

---

# O CONTROLE DE CÂNCER DO COLO DO ÚTERO COMO ATENDIMENTO DE MASSA (x)

---

Bertoldo Kruse Grande de Arruda

## 1 — Introdução

Teoricamente, o atendimento em massa da população poderia ser planejado com autonomia, isto é, à margem das outras atividades sanitárias. Todavia, não é praticável nem conveniente. Em princípio, toda atividade sanitária, inclusive a mais especializada, não deve ser considerada uma tarefa isolada, mas como parte integrante de um programa único que tem um só objetivo. Isto resulta da aceitação axiomática de que a saúde é um todo indivisível e, conseqüentemente, os problemas de saúde são interdependentes, o que requer dos serviços sanitários desenvolver atividades interdependentes.

Esta noção de interdependência é importante do ponto de vista teórico e tem significação de ordem prática, de vez que evita gastos inúteis e a duplicação de esforços e de pessoal, além das repercussões psicológicas favoráveis, visto permitir à coletividade apreciar a função das instituições de saúde em um programa de benefícios tão manifestos, o que contribui para aumentar o prestígio dos serviços existentes.

Por conseguinte, o requisito fundamental consiste em obter o apoio total de todos os elementos de que se compõe normalmente a administração sanitária. Para isso, todo o pessoal dos serviços de saúde deve estar

firmente convencido de que a atividade que se intenta promover forma parte integrante do programa de saúde, a fim de evitar que considere a sua participação como uma carga artificial superposta às funções normais e tradicionais do pessoal de saúde. Sabe-se que a dificuldade principal reside no nível periférico.

Portanto, convém insistir no fato de que a participação dos serviços periféricos, por modesta que seja, deve se iniciar e ampliar progressivamente e ser considerada uma obrigação em vez de uma simples colaboração, pois as funções que lhes são atribuídas não são menos essenciais do que as que normal e permanentemente desempenham.

Estas considerações preliminares se ajustam ao controle do câncer do colo uterino, que se cogita introduzir como rotina nos serviços de saúde. Esta atividade se apóia na detecção precoce, através da qual procuramos descobrir e curar processos que já produziram alterações patológicas, mas que não chegaram a uma fase em que se procura espontaneamente assistência médica, pois a lesão ainda é assintomática.

(x) Palestra proferida em 29-9-73, na Mesa Redonda: "Atendimento em massa das populações na prevenção do câncer do colo uterino", durante a 1ª Jornada Brasileira Médico-estudantil sobre controle do câncer. Recife, 27 a 29 de setembro de 1973.

O propósito é identificar lesões pré-neoplásicas e neoplásicas em pessoas aparentemente saudáveis, mediante exames ou provas que permitem distinguir entre quem provavelmente padece de uma lesão investigada e quem provavelmente não a tem. Vale ressaltar que não se pretende com essas provas chegar a um diagnóstico definitivo, devendo-se fazer exames adicionais nas pessoas que apresentam resultados suspeitos ou positivos. Deste modo, o objetivo é limitar a necessidade de empregar meios diagnósticos definitivos ao menor número possível de indivíduos, cumprindo, assim, também, uma finalidade de caráter econômico, que é a de obter mais rendimento do

gasto por unidade, economizando o tempo do pessoal profissional mais capacitado.

## 2 — Critérios de uma prova de detecção:

**2.1 — Validade** — é a capacidade da prova para distinguir os que padecem dos que não manifestam o transtorno que se trata de localizar. Exige a comparação dos resultados do exame proposto com os resultados de um procedimento diagnóstico aceito. A comparação das provas praticadas no total de um grupo de pessoas (algumas com a enfermidade e outras sem ela) pode apresentar 4 resultados:

exame de detecção	procedimento/diagnóstico aceito	resultado
a — positivo	positivo	positivo verdadeiro
b — positivo	negativo	positivo falso
c — negativo	positivo	negativo falso
d — negativo	negativo	negativo verdadeiro

Temos a considerar dois aspectos:

**a)** sensibilidade — a capacidade de uma prova para classificar como positivas as pessoas que sofrem a enfermidade

**positivos verdadeiros total com a enfermidade;**

É uma medida da taxa de negativos falsos.

