

A EXPERIÊNCIA MUNDIAL NO CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA TENDÊNCIA E PROBLEMAS

DAVID BOYES¹

Cancer Control Agency of British Columbia – Canadá

INTRODUÇÃO

Tem-se observado nos últimos anos um grande interesse acerca da etiologia do câncer cérvico-uterino. À medida que este conhecimento seja aprimorado provavelmente haverá alterações nos meios de detecção da doença. Há pessoas que reconhecem o Papiloma vírus 16 como o que parece estar mais envolvido com o câncer de colo de útero, pois sua evidência nos casos dessa doença atinge uma porcentagem de 60 a 78%. Mas o interessante é que também se pode encontrar segmento do genoma do herpes tipo 2 praticamente na mesma porcentagem.

O "screening" para câncer de colo de útero através do exame citológico é ainda o melhor método para um programa de controle dessa neoplasia. O "screening" automatizado tem sido estudado já há algum tempo mas não se conseguiu atingir com ele a mesma eficácia que é alcançada pelo "screening" técnico. Portanto é importante que se mantenha o planejamento da atividade contando com citotécnicos.

Nunca é demais enfatizar uma das mais poderosas variáveis determinantes das populações de risco: o número de parceiros que uma mulher possui ou mesmo o comportamento de seu marido. Outros fatores — o fumo, a idade do início da atividade sexual — também são importantes, embora de menor significância. O início da atividade sexual antes dos 17 anos é também uma variável importante.

O PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER EM BRITISH COLUMBIA (B. C.) — CANADÁ

Sou Diretor da Agência de Controle do Câncer de B.C. e, para nosso programa, contamos com 20 clínicas onde são examinados novos e antigos pacientes. Não oferecemos tratamento cirúrgico (como no Brasil), mas radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e serviços de diagnóstico por toda a província. Um centro de pesquisas de 90.000 pés quadrados* nos auxilia em nossos serviços epidemiológicos.

Como temos uma pequena população — cerca de 2,3 milhões de habitantes, nossos problemas são bem mais simples que os aqui encontrados. Conseguimos registros quase perfeitos, cada caso de câncer é computado e qualquer registro de patologia que pareça errôneo, é verificado. A incidência de câncer em mulheres de B.C. tem se mantido estável desde 1971, o mesmo ocorrendo com relação à população masculina (Figuras 1a e 1b). Embora a imprensa tenha falado sobre "epidemia" de câncer, essa informação é um engano; o que tem se verificado é um aumento do número de pacientes examinados.

Câncer é basicamente uma doença de pessoas mais velhas (à exceção do câncer cérvico-uterino); cerca de 2/3 da população com câncer possuem, assim, uma idade média de 60 anos. Desde a II Guerra temos observado um aumento de expectativa de vida de 11% nos homens e de

* 580,5m²

¹Diretor. Consultor da Organização Panamericana da Saúde. Endereço para correspondência: 600 west 10th Avenue. Vancouver, B.C. — Canadá. V5Z 4E6.

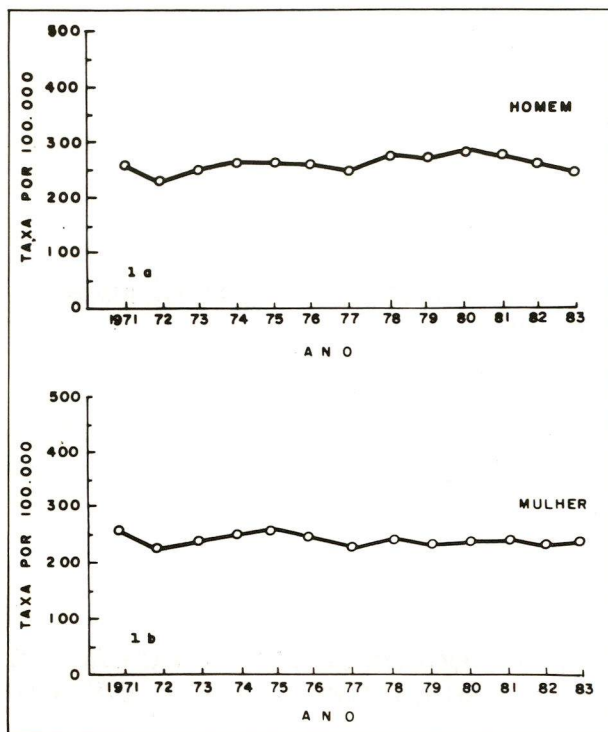


Figura 1 — Taxas de incidência padronizada para todos os cânceres diagnosticados em B. C., 1971-1983, em homens (1a) e mulheres (1b) (carcinoma epidermóide e basocelular da pele excluídos).

