

Avaliação dos programas de *screening* para o câncer de colo uterino no Estado do Rio Grande do Sul

**Paulo Naud¹, Jean Carlos de Matos¹, Luciano Hammes¹,
Janete Vettorazzi¹**

OBJETIVO: Comparar duas modalidades de screening de câncer de colo uterino por exame citopatológico (CP) desenvolvidas no Estado do Rio Grande do Sul: uma, sazonal e isolada, promovida pelo Ministério da Saúde em 1998; outra, regular, promovida pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período de 1991 a 1996.

MATERIAIS E MÉTODOS: avaliou-se retrospectivamente os resultados obtidos com a coleta de exames citopatológicos de colo uterino da campanha do Ministério da Saúde e do programa regular da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

RESULTADOS: Comparando-se o percentual de alterações nos exames coletados pela Secretaria da Saúde em 1996 com os exames coletados pelo Ministério da Saúde em 1998, obteve-se, respectivamente: NIC I - 0,55% / 0,29%; NIC II - 0,25% / 0,15%; NIC III - 0,16% / 0,14%; carcinoma - 0,04% / 0,04%. Quanto aos exames coletados pela Secretaria da Saúde no período 1991-1996, 58,64% não eram representativos da junção escamo-colunar (JEC). Sobre estes, somente 13,74% das lesões de alto grau encontravam-se em CPs não representativos da JEC, enquanto 85,22% das lesões de alto grau encontravam-se nos CPs representativos da JEC (1,04% dos resultados ignorados).

CONCLUSÕES: A campanha sazonal do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul apresentou desempenho desfavorável quando comparada ao programa regular da Secretaria da Saúde, sugerindo que rastreamentos isolados tenham eficácia menor que rastreamentos planejados e contínuos. O próprio rastreamento regular possui falhas que devem ser corrigidas, como a baixa representatividade da junção escamo-colunar.

Unitermos: Câncer de colo uterino; citologia cervical; programas de screening para câncer de colo uterino.

Evaluation of cervical cancer screening programs in the State of Rio Grande do Sul - Southern Brazil

OBJECTIVE: To compare two modalities of cervical cancer screening using Pap Smear that were carried out in the state of Rio Grande do Sul - Southern Brazil. The first one is a seasonal and isolated campaign that was promoted by the Brazilian Ministry of Health in 1998; the second one is a regular screening program promoted by the Rio Grande do Sul State Department of Health from 1991 to 1996.

¹ Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Dr. Jean Carlos de Matos/Dr. Paulo Naud: Rua Ramiro Barcelos 2350/12º andar, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone +55-51-3316-8117; e-mail: jcmatos@cpovo.net

MATERIAL AND METHODS: We carried out a retrospective study of the results of the two screening campaigns.

RESULTS: Comparison of the Pap smear sample alterations verified from 1991 to 1996 by the State Department of Health with the Pap smear sample alterations verified in 1998 by the Ministry of Health allowed for the following data, respectively: CIN 1 - 0.55%/0.29%; CIN 2 - 0.25%/0.15%; CIN 3 - 0.16%/0.14%; carcinoma - 0.04%/0.04%. Out of the samples collected by the State Department of Health, 58.64% were not representative for squamous columnar junction (SCJ), out of which 13.74% of high-grade lesions were not representative for SCJ and 85.22% of high-grade lesions were representative for ECJ (1.04% of results were ignored).

CONCLUSIONS: The isolated campaign of the Brazilian Ministry of Health in the state of Rio Grande do Sul presented poorer results when compared to the regular screening program promoted by the Rio Grande do Sul State Department of Health, suggesting, thus, that isolated screening efforts do not offer results that are as good as those of planned and continuous screening programs. However, the regular screening program has faults that need to be corrected, such as that in the reduced number of Pap smear samples representative of squamous columnar junction.

Key-words: Cervical cancer; cervical cytology; cervical cancer screening program.

Revista HCPA 2000;20(2):108-13

Introdução

O câncer de colo uterino é o segundo câncer mais comum em mulheres no mundo todo, sendo que cerca de 437 mil novos casos são diagnosticados anualmente. Em países desenvolvidos, o risco de uma mulher desenvolver câncer cervical durante sua vida - sem nunca ter participado de um programa de *screening* - é de 1%. Em países em desenvolvimento, este risco aumenta para 5% (1,2).

