Prevenção de câncer de colo uterino: desafios de uma década

Cervical cancer prevention: challenges in a decade

Mirian Helena Hoeschl Abreu Macedo[1]
Agnaldo Lopes da Silva Filho[2]
Isis Maria Quezado Soares Magalhães[3]

[1]Ginecologia Oncológica do Hospital Regional da Asa Norte da secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.
[2]Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte-MG, Brasil.
[3]Hematologia Pediátrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
SMPW quadra16, conjunto 2 lote 3 casa A, Park Way, Brasília-DF. 71741-602, Brasil.
mirianhoeschl@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar no ambulatório de ginecologia oncológica, dentro de um serviço terciário no Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, quais fatores estariam contribuindo para o insucesso do programa de prevenção do câncer de colo uterino em especial aqueles relacionados aos formulários, ao cadastro de resultados no SISCOLO e ao acompanhamento das pacientes com alterações na colpocitologia oncótica.

Método: A coleta de dados foi feita através da revisão e anotação das dificuldades encontradas durante o atendimento de pacientes com alterações na colpocitologia oncótica no ano de 2010, atendidas no ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital Regional da Asa Norte, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal comparando-as às dificuldades encontradas na literatura através de meio eletrônico no MEDLINE, LILACS e Cochrane Library.

Resultados: Durante 6 meses, foram selecionados resultados de exames com alterações colpocitológicas. Os problemas identificados foram: endereços inexistentes, errados ou incompletos; telefones errados, incompletos ou inexistentes; transcrições inadequadas de dados tanto para o meio físico como para o eletrônico; incongruências entre instrumentos físico e eletrônico; controle insuficiente de dados tanto nos ambulatórios como na Central de Citopatologia de referência e contra referência; profissionais terceirizados na alimentação do SISCOLO. De outro lado, um número reduzido de profissionais médicos e de apoio à atividade médica (enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Conclusão: A mortalidade por câncer cervical no Brasil tem se mantido estável apesar dos programas de prevenção de câncer cervical. Neste estudo, observou-se uma baixa cobertura populacional aliada a fatores operacionais. Em outros países, estas incidências diminuíram significativamente com ações básicas de saúde e com boa cobertura populacional,

e hoje o que buscam é o aperfeiçoamento de métodos diagnósticos, considerando-se também a relação custo efetividade das ações.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino; Prevenção e controle; Rastreamento.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to identify at the oncological gynecology unit, within a tertiary care service at the North Wing Regional Hospital of the Federal District State Secretariat of Health, which factors would be contributing for the uterine cancer prevention program lack of success, particularly those related to forms, to results registry in the SISCOLO, and patients' follow up with oncotic colpocytology.

Method: Data collection was undertaken through the review and noting of difficulties found in patients care with Pap smears alterations during 2010, assisted in the Oncology Gynecology Unit at the North Wing Regional Hospital, of the Federal District State Secretariat of Health, comparing them to difficulties found in literature through electronic means in MEDLINE and LILACS.

Results: During 6 months, exams results showing colpocytological alterations were selected. Identified problems were: non-existing, wrong or incomplete address; wrong, incomplete or non-existing telephone numbers; inadequate data transcription both in physical and electronic means; non-congruencies between physical and electronic instruments; insufficient data control both at health unit and at the reference and counter-reference Cytopathology Central; outsourced professionals in SISCOLO inputting. In the other hand, a reduced number of physicians and medical supporting staff (nurses and nursing technicians).

Conclusion: Mortality due to cervical cancer in Brazil has been stable despite the cervical cancer prevention program. This study showed a low population coverage allied to operational factors. In other countries, these incidences decreased significantly with basic health actions and with a good population coverage, and currently what is sough is the enhancement of diagnosis methods, considering actions cost-effectiveness ratio as well.

Keywords: Uterine cervical cancer; Prevention and control; Screening.

INTRODUÇÃO

No ano de 1998, o Ministério da Saúde motivado por dados estatísticos, embasado em consultorias internacionais, instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino – PNCC. Desde então, passaram-se cerca de 10 anos sem que esta e outras políticas conseguissem diminuir a incidência e mortalidade por câncer de colo uterino. A estimativa para o ano de 2010 foi de 18.680 casos novos, e observa-se que desde a instituição dos programas de prevenção no Brasil estes valores permanecem estáveis[1]. Diversos trabalhos no mundo todo procuram estabelecer quais seriam as melhores abordagens diagnósticas a fim de evitar doença grave no colo uterino como o câncer em estádios avançados. Os benefícios do rastreamento por meio da colpocitologia oncótica (CO) não foram obtidos de forma homogênea em todo o mundo: ainda hoje, a cada ano, meio milhão de mulheres são vítimas do câncer do colo uterino (CC) e metade delas morre da doença[2]. Ou seja, o melhor método de rastreamento do câncer de colo uterino, cujo objetivo principal é o rastreamento de lesões invasoras através da detecção e tratamento de lesões pré-neoplásicas[3] , ainda permanece incerto (Katz, 2010)[4]. As recomendações incluem a simples colpocitologia, a colposcopia, o teste DNA-HPV, ou até mesmo a repetição da colpocitologia[4-6]. No Brasil, o rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde é a realização do exame Papanicolaou ou colpocitologia oncótica, sendo a mulher submetida à colposcopia quando o resultado da colpocitologia estiver alterado[7].

