

Prevenção de câncer cérvico-uterino. Perfil das mulheres com câncer invasor

ROBSON FERRIGNO¹, SÉRGIO LUÍS CAMPOS DE OLIVEIRA FARIA¹

Trabalho realizado no Serviço de Radioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti/
Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Resumo

De novembro de 1989 a novembro de 1990, 120 casos de câncer invasor de colo de útero foram encaminhados para o Departamento de Radioterapia do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti/Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Devido ao fato de a maioria das pacientes ter sido diagnosticada em fases avançadas, realizamos uma pesquisa com o objetivo de avaliar as circunstâncias que as levaram a desenvolver câncer invasor do colo do útero. Cento e cinco mulheres foram entrevistadas para análise de suas características e perfil quanto ao exame de Papanicolaou. Cinquenta e sete pacientes (54,3%) nunca haviam feito o exame, 35 (33,3%) o faziam de maneira irregular, ou seja, em intervalos acima de 3 anos e 13 (12,4%) o faziam regularmente. Oitenta e seis mulheres (82%) já tinham ouvido falar do exame e 76 (72%) sabiam onde poderia ser realizado. Entre as 86 mulheres que já tinham ouvido falar do exame, 38 (44%) nunca o fizeram. A pesquisa revela que a maioria das pacientes estava informada a respeito do exame, porém não conscientizada da importância do mesmo. O baixo nível de educação em saúde da população estudada possivelmente foi o principal problema envolvido na prevenção do câncer de colo uterino.

Unitermos: câncer de colo de útero; prevenção; Papanicolaou

Introdução

O câncer de colo de útero figura no Brasil como a neoplasia maligna feminina mais freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, perdendo apenas para câncer de mama nas regiões Sul e Sudeste, além de ser a 2ª causa de morte por câncer na mulher [1]. A título de comparação, esta enfermidade representa, nos EUA, a 3ª neoplasia maligna mais freqüente e a 11ª causa de morte por câncer [2]. Para 1986, a American Cancer Society estimou 12.900 casos novos de câncer invasor [3]. Não foram incluídos, nesta estatística, mais de 50.000 casos novos de "ca *in situ*" e displasias pré-invasivas, situações essas que podem ser curadas em mais de 95% das vezes.

A maior taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil se deve ao fato de uma proporção

maior de pacientes serem diagnosticadas em fases mais avançadas. Isto reflete uma deficiência dos programas de detecção precoce desta doença em relação aos outros países.

Na cidade de Campinas, o Serviço de Radioterapia do convênio Hospital Municipal Dr. Mário Gatti/Pontifícia Universidade Católica de Campinas recebe para tratamento a maioria das mulheres portadoras de câncer de colo de útero da região. A incidência de pacientes portadoras de câncer de colo de útero diagnosticadas em fases avançadas é alta, apesar da região ter estrutura razoável para realização do exame de Papanicolaou. Para investigar as razões de os casos serem freqüentemente encaminhados em fases avançadas, interrogamos algumas das pacientes para análise de suas características e perfil quanto ao exame de Papanicolaou.

¹Médicos Radioterapeutas do Convênio Hospital Municipal Dr. Mário Gatti/Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Endereço do autor para correspondência: Serviço de Radioterapia do Hospital Dr. Mário Gatti - Av. Prefeito Faria Lima, 240 - Campinas - SP - CEP 13100

Material e Métodos

De novembro de 1989 a novembro de 1990, foram admitidas no serviço 120 pacientes com câncer de colo de útero indicados para tratamento por radioterapia exclusiva. Dessas, 105 foram interrogadas através de um questionário padronizado. A maioria foi diagnosticada em estádios II e III pelos critérios da FIGO (Tabela 1). A idade variou de 24 a 79 anos, com médias de idade de 52 anos e 50 anos, respectivamente. Setenta e duas pacientes (68%) eram da raça branca, 23 (22%) da raça negra e 10 (9%) eram mulatas. Quanto à procedência, 17 (16%) eram de Campinas, 33 (31,5%) de cidades regionais, 38 (36%) de outras cidades do estado de São Paulo e 17 (16%) de outros estados.

