

RASTREIO DO CANCRO DO COLO

Programa da Região Centro de Portugal

DANIEL PEREIRA DA SILVA, ODETE REAL *

Centro de Oncologia de Coimbra

RESUMO

Está perfeitamente demonstrado que o rastreio do cancro do colo é eficaz. Basta comparar a incidência e mortalidade por esta neoplasia em vários países e regiões, antes e depois do programa de rastreio estar no terreno. O programa de Rastreio da Região Centro é realizado pelos médicos de família que fazem a colheita citológica nos Centros de Saúde e a enviam para o Laboratório de Citopologia do IPO de Coimbra. O IPO de Coimbra, para além da realização dos exames citológicos, tem uma função coordenadora e de avaliação do controlo de qualidade do programa. Neste momento, estão rastreadas 83 173 mulheres. A taxa de participação média é baixa (34,5%), mas há Centros de saúde com níveis muito elevados, superiores a 90%! A taxa de detecção pela citologia de lesões pré-malignas (4,5%) está dentro dos valores referenciados pela OMS. O estudo destes casos confirma a sensibilidade elevada da citologia. Nas mulheres que realizaram a 2.ª colheita o número de citologias com lesões pré-malignas, não é significativo, o que é mais um elemento de controlo de qualidade. Quando o programa se iniciou só 0,4% dos carcinomas eram pré-invasivos, agora são 42,1%! Antes do programa só em 18,6% das doentes era possível um tratamento cirúrgico, hoje beneficiam desse tratamento 74,4%! A principal dificuldade ao desenvolvimento do rastreio, continua a ser alguma indefinição pelas chefias quanto ao seu lugar no programa de actividades do Centro de Saúde.

SUMMARY

CERVICAL CANCER SCREENING

Cervical cancer screening is clearly efficient, as can be proved by a simple comparison of the incidence and mortality rates for this neoplasia before and after the implementation of screening programmes in various countries and regions. The Screening Programme of the Central Region of Portugal is done by the G.P., who collects cytological smears in the Health Centres and sends them to the Cytopathology Laboratory of the Coimbra Cancer Institute (IPO). The IPO not only does the cytological test but also coordinates the programme and is responsible for quality control. To date, 83 173 women have been screened. Although the average participation rate is low (34.5%) some Health Centres have a very high rate, above 90%. The detection rate of pre-malignant lesions by cytology is 4.5%, which falls within the parameters provided by the WHO. The study of these cases confirms the high degree of sensitivity of cytology. For women who were tested a second time, the number of pre-malignant lesions revealed was not significant, so this procedure is more for quality control. When the programme began, only 0.4% of carcinomas were pre-invasive, compared to 42.1% now! Before the programme, only 18.6% of patients were able to be treated surgically, whilst now, 74.4% are able to benefit this way. The main problem continues to be the lack of definitions of the role of the Health Centres in the screening programme.

* O presente trabalho não era possível realizar sem a colaboração dos Médicos de Família da Região Centro, que devem ser considerados como co-autores.

INTRODUÇÃO

A convenção do National Cancer Institute (USA) em 1993, demonstrou que houve um aumento global de 18% na incidência do cancro naquele país, entre 1973 e 1990.

Durante o mesmo período verificou-se uma redução em algumas localizações (útero, colo uterino, pâncreas, estômago e boca). A incidência do cancro do colo baixou

em 35% e a mortalidade em quase 40%¹, ao mesmo tempo que aumentou de forma muito significativa a incidência de lesões pré-malignas! Esta evolução, deveras animadora, ocorreu também nos países comunitários. É atribuída à eficácia dos programas de rastreio, cujos resultados são altamente significativos desde que a colheita citológica seja regular, tenha controlo de qualidade e envolva, no mínimo, 60% da população alvo^{2,3}.

Em Portugal não temos elementos estatísticos muito rigorosos, com recuo suficiente. No decénio de 1976-1985 registaram-se nos três centros do IPO 38 077 cancros na mulher e destes 15,5% (5899) tinham localização no colo uterino. Era a segunda localização mais frequente, logo a seguir ao cancro da mama. O número de novos casos aumentou até 1978, motivado pelo regresso maçisso dos retornados de África. Verificou-se uma redução progressiva nos anos seguintes, tendendo a estabilizar a partir de 1991⁴.

Desde 1989 contamos com os elementos estatísticos do Registo Oncológico Regional (ROR). No ROR Centro registámos 182 casos em 1989, 167 em 1990, 180 em 1991 e 190 em 1992. A taxa de incidência foi 17,37 em 1989, 15,57 em 1990, 17,75 em 1991 e 19,8 em 1992⁵.

As diferenças regionais durante esse período não são significativas, pelo que podemos aceitar estes números como representativos da média nacional. A taxa de mortalidade é de 3,2 por 10⁵.

Os resultados terapêuticos alcançados pelos três serviços de ginecologia de Coimbra, onde se praticava (e pratica) um protocolo comum, são muito bons estadio a

estadio, como se comprova através dos dados publicados no Annual Report de 1991⁶ (*Quadro I*).

Globalmente não eram lisonjeiros, na medida em que evidenciavam um atraso preocupante no diagnóstico. Mais de 70% da nossa casuística regional eram tumores muito avançados, já em fases não cirúrgicas, com prognósticos muito maus (!) (*Quadro II*).

Resultados semelhantes são ainda hoje encontrados na Região Sul do país, como foi comunicado pela colega Isabel Cabral, nos Cursos de Cirurgia Oncológica do I.P.O. de Lisboa, em Dezembro de 1995.