Embora essa não seja a realidade para a maioria das neoplasias que ocorrem em humanos, a incidência e a mortalidade por CC podem ser controladas por meio de rastreamento e ações educativas. O que particulariza o CC em relação às demais neoplasias é o fato de este câncer desenvolver-se a partir de lesões pré-invasoras bem definidas, de comportamento conhecido, e de evolução lenta, as chamadas "neoplasias intraepiteliais cervicais" (NIC)[8]. Isto é, o diagnóstico de lesões precursoras é baseado na identificação de células cervicais anormais na CO[8]. Estima-se uma redução de até 80% na mortalidade por este câncer a partir do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos com o teste de Papanicolaou e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma "in situ"[1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002)[9]. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2007)[10].

O objetivo deste estudo foi identificar no ambulatório de ginecologia oncológica, dentro de um serviço terciário no Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, quais fatores estariam contribuindo para o insucesso do programa de prevenção do câncer de colo uterino em especial aqueles relacionados aos formulários, ao cadastro de resultados no SISCOLO e ao acompanhamento das pacientes com alterações na CO.

MÉTODO

A coleta de dados foi feita através da revisão e anotação das dificuldades encontradas durante o atendimento e a localização de pacientes que apresentaram alterações na colpocitologia oncótica no ano de 2010, no ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital Regional da Asa Norte, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, comparando-as às dificuldades encontradas na literatura através de meio eletrônico no MEDLINE and LILACS.

RESULTADOS

A população feminina com idade de 25 a 60 anos no Distrito Federal foi estimada em 691.141 mulheres (Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010); foram realizadas 101.948 colpocitologias no DF em 2010, isto é (14,75%) da população alvo foi submetida ao exame preventivo.

Durante 6 meses, foram selecionados 99 resultados de exames com alterações colpocitológicas. Em uma amostra de 50 resultados já no formato digital SISCOLO, 30 apresentavam endereço inexistente ou inadequado, ausência de telefone ou incompleto ou número inexistente, dificultando ou impossibilitando a localização das pacientes num primeiro momento. Destes 30 resultados, depois da busca ativa na ficha de atendimento médico que é enca-

minhada à Central de Citopatologia da SESDF, apenas 6 não apresentaram as informações necessárias: 4 sem telefone, e dois telefones onde não existia a pessoa que deveria ser localizada. Buscando os motivos para isto, poderíamos enumerar algumas dificuldades: a transcrição dos dados da ficha física (instrumento de coleta de dados da paciente nos postos e ambulatórios) não corresponde fielmente à ficha digital no que se refere, principalmente, ao número de caselas para digitação do número de telefone que atualmente conta com 8 dígitos mais o DDD. Ao final da digitação do número de telefone, fica faltando o último algarismo/digito. Os endereços quase sempre apresentam inexatidão: as pacientes têm dificuldades para dizer o endereço, fornecem endereço incompleto, não sabem referir o código de endereçamento postal (CEP). Outras moram em áreas rurais onde a descrição do endereço é imprecisa. Outro aspecto muito importante é que o sistema não identifica nomes semelhantes como podendo corresponder a mesma pessoa: em geral, o nome das pacientes é escrito na ficha (meio físico), depois é digitado no SISCOLO. O que acontece nestas etapas: nos ambulatórios são feitas abreviações, acentos são omitidos, tocam-se letras como S por Z em Souza, um S no lugar de dois e assim por diante. Não existe um sistema de segurança que evite gerar dados inadequados ou que pacientes sejam duplicadas Quando se chega ao meio digital, praticamente, os dados são de outra paciente. Depois que os dados são digitados no SISCOLO, um resultado impresso retorna aos locais de origem com todos os erros acumulados: diante das alterações introduzidas ao longo deste processo, torna-se bastante trabalhoso localizar as verdadeiras pacientes que necessitam de acompanhamento com colposcopia. Nos casos de colpocitologias alteradas, sem que se consiga localizar a paciente por telefone, um agente de saúde é deslocado para esta tarefa. Não existe uma estimativa nem controle de quantas mulheres, depois de um primeiro exame, retornam para buscar seus resultados. No HRAN, todos os exames são arquivados depois de revistos pelo profissional de enfermagem, mas mesmo assim, não se sabe quantas das pacientes localizadas compareceram à consulta médica para submeterem-se a seguimento e procedimentos. Não se tem controle de seguimento ambulatorial. Existe um número restrito de vagas para consultas no ambulatório de ginecologia oncológica no HRAN devido ao número insuficiente de profissionais médicos para atender aos casos que necessitam de colposcopia e biópsia. Por fim, o número de neoplasias permanece estável nos últimos dez anos.