Uma das principais características desta doença é ser potencialmente previsível (e prevenível), passando por diferentes estágios até o desenvolvimento de uma doença invasiva e letal. A introdução do exame citopatológico há 50 anos, como um método de *screening*, provocou uma espetacular redução dos casos de morte por câncer de colo uterino. Em países onde se ofereceu uma efetiva cobertura pelo *screening*, encontra-se uma redução de até 70% dos casos (3).

Análises da modalidade de *screening* pelo exame citopatológico foram realizadas em

diversas partes do mundo, sendo que Gustafsson et al. (4) avaliaram seu impacto em 17 países. Para 11 destes, houve uma redução de mais de 25% na incidência de câncer de colo uterino. Em regiões onde não se desenvolveu efetivamente modalidade de *screening* não houve redução do número de casos durante o período analisado (4).

Cabe salientar que nenhum outro método de *screening* para câncer de colo uterino mostrou-se redutor das taxas de mortalidade. A partir da década de 40, aceitou-se que a citologia poderia identificar lesões precursoras do câncer cervical e passou-se a utilizá-la sem nenhuma avaliação formal da sua efetividade em ensaios-clínicos. Como resultado, a avaliação deste método de *screening*, e do próprio *screening* em si, só foi realizada posteriormente em estudos observacionais que comprovaram sua efetividade em reduzir a incidência de câncer invasivo e a mortalidade decorrente (5).

O Brasil, sendo um país em desenvolvimento, possui uma incidência alarmante de câncer cervical. Em 1999, o

Instituto Nacional do Câncer do Brasil (INCA) estimou que ocorrem 30,34 casos de câncer cervical para cada 100 mil mulheres, com 6.900 vidas perdidas naquele ano por esta patologia. Em países como a Finlândia, a incidência de câncer de colo uterino alcança a marca de 4,4 casos/100 mil mulheres/ano (6).

Nos últimos anos, identificou-se um aumento na incidência e mortalidade por câncer de colo uterino em nosso meio. Estudos na literatura avaliada demonstram uma tendência crescente desta patologia e enfatizam a necessidade tanto de programas adequados de *screening*, como de tratamento precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino.

Discute-se a qualidade dos programas de *screening*, as taxas inaceitáveis de resultados falsos negativos e a adoção de novos métodos de rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo uterino, com a adoção de métodos de identificação do HPV (PCR ou hibridização molecular) e adoção de programas de controle de qualidade dos laboratórios de citologia e de clínicas de colposcopia (7).

A realidade é completamente diferente em países em desenvolvimento, onde as taxas de cobertura dos programas de *screening* do câncer de colo uterino atingem apenas 5% da população, em comparação aos cerca de 40% de cobertura em países desenvolvidos. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, somente 10% da população está coberta por programas de *screening*. No Rio Grande do Sul, segundo dados da Secretaria da Saúde, cerca de 20% das mulheres estão cobertas por programas de *screening* que iniciaram em 1975.

Estes resultados explicam porque na maioria dos países em desenvolvimentos o diagnóstico das lesões é tardio, e algumas pacientes chegam a morrer sem atendimento. Programas de prevenção almejam a detecção precoce de lesões em unidades básicas de saúde, diminuindo a necessidade de referência de pacientes com alterações. Para serem viáveis, estes programas devem ter baixo custo, fácil aplicabilidade e baixas taxas de resultados falsos negativos e positivos. Existe uma urgência na organização de programas de *screening* racionalmente estabelecidos com

cobertura de populações-alvo, escalonados com controle de qualidade desde a coleta, armazenamento, transporte e análise do material coletado. A adoção de novos métodos disponíveis, como a inspeção visual com ácido acético e lugol e teste para a identificação do HPV, devem ser considerados úteis, porém ainda necessitam de estudos maiores (8).

Materiais e métodos

O objetivo deste estudo é avaliar dois programas de *screening* de câncer de colo uterino do Estado do Rio Grande do Sul: um desenvolvido regularmente pela Secretaria da Saúde, e outro desenvolvido sazonalmente pelo Ministério da Saúde.

