórax para o rastreamento do Câncer de Pulmão			
B. Fez pedido de Citologia do Escarro para o rastreamento de Câncer de Pulmão			
C. Fez pedido de Tomografia Computadorizada de Baixa Dosagem para o rastreamento do Câncer de Pulmão			
D. Aconselhou sobre os benefícios da cessação do tabagismo para aqueles que fumam			

E4. Durante os últimos 12 meses, algum de seus pacientes perguntou se eles poderiam ou deveriam ser rastreados para o Câncer de Pulmão?

- () Sim -----> Quantos pacientes? _____
 () Não

E5. Qual é a proporção de seus pacientes que você pergunta sobre o hábito de fumar?

- () Nenhum ou poucos (<10%)
 () Alguns (11-25%)
 () Metade (aproximadamente 50%)
 () A maioria (aproximadamente 75%)
 () Quase todos (>90%)

E6. Qual é a proporção de seus pacientes que fumam que você aconselha sobre os benefícios da cessação do tabagismo?

- () Nenhum ou poucos (<10%)
 () Alguns (11-25%)
 () Metade (aproximadamente 50%)
 () A maioria (aproximadamente 75%)
 () Quase todos (>90%)

E7. Qual é a proporção de seus pacientes que fumam que você indica tratamento farmacoterápico para a cessação do tabagismo?

- () Nenhum ou poucos (<10%)
 () Alguns (11-25%)
 () Metade (aproximadamente 50%)
 () A maioria (aproximadamente 75%)
 () Quase todos (>90%)

E8. Você está já referenciou alguma vez seus pacientes que fumam a algum serviço de cessação do tabagismo?

- () Sim -----> Qual serviço? _____
 () Não (Encerrar a Pesquisa)

E9. Qual é a proporção de seus pacientes que fumam que você encaminha a algum serviço de cessação do tabagismo?

- () Nenhum ou poucos (<10%)
 () Alguns (11-25%)
 () Metade (aproximadamente 50%)
 () A maioria (aproximadamente 75%)
 () Quase todos (>90%)

PARTE F. Rastreamento de Outros Tipos de Câncer

F1. Durante os últimos 12 meses, para pacientes adultos **ASSINTOMÁTICOS** você solicitou os seguintes exames?

	Sim	Não	Não tenho certeza
A. Hemograma para rastreamento de neoplasia sanguínea (leucemias/linfomas)			
B. Dosagem de PSA* para rastreamento de câncer de próstata			
C. Ultrassom pélvico para rastreamento de câncer de endométrio			
D. Ultrassom pélvico para rastreamento de câncer de ovário			
E. Outros			

* PSA: Antígeno Prostático Específico

O Pesquisador agradece sua participação nesse projeto

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste convidá-lo a participar como voluntário do projeto de pesquisa “Conhecimento, Atitudes e Práticas de Médicos de Atenção Primária em Saúde Relacionados à Prevenção do Câncer”. O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas de médicos da Atenção Primária em Saúde, em 2 municípios do interior paulista (Ribeirão Preto e Araraquara), em relação à prevenção primária e o rastreamento do câncer de mama, colo de útero, colorretal, pulmão e próstata. Acredita-se que os resultados desse estudo poderão subsidiar as políticas governamentais de prevenção e combate ao câncer.

Para a realização da pesquisa será feita entrevista através de questionário.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora e/ou seu orientador.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar na pesquisa.

As informações aqui prestadas são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado sigilo sobre sua participação.

Autorização: Eu _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido (responder ao questionário) e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação nesta pesquisa.

