

Proposta sobre periodicidade e faixa etária para prevenção do câncer ginecológico

Nacyr Rodrigues Pereira*

Primeiramente, quero agradecer a atenção dos organizadores deste evento, especialmente no que diz respeito à Sociedade Brasileira de Citopatologia, que aqui represento.

Ao assunto aqui desenvolvido, acredito possa dar alguma contribuição porque já trabalho na área há muitos anos. Comecei, inclusive, como aluna do Instituto Nacional do Câncer, onde trabalhei muito e lá já existia um serviço de prevenção do câncer bastante desenvolvido. Trabalhei em dezenas de serviços de prevenção de câncer, onde se atendia a uma população bastante numerosa e se fazia prevenção adequada. O problema é que esses níveis de atendimento caem. Neste país tudo se começa e tudo se corta porque, de repente, mudam as funções, mudam as pessoas, mudam os fatores.

Estou em Brasília há aproximadamente 15 anos. Começamos uma prevenção de câncer que atingiu a população do Distrito Federal, onde foi montado um serviço de referência que apresentava um modelo bom, que seria ou deveria ser expandido para o Brasil inteiro. Temos hoje funcionando 70 postos de saúde no DF, com dez hospitais da rede hospitalar ou da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Temos mais quatro ou cinco hospitais militares e um hospital do INAMPS, hoje Hospital Docente-Assistencial, que se juntou à Universidade de Brasília. Apesar disso, não estamos mais fazendo prevenção de câncer ginecológico em moldes adequados.

As dúvidas vêm exatamente pela falta de formação profissional, pela falta de engajamento nosso, no sentido de fazer a coisa ter consistência, de ter progresso naquilo que queremos fazer. Num levantamento global, nós fazíamos prevenção de câncer no Brasil de ano em ano; "teoricamente", de ano em ano. Mas, na verdade, quem se vale da prevenção de câncer de ano em ano são as mesmas mulheres que estão conscientizadas há algum tempo, que passaram essa conscientização para, vamos dizer, sua vizinha, sua filha que já se casou, que já têm neta etc. A propósito desta reunião fizemos um levantamento bibliográfico do mundo todo, com o que veio à minha mão, o que pude alcançar usando a BIREME, usando

o Ministério da Saúde, a Universidade etc. Fiz um levantamento muito amplo; verifiquei que se pode pegar a América (Canadá, Estados Unidos), América Latina, Europa, e até Japão, e analisar o seguinte: se fizermos um plano de periodicidade de exame, de dois em dois ou três em três anos, nós vamos conseguir realmente atingir uma população de 80%, porque isso foi feito em numerosos países. Entretanto, para que haja atenção a essa população é preciso que haja uma estruturação desse programa e uma conscientização de sua continuidade e que esse programa não pare naquela mesma mulher, e que exija alguma coisa mais, exija sistemas como o PITEC, por exemplo, sistemas computadorizados, para cada estado, que abranja seus municípios, que tenha, enfim, um modelo.

A par disso, temos que ter médicos com vontade e condições de trabalhar. Na hora em que o citopatologista, conscientizado disso, trabalha, ele forma pessoal, transmite conhecimentos, faz congressos. De que forma, porém, vamos atingir o país, além da capital? Esse sistema, que está falido, pode ser reerguido, não ficando apenas restrito às capitais. Em Brasília, por exemplo, encontramos um índice elevadíssimo de carcinoma invasivo do colo do útero, que vem do interior goiano, mineiro ou do interior do Maranhão, Mato Grosso, além dos origináveis do Ceará, do Pará, do Amazonas. Então esse percentual maior, na verdade, não é da capital federal. É de origem diversa, é do interior que não foi atingido nunca por um programa, nenhum programa de prevenção de câncer.

Como nós fornecemos os dados ao RNPT, nos perguntam quantas displasias nós tivemos, quantos NIC, displasias leve, moderada, avançada, NIC 1, 2, 3. Quanto nós tivemos de carcinoma *in situ*, carcinoma invasivo, mas nós não informamos sobre a população que foi analisada. Porque isto também tem de ser visto, a nível de serviços públicos, de rede estadual. Temos também que pegar a rede particular, que é muito grande, que abrange todos os postos, todos os ministérios etc., mediante convênios com os laboratórios particulares. Precisamos ainda relacionar os

*Presidente da Sociedade Brasileira de Citologia

hospitais militares, particulares, estaduais, enfim, todos os hospitais do país.

Realmente, temos anotado 10% de cobertura de prevenção de câncer ginecológico a nível de Rio de Janeiro e de São Paulo, por exemplo. E temos 20% de cobertura no país inteiro. Se o Rio de Janeiro e São Paulo, que têm hospitais de câncer, não ultrapassam esses percentuais, o que vamos fazer neste país? Temos que pensar que é preciso arregaçar as mangas, formar pessoal, adequar condições pessoais e ambientais para o desenvolvimento de um programa. Em Brasília, por exemplo, todo residente de anatomia patológica tem formação em anatomia patológica e citopatológica. É uma coisa que pode ser estendida para o Brasil ou pelo menos para as universidades. Senão, vejamos: está sendo reformulado em Brasília, em várias universidades federais, um currículo médico em que não se contempla oncologia. O médico sai da universidade sem saber o que é oncologia e também sem saber o que é citopatologia. Sem a mínima noção do que é possível sobre a prevenção do câncer.

Seria oportuno, portanto, propor o seguinte: além de um levantamento populacional que tem que abranger toda a rede hospitalar privada, também deveria ser estabelecida uma correlação com os ser-

viços de doenças sexualmente transmissíveis, porque ocorre apresentar-se a paciente com um diagnóstico negativo em termos de câncer, porém portadora de uma doença sexualmente transmissível. Daí a necessidade de uma inter-relação com serviços de prevenção de câncer para também combater a falta de higiene e promiscuidade. Precisávamos, talvez, recomendar ao aluno universitário que ensinasse a seu paciente métodos de higiene. Estamos vendo uma elevação do número de câncer de pênis em jovens na faixa etária de 20 a 25 anos, que não sabemos ainda se há correlação com câncer ginecológico.

Temos, assim, que ter planos, agir em cima dessa periodicidade, com uma idade que possa variar com o estado e o município. Sabemos que hoje não se trabalha mais especificamente com a prostituta. Trabalhamos com jovens que têm a sua liberdade sexual, elas também precisam ser instruídas.

Enfim, creio que poderemos trabalhar numa escala entre dois e três anos. Dois em certos locais, três em outros, para atingir em determinado campo uma grande faixa populacional, investigando as faixas etárias, começando entre 40 e 50 anos, baixando para 30 e 40 anos até contemplar, também, as faixas inferiores em que a incidência de câncer atualmente parece justificar.