

Ex. 1 R

ISSN 0034-7116

Vol. 35
N.ºs 1/2
Jan./jun.
1989

Revista Brasileira de Cancerologia



Órgão Oficial das Sociedades Brasileiras de:
Cancerologia
Oncologia Clínica
Oncologia Pediátrica
Cirurgia Oncológica

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer (INCa)
Publicação do Programa de Oncologia (Pro-Onco)

Presentiamo il piú recente prodotto della nostra famiglia oncologica.

Alexan® 100mg

CITARABINA PRONTA PARA USO

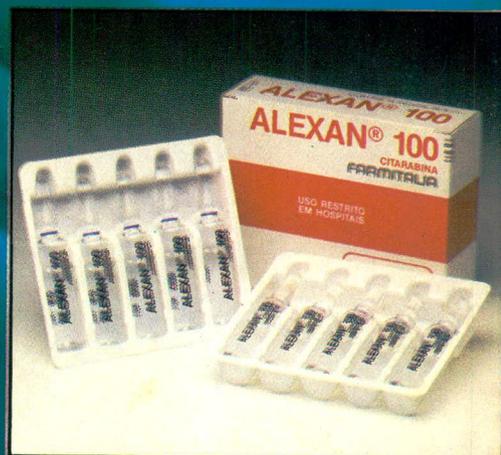
* Solução pronta para uso, isotônica e tamponada para um pH próximo ao fisiológico.

* Não contém preservativos nem aditivos não-fisiológicos, o que lhe confere melhor tolerabilidade.

* Ótima adaptação para dose única.

* Perfeitamente adequada para mono e poliquimioterapia.

* Pode ser administrada por via IV, IM, SC e intratecal.



INFORMAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO

Fórmula:
Citarabina (Arabinosil-citosina) 100mg
Veículo q.s.p. 5ml

Sinónimos:
Os sinónimos mais frequentemente usados na literatura são:
Citarabina - Citosina-arabinosídeo - Arabinosil-citosina - 1-B-D-Arabinofuranosil citosina - Ara-C

Propriedades:
Alexan (Citarabina) é um antimetabólito do grupo dos antagonistas da pirimidina. Bloqueando a transformação do fosfato de citidina em fosfato de desoxicitidina impede a produção do trifosfato de desoxicitidina e, consequentemente, a síntese do ácido desoxi-ribonucleico (ADN).

Indicações:
1) Terapia citostática
• Leucemias agudas (principalmente nas leucemias mielóides) • Agudização de leucemias crônicas • Linfogranulomatose (fases III e IV) • Linfossarcoma.

2) Doenças herpéticas:
Herpes simples, encefalite herpética, por varicela e por zoster, herpes-zoster, eczema herpético.

3) Terapia imunossupressiva
Contra-indicações:
Devem ser excluídos do tratamento com a ALEXAN pacientes com aplasia de medula óssea induzida por medicamentos, salvo se esta terapia for considerada como promissora e vital.
ALEXAN está contra-indicado, como todos os citostáticos, durante a gravidez.

Reações adversas:
Durante o tratamento com ALEXAN, observaram-se os seguintes efeitos colaterais, descritos por ordem de frequência: leucopenia, trombocitopenia, náuseas, vômitos, depressão da medula óssea, alterações das funções hepáticas, anemia, diarreia, alterações na cavidade oral e faríngea, febre, pneumonia e anorexia.
Estes efeitos colaterais podem ser controlados fazendo-se a redução temporária da dose ou uma breve interrupção do tratamento, e respectivas medidas sintomáticas.

Precauções:
Caso ocorra durante o tratamento com ALEXAN uma rápida diminuição do número de leucócitos e linfócitos, torna-se imprescindível controlar os níveis sanguíneos do ácido úrico, a fim de evitar a hiperuricemia que constitui um fator de risco.

Posologia e vias de administração:
1) Na terapia citostática:
Desde que não tenha sido determinado outro procedimento de acordo com a avaliação médica, recomenda-se: 3-6 mg/kg/dia ou 100-200 mg/m²/dia.

ALEXAN pode ser administrado por:
• via intravenosa, rápida (I.V.) • infusão lenta • infusão contínua de 8 a 24 horas
A duração da terapia deve ser ajustada de acordo com a tolerância hematológica e as comprovações clínico-morfológicas.

No caso de injeções intravenosas (I.V.) ou infusões lentas, a dose diária tem que ser subdividida uniformemente em várias aplicações, no mínimo duas, e em intervalos regulares.

A aplicação de ALEXAN deve ser efetuada durante a hospitalização com o objetivo de garantir um controle clínico e laboratorial constante no decorrer da terapia.
Na indução da remissão, ALEXAN pode ser aplicado, por via intramuscular (I.M.) ou subcutânea (S.C.). Deve ser evitada a via intradérmica (I.D.).
ALEXAN pode ser administrado também diretamente, por via intratecal.
Na preparação de uma solução de infusão, deve-se empregar um diluente adequado

como, por exemplo, uma solução fisiológica de cloreto de sódio, uma solução a 5% de glicose ou solução de cloreto de sódio/lactato.

25-50mg/m²/dia

A aplicação de ALEXAN deve ser realizada por via intravenosa (I.V.) ou na forma de infusão em 30 minutos, durante 3 a 5 dias consecutivos, porém, pelo menos até 2 dias após o aparecimento das últimas eflorescências.

As doses recomendadas na terapia anti-herpética são consideradas como subcitotóxicas e subimunossupressivas. Nessa posologia não foram observados efeitos colaterais.

Apresentações:
Caixas contendo 10 ampoules de 5ml • 100mg.

Atenção:
As ampoules de ALEXAN não devem ser guardadas a temperatura acima de 25°C.

USO RESTRITO EM HOSPITAIS

Mais um produto com a tradição de qualidade

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

Revista Brasileira de Cancerologia



Vol. 35

N.ºs 1/2

Ex. 1

Jan./jun. 1989

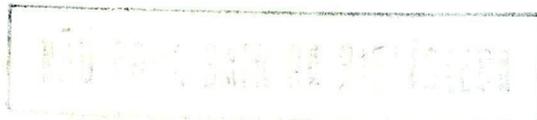
Sumário

Palestras

- 9 Bases Epidemiológicas para avaliação de diferentes programas de *screening*. *Sue Moss*
- 14 Experiências no Estado de São Paulo no controle do câncer do colo uterino: cobertura populacional, faixa etária e periodicidade. *L. C. Zeferino e C. Reis Junior*
- 17 A periodicidade do exame de Papanicolaou, a faixa etária a ser priorizada e a citopatologia e citotecnologia. *José Maria Barcellos*
- 19 População-alvo e freqüência da detecção do câncer de colo uterino. *Eduardo Faerstein*
- 23 Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino na visão do Instituto de Ginecologia da UFRJ. *Paschoal Martini Simões*
- 25 Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino. Um enfoque epidemiológico. *Marcelo Gurgel Carlos da Silva*
- 34 Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino na visão do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia. *Mario Jaconianni*
- 36 Periodicidade e faixa etária na visão do Hospital A. C. Camargo. *Fauzer Simão Abrão*
- 38 Estratégia do exame citológico para a prevenção do carcinoma epidermóide do colo uterino. *Onofre Ferreira de Castro*
- 41 Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Carneiro Arnaud*
- 43 Proposta sobre periodicidade e faixa etária para prevenção do câncer ginecológico. *Nacyr Rodrigues Pereira*
- 45 Prevenção do câncer cérvico-uterino. Reflexões à margem de um consenso. *João Gomes da Silveira*
- 47 Periodicidade e faixa etária prioritária na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Sérgio Santana Filho*
- 49 Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Helena Restrepo Espinosa*
- 55 Reorientação nas ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino. *Evaldo de Abreu*

60 Debates

77 Consenso



Revista
Brasileira de
Cancerologia

EDITORES

Alfredo Guarischi
Evaldo de Abreu
Jorge Wanderley
Luiz Eduardo Atalécio

CONSELHO EDITORIAL

Emílio Mitidieri (RJ)
Ricardo Brentani (SP)
Vivian Rumjanek (RJ)
Eduardo Faerstein (RJ)
Marcelo Gurgel (CE)
Marcos Moraes (RJ)
Jayme Marsillac (RJ)
Jacob Kligerman (RJ)
Rui Haddad (RJ)
Renato Amaral (RS)
Haroldo Juaçaba (CE)
Luis Carlos Zeferino (SP)
Nestor Piva (SE)
Onofre de Castro (RJ)
Maria Izabel S. Pinei (RJ)
Sergio Faria (SP)
Paulo Novaes (SP)
Luis Souhami (Canadá)
Miguel Guizzardi (RJ)
Arthur Katz (SP)
Gilberto Schwartzmann (RS)
Ademar Lopes (SP)
Ernani Saltz (RJ)
José Carlos do Valle (RJ)
Juvenal Oliveira Filho (SP)
Sergio E. Allan (RJ)
Herbert Praxedes (RJ)
Sílvia Brandalise (SP)
Sergio Petrilli (SP)
João Paulo Matushita (MG)
Waldir Pereira (RS)

SBOC: Sergio Lago (RS)
SBCO: Odilon Souza Filho (RJ)
RADIOTERAPIA: José Waldemar Petitto

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Ana Maria Funke

PROGRAMAÇÃO VISUAL E EDITORIAÇÃO

Nathercia Martinelle

SECRETÁRIA

Rosylene Moreira Lima de Assunção

Ministério da Saúde
INCa • Pro-Onco

A *Revista Brasileira de Cancerologia* (ISSN 0034-7116) é uma publicação do Programa de Oncologia/INCa/Ministério da Saúde.

É editado um volume anual dividido em quatro números.

Impresso no Brasil.

Endereço editorial: Revista Brasileira de Cancerologia
Av. Venezuela, 139 - Centro
CEP 20081 - Rio de Janeiro - RJ
Brasil

Informações sobre o direito de cópia (copyright). *É condição, para efeitos da publicação, que os manuscritos enviados a esta revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia sejam transferidos à revista, desde que aceito para publicação. Os direitos de cópia (copyright) incluem os direitos exclusivos para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separatas, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer outra forma sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (copyright).*

Outras revistas científicas e as publicações de sumários podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção de companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica sua recomendação ou endosso pelos editores.

A *Revista Brasileira de Cancerologia* (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada no Index Médico Latino-Americano — ISSN — 0034-7116

Revista Brasileira de Cancerologia

©1987 Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil

Editorial

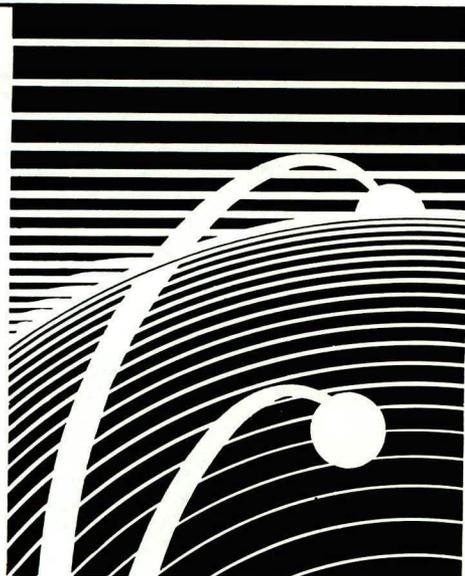
A **Revista Brasileira de Cancerologia** retorna a suas atividades após ter superado problemas administrativos e econômicos. Acreditamos ser válido este esforço, uma vez que se trata de uma revista com 41 anos de existência, período durante o qual acumulou experiência e respeitabilidade, impondo-se como uma das mais importantes publicações especializadas do nosso meio.

A medicina, em particular a oncologia, experimentou considerável desenvolvimento nas últimas décadas, sendo hoje uma especialidade multidisciplinar. Neste contexto, torna-se necessária maior integração entre todos os profissionais e instituições da área, para que possamos trocar experiências e trabalhar em conjunto. É com este espírito que o **Pro-Onco** (Programa de Oncologia do Ministério da Saúde) encara a publicação da **Revista Brasileira de Cancerologia** como ponto de referência para o profissional da área da saúde, no que se refere à patologia do câncer.

Para operar essa transformação, algumas modificações foram feitas: à **Revista Brasileira de Cancerologia** passa a incorporar-se a **Revista do Hospital de Oncologia** (INAMPS/RJ), numa fusão que obedece à idéia de abrangência em matéria de publicações científicas e à maior racionalização de custos; a publicação dos artigos científicos estará relacionada com as várias subespecialidades da oncologia; novos nomes emprestam seu apoio ao conselho editorial, como se vê no expediente; e passamos a contar com o apoio da **Farmitalia Carlo Erba - Grupo Erbamont** que, em convênio recém-firmado, se incumbirá da elaboração gráfica da publicação.

Certos de termos seu apoio, gostaríamos de convidá-lo a prestigiar nossas páginas, contando sempre com o nível de cuidado que a **Revista Brasileira de Cancerologia** procurou ter ao longo de suas atividades.

Os editores



A flexibilidade posológica da Farmorubicina dá novo significado ao controle quimioterápico

- Farmorubicina, como agente único ou combinado, é tão efetiva quanto a doxorubicina, conforme documentado.
- No tratamento do câncer avançado de mama, Farmorubicina como um agente único é tão efetiva como alguns esquemas combinados, conforme documentado.
- As consistentes correlações que existem entre as evidências farmacológicas experimentais e os resultados clínicos da Farmorubicina, prevêm sua utilização em áreas ainda não investigadas.
- A necessidade de individualizar os tratamentos quimioterápicos favorece um agente citostático que tenha a **flexibilidade posológica** desejada.
- O índice terapêutico favorável da Farmorubicina faz com que seja o principal candidato para a quimioterapia **adjuvante**.

FARMORUBICINA

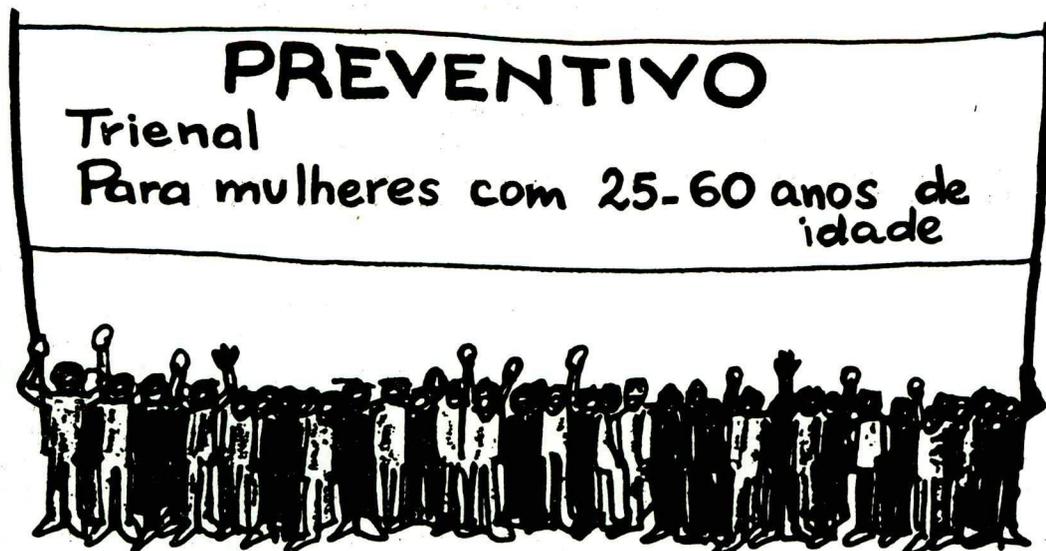
Ministério da Saúde
Campanha Nacional de Combate ao Câncer

Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Programa de Oncologia — Pro-Onco
Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do
Câncer Cérvico-Uterino

Consenso

Periodicidade e faixa etária no exame de
prevenção do câncer cérvico-uterino



Ministro da Saúde
LUIZ CARLOS BORGES DA SILVEIRA

**Secretário Nacional de Programas
Especiais de Saúde**
CELSO FETTER HILGERT

**Diretor da Divisão Nacional de Doenças
Crônico-Degenerativas**
**Superintendente da Campanha Nacional
de Combate ao Câncer**
GENIBERTO PAIVA CAMPOS

**Diretora da Divisão Nacional de
Saúde Materno-Infantil**
DEISE NOELI VEDER KUSZTRA

Ministro da Previdência e Assistência Social
JADER BARBALHO

**Presidente do Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social**
JOSÉ RIBAMAR SERRÃO

Coordenador da Área de Sistemas
LUIZ CARLOS FONSECA

Gerente do Programa de Oncologia
ERNANI SALTZ

Coordenador da Reunião de Consenso
EVALDO DE ABREU

Grupo de Consenso

ANTONIO CARNEIRO ARNAUD — PB
EDUARDO FAERSTEIN — RJ
FAUSER SIMÃO ABRAHÃO — SP
JOÃO GOMES DA SILVEIRA — RS
JOSÉ MARIA BARCELOS — RJ
LUÍS CARLOS ZEFERINO — SP
MARCELO GURGEL — CE
MARIO JACONIANNI — RJ
NACYR RODRIGUES PEREIRA — DF
ONOFRE DE CASTRO — RJ
PASCHOAL MARTINI SIMÕES — RJ
SERGIO SANTANA — BA

HELENA RESTREPO ESPINOSA — EUA
SUE MOSS — Inglaterra

**Por indicação do
Conselho Nacional dos Direitos da Mulher**
SONIA CORREA — PE

Demais participantes

ANNAMARIA CARVALHO SCHNEIDER —
Pro-Onco/CNCC

FERNANDO MONASTÉRIO VIRUEZ — SUDS/RJ

GIORGIO MARIO FRAPICCINI — SUDS/RJ

HENRIQUE ALBERTO P. PASQUALETTE —

Fundação Bela Lopes

MARIA LUIZA PESSOA CAVALCANTI — INCa/MS

MARIANGELA FREITAS LAVOR — Pro-Onco/CNCC

MAURO DE SOUZA AGUIAR ROCHA — SMS/RJ

RUDYARD PATO MONTEIRO — Assoc. Bras. de

Citotecnologia

SAMUEL PENHA VALE — SUDS/RJ

SANDRA ANDREONI — SUDS/RJ

VERA LUCIA PRATES — Hosp. Mario Kröeff

Técnicos do Ministério da Saúde

EMILIA REBELO LOPES — Pro-Onco
MAGDA CÔRTEZ R. REZENDE — Pro-Onco
MARIA DAS MERCÊS P. CUNHA — CNCC/MS
MARIA DE FÁTIMA C. LOPES — Dinsami
MARIA DE LOURDES CENTA — Dinsami
NATHERCIA MARTINELLE — Pro-Onco
RICARDO CARDOSO DE MELLO — Pro-Onco
ROMERO BEZERRA BARBOSA — CNCC/MS

Apresentação

Em nome da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde e do Pro-Onco, damos as boas-vindas a todos os participantes da reunião intitulada Consenso: Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino.