14% nas mulheres de mais de 60 anos em cada década. Dessa forma, ao deixar de morrer em idade mais jovem por outras doenças, um maior número de pessoas fica sujeito a desenvolver câncer.

Em relação ao carcinoma de colo-uterino, houve um significativo aumento inicial de casos "in situ" (Tabela 1), devido ao fato de estarmos realizando um número maior de exames citológicos. Países que não possuem um programa de controle de câncer têm observado um grande aumento de carcinoma invasivo em mulheres jovens. Portanto, iniciar e manter um programa é fator de suma importância, já que lidar com carcinoma "in situ" é bem melhor, menos dispendioso e com maiores chances de tratamento que trabalhar com carcinomas invasivos.

Em nossa realidade (Figura 2), a idade média de diagnóstico do carcinoma "in situ" é 34 anos; do microinvasivo, 43 anos; do carcinoma oculto, 48 anos e do carcinoma clínico, 52 anos. Este último grupo morre em média aos 55 anos, ou seja, três anos após o início do tratamento.

Consideramos uma importante lesão a displasia. Através de um estudo que realizamos (Tabela 2), notamos que provavelmente cerca de 2/3 das displasias persistem ou mesmo progridem para níveis piores, enquanto apenas aproximadamente 1/3 delas (displasias leves) regride. Portanto, quando se planeja um programa, deve-se levar em conta não só os carcinomas "in situ", mas essas displasias que poderão se transformar em futuros carcinomas de difícil tratamento.

Um outro aspecto que nos interessa é observar as diferenças no aparecimento de casos entre as mulheres que entram ou não em um programa de "screening". Num programa de "screening" voluntário, casos de câncer invasivo ainda continuam aparecendo e temos analisado o por quê disso. A razão mais comum está ligada aos tumores com um tipo de célula difícil de ser diagnosticada, um carcinoma de pequenas células, um carcinoma da endocervix que não apresenta muitas células malignas para observação ao exame citológico. Outra razão é a de que há um grupo de carcinomas que crescem muito rapidamente. A terceira razão está ligada a erros de laboratório, erros que acontecem mesmo com a automação. Finalmente, algumas mulheres entram no programa fazendo um exame e nunca mais realizam outros.

Em uma população examinada, observa-se a incidência de 4 a 4,5 pessoas com câncer em 100.000; numa não examinada, este número passa a 35 em cada 100.000 indivíduos (Tabela 3). Esta é a melhor proteção que se pode dar às pacientes quando se começa um programa de "screening"; não se pode impedir a doença totalmente, mas conceder à mulher sete vezes mais chance de não desenvolver câncer de colo de útero.

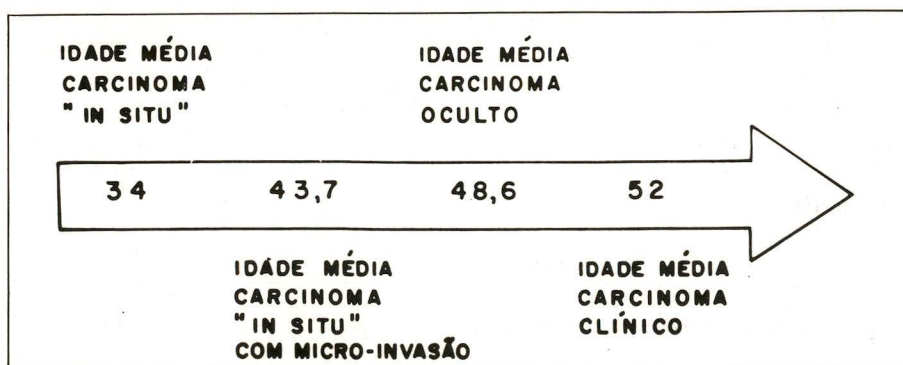


Figura 2 — História natural do carcinoma do colo uterino, baseada na idade média à época do diagnóstico (modificado de Canadian Medical Association Journal, vol. 114, June 5, 1976).

TABELA 1: Casos de carcinoma "in situ" e carcinoma invasivo pré-clínico detectado em B. C.

