

População-alvo e freqüência da detecção do câncer de colo uterino

Eduardo Faerstein*

Pretendemos, inicialmente, rever a evolução das recomendações internacionais e nacionais a respeito da população-alvo das ações de controle de câncer cervical.

A Organização Panamericana de Saúde propunha, em 1972¹:

"...concentrar-se a atenção nos grupos sócio-econômicos menos privilegiados, porque são os que estão expostos a um maior risco. As mulheres que freqüentam os consultórios de planejamento familiar constituem uma fonte importante para exames. Não obstante, o objetivo final do programa será incluir todas as mulheres expostas..."

Em nova versão de seu Manual de Normas e Procedimentos, datada de 1982², os técnicos da OPS diziam:

"...a doença é fortemente correlacionada com o baixo nível sócio-econômico, que inclui a maioria da população nos países em desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes refletem o comportamento sexual, tais como a idade precoce à primeira relação, revelada por primeiro casamento precoce e gestações múltiplas; múltiplos parceiros sexuais é outro fator de risco chave, indicado por casamentos múltiplos. Em áreas onde os homens são mais promíscuos que as mulheres existe de fato uma situação de múltipla parceria sexual..."

Em 1985, em edição revisada do mesmo Manual³, afirmava-se:

"...para definir a população em risco, à qual deve dirigir-se a ação, deve-se levar em conta: a) a incidência do câncer do colo uterino, por grupos específicos; b) as características culturais, educacionais e econômicas; c) a descrição da atenção primária de saúde..."

No Brasil, o Ministério da Saúde recomendava, em 1980⁴, que deviam as ações:

"...estar integradas às demais atividades de saúde pública (...) concentrando-se a atenção na população de alto risco, considerando-se as seguintes variáveis: faixa etária de 20 a 49 anos, início de atividade sexual em idade precoce, multiparidade, gestação em idade precoce e baixo nível sócio-econômico".

Adiante, entretanto, afirmava-se que:

"...nas unidades sanitárias será realizada a coleta de material cérvico-uterino em todas as clientes de 20-49 anos consultantes de primeira vez..."

Em 1985, o Ministério fez circular versão preliminar de um Manual de Normas a serem adotadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁵, onde se considerava, no item População-Alvo:

"...o grupo considerado de risco (...) é identificado de acordo com as seguintes variáveis: atividade sexual / início da atividade em idade precoce; multiplicidade de parceiros; freqüência de atividade sexual; hábitos de higiene; história de doenças sexualmente transmitidas (herpesvírus tipo 2, papovavírus, entre outros); paridade / gestação em idade precoce; multiparidade..."

A seguir, porém, dizia-se:

"...as ações de controle do câncer cérvico-uterino abrangem todas as mulheres com vida sexual ativa, independentemente do grupo etário estabelecido..."

Em 1986, afirmava-se⁶:

"...o câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com: níveis sócio-econômicos baixos; início de atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos); história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16, 18, 31 e 35) e vírus do herpes tipo 2 (HSV-2). São considerados, ainda, como fatores de relativa significação o hábito de fumar e carências nutricionais, como a hipovitaminose A..."

"...todas essas variáveis caracterizam grupo de maior risco (...) e devem ser considerados na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado..."

É forçoso constatar que a definição da população-alvo das ações de controle do câncer cervical, nas normas nacionais e naquelas propostas pela OPS, vem evoluindo em meio a ambigüidades. Os avanços do conhecimento epidemiológico sobre a doença vêm sendo assimilados de modo errático. E o que é mais importante: não tem sido convenientemente avaliada a viabilidade, no caso concreto, de operacionalização da abordagem de risco. Aceita-se que são variáveis ligadas ao comportamento sexual das mulheres e/ou de seus parceiros que podem aumentar o risco de infecções genitais virais, que teriam papel importante na carcinogênese. Mas não é razoável imaginar que,

*Coordenador da Divisão de Epidemiologia do Instituto Nacional de Câncer. Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ.

na prática, seja possível selecionar grupos de acordo com essas variáveis, tendo-se em vista a sensibilidade do tema e, também, a subjetividade de possíveis definições ligadas, por exemplo, à *precocidade e promiscuidade sexuais*. Ainda que o fosse, trabalhar-se-ia com "um grupo de alto risco" demasiadamente amplo, provavelmente a maioria da população. Por outro lado, em relação ao efeito de outras exposições, como o consumo de contraceptivos orais e o tabagismo, o aumento do risco situa-se em torno de apenas duas vezes⁷. Enfim, nenhuma das situações justificam a idéia de um *screening* seletivo em subgrupos da população.

Parece mais conveniente considerar, como o grupo tarefa canadense⁸, que a população feminina possa ser classificada em somente dois grupos:

a) o grupo não exposto a risco, que não deve ser submetido à detecção:

- mulheres que nunca tiveram relação sexual;
- mulheres acima de 60 anos com resultados de exames continuamente negativos;
- mulheres hysterectomizadas com remoção completa do epitélio cervical;

b) o grupo exposto ao risco, que inclui todas as outras mulheres.