Tabela 1. Características de 105 mulheres com câncer invasivo do colo uterino, acompanhadas no Serviço de Radioterapia do Hospital Mário Gatti (PUC), em Campinas, de novembro de 1989 a novembro de 1990.

| Características | Nº de pacientes | % |
|-----------------------|-----------------|------|
| Estádio | | |
| I | 10 | 9,5 |
| II | 43 | 41,0 |
| III | 50 | 47,5 |
| IV | 2 | 1,9 |
| Anos de escolaridade | | |
| Analfabetas | 49 | 47,0 |
| < 1 | 9 | 8,5 |
| 2-4 | 38 | 36,2 |
| 5-8 | 9 | 8,5 |
| Exame de Papanicolaou | | |
| Nunca fizeram | 57 | 54,3 |
| Faziam irregularmente | 35 | 33,3 |
| Faziam regularmente | 13 | 12,4 |
| Conhecimento do exame | | |
| Ouviram falar | 86 | 82,0 |
| Sabiam onde fazer | 76 | 72,0 |
| Nunca ouviram falar | 19 | 18,0 |

Além de suas características sócio-econômicas e culturais, as pacientes foram interrogadas a respeito do exame de Papanicolaou, que incluiu: 1 - se as mesmas já tinham ouvido falar do exame; 2 - se sabiam onde poderia ser realizado; 3 - se o faziam regularmente; e 4 - se não o faziam, quais as justificativas.

Resultados

Todas as pacientes interrogadas eram de classe sócio-econômica cuja renda familiar era insuficiente para pagar serviços médicos privados. Mais da metade das mesmas não sabia ler ou escrever (Tabela 1). Dividindo-se o grau de escolaridade em número de

anos de estudo, nenhuma paciente havia estudado mais de oito anos. Quanto ao exame de Papanicolaou, 57 pacientes (54,3%) nunca haviam feito, 35 (33,3%) o faziam de maneira irregular, ou seja, em intervalos maiores de três anos, e apenas 13 (12,4%) o faziam regularmente. Dessas últimas, três (2,8%) o faziam anualmente. Oitenta e seis pacientes (82%) já tinham ouvido falar a respeito do exame e 19 (18%) o ignoravam por completo. Entre as que já tinham ouvido falar, 76 (72%) sabiam onde poderia ser feito. Os postos de saúde regionais foram os locais mais indicados. Apenas nove (10,55%) das que já tinham ouvido falar não souberam responder onde o exame poderia ser feito (Tabela 1).

Entre as 86 mulheres que já tinham ouvido falar do exame, 38 (44%) nunca o fizeram, e, quando questionadas sobre as justificativas de nunca o terem feito, 21 pacientes responderam algo que denotava ignorância sobre a importância do exame, 12 devido ao fato de nada sentirem, três por descuido e duas por sentirem vergonha. Entre as 35 mulheres que faziam o exame de maneira irregular, 17 justificaram que não o faziam regularmente por acharem não ser necessário, oito por nada sentirem, seis por medo, três por descuido, uma por dificuldade de transporte e uma por achar desnecessário devido à sua atual inatividade sexual.

Entre as 13 pacientes que faziam o exame regularmente, sete foram diagnosticadas em estágio III, quatro em estágio II e duas em estágio I.

Em relação ao aspecto educacional, 30 (53%) das pacientes que nunca fizeram o exame eram analfabetas, seis (5,7%) estudaram um ano, 16 (15,2%) estudaram entre dois e quatro anos e sete (6,6%) estudaram entre quatro e oito anos. Não houve relação entre a média de idade e os grupos de pacientes que faziam o exame de maneira regular, irregular ou que nunca o fizeram. A média de idade desses grupos foi 50, 50 e 52 anos, respectivamente.

Dentre as 19 mulheres que nunca ouviram falar do exame, a maioria procedia da zona rural de cidades interioranas. A procedência das mulheres que nunca fizeram o exame foi muito variada, não demonstrando qualquer relação entre esta e o fato de nunca o terem feito.

Durante a pesquisa foram feitas observações específicas para cada paciente e estas revelaram fatos supostamente incomuns. Seis pacientes (5,7%) foram diagnosticadas em fase avançada da doença em um período menor que seis meses após o último parto. Durante o período do pré-natal, feito por uma delas, o exame especular não havia sido realizado. Uma das pacientes era submetida a exame ginecológico a cada seis meses, porém sem colheita de material para o exame de Papanicolaou. Uma paciente queixava-se de sangramento vaginal há um ano e meio ao médico

e este nunca indicou o exame. Uma das pacientes que realizava o exame anualmente em um hospital universitário não foi informada a respeito dos dois últimos resultados. Esta paciente foi diagnosticada em estágio III. Uma das pacientes era enfermeira e nunca se submeteu ao exame por achar desnecessário.