DISCUSSÃO

Em 2010, a população feminina do Distrito Federal foi estimada em 691.141 mulheres em idade de rastreamento (Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010); foram realizadas 101.948 colpocitologias no DF. Existem dificuldades importantes quanto à organização do sistema de rastreamento apesar de formalizado: segundo a International Agency for Research on Cancer (IARC), um programa organizado, baseado na colpocitologia oncótica, com rodadas de rastreamento a cada três ou cinco anos para população-alvo com idade entre 25 e 59 anos pode reduzir a incidência de CC em 80% entre a população rastreada[11]. No transcorrer deste estudo, foram detectados: endereços inexistentes, errados ou incompletos; telefones errados, incompletos ou inexistentes; transcrições inadequadas de dados; incongruências entre instrumentos; controle insuficiente de dados; profissionais terceirizados na alimentação do SISCOLO; um número reduzido de profissionais médicos e de apoio à atividade médica (enfermeiros e técnicos de enfermagem) além da baixa cobertura da população-alvo que no do estudo alcançou apenas 14,75% - seriam necessárias 552.913 colpocitologias para se alcançar a meta de 80% da população feminina na faixa etária recomendada.

Em pesquisa na literatura médica por alternativas que solucionassem tais dificuldades, foram encontrados outros problemas, alguns semelhantes àqueles já citados. Em geral, existem dificuldades relativas às condições de desenvolvimento socioeconômico[12] tanto de populações urbanas como rurais[8]. No Distrito Federal, observam-se áreas rurais e periféricas com baixo desenvolvimento socioeconômico, baixa escolaridade, constituída de uma população migrante advinda de outras regiões do país onde as condições de assistência são ainda piores. E, devido aos poucos recursos financeiros, esta população não fixa residência e troca constantemente de telefone e endereço.

Na Austrália, em uma avaliação de riscos, compararam-se os dados coletados pelo sistema de saúde e o relato individual de realização de colpocitologia oncótica a fim de se avaliar a cobertura efetiva da população-alvo. Tanto serviços particulares como aqueles oferecidos pelo Estado são solicitados, por lei, a registrar seus resultados, e os registros incluem a descrição de grupos étnicos e indígenas assim como de subpopulações, permitindo quantificar o impacto do recrutamento para

realização da CO sobre populações de alto risco[13]. E mesmo lá, salientam que existem dificuldades como a subnotificação e, em menor grau, a transferência de dados, idade desconhecida e problemas de endereço. Por outro lado, o estudo levanta a discussão sobre a fidelidade do relato individual da realização de CO e por este motivo não recomenda que tomadas de decisões sejam baseadas neste tipo de registro. Embora alguns estudos apontem que o relato individual não seja influenciado por características sociodemográficas, outros estudos sugerem que crenças sobre saúde sejam fortemente influenciadas pela experiência pessoal, padrões culturais, valores sociais e exposição anterior ao Sistema de Saúde[14]. Todos estes fatores estão presentes no modelo assistencial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no que diz respeito à falta de sistematização e organização de banco de dados.

Entre as mulheres negras americanas, encontra-se a maior taxa de mortalidade por câncer cervical, em parte porque, com a idade, estas mulheres tendem a diminuir o número de coletas de colpocitologias oncóticas. Outras barreiras ao rastreamento foram atribuídas à raça, à ausência de seguro saúde, ao status sócio-econômico assim como à motivação para a realização da colpocitologia oncótica. Influenciando a motivação estão a maneira como as pacientes conseguem a inserção no modelo de rastreamento; os fatores que influenciam esta inserção e como o contato anterior influencia esta motivação[14]. Como exemplo de motivação, estão aspectos negativos entre as pacientes e os profissionais de saúde que contribuem para que as pacientes evitem o rastreamento rotineiro. Entre outras variáveis influenciando a inserção no modelo de rastreamento estão a influência social (mãe, amigos e profissionais de saúde) e a avaliação cognitiva (crenças e percepção de vulnerabilidade – uso de espéculo, posição na mesa de exames e exposição da paciente). Ainda com relação às crenças, está a associação do exame ginecológico às pessoas sob risco de doenças de transmissão sexual ou sob risco de desenvolver câncer. Neste sentido, acreditam estarem seguras com a probabilidade a seu favor. Mais uma vez, identificam-se valores, mitos, e concepções equivocadas a respeito da importância do rastreamento rotineiro do câncer cervical entre as mulheres rastreadas e que chegam ao ambulatório de oncologia do HRAN através de seus relatos pessoais de afirmação na crença de não portarem doença grave. Em estudo realizado em Botswana com 300 mulheres em uma amostra de conveniência, apesar 87% das mulheres reconhecerem que o rastreamento de câncer é importante e 75% delas acreditarem que a qualquer momento uma alteração na colpocitologia oncótica poderia ser detectada antes do diagnóstico de câncer avançado, nenhuma variável sociodemográfica foi estatisticamente significativa para a percepção dos benefícios do rastreamento[15].