Este evento foi organizado pelo Ministério da Saúde, devido à necessidade de definirmos alguns parâmetros e normas da política de controle de câncer cérvico-uterino no Brasil, reforçando os aspectos consensuais dessa política.

Em dois níveis mais relevantes situam-se as preocupações das autoridades de saúde brasileiras no enfrentamento do câncer cérvico-uterino, um grave problema de saúde pública.

O primeiro refere-se à periodicidade das realizações dos exames citológicos. Estes devem ser realizados em intervalos de tempo que garantam, efetivamente, a prevenção e a proteção da saúde feminina. E não devem ser tão frequentes a ponto de se tornarem economicamente inviáveis. Este problema se agrava em função da necessidade de se obter ampla cobertura populacional capaz de provocar impacto epidemiológico, reduzindo a incidência do câncer cérvico-uterino.

O segundo nível situa-se na definição da prioridade da faixa etária de abordagem, visando à cobertura e à proteção máximas no programa de controle. Novamente, os custos envolvidos nos obrigam a buscar as faixas de idade de maior incidência da patologia, para atuação prioritária, sem, evidentemente, excluir outras faixas de idade.

Esta reunião de consenso é, portanto, uma tarefa de grande relevância para o setor saúde do Brasil, e somos imensamente gratos pela valiosa colaboração dos convidados que atenderam à nossa convocação, representando instituições acadêmicas e da área de serviços.

Na oportunidade, agradecemos o apoio da Organização Panamericana de Saúde/OMS, na pessoa da Dra. Helena Restrepo, aqui presente, e da Dra. Sue Moss, representante da Agência Internacional para Pesquisa de Câncer/OMS (IARC).

Geniberto Paiva Campos

Diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas
Superintendente de Campanha Nacional de Combate ao Câncer

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar artigos que contribuam para conhecimento sobre a cancerologia e ciências afins. Publica também artigos nas seções Cartas, Informes, Publicações e Notícias, entre outras.

Serão fornecidas 15 separatas de cada trabalho publicado na *RBC* ao seu autor responsável.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à *RBC*, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da revista e da decisão do seu corpo editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos ao autor. Os trabalhos aceitos e publicados passarão a ser propriedade da revista, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, assim como sua tradução para outros idiomas, sem prévia autorização do Conselho Editorial da *RBC*.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redacionais, para sua perfeita adequação ao estilo editorial-gráfico da revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. No caso de o trabalho incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores do *copyright* dos mesmos.

Os trabalhos devem ser enviados, em duas vias (um original e uma cópia), para:

Programa de Oncologia - Pro-Onco
Revista Brasileira de Cancerologia
Av. Venezuela, 139, bl. A, 9.º andar
CEP 20081 - Rio de Janeiro - RJ
Tel. (021) 253-1956

Os textos devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas (laudas) datilografadas, em uma só face, em máquina com tipografia *standard*, com espaçamento duplo, em folha de papel tamanho ofício II, com margens laterais uniformes, de forma que cada lauda tenha 30 linhas de 72 caracteres. Na datilografia, não é obrigatória uma margem direita rigorosa, podendo-se, mesmo, optar por não dividir as palavras em sílabas; porém, é fundamental não completar linhas com sinais gráficos alheios ao texto redigido, tais como: barras, aspas etc. As laudas devem ser numeradas consecutivamente, começando pela página de rosto, na sua extremidade superior direita.

Cada componente do trabalho deve iniciar nova lauda, sendo a sua ordem de apresentação a seguinte:

Página de rosto

Nesta lauda devem constar o título do trabalho, o(s) nome(s) do(s) autor(es) e sua(s) qualificação(ões) profissional(is) e docente(s), além do local de realização do trabalho e seu endereço. Caso o trabalho tenha sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da lauda; o mesmo se aplica a subvenções, com indicação do patrocinador e do número do processo.

Resumos

Devem ser apresentados dois resumos: um em português e o outro em inglês, com, no máximo, 300 palavras. Cada um deles deve vir acompanhado de um máximo de 10 unitermos.

Texto propriamente dito

O texto dos artigos originais deverá ser dividido nos principais subtítulos: INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS e DIS-

CUSSÃO. As subdivisões dessas seções deverão estar bem claras, preferencialmente pelo uso de algarismos arábicos, de tal forma que a hierarquia entre os diversos subtítulos fique bem clara (p. ex., 1., 1.1, 1.2.1 etc.). Outras modalidades de artigos deverão manter sua seqüência pertinente, de modo a conservar a hierarquia do texto.

Tabelas

Cada tabela deverá ser datilografada em lauda separada, numerada consecutivamente com algarismos arábicos e com um título que defina e identifique, sucintamente, seu conteúdo (p. ex., Tabela 5. Alterações circadianas nas frações de colágeno em ossos e em cartilagens). Suas informações devem ser suficientemente claras e devem suplementar - e não duplicar - o texto.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todas as fotografias, radiografias, desenhos, esquemas, croquis, resultados de eletroencefalogramas etc., reprodução de documentos (fichas médicas, laudos de laboratório etc.), entre outros.

A fim de que sejam bem reproduzidas, as ilustrações devem ser originais (e não fotocópias). No caso de desenhos, esquemas etc., estes devem ser feitos sobre papel shöeller, vegetal ou outro de uso técnico, traçados a nanquim preto; palavras, símbolos, algarismos etc., que compoñham as ilustrações, devem ser aplicados sobre papel vegetal, que recubra, de modo preciso, as mesmas ilustrações. No caso de fotografias, estas devem ser em preto-e-branco e sobre papel fosco, com pelo menos 12 x 9cm. Radiografias, ultra-sonografias, fotografias e similares poderão receber uma máscara que indique a melhor área a ser reproduzida.

Cada ilustração deverá ser colada sobre uma lauda cujo rodapé contenha sua legenda, datilografada nos mesmos moldes dos títulos das tabelas (p. ex., Figura 2. Úmero de quatro dias.) (PAS; 400 X).

Referências

Estas devem ser enumeradas, consecutivamente, na ordem em que são citadas (entre parênteses) no texto. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o *Index Medicus*. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citado em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

A *RBC* segue as orientações para elaboração de referências bibliográficas do Comitê of Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part 1): 766-771] e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida. Seguem alguns exemplos:

Artigos de revista - listar todos os autores quando seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*

Kroeff M. Câncer e gravidez. Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. *Rev Bras Cancerol* 1947; 1: 31-41.

Hersh EM, Mavligit GM, Gutterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med Clin North Am* 1976; 60: 623-639.

Livros

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

Capítulo de livro

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr. Sodeman WA, eds. Pathologic physiologic mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-472.

Bases epidemiológicas para avaliação de diferentes programas de *screening*

Sue Moss*

(Traduzido pela equipe técnica do Pro-Onco.)

Eu penso que este é um encontro de grande importância, assim como também é de grande importância o assunto a ser discutido.

Há um grande número de países nos quais ainda não existe a organização adequada de um programa de *screening* do câncer da cérvix uterina, inclusive o meu próprio país, e se vocês, até o término deste encontro, chegarem a um consenso de como concentrar esforços para seu próprio programa, já será um grande avanço.

Não há dúvida de que o *screening* do câncer cervical pode ser efetivo na redução da incidência e da mortalidade da doença invasiva como mostram os resultados de programas de *screening* organizados corretamente. (Tab. 1).

Não há dúvida de que o *screening* do câncer cervical pode ser efetivo na redução da incidência e da mortalidade da doença invasiva, como mostrou os resultados de programas de *screening* organizados corretamente (Tab. 1).

Este é um exemplo de Aberdeen, na Escócia (Fig. 1), que mostra a tendência do câncer cervical invasivo através de um período de tempo, iniciado em 1948 até meados da década de 1970. Um programa de *screening* organizado centralmente foi introduzido no início da década de 60, e vocês podem ver que a taxa de incidência da doença invasiva caiu drasticamente a partir desta época. E isto ocorreu para todas as idades, e em mulheres abaixo de 60 anos; a taxa de incidência não caiu para mulheres com idade acima de 60 anos. Há diversos outros países, por exemplo, os da Escandinávia, em que efeitos semelhantes foram observados.

Contudo, para fundamentar a questão da frequência e das idades em que deveríamos fazer o *screening*, é importante saber o risco para a mulher, individualmente, após um exame citológico negativo, e sobre isto há poucos dados disponíveis.

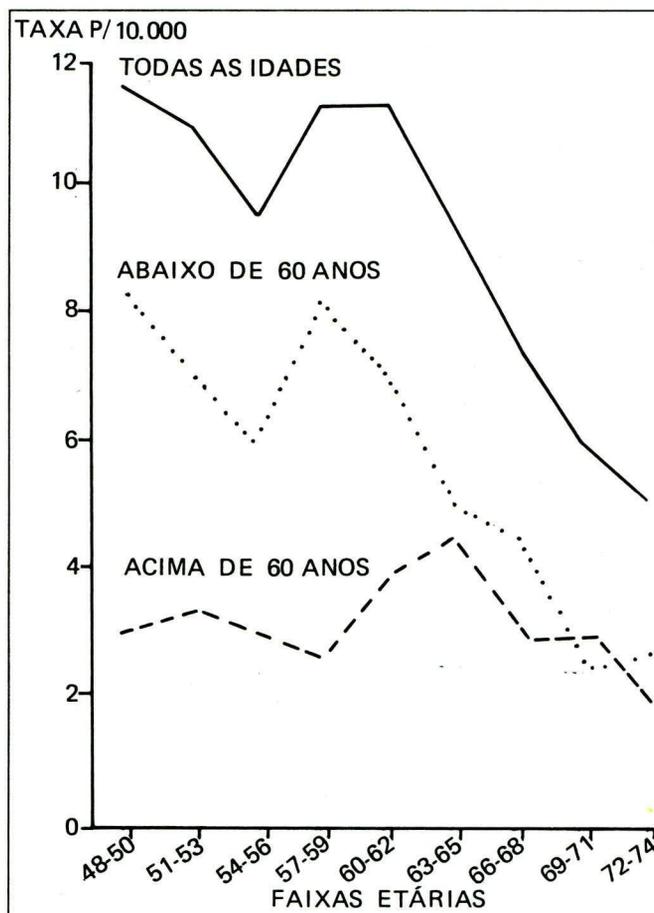


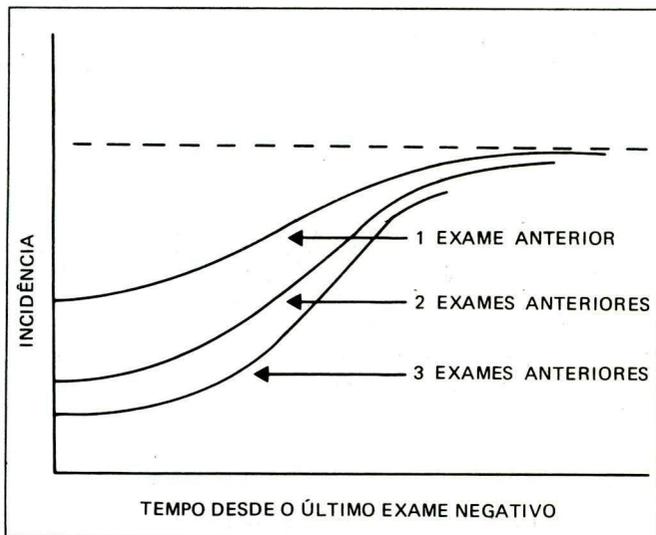
Figura 1. Câncer cérvico-uterino. Queda da incidência. Cidade de Aberdeen

Na situação atual, onde está claro que *screening* funciona, não é mais possível conduzir estudos controlados. Então, a alternativa é usar dados disponíveis a partir de diferentes programas de rastreamento para tentar estimar as variáveis que precisamos considerar.

Tabela 1. Efeitos das diferentes orientações de *screening* na incidência do câncer cervical em mulheres nas idades de 20 a 64 anos.

Programa de <i>screening</i>	Taxa cumulativa/ 10 ⁵ mulheres	Redução na incidência (%)	N.º de testes	N.º de casos prevenidos/10 ⁵
Nenhum <i>screening</i>	1.575			
<i>Screening</i> a cada cinco anos				
Idades: 20 a 64 anos	258,6	84	9	146
25 a 64 anos	287,8	82	8	161
35 a 64 anos	480,9	70	6	182
<i>screening</i> a cada ano - idades 20-34 anos, e, após, a cada cinco anos idades 35-64 anos	233,4	85	21	64
<i>screening</i> nas idades de 25, 26 e 30 anos, e após a cada 5 anos	275,4	83	9	144
<i>screening</i> a cada três anos: Idades: 20-64 anos	138,9	91	15	96
25-64 anos	161,8	90	13	109
35-64 anos	354,9	78	10	122
<i>screening</i> a cada ano - idades 20-34 anos, e, após, a cada três anos, idades 35-64 anos	132,0	92	25	59
<i>screening</i> nas idades 25, 26 e 29 anos, e após a cada três anos	157,4	90	14	101
<i>screening</i> a cada ano - idades 20-64 anos	105,2	93	45	33

Fonte: IARC Wk. Gp. 1986

**Figura 2.** Incidência prevista após um ou mais esfregaços negativos, presumindo sensibilidade 100% (de Walter e Day, 1983)

A Fig. 2 mostra o risco de desenvolver câncer invasivo após um exame negativo, para tentar decidir com

que frequência nós queremos fazer o *screening*. O importante é como o risco de desenvolvimento da doença varia com o aumento do tempo após um exame negativo. Supondo uma mulher que tenha tido só um exame anterior, então logo após o exame o risco de desenvolver a doença é altamente dependente da sensibilidade do teste citológico. Por exemplo, os casos levantados na Fig. 2 tenderão a ser falso-negativos de um teste de *screening*. Serão casos em que o esfregaço poderia ter sido detectado, mas não foi, e com o passar do tempo, desde o esfregaço negativo, serão mais casos levantados de nova doença, e a taxa de incidência aumentará gradualmente até atingir a mesma taxa de mulheres que nunca tinham sido examinadas. Após dois ou mais exames negativos, a possibilidade de um esfregaço falso-negativo e um caso originado de um resultado falso-negativo é muito menor, pois a possibilidade de um caso estar errado após dois exames sucessivos é baixa. Assim, logo após um esfregaço negativo o risco é baixo, mas, novamente com o passar do tempo, o risco de desenvolver doença invasiva aumentará, agora de acordo com as taxas dos novos casos de câncer desenvolvidos. É um aumento gradual do risco com o tempo, após um exame negativo que nós gostaríamos de tentar quantificar.

Os dados acima (Tabela 2) resultam de um estudo em colaboração, conduzido pela Agência Internacional para Pesquisa do Câncer, que é parte da Organização Mundial da Saúde. Estou trabalhando nestes dados com o Dr. Nick Day, no IARC, em Lyon. Este estudo mostrou dados de um grande número de países participantes, todos da Europa ou da América do Norte. O fato importante é perceber que existirão grandes diferenças entre os programas de *screening* nestes países. Eles foram conduzidos em diferentes épocas, iniciados com a Suécia ou Manitoba em princípio dos anos 60 e de lá para os anos 70 e 80, variando o número de casos entre os centros. Os programas variavam de maneira como o *screening* era organizado dentro do país; em alguns casos havia um laboratório central que seria responsável pelo processamento de todos os esfregaços do programa, que torna a organização muito fácil. Eles também variavam na total e correta organização do registro do câncer e no seguimento de toda a população. Então vocês podem ver que em alguns centros fizemos estudos de corte. Estes eram países onde havia um bom registro de câncer e nós estávamos confiantes do conhecimento de todos os casos de carcinoma cervical captados naquela população. Em outros locais onde usamos uma análise caso-controle havia um registro de câncer menos completo, mas ainda pegamos casos de doença invasiva e usamos um caso-controle aproximado para fazer a análise.