Nessas últimas, a magnitude das taxas de incidência específicas, segundo a idade, passa a ser os elementos definidores de uma estratégia de *screening* que selecione a faixa etária de maior risco, prioritária para a realização da citologia.

PERIODICIDADE E FAIXA ETÁRIA

O clássico exame anual não é proposto pela Organização Panamericana de Saúde desde 1972. No Brasil, os manuais do Ministério de Saúde de 1980⁴ e de 1985⁵ recomendavam a freqüência anual para os exames de controle. O manual de 1986⁶ propõe que, no caso de uma citologia negativa, "as pacientes devem ser submetidas a um controle anual". Mas sugere, de modo ambíguo:

"...para aquelas clientes que fazem o exame preventivo regularmente (todos os anos), com duas ou mais citologias negativas, que a periodicidade do controle seja espaçada, por exemplo, a cada 2 ou 3 anos..."

Tecnicamente, a periodicidade desejável pode ser definida com base na observação das reduções de risco alcançadas com diferentes estratégias. Em outras palavras, trata-se de medir a probabilidade de adoecer em função do tempo decorrido após um exame negativo.

É impraticável a realização de ensaios clínicos controlados para a avaliação comparativa dos graus de eficácia de todos os calendários possíveis, resul-

tantes da grande variedade de combinações entre diferentes freqüências e faixas etárias. Dados epidemiológicos e operacionais disponíveis, entretanto, podem ser analisados com esse objetivo. Moss e Day⁹ relataram os resultados de análise realizada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), que consolidou dados de estudos observacionais e de programas de detecção de oito diferentes países da Europa e América do Norte, abaixo apresentados (Tabela 1).

Tabela 1. Redução percentual da taxa acumulada de incidência de câncer cervical invasivo no grupo etário de 35-64 anos, em relação a diferentes freqüências de *screening*, em alguns países da Europa e América do Norte, décadas de 70 e 80.

Intervalo entre os exames	% de redução da taxa acumulada	N.º de exames
1 ano	93,3	30
2 anos	93,3	15
3 anos	91,4	10
5 anos	83,9	6
10 anos	64,2	3

Revelaram-se portanto rigorosamente iguais os benefícios conferidos pela realização dos exames com intervalos de um ou dois anos, com pequena diferença em relação aos resultados do teste trienal. As estimativas apresentadas na Tabela 1 assumem cobertura de 100% da população, podendo ser deduzida uma informação nada desprezível: é mais efetivo o exame, por exemplo, de todas as mulheres a cada dez anos (no caso, redução da taxa em 64%), do que seria a cobertura de 50% da população de cinco em cinco anos (que resultaria em redução de 42%) ou de um terço das mulheres a cada três anos (redução esperada de cerca de 30%).

Nos países escandinavos, os programas de massa foram introduzidos com realização dos testes a cada quatro ou cinco anos. Na Inglaterra, recomendava-se o início dos exames aos 35 anos e, desde 1984, a partir dos 20 anos de idade, sempre em bases quinquenais¹⁰. Nos Estados Unidos, a *American Cancer Society* modificou em 1980 suas recomendações anteriores de colpocitologia anual, passando a progumar exames trienais após o início da vida sexual¹¹.

No Canadá, o Relatório Walton (1976) propôs a realização de testes a cada três anos, entre 18 e 35 anos, e após essa idade freqüência quinquenal. Em 1982, o mesmo grupo tarefa considerou que as mulheres de 18 a 35 anos estariam apresentando

aumento de risco decorrente da liberalização dos hábitos sexuais, devendo por essa razão submeter-se ao exame anual⁸.

Não há evidências, entretanto, de que a história natural da doença seja diversa nas mulheres submetidas a maior risco. Mais precisamente, de que essas, ao apresentarem lesões, cursem-nas com fase pré-clínica de menor duração³⁰. Em consequência, não parece haver justificativa para maior freqüência do exame em população de grupos etários de maior risco, o que estaria indicado se a progressão de suas lesões fosse mais rápida. Pertinentes, em relação a essas mulheres, são esforços especiais de garantia de adequada *cobertura* da detecção.

Aparentemente a adoção ou não de determinadas normas em relação à periodicidade do exame, em alguns países, é influenciada por certo grau de "solução de compromisso" entre o recomendável com base em estudos epidemiológicos e de modelagem matemática, e a força da tradição e dos interesses de sociedades de especialistas.

A propósito, Foltz e Keley¹² apontam o caráter privatizado da atenção médica e o poder de *lobby* da *American Cancer Society* (ACS) e outras sociedades, nos Estados Unidos, como fatores de resistência ao abandono da recomendação da colpocitologia anual naquele país. A Academia Internacional de Citologia parece expressar interesses corporativos ainda mais específicos. Reagindo à mudança de posição da ACS em relação ao assunto, argumenta que o exame citológico (anual) fornece às mulheres a oportunidade para atendimento de suas outras necessidades médicas, incluindo a palpação das mamas. E que não caberia reduzir a freqüência do *screening* em mulheres "no período de suas vidas onde a *detecção precoce do câncer endometrial é uma grande preocupação*"¹³. Não há a mais remota evidência, na literatura, dessa suposta eficácia do teste de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer endometrial (câncer do corpo uterino).