Constituem um indicador muito importante, revelador do nível dos cuidados primários nesta área.

Em 1989, tornou-se evidente que tínhamos de actuar a este nível. Era forçoso que actuássemos junto dos médicos de família de modo a que o diagnóstico fosse mais precoce. Era extremamente importante que a maior parte dos casos fossem detectados em estadios não invasivos ou, quanto muito, nas suas fases iniciais.

A necessidade de um programa de rastreio regional decorreu do conhecimento destes factos e da experiência internacional, que demonstrava e demonstra, que só um

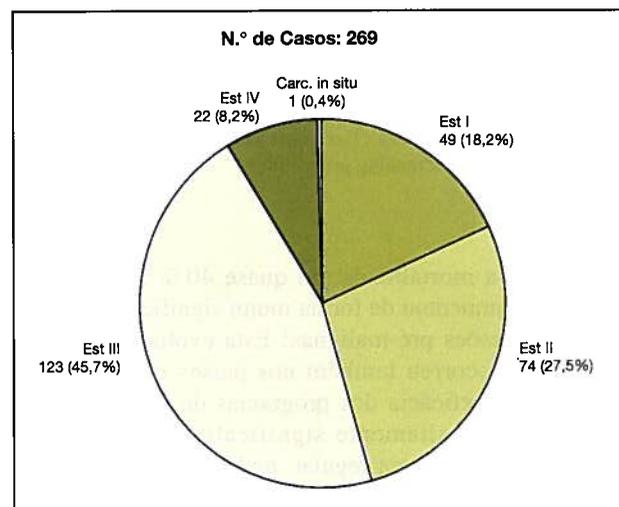
Quadro I – Carcinoma do colo
Sobrevida aos 5 anos

	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV	
	N.º	Tx (%)	N.º	Tx (%)	N.º	Tx (%)	N.º	Tx (%)
Coimbra	71	84,5	30	67,0	60	45,0	5	–
Lisboa	226	81,8	564	59,4	259	27,5	47	12,8
Cambridge	179	79,9	97	51,5	65	23,1	19	5,0
Atalanta	100	76,1	49	63,3	9	33,3	3	–
Camperdown	241	72,6	109	50,0	46	20,0	9	0
Estocolmo	240	82,1	183	50,8	88	23,9	23	8,7
Barcelona	54	87,0	39	69,2	34	38,0	6	–
Villejuif	250	68,0	221	55,2	318	31,5	58	12,0
Amsterdã	97	80,4	52	75,0	33	18,2	8	25,0

Anos 1982-1986

Annual Report - 1991

Quadro II – Carcinoma do colo
Casuística dos HUC, MBB e COC 1980-1986



rastreio de massas que envolva acima de 60% da população alvo permite uma redução significativa na incidência e mortalidade por cancro do colo do útero.

Foi com esse objectivo prioritário que o Centro de Oncologia de Coimbra (COC) elaborou, em 1989, um projecto de rastreio sistemático do cancro do colo em todos os concelhos da Região Centro do país, que veio a ser integrado no Plano Oncológico Nacional de 1990-94⁷.

ORGANIZAÇÃO E ESTRATÉGIA

A concepção do programa foi levada a efeito no COC. Realizámos os estudos e os investimentos necessários, nomeadamente a nível da criação de sistemas informáticos e do Laboratório de Citopatologia, onde se destaca a preparação dos citotécnicos e outras infraestruturas (*Fig. 1*).

O núcleo coordenador do programa ficou localizado no Laboratório de Citopatologia do COC, mas as estutu-



Fig. 1 – Programa de rastreio do cancro do colo – Região Centro.

Quadro III – Rastreio do Cancro do Colo
Tipo de Resultados

- | |
|--------------------------|
| I. Instatisfatório |
| II. Inflamatório |
| • Repete após 1 ano |
| • Repete após tratamento |
| III. Anormal |
| • Baixo grau |
| • Alto grau |
| • Carcinoma |
| IV. Normal |
| • Repete 1 ano |
| • Repete 3/3 anos |

ras de coordenação têm uma dimensão regional, na dependência das ARS, e local, a nível de cada Centro de Saúde (Fig. 2 e 3).

O esquema funcional foi elaborado com vista a garantir a maior simplicidade e operacionalidade possíveis^{2,3,8} (Fig. 4).

A base do programa são os cuidados primários de saúde – responsáveis pelo rastreio em primeira linha – coadjuvados pelos cuidados especializados, a nível dos hospitais distritais e centrais. A este nível procurámos envolver todos os serviços de ginecologia com experiência em calposcopia para que a estratégia diagnóstica fosse o mais uniforme possível, pelo que elaborámos um protocolo diagnóstico⁹ (Fig. 5). Estabelecemos um acordo com todos os serviços de modo a que as doentes do rastreio tenham acesso fácil e rápido às consultas.

Cada Centro de Saúde elabora o seu programa, condicionado pelas linhas gerais do programa-tipo, qualidade e periodicidade das colheitas – mas tendo em aten-

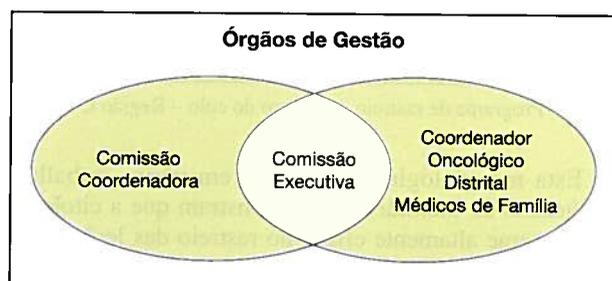


Fig. 2 – Programa de rastreio do cancro do colo – Região Centro.

