

Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino na visão do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (Pitec)

Mario Jaconianni*

Nós representamos o Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia.

Em princípio, este programa foi planejado com o intuito da criação de um laboratório de grande porte, ao mesmo tempo produtor de serviço e formador de recursos humanos em citologia, para estudo de sua viabilidade e desempenho.

Na época (1985), não tínhamos informações sobre a existência de algum laboratório de citologia que desenvolvesse essa atividade em planejamento.

Esse laboratório atende ao Estado do Rio de Janeiro, que possui, atualmente, cerca de 4,4 milhões de mulheres entre 20 e 60 anos de idade, sendo que somente o Município do Rio de Janeiro possui, nesta faixa etária, 2 milhões de mulheres.

Várias posições foram firmadas nas palestras aqui apresentadas, algumas extremamente importantes, emanadas de titulares de patologia com grande experiência sobre o assunto.

A discussão envolve dois pontos principais: a faixa etária e a periodicidade para a realização do exame de Papanicolaou nos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Em relação à faixa etária, verificamos, na literatura específica, uma grande polêmica, com tendências voltadas para se iniciar a realização dos exames em torno de 15 anos de idade.

E, no Brasil, qual será a população de risco que deveremos atingir? É sabido que são muitos fatores que influem: idade da primeira relação sexual, idade da primeira gestação e multiplicidade de parceiros, entre outros.

Qual então a faixa etária de escolha? De 20 a 64 anos de idade? Ou diminuir para 15 a 19 em diante?

Alguns autores, como Hakama, na Finlândia, afirmam que o risco maior situa-se abaixo dos 17 anos de idade. Na Alemanha Oriental, a mortalidade aumentou 29% na faixa etária de 20 a 29 anos.

O que está acontecendo? Por que o câncer invasivo de colo uterino, que sempre localizamos na faixa

de 30-35 anos de idade em diante, está agora atingindo faixas etárias menores?

Acredito que devemos refletir melhor sobre essas afirmações no momento em que buscamos um consenso para o Brasil.

No Estado do Rio de Janeiro, estamos frente a uma população de 4,4 milhões de mulheres na faixa etária dos 20-64 anos. Duas citologias consecutivas, com intervalo de um ano, resultaria em 8.800.000 citologias. Quem irá realizar esta tarefa gigantesca? Instituições particulares, universitárias ou governamentais? Devemos reconhecer que mesmo com a soma de todas as instituições isto se torna uma tarefa impossível a curto e médio prazos.

Alguns autores abordam que um ou dois exames produzem o mesmo resultado final. A solução então seria um intervalo maior a partir do primeiro exame. Mas qual? Dois ou três anos?

Nós entendemos que, feita a primeira colheita para a citologia, a paciente deveria ser revista com um intervalo de dois anos, caso, evidentemente, o primeiro resultado fosse negativo. Havendo falha de colheita ou de diagnóstico, a própria história natural da doença, sendo longa, não permitiria que o espaço de 24 meses fosse trazer maiores conseqüências, uma vez que a segunda colheita certamente definiria o diagnóstico.

A Dra. Moss, presente nesta reunião, comenta sobre programas de saúde pública afirmando que, se tomarmos um intervalo de 10 anos e fizermos uma colheita em toda a população feminina, isto será mais eficiente do que atender 50% da população feminina a cada cinco anos ou 30% a cada três anos.

Todos aqui presentes sabem que é impossível realizar tal tarefa, já que na faixa etária atualmente preconizada temos uma população feminina de 50 milhões de mulheres, o que equivale a um país como a Inglaterra ou quase como a França.

Em função da alteração dos hábitos da nossa sociedade, a faixa etária para controle está caindo para uma idade inferior a 20 anos, e isto está sendo alvo de

*Coordenador do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (Pitec).

comentários de autores que inclusive demonstram preocupação sobre esse assunto. Acredito que devemos discutir e refletir a respeito um pouco mais, no sentido de serem tomadas algumas decisões.

É evidente que todas as decisões aqui formuladas necessitam, para a sua consecução, de um esquema bastante complexo de operação, que inclui o laboratório de ponta, e que, conforme citou aqui o Dr. Zeferino, é de difícil controle seu funcionamento.

Acredito que operar laboratórios de citologia de pequeno, médio ou grande portes não é uma tarefa muito difícil, porém fazer com que os ambulatórios de uma rede de saúde pública operem satisfatoriamente se torna uma tarefa mais complexa em função do fluxo de informação para o profissional que lá atua.

Verifica-se, então, que o problema não é somente o da resolução do exame, caso este seja falso-negativo. É preciso que um conjunto de fatores atue bem, o

profissional médico deve ter meios para colher o exame, esses exames devem ser colhidos de forma ideal, o material deve estar bem fixado etc. Vários autores têm revisado lâminas de casos já diagnosticados e encontrado 75% de acerto. Dos 25% restantes, apenas 8% são devidos a erro profissional, ficando os 17% restantes classificados como "material inadequado", "artefatos biológicos" etc.

Finalmente, tenho a dizer que, quando nos orientamos no sentido de produzir um impacto sobre a taxa de mortalidade, realmente temos que escolher a faixa etária de maior freqüência do câncer de colo uterino.

E, com relação à periodicidade, o trabalho de N.E. e Day publicado pelo IARC na *IARC Scientific Publication* v. 76, do qual reproduzo o quadro abaixo, me permite achar válida e apoiar a proposta de, no nosso país, adotarmos a periodicidade de três anos para os exames de Papanicolaou.

Impacto de rastreamentos diversos a partir dos 20 anos de idade (dados de incidência referentes a Cali, Colômbia)

Incidência	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64
	[18]	[140]	[280]	[185]	[150]	[205]
Periodicidade	Taxa cumulativa			Taxa de redução percentual		N.º de exames
Sem rastreamento	4.890			-		0
Cada 5 anos, início aos 20 anos	784,8			83,9		9
Cada 5 anos, início aos 25 anos	807,0			83,5		8
Cada 5 anos, início aos 35 anos	1.129,8			76,9		6
Cada 3 anos, início aos 20 anos	422,7			91,4		15
Cada 3 anos, início aos 25 anos	443,3			90,9		13
Cada 3 anos, início aos 35 anos	771,0			84,2		10
Cada 2 anos, início aos 20 anos	327,6			93,3		23
Cada 2 anos, início aos 35 anos	691,3			85,9		15
Cada 2 anos, dos 20-39 anos	2.330,2			52,4		10
Cada 10 anos, dos 25-64 anos com 2.º exame aos 26 anos	1.760,3			64,0		5

Fonte: N.E. Day - IARC Scientific Publication v. 76.