

Prevenção do cancro

MARIA JOÃO QUEIROZ*

O cancro é um problema importante de saúde pública, ocupando a segunda causa de morte em Portugal, onde apresenta uma taxa de mortalidade específica de 170,3¹ e uma taxa de incidência padronizada de 248,66‰². Não há dados de morbidade a nível nacional mas o estudo levado a cabo por Jordão³ no sul do País, colocou no 22º lugar os problemas oncológicos para todas as localizações, numa lista ordenada por ordem de frequência, dos problemas de saúde identificados na população estudada.

Para além de problema de saúde que interessa a todos os técnicos de saúde, o cancro continua a polarizar o interesse da sociedade em geral, onde suscita medos e ansiedade e alimenta mitos e preconceitos. Estes aspectos e o interesse crescente pelas actividades preventivas, determinam por parte dos utentes o pedido frequente, junto do seu Médico de Família, de exames diversos, no sentido de lhes assegurar o seu bom estado de saúde. Este tem a difícil tarefa de integrar as evidências científicas que sustentam ou não a realização de determinado procedimento preventivo (desde a formulação de perguntas, ao aconselhamento, passando pelo exame físico e pedido de exames), com a sua própria experiência e conhecimento cumulativo que possui desses utentes (designadamente factores de risco a que estão expostos) e ainda com as expectativas e crenças dos próprios utentes⁴. A

partir da integração destes três eixos, deve tomar a decisão de aplicar ou não um determinado procedimento preventivo para retardar, deter ou até fazer regressar o aparecimento de uma determinada doença e/ou das suas complicações.

Classicamente distinguem-se três períodos na história natural da doença crónica: o período *pré-patogénico* ou de *susceptibilidade* no qual actuam os factores genéticos predisponentes, os factores ambientais e os factores comportamentais; o período *patogénico*, no qual se incluem o período pré-sintomático e o período sintomático e finalmente a fase de *doença resultante*, onde a incapacidade, a recuperação e a morte estão integradas.

Em relação à doença oncológica, a magnitude do problema desencadeou um conjunto de estratégias de prevenção, que diferentes argumentos confirmam diminuir a morbimortalidade. Estas actividades preventivas situam-se, segundo a história natural do cancro, nas fases pré-patogénica (prevenção primária) e patogénica pré-sintomática (prevenção secundária – rastreio). Entende-se por prevenção qualquer medida que reduza a probabilidade de aparecimento de uma condição ou doença, que a melhore ou interrompa o seu processo⁵.

A incidência do cancro depende da prevalência e distribuição de múltiplos factores e do grau de aplicação das medidas de prevenção primária que já demonstraram a sua eficiência⁶. O objectivo da prevenção primária é reduzir a incidência da doença através da modificação dos factores associados ao seu aparecimento. Estima-se que dois em

*Chefe de Serviço de Clínica Geral no Centro de Saúde da Venda Nova. Assistente Convidada do Departamento Universitário de Clínica Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

cada três mortes por cancro estejam associadas ao consumo de tabaco e álcool, dieta, obesidade e sedentarismo e que modificando os factores de risco associados aos estilos de vida, nomeadamente o tabaco, o álcool e a obesidade, se possa reduzir cerca de 40% dos cancros⁷.

Há consenso sobre a relevância do potencial de impacto das medidas de prevenção primária no controlo do cancro. Vários estudos demonstraram a efectividade do aconselhamento para a cessação tabágica, havendo aumento de abstinência nos doentes que recebem aconselhamento médico, quando comparados com o grupo controlo, e que a abstinência aumenta ou se consolida sempre que o aconselhamento é repetido⁸. Segundo a *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, também o aconselhamento alimentar, assim como sobre a exposição solar e o uso de vestuário protector têm uma evidência de nível B⁹. Esta instituição recomenda a introdução das várias medidas preventivas no exame periódico de saúde, de acordo com a evidência científica:

- A – Boa evidência para incluir no exame periódico de saúde
- B – Fraca evidência para incluir no exame periódico de saúde
- D – Fraca evidência para excluir do exame periódico de saúde
- E – Boa evidência para excluir do exame periódico de saúde
- C – Quando há conflito na evidência
- I – Evidência insuficiente

É sobretudo fundamentadas no valor destas medidas de prevenção primária que se apoiam as recomendações propostas no artigo sobre «Prevenção do cancro da pele».