ção as suas condições específicas – n.º de médicos a envolver, n.º de utentes por semana, consultórios disponíveis, etc.

A colheita citológica é realizada pelo médico de família, quer nas consultas de planeamento familiar, quer em consultas de rastreio criadas para o efeito. É enviada ao laboratório de citopatologia do COC que faz o seu estudo e procede ao envio do resultado, segundo uma nomenclatura simplificada, que tem por base os critérios de Bethesda (Quadro III).

Juntamente com o resultado são enviadas duas cartas, uma para a utente e outra para o seu médico assistente, nas quais são indicados o resultado do exame e as recomendações a seguir. Perante uma citologia «anormal» é aconselhada a realização de uma colposcopia no hospital distrital ou central mais próximo.

PERIODICIDADE E TÉCNICAS DE COLHEITA

As mulheres em idade alvo realizam a sua citologia. Se esta for normal repetem um ano depois. Se esta se mantiver negativa, as citologias seguintes realizar-se-ão de 3 em 3 anos.

Órgãos de Gestão de Cuidados Primários



Fig. 3 – Programa de rastreio do cancro do colo – Região Centro.

Esta metodologia é alicerçada em vários trabalhos publicados na literatura que demonstram que a citologia é um exame altamente eficaz no rastreio das lesões pré-malignas do colo, mas que tem um máximo de eficácia (90%) que é atingido quando se repetem de 3 em 3 anos^{2,8}. As colheitas anuais e semestrais não aumentam a eficácia do rastreio, ao passo que aumentam os custos de forma muito significativa (*Quadro IV*).

O mesmo aspecto foi equacionado quanto à realização do esfregaço em 1 ou 2 lâminas. Está igualmente demonstrado que a segunda lâmina não aumenta a acuidade diagnóstica pelo que ela foi eliminada na nossa metodologia, tendo em consideração que o seu uso aumentaria custos da citologia para o dobro.

A qualidade da colheita é um aspecto fundamental¹⁰. Foram realizados em todos os Distritos da região acções de formação com vista à actualização de conhecimentos nesta área. Quando um Centro de Saúde decide aderir ao programa realizamos nova sessão nesse local.

Recomendamos que seja feita uma colheita suave com material próprio, de preferência *cervex brush* - ou na sua ausência a espátula de Lerner ou de Ayre. Esse material permite-nos realizar numa única passagem, a nível do orifício externo do colo, a colheita de células dos três segmentos fundamentais: exocolo, zona de transição e endocolo. O material recolhido é estendido numa única lâmina, devidamente identificada, e imediatamente fixada com laca de cabelos normais (*Fig. 6*).

CONTROLO DE QUALIDADE

Uma das grandes vantagens dos programas de rastreio organizados é o controlo de qualidade das colheitas e respectivos resultados¹⁰.

A avaliação qualitativa da colheita é realizada sistematicamente. É necessário que estejam presentes células dos 3 segmentos já atrás referidos: exocolo, zona de transição e endocolo, para que se possa reduzir ao mínimo os falsos negativos, pelo que o controlo de qualidade é fundamental. A qualidade da colheita está directamente dependente da experiência de quem a executa. A incidência de esfregaços insatisfatórios não deve ultrapassar os 5%². No nosso programa monitorizamos a incidência de esfregaços insatisfatórios para cada médico e Centro de Saúde. Quando atingem valores elevados actuamos globalmente no Centro de Saúde, ou de uma forma personalizada e confidencial junto de cada colega. Outro aspecto importante a ter em consideração para a qualidade das colheitas é o material que se utiliza. Recomendamos o uso da escova Cervex Brush que se revelou mais eficaz na nossa experiência (*Quadro 5*). Fornecemos esse material gratuitamente aos participantes do programa.

O controlo de qualidade dos resultados é realizado internamente no laboratório, por amostragens aleatórias, que regularmente realizamos, com vista a aferir da qualidade do trabalho realizado pelos citotécnicos. Os esfregaços com células atípicas são sempre observados pela Citologista que os classifica. É esse resultado que o médico de família vai receber. Nesta fase do processamento