ANO	CASOS DO "SCREENING"	CARCINOMA "IN SITU"	"IN SITU" COM MICROINVASÃO	CARCINOMA INVASIVO OCULTO	CARCINOMA MICRO-INVASIVO E OCULTO
1949-54	21.593	111	6	9	13,5%
1955-59	114.250	506	33	21	10,7%
1960-64	500.626	1.541	109	105	13,9%
1965-69	1.055.626	3.158	140	160	9,5%
1970-74	1.718.894	3.926	96	142	6,1%
1975-79	2.462.733	7.510	103	112	2,9%
1980-83	1.854.898	6.893	103	71	2,5%
Total	7.728.620	23.645	590	620	5,5%

TABELA 2: Evolução espontânea de casos de displasia

GRUPO ETÁRIO	Nº TOTAL DE CASOS	Nº DE CASOS PROGREDINDO OU PERSISTINDO	Nº DE CASOS REGREDINDO
Coorte II*			
25 - 29	126	82 (65%)	44 (35%)
30 - 34	632	434 (69%)	198 (31%)
Coorte I**			
40 - 44	193	122 (63%)	71 (37%)
45 - 49	402	257 (64%)	145 (36%)

* Nascidos em 1929-33

** Nascidos em 1914-18

Seguidos até o final de 1969

EFETIVIDADE DO PROGRAMA

Atingimos ao final de 30 anos, uma cobertura acumulada de 85% (Tabela 4). Essa é a cobertura máxima possível já que a população sofre variações ao longo dos anos e assim, muitas mulheres, que foram estudadas há 30 anos, morreram, enquanto a cada ano, muitas jovens entram no grupo de 20 anos ou mais.

Tomando-se a incidência da doença, em 1955, em mulheres sem "screening" (28,5 por mil) e retirando-se a incidência na população com "screening" (4,5 por mil), teremos a proporção de casos que teoricamente pode ser reduzida pelo "screening". Com 85% de cobertura que corresponde à máxima efetividade alcançada, a

proporção passa a ser de fato 24 por mil, que subtraída da incidência em mulheres sem "screening" será equivalente à menor incidência possível de ser atingida ou ainda a uma queda máxima teórica de 71,5%.

Podemos dizer que nosso programa em British Columbia funcionou. O "screening" reduziu a incidência e mortalidade por câncer invasivo. Se comparado a outras províncias do Canadá (que posteriormente em pouco tempo alcançaram a situação de B.C.) (Figura 3), fica evidente a correlação, entre cobertura do "screening" e decréscimo da mortalidade, entre 1960-62 e 1970-72. Isto vale dizer que é bem melhor examinar um grande número de pessoas uma vez do que examinar poucas várias vezes.

TABELA 3: Revisão da incidência de carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos de idade em British Columbia em segmentos, mapeados e não mapeados, da população.

ANOS	MAPEADOS ("SCREENED")			NÃO MAPEADOS ("UNSCREENED")		
	"SCREENING" DE MULHERES EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR: ESTIMATIVA (EM MILHARES)	CASOS DE CARCINOMAS CLINICAMENTE INVASIVOS	TAXA POR 100.000	MULHERES NÃO INCLUÍDAS EM "SCREENING" EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR: ESTIMATIVA (EM MILHARES)	CASOS DE CARCINOMAS CLINICAMENTE INVASIVOS	TAXA POR 100.000
1961	120,9	5	4,14	375,1	110	29,33
1962	164,2	7	4,26	338,8	71	20,96
1963	214,9	10	4,65	298,4	88	29,52
1964	260,0	12	4,6	266,8	74	27,8
1965	300,7	13	4,3	242,5	67	27,7
1966	342,7	17	4,9	223,8	60	26,8
1967	383,8	22	5,7	208,6	63	30,2
1968	423,0	17	4,7	192,4	60	31,2
1969	463,0	17	3,7	175,2	72	41,4
1970	507,8	27	5,3	156,6	55	35,1
1971	553,3	28	5,1	133,9	45	33,6
1972	593,4	27	4,5	119,7	39	32,6
1973	632,4	22	3,5	109,0	49	44,9

TABELA 4: Previsão calculada de queda máxima em incidência*

Incidência do carcinoma epidermóide invasivo do colo uterino	
em mulheres não incluídas no "screening"	28.5
em mulheres do "screening"	4.5

Percentual de mulheres "screening" após 30 anos	85%

Cálculo do efeito do programa na incidência	
28.5	- 4.5 = 24
85%	de 24 = 20.4
28.5	- 20.4 = 8.1 (máximo)

* O programa de "Screening" em B. C. para câncer do colo uterino - taxas por 100.000 da população feminina com mais de 20 anos.