Vocês não precisam se preocupar muito em relação ao exposto nesta tabela (Tabela 3). O que fizemos em cada centro foi calcular a proteção relativa contra o câncer cervical, isto é, a proteção contra a incidência da doença invasiva. A proteção relativa é simplesmente o inverso do risco relativo. É exatamente uma outra maneira de abordar o risco relativo. E calculamos a proteção relativa após um único esfregaço negativo e após dois ou mais esfregaços negativos em diferentes períodos de tempo após um exame negativo. E para cada centro isto foi comparado com o risco da mulher que nunca foi examinada, dentro daquela população ou, alternativamente, com uma população similar em um período de tempo anterior, ou população numa área geográfica adjacente. Não irei apresentar todos os resultados detalhados, mas o que encontramos foi que havia muitas variações entre diferentes países na proteção após um único esfregaço e muito menor variação após dois ou mais esfregaços. É exatamente isto que se percebe vendo os dados de dois centros e vocês podem ver que a proteção em ambos os casos cai com o tempo, após um esfregaço negativo. Em um ano não havia

casos de doença invasiva após um esfregaço negativo; observar que abaixo de 10 anos ou mais há ainda uma discreta proteção.

Após dois ou mais esfregaços, novamente a proteção cai com o passar do tempo. Mas, como eu disse, entre países havia uma considerável variação após um único esfregaço, que tenderia a sugerir que era causada pelas diferenças da sensibilidade do *screening* em diferentes países e a organização dos programas, embora após dois ou mais exames negativos tenha havido muito menos variação, o que faz crer que a história natural subclínica da doença não varia entre países. A Figura 2 mostra o aumento gradual do risco após dois ou mais esfregaços. Portanto, não há grande diferença quanto à história natural da doença entre os países que nós observamos.

Então, o que fizemos (Tabela 4) foi combinar os dados de diferentes programas de *screening* por tempo, a partir de dois ou mais exames negativos, calculada a proteção relativa e comparada com uma população nunca submetida a um *Screening*. Pode-se ver que dentro de um ano, a partir de um esfregaço negativo, há uma proteção relativa de 15, caindo gradualmente com o transcorrer do tempo; após dois a três anos cai para 8; após cinco a seis anos, para 3,6; após 10 anos cai aproximadamente para 1, mas por essa época os números são muito pequenos para serem considerados.

Outra coisa que realizamos, à qual eu retornarei mais tarde, se houver tempo, é considerar os dados em diferentes grupos de idade. Isto porque há alguma controvérsia quanto ao fato de que a história natural da doença e a velocidade com que ela progride variam com a idade; e há os que falam que em mulheres jovens a doença está evoluindo rapidamente. Infelizmente neste estudo nós tivemos poucos dados em mulheres mais jovens, mas mostraremos que não havia nenhuma prova de diferença entre os dois grupos de idade. Se houver tempo, gostaria de retornar a este assunto.

Mas o que fizemos foi usar os dados de centros combinados para tentar estimar a redução percentual na taxa cumulativa de câncer cervical invasivo, que foi alcançada com várias freqüências de *screening* (Tabela 5), considerando que um exame anterior foi realizado, que o primeiro exame é feito aos 35 anos, e também o número de testes que seriam realizados para cada freqüência de *screening*, entre as idades de 35 e 65 anos. Outro ponto importante sobre este prognóstico é que eles consideram que o comprometimento com o programa de *screening* é de 100%. Só se consegue esta redução se o programa cobrir integralmente a população-alvo.

Pode-se ver que, nestas circunstâncias (Tabela 5), *screening* a cada 3 anos reduziria a taxa de doença invasiva em cerca de 90%, se pudesse cobrir toda a população a cada 3 anos. O importante é que em um *screening* a cada dois anos não há muita diferença de redução na taxa cumulativa, e, ainda, cada mulher teria um total de 5 exames extras, e estes exames extras só reduzem a percentagem de doença invasiva em 1% (Tabela 5). E mais: rastreamento a cada ano

fará com que se tenha um total de 20 exames extras por mulher. Então, se a diferença entre um *screening* a cada três anos e a cada ano é muito pequena, vocês não ganharão muito com um *screening* anual. Mesmo rastreamento a cada 5 anos, se vocês atingissem toda a população, reduziria a taxa de doença invasiva em cerca de 84%; e até mesmo 10 anos, embora, como eu disse, os dados para este intervalo de tempo sejam ainda escassos.

Tabela 2. Estudo da IARC: Centros Participantes.

Regiões	Anos	Tipo de estudo	N.º de casos
Toronto	1973-76	caso-controle	156
Islândia	1969-84	caso-controle c/corte	101
Aberdeen	1968-83	caso-controle c/corte	85
Genebra	1970-76	caso-controle	186
Milão	1978	caso-controle	121
Suécia	1967-80	corte	446
Maribo Co.	1966-82	corte	53
Ostfold Co.	1959-82	corte	73
British Columbia	1969	corte	68
Manitoba	1969-74	corte	86

Tabela 3. Proteção relativa contra o câncer cervical para mulheres com esfregaços negativos, em termos da história de *screening* prévio (número de casos entre parênteses).

Tempo decorrido desde o último esfregaço negativo (meses)	Aberdeen (85)	Islândia (101)
Proteção relativa após um esfregaço negativo		
0-11	0,0 (0)	0,0 (0)
12-23	0,0 (0)	4,9 (1)
24-35	5,7 (2)	1,7 (6)
36-47	3,5 (2)	1,1 (5)
48-71	2,5 (13)	1,3 (13)
72-119	1,6 (7)	2,6 (5)
120 +	1,13 (13)	0,6 (12)
Nunca rastreadas	1,0 (26)	1,0 (42)
Proteção relativa após dois ou mais esfregaços negativos		
0-11	0,0 (0)	9,6 (2)
12-23	10,9 (2)	11,3 (3)
24-35	7,0 (3)	8,1 (4)
36-47	3,5 (6)	10,3 (3)
48-71	8,0 (5)	4,6 (7)
72-119	1,7 (3)	1,5 (3)
120 +	1,7 (3)	0,4 (4)
Nunca rastreadas	1,0 (26)	1,0 (26)

Tabela 4. Sumário das proteções relativas, valores das médias geométricas dos centros.

Tempo desde o último esfregaço negativo (meses)	Proteção relativa (n.º de casos entre parênteses) (%)	95% de certeza nos intervalos
0-11	15,3 (25)	10,0-22,6
15-23	11,9 (23)	7,5-18,3
25-35	8,0 (25)	5,2-11,8
36-47	5,3 (30)	3,6-7,6
48-59	2,8 (30)	1,9-4,0
60-71	3,6 (16)	2,1-5,9
72-119	1,6 (6)	0,6-3,5
120 +	0,8 (7)	0,3-1,6

*Baseados somente nos gráficos de Aberdeen e Islândia

Fonte: IARC Wk. Gp. 1986

Tabela 5. Percentagem de redução na taxa cumulativa de câncer cervical invasor na faixa de 35-65 anos, com diferentes freqüências do *screening*.

Freqüência do <i>screening</i>	% de redução na taxa cumulativa*	N.º de testes
1 ano	93,3	30
2 anos	92,5	15
3 anos	91,4	10
5 anos	83,9	6
10 anos	64,2	3

*Considerando que um exame ocorreu aos 35 anos, e que outro havia sido anteriormente realizado.

Fonte: IARC Wk. Gp. 1986

Experiência no Estado de São Paulo no controle do câncer do colo uterino: cobertura populacional, faixa etária e periodicidade

L. C. Zeferino^{*}
C. Reis Junior^{**}

A faixa etária de mulheres que devem se submeter à prevenção do câncer do colo uterino e a periodicidade dos controles são dois pontos importantes deste programa e que precisam ser mais consistentemente definidos.

Todavia, o aspecto decisivo para reduzirmos efetivamente a morbidade e a mortalidade por câncer do colo uterino é a necessidade de controle com alta cobertura populacional. No Estado de São Paulo, apesar das várias iniciativas de diferentes instituições, é muito baixa a porcentagem de mulheres que estão sob controle. Está claro para nós que para expandir significativamente a cobertura é fundamental a ampla participação governamental, uma vez que o máximo que cada instituição tem feito, é muito pouco do ponto de vista populacional.

De qualquer forma, não será possível modificarmos a situação atual sem considerarmos que uma parcela muito pequena da população procura os serviços de saúde para fazer, exclusivamente, a prevenção do câncer do colo uterino. A maioria das mulheres vai aos centros de saúde para fazer pré-natal, procurar métodos anticoncepcionais ou por queixas ginecológicas.

Portanto, se quisermos aumentar a cobertura populacional temos que procurar controlar todas estas mulheres que estão passando pelos serviços de saúde, até mesmo aquelas que estão levando o filho para ser vacinado. Isto significa que precisamos assumir uma atitude ativa e recrutar todo este contingente de mulheres, não de forma compulsória, mas através de triagem e ações educativas.

No Estado de São Paulo observamos que o número de testes de Papanicolaou realizados em muitos centros de saúde é menor do que o total de consultas novas em ginecologia. É fácil deduzir o que está ocorrendo, e, portanto, temos que intervir nesta passividade e omissão que tem marcado os nossos serviços de saúde.

De qualquer forma cremos que não se pode deixar de relatar alguns fatores de risco que, eventualmente, podem ser considerados na definição da população-alvo e na periodicidade dos controles e, assim, procurar otimizar os recursos disponíveis.

Um deles é o tempo de atividade sexual e não simplesmente o início de atividade sexual. Wright, em 1985, mostrou que a idade média do diagnóstico das diferentes formas de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) variava de acordo com a idade do início da atividade sexual, guardando um intervalo de dez a onze anos (Tabela 1).

Tabela 1. Correlação entre idade no diagnóstico das NIC e idade do início da atividade sexual (IAS).

NIC	IAS (Grupos etários)			
	10-14	15-17	18-19	20 ou +
I	22,5	26,0	30,0	34,4
II	22,7	25,8	28,1	34,4
III	25,2	28,7	31,7	37,0
Total	23,6	27,3	30,2	35,6

$p < 0,001$

Utilizando dados da Unicamp, obtivemos resultados muito semelhantes, acrescidos também de informações sobre lesões por papilomavírus humano (HPV) e carcinoma invasor. Observamos que as lesões por HPV ocorreu dentro de um tempo de atividade sexual menor do que as encontradas para NIC. Por outro lado, os resultados encontrados para carcinoma invasor mostraram que é necessário um tempo médio de atividade sexual maior do que o encontrado para a NIC (Tabela 2).

^{*}CECAN - Universidade Estadual de Campinas
Fundação Oncocentro de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
^{**}Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

sexual e, entre eles, deve ser destacado o número de parceiros sexuais.

Neste sentido, La Vecchia, em 1986, num estudo epidemiológico, encontrou que um maior número de parceiros sexuais é um fator de risco mais importante do que o início precoce da atividade sexual, sendo que a associação de ambos os fatores representam um risco relativo ainda maior (Tabela 4).

Tabela 4. Idade do início da atividade sexual (IAS) e número de parceiros (NP) como fator de risco.

IAS (anos)	NP	Risco relativo	
		NIC	C. inv.
≥ 23	0/1	1	1
< 23	0/1	1,45	2,49
≥ 23	≥ 2	2,17	2,81
< 23	≥ 2	3,80	3,58

Fonte: La Vecchia, 1986.

Em 1987, no Seminário Nacional de Organização e Avaliação dos Laboratórios de Saúde Pública: Citohistopatologia, foi proposto que os controles citológicos para prevenção do câncer do colo uterino fossem trienais, uma vez que a parte de redução da frequência desta neoplasia apresentava variação mínima, se comparado com controles anuais ou bienais.

Todavia, no Estado de São Paulo determinamos que os controles fossem bienais, porque na prática espera-se que o intervalo médio entre eles seja maior do que dois anos.

Referências bibliográficas

Wright, V.C. e outros. Age at beginning of coitus versus chronologic age as a basis for Papanicolaou smear screening: An analysis of 747 cases of preinvasive disease. *Am J Obstet Gynecol* 1984: 824-830.

La Vecchia, C. e outros. Sexual factors, venereal diseases, and the risk of intraepithelial and invasive cervical neoplasia. *Cervical Neoplasia* 1986: 935-941.

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 encontram 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.

População-alvo e freqüência da detecção do câncer de colo uterino

Eduardo Faerstein*

Pretendemos, inicialmente, rever a evolução das recomendações internacionais e nacionais a respeito da população-alvo das ações de controle de câncer cervical.

A Organização Panamericana de Saúde propunha, em 1972¹:

"...concentrar-se a atenção nos grupos sócio-econômicos menos privilegiados, porque são os que estão expostos a um maior risco. As mulheres que freqüentam os consultórios de planejamento familiar constituem uma fonte importante para exames. Não obstante, o objetivo final do programa será incluir todas as mulheres expostas..."

Em nova versão de seu Manual de Normas e Procedimentos, datada de 1982², os técnicos da OPS diziam:

"...a doença é fortemente correlacionada com o baixo nível sócio-econômico, que inclui a maioria da população nos países em desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes refletem o comportamento sexual, tais como a idade precoce à primeira relação, revelada por primeiro casamento precoce e gestações múltiplas; múltiplos parceiros sexuais é outro fator de risco chave, indicado por casamentos múltiplos. Em áreas onde os homens são mais promíscuos que as mulheres existe de fato uma situação de múltipla parceria sexual..."

Em 1985, em edição revisada do mesmo Manual³, afirmava-se:

"...para definir a população em risco, à qual deve dirigir-se a ação, deve-se levar em conta: a) a incidência do câncer do colo uterino, por grupos específicos; b) as características culturais, educacionais e econômicas; c) a descrição da atenção primária de saúde..."

No Brasil, o Ministério da Saúde recomendava, em 1980⁴, que deviam as ações:

"...estar integradas às demais atividades de saúde pública (...) concentrando-se a atenção na população de alto risco, considerando-se as seguintes variáveis: faixa etária de 20 a 49 anos, início de atividade sexual em idade precoce, multiparidade, gestação em idade precoce e baixo nível sócio-econômico".

Adiante, entretanto, afirmava-se que:

"...nas unidades sanitárias será realizada a coleta de material cérvico-uterino em todas as clientes de 20-49 anos consultantes de primeira vez..."

Em 1985, o Ministério fez circular versão preliminar de um Manual de Normas a serem adotadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher⁵, onde se considerava, no item População-Alvo:

"...o grupo considerado de risco (...) é identificado de acordo com as seguintes variáveis: atividade sexual / início da atividade em idade precoce; multiplicidade de parceiros; freqüência de atividade sexual; hábitos de higiene; história de doenças sexualmente transmitidas (herpesvírus tipo 2, papovavírus, entre outros); paridade / gestação em idade precoce; multiparidade..."

A seguir, porém, dizia-se:

"...as ações de controle do câncer cérvico-uterino abrangem todas as mulheres com vida sexual ativa, independentemente do grupo etário estabelecido..."

Em 1986, afirmava-se⁶:

"...o câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com: níveis sócio-econômicos baixos; início de atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos); história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16, 18, 31 e 35) e vírus do herpes tipo 2 (HSV-2). São considerados, ainda, como fatores de relativa significação o hábito de fumar e carências nutricionais, como a hipovitaminose A..."

"...todas essas variáveis caracterizam grupo de maior risco (...) e devem ser considerados na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado..."

É forçoso constatar que a definição da população-alvo das ações de controle do câncer cervical, nas normas nacionais e naquelas propostas pela OPS, vem evoluindo em meio a ambigüidades. Os avanços do conhecimento epidemiológico sobre a doença vêm sendo assimilados de modo errático. E o que é mais importante: não tem sido convenientemente avaliada a viabilidade, no caso concreto, de operacionalização da abordagem de risco. Aceita-se que são variáveis ligadas ao comportamento sexual das mulheres e/ou de seus parceiros que podem aumentar o risco de infecções genitais virais, que teriam papel importante na carcinogênese. Mas não é razoável imaginar que,

*Coordenador da Divisão de Epidemiologia do Instituto Nacional de Câncer. Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ.

na prática, seja possível selecionar grupos de acordo com essas variáveis, tendo-se em vista a sensibilidade do tema e, também, a subjetividade de possíveis definições ligadas, por exemplo, à *precocidade e promiscuidade sexuais*. Ainda que o fosse, trabalhar-se-ia com "um grupo de alto risco" demasiadamente amplo, provavelmente a maioria da população. Por outro lado, em relação ao efeito de outras exposições, como o consumo de contraceptivos orais e o tabagismo, o aumento do risco situa-se em torno de apenas duas vezes⁷. Enfim, nenhuma das situações justificam a idéia de um *screening* seletivo em subgrupos da população.

Parece mais conveniente considerar, como o grupo tarefa canadense⁸, que a população feminina possa ser classificada em somente dois grupos:

a) o grupo não exposto a risco, que não deve ser submetido à detecção:

- mulheres que nunca tiveram relação sexual;
- mulheres acima de 60 anos com resultados de exames continuamente negativos;
- mulheres hysterectomizadas com remoção completa do epitélio cervical;

b) o grupo exposto ao risco, que inclui todas as outras mulheres.

Nessas últimas, a magnitude das taxas de incidência específicas, segundo a idade, passa a ser os elementos definidores de uma estratégia de *screening* que selecione a faixa etária de maior risco, prioritária para a realização da citologia.

PERIODICIDADE E FAIXA ETÁRIA

O clássico exame anual não é proposto pela Organização Panamericana de Saúde desde 1972. No Brasil, os manuais do Ministério de Saúde de 1980⁴ e de 1985⁵ recomendavam a freqüência anual para os exames de controle. O manual de 1986⁶ propõe que, no caso de uma citologia negativa, "as pacientes devem ser submetidas a um controle anual". Mas sugere, de modo ambíguo:

"...para aquelas clientes que fazem o exame preventivo regularmente (todos os anos), com duas ou mais citologias negativas, que a periodicidade do controle seja espaçada, por exemplo, a cada 2 ou 3 anos..."