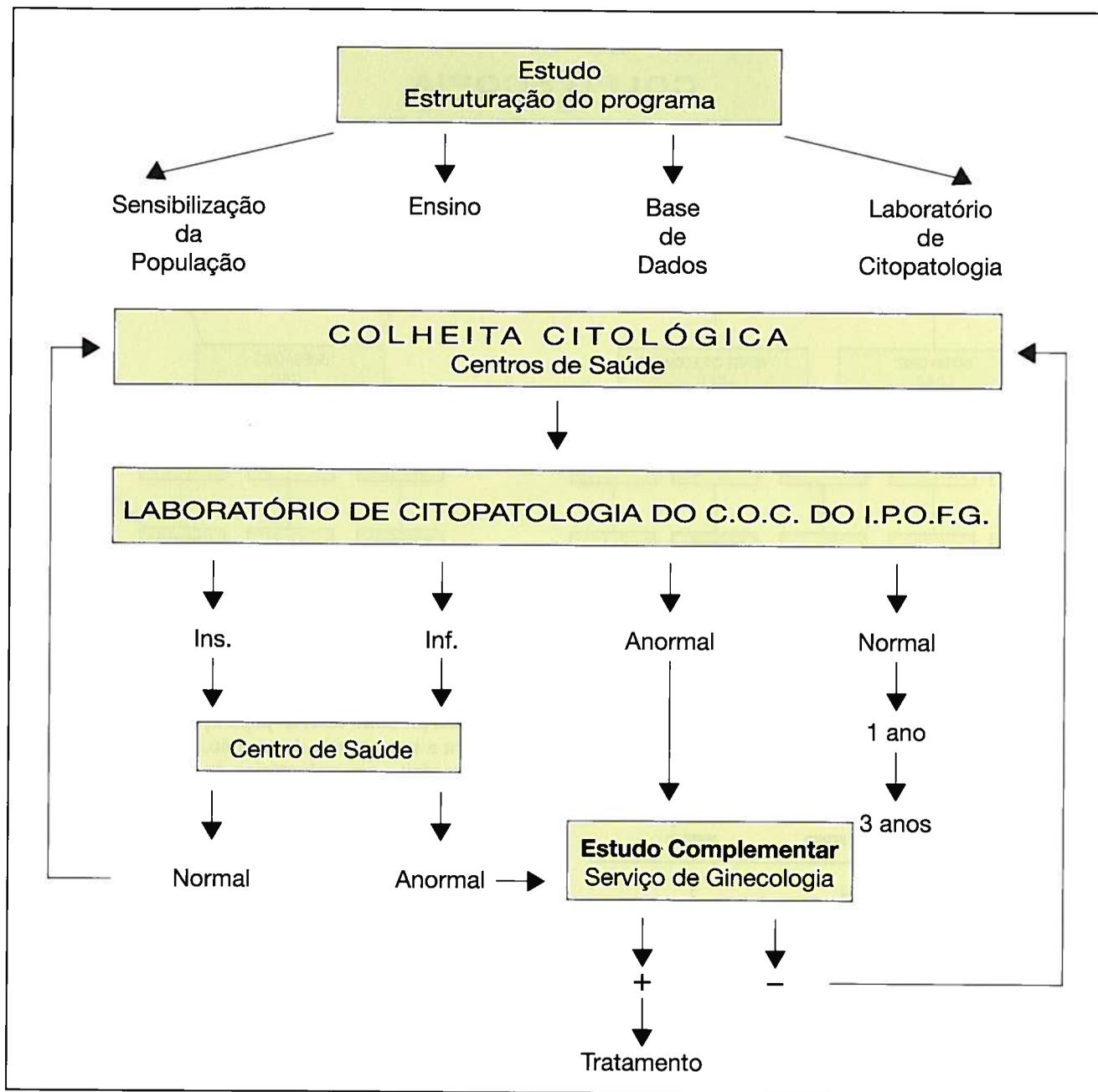


Fig. 4 – Programa de rastreio.

de resultados realizamos, igualmente, um controlo, levado a efeito por um laboratório com sede na Holanda dirigido por Voijss, que regularmente recebe lâminas e respectivos resultados do nosso laboratório, retirados também de forma aleatória.

O controlo de qualidade é uma das maiores vantagens do programa de rastreio sistemático¹⁰. Não é possível fazer qualquer controlo sobre a acuidade dos resultados que recebemos dos exames efectuados nas consultas de planeamento familiar ou em qualquer outra consulta. O médico limita-se a aceitar as informações que lhe são fornecidas no relatório, não tendo garantia de que o resultado fornecido foi objecto de qualquer medida de controlo.

POPULAÇÃO ALVO

A Região Centro do país, segundo o censo de 1991, tem uma população feminina estimada em 958 455 mulheres.

A idade alvo para o rastreio do cancro do colo, segundo o Plano Oncológico Nacional, situava-se entre os 20 e os 54 anos⁷, embora não se recusasse nenhuma mulher com idade inferior aos 20 anos, desde que tivesse vida sexual activa, nem superior aos 54, desde que viesse ao rastreio voluntariamente. Por nossa sugestão o limite superior foi alargado para os 65 anos, na medida em que