Discussão

Vários estudos epidemiológicos vêm demonstrando claramente diminuição da morbidade e mortalidade pelo câncer de colo de útero em áreas onde o programa de detecção precoce desta neoplasia abrange a maioria da população de risco [4-11]. A porcentagem de redução na taxa cumulativa de câncer cervical em faixas etárias de risco (25 a 60 anos) chega a cerca de 90% [12]. Embora se conheçam alguns fatores de risco que levam ao aparecimento do câncer invasor do colo uterino, tais como relação sexual precoce, múltiplos parceiros, multiparidade, baixa higiene, baixo nível sócio-econômico, infecções pelo vírus Herpes simplex (HPV) etc., não se conhece com total clareza as verdadeiras causas desta neoplasia. Portanto, ainda não é possível se falar em prevenção primária. O exame de Papanicolaou é um método de prevenção secundária, pois pode interromper a história natural da doença. Alguns autores consideram a não realização do exame de Papanicolaou como o maior fator de risco para desenvolvimento da doença [13]. Levando-se em consideração tal situação, há pelo menos cinco circunstâncias que levam as mulheres a desenvolverem a doença:

- 1 - Não realização do Papanicolaou.
- 2 - Realização do Papanicolaou em intervalos muito longos que permitem o desenvolvimento da doença.
- 3 - Desenvolvimento rápido da doença entre um exame e outro devido à alta agressividade da mesma.
- 4 - Resultado falso-negativo.
- 5 - Pacientes com teste alterado e que não foram tratadas.

A análise deste estudo delineado sugere que a não realização do exame, ou a sua realização de maneira irregular, foi a principal circunstância que levou as pacientes a desenvolverem a doença. Apenas 12,4% realizavam o exame periodicamente. Um achado curioso foi o fato de a maioria das pacientes (82%) ter conhecimento da existência do exame e ainda 72% saber onde poderia ser realizado. Além disso, 44% das mulheres que já tinham ouvido falar, nunca o fizeram. O resultado revela que a maioria das pacientes estava de uma certa maneira informada, porém não conscientizada da importância do exame. Isto se confirmou pelas justificativas dadas pelas que nunca fizeram o exame ou por aquelas que o faziam de maneira irregular. Entre as 13 pacientes que fa-

ziam o exame regularmente, sete foram ainda diagnosticadas em estágio III. Isto mostra que outras circunstâncias estiveram envolvidas, talvez com resultados falso-negativos. Esta situação pode ocorrer em até 40% dos exames, segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia [7]. O resultado falso-negativo pode ocorrer por colheita inadequada, por fixação errada do esfregaço, por interpretação errada do citotécnico ou por resultado falso-negativo inerente às células.

Uma pesquisa semelhante à nossa foi realizada pelo Departamento de Saúde de Rhode Island nos Estados Unidos, como objetivo de verificar quais as circunstâncias que levaram as pacientes a desenvolverem câncer invasor do colo uterino [2]. Entre as 59 pacientes estudadas, 49 (83%) faziam regularmente o Papanicolaou. Quanto às mulheres jovens, 13% não haviam feito o exame, enquanto que entre as pacientes mais idosas, acima de 49 anos, apenas 4% não o haviam feito.

Como a maioria das pacientes tinha o teste negativo em intervalos regulares, a principal circunstância considerada foi o resultado falso-negativo. Esta pesquisa revela que o perfil das mulheres deste estado americano é diferente do perfil das mulheres que estudamos. Além disso, mostra que teste falso-negativo é um problema muito sério nos programas de detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

No Brasil, os problemas que envolvem a prevenção de câncer de colo de útero são mais complexos. A principal consequência desses problemas é a baixa porcentagem de mulheres que são cobertas por este método. Em um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 1987, a cobertura estimada da população feminina foi de apenas 7,7% [13]. A Organização Mundial da Saúde considera como necessária, para o efetivo controle da doença, uma cobertura de 85% da população feminina. Com uma cobertura tão baixa, o problema de exame falso-negativo não é o mais importante em nosso meio, ao contrário dos países onde a cobertura estimada é adequada. No Brasil, antes de se pensar em melhorar a qualidade dos serviços de saúde e laboratórios, é necessário tentar resolver as principais causas desta situação, que, segundo Abreu [13], são:

- 1 - Insuficiência de recursos.
- 2 - Utilização inadequada dos recursos já existentes.
- 3 - Indefinição de normas e condutas.
- 4 - Baixo nível de educação em saúde da população.
- 5 - Formação inadequada de profissionais de saúde.