Tecnicamente, a periodicidade desejável pode ser definida com base na observação das reduções de risco alcançadas com diferentes estratégias. Em outras palavras, trata-se de medir a probabilidade de adoecer em função do tempo decorrido após um exame negativo.

É impraticável a realização de ensaios clínicos controlados para a avaliação comparativa dos graus de eficácia de todos os calendários possíveis, resul-

tantes da grande variedade de combinações entre diferentes freqüências e faixas etárias. Dados epidemiológicos e operacionais disponíveis, entretanto, podem ser analisados com esse objetivo. Moss e Day⁹ relataram os resultados de análise realizada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), que consolidou dados de estudos observacionais e de programas de detecção de oito diferentes países da Europa e América do Norte, abaixo apresentados (Tabela 1).

Tabela 1. Redução percentual da taxa acumulada de incidência de câncer cervical invasivo no grupo etário de 35-64 anos, em relação a diferentes freqüências de *screening*, em alguns países da Europa e América do Norte, décadas de 70 e 80.

Intervalo entre os exames	% de redução da taxa acumulada	N.º de exames
1 ano	93,3	30
2 anos	93,3	15
3 anos	91,4	10
5 anos	83,9	6
10 anos	64,2	3

Revelaram-se portanto rigorosamente iguais os benefícios conferidos pela realização dos exames com intervalos de um ou dois anos, com pequena diferença em relação aos resultados do teste trienal. As estimativas apresentadas na Tabela 1 assumem cobertura de 100% da população, podendo ser deduzida uma informação nada desprezível: é mais efetivo o exame, por exemplo, de todas as mulheres a cada dez anos (no caso, redução da taxa em 64%), do que seria a cobertura de 50% da população de cinco em cinco anos (que resultaria em redução de 42%) ou de um terço das mulheres a cada três anos (redução esperada de cerca de 30%).

Nos países escandinavos, os programas de massa foram introduzidos com realização dos testes a cada quatro ou cinco anos. Na Inglaterra, recomendava-se o início dos exames aos 35 anos e, desde 1984, a partir dos 20 anos de idade, sempre em bases quinquenais¹⁰. Nos Estados Unidos, a *American Cancer Society* modificou em 1980 suas recomendações anteriores de colpocitologia anual, passando a proguntar exames trienais após o início da vida sexual¹¹.

No Canadá, o Relatório Walton (1976) propôs a realização de testes a cada três anos, entre 18 e 35 anos, e após essa idade freqüência quinquenal. Em 1982, o mesmo grupo tarefa considerou que as mulheres de 18 a 35 anos estariam apresentando

aumento de risco decorrente da liberalização dos hábitos sexuais, devendo por essa razão submeter-se ao exame anual⁸.

Não há evidências, entretanto, de que a história natural da doença seja diversa nas mulheres submetidas a maior risco. Mais precisamente, de que essas, ao apresentarem lesões, cursem-nas com fase pré-clínica de menor duração³⁰. Em conseqüência, não parece haver justificativa para maior freqüência do exame em população de grupos etários de maior risco, o que estaria indicado se a progressão de suas lesões fosse mais rápida. Pertinentes, em relação a essas mulheres, são esforços especiais de garantia de adequada *cobertura* da detecção.

Aparentemente a adoção ou não de determinadas normas em relação à periodicidade do exame, em alguns países, é influenciada por certo grau de "solução de compromisso" entre o recomendável com base em estudos epidemiológicos e de modelagem matemática, e a força da tradição e dos interesses de sociedades de especialistas.

A propósito, Foltz e Keley¹² apontam o caráter privatizado da atenção médica e o poder de *lobby* da *American Cancer Society* (ACS) e outras sociedades, nos Estados Unidos, como fatores de resistência ao abandono da recomendação da colpocitologia anual naquele país. A Academia Internacional de Citologia parece expressar interesses corporativos ainda mais específicos. Reagindo à mudança de posição da ACS em relação ao assunto, argumenta que o exame citológico (anual) fornece às mulheres a oportunidade para atendimento de suas outras necessidades médicas, incluindo a palpação das mamas. E que não caberia reduzir a freqüência do *screening* em mulheres "no período de suas vidas onde a *detecção precoce do câncer endometrial é uma grande preocupação*"¹³. Não há a mais remota evidência, na literatura, dessa suposta eficácia do teste de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer endometrial (câncer do corpo uterino).

A redução dos custos da atividade é uma motivação explícita nas propostas de espaçamento dos exames. De fato, entre a realização anual do teste em toda a população feminina adulta e, por exemplo, sua aplicação quinquenal na faixa de 30 a 60 anos, podem estar embutidas diferenças de custos bastante significativas. Mas interesses de quem está no "outro lado do balcão" ficam também contemplados. Isso porque a delimitação de faixas etárias mais restritas, e de intervalos maiores para a realização dos exames, tem o efeito de reduzir os "efeitos colaterais" do *screening*, entre os quais a ansiedade, desconforto e riscos desnecessários a que estão submetidas muitas mulheres falso-positivas, até a elucidação diagnóstica.

Em nossa realidade, todavia, é preciso ter presente que um maior espaçamento dos exames tornar-se-á indicado na medida em que se conte com um funcionamento dos laboratórios de citopatologia dentro dos padrões adequados de qualidade, que garantam índices de validade próximos dos limites máximos oferecidos pela citologia vaginal. A respeito, a situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo, não é *animadora*. Cunha¹⁴, em relatório resultante de avaliações realizadas *in loco*, informou que em cerca da metade dos dezenove laboratórios visitados não se dispõe de arquivo de lâminas e laudos; a nomenclatura internacional não é utilizada; o tempo médio gasto entre a coleta do material e a emissão dos resultados ultrapassa o preconizado. Na maioria dos laboratórios não há articulação formal com laboratórios de histopatologia que permita a correlação cito-histopatológica; tampouco há procedimentos sistemáticos de controle de qualidade.

Na vigência dessa situação, a realização de exames mais espaçados poderia provocar o acúmulo indevido de muitos casos falso-negativos na população, em função da baixa sensibilidade com que se pode supor que o teste esteja sendo aplicado na maioria dos estados. Outra garantia necessária à diminuição da freqüência dos exames seria a implantação de procedimentos operacionais que "lembrem" às mulheres a época de realização de seu exame. Tais condições não são dadas no país; propõe-se, por isso, que a adequação das normas técnicas, neste particular, acompanhe esforços decididos de criação desses requisitos.

Para definir a idade de início da realização dos exames, cabe mencionar que as populações do país com freqüência mais elevada da doença apresentam também riscos mais precoces; muito provavelmente, isso também deve ocorrer entre os grupos de maior e menor risco dentro de cada região. Além disso, as taxas de morbimortalidade tendem a aumentar rapidamente com a idade já a partir da terceira década de vida, e há indicações de que a ocorrência esteja em ascensão de modo mais intenso nas cortes mais jovens.

Tais fatos recomendariam, como o momento propício para o início da realização dos exames, o começo da vida sexual. Em situação de carência de recursos para coleta e exame de material, é justificável que se dê prioridade às mulheres que nunca se submeteram ao teste; em segunda instância, às clientes acima de 30-35 anos, onde já será maior a prevalência de fase pré-clínica detectável da doença. E que se leve em conta, sempre, que a realização de poucos exames espaçados em muitas mulheres pro-

duz maior impacto epidemiológico do que sua repetição freqüente em clientela restrita.

Notas Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer del Cuello Uterino". Publicación Científica n.º 248. Washington, OPS, 1972.
2. Pan American Health Organization. "Manual of Norms and Procedures for Cervical Cancer Control". Washington, PAHO, 1982.
3. Organización Panamericana de La Salud. "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino". Serie Paltex para ejecutores de programas de salud n.º 6. Washington, OPS, 1985.
4. Ministério da Saúde. "Manual de Normas e Procedimentos para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino". Brasília, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1980.
5. Ministério da Saúde. "Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama" (versão preliminar). Brasília, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1985.
6. Ministério da Saúde. "Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama". Série A: Normas e Manuais Técnicos, 28. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
7. Hulka, B. "Risk factors for cervical cancer". J Chron Dis, 1982; 35: 3-11.
8. "Cervical Cancer Screening Programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force Report.: Can Med Assoc J 1982; 127: 581-89.
9. Moss, S.M. & Day, N.E. "Screening intervals and identification of high risk groups for cervical cancer". Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri-Working, paper 445. Geneve, World Health Organization, 1985.
10. "Screening strategies for cervical cancer". The Lancet 1986; II: 725-726.
11. "American Cancer Society/Guidelines for the cancer related checkup: recommendations and rationale." CA, 1980; 30: 194-240.
12. Foltz, A.M.; Kelsey, J.L. "The annual Pap Test: a dubious policy success." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 1978; 56(4): 426-462.
13. "The International Academy of Cytology Policy Screening." Acta Cytologica, 1980; 24(5): 371-372.
14. Cunha, M.N.P. "Diagnóstico da situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde." Relatório de pesquisa. Projeto Instituto Nacional do Câncer/Campanha de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro, 1985 (mimeo).

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.

Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino. Um enfoque epidemiológico*

Marcelo Gurgel Carlos da Silva[†]

Quadro atual

As neoplasias malignas responderam por 9,05% das mortes registradas no sexo feminino, no Brasil, em 1984, somando 30.296 perdas. Dessas, 2.311, ou 7,63%, foram pelo câncer cérvico-uterino, sendo que essa localização ocupou a primazia entre os cânceres ocorridos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, respectivamente, com 19,88%, 12,37% e 13,56%; para as regiões Sudeste e Sul esses valores foram de 5,17% e 6,95% (Tabela 1).

Quanto à distribuição por faixa etária, os óbitos por câncer cervical aconteceram a partir do grupo de 15 a 19 anos, sendo que a moda ficou no grupo 50-59 anos, a mediana em 54,7 anos, com 95% dos diagnósticos entre 38,8 e 71,2 anos (Tabela 2).

Em relação à incidência, as taxas dos registros de bases populacionais brasileiras apontaram por volta de 1980 uma variação de 17,24 por cento no Rio Grande do Sul a 51,8 por 100.000 em Recife (Tabela 3); as taxas realizadas por idade alinham o valor de Fortaleza entre os registros de incidência e o da capital paulista junto aos de risco moderado (Tabela 4).

Do ponto de vista de anos potenciais de vida perdidos, essa localização anatômica foi a maior responsável pela vida útil sacrificada pelo câncer entre as mulheres, arcando com 2.665 anos ou 1,42 anos para cada 1.000 mulheres (Tabela 5)⁶.

Dos 199.226 exames histopatológicos registrados pelo Ministério da Saúde nas mulheres, no período 1976-80, 47.174 ou 23,7% eram referentes ao câncer do colo uterino. A forma invasiva foi a predominante, com 72,9% dos diagnósticos, contra 27,1% do carcinoma "in situ". Entre as displasias, a leve participou com 49,2%, a moderada com 33,5% e a intensa com 17,3%¹.

Com base nos riscos observados em anos próximos a 1980, para o país seriam esperados 5.310 mor-

tes por câncer cervical, dos quais 1.820 na região nordestina, e 24.940 casos novos desse câncer, sendo que 8.760 no Nordeste e 9.397 na região Sudeste (Tabela 6).

Fatores de risco e algumas características da mulher brasileira

A identificação dos grupos mais vulneráveis para determinadas doenças é um dos usos clássicos da epidemiologia. Essa identificação, realizada principalmente por estudos epidemiológicos analíticos, resulta em melhor alocação dos recursos, direcionando-os aos grupos ou subgrupos populacionais de maior risco para a doença enfocada.

Neste sentido, o Quadro 1 apresenta alguns fatores relacionados com o câncer cervical, dos quais a idade precoce ao primeiro casamento/coito e os múltiplos casamentos/companheiros despontam como fortes fatores de risco, enquanto o status sócio-econômico do parceiro participa como moderado fator de risco; no último caso, considerando que existe grande identidade quanto ao status sócio-econômico da mulher e seu parceiro, pode ser entendido que o nível sócio-econômico guarda estreita relação com a ocorrência do câncer da cérvico-uterina.

No Brasil, o recenseamento de 1980 computou a população residente da ordem de 119.070.865 habitantes, dos quais 50,33% pertencentes ao sexo feminino; a taxa de crescimento geométrico anual no período 1970/80 foi de 2,49%, sendo mais baixa na região Sudeste (1,44%) e mais alta na região Norte (5,03%) (Tabela 7)⁴.

Com base nessas taxas de crescimento e na taxa de participação feminina, a população feminina brasileira em 1988 é estimada em 73.274.880, conforme nota-se na Tabela 8.

Trabalho apresentado em Reunião de Consenso promovida pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, em 23 e 24 de outubro de 1988.

[†]Coordenador Executivo do Registro de Câncer do Ceará

Tabela 1 - Óbitos e mortalidade proporcional (%) por neoplasias malignas e câncer do colo uterino, segundo regiões brasileiras, no sexo feminino, em 1984.

Regiões	Todas as causas	Neoplasias malignas		Câncer cérvico-uterino	
		N.º	%	N.º	%
Norte	13.637	845	6,20	168	19,88
Nordeste	97.415	4.219	4,33	522	12,37
Sudeste	159.121	18.005	11,32	1.029	5,17
Sul	49.752	5.870	11,80	408	6,95
Centro-Oeste	15.014	1.357	9,04	184	13,56
Brasil	334.939	30.29	69,05	2.311	7,63

Fonte: Estatística de Mortalidade Brasil-84²**Tabela 2** - Óbitos por câncer cérvico-uterino, segundo regiões brasileiras e grupos etários, em 1984.

Regiões	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	IGN	Total
Norte	-	-	7	36	39	34	20	21	8	3	168
Nordeste	-	1	15	68	128	133	106	48	21	2	522
Sudeste	-	-	20	112	201	295	228	117	54	2	1.029
Sul	-	1	10	55	101	91	86	44	17	3	408
Centro-Oeste	-	1	8	21	50	47	34	16	6	1	184
Brasil	-	3	60	292	519	600	474	246	106	11	2.311

Fonte: Estatística de Mortalidade Brasil-84²**Tabela 3** - Incidência de câncer cervical em áreas dos registros de câncer do Brasil em anos próximos a 1980.

Registros	N.º de casos	%	Taxas*	Posição
Fortaleza (1978-82)	1.077	19,26	30,95	2. ^a
Recife (1972-77)	2.037	27,25	51,8	1. ^a
São Paulo (1978)	1.030	10,97	29,29	3. ^a
Rio Grande do Sul (1978-79)	1.386	10,86	17,84	3. ^a

*Por 100.000 mulheres
Silva, M.G.C. da - Cânceres no Brasil⁹

Tabela 4 - Incidência padronizada* e incidência acumulada (0-64, 0-74 anos) de câncer cérvico-uterino de alguns registros de câncer, em anos próximos a 1975.

Registros de câncer e ano	Incidência padronizada		Incidência acumulada (%)	
	Mundial	"Truncada"	0-64	0-74
Brasil, São Paulo (1973)	17,2	42,9	1,4	1,8
Brasil, Fortaleza (1978-80)	37,5	86,5	2,7	3,9
Colômbia, Cali (1972-76)	52,9	117,7	3,9	5,5
Cuba (1973-77)	17,1	37,6	1,2	2,0
Jamaica, Kiningston (1973-77)	29,8	59,5	2,1	3,1
EUA, Connecticut (1973-77)	8,4	17,6	0,6	0,6
Israel, Judeus (1972-76)	4,9	10,9	0,4	0,5
Japão, Osaka (1973-77)	17,2	43,0	1,4	1,9
Alemanha, Hamburgo (1973-77)	18,4	43,9	1,5	2,0
Inglaterra, Birmingham (1973-76)	12,0	28,4	1,0	1,3

*Ajustada por idade por 100.000 habitantes

Fonte: LARC - Cancer in Five Continents - Vol. IV⁵Silva, M.G.C. da - Câncer em Fortaleza⁷**Tabela 5** - Número e taxas* de anos potenciais de vida perdidos por câncer, segundo algumas localizações anatômicas e sexo, na população residente de 1 a 64 anos, em Fortaleza, em 1978-80.

Localização anatômica	Masculino		Feminino	
	N.º	Taxa	N.º	Taxa
Esôfago (150)	227,5	0,16	85	0,04
Estômago (151)	1.447,5	0,88	1.145	0,61
Cólon (153)	207,5	0,13	260	0,14
Reto (154)	207,5	0,13	255	0,14
Fígado (155)	207	0,16	285	0,15
Vias biliares (156)	207,5	0,02	290	0,15
Pâncreas (157)	187,5	0,11	95	0,05
Laringe (161)	225	0,14	40	0,02
Pulmão (162)	1.055	0,64	357,5	0,19
Mama (174)	-	-	1.840	0,98
Colo do útero (180)	-	-	2.665	1,42
Corpo do útero (182)	-	-	202,5	0,11
Ovário (183)	-	-	659,2	0,35
Próstata (185)	150	0,09	-	-
Cérebro (191)	1.252	0,76	1.306	0,69
Linfoss./reticuloss. (200)	596,5	0,36	487	0,26
Doença de Hodgkin (201)	322	0,19	77,5	0,04
Linfoma (202)	437	0,26	84,5	0,04
Leucemias (204-208)	1.527	0,95	1.647,5	0,88

*Por 1.000 habitantes

Fonte: Silva, M.G.C. da⁶

Tabela 6 - Óbitos e casos esperados de câncer do colo uterino, segundo as regiões brasileiras, em 1988.