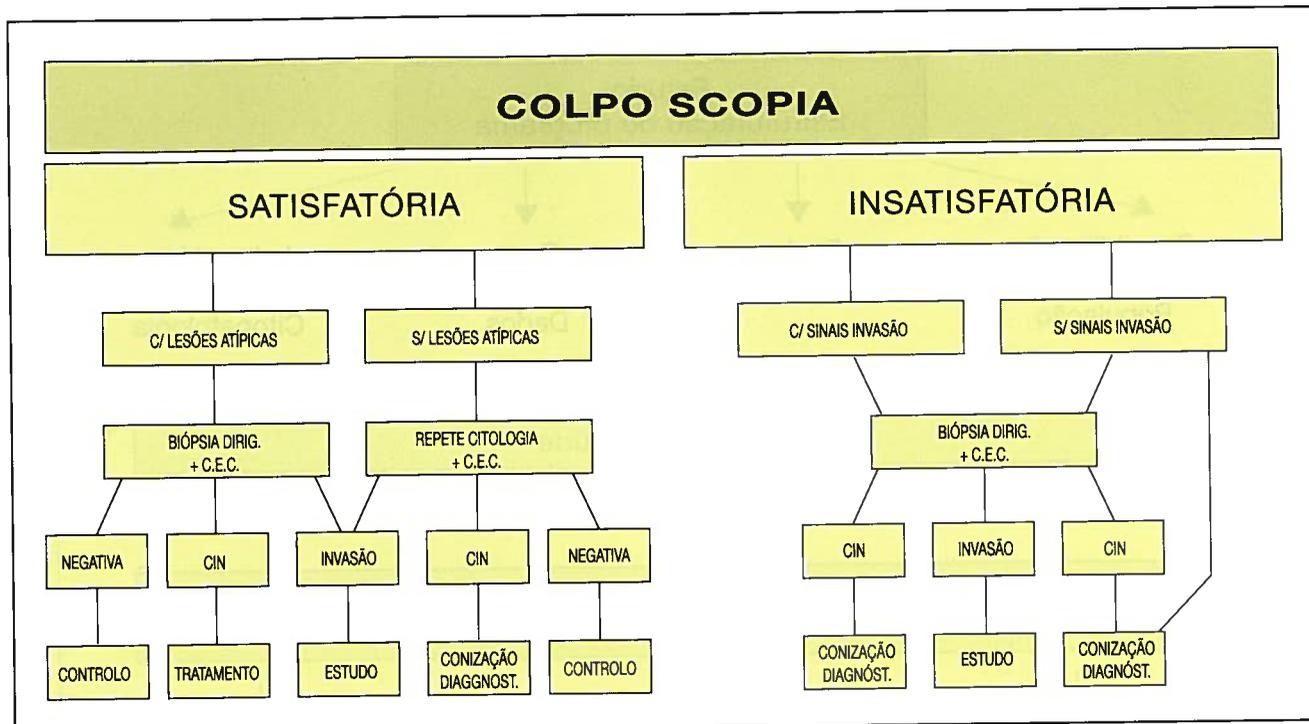


Fig. 5 – Estudo complementar das mulheres com citologias anormais.

Quadro IV – The effectiveness of different screening policies. Proportionate reduction in incidence of invasive squamous cell carcinoma of the cervix uteri assuming 100% compliance.

Policy	% reduction in cumulative rate in age group	Number of smears per woman
Every 10 years 25-64	64	5
Every 5 years 35-64	70	6
Every 5 years 25-64	82	8
Every 5 years 20-64	84	9
Every 3 years 35-64	78	10
Every 3 years 25-64	90	13
Every 3 years 20-64	91	15
Every year 20-64	93	45

CEC DG VE | «Europe against Cancer» programme.

se verifica um número significativo de casos nesse grupo etário. Temos assim como população alvo um universo de 417 000 mulheres.

Esta população é distribuída por 86 concelhos da região e por um número elevado de Centros de Saúde.

Trata-se de um número teórico, pois não tem em consideração a percentagem elevada de mulheres que são regularmente assistidas através dos sub-sistemas de saúde e da medicina privada.

Para cada médico envolvido no programa, considera-se como população alvo as utentes inscritas no seu ficheiro.

Sensibilização

Numa primeira fase, as populações foram sensibilizadas para a importância do rastreio, através de ações levadas a efeito por voluntárias do Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro. No Centro de Saúde os médicos de família são envolvidos para uma sensibilização sistemática das suas utentes.

Sempre que possível, as mulheres em idade alvo são convidadas a vir ao rastreio, através de uma carta que lhe é dirigida pelo seu médico assistente. Infelizmente esta metodologia não é seguida em todos os Centros de saúde por falta de meios económicos.

RESULTADOS

De Junho de 1992 a Dezembro de 1995, foram rastreadas 89 530. A segunda colheita já foi efectuada em 16 432 mulheres.

A taxa de participação geral é baixa: 34,5%, com um intervalo que se situa entre 20,2% na Marinha Grande e 93,4% em Tabuaço (Quadro VI), calculada com base na população alvo teórica determinada a partir dos elementos fornecidos pelo censo de 1991.

Das 89 530 mulheres rastreadas, 3527 (3,9%) apresentaram um esfregaço insatisfatório, cuja repetição foi obrigatória. 67 492 (75,4%) eram esfregaços normais, 14 487 (16,2%) inflamatórios e 4024 (4,5%) eram «anormais», isto é tinham qualquer tipo de atípica (Quadro VII).

Das 4024 citologias classificadas como anormais, 716 (17,79%) eram atípicas de significado indeterminado, 2109 (52,41%) eram lesões de baixo grau, 1119

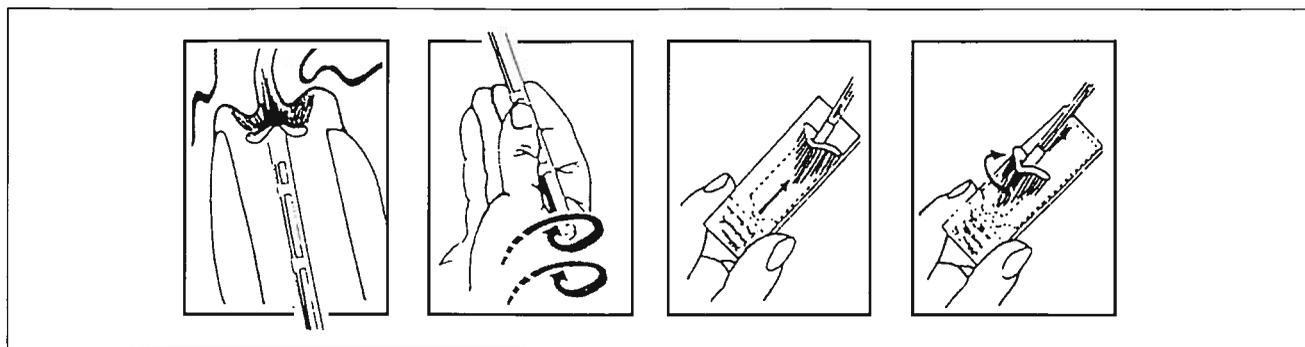


Fig. 6 – Instruções de uso. Cervex Brush.