Em estudo realizado na Malásia, entre mulheres universitárias, avaliou-se o nível de conhecimento e as barreiras para o rastreamento do câncer cervical. A maioria das pacientes apresentava bom conhecimento a respeito do número de parceiros, mas poucas foram capazes de relacionar o vírus papiloma humano (HPV) ao câncer cervical. Foram estatisticamente significativos para o reconhecimento do rastreamento variáveis como idade, estado civil, etnia e renda familiar[16].

Em estudo realizado no HRAN, foi evidenciada ocorrência de lesões mais frequentes e mais graves entre as mulheres não solteiras. Apesar da estabilidade da relação civil, nada se pode inferir a respeito do número de parceiras de seus parceiros, o que pode ser significativo uma vez que o câncer de colo uterino é considerado uma doença de transmissão sexual. Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Desta forma, o tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero[17].

CONCLUSÕES

A mortalidade por câncer cervical no Brasil tem se mantido estável apesar dos programas de prevenção de câncer cervical. Em outros países, estas incidências diminuíram significativamente com ações básicas de saúde, e hoje o que buscam é o aperfeiçoamento de métodos diagnósticos considerando-se também a relação custo efetividade das ações.

São bem conhecidas as razões para o insucesso dos programas de rastreamento baseados na CO

em países menos favorecidos economicamente, aliadas à baixa sensibilidade do método, e a outras detectadas neste estudo, entre as quais estão: baixa cobertura populacional; fatores como baixo nível socioeconômico; baixa escolaridade; dificuldades de acesso ao sistema de saúde; experiências negativas durante a assistência; dificuldades operacionais; ausência de controle de rastreamento e seguimento de pacientes.

AGRADECIMENTOS

A Dra. Maria Felippo da Central de Citopatologia e a Dra. Silmara Diniz, que atuaram como colaboradoras. Ao professor Eduardo Freitas Silva, UnB pela análise estatística.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf.

2. Centers for Disease Control and Prevention. Cervical cancer statistics. Atlanta: CDC; 2010. Disponível em: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/statistics.

3. Solomon D, Davey D, Kurman R. ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) Group. Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical cells of undetermined significance. Am. J Obstetric Gynecol 2003; 188: 1383-92.

4. Katz LMC, Souza ASR, Fittipaldi SO, Santos GM, Amorim MMR. Concordância entre citologia, colposcopia e histopatologia cervical. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(8): 368-73.

5. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin. 2006; 56(1):11-25.

6. Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da 8. Silva D, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. Cytopathology. 2008; 19(6): 342-54.

7. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas padronizadas. Recomendações para profissionais de saúde. INCA, 2006.

8. Sarian LO, Derchain SFM, Bastos JFB. Métodos diagnósticos para o rastreamento do câncer de colo. Rev Bras Gynecol Obstet. 2010; 32(8):363-7

9. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

10. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.

11. National cancer Institute. Disponível em: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/ screening/cervical/Health Professional

12. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. Inter J of Epidem 2010;39:757–765.

13. Mamoon H. Cervical screening: population-based comparisons between self-reported survey and registry-derived Pap test rates. Australian and New Zealand J of Public Health 2001; 25(6): 505-10.

14. Ackerson K. Interactive Model of Client Health Behavior and Cervical Cancer Screening of African-American Women. Public Health Nursing 2011; 28 (3): 271–280.

15. CM Ibekwe1. Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana. Asian Pacific J Cancer Prev, 2010: (11) 1021-1027.

16. Ahmed Al-Naggar1 R. Knowledge and barriers towards cervical cancer screening among young women in Malaysia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2010;(11)867-873.

17. Programa nacional de controle do câncer do colo uterino. Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica em abril de 2011. Disponível em: http//:www.inca.org. Acessado em: maio de 2011.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, projeto MINTER (FMB-UNESP/ESCS-FEPECS-DF) para obtenção do título de Mestre. A pesquisa obteve financiamento da FEPECS.