O estudo avalia retrospectivamente as duas modalidades de *screening* para câncer de colo uterino no Estado do Rio Grande do Sul: regular e sazonal. Os resultados obtidos na campanha do Ministério da Saúde são referentes ao ano de 1998. Os dados da Secretaria da Saúde são relativos ao período entre os anos de 1991 a 1996.

O programa de *screening* desenvolvido pelo Ministério da Saúde refere-se à campanha efetuada isoladamente em 1998, quando se desenvolveu um grande chamamento à população feminina para a realização de exame citopatológico de colo uterino. O programa de *screening* desenvolvido pela Secretaria da Saúde refere-se ao período compreendido entre os anos de 1991 a 1996.

Resultados

A campanha de *screening* desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 1998 atingiu o número de 163.929 citopatológicos de colo uterino no Estado. Já o programa tradicional de *screening* mantido pela Secretaria da Saúde realizou 913.596 exames citopatológicos no período de 1991 a 1996 (média de 152.266 citopatológicos/ano) (figura 1).

O programa de *screening* desenvolvido pela Secretaria da Saúde apresentou no período analisado um incremento de mais de 300% no número de mulheres avaliadas. Em 1991, realizou-se 64.336 exames, enquanto em 1996 este número aumentou para 204.307.

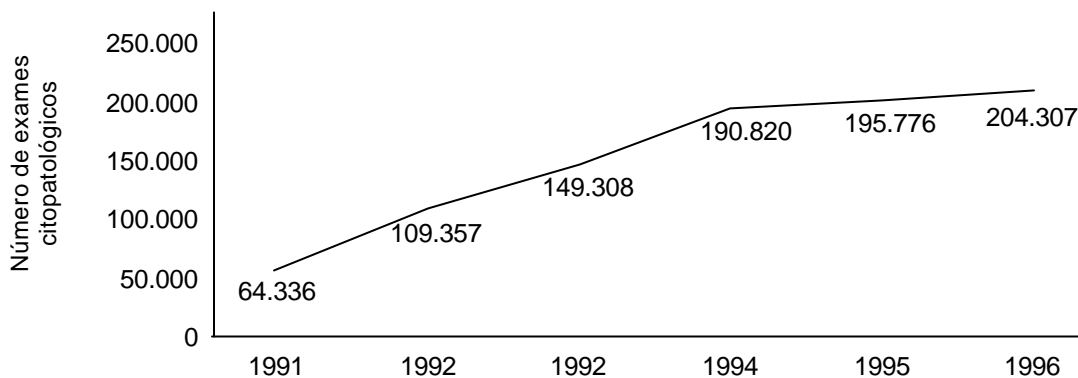


Figura 1. Número de exames citopatológicos de colo uterino realizados no Estado do Rio Grande do Sul pela Secretaria da Saúde no período de 1991 a 1996.

Comparando-se os achados dos exames citopatológicos realizados pelo programa tradicional da Secretaria da Saúde e pela Campanha do Ministério da Saúde, levando em conta que tratamos do mesmo público alvo, encontramos um menor diagnóstico de lesões precursoras pela campanha sazonal do Ministério da Saúde (figura 2).

Dados do Programa Estadual sugerem que a qualidade do esfregaço é muito baixa, refletindo o pobre desempenho e capacitação dos profissionais que realizam a coleta do material na rede pública: em torno de 60% das amostras coletadas pela Secretaria da Saúde (1991-1996) não são representativas da junção escamo-colunar (JEC) (figura 3).

É de conhecimento que cerca de 55% dos casos de câncer de colo uterino iniciam nesta região, sendo necessária a sua representatividade na amostra colhida para termos um exame com qualidade (9). Segundo

autores especializados em controle de qualidade no exame citopatológico e em dados não publicados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, aproximadamente 50% dos falsos negativos se devem à coleta de material não representativo da JEC.

Corroborando o que se afirmou anteriormente, podemos observar na figura 4 que os exames citopatológicos colhidos sem a representatividade da JEC apresentam uma menor incidência de lesões pré-malignas e malignas.