A redução dos custos da atividade é uma motivação explícita nas propostas de espaçamento dos exames. De fato, entre a realização anual do teste em toda a população feminina adulta e, por exemplo, sua aplicação quinquenal na faixa de 30 a 60 anos, podem estar embutidas diferenças de custos bastante significativas. Mas interesses de quem está no "outro lado do balcão" ficam também contemplados. Isso porque a delimitação de faixas etárias mais restritas, e de intervalos maiores para a realização dos exames, tem o efeito de reduzir os "efeitos colaterais" do *screening*, entre os quais a ansiedade, desconforto e riscos desnecessários a que estão submetidas muitas mulheres falso-positivas, até a elucidação diagnóstica.

Em nossa realidade, todavia, é preciso ter presente que um maior espaçamento dos exames tornar-se-á indicado na medida em que se conte com um funcionamento dos laboratórios de citopatologia dentro dos padrões adequados de qualidade, que garantam índices de validade próximos dos limites máximos oferecidos pela citologia vaginal. A respeito, a situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo, não é *animadora*. Cunha¹⁴, em relatório resultante de avaliações realizadas *in loco*, informou que em cerca da metade dos dezenove laboratórios visitados não se dispõe de arquivo de lâminas e laudos; a nomenclatura internacional não é utilizada; o tempo médio gasto entre a coleta do material e a emissão dos resultados ultrapassa o preconizado. Na maioria dos laboratórios não há articulação formal com laboratórios de histopatologia que permita a correlação cito-histopatológica; tampouco há procedimentos sistemáticos de controle de qualidade.

Na vigência dessa situação, a realização de exames mais espaçados poderia provocar o acúmulo indevido de muitos casos falso-negativos na população, em função da baixa sensibilidade com que se pode supor que o teste esteja sendo aplicado na maioria dos estados. Outra garantia necessária à diminuição da freqüência dos exames seria a implantação de procedimentos operacionais que "lembrem" às mulheres a época de realização de seu exame. Tais condições não são dadas no país; propõe-se, por isso, que a adequação das normas técnicas, neste particular, acompanhe esforços decididos de criação desses requisitos.

Para definir a idade de início da realização dos exames, cabe mencionar que as populações do país com freqüência mais elevada da doença apresentam também riscos mais precoces; muito provavelmente, isso também deve ocorrer entre os grupos de maior e menor risco dentro de cada região. Além disso, as taxas de morbimortalidade tendem a aumentar rapidamente com a idade já a partir da terceira década de vida, e há indicações de que a ocorrência esteja em ascensão de modo mais intenso nas cortes mais jovens.

Tais fatos recomendariam, como o momento propício para o início da realização dos exames, o começo da vida sexual. Em situação de carência de recursos para coleta e exame de material, é justificável que se dê prioridade às mulheres que nunca se submeteram ao teste; em segunda instância, às clientes acima de 30-35 anos, onde já será maior a prevalência de fase pré-clínica detectável da doença. E que se leve em conta, sempre, que a realização de poucos exames espaçados em muitas mulheres pro-

duz maior impacto epidemiológico do que sua repetição freqüente em clientela restrita.

Notas Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer del Cuello Uterino". Publicación Científica n.º 248. Washington, OPS, 1972.
2. Pan American Health Organization. "Manual of Norms and Procedures for Cervical Cancer Control". Washington, PAHO, 1982.
3. Organización Panamericana de La Salud. "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino". Serie Paltex para ejecutores de programas de salud n.º 6. Washington, OPS, 1985.
4. Ministério da Saúde. "Manual de Normas e Procedimentos para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino". Brasília, Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas, 1980.
5. Ministério da Saúde. "Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama" (versão preliminar). Brasília, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas, 1985.
6. Ministério da Saúde. "Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama". Série A: Normas e Manuais Técnicos, 28. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
7. Hulka, B. "Risk factors for cervical cancer". J Chron Dis, 1982; 35: 3-11.
8. "Cervical Cancer Screening Programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force Report.: Can Med Assoc J 1982; 127: 581-89.
9. Moss, S.M. & Day, N.E. "Screening intervals and identification of high risk groups for cervical cancer". Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri-Working, paper 445. Geneve, World Health Organization, 1985.
10. "Screening strategies for cervical cancer". The Lancet 1986; II: 725-726.
11. "American Cancer Society/Guidelines for the cancer related checkup: recommendations and rationale." CA, 1980; 30: 194-240.
12. Foltz, A.M.; Kelsey, J.L. "The annual Pap Test: a dubious policy success." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 1978; 56(4): 426-462.
13. "The International Academy of Cytology Policy Screening." Acta Cytologica, 1980; 24(5): 371-372.
14. Cunha, M.N.P. "Diagnóstico da situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde." Relatório de pesquisa. Projeto Instituto Nacional do Câncer/Campanha de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro, 1985 (mimeo).