Um dos problemas freqüentes com relação a um programa de controle de câncer é que ele requer uma filosofia diferente da que costumamos ter. Tendemos a usar a maioria dos testes como testes diagnósticos, e "screening", de fato, não é um teste diagnóstico, mas uma medida de saúde pública. Para ser efetivo tem que ser feito em amplas bases, da forma mais barata possível e razoável acuidade.

Quando um programa voluntário é iniciado, todos os recursos são usados para atrair a comunidade, utilizando-se meios de comunicação em geral. Normalmente, as mulheres que atendem ao chamado da forma mais imediata são as que já têm sintomas: sangramento anormal, as que possuem câncer no estágio 1, tratáveis pela cirurgia ou radioterapia. A taxa de mortalidade não é alterada substancialmente, se está preve-

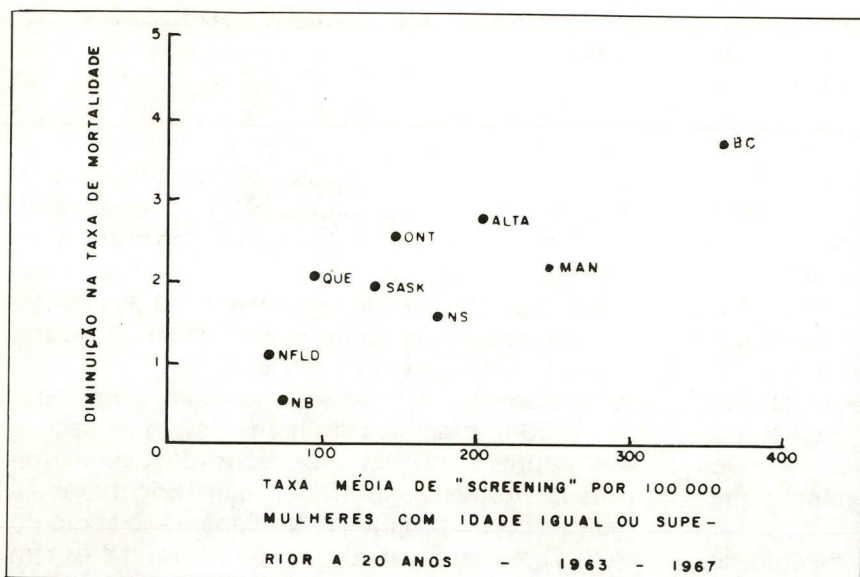


Figura 3 — Mortalidade do câncer do colo uterino nas províncias canadenses. Diminuição nas taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 mulheres com câncer do colo uterino com idade de 20-54 anos, entre 1960-62 e 1970-72 (BC = British Columbia; Alta = Alberta; Ont. = Ontario; Man = Manitoba; Sask = Saskatchewan; NS = Nova Scotia; Nfld = Newfoundland; Que = Quebec; NB = New Brunswick).

nindo apenas este estágio do carcinoma cérvico-uterino. Temos que conseguir os 2/3 da população ou mais, antes de pensar em conseguir convencer aquelas mulheres que estão muito relutantes em vir. Deve-se expor o problema aos líderes da comunidade e às pessoas que de alguma forma exercem influência na população.

Contudo, antes de fazer qualquer esforço no sentido de aumentar o número de pacientes examinadas, deve-se verificar se o programa possui capacidade de atender à demanda esperada (se está bem organizado, com o pessoal treinado e suficientes recursos materiais, etc.). Caso contrário, um grande interesse será em vão desperdado, com produção de uma enorme ansiedade e frustração da comunidade.

É muito mais econômico realizar os exames citológicos em grandes laboratórios (que fazem cerca de 100.000 exames anuais) que em pequenos, de menor capacidade. Em 1962, fazer um exame num pequeno laboratório no Canadá custava cerca de US\$ 14; o mesmo custaria US\$ 4 se fosse utilizado um grande laboratório. Para um programa de "screening" é fundamental se pensar em laboratórios de maior capacidade, com apoio da histopatologia. Administrar um laboratório de citologia sem se associar com a histopatologia, sem a vantagem de analisar as biópsias e observar novamente a citologia, afeta mesmo o controle de qualidade.

Hoje em dia, temos ótimas condições para iniciar um programa em termos de manutenção de registro, pois a tecnologia está disponível e é relativamente barata. Desenvolvemos o "pacote de citologia", que realiza os registros, envia os resultados para os médicos (à exceção dos casos positivos cujo diagnóstico final é dado pelo pa-

tologista) — enfim, produz a história do paciente que pode ser aplicada nos estudos epidemiológicos. Além disso, prevê meios sólidos o suficiente para se identificar as pacientes que devem repetir seus exames, biópsias ou o que quer que seja para uma real efetividade do programa.