Discussão

A análise dos dados encontrados pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul nos permite afirmar que a qualidade de nosso *screening* para câncer de colo uterino está aquém dos objetivos almejados. Temos apenas cobertura de 10% da população gaúcha. As

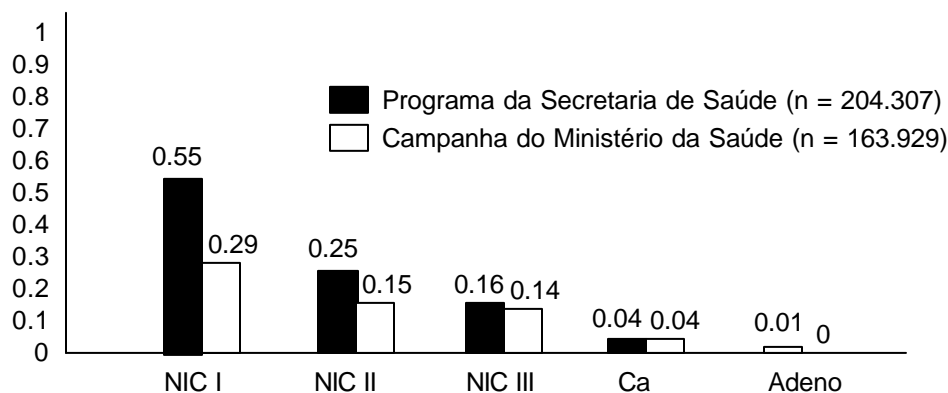


Figura 2. Percentual de alterações de exames citopatológicos realizados pela Secretaria da Saúde em 1996 e pelo Ministério da Saúde em 1998 no Rio Grande do Sul.

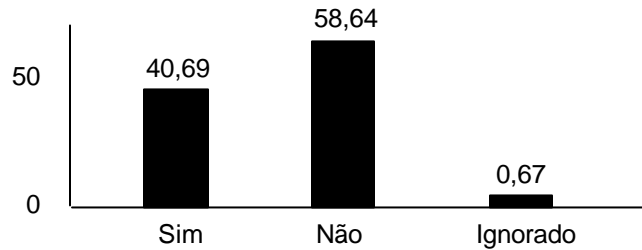


Figura 3. Percentual de representatividade da junção escamo-colunar nos exames citopatológicos colhidos pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul no período de 1991 a 1996.

amostras colhidas em nossos postos e hospitais conseguem apenas representatividade da junção escamo-colunar em apenas 40% dos casos. E o que é pior, deixamos de diagnosticar casos de lesões precursoras e malignas quando aceitamos este material como adequado.

O Rio Grande do Sul tem um dos melhores programas de rastreamento de câncer de colo uterino do Brasil, mas nossa capacidade de rastreamento ainda é modesta. Os dados obtidos pelo Programa Estadual desde 1991, quando se iniciou o registro informatizado das requisições de exame citopatológico do colo uterino, a 1996, último ano em que se conseguiu manter o programa informatizado sob a coordenação do Laboratório Central de Anatomia Patológica e Citopatologia, nos permite concluir que ainda somos precários em termos de rastreamento de câncer de colo uterino.

Quando se tenta realizar campanhas pontuais e isoladas, como a promovida pelo

Ministério da Saúde em 1998, acabamos por sobrecarregar os laboratórios, técnicos e citopatologistas, com detrimento do diagnóstico. Por exemplo, conforme mostrado na figura 2, a incidência de NIC I na campanha do Ministério da Saúde ocorre com metade do percentual encontrado no rastreamento da Secretaria da Saúde.

Podemos concluir que programas de *screening* devem ser dirigidos a populações específicas, com maior risco de desenvolver câncer de colo uterino, e devem ser realizados de forma escalonada e gradual, evitando um aumento exagerado do número de exames em um determinado período de tempo, o que certamente provoca uma redução significativa tanto na qualidade da coleta quanto na avaliação das lâminas pelos laboratórios de citologia.