Pesquisador

Pesquisador responsável
Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda Silveira
(16) 9211.8507
tauanapavanelli@gmail.com

Orientador
Anderson Soares da Silva
(16) 3602.2567
assilva@usp.br

Anexo A – Autorização para a Utilização dos Questionários do NSPCP

Gmail – Interest in your questionnaires

16/05/13 14:45

Tauana Pavanelli <tauanapavanelli@gmail.com>

Interest in your questionnaires

Cathy Ann Grundmayer <GRUNDMC1@westat.com>

3 de abril de 2013 18:21

Para: "tauanapavanelli@gmail.com" <tauanapavanelli@gmail.com>

Cc: "'carrie.klabunde@nih.hhs.gov' (carrie.klabunde@nih.hhs.gov)" <carrie.klabunde@nih.hhs.gov>, Marsha Dunn <DUNNM1@westat.com>

Hello Tauana,

I checked with Carrie Klabunde, the Principal Investigator at the National Cancer Institute, about your request and she is happy to share the questionnaires used in the National Survey of Primary Care Physicians with you. Please see the attached copy of the breast and ovarian questionnaire and the colorectal and lung questionnaire. Dr. Klabunde has also included copies of the 'baseline' papers for each screening type. You will see in her email below that she asks that you cite the National Cancer Institute as the source of these materials.

Best of luck with your research.

Cathy Ann

*Cathy Ann Grundmayer**Study Manager**Westat**1500 Research Blvd. TB350**Rockville, MD 20850-3158**Tel 301.738.8343**Fax 301.315.5910**cathyanngrundmayer@westat.com***From:** Klabunde, Carrie (NIH/NCI) [E] [mailto:klabundc@mail.nih.gov]**Sent:** Wednesday, April 03, 2013 2:45 PM**To:** Cathy Ann Grundmayer**Cc:** Marsha Dunn**Subject:** RE: Interest in your questionnaires

Gmail – Interest in your questionnaires

16/05/13 14:45

Hi Cathy Ann:

Very nice to hear from you! Yes, it's fine for the student to use the questionnaires; we only ask that she cite the National Cancer Institute as the source of the material.

Extra materials would be the 'baseline' papers for each screening type, and I've attached PDFs of those.

Hope this is helpful, and best regards,

Carrie

Carrie Klabunde, Ph.D.
Health Services and Economics Branch
Applied Research Program
Division of Cancer Control and Population Sciences
National Cancer Institute
EPN 4005; 6130 Executive Boulevard
Bethesda, MD 20892-7344
Phone: 301-402-3362
Fax: 301-435-3710
E-mail: ck97b@nih.gov

From: Cathy Ann Grundmayer [<mailto:GRUNDMC1@WESTAT.com>]
Sent: Wednesday, April 03, 2013 11:48 AM
To: Klabunde, Carrie (NIH/NCI) [E]
Cc: Marsha Dunn
Subject: FW: Interest in your questionnaires

Hi Carrie,

Please see the email below, another person is interested in the PCP questionnaires.

Hope all is well.

Cathy Ann

Cathy Ann Grundmayer

Study Manager

Westat

1500 Research Blvd. TB350

Rockville, MD 20850-3158

Tel 301.738.8343

Fax 301.315.5910

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380
Ribeirão Preto SP.
Telefone: (0**16) 3602-0000/0001
Fax: (0**16) 3602-0029

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP

OF. CEP/CSE-FMRP-USP - 107/2013.

Ribeirão Preto, 09 de outubro de 2013.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado, enquadrado na categoria de APROVADO na documentação apresentada: Metodologia, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Estudo, pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião do CEP na data de 08 de outubro de 2013.

CAAE: 16620713.4.0000.5414

Projeto: Conhecimento, Atitudes e Práticas de Médicos de Atenção Primária em Saúde Relacionada à Prevenção do Câncer.

Pesquisadores: Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda Silveira
Anderson Soares da Silva

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Observação: O projeto em pauta, não requer apreciação pela CONEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.

Prof.Dr. Anderson Soares da Silva
Docente do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Anexo C – Autorização para Realização das Entrevistas pela SMS-RP **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2676/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 11 de julho de 2013.

Prezado Orientador,
Prof. Dr. Anderson Soares da Silva
Prezada pesquisadora
Tauana Pavanelli do Amaral de Arruda Silveira

O Secretário da Saúde – **Stênio Correia Miranda**; a Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher – **Susi Volpato Fábio**, a Coordenadora de Estratégia de Saúde da Família – **Mari Ângela Gonçalves**; bem como a coordenação do Distrito Sul – **Rute Casas Garcia**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DE MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE RELACIONADOS À PREVENÇÃO DO CÂNCER”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 039808 6.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidade de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRS - 8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde