

A periodicidade do exame de Papanicolaou, a faixa etária a ser priorizada e a citopatologia e a citotecnologia

José Maria Barcellos*

Antes de tudo, a homenagem aos mestres Arnaldo de Moraes e Campos da Paz, batalhadores no combate ao câncer, pois deles ouvimos, no passado, falar do diagnóstico precoce e da prevenção do câncer do colo uterino, idéias consideradas na época inaceitáveis, agora consagradas, quando hoje vemos uma entidade governamental que preside essa reunião acreditar e propor essas medidas de Saúde Pública, na procura de organização e uniformização desse problema, para que possamos realmente melhor usufruir da prevenção do câncer e, definitivamente, incluí-la na atividade rotineira da Saúde Pública.

É assim, com satisfação, que aqui nos encontramos para tratar do *consenso na periodicidade do exame de Papanicolaou e da faixa etária priorizada pelos programas de prevenção do câncer da cérvix uterina*. Estamos assim todos de parabéns, pois é reunião que faz felicitar governo, medicina e povo, pois disso resultará algo mais definido em relação ao câncer do colo uterino. Entretanto, este assunto deveria ser encarado com relevância, também, para a medicina em geral, pois a prevenção do colo uterino tornou-se atividade que pode ser levada como exemplo a todos os setores do organismo, como o melhor resultado na luta contra o câncer em geral.

Sabemos que os dados de ocorrências médicas do Brasil não são bem aferidos, por nos faltarem, na reguarda, serviços auxiliares, de maneira que as nossas opiniões nem sempre são seguras e objetivas quando tiradas do trabalho do nosso dia-a-dia. De qualquer forma, nos encorajamos a dizer algo, objetivo e rápido, na procura de reduzir o tempo das colheitas, diminuindo o número de exames, pois estaremos procedendo algo mais condizente com as nossas necessidades. Os nossos dados, pouco efetivos, e os da literatura, mais seguros, fazem com que acreditemos que realmente este afastar de colheitas de um para três anos não provoca dano em relação à prevenção do câncer. Isto resultará em ampliação do atendimento a muito maior número de mulheres. A sugestão de serem as colheitas de três em três anos parece ser louvável, pois ampliaremos os resultados sem aumento de gastos.

Em relação à faixa etária, não estamos muito certos, como aqui foi falado, de que no Brasil seja válido iniciar a campanha de prevenção como outros países de 30 a 50 anos.

Aliás, se manusearmos a literatura a propósito, veremos que se no Canadá parece bom, entre 30 e 50 anos, na América Latina é mais sugestivo o programa, entre 20 e 50 anos, pois as lesões precursoras do câncer do colo surgem mais cedo. Assim, nós acreditamos não valer a pena ser tão tardio em buscar o câncer, pois o que devemos fazer mais que o diagnóstico precoce, que significa tratar da doença já instalada, é antecipar esse diagnóstico nas formas precursoras, que nos darão a oportunidade de afastar o que poderá vir a ser o câncer, sem dúvida o mais importante.

Vemos assim como interessante é o tema em pauta, pois há 20 anos não seria possível uma reunião dessa para discutirmos se o câncer seria sexualmente transmissível? Se existiria um ou mais fatores determinantes? Se deveríamos considerar que um vírus poderia ser ou não agente do câncer e tantas outras perguntas mais? Foi exatamente devido ao diagnóstico precoce ou à realização dos exames preventivos que objetivamente se pôde pensar algo, visando atitude prática com abertura para o conhecimento da etiopatogenia do câncer. Conseqüente a isso, uma doença tida como absolutamente incurável ou difícil de ser tratada passou, hoje, a ser considerada prevenível e que não será apenas para o colo do útero, mas para toda a economia e para todos os tipos de câncer. Com vistas a tudo o que se possa vir a gastar isso será pouco, pelo muito que iremos auferir.

Assim, numa campanha dessa natureza, em que alcançamos uma população-alvo em que possa ocorrer determinada doença, nós vamos buscá-la em seu início e como a moléstia está evoluindo. Evidentemente, levando em conta que nem sempre há necessidade de serem tão próximas essas observações, certamente acreditamos que, ampliando o tempo entre os exames, um maior número de casos será observado, trazendo com isso maior experiência. Assim, estamos perfeitamente de acordo com o exposto, como foi dito em conferências, aqui pronun-

*Membro da Academia Nacional de Medicina.

ciadas pelas Dr^{as}. Restrepo e Moss, que sempre mostraram que não havia diferença significativa se o espaço entre as consultas fosse de um ou três anos.

Entretanto, somos contrários ao começo tardio. Achamos melhor fazê-lo entre 20 e 50 anos e até mais, começando a partir da iniciação sexual. Evidentemente, tudo feito após a negatificação do exame preventivo em duas etapas anuais seguidas e daí por diante sendo aumentados os intervalos e, quiçá, com maior ampliação do tempo, conforme a experiência que fôssemos adquirindo, e, em conseqüência, com maior número de mulheres examinadas.

Entretanto, há o problema do qual faz muito comentamos ainda sem solução adequada - *as melhores perspectivas em executar essa tarefa, nela inserindo a Citopatologia correta e eficiente*. A pergunta que fazemos é se, para isso, existe ensino de Citopatologia no nosso meio de maneira eficiente. Não parece ser. É precário, pois os cursos são mal dados, apesar de hoje estarem um pouco melhorados. Dessa forma, a Citopatologia continua executada com deficiência e de maneira não correta. Seria necessário solicitar ao Ministro da Saúde que continue a luta junto ao Ministro da Educação para, juntos, estimularem as faculdades de medicina, na realização de Cursos de Citopatologia, paralelos aos de Anatomia Patológica, ou como disciplina independente. Há que se formar médicos conhecendo citopatologia para, no exercício da profissão, utilizá-la convenientemente. A Citopatologia como especialidade vem sendo feita como meio de salvação para médicos que não se encontraram e que não possuem trabalho, o que deve ser evitado.

Entretanto, tão importante como a Citopatologia é a Citotecnologia, pois é a "computadorização" dos nossos laboratórios. O citotecnologista é o "compu-

tador" visual da Citopatologia, pois ele guarda as informações que dizem respeito às células e, sem eles, nada faremos para executar, em massa, o diagnóstico precoce e a prevenção do câncer. Podem ser dados os recursos que quiserem, mas se forem apenas com os 500 citotecnologistas que existem aí, não conseguiremos fazer campanha alguma; será mais uma farsa. Evidentemente, há ao lado disso mensagem positiva, já que o Ministério da Saúde vem tomando providências, pois, em recente reunião em Brasília (1988), cogitou-se da regularização da profissão de citotecnologista, estimulando também a formação de Escolas para esses técnicos e com melhor qualidade dos cursos. Assim, espero que não fique isso em sugestões ou desejos, mas que seja algo concretizável. Sem que isso seja alcançado, iremos mais uma vez nos frustrar, pois basta recordar que, para 100.000 exames anuais, precisaremos de 12 citotecnologistas e dois citopatologistas em tempo integral. Ainda mais, se cogitarmos da população-alvo alcançável no Brasil, precisaremos ainda, em tempo integral, de 1.200 citotecnologistas e 200 citopatologistas. Ora, se só temos 500 citotecnologistas e assim mesmo já trabalhando em vários locais, seja servindo ao governo ou a clínicas particulares, algumas vezes trabalhando com sobrecarga de tempo e da pior maneira possível, assim seja o nosso louvor ao Dr. Geniberto e ao grupo do Ministério da Saúde, que vêm tomando as providências, que visam corrigir tão grave deficiência.

Terminaremos dizendo aos senhores que a nossa opinião é singela: admitimos essa periodicidade com o aumento do intervalo (três em três anos), mas somos contrários a uma intervenção tardia na população-alvo, já que somos favoráveis seja de 20 a 50 anos. Todavia, só acreditamos nisso com a realização de trabalho correto pela Citopatologia.