

Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino, na visão do Instituto de Ginecologia da UFRJ

Paschoal Martins Simões*

Sem dúvida vai haver, aqui, unanimidade de opinião. É uma questão de bom senso e até desnecessário importar modelos europeus, escandinavos ou norte-americanos. Minha experiência mostra que o intervalo de três anos para colpocitologia, depois de dois exames negativos, pode começar desde a juventude (menos de 20 anos), ou após o início da atividade sexual e assim sucessivamente até 40 anos.

Como brasileiro, eu acredito em todos os que lutam por melhoras, assim como todos os aqui presentes, mas não acredito no Governo. E na incredulidade é difícil fazer alguma coisa. Eu pertencço à Instituição onde nasceu a prevenção do câncer ginecológico. Como disse o Prof. José Maria Barcelos, o Prof. Arnaldo de Moraes iniciou o uso da citologia para diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, introduziu a colposcopia e organizou o primeiro ambulatório, no mundo, a unir os três elementos para diagnosticar precocemente tal neoplasia. A realidade atual mostra que a neoplasia intra-epitelial cervical está sendo cada vez mais freqüente em pacientes cada vez mais jovens. Para se ter uma idéia, as lesões precursoras ocorrem entre 20 e 40 anos em 80% das pacientes que procuram o Instituto de Ginecologia. Entretanto, o câncer incipiente ocorre em torno de 5%, e o câncer invasor aproximadamente em 75%. O mais importante fato observado é que a citologia exclusiva falhou em mais ou menos 9% nas neoplasias intra-epiteliais cervicais, e a colposcopia falhou em torno de 12%, mas os dois métodos juntos mostraram falhas em menos de 1%. Observamos que além da maior freqüência da neoplasia intra-epitelial cervical, em pacientes jovens, à razão de 2% ao ano, os casos de carcinoma invasor têm aumentado em torno de 5% nos últimos 10 anos. A despeito da nossa luta, mesmo sendo disciplinados por atuarmos em instituição universitária, educando médicos e trabalhando com rigidez, não conseguimos, como já foi visto, atingir

nosso propósito: diagnosticar precocemente as lesões francamente cancerosas e tratar aquelas ditas precursoras, e, assim, mudar os números que apresentei.

O estudo epidemiológico mostra apenas nossa ignorância no que concerne ao potencial biológico de uma célula fadada a futuramente ser cancerosa. Nós só entendemos de morfologia, e em cima disso traçamos estratégias. Isso quer dizer qual a população de alto risco a ser estudada em determinado momento, já que não temos condições financeiras nem conhecimento para estender tais estratégias à população em geral. E aí estigmatizamos, por exemplo, o espermatozóide e a atividade sexual, embora saibamos que, nos países onde a liberação sexual ocorreu há mais tempo, verificamos que aparecem outros tipos histológicos de neoplasia cervical, que provavelmente não estão relacionados à atividade sexual precoce. Qualquer grupo de alto risco em estudo implica desconhecimento deste assunto.

Para essa reunião de consenso é necessário indagar, em nosso sistema de saúde, quem paga as contas: o Governo? Golden Cross, Amil e congêneres? O doente não tem o direito de escolher o médico? Acho que um sistema de saúde pago pelo Estado pode ser universal, por centralizar custos e qualificar assistência, já que a falta de educação da população e dos médicos nortearia medidas "de cima para baixo".

Os senhores viram em números os custos que o Prof. José Maria Barcelos citou na formação de um citotécnico. Temos que assistir a um grupo populacional de controle grande para beneficiar 10% dessas pacientes com neoplasia intra-epitelial cervical com potencial cancerígeno. Entretanto, quem é que vai cuidar dos 90% restantes? Qual o patologista? Qual a

*Professor do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

técnica de tratar o cone cervical? Qual o hospital de referência? Apenas observando estes cuidados é que evitaremos o câncer invasor.

Acho necessário, portanto, condições nada fáceis para exeqüibilidade deste objetivo.

É difícil "educar" a paciente em busca da "prevenção". Quando a temos, percebemos que é dócil, e, se catequizada, embora enfrente fila, ela retorna. É mais difícil a formação educacional do médico, que deixa escapar do controle aquela mulher que deveria retornar.