Quadro V – Programa de rastreio do cancro do colo
Região Centro – Incidência de esfregaços limitados
N.º de Citologias avaliadas: 107 902.

Mínimo	Máximo	Médio
Sem cervex brush 12%	54%	30%
Com cervex brush 0,4%	39%	15%

(27,81%) lesões de alto grau e 80 (1,89%) carcinomas invasivos (Quadro VII).

Estas mulheres foram enviadas preferencialmente para o Serviço de Ginecologia do Centro de Oncologia de Coimbra. Não pagam qualquer taxa moderadora. Quando são portadoras de lesões de alto grau ou carcinoma são atendidas de imediato. Quando se trata de uma lesão de baixo grau são marcadas pelo Centro de Saúde para uma consulta com colposcopia que demora até 30 dias.

Desconhece-se o resultado da colposcopia e biópsia dirigida em 1614 (40,1%), porque o seu estudo não está concluído ou é desconhecido, como acontece com um número elevado de doentes que foram referenciadas para outros hospitais (Quadro IX).

A colposcopia e biópsia diagnosticou uma lesão de baixo grau em 1264 (31,4%), lesão de alto grau (CIN 2 e 3) em 1047 (26,0%), carcinoma invasivo em 78 (1,9%) e 21 (0,5%) abandonaram o programa (Quadro IX).

A taxa de detecção do carcinoma invasivo é de 0,9%, isto é, não chega a um carcinoma por mil mulheres rastreadas.

Das 16 432 mulheres já submetidas a uma segunda colheita, 13 813 (84,06%) continuavam a apresentar citologias normais, 168 (1,02%) atipia de significado indeterminado, 499 (3,04%) esfregaços insatisfatórios, 1498 (9,12%) inflamatórios, 374 (2,28%) lesões de baixo grau, 80 (0,49%) lesões de alto grau e, apenas 1 carcinoma invasivo (Quadro X).

No período decorrente entre 1990-1993 o diagnóstico de carcinomas em fases evolutivas avançadas baixou significativamente. Lesões acima do estadio II foram encontradas em 80 casos (28,8%), ao passo que as lesões pré-invasivas respondem por 117 casos (42,1%) e tumores no estadio I, 81 casos (29,1%) (Quadro XI).

Quadro VI – Programa de rastreio do cancro do colo
Região Centro – Taxas de Participação (*)

C. Saúde	N.º de mulheres		%
	Alvo	Rastreadas	
Almeida	1894	434	23
Batalha	3021	1857	61
M. Grande	8013	1602	20
Meda	1402	857	61
Mira	3130	2132	68
M. Velho	5863	1573	27
Nelas	3129	1744	56
P. Castelo	1703	1330	78
Penamacor	1261	759	60
Tabuaço	1549	1447	93,4
Vila de Rei	613	415	68

(*) Não corrigido em Dezembro/95

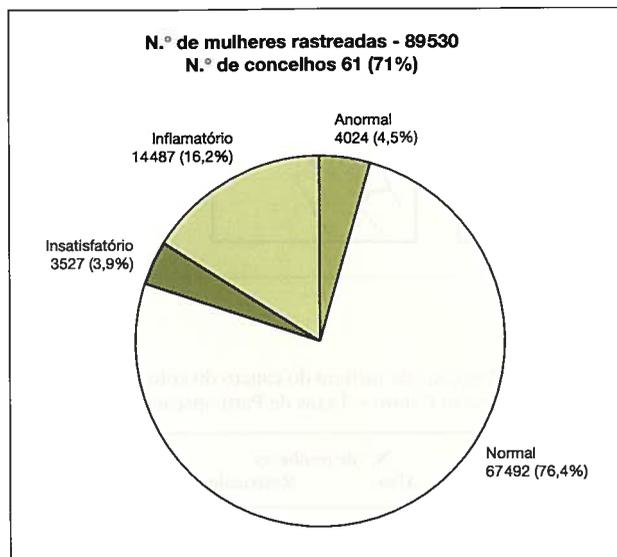
DISCUSSÃO

O cancro do colo do útero continua a ter uma incidência relativamente elevada. Constitui ainda um grave problema de saúde pública. Tem-se verificado um aumento significativo da incidência das lesões pré-malignas, que não é acompanhado de qualquer subida na incidência e mortalidade por cancro do colo, o que confirma a eficácia do rastreio.

Está demonstrado que o programa de rastreio sistemático é aquele que permite atingir os melhores resultados no mais curto espaço de tempo e com menor dispendio de custos. Temos presente, que não faz parte da nossa postura profissional a obediência disciplinada a programas de qualquer natureza. Torna-se, assim, indispensável que se mantenham e implementem mais acções de formação com vista à sensibilização dos médicos de família, que constituem toda a base do programa.

O rastreio individualizado (não organizado), se devidamente orientado, conduz também a bons resultados, desde que envolva uma percentagem significativa das mulheres alvo. Acarreta sempre custos mais elevados. Deve obedecer igualmente a critérios de qualidade, quanto à periodicidade das colheitas, factores de risco, controlo de qualidade dos resultados e outros, sob pena

Quadro VII – Programa de rastreio do cancro do colo
Região Centro



de ter como consequência que uma pequena percentagem das mulheres seja hiperrastreada e a maior parte não tenha a cobertura adequada. *Não é recomendável a sua realização simultânea com um programa sistemático de rastreio de massas.*