A prevenção secundária, ou seja, no âmbito da doença oncológica, o rastreio, comporta uma série de actividades orientadas para a detecção da doença antes do aparecimento das manifestações clínicas, com o objectivo de fazer um

tratamento precoce que melhore o prognóstico. O conceito de *case-finding*, também chamado rastreio oportunístico, difere do conceito de rastreio (de massas), sendo aquele levado a cabo pelo médico ou por outro profissional de saúde que investiga a presença de factores de risco ou sintomas precoces de doença em todos ou nalguns doentes que o procuram por qualquer razão. Na ausência de rastreio organizado, é essencialmente no âmbito do rastreio oportunístico que o médico de medicina geral e familiar desenvolve a sua actividade preventiva a nível de diagnóstico precoce. Os testes a aplicar seguem os mesmos critérios em ambos os tipos de rastreio e os médicos devem manter-se actualizados, a fim de evitar alguns erros grosseiros frequentes, como seja o pedido de marcadores tumorais de forma generalizada ou de radiografia de tórax, entre outros, para rastreio.

Toda a doença a rastrear deve orientar-se pelos critérios estabelecidos em 1968 pela OMS¹⁰: a doença oncológica respeita-os, como é exemplificado no artigo sobre «Rastreio do cancro do cólon e recto». Apesar de dever respeitar os critérios, há ainda que assegurar o acesso a testes válidos, ou seja, sensíveis (que expressem a capacidade de correctamente identificar os que sofrem da doença) e específicos (que correctamente identifiquem os que não têm a doença). Na revisão sobre «Prevenção do cancro da próstata – que evidências existem?» são focados estes aspectos a propósito dos testes actualmente disponíveis.

Para demonstrar a efectividade do rastreio de uma doença, é necessário desenhar estudos controlados randomizados que demonstrem o possível benefício em termos de redução da mortalidade. Outros tipos de estudos podem sofrer viéses, pois parecendo aumentar a sobrevivência, apenas antecipam na realidade o momento do diagnóstico, sem modificar a sua letalidade.

Um outro viés deve-se à existência de um grande número de tumores de crescimento lento e de melhor prognóstico, levando à sobrevalorização das vantagens do rastreio.

Neste dossier sobre prevenção do cancro são abordadas as medidas preventivas ligadas aos cancros do colo do útero, mama, colo-rectal, pele e próstata, apresentados os argumentos que suportam as recomendações propostas, discutidas as controvérsias geradas em torno de si e identificadas algumas áreas de cinzento que merecem ser clarificadas.

Como linhas condutoras conclusivas poder-se-ão referir as seguintes:

1. Existe evidência científica sobre as vantagens, leia-se efectividade, do rastreio mamográfico para o cancro da mama e do rastreio colpocitológico para o cancro cervical.
2. Existe evidência científica sobre a eficácia do rastreio do cancro colo-rectal pela pesquisa de sangue oculto nas fezes.
3. Existe evidência científica sobre as vantagens do aconselhamento de algumas medidas protectoras (uso de vestuário e regras de exposição ao sol) para a prevenção do cancro da pele.
4. Não existe evidência suficiente que permita recomendar o rastreio do cancro da próstata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direcção-Geral da Saúde. Risco de Morrer em Portugal 1995. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1997.
2. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde: Elementos Estatísticos Saúde/1998. 2ª Ed. Lisboa: Ministério da Saúde; 2001.
3. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado. (Dissertação de Doutoramento). Lisboa: 1995.
4. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. A competência clínica na era da Medicina Baseada na Evidência e na autonomia do doente. EBM Edição Portuguesa 2002; 6:82-84.
5. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1994.
6. PAPPS, SemFYC – Cancer Group. Cancer Prevention in Primary Care. 2000.
7. Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States. J Natl Cancer Inst 1981; 66:1191-308.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Cancer Recommendations. Disponível em URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> [Acedido em 15/10/03].
9. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Evidence-Based Clinical Prevention. Topics & Recommendations: Neoplasms. Disponível em URL: <http://www.ctfphc.org> [Acedido em 15/10/03].
10. National Board of Health of Denmark. Screening: Why, When and How? 1992.