

Simpósio II: "Parâmetros para Programação e Avaliação das Atividades de Controle"

MÉTODOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

DAVID BOYES¹

Cancer Control Agency — British Columbia, Canadá.

INÍCIO DO PROGRAMA EM BRITISH COLUMBIA (B. C.)

Quando começamos nosso programa do câncer cérvico-uterino em B. C. (1949), solicitamos apoio à Associação Médica através das seções de Patologia e Ginecologia. Se todos fôssemos com um mesmo ideal pedir auxílio ao Governo, provavelmente conseguiríamos os recursos necessários para a execução do programa. Os ginecologistas eram nossos aliados; contudo, alguns patologistas estavam relutantes, já que viam a possibilidade de ganhar algum dinheiro extra realizando exames citológicos.

O Governo, apesar desses percalços, nos ajudou. Pedimos um laboratório central para ter um programa eficiente e válido. Em meados de 1955 começamos a treinar os médicos e técnicos para o serviço e, em 1960, conseguimos o apoio da Sociedade de Câncer (que possui unidades em todo o país) no que tange ao recrutamento de pacientes.

Um fator que ajudou a consolidação foi a introdução das pílulas anticoncepcionais, em 1962. Como não sabíamos se o uso delas propiciava o surgimento do câncer (assim como a utilização do DIU), sugerimos à Associação Médica que se fizessem exames citológicos nas mulheres que se valessem desses métodos anticoncepcionais. Hoje o programa está estável, alcançando cerca de 85% de nossa população. Temos uma base de 4.000 médicos enviando amostras para nosso laboratório, e 20 clínicas de colposcopia. Treinamos nossos colposcopistas com relação ao fornecimento de informações necessárias para nosso sistema de registro computadorizado.

Concentramo-nos no combate ao câncer cérvico-uterino e realizamos um serviço tão eficiente quanto pudemos, com o apoio da Sociedade de Câncer. Temos a Campanha da Primavera onde, a cada ano, enfatizamos a necessidade do exame citológico anual, recomendação nem sempre seguida; na prática, a maioria das mulheres faz seu exame de dois em dois anos.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS — DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

Alguns números podem exemplificar como nosso programa tem se desenvolvido e produzido grandes vitórias em relação ao combate ao câncer. Se, de 1949 a 1954 observávamos apenas cerca de 21.000 mulheres, de 1980 a 1983 esta cifra chegou a quase dois milhões de exames (Tabela 1).

A incidência de carcinoma invasivo em mulheres acima de 20 anos (Tabela 2 e Figura 1) era, no início do programa, de 28,4 em cada 100.000 pacientes examinadas. Em 1983, conseguimos reduzi-la para 6,9. Quanto à mortalidade, este índice é bem menos exato que a incidência e leva muito mais tempo para se alterar significativamente. Se for observado o registro de mortalidade, percebe-se um grande número de erros e omissões. Devido a este fato reforçamos a necessidade vital de aperfeiçoamento no sentido de minorar essas falhas, prejudiciais para uma perfeita avaliação da doença. Em 1983 chegamos a ter uma taxa de 3,3 óbitos por 100.000 mulheres acima de 20 anos, por câncer cérvico-uterino; em 1958, a taxa era de 11,4 (Tabela 3 e Figura 2).

¹ Diretor. Endereço para correspondência: 600 west 10th Avenue. Vancouver — British Columbia. Canada. V5Z 4E6.

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: Incidência do carcinoma epidermóide invasivo do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos em B. C.

| ANO | POPULAÇÃO EM MILHARES | TOTAL DE CASOS | INCIDÊNCIA POR 100.000 |
|------|-----------------------|----------------|------------------------|
| 1955 | 422.9 | 120 | 28.4 |
| 1962 | 503.0 | 78 | 15.5 |
| 1967 | 592.4 | 85 | 14.3 |
| 1972 | 713.1 | 66 | 9.2 |
| 1977 | 845.5 | 64 | 7.6 |
| 1983 | 1.023.4 | 71 | 6.9 |

SEGUIMENTO DOS CASOS

No início do programa verificamos que tínhamos a obrigação de seguir nossos casos por muito tempo a fim de saber se nosso tratamento era apropriado: devemos acompanhar nossas pacientes pelo resto de suas vidas, se é que queremos um serviço de prevenção eficiente.