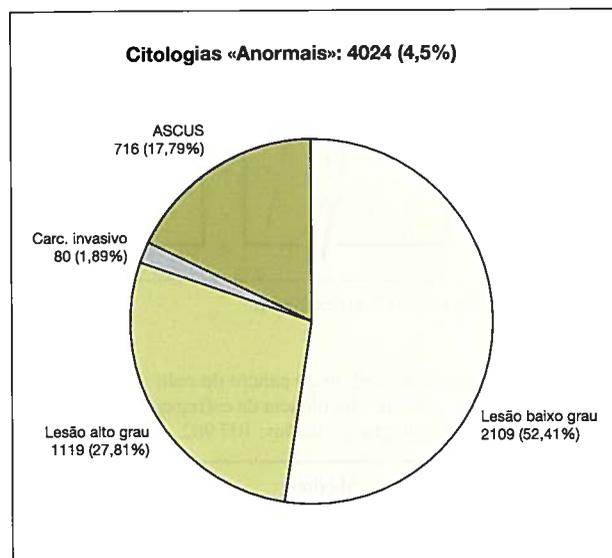
A colheita citológica de 3 em 3 anos, após 2 resultados anuais consecutivamente negativos garante segurança e o máximo de eficácia. Não são necessárias colheitas com intervalos mais curtos, sob pena de conduzir a um dispêndio inútil de recursos a todos os níveis: tempo de consulta, custo do material, custo dos exames, etc.

A média geral da taxa de participação é baixa: 34,5% (Quadro 5), o que importa corrigir rapidamente. O intervalo verificado é muito amplo (20,2% a 93,4%). Há Centros de Saúde muito motivados que desenvolvem um trabalho de grande qualidade (Tabuaço, Penalva do Castelo, Mira e outros), em contraste flagrante com outros onde não há motivação (Marinha Grande, Castro Daire, Sertã e outros). Há falta de empenhamento dos clínicos gerais desses centros, ou porque estão envolvidos em múltiplas tarefas, nomeadamente acções de formação, ou porque não lhe são definidos com clareza objectivos e prioridades por quem de direito. As condições estruturais (gabinetes, material, etc.) nem sempre são suficientes.

De uma forma geral verificamos que os resultados são bons nos Centros de Saúde onde se estabelece um programa de actuação, que resulta da discussão pelo corpo clínico de um projecto com definição de objectivos e responsabilidades.

Importa corrigir a população alvo. Ela deve ser confinada às utentes inscritas nos ficheiros dos médicos de família. Há que eliminar as mulheres que não são utentes do Centro de Saúde quanto a este tipo de consulta, na medida em que elas fazem o seu controlo ginecológico regular através dos sub-sistemas de saúde ou da medi-

Quadro VIII – Programa de rastreio do cancro do colo
Região Centro



cina privada. Este número é elevado e inflaciona a população alvo tendo consequências negativas nas taxas de participação.

É necessário informatizar os ficheiros dos médicos de família de forma a que seja possível realizar um convite personalizado, dirigido a cada mulher.

Os resultados globais são bons, situam-se dentro dos parâmetros internacionalmente consagrados.

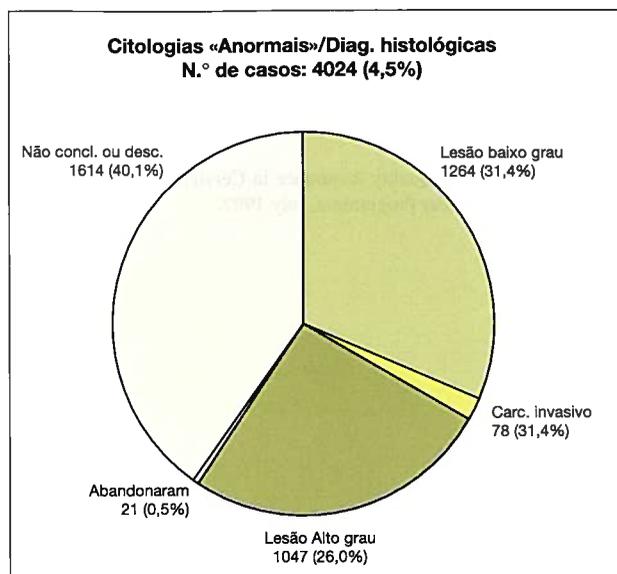
O objectivo primeiro do programa foi alcançado. O diagnóstico é hoje muito mais precoce, 42,1% da nossa casuística actual são lesões pré-invasivas e 74,4%, são passíveis de tratamento conservador ou cirúrgico (comparar Quadros II e XI).

A taxa de inflamatórios (Quadro VII), é relativamente alta quando comparada com os resultados encontrados noutros programas. Não encontramos uma explicação concludente para este resultado. Temos recomendado aos médicos de família que não recusem nenhuma mulher por qualquer razão, nomeadamente pela existência de um corrimento ou pelo facto de ela comparecer no Centro de Saúde sem estar «preparada» para realizar o exame. Esta conduta pode contribuir, em alguma medida, para os número encontrados.

A taxa de insatisfatório é muito variável entre médicos e entre Centros de Saúde. É elevada quando se inicia o programa num determinado Centro de Saúde, baixa progressivamente com a experiência adquirida e as medidas de correcção que introduzimos através da monitorização que realizamos no laboratório de citopatologia. A incidência encontrada de 3,9% (Quadro VII), situa-se bem abaixo dos 5% recomendados pela OMS, o que atesta da qualidade das acções de formação desenvolvidas.

A incidência de citologias «anormais» (4,5%) e a taxa de detecção de cancros invasivos (0,9/1000) encontram-se dentro dos resultados internacionalmente referenciados (Quadro VIII).