O primeiro problema, insuficiência de recursos, reflete a estrutura deficitária de saúde do país. Segundo o próprio Ministério da Saúde, há pelo país

cerca de 361 laboratórios de citologia cadastrados. A população feminina brasileira de risco está em torno de 35,7 milhões. Isto significa que se todas as mulheres de risco fossem fazer o exame, não haveria recursos suficientes para realizá-los. Vale lembrar que este problema se acêntua muito ou diminui de acordo com a região do Brasil. Em Campinas, por exemplo, há 40 postos de saúde à disposição da população, além de dois hospitais universitários e outros ambulatórios médicos que fazem o Papanicolaou, muitas vezes até de noite. Por outro lado, em toda a região Norte do país há apenas 15 laboratórios de citologia cadastrados.

O segundo problema, utilização inadequada dos recursos já existentes, ocorre em áreas onde há recursos e a colheita não se realiza na maioria das vezes. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo observou que o número de testes de Papanicolaou realizados em muitos Centros de Saúde é menor que o total de consultas novas em ginecologia [14].

Para tentar resolver o problema de indefinição de normas e condutas, o Ministério da Saúde promoveu em 1988, uma reunião de consenso no Rio de Janeiro com a finalidade de se estabelecer principalmente a periodicidade e faixa etária da população para um programa de prevenção de câncer cérvico-uterino. Com base nas exposições e debates desenvolvidos durante a reunião, ficou estabelecido que a periodicidade do exame de Papanicolaou poderia ser de três anos, após obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano. Esta conclusão foi resultado de vários argumentos que mostraram que a periodicidade de três anos reduz a mortalidade por câncer de colo de útero em uma proporção semelhante à periodicidade anual [12]. Além disso, com períodos trienais é possível cobrir uma proporção maior de pacientes com menor custo. A recomendação para que os dois primeiros testes sejam em intervalo de um ano possui o objetivo de diminuir a chance de que o primeiro tenha sido falso-negativo. Com relação à faixa etária a ser abrangida, a recomendação ficou como sendo dos 25 aos 60 anos. Esta resolução esteve baseada em dados estatísticos de que não há benefício em programas de prevenção em mulheres fora desta faixa etária [15]. Nos outros países as normas são variáveis. O clássico exame anual não é proposto pela Organização Panamericana de Saúde desde 1972. A maioria dos países latino-americanos reformulou os programas e adotam o exame a cada três anos para mulheres entre 25 e 60 anos [15]. Nos Estados Unidos, a American Cancer Society, após 1980, modificou suas recomendações anteriores de colpocitologia anual, passando para cada três anos após dois resultados consecutivos anuais negativos, iniciando a colheita com a iniciação sexual [16]. Já o Colégio Americano de Ginecologia recomenda exa-

mes anuais em todas as mulheres com vida sexual ativa [11]. No Canadá, devido à liberalização dos hábitos sexuais, a recomendação a partir de 1982 foi a de passar de exames trienais para anuais [17]. Nos países escandinavos os programas foram introduzidos com realização de teste a cada quatro ou cinco anos. Na Inglaterra, recomenda-se o início a partir dos 20 anos, em bases quinquenais [18].

Com recursos suficientes e bem utilizados, embasados em normas e condutas bem definidas, tarefas essas que dependem da boa vontade das autoridades públicas ligadas à área de saúde, restaria ao Brasil solucionar, ao nosso ver, o maior problema e o de mais difícil execução: educação em saúde da população brasileira. Pela nossa pesquisa, a maioria das mulheres era analfabeta ou havia estudado menos que um ano. Essas mulheres estavam informadas, porém com dificuldade de se conscientizar ou entender a importância dos cuidados em saúde. Isto reflete um déficit educacional considerável da população estudada. As campanhas de saúde por cartazes ou folhetos explicativos deixariam de atingir pelo menos metade da população de risco. Além da necessidade de se achar métodos efetivos de comunicação para essas mulheres, é preciso enfatizar a importância do exame, e que este deve ser realizado mesmo que nada sintam. Vale lembrar que o problema do analfabetismo e baixo nível sócio-econômico da população brasileira aumentam nas regiões menos desenvolvidas.