O exame citopatológico do colo uterino é uma das armas mais eficazes, relativamente de baixo custo para a prevenção deste tipo de câncer. Estudos demonstram que a periodicidade do exame (trienal após 2 exames

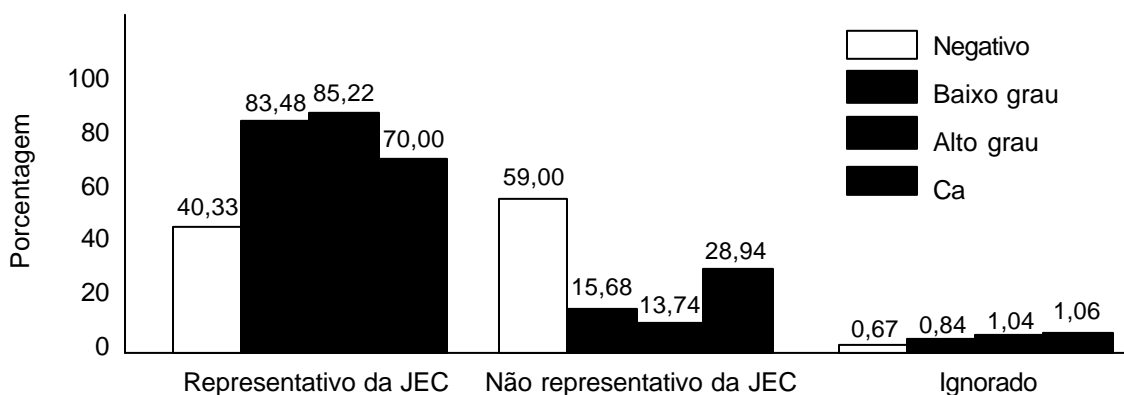


Figura 4. Representatividade da junção escamo-colunar e diagnósticos em exames citopatológicos de amostras da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul no período de 1991 a 1996.

negativos com intervalos de 1 ano) e sua realização em pelo menos 85% da população são características essenciais dos programas eficazes (10).

As experiências em países com programas adequados de prevenção desta patologia demonstram que programas de prevenção dirigidos a uma população específica, com seguimento do tratamento preconizado para aquelas que apresentavam alterações em seus exames são essenciais para a obtenção de resultados adequados. É reconhecido que a prevenção do câncer de colo uterino não pode ser tratada como ação a ser desenvolvida para as mulheres que procuram os serviços médicos espontaneamente. Este grupo de mulheres tende a procurar excessivamente os serviços que prestam tal atendimento, sobrecarregando o sistema. Outras procuram porque, sintomáticas, encontram-se em estágios tardios da doença, o que implica em fracasso da prevenção. Devemos, sim, estimular aquelas mulheres que raramente procuram ou têm acesso ao serviço médico, aquelas 95% de brasileiras em que deixamos de rastrear câncer de colo uterino

Referências

1. Bosch FX, De Sanjosé S, Castellsagué X, et al. Geographical and social patterns of cervical cancer incidence. *New developments in cervical cancer screening and prevention*. Cambridge: Blackwell Science; 1997. p 23-33.
2. Villa LL, Franco EL. Epidemiologic correlates of cervical neoplasia and risk of human papillomavirus infection in asymptomatic women in Brazil. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:332-40.
3. Hakama M, Magnus K, et al. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer in the Nordic countries. In: Miller AB, Hakama M, editors. *Cancer screening*. Cambridge: University Press; 1991. p. 153-62.
4. Gustafsson L, Potén J, Zack M, et al. International comparison of screening effects on cancer of the cervix uteri. 1996.
5. Parkin DM. The epidemiological basis for evaluating screening policies. *New developments in cervical cancer screening and prevention*. Cambridge: Blackwell Science; 1997. p 51-69.
6. Ministério da Saúde, Brasil. Dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA/Pro Onco Câncer no Brasil; 1999. p. 35.
7. Franco E, Monsonego J. *New development in cervical cancer screening and prevention*. London: Blackwell Science; 1997.
8. Miller, AB. *Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Rivoire WA, Monego HI, Dos Reis R. Neoplasia Intra-epitelial cervical. *Rotinas em ginecologia*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p 186-93.
10. Blyng E. Cervical screening in Denmark: can cervical cancer screening be cost effective? *New insights in gynecology and obstetrics: research and practice*. In: Ottesen B, Tabor A, editors. *Proceedings of the XV FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics*; August 1997; Copenhagen, Denmark.