

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-

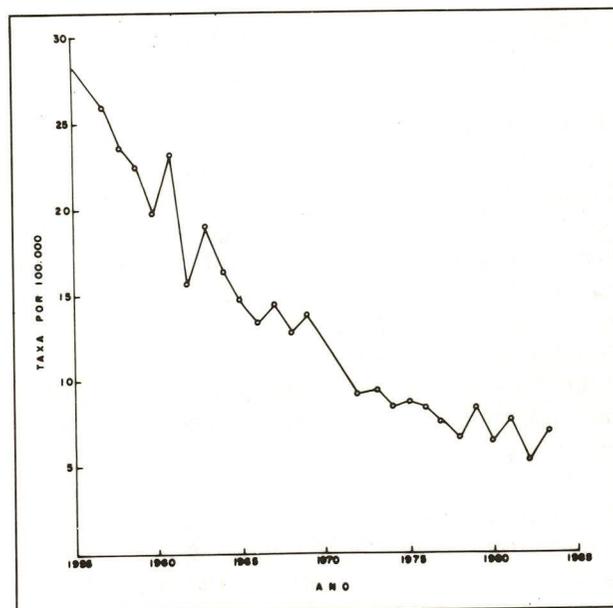


Figura 1 — Incidência do carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos.

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.

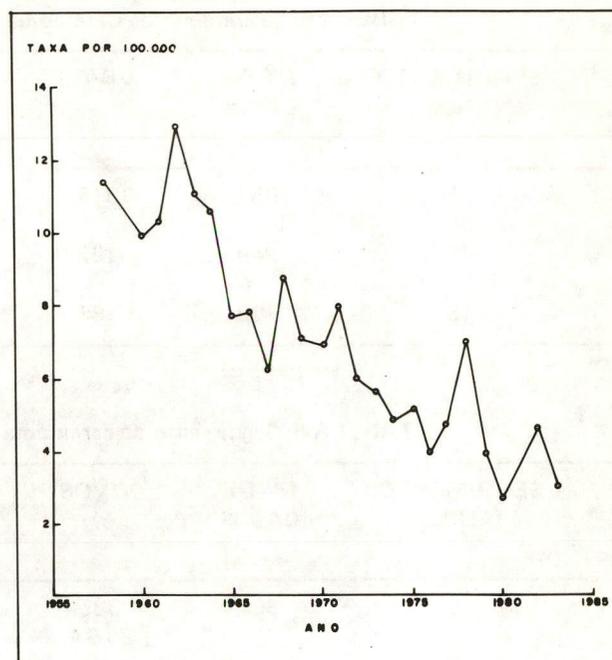
TABELA 3: Taxas de mortalidade por carcinoma epidermóide do colo uterino em B. C.

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%