Regiões	População feminina	Mortalidade* por 100.000	Óbitos esperados	Incidência** por 100.000	Casos esperados
Norte	4.286.289	14,8	634	41,4	1.775
Nordeste	21.158.389	8,6	1.820	41,4	8.760
Sudeste	32.073.499	5,0	1.604	29,3	9.397
Sul	10.660.194	6,0	604	17,8	1.898
Centro-Oeste	5.096.517	12,0	612	41,4	2.110
Brasil	73.274.888	-	5.310	-	23.940

*Baseada nas taxas de Belém (N), Fortaleza e Recife (NE), São Paulo e Rio de Janeiro (SE), Porto Alegre (S) e Goiânia (GO) em 1979-81.
 **Norte, Nordeste e Centro-Oeste - taxa intermediária de Fortaleza e Recife; Sudeste - taxa de capital paulista; e Sul - taxa de Porto Alegre; todas em anos próximos a 1980.

Quadro 1 - Fatores de risco pessoais para câncer cervical invasivo.

Fatores de risco	Grau
Idade precoce ao primeiro casamento/coito	++
Múltiplos casamentos/companheiros	++
Hábitos sexuais	±
Idade à menarca/menopausa	-
Característica da menstruação	0
Grande número de gestações	0
Uso de contraceptivos orais	±
Uso de barreiras contraceptivas	± (protetor)
Circuncisão do parceiro	± (protetor)
Status sócio-econômico do parceiro	+

++ Forte fator de risco

+ Moderado fator de risco

± Questionável

0 Não há evidência de associação

Fonte: Cramer, D. - Uterine cervix. In: Schottenfeld & Fraumeni - Cancer epidemiology and prevention³

Tabela 7 - População residente, participação feminina e taxa anual de crescimento geométrico, segundo as regiões brasileiras, em 1980.

Regiões	População residente total	Participação feminina (%)	Taxa anual de crescimento geométrico (%)
Norte	5.885.536	49,18	5,03
Nordeste	34.885.469	51,08	2,17
Sudeste	51.746.318	50,28	2,65
Sul	19.038.935	49,94	1,44
Centro-Oeste	7.544.607	49,17	4,05
Brasil	119.070.865	50,33	2,49

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil - 1980 - V1-T.2⁴

Tabela 8 - População projetada*, segundo as regiões brasileiras, para 1988.

Regiões	População	
	Total	Feminina
Norte	8.715.512	4.286.289
Nordeste	41.422.061	21.158.389
Sudeste	63.789.776	32.073.499
Sul	21.346.003	10.660.194
Centro-Oeste	10.365.095	5.096.517
Brasil	145.638.447	73.274.888

*Projeção pelo método geométrico

A distribuição da população feminina, segundo a cor, registrou predomínio da branca com 55,50% no total e 58,59% na faixa de 20 a 69 anos de idade; as de cor parda ocuparam a segunda posição, com 37,81% e 34,40%, e as negras a terceira, com 5,81% e 6,03%, respectivamente (Tabela 9).

Em 1980, cerca de 68% das mulheres acima de 5 anos sabiam ler e escrever; no entanto, no meio rural somente 51,56% revelaram dispor dessa habilidade, em contraste com as 76,98% vistas no meio urbano (Tabela 10). Quanto ao grau de escolaridade, 32,24% eram sem instrução ou tinham menos de um ano de estudo, 17,69% estudaram quatro anos e 13,62% entre 5 e 8 anos de escolaridade, e apenas 2,77% com 12 ou mais anos, significando acesso ao ensino superior (Tabela 11).

Apenas 26,94% da população residente feminina em 1980 eram economicamente ativas, sendo 30,78% na área urbana e somente 17,59% na zona rural (Tabela 12). Quanto ao rendimento médio mensal das mulheres de 20 ou mais anos, 67,12% não auferiam qualquer renda, enquanto aproximadamente 17% ganhavam rendas de um salário mínimo e menos de 2% recebiam cinco ou mais salários mínimos (Tabela 13).

Entre 15 e 19 anos, 88,36% da população feminina são solteiras, mas nos grupos de 20-24 anos e 25-29 anos essa participação é reduzida a 44,11% e 23,28%; de 30-39 anos as solteiras somam 13,18% e a partir dos 40 anos passam a representar em torno de 8% da situação conjugal; a população de casadas atinge seu valor máximo na faixa de 30-39 anos, com 79,17%, e as separadas têm no grupo de 40-49 anos a sua maior participação com 6,23% (Tabela 14).

Para as mulheres acima de 15 anos, 65,60% tiveram filhos; por faixa etária, 11,33% destas, entre 15-19 anos, já haviam passado pela experiência da maternidade e 48,56% entre as de 20-24 anos tinham tido filhos; depois dos 30 anos, algo como 85% das mulheres já haviam procriado (Tabela 15).

O conhecimento dessas características da população feminina brasileira é importante, sobretudo para a identificação da magnitude da população exposta ao risco do câncer cérvico-uterino, dimensionando a amplitude do respectivo programa de controle, com base nos grupos mais vulneráveis obtidos em estudos epidemiológicos específicos.

Periodicidade e faixas etárias para a prevenção

Os diagnósticos histopatológicos no Brasil-1976-80 demonstraram a participação de câncer cervical em 23,7%, sendo que em algumas faixas etárias, compreendidas entre 25 e 44 anos, esse câncer perfazia cerca de 40% dos diagnósticos (Tabela 16). Quanto à distribuição etária de 47.174 casos, 100 casos de câncer cérvico-uterino estavam situados abaixo dos 20 anos de idade, dos quais 42 com menos de 15 anos e 58 entre 15 e 19 anos. É possível que os listados como menores de 15 anos apresentem algum tipo de vício na informação, e mesmo que todos fossem corretos a participação relativa dos grupos menores de 20 anos resultaria em somente 0,21% dos cânceres cervicais.

No outro extremo, os casos detectados acima de 70 anos representam aproximadamente 5% e, provavelmente, em sua maioria, devem ser do tipo invasivo e que, certamente em função da combinação de risco e do avanço etário, pouco benefício teriam a lograr com o tratamento, assim como um programa de controle não obteria maiores impactos em termos de benefício ao bem-estar da população.

Os dados da Tabela 17 revelam uma diferença de três anos entre as idades média e mediana de displasia para carcinoma *in situ* e de nove anos entre o carcinoma *in situ* e o carcinoma invasivo. Desprezando o tempo que antecede a formação da displasia, haveria disponibilidade de doze anos para a atuação até a detecção da forma invasiva, mas por uma questão de segurança seriam necessários nove anos para a detecção do câncer até chegar ao tipo intra-epitelial, portanto, curável integralmente.

Tabela 9 - População residente, feminina total e de 20-69 anos, segundo a cor, no Brasil, em 1980.

Cor	Total		de 20 a 69 anos	
	N.º	%	N.º	%
Branca	33.263.772	55,0	17.321.353	58,59
Preta	3.479.052	5,81	1.781.223	6,03
Amarela	364.258	0,61	215.592	0,73
Parda	22.658.551	37,81	10.170.114	34,40
Sem declaração	159.133	0,27	73.912	0,25
Total	59.924.766	100,0	29.562.294	100,0

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V1-T.2⁴**Tabela 10** - Mulheres acima de 5 anos, segundo a situação de domicílio, no Brasil, em 1980.

Situação de domicílio	Total	Sabem ler e escrever			
		Sim		Não	
		N.º	%	N.º	%
Urbana	36.135.700	27.818.246	76,98	8.178.395	23,03
Rural	15.601.416	8.043.866	51,56	8.106.775	48,44
Total	51.737.116	35.155.734	67,95	16.285.170	32,05

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V1-T.2⁴**Tabela 11** - Mulheres acima de 5 anos, segundo anos de estudos, no Brasil, em 1980.

Anos de estudo	N.º	%
Sem instrução ou < 1	18.232.720	32,24
1	3.130.725	6,05
2	4.035.008	7,80
3	4.943.885	9,56
4	9.154.328	17,69
5 a 8	7.048.724	13,62
9 a 11	3.735.246	7,22
12 ou mais	1.431.589	2,77
Total	51.737.116	100,0

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V1-T.2⁴

Tabela 12 - Mulheres economicamente ativas, segundo a situação de domicílio, no Brasil - 1984.

Situação de domicílio	Total	Economicamente ativas			
		Sim		Não	
		N.º	%	N.º	%
Urbana	31.680.556	9.749.909	30,78	21.930.647	69,22
Rural	13.014.802	2.289.021	17,59	10.725.781	82,41
Total	44.695.358	12.038.930	26,94	32.656.428	73,06

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V1-T.2⁴**Tabela 13 - Mulheres acima de 20 anos, segundo rendimento médio mensal, no Brasil e, em 1980.**

Salário mínimo	N.º	%
Até 1/2	4.109.209	9,19
1/2-1	3.628.920	8,12
1-2	3.748.521	8,39
2-3	1.204.708	2,70
3-5	1.022.934	2,29
5-10	628.887	1,41
10-20	186.153	0,42
acima de 20	41.127	0,09
Sem rendimento	29.999.574	67,12
Sem declaração	125.325	0,28
Total	44.695.358	100,0

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V.1, T.2.⁴**Tabela 14 - Estado conjugal (%) das mulheres, segundo a idade, no Brasil, em 1980.**

Grupo etário	Solteiras	Casadas*	Separadas**	Viúvas	Sem declaração
15-19	82,36	16,09	0,51	0,08	0,97
20-24	44,11	52,66	1,95	0,32	0,96
25-29	23,28	72,06	3,17	0,73	0,76
30-39	13,18	79,17	4,47	2,30	0,88
40-49	8,91	76,28	6,23	7,65	0,94
50-59	8,35	66,99	6,10	17,25	1,31
60-69	8,61	49,86	4,97	34,90	1,65
70+	8,99	23,92	2,90	62,00	2,19
IGN	21,50	55,14	4,80	12,82	7,74

*Inclui união consensual

**inclui desquitadas e divorciadas

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980. V1-T.2⁴

Tabela 15 - Mulheres que tiveram filhos (%), segundo grupos etários, no Brasil - 1980.

Grupos etários	%
15-19	11,33
20-24	48,56
25-29	73,04
30-34	83,77
35-39	87,90
40-44	89,20
45-49	90,20
50-54	89,99
55-59	87,58
60-64	86,98
65-69	85,32
70+	85,52
IGN	83,60
Total	65,60

Fonte: IX - Recenseamento Geral do Brasil-1980, V1-T.2⁴**Tabela 16** - Número e percentagem e diagnóstico de câncer do colo uterino segundo a idade* (Brasil 1976-80)

Grupo etário	Todos os cânceres	Colo uterino	
		N.º	%
0-4	1.131	24	2,1
5-9	750	10	1,3
10-14	859	8	0,9
15-19	1.359	58	4,3
20-24	2.256	530	23,5
25-29	4.580	1.879	41,0
30-34	7.690	3.411	44,4
35-39	11.270	4.947	43,9
40-44	14.940	5.707	38,2
45-49	18.068	5.818	32,2
50-54	19.496	4.911	25,2
55-59	18.104	3.721	20,6
60-64	18.116	2.951	16,3
65-69	15.954	2.136	13,4
70-74	12.629	1.301	10,3
75-79	8.583	759	8,8
80-84	4.092	239	5,8
85+	2.329	162	7,0
IGN	37.020	8.602	23,2
Total	199.226	47.174	23,7

*Somente em mulheres

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde¹**Tabela 17** - Algumas medidas de tendência central e de amplitude para a distribuição etária de displasias e cânceres cervicais no Brasil, em 1976-80.

Medidas	Displasia	Carcinoma	
		In situ	Invasivo
Total de diagnósticos	32.084	11.934	32.086
Média de idade	38	41	50
Idade mediana	37	40	49
95% dos diagnósticos entre	20 e 65	23 e 67	28 e 77

Fonte: Ministério da Saúde¹

Desse modo, esse prazo de nove anos não significa que o programa deva manter periodicidade anual de exame e sim a margem de tempo tecnicamente possível para evitar o câncer invasivo da cérvix.

A periodicidade recomendada dependerá dos resultados histológicos e dos fatores de risco relacionados ao câncer cérvico-uterino porventura apresentados pela clientela. Assim, mulheres com sucessivos exames citológicos negativos e na ausência de outros fatores indicativos de alto risco devem ter prazos cada vez mais elásticos para o exame de prevenção; diferentemente deve ser o comportamento diante de um caso que manifeste pelo menos um dos forte fatores de risco: idade precoce ao casamento/relação sexual e múltiplos cônjuges/companheiros, ou a combinação de características econômico-sociais de maior risco.

A determinação da faixa etária de risco requer também uma análise com base na probabilidade de vir a desenvolver o câncer cérvico-uterino. A probabilidade de uma criança nascida em Fortaleza desenvolver esse câncer até o final de sua vida é de 5%, considerando, neste caso, o máximo de vida possível; mas a possibilidade de ter esse câncer antes dos quarenta anos não atinge a 1%; para quem já tem 30 anos, somente entre 45 e 49 anos alcançará a probabilidade de 1%; as probabilidades somente chegam a 2% e 3%, respectivamente, aos 50-54 anos e 55-59 anos (Tabela 18).

Por outro lado, a tomada de decisão é preciso que seja solidamente definida com base na análise de custo/benefício; afinal, todo o programa tem um custo que precisa ser ajustado no sentido de produzir o máximo de benefício possível à sociedade.

Além disso, a repetição de exames sempre negativos ao lado da constatação de casos avançados da doença significa que os programas em andamento no país estão examinando as mesmas mulheres ou aquelas de mais baixo risco, enquanto a população de

Tabela 18 - Probabilidade mista de vir a ter câncer do colo uterino em Fortaleza

De Até	4	9	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	69	74	79	84	85+
0	-	-	0,00002	0,00004	0,00012	0,00053	0,00164	0,00420	0,00899	0,01478	0,02173	0,02714	0,03272	0,03830	0,04382	0,04786	0,04951	0,04998
5	-	-	0,00002	0,00004	0,00013	0,00060	0,00184	0,00472	0,01011	0,01662	0,02442	0,03051	0,03677	0,04304	0,04925	0,05379	0,05564	0,05617
10	-	-	0,00002	0,00004	0,00013	0,00060	0,00185	0,00473	0,01014	0,01667	0,02449	0,03060	0,03688	0,04317	0,04940	0,05396	0,05581	0,05635
15	-	-	-	0,00002	0,00011	0,00058	0,00183	0,00472	0,01014	0,01669	0,02454	0,03066	0,03696	0,04327	0,04952	0,05408	0,05595	0,05648
20	-	-	-	-	0,00009	0,00056	0,00182	0,00472	0,01015	0,01672	0,02460	0,03074	0,03706	0,04339	0,04965	0,05423	0,05610	0,05664
25	-	-	-	-	-	0,00047	0,00137	0,00464	0,01010	0,01670	0,02460	0,03077	0,03712	0,04347	0,04976	0,05436	0,05624	0,05677
30	-	-	-	-	-	-	0,00127	0,00420	0,00969	0,01633	0,02429	0,03049	0,03688	0,04328	0,04961	0,05424	0,05612	0,05666
35	-	-	-	-	-	-	-	0,00296	0,00850	0,01520	0,02322	0,02948	0,03593	0,04238	0,04877	0,05343	0,05534	0,05588
40	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00562	0,01241	0,02055	0,02690	0,03343	0,03997	0,04645	0,05118	0,05311	0,05367
45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00693	0,01523	0,02170	0,02837	0,03504	0,04165	0,04648	0,04845	0,04901
50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00852	0,01517	0,02201	0,02886	0,03565	0,04060	0,04263	0,04321
55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00695	0,01410	0,02126	0,02835	0,03352	0,03564	0,03624
60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00750	0,01501	0,02245	0,02788	0,02910	0,03073
65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00807	0,01606	0,02189	0,02428	0,02496
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00904	0,01565	0,01834	0,01912
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00805	0,01134	0,01228
80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00520	0,00669
85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00221

*Técnica de Goldberg baseada em dados do R.C.C. - 1978-1980.

Fonte: Silva, M.G.C. da 10

maior risco e que mais teria a se beneficiar com o programa não estaria sendo atingida e trabalhada.

O maior espaço entre os exames, para os de resultados negativos, representa menor custo sem perda do benefício e maior oportunidade de acesso a outras pessoas que podem, inclusive, compor a parcela de maior risco, e que certamente lograrão benefício maior.

Assim sendo, considerando a realidade de país do Terceiro Mundo, seria conveniente a adoção de prazos cada vez mais elásticos, de dois em dois anos até o limite de cinco em cinco anos, para a execução dos exames de prevenção, bem como o estabelecimento da faixa de 20 a 69 anos como clientela-alvo do programa de controle do câncer cérvico-uterino.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde - Câncer no Brasil: dados histopatológicos - cancer in Brasil: histopathology data - 1978-80. Brumini, R.(ed) et cols. Rio de Janeiro, 1982, 480p.
2. Brasil. Ministério da Saúde - Estatística de mortalidade-Brasil 1984. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. (Série G: Estatística e Informação em Saúde, 15).
3. Cramer, D. - Uterine cervix . In: Schottenfeld, D. & Fraumeni Jr., J.F. - Cancer epidemiology and prevention. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1982, p. 881-900.
4. Fundação IBGE - Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares. Rio de Janeiro, IBGE, 1981 (Recenseamento Geral do Brasil, 9. V1, t.2).
5. International Agency for Research on Cancer - Cancer in five continents. Lyon, IARC, 1982.v. 4(IARC - Scientific Publication, 42).
6. Silva, M.G.C. da - Anos potenciais de vida perdidos por câncer em Fortaleza em 1978-80. APUD: Congresso Brasileiro de Cancerologia, 10, Salvador-BA, 1983.
7. Silva, M.G.C. da - Câncer em Fortaleza - Cancer in Fortaleza: 1978-80. Fortaleza, Imprensa Universitária-UFC, 1982. 135p.
8. Silva, M.G.C. da - Câncer em Fortaleza: morbidade e mortalidade no período 1978-80. São Paulo, 1982, 225p. Dissertação de Mestrado à FSP-USP.
9. Silva, M.G.C. da - Câncer no Brasil. In: Abrasco - Textos de Epidemiologia. Rio de Janeiro, 1986 (no prelo).
10. Silva, M.G.C. da - Probabilidade de vir a ter câncer em Fortaleza em 1978-80. APUD: Congresso Regional Latinoamericano da Associação Internacional de Epidemiologia. Ribeirão Preto-SP, 1984. Anais. Ribeirão Preto-SP, 1984, p. 37.
11. Stjernswärd, S. et al - Reorientación de los exámenes de detección del cáncer cérvico-uterino en los países en desarrollo. Foro Mundial de la Salud 1987; 8: 41-4.

Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino na visão do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (Pitec)

Mario Jaconianni*

Nós representamos o Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia.

Em princípio, este programa foi planejado com o intuito da criação de um laboratório de grande porte, ao mesmo tempo produtor de serviço e formador de recursos humanos em citologia, para estudo de sua viabilidade e desempenho.

Na época (1985), não tínhamos informações sobre a existência de algum laboratório de citologia que desenvolvesse essa atividade em planejamento.

Esse laboratório atende ao Estado do Rio de Janeiro, que possui, atualmente, cerca de 4,4 milhões de mulheres entre 20 e 60 anos de idade, sendo que somente o Município do Rio de Janeiro possui, nesta faixa etária, 2 milhões de mulheres.

Várias posições foram firmadas nas palestras aqui apresentadas, algumas extremamente importantes, emanadas de titulares de patologia com grande experiência sobre o assunto.

A discussão envolve dois pontos principais: a faixa etária e a periodicidade para a realização do exame de Papanicolaou nos programas de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Em relação à faixa etária, verificamos, na literatura específica, uma grande polêmica, com tendências voltadas para se iniciar a realização dos exames em torno de 15 anos de idade.

E, no Brasil, qual será a população de risco que deveremos atingir? É sabido que são muitos fatores que influem: idade da primeira relação sexual, idade da primeira gestação e multiplicidade de parceiros, entre outros.

Qual então a faixa etária de escolha? De 20 a 64 anos de idade? Ou diminuir para 15 a 19 em diante?

Alguns autores, como Hakama, na Finlândia, afirmam que o risco maior situa-se abaixo dos 17 anos de idade. Na Alemanha Oriental, a mortalidade aumentou 29% na faixa etária de 20 a 29 anos.

O que está acontecendo? Por que o câncer invasivo de colo uterino, que sempre localizamos na faixa

de 30-35 anos de idade em diante, está agora atingindo faixas etárias menores?

Acredito que devemos refletir melhor sobre essas afirmações no momento em que buscamos um consenso para o Brasil.

No Estado do Rio de Janeiro, estamos frente a uma população de 4,4 milhões de mulheres na faixa etária dos 20-64 anos. Duas citologias consecutivas, com intervalo de um ano, resultaria em 8.800.000 citologias. Quem irá realizar esta tarefa gigantesca? Instituições particulares, universitárias ou governamentais? Devemos reconhecer que mesmo com a soma de todas as instituições isto se torna uma tarefa impossível a curto e médio prazos.

Alguns autores abordam que um ou dois exames produzem o mesmo resultado final. A solução então seria um intervalo maior a partir do primeiro exame. Mas qual? Dois ou três anos?

Nós entendemos que, feita a primeira colheita para a citologia, a paciente deveria ser revista com um intervalo de dois anos, caso, evidentemente, o primeiro resultado fosse negativo. Havendo falha de colheita ou de diagnóstico, a própria história natural da doença, sendo longa, não permitiria que o espaço de 24 meses fosse trazer maiores conseqüências, uma vez que a segunda colheita certamente definiria o diagnóstico.

A Dra. Moss, presente nesta reunião, comenta sobre programas de saúde pública afirmando que, se tomarmos um intervalo de 10 anos e fizermos uma colheita em toda a população feminina, isto será mais eficiente do que atender 50% da população feminina a cada cinco anos ou 30% a cada três anos.

Todos aqui presentes sabem que é impossível realizar tal tarefa, já que na faixa etária atualmente preconizada temos uma população feminina de 50 milhões de mulheres, o que equivale a um país como a Inglaterra ou quase como a França.

Em função da alteração dos hábitos da nossa sociedade, a faixa etária para controle está caindo para uma idade inferior a 20 anos, e isto está sendo alvo de

*Coordenador do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (Pitec).

comentários de autores que inclusive demonstram preocupação sobre esse assunto. Acredito que devemos discutir e refletir a respeito um pouco mais, no sentido de serem tomadas algumas decisões.

É evidente que todas as decisões aqui formuladas necessitam, para a sua consecução, de um esquema bastante complexo de operação, que inclui o laboratório de ponta, e que, conforme citou aqui o Dr. Zeferino, é de difícil controle seu funcionamento.

Acredito que operar laboratórios de citologia de pequeno, médio ou grande portes não é uma tarefa muito difícil, porém fazer com que os ambulatórios de uma rede de saúde pública operem satisfatoriamente se torna uma tarefa mais complexa em função do fluxo de informação para o profissional que lá atua.

Verifica-se, então, que o problema não é somente o da resolução do exame, caso este seja falso-negativo. É preciso que um conjunto de fatores atue bem, o

profissional médico deve ter meios para colher o exame, esses exames devem ser colhidos de forma ideal, o material deve estar bem fixado etc. Vários autores têm revisado lâminas de casos já diagnosticados e encontrado 75% de acerto. Dos 25% restantes, apenas 8% são devidos a erro profissional, ficando os 17% restantes classificados como "material inadequado", "artefatos biológicos" etc.

Finalmente, tenho a dizer que, quando nos orientamos no sentido de produzir um impacto sobre a taxa de mortalidade, realmente temos que escolher a faixa etária de maior freqüência do câncer de colo uterino.

E, com relação à periodicidade, o trabalho de N.E. e Day publicado pelo IARC na *IARC Scientific Publication* v. 76, do qual reproduzo o quadro abaixo, me permite achar válida e apoiar a proposta de, no nosso país, adotarmos a periodicidade de três anos para os exames de Papanicolaou.

Impacto de rastreamentos diversos a partir dos 20 anos de idade (dados de incidência referentes a Cali, Colômbia)

Incidência	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64
	[18]	[140]	[280]	[185]	[150]	[205]
Periodicidade	Taxa cumulativa			Taxa de redução percentual		N.º de exames
Sem rastreamento	4.890			-		0
Cada 5 anos, início aos 20 anos	784,8			83,9		9
Cada 5 anos, início aos 25 anos	807,0			83,5		8
Cada 5 anos, início aos 35 anos	1.129,8			76,9		6
Cada 3 anos, início aos 20 anos	422,7			91,4		15
Cada 3 anos, início aos 25 anos	443,3			90,9		13
Cada 3 anos, início aos 35 anos	771,0			84,2		10
Cada 2 anos, início aos 20 anos	327,6			93,3		23
Cada 2 anos, início aos 35 anos	691,3			85,9		15
Cada 2 anos, dos 20-39 anos	2.330,2			52,4		10
Cada 10 anos, dos 25-64 anos com 2.º exame aos 26 anos	1.760,3			64,0		5

Fonte: N.E. Day - IARC Scientific Publication v. 76.

Periodicidade e faixa etária na visão do Hospital A.C. Camargo

Fauzer Simão Abrão*

É com muito prazer que recebemos o convite para participar desta reunião que visa um consenso, relativo à periodicidade e faixa etária concernentes ao Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo Uterino.

Representamos o Hospital A.C. Camargo, da Fundação Antonio Prudente, de São Paulo. Este hospital iniciou suas funções em 1953 e seu escopo é receber pacientes para diagnóstico e tratamento do câncer em geral. O número médio de pacientes que acorrem ao Hospital é de 120.000, sendo que 15% deles são examinados no Departamento de Ginecologia, o qual dirigimos.

A maior incidência de câncer na mulher é o ginecológico e o das mamas. Recebemos diuturnamente pacientes de diferentes regiões do estado e do país, sendo que até pouco tempo muitas delas eram oriundas de outros países, principalmente da Bolívia e do Paraguai. Acorrem em média, por ano, cerca de 350 casos novos de câncer do colo uterino na nossa instituição, sendo fato marcante que 60% deles situam-se nos estadiamentos clínicos III e IV, demonstrando índice de subdesenvolvimento e falta de esclarecimento das mesmas.

Iniciamos a nossa participação no hospital em 1960, sendo que a responsabilidade do Departamento de Ginecologia nos cabe desde 1981. Há muito tempo a Dra. Carmem Prudente realiza dois cursos anuais para leigos, alertando para os sinais e sintomas precoces e necessidade de exames periódicos de toda a população. No que tange às mulheres os exames anuais de detecção do câncer ginecológico, achamos muito importante estes cursos, que visam ilustrar a população para que não se descuide do exame rotineiro.

O período, que será discutido, sempre indicamos como ideal o exame anual. O grupo etário preconizado naquela época era dos 30 anos. Hoje iniciamos os exames incluindo a citologia e a colposcopia, desde que a paciente tenha iniciação sexual, e nas virgens a partir dos 25 anos. O reflexo da necessidade de exames mais precoces é o fato de detectarmos lesões

precursoras, as neoplasias intra-epiteliais aos 17, 18 ou 20 anos.

Definimos a prevenção como a medida capaz de prevenir os supostos fatores que possam determinar o aparecimento do câncer do colo uterino, como tratar as lesões inflamatórias do colo do útero, cauterizar um colo do útero, amputar o colo em determinadas situações, como na operação de Manchester, realizando a histerectomia sempre total na necessidade da retirada do órgão.

A detecção é o método capaz de determinar alterações precursoras e são obtidas pela citologia oncológica e a colposcopia.

Queríamos salientar que atualmente a nossa intenção é deixar para o Estado a detecção, por constituirmos um hospital de avanço no tratamento especializado na moléstia, e nos dedicarmos aos casos já estabelecidos.

É evidente que a prevenção todos nós devemos fazê-la orientando todas as pacientes.

Nas pacientes de risco, as quais foram sobejamente definidas nesta reunião, a atenção deve ser redobrada, impedindo que apareça um carcinoma invasivo. E na nossa clínica particular, por que não temos casos de carcinoma invasivo? Evidentemente, existe uma cobertura anual nas clientes que, além do exame clínico, repetimos a colposcopia e a citologia oncológica.

No que tange ao grupo etário, queremos definir que, desde que tenha havido a iniciação sexual, o exame deve ser aos 12, 13 ou em qualquer tenra idade. Relativamente ao espaço de repetição do exame, acredito que poderá ser feito a cada dois anos num colo uterino bem avaliado, porém nas pacientes de risco deverá ser encurtado este tempo. Em termos gerais é isso que queríamos frisar, porém nunca é demais tocarmos em pontos básicos, como a educação da população, insistindo para que as mulheres procurem os núcleos de atendimento. Não adianta criar tais núcleos se os mesmos não forem procurados.

Outro ponto básico é promover cursos de aperfeiçoamento aos colegas para que haja um maior

*Chefe do Setor de Ginecologia Oncológica do Hospital A. C. Camargo.

adestramento no atendimento clínico, que é fundamental. E maiores conhecimentos, também, aos exames subsidiários, como a citologia e a colposcopia para diagnóstico das lesões precursoras, para tentar diminuir a alta incidência do câncer invasor. Ouvi, hoje, da Professora Mercês o relato da alta incidência do câncer do colo uterino na cidade de Recife. Em dados compilados por Carvalho e Franco, a cifra atinge 96 novos casos anuais para cada 10.000 mulheres. Também a incidência do câncer da vulva nesta região é muito alta, correspondendo a 6,9 casos para cada 10.000 mulheres por ano, representando a

mais alta taxa mundial, diferente das taxas de Los Angeles, nos Estados Unidos, que é de 5, e a de Connecticut, de 1,5.

O que denotam estas cifras? É a necessidade de mais esclarecimentos à população feminina, mais atenção a elas, melhor atendimento e, como muito bem disse o Prof. João Gomes da Silveira, que as pacientes sejam orientadas em seu banho diário, que lavem sua genitália com água e sabão, e que aprendam a se proteger de possíveis infecções. Talvez seja isto o escopo principal de nossa atuação.

Estratégia do exame citológico para a prevenção do carcinoma epidermóide do colo uterino

Onofre Ferreira de Castro*

Prevenções primária e secundária

A prevenção do câncer do colo uterino define-se, *sensu strictu*, como a eliminação das causas que provocam a transformação de células normais em células neoplásicas. Desta forma, as medidas de prevenção consistem em evitar ou neutralizar os efeitos dos agentes carcinogênicos. Como os agentes carcinogênicos para o câncer cérvico-uterino não estão devidamente identificados, não é possível fazer-se a prevenção primária.

Contudo, a morbidade e a mortalidade do câncer cérvico-uterino podem ser diminuídas pela detecção precoce, entendida aqui como prevenção em *sensu amplo* ou prevenção secundária. Neste caso, as ações têm como fundamento teórico a história natural do carcinoma epidermóide do colo uterino. Sabe-se que se enquadra no modelo denominado de *multi-impacto, multiestágio*² que envolve a exposição repetida aos agentes iniciadores e promotores. A primeira fase seria a de mutação genética, que não teria nenhuma representação morfológica e, portanto, indetectável pelos métodos atuais disponíveis. A ação prolongada ou em alta dose do agente carcinogênico primário e a associação com outros agentes inespecíficos seriam os fatores responsáveis pela fase de promoção. O que se segue é o desenvolvimento de clones de células displásicas que representam os mutantes morfológicos de primeira ordem. O que caracteriza esta fase é a capacidade destas células transformadas mostrarem ainda possibilidade de diferenciação. Assim, a partir de células profundas transformadas são geradas células displásicas de camadas intermediárias e de camadas superficiais. Este fato permitiu a classificação desta fase em três estádios: displasia leve, displasia moderada e displasia avançada⁴. Nem todas as displasias alcançam a fase seguinte de carcinoma *in situ*, pois parte das mesmas pode regredir espontaneamente. Alcançada, contudo, a fase do carcinoma *in situ*, só excepcionalmente haverá retorno espontâneo à displasia ou ao epitélio normal. O carcinoma *in situ*, assim como a fase sub-

seqüente de carcinoma invasor, podem co-existir com as várias fases de displasia. Uma forma mais simples de interpretar a fase não invasora da doença seria chamá-la de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) e classificá-la em três estágios¹⁴: diferenciada (displasia leve), moderadamente diferenciada (displasia moderada) e pouco diferenciada (displasia avançada e carcinoma *in situ*).

O método citológico é capaz de separar com acuidade algumas das fases citadas⁶. Embora haja critérios histológicos bem definidos para separar a displasia avançada do carcinoma *in situ*, falta ao método citológico acuidade suficiente para separar uma parte destas lesões entre si⁶. Como o tratamento é o mesmo, justifica-se, do ponto de vista prático, a fusão dos dois grupos no diagnóstico citológico¹⁴.

Periodicidade da prevenção por exame citológico

Dois fatores principais devem ser considerados para o estabelecimento da periodicidade do exame: acuidade do exame citológico e a velocidade de progressão das lesões precursoras.

Trabalhos clássicos na década de 60¹¹ mostraram que mesmo o raspado cervical com a espátula de madeira por pessoal altamente qualificado deixou de detectar 6% de carcinomas *in situ* e carcinomas invasor do colo uterino em uma população de pacientes previamente diagnosticada como portadora destas lesões. Este percentual subiu cerca de 25% em casos de displasia, especialmente de displasia leve. Contudo, se associado a coleta endocervical ou de aspiração do muco do orifício externo, estas taxas de falsos-negativos caíram para 0% e 2%, respectivamente. Neste particular, vale ressaltar que, devido à dinâmica das mucosas, com eversão da mucosa cervical no menacme e a reversão desta mesma mucosa na pós-menopausa, existe um percentual mais elevado de lesões iniciais, em situação endocervical exclusiva, nas pacientes mais idosas^{1, 3, 10}.

A análise dos falsos-negativos em citologia identifica pelo menos duas causas: os falsos-negativos

*Prof. Titular do Departamento de Patologia da Universidade Federal Fluminense. Patologista do Instituto Nacional de Câncer. Membro do Grupo Assessor de Controle de Câncer no Brasil (Ministério da Saúde).

inerentes ao método, que são bem maiores nas fases mais iniciais da doença (lesões menores e maior aderência entre as células mais diferenciadas) e os falsos-negativos por defeito de processamento ou por exame inadequado dos esfregaços. Estes últimos podem ser evitados com programas de controle de qualidade que devem fazer parte da estrutura de qualquer laboratório de citologia^{12, 13}. Como não é possível eliminar os falsos-negativos inerentes ao método, impõe-se a necessidade de mais de uma coleta citológica para se considerar o caso como negativo⁹.

Quanto à velocidade de progressão das lesões precursoras, sabemos que pode decorrer de alguns meses (formas agudas raras) até vários anos para que uma lesão precursora possa adquirir as condições biológicas de invasão. Como a maioria fica retida em fase precursora por mais de 1 ano, permite-se maior espaçamento das coletas citológicas desde que haja certeza, por mais de um exame citológico prévio, de que o caso é realmente negativo.

Faixa etária de maior freqüência

Vários estudos têm mostrado que a idade média de freqüência das displasias, do carcinoma *in situ* e do carcinoma invasor é indicadora de doença de longa evolução. Em 335 pacientes portadoras de displasias e carcinoma *in situ* provenientes de ambulatório de controle pré-natal e de clínicas de planejamento familiar, observadas na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 1969-1970⁵, verificamos que a idade média foi de 28 anos, a paciente mais jovem tinha 18 anos e a mais idosa 40 anos de idade. Em uma outra série de casos, por nós observados no Hospital de Oncologia do Rio de Janeiro, pudemos observar que a idade média das displasias está em torno de 32 anos de idade, se incluída a displasia leve. Já para o carcinoma *in situ* a média de idade foi de cerca de 37 anos. A idade média do carcinoma invasor situou-se por volta dos 49 anos.

Grupos de alto risco

Já foi dito que todas as mulheres deveriam ser consideradas de alto risco para desenvolver câncer do colo uterino, exceto: a) as que não têm colo do útero (histerectomizadas, conizadas); b) as que nunca tiveram relação sexual; c) as com mais de 60 anos de idade e repetidos exames citológicos prévios negativos para células neoplásicas⁹.

Contudo, do ponto de vista prático, devemos dar atenção especial aos seguintes subgrupos de mulheres, considerados de alto risco¹⁵: 1) baixo nível

sócio-econômico; 2) casadas ou praticantes de coito sistemático em baixa faixa etária; 3) promíscuas sexualmente; 4) de raça negra; 5) multíparas, especialmente se portadoras de inflamações crônicas, lacerações e outras lesões irritativas do colo uterino; 6) infectadas com herpesvírus do grupo II ou condiloma.

Conclusão

Embora a citologia vaginal seja o método de escolha para a detecção das lesões precursoras do carcinoma epidermóide do colo uterino, existe um índice não desprezível de falsos-negativos, o que indica um mínimo de duas coletas iniciais para se considerar um caso como negativo; a qualidade da coleta e do exame citológico tem importância para a segurança do diagnóstico. Embora a idade média de incidência das displasias, carcinoma *in situ* e carcinoma invasor abranja uma faixa de cerca de duas décadas (dos 32 aos 49 anos), é necessário considerar a grande variação de progressão que pode ser encontrada nas diversas fases. Atenção especial deve ser dada às mulheres pertencentes aos grupos de alto risco para desenvolverem câncer do colo uterino.

Referências Bibliográficas

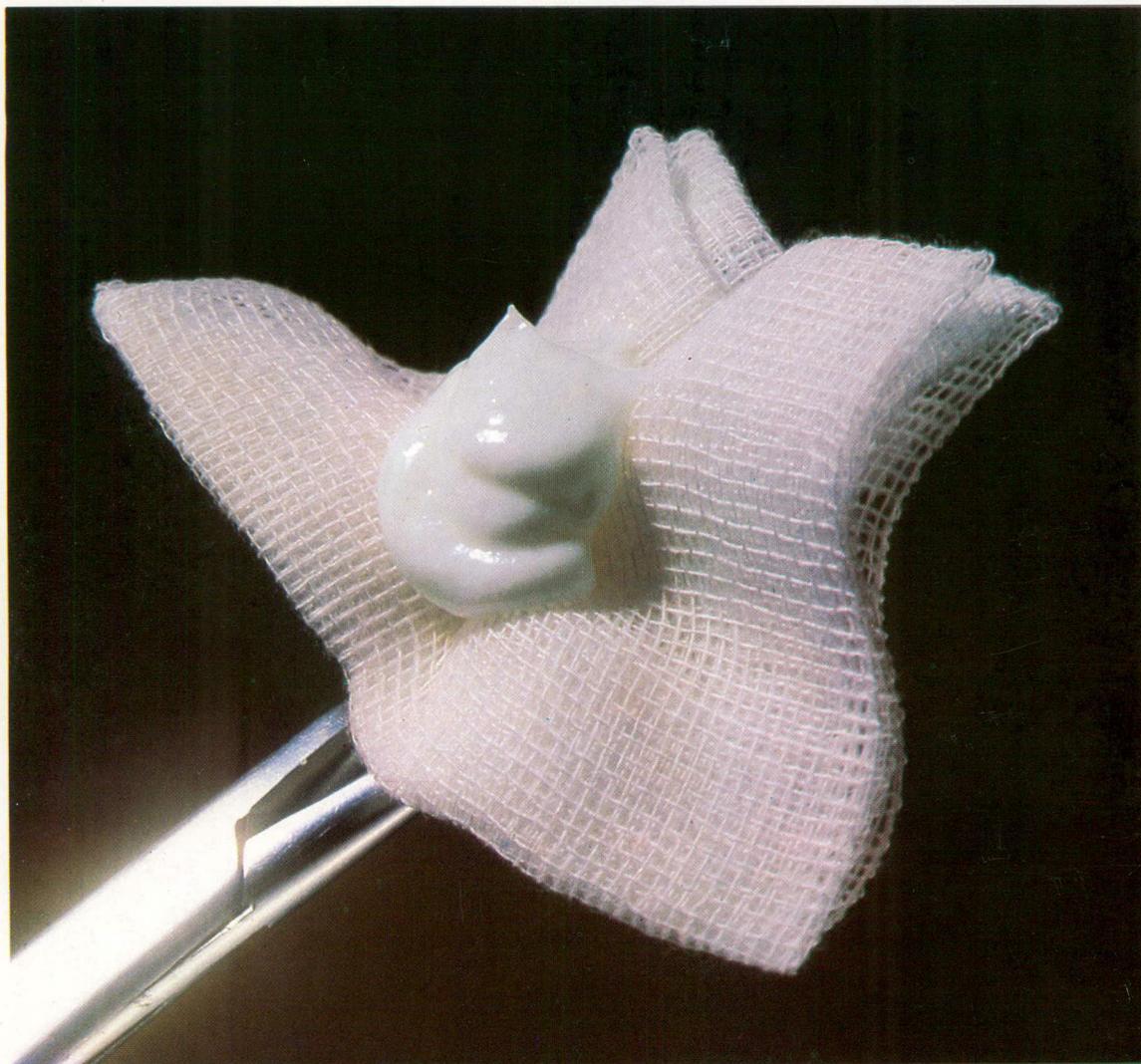
1. Barcellos, J.M.; Beato, M.; Nahoun, J.C.; Castro O.F. Contribución al estudio histogenético del carcinoma epidermóide del cuello uterino. Acta Gin. (Madrid) 1965; 16: 713-724.
2. Barron, B.A. & Richart, R.M. A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. J Natl Cancer Inst 1968; 41: 1343-1353.
3. Castro, O.F. Histotopografia de carcinoma epidermóide do colo uterino. Rev Bras Cancerol 1968; 24: 27-46.
4. Castro, O.F. Classificação dos esfregaços cérvico-vaginais. Rev Bras Cancerol 1968; 24: 47-52.
5. Castro, O.F.; Rodrigues-Lima, O. Prevalência da displasia do colo uterino nas 4 primeiras décadas da vida: estudo citopatológico. Resúmenes de las comunicaciones libres del Tercer Congreso Latinoamericano de Citología. Editorial Molachino. Página 14, 1970. Mar del Plata-Argentina.
6. Castro, O.F.; Rodrigues, W. & Rodrigues-Lima, O. Value of a cytologic classification based on neoplastic differential cell counts. Abstracts of the 4th International Congress of Cytology. Pag. 159. H. Rawson & Co. Ltd. Publishers. London, 1971.
7. Castro, O.F.; Sanchez, R.C.H.; Mayr, C.H.; Teixeira Jr, M.; Monteiro, R.P. Classificação citológica da neoplasia intraepitelial cervical por contagem diferencial de células neoplásicas dos esfregaços. Gin Bras 1977; 11: 289-295.

8. Cervical Cancer Screening Programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force Report. *Can Med Assoc J* 1982; 127: 581-589.
9. Faerstein, E. População-alvo e frequência da detecção do câncer de colo uterino. *Cad IMS-RJ* 1987; 1: 111-133.
10. Fialho, F.; Braz, T.; Castro, O.F. de et alli in Rieper, J.P. Junção escamo-colunar e localização do carcinoma incipiente do colo uterino. *Bol Inst Ginec* 1962; 2: 17-38.
11. Richart, R.M.; Vailiant, H.W. Influence of cell collection techniques upon cytological diagnosis. *Cancer* 1965; 18: 1474-478.
12. Rodrigues-Lima, O. & Castro, O.F. Planejamento e desenvolvimento do Laboratório Central de Citopatologia da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Publicado em Resúmenes de las Comunicaciones Libres del Tercer Congreso Latinoamericano de Citología. Editorial Molachino. Página 61, 1970. Mar del Plata-Argentina.
13. Rodrigues-Lima, O. & Castro, O.F. Organization and costs of a cervical cancer prevention program in Brazil. Abstracts of the 4th International Congress of Cytology. Pag. 169. H. Rawson & Co. Ltd. Publishers. London, 1971.
14. Rodrigues-Lima, O.; Castro, O.F. Rodrigues, W. Neoplasia intra-epitelial do colo uterino. Conceito e classificação. *Ginec Bras* 1971; 3: 253-258.
15. Werneck, C.W.; Machado, O.J.; Castro, O.F. Condutas de diagnóstico e tratamento: Câncer do colo uterino. Gráfica do INAMPS, 1980. Rio de Janeiro-RJ, 40 páginas.

TROFODERMIN

CLOSTEBOL + NEOMICINA

Esteriliza, reepiteliza e cicatriza.



CLOSTEBOL + NEOMICINA

Favorece o processo de granulação

Previne e combate as infecções

CREME CICATRIZANTE

O Trofodermin é uma associação para uso local de um anabolizante amplamente usado na prática clínica (Clostebol) e de um antibiótico de ação local (neomicina).
O Trofodermin exerce um efeito trófico-cicatrizante e proporciona uma diminuição acentuada do período de cura das lesões cutâneas e cutâneo-mucosas.

INDICAÇÕES

Abrasões e erosões – lesões ulcerativas cutâneas (úlceras de varizes, escaras de decúbito, úlceras traumáticas) – dermatoses erosivas da cútis e das mucosas (piodermite, impetigo, intertrigo, herpes simples, herpes zoster, pêfigo, etc.) – fissuras dos seios – rágades anais – queimaduras – feridas infectadas – cicatrização demorada – radiodermite.

MODO DE USAR

Aplicar uma fina camada de creme, 1-2 vezes ao dia, sobre a parte lesada, após limpeza da mesma.

APRESENTAÇÃO Bisnagas de 30 g.

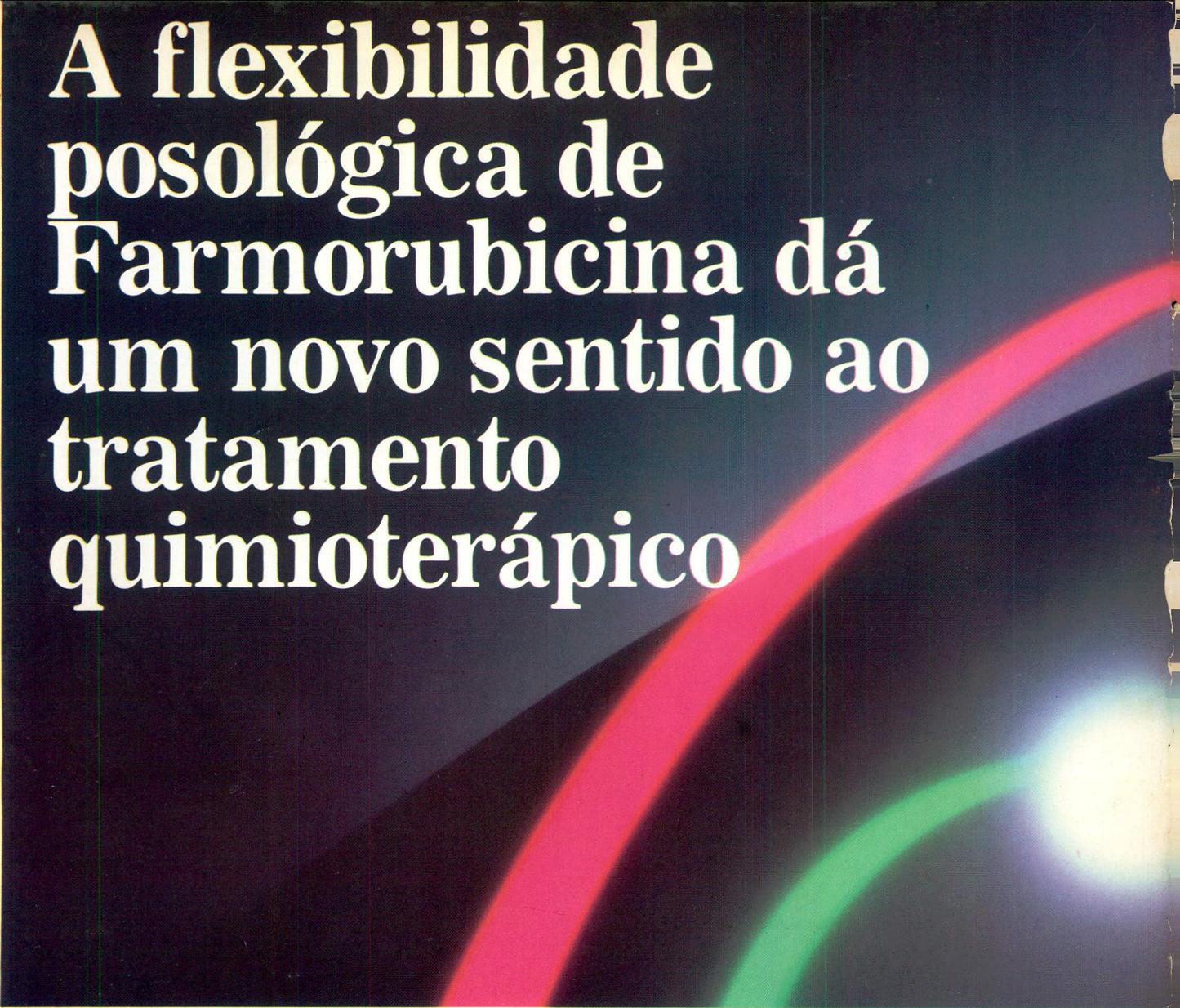
FÓRMULA

Cada grama contém: Acetato de clostebol 5,00 mg; Sulfato de neomicina 5,00 mg; Excipiente hidromiscível q.s.

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

A flexibilidade posológica de Farmorubicina dá um novo sentido ao tratamento quimioterápico



A necessidade de personalizar o tratamento quimioterápico dá preferência ao uso de um agente citostático dotado da necessária flexibilidade posológica, quer isoladamente ou nas combinações quimioterápicas.

A Farmorubicina possui a necessária flexibilidade posológica para que se possa explorar a eficácia de diferentes esquemas posológicos

A Farmorubicina, como agente isolado no tratamento do câncer de mama avançado, obteve índices de eficácia constantes com doses crescentes de 60 a 90 mg/m², permitindo que todas as pacientes completassem o tratamento, apesar do uso anterior de irradiação ou de outra quimioterapia. ⁽¹¹⁾

Farmorubicina como agente único no tratamento do câncer de mama avançado

Tipos de pacientes	Irradiação prévia	100%
	Quimioterapia ou tratamento hormonal anteriores	65%
	Aumento progressivo da dose de 60-90 mg/m ²	100%
	Dose cumulativa de 1000 mg/m ² ou mais	52%
Resultados	Índice de respostas	38,5%
Tolerabilidade (nº total de cursos)	Leucopenia grau 3	4%
	Náuseas, vômitos grau 3	11%
Cardiotoxicidade (pacientes)	ICC acima de 1000 mg/m ²	4%

A farmorubicina permite atingir os maiores índices de eficácia

Na terapia de combinação para linfomas não-Hodgkin, o esquema CEOP proporcionou:⁽⁴⁰⁾

- Índice muito elevado de RC
- Ausência de efeitos tóxicos importantes
- Possibilidade de melhorar o índice de RC através de aumentos progressivos na dose de Farmorubicina

Epirubicina 30-60 mg/m ²	RC 55%	RP 34%	89%* índice de resposta global
Combinações contendo Epirubicina 75 mg/m ²	RC 77%	RP 7,5%	84,5% índice de resposta global

*37

FARMORUBICINA

As credenciais da Farmorubicina atestam a sua eficácia não apenas como substituto da doxorubicina, mas também como melhor alternativa entre outros agentes, quer isoladamente ou como componente de combinações quimioterápicas.

 **FARMITALIA CARLO ERBA**

GRUPO ERBAMONT



Farlutal[®] AD

acetato de medroxiprogesterona

Modifica a imagem dos pacientes com câncer avançado de mama.

- Melhora a qualidade de vida.
- Oportunidade para reverter o progresso da doença.
- Boa tolerabilidade geral.



INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO

- Nome genérico: Acetato de Medroxiprogesterona
- Forma Farmacêutica: Suspensão Injetável
- Apresentação: Caixa com 1 frasco-ampola contendo 2,5ml de suspensão injetável a 20%.

USO ADULTO

COMPOSIÇÃO COMPLETA:

Cada frasco-ampola contém:
Acetato de Medroxiprogesterona 500mg
Excipiente q.s. (polietilenglicol 4000, polissorbato 80, metil p-hidroxibenzoato, propil p-hidroxibenzoato, cloreto de sódio).
Água para injeções q.s.p. 2,5ml

INDICAÇÕES

Carcinoma da mama, do endométrio, da próstata, do rim, Adenoma prostático.

CONTRA-INDICAÇÕES

Tromboflebitis, distúrbios de natureza tromboembólica, insuficiência hepática grave, aborto retido, hipercalcemia em pacientes portadores de metástases ósseas, metrorragias de natureza não estabelecida, gravidez confirmada ou suspeita e hipersensibilidade ao fármaco.

PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS

Foi assinalado um possível relacionamento entre a administração de progestágenos nos primeiros meses de gravidez e a presença de malformações congênitas no recém-nascido; é portanto desaconselhável o uso do produto na gravidez. Ocorrendo distúrbios de natureza tromboembólica, perda brusca da visão, parcial ou total, diplopia, edema da papila, lesões vasculares retinianas, hemicrânia, o tratamento deve ser suspenso.
No caso de perdas sanguíneas vaginais aconselha-se um esclarecimento diagnóstico.

No caso em que se torne necessário um exame histológico é oportuno assinalar que a paciente está sendo tratada com progestágenos.

POSOLOGIA

A posologia geralmente varia, conforme a indicação, entre 1.000 e 3.000 mg por semana (fracionados em 2-3 administrações por injeções intramusculares profundas, em regiões ídenes).

 **FARMITALIA CARLO ERBA**

GRUPO ERBAMONT

Periodicidade e faixa etária na prevenção do câncer cérvico-uterino

Carneiro Arnaud*

Estou grato pela oportunidade de participar de reunião tão importante, em ambiente tão saudável, tão salutar, que é a luta contra o câncer em nosso país. Fui diretor do Hospital Napoleão Laureano, lá em João Pessoa, desde o seu início. Talvez seja por isso que os coordenadores desse encontro tenham se lembrado de mim para participar desta reunião.

Gostaria de parabenizar a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, do Ministério da Saúde, pela iniciativa em promover uma reunião para exame de um problema tão importante e tão significativo como esse. A luta contra o câncer em nosso país tem tido altos e baixos. Infelizmente, ela não tem sido permanente. Os trabalhos de luta contra o câncer, no Brasil, não têm seguido uma linha reta, com permanência de uma ação nos diversos estados do Brasil. Nós encontramos, num determinado momento, uma ação eficiente, eficaz e, de um momento para outro, tudo desaparece, como se não existisse mais câncer no país. O Serviço Nacional de Câncer, era assim chamado, tornou-se a Divisão Nacional do Câncer, porque alguém assim o quis. De um momento para o outro, essa divisão foi extinta e se fez uma divisão única, chamada Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas, com o câncer no seu contexto de ação. É claro que, assim sendo, o problema câncer perde substância na ação do Ministério, porque fica diluído entre diversas outras entidades nosológicas. O INPS, hoje INAMPS, fez um trabalho que considero muito interessante e muito significativo. Em face de pessoas interessadas, colegas competentes, cancerologistas de renome que tiveram influência junto à presidência do INPS na época, passou a existir um programa de ação em relação ao câncer nas diversas superintendências do país. E foram criadas as Comissões Regionais de Oncologia. Essas comissões começaram a trabalhar e concordaram em elaborar um trabalho de maior importância, e, lamentavelmente, quando o presidente do INPS foi substituído, tudo aquilo desapareceu. Ninguém falou mais na comissão. Eu, inclusive, fazia parte da comissão

da Paraíba. A comissão desapareceu, diluiu-se sem que ninguém tivesse nem a delicadeza de fazer um ato, destituindo a comissão ou fazendo-a desaparecer. Ela desapareceu por si, porque, daí para a frente, ninguém falou mais em ação sobre o câncer no Ministério da Previdência Social da época. Existem, no Ministério da Saúde, as delegacias de saúde. E o que acontece, num país tão carente de saúde como o nosso, quando se devia fazer um reforço, dar mais prestígio, mais ênfase às delegacias de saúde? O Ministério extingue as delegacias de saúde nos estados. Vemos que os problemas de saúde, com certeza, estão sendo relegados, não digo nem ao plano secundário, mas ao plano terciário. Digo isto porque fui diretor do Hospital Napoleão Laureano, Hospital do Câncer, desde a sua inauguração, até ser eleito deputado federal.

Sugiro que se crie no nosso país, no Ministério da Saúde, uma linha de ação e que ela não seja modificada ao bel-prazer das pessoas, mas que ela seja continuada, permanentemente, porque só assim poderemos atingir seus objetivos. Em João Pessoa, quando diretor do hospital, entrei em contato com a Universidade Federal da Paraíba e, juntamente com os colegas do hospital, conseguimos criar na universidade a cadeira de Cancerologia, cujas aulas passaram a ser ministradas no próprio hospital. Acho que é um trabalho de muita importância, porque criamos na Universidade uma conscientização do problema do câncer. E, agora, como prefeito da Cidade de João Pessoa, estamos desenvolvendo um trabalho que é modesto em decorrência dos poucos recursos de que dispomos. Além dos postos de saúde se preocuparem com o exame da mulher, o exame ginecológico, quer ela vá por uma outra causa qualquer, ela é examinada, como também nas creches do município adotamos sistematicamente o exame ginecológico da mãe que leva o filho para ficar sob os seus cuidados; quer seja sintomática, quer seja assintomática, ela é convencida a ser examinada. É que o pessoal da creche está trazendo uma conscientização, uma educação daquelas mães. Educação não somente de ordem

*Ex-Diretor do Hospital Napoleão Laureano (Cidade de João Pessoa).

sexual, mas educação para que ela saiba se cuidar, para que ela tenha os cuidados higiênico-dietéticos com ela e com os filhos, já que se trata, na maioria dos casos, de pessoas ignorantes, carentes. Elas indo levar seus filhos às creches, esses filhos ficam sob os cuidados das creches do município; elas antes de irem para o trabalho se submetem, então, ao exame ginecológico para colheita do material.

João Pessoa é uma cidade que poderia até servir de modelo para se implantar um ótimo serviço de prevenção do câncer ginecológico, porque existem os postos de saúde do município, em número razoável, distribuídos nos diversos bairros da cidade; existem os postos de saúde pertencentes à Secretaria de Saúde do Estado, como existem os centros de saúde do INAMPS, da Previdência Social. Então, se todos esses centros de atendimento fizessem os exames nas mulheres com o intuito de se diagnosticar ou de se prevenir o câncer ginecológico, esse material todo colhido seria encaminhado para um laboratório central, um laboratório de grande porte, um laboratório que seria não somente para análise de exames citológicos, mas também para preparo de pessoal. Tivemos até que preparar alguns citotécnicos, e foram as nossas queridas colegas Dras. Mercês e Nacyr que prepararam, não somente para João Pessoa, mas também para outras cidades, um grupo de citotécnicos. Se hoje vocês me perguntassem onde eles estão trabalhando, eu diria que não sei mais, porque os salários não são compensadores. É uma profissão que precisava realmente ser estimulada, apoiada, ter um salário condigno, porque um profissional diferenciado não pode ser comparado com um atendente de enfermagem comum ou com um outro profissional cujo preparo é feito em poucos dias. O citotécnico demanda um tempo razoável e tem que ter um certo conhecimento, um certo preparo para poder ser realmente bom profissional. Preparamos diversas citotécnicas e, hoje, eu já não sei onde elas estão, porque não sentiram compensação, não sentiram vantagem para a sua subsistência em serem citotécnicas lá do hospital.

Em linhas gerais, eram estes os comentários que eu gostaria de fazer, e dizer que nós estamos aqui debatendo a periodicidade e faixa etária da prevenção do câncer cérvico-uterino. Eu acho que, no momento, no nosso país, o importante é fazer com que a mulher

seja examinada, porque acontece muito, e os colegas médicos já devem ter ouvido isso, mulheres e homens dizerem ao médico "eu estou com tantos anos e nunca fui ao médico", como se aquilo fosse uma glória, uma grande vantagem, que é na realidade uma demonstração de falta de preparo, de falta de educação, de cultura do povo mesmo, o qual não é preparado para ir ao médico, independente de ter um sistema, de ter uma doença grave. O que precisamos fazer é com que a mulher vá ao exame, faça o exame aonde for possível, por exemplo, quando ela vai levar o filho à creche, deve ser examinada. Se ela vai por uma outra causa para fazer um outro exame de uma outra especialidade, qualquer que seja, deve ser convencida a fazer seu exame ginecológico, e que tudo isso seja facilitado, para que ela não perca tempo e não se sinta prejudicada por ficar nas filas horas e horas esperando pelo exame. Quem já tem um salário pequeno e falta ao trabalho, perde ponto, perde parte do seu rendimento, então essa pessoa tem que ser facilitada nos diversos horários, de modo que faça o exame ginecológico. Acredito que podemos conseguir isso e também manter essa linha de ação que o Ministério está montando para que as delegacias de saúde voltem a funcionar, disciplinando, coordenando e fiscalizando uma soma fabulosa de recursos que está indo para os diversos estados, entregues aos secretários de saúde, uns preparados, que têm consciência, que têm espírito público e que aplicam o dinheiro corretamente. Lamentavelmente, porém, para alguns estados os secretários de saúde não têm nem a boa noção de como aplicar corretamente esses recursos, totalmente desperdiçados, quando se podia fazer um trabalho realmente de envergadura. Um trabalho para recuperar tudo o que foi perdido desse país durante tantos anos.

Eram estas as minhas considerações, e aqui faço os meus agradecimentos pela oportunidade de expor esses comentários despreziosos porém sinceros, que surgem pela experiência, pela vivência que eu tive à frente do Hospital Napoleão Laureano e, hoje, como prefeito do Município de João Pessoa, estou fazendo realmente um trabalho tímido, pequeno, mas talvez até pioneiro, em decorrência da falta de recursos, pois o município ainda não contou com apoio para a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.

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.

Prevenção do câncer cérvico-uterino. Reflexões à margem de um consenso

João Gomes da Silveira*

Nesta altura dos nossos trabalhos, embora ainda devam falar vários ilustres colegas, já podemos pensar em termos de consenso, mesmo porque só temos pouco tempo para fixar a nossa atitude. Já não há dúvida de que nossa conclusão será: faixa etária de 25 a 60 anos, repetindo-se o exame citopatológico a cada três anos, depois de dois exames consecutivos, anuais, negativos.

A fixação desta faixa etária ajusta-se ao programa de impacto, tão bem exposto pela Dra. Helena Restrepo, com base nas estatísticas atuais. E o intervalo de três anos entre os exames nos permitirá atender um número de mulheres três vezes maior do que, como ainda se faz em muitos centros, se adotássemos um intervalo de um ano, que a experiência de muitos anos mostrou ser inútil.

Já que, ao que me parece, não haverá divergências quanto à adoção dessas normas, penso que nós, que para cá trouxemos uma longa vivência do problema, não podemos perder a oportunidade de fazer algumas reflexões que talvez sugiram a revisão periódica do programa que estamos fixando. Desde os trabalhos de Meigs (Congresso Internacional Jubilar de Ginecologia, Paris, 1951), sabe-se que o câncer cérvico-uterino é uma doença sexualmente transmissível. O risco de uma concepção indesejada constituía, no entanto, uma restrição à atividade sexual. A abstinência sexual e o uso, largamente difundido, do condômio como meio anticoncepcional protegiam o colo uterino contra as agressões do coito. A revolução sexual, irrompida depois disso, graças aos métodos anticoncepcionais, especialmente os hormonais, aboliu essas proteções naturais. O ato sexual passou a ser realizado sem riscos dessa natureza. A idade do início da vida sexual baixou violentamente, fixando-se em torno dos 15 anos. Além disso, deixando a atividade sexual de ser subordinada à vida conjugal, passou a exercer-se noutro sentido, como uma forma de relacionamento visando apenas o prazer físico. E sem os compromissos da vida conjugal, passou a realizar-se com numerosos parceiros, surgidos ao acaso de um encontro e, portanto, sem qualquer precaução higiênica e até sem um conhecimento prévio

das condições de saúde do parceiro. Transformou-se, assim, o ato sexual, especialmente entre meninas, tanto das mais baixas como das mais altas camadas sócio-econômicas, uma brincadeira irresponsável, cujas conseqüências deverão, um dia, exigir dos serviços públicos, no objetivo da prevenção do câncer cérvico-uterino, um recuo na faixa etária por ela visada. A higiene sexual, tão precária numa população carente de cultura como a nossa, tornou o ato sexual um encontro irresponsável, altamente poluente. Sobre o epitélio imaturo de uma menina que, há pouco passada a menarca, ainda não se estruturou devidamente, passou a exercer-se, assim, uma freqüente e impura agressão física, bacteriana, química, viral e mais alguma que o tempo virá revelar. Acrescente-se a esse traumatismo do pênis sobre um colo imaturo um fato novo, criado pela anticoncepção hormonal. Sob o efeito da ação de estrogênios e progestogênios, cria-se no colo uterino uma orla de eversão do epitélio cilíndrico, normalmente protegido atrás do orifício externo. Essa faixa constituiu-se de uma mucosa frágil, de apenas uma camada de células cilíndricas, e não de dez ou doze camadas de células escamosas resistentes. Sob o traumatismo coital, essa faixa de frágil mucosa cilíndrica sofre, em cada relação sexual, uma erosão, um arrancamento e expõe às agressões físicas, bacterianas, químicas, virais e outras, um cório desprotegido. Unem-se, assim, na menina ignorante de problemas de higiene, duas condições carcinogênicas que devem ser encaradas ao fixar planos de prevenção do câncer do colo uterino. Inicia-se, assim, muito precocemente, a evolução patológica do colo uterino, pelo traumatismo dessa faixa da ectopia, que, antes da adoção da anticoncepção hormonal, só se formava, com algumas exceções, após um parto. Penso que isso ocasionará uma antecipação da faixa etária em que a evolução da patologia atingirá a fase do carcinoma invasivo que exigirá tratamento imediato.

Essas reflexões nascem da minha convicção de que todo plano de detecção precoce e, portanto, de prevenção da morte pelo câncer uterino deve encarar essas duas condições carcinogênicas criadas pela

*Professor Titular de Ginecologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

chamada Revolução Sexual. Com base nesta situação nova, e paralelamente ao exame periódico, uma campanha de educação popular deve ser lançada, a fim de conscientizar a população dos riscos oferecidos pelos novos hábitos sexuais. Nada sofisticado. Apenas ensinar ao povo medidas de higiene muito simples, com água e sabão, para remover da área genital detritos fecais, corrimento, resíduos de outros coitos. Para ser efetiva, essa higiene deve ser feita antes do coito, para evitar que o pênis leve àquela frágil área de epitélio cilíndrico elementos bacterianos, virais e outros, que dão início à patologia cervical. Uma boa higiene com água e sabão, após a relação sexual, completará a limpeza e deixará tudo pronto para outros coitos com outros parceiros.

Na Inglaterra, onde a educação popular para a saúde é levada muito a sério, o *The Health Education Council* distribui largamente, entre outros, um folheto intitulado *Love making and hygiene*. Nele são expostas, numa linguagem simples, as medidas de higiene necessárias para que o ato sexual seja realmente uma fonte de prazer. Folhetos semelhantes, adaptados ao nosso meio, naturalmente, e dis-

tribuídos abundantemente entre as mulheres que vão buscar a proteção de um exame periódico, mas, também, em todas as concentrações de mulheres, especialmente as de mais baixa faixa etária, muito poderão ajudar no sentido de tornar o ato sexual um encontro agradável e limpo, sem maus cheiros nem desconfortos. E se esse folheto for acertadamente distribuído, o uso de água e sabão nele aconselhado poderá evitar que tenhamos, num próximo encontro, de recuar o início da faixa etária em que os exames periódicos devam ser feitos.

É óbvio que estas reflexões não se destinam aos ilustres colegas que compõem esta reunião. Estou aqui para ouvi-los e não para sugerir-lhes condutas. Se tomei a liberdade de ocupar, com elas, o tempo que me cabia, foi porque espero que nossas exposições venham a ser publicadas. Assim, sua leitura será útil para os jovens colegas que procuram, como nós, reduzir a incidência do câncer cérvico-uterino pelo esclarecimento da população a ele sujeita, além de, pela atenta observação de um possível aumento da incidência em idade inferior a 25 anos, lançar as bases de uma futura reunião na qual a faixa etária visada deva ser alterada.

Periodicidade e faixa etária prioritárias na prevenção do câncer cérvico-uterino

Sérgio Santana Filho*

A alta incidência de câncer do colo uterino no Norte e Nordeste do Brasil já é conhecida da comunidade médica, principalmente patologistas e ginecologistas, há mais de 30 anos; entretanto, só recentemente, em 1980, as cifras de alta freqüência foram demonstradas pelo Registro de Patologia Tumoral — RNPT, sob o patrocínio do Ministério da Saúde. Foram publicados os dados referentes ao diagnóstico histopatológico, no período de 1976-1980 (Brumini e cols.) abrangendo neste inquérito a maioria dos laboratórios de Anatomia Patológica do Brasil¹ e encontrada uma incidência de 23,7% para todo o Brasil, sendo o câncer mais freqüente na mulher, com incidência alarmante, na região Norte, de 45,2%, e 36,1% na região Nordeste.

Acreditamos que estas cifras continuam se mantendo altas. Na cidade do Salvador, no ano de 1987, tivemos 584 novos casos de câncer do colo uterino, diagnosticados através do exame histopatológico, segundo dados fornecidos pelo SIDAC — Sistema Integrado de Dados sobre o Câncer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Destes 584 casos somente 230 faziam referência à idade, mostrando uma incidência maior dos 30 aos 59 anos de idade (69,1%) (vide Tabela 1).

O Hospital Aristides Maltez, da Liga Bahiana Contra o Câncer, vem, há cerca de trinta anos, realizando com certa periodicidade