Quando começamos a observar e descobrir os tipos de câncer invasivo e pré-clínico, não sabíamos como tratá-los. A solução foi classificá-los e acompanhar seu comportamento. Temos tratado alguns com histerectomia, outros com cone, de forma moderada (no passado utilizávamos his-

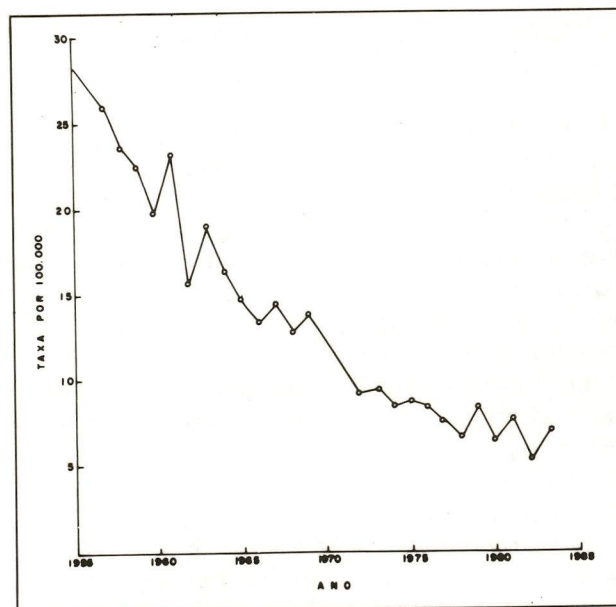


Figura 1 — Incidência do carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos.

terectomias de modo bastante radical). Os resultados obtidos foram, até agora, satisfatórios (Tabelas 4, 5 e 6).

CONTROLE DE QUALIDADE

Em relação aos exames citopatológicos, vemos que a porcentagem de falsos-positivos aceitável gira em torno de 3 ou 4% dos exames analisados. Em B. C. essa taxa foi alcançada; confirmamos todas as suspeitas de casos positivos e dúvidas só persistem em casos extremados, como no caso de uma paciente possuir doença cardíaca e não permitir uma biópsia para confirmação.

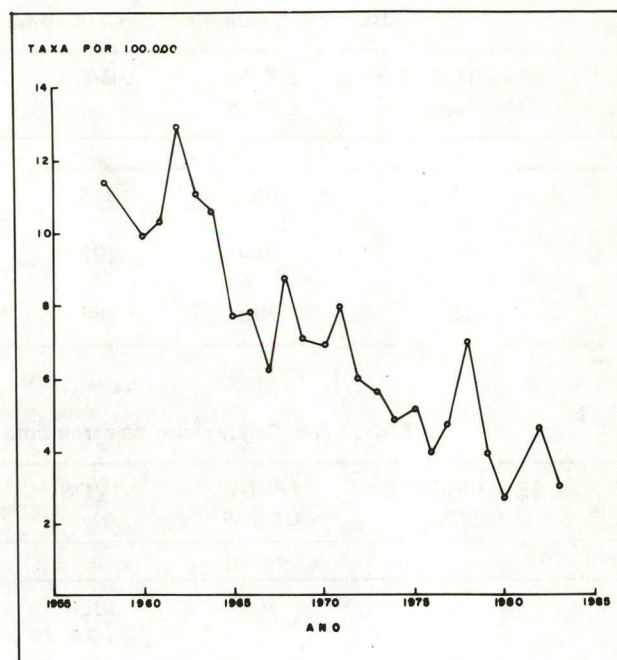
TABELA 3: Taxas de mortalidade por carcinoma epidermóide do colo uterino em B. C.