**b)** especificidade — a capacidade de classificar como negativas as que não padecem da enfermidade

**negativos verdadeiros total sem enfermidade.**

É uma medida da taxa de positivos falsos.

**2.2 — Precisão** — refere a medida em que os resultados são reproduzíveis e depende das variações inerentes ao método e ao observador.

**2.3 — Rendimento** — é uma estimativa do número de casos previamente desconhecidos (tanto manifestos como latentes), que são diagnosticados pelo exame coletivo e logo remetidos para tratamento.

**2.4 — Custo** — deve ser calculado não só



por unidade de exame, senão também por caso detectado.

**2.5 — Aceitabilidade** — a aceitação da prova pela população é vital para o êxito do programa de detecção.

**2.6 — Exames complementares** — a necessidade de efetuar exames complementares numerosos e complexos para um diagnóstico definitivo pode comprometer seriamente a eficácia de um programa de detecção.

O exame citológico cérvico-vaginal reúne grande parte dos critérios de uma boa prova de detecção e possui duas características essenciais de um método prático:

- a) ser aplicável por pessoal paramédico;
- b) ter alto grau de validade.

### 3 — Princípios da detecção **precoce das doenças:**

- 1 — a doença que se quer localizar deve constituir um problema importante de saúde pública;
- 2 — deve existir um tratamento aprovado para os pacientes em que se identifica a doença;
- 3 — é preciso dispor de serviços de diagnóstico e tratamento;
- 4 — deve existir uma fase de latência ou de sintomas incipientes;
- 5 — deve-se dispor de uma prova ou exame apropriado;
- 6 — a prova deve ser aceita pela população;
- 7 — é necessário conhecer devidamente o ciclo natural da doença, inclusive a evolução da fase de latência até a de enfermidade declarada;

8 — deve-se estabelecer uma norma para as pessoas que devem ser tratadas como enfermas;

9 — o custo do programa de localização de casos (incluindo o diagnóstico e tratamento de pacientes diagnosticados) deve estar equilibrado em relação com os possíveis gastos totais da atenção médica;

10 — a localização de casos deve constituir um processo ininterrupto e não um projeto de atividade episódica.

### 4 — Ainda cumpre salientar:

**4.1** — no teste de Papanicolaou, os trabalhos publicados a respeito da taxa de erro são insuficientes. Referem ser da ordem de 10% para a leitura de preparações e poderá atingir 30% o total de casos despercebidos devido notadamente a erros relativos ao local de colheita do material e erros biológicos concernentes à fase do ciclo menstrual;

**4.2** — é aceitável uma taxa de positivos falsos elevada, porém a de negativos falsos deve ser muito baixa;

**4.3** — para obter um rendimento máximo em termos de casos detectados, cumpre evitar a prospecção inútil de elevado número de indivíduos sadios, o que indica concentrar os exames sobre os grupos de população em alto risco;

**4.4** — é lógico que somente se empreenda a descoberta de casos quando as perspectivas de tratamento da doença sejam pelo menos razoáveis. Em geral, quanto maior o plano, mais importância adquire este requisito. Assim, ao introduzir em escala nacional o exame citológico de todas as mulheres expostas ao câncer do colo uterino, uma parte importante do plano consistirá em garantir a prestação de serviços para um diagnóstico definitivo e o tratamento das clientes que apresentam resultados positivos;

**4.5** — a organização de um laboratório central convém aos fins de uniformizar critérios de exame, qualidade dos estudos, trei-



l namento e supervisão de técnicos, administração de arquivos, controle de pacientes e custos de operação;

**4.6** — as provas sobre a eficácia da detecção precoce do câncer do colo uterino são bem sólidas. Entretanto, alguns problemas necessitam ser melhor esclarecidos, quais sejam:

**a)** a relação entre o carcinoma **in situ** e o câncer cervical invasor. As provas indicam com grande probabilidade que um é precursor do outro. Recentemente, Knox revisou a natureza das provas necessárias para fazer uma avaliação rigorosa da relação que existe entre o ca **in situ** e o ca invasivo;

**b)** a duração da lesão pré-sintomática. Dunn realizou um trabalho útil sobre isso, baseado no inquérito de Memphis. Ele e seus colaboradores estimam uma duração média de 10 anos, calculada com base nas taxas específicas de prevalência e incidência por idade, estimativa que se aproxima da de Boyes, Fiedler e Lock, de 12 a 13 anos, apoiada na idade mediana em que aparece tanto o ca **in situ** como o invasor;

**c)** desde que se generalizou o emprego do exame seletivo mediante a citologia esfoliativa, observou uma diminuição considerável da incidência do ca do colo uterino em muitos centros. Mas necessitamos conhecer o efeito sobre a mortalidade, em virtude de ser possível acontecer que a incidência diminua sem que se reduza a mortalidade;

**d)** também é importante, para fins práticos, determinar com que frequência se necessita efetuar os exames citológicos e ao organizar programas de exame coletivo em uma população, é imprescindível adotar medidas para garantir o oferecimento do

mesmo às mulheres em maior risco e igualmente que o aceitem. Isto significa serviço acessível e intensa educação sanitária.

### 5 — Educação Sanitária

Frisam os educadores que, em um programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino, é fundamental identificar e analisar as forças que inibem ou facilitam a participação voluntária da população que deve se submeter aos exames citológicos e seguir as recomendações médicas subseqüentes.

Algumas das maiores forças que influenciam podem ser de caráter situacional, como: horários inconvenientes de atendimento clínico; ninguém que se encarregue do cuidado da criança quando a paciente vai ao consultório médico; dificuldades em ausentar-se do trabalho para fazer a consulta.

Forças relativas a atitudes, como: atitudes de indivíduos que tenham estreita relação com pacientes (mãe, amigo, etc.); atitudes do marido (sentimentos acerca dos possíveis efeitos do exame citológico, conseqüências do tratamento médico); atitudes do pessoal profissional para com a população-alvo (médico, enfermeira, educador).

Força de caráter psicocultural, como: atitudes fatalistas acerca do câncer; temor do efeito da cirurgia sobre o papel futuro da paciente como esposa e mãe; tabus culturais entre a população-alvo.

Complementam estas forças que precisam ser levadas em conta, outras como: ignorância sobre o fato; informações erradas sobre o câncer; distorção de informações sobre procedimentos dos exames citológicos; pouco entendimento da terminologia médica.

**6** — Finalmente, convém enfatizar reitera-

das afirmações de especialistas, de que o exame citológico em massa não se justifica como atividade única, pois a detecção por si só resulta inútil. A detecção deve ser acompanhada do controle, isto é, os casos diagnosticados devem ser tratados e seguidos. É oportuno destacar trecho do pronunciamento do Dr. Daniel Joly, Assessor Regional em Controle de Câncer da Organização Pan-americana da Saúde, por ocasião de recente Simpósio realizado no Chile: "La observación de los programas de control de câncer de cuello de útero que se están desarrollando en la Región nos ha mostrado lamentablemente que en no pocas ocasiones solo el 30% de los casos detectados son adecuadamente controlados. En algunas instancias se ha querido atribuir este panorama a la carencia de re-

ursos para el diagnóstico y tratamiento. Si tal es verdaderamente la situación, las autoridades responsables no tienen otra alternativa que demorar la iniciación del programa de detección hasta tanto se provea la demanda prevista de recursos humanos y materiales. Sin embargo, estamos convencidos que la mayoría de las veces no se trata de una falta absoluta de recursos sino de una inadecuada administración y utilización de los mismos. Creemos más bien que la crisis reside fundamentalmente en la insuficiente atención al problema del seguimiento."

**Divulgação da Assessoria Especial de Câncer da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco/FUSAM.**