Outro problema de grande relevância é a inadequada formação do profissional de saúde. Todo médico, de qualquer especialidade, além de outros profissionais, tais como dentista ou enfermeiro, devem saber orientar uma mulher sobre os cuidados que devem ter quanto à prevenção de doenças, principalmente do câncer de colo de útero. Os profissionais de saúde ligados a esta área devem introduzir, no programa de prevenção, mulheres que procuram os serviços de saúde por outros motivos, e que não deixem escapar do controle as mulheres que devem retornar. As observações avaliadas em nossas pacientes, citadas nos resultados, confirmam que o erro médico e a orientação médica inadequada participam de maneira muito séria no problema da prevenção do câncer de colo de útero em nosso país.

Summary

From November 1989 through November 1990, 120 cases of invasive cervical cancer were referred to the Department of Radiation Oncology at Dr. Mário Gatti Hospital/Pontifical Catholic University of Campinas. Because most of the patients was diagnosed in advanced stages, a survey was done to assess the circumstances that led them to invasive

cervical cancer. One hundred and five women were asked about their characteristics and relations to Pap smears. Fifty-seven patients (54.3%) had never done the exam, 35 (33.3%) had done it in an irregular way or more than three years previously and 13 (12.4%) had done it regularly. Eighty-six women (82%) had knowledge about the exam and 76 (72%) were knowing where it can be done. Among 86 women who had knowledge about the exam, 38 (44%) had never done it. The survey data indicate that most of the patients was informed about the exam but not awared about the importance of it. The low level of education in health seemed to be the main problem involved in cervical cancer screening in the studied population.

Key words: *cervical cancer; screening; Pap smears*

Referências bibliográficas

- BRUMINI R, TORLONI H. Câncer no Brasil. Dados histopatológicos (1976-1980). Ministério da Saúde - Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas. Rio de Janeiro, 1982.
- From the CDC: incidence and mortality from cancer of the cervix. *Oncology* 1990; 4(6): 120-125.
- Cancer facts and figures 1986. New York: American Cancer Society, 1986.
- PAPANICOLAOU GN. Atlas of exfoliative cytology. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1954; suppl. I, 1956; suppl. II, 1960.
- CRAMER DW. The role of cervical cytology in the declining morbidity of cervical cancer. *Cancer* 1974; 34: 2018-2021.
- SHINGLETON HM. The contribution of endocervical smears to cervical cancer detection. *Acta Gynecol* 1975; 19: 261-264.
- HANDY VH, WIEBER E. Detection of cancer of the cervix: A public health approach. *Obstet Gynecol* 1965; 25: 348-352.
- DOYES DA. The British Columbia screening program. *Obstet Gynecol Surv* 1969; 24: 1005-1011.
- DAY NE. Screening for cancer of the cervix. *J Epidemiol Community Healty* 1989; 43: 103-106.
- JOHANNESSON G, GEIRSSON G, DAYS N. The effect of Mass. Screening in Iceland, 1966-1974, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21: 418-425.
- National Cancer Institute: Cancer control objectives for the nation: 1985-2000. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service 1986; NIH publication No. 86-2880 (NCI Monographs, No. 2).
- MOSS S. Bases epidemiológicas para avaliação de diferentes programas de screening. *Rev Bras Cancerol* 1989; 35(1/2): 9-13.
- ABREU E. Reorientação nas ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Cancerol* 1989; 35(1/2): 55-58.
- ZEFERINO LC, REIS Jr. C. Experiência do Estado de São Paulo no controle do câncer do colo uterino. *Rev Bras Cancerol* 1989; 35(1/2): 14-16.
- ESPINOSA HR. Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção de câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Cancerol* 1989; 35(1/2): 49-54.
- American Cancer Society Guidelines for the cancer related check-up: Recomendations and rationale. *Cancer* 1980; 30: 194-240.
- Cervical Cancer Screening Programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force Repor. *Can Med Assoc J* 1982; 127: 581-589.
- Screening Strategies for Cervical Cancer. *Lancet* 1986; II: 725-726.