| ANO | POPULAÇÃO EM MILHARES ACIMA DE 20 ANOS DE IDADE | Nº DE MORTES | TAXAS POR 100.000 |
|------|---|--------------|-------------------|
| 1958 | 473,0 | 54 | 11,4 |
| 1962 | 503,0 | 65 | 12,9 |
| 1967 | 592,4 | 38 | 6,4 |
| 1972 | 713,1 | 43 | 6,0 |
| 1977 | 846,4 | 40 | 4,7 |
| 1983 | 1.023,4 | 34 | 3,3 |

O que fazemos com a taxa de falsos-negativos é utilizar o número de carcinomas "in situ" diagnosticados num determinado ano como denominador. Como numerador, usamos aqueles que tinham a doença durante o ano em que se coletou o denominador, mas descobriu-se depois.

É necessário um laboratório com um bom controle de qualidade, na proximidade de 5% de falsos-negativos. Isto depende da efetividade de seu registro e do cuidado em se verificar e analisar os erros obtidos. O exame citológico é, sem dúvida, um teste surpreendentemente exato.

Para controle de qualidade, cada nível técnico

**Figura 2 — Mortalidade do carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos em B. C.**

"checa" o outro, evitando a continuação dos erros. A cada dia há revisão de casos atípicos e dos casos normais, para maior certeza. O sistema de registro também é usado para ver se a proporção de exames atípicos classificados por um técnico é semelhante à proporção dos outros técnicos. Acharmos que, no Brasil, o problema maior com relação a um programa de prevenção do câncer está mais ligado ao fator organização. Há grande habilidade técnica em termos de diagnóstico e tratamento, e uma maior preocupação em relação ao problema propiciaria a formação de um eficiente programa.

TABELA 4: Tipo e localização de 67 casos de doença subsequente encontrados no seguimento de 3.688 casos de carcinoma epidermóide "in situ" do colo uterino

| MÉTODO DE TRATAMENTO | Nº DE CASOS | CARCINOMA "IN SITU" | | CARCINOMA "IN SITU" COM FOCOS INVASIVOS MICROSCÓPICOS | | CARCINOMA INVASIVO OCULTO | | CARCINOMA CLINICAMENTE INVASIVO | | |
|----------------------|-------------|---------------------|-----------------|---|----------|---------------------------|----------|---------------------------------|----------|----------------|
| | | COLO UTERINO | VAGINA | COLO UTERINO | VAGINA | COLO UTERINO | VAGINA | COLO UTERINO | VAGINA | OUTROS |
| Biópsia marginal | 9 | 6* | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Biópsia em cone | 31 | 28* | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Histerectomia | 24 | 0 | 19 [†] | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 [‡] |
| Radioterapia | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAIS | 67 | 35 | 20 | 1 | 0 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |

* Um caso envolvendo colo uterino e vagina — † Dois casos envolvendo também os lábios — ‡ Um caso tinha metástase na parede pélvica e um caso tinha um novo foco de doença na região perianal

TABELA 5: Seguimento de Carcinoma "in situ" com focos microscópicos de invasão

| SEGUIMENTO (ANOS) | Nº DE CASOS | VIVOS | MORTES PELA DOENÇA | MORTES POR OUTRA DOENÇA | SEM SEGUIMENTO |
|-------------------|-------------|-------|--------------------|-------------------------|----------------|
| 5 | 353 | 316 | 1 | 17 | 19 |
| 10 | 249 | 192 | 1 | 24 | 32 |
| 15 | 120 | 80 | — | 19 | 21 |

TABELA 6: Seguimento de carcinoma epidermóide invasivo oculto do colo uterino

| SEGUIMENTO (ANOS) | Nº DE CASOS | VIVOS | MORTES PELA DOENÇA | MORTES POR OUTRAS DOENÇAS | SEM SEGUIMENTO |
|-------------------|-------------|--------------|--------------------|---------------------------|----------------|
| 5 | 391 | 335 85,7% | 24 6,1% | 18 4,6% | 14 3,6% |
| 10 | 252 | 184 73,0% | 17 6,7% | 35 13,9% | 16 6,4% |
| 15 | 102 | 65 63,7% | 9 8,8% | 22 21,6% | 6 5,9% |