Cada comunidade possui especificidades que determinam a execução de um programa. O que é bom para B.C. pode não ser bom para o Brasil; o que é bom em 1985 também pode não ser para 1995. Todas as informações devem ser, portanto, avaliadas e o programa acompanhado, tendo-se em vista as características da população examinada.

A organização do programa é fundamental. Temos nossos laboratórios com uma ampla base técnica, cerca de 40 citotécnicos por citopatologista; e tudo caminha muito bem. Em nosso sistema piramidal, os técnicos assumem cada vez mais responsabilidade — de 2.300 exames diários, compete ao patologista observar apenas cerca de 80, cabendo todo o restante aos citotécnicos.

PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA

Não conseguimos ainda instrumentos necessários para fazer um grande programa de controle de câncer de mama. Até o momento, o melhor estudo feito é o Health Insurance Plan*. Estamos conduzindo um ensaio clínico no Canadá com 290.000 mulheres, realizando mamografia

* Ensaio clínico para avaliação da eficácia da mamografia onde se constatou que a mortalidade no grupo de mulheres que usou esse procedimento foi 1/3 menor que no grupo de controle. Estudos feitos na Holanda, com mamografia anual em mulheres de 50 a 69 anos, apontaram a mesma tendência.

em metade delas e auto-exame de mama na outra. Dentro de dois anos poderemos comparar os resultados nestes dois grupos. O que já podemos aceitar é que em mulheres de 50 a 69 anos pode-se constatar câncer invasivo cedo o bastante através da mamografia, reduzindo a mortalidade em 1/3 (em relação ao câncer de colo de útero pode-se reduzir a mortalidade em 75% com um programa de "screening"). Em relação a outros procedimentos diagnósticos, a termografia e o ultra-som não apresentaram bons resultados conosco. Apesar de detectar lesões pequenas, o ultra-som não diferencia lesões císticas das sólidas. A transiluminação parece ser melhor do que a mamografia em mulheres jovens, mas não houve nenhum programa de "screening" que tenha testado este procedimento.

A grande diferença entre o câncer de colo de útero e o de mama é que enquanto o primeiro atinge freqüentemente pessoas com uma idade média de 50 anos, o segundo alcança as mulheres dez anos mais velhas. Assim, ao se lidar com controle de câncer cérvico-uterino estamos lidando com mulheres mais jovens, com famílias e responsabilidade perante sua comunidade. Considero mais válido atacar de imediato o câncer cérvico-uterino, apesar dos altos índices do câncer de mama. Isso ajudaria mais e daria maiores benefícios à comunidade.

É muito mais fácil a organização de um programa de "screening" para colo de útero que para câncer de mama, pois neste tem-se que oferecer a cada paciente uma máquina e um técnico, além de se ter a preocupação em medir a quantidade de radiação efetuada. O controle de qualidade deve ser muito mais rigoroso e efetivo.

PROGRAMA DE PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS

Não existem muitos programas realizados em países subdesenvolvidos (se bem que essa expressão é bastante vaga). Estávamos observando Barbados e analisamos que ele não é subdesenvolvido se levarmos em conta a população e seu estilo de vida. Pessoas mais idosas estão com uma expectativa de vida cada vez maior, há água potável, inspetoria de carne e uma gama de fatores que favorecem a saúde pública.

Iniciamos um programa no Chile em meados de 1960 e atingimos um bom número de pacientes pobres e necessitados; contudo tivemos diversos problemas políticos que dificultaram a realização do programa. No Panamá, o apoio do rádio para atrair maior número de mulheres tem tido grande êxito. Cada país deve tratar de seu programa de acordo com seus próprios interesses e especificidades. Estou certo de que as atividades realizadas em B.C., por exemplo, podem não ter o mesmo sucesso se efetuadas do mesmo modo no Brasil. Até mesmo a forma de se chegar aos pacientes é diferente e particularizada.

Antes de se pensar em qualquer programa de controle do câncer em países subdesenvolvidos, devem-se criar condições mínimas para o bem-estar e saúde de suas populações: água potável, higiene e alimentação nutritiva são fatores indispensáveis para uma futura organização e execução de programas efetivos. O câncer é uma doença característica de pessoas mais idosas; devemos dar às pessoas condições de chegar à velhice para, então, combatermos os carcinomas que se desenvolverem.