Quadro IX – Programa de rastreio do cancro do colo Região Centro



Os resultados que encontramos nas citologias de 2.ª fase, realizadas um ano após a primeira colheita, são garantia da qualidade do trabalho que está a ser efectuado. Apenas 454 casos (2,76%) apresentaram citologias que apontavam para a presença de lesões de baixo e alto grau. Só 1 caso de carcinoma invasivo! (Quadro X). Estes dados atestam a qualidade do diagnóstico citológico da primeira colheita.

A incidência de lesões de baixo e alto grau confirmadas nas colposcopias e biópsias dirigidas às doentes portadoras de citologias «anormais» foi respectivamente de 31,4% e 26,0%. A incidência de carcinomas invasivos neste grupo de mulheres foi de 1,9%. Tendo em consideração que 40,1% destas doentes não tinham o seu estudo concluído ou o seu resultado não era conhecido à data da realização desta avaliação, temos que considerar estes números altamente significativos e comprovadores de que o programa é de grande rentabilidade e eficácia (Quadro IX).

CONCLUSÕES

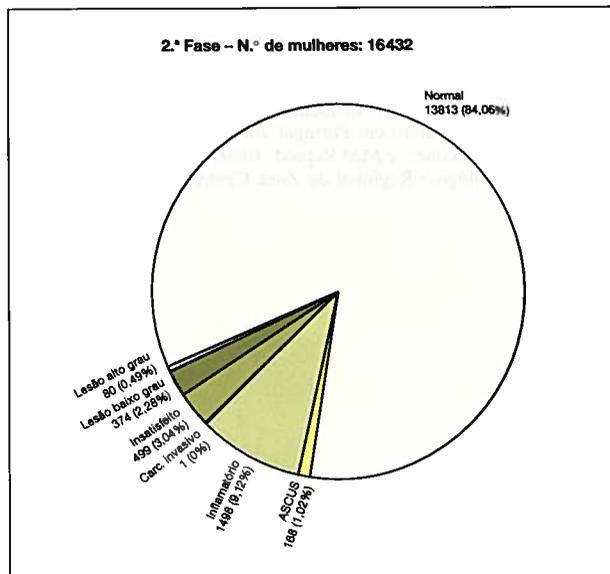
O programa de rastreio do cancro do colo do útero da Região Centro do país, à semelhança de outros levados a efeito em alguns países desenvolvidos, revela indicadores de elevada eficácia, comprovando que o investimento realizado na sua organização e manutenção é altamente rentável.

Os indicadores de qualidade do programa comprovam que a metodologia adoptada é correcta e eficaz.

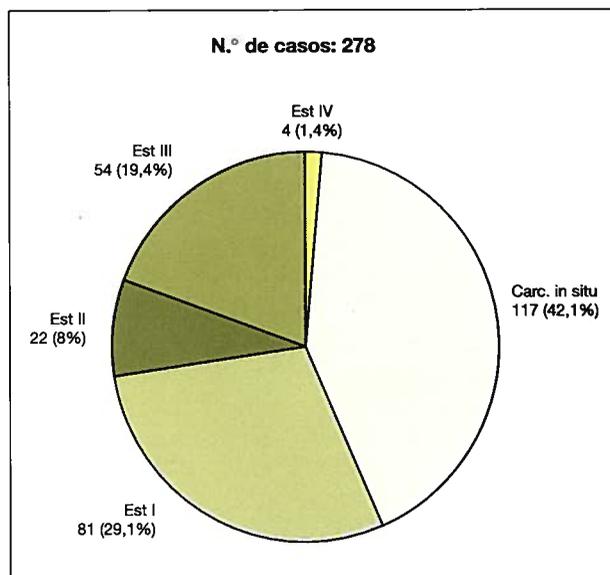
As taxas de participação têm que melhorar significativamente em alguns Centros de Saúde.

É indispensável que as autoridades de saúde definam o lugar do rastreio no âmbito das actividades dos médicos de família e os objectivos a atingir.

Quadro X – Programa de rastreio do cancro do colo Região Centro



Quadro XI – Carcinoma do colo Casuística do COC 1990-1993



As citologias realizadas nas consultas de planeamento familiar, desde que respeitem a metodologia adoptada, devem ser sempre incluídas no programa.

Torna-se necessário corrigir os números da população alvo de modo a que passemos a trabalhar com números mais fidedignos.

O convite directo e personalizado às utentes de cada médico tem que ser generalizado.

O rastreio individualizado (não organizado) não deve realizar-se nos Centros de Saúde que participam no programa.

BIBLIOGRAFIA

1. BEARDSLEY T: A War not won: Scientific American, Jan. 1994.
2. OMS, Les programmes de dépistage du cancer du col: guide du gestionnaire, 1985.
3. CARL HOGOD, JORGEN FOG: Screening – Why, When and How? National Board of Health of Denmark, 1991.
4. HM OLIVEIRA E COL: Incidência e mortalidade dos cancros da mama e do colo do útero em Portugal continental – análise do fenómeno de 1976-86, Ginec. e Med Reprod. 1989;4(1):37-46.
5. Registo Oncológico Regional da Zona Centro, 1989, 1990, 1991 e 1992.
6. FOLKE PETTERSSON: Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer, IGO 1991;180-9.
7. Plano Oncológico Nacional 1990-1994, Ministério da Saúde 1990.
8. DULCE COLEMAN E COL.: European guidelines for assurance in cervical cancer screening. Europe Against Cancer Programme, 1992.
9. DP SILVA: Neoplasia Intraepitelial do Colo Uterino, Médice 1991;7:20-6.
10. CEG DG V E 1: Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, Europe Against Cancer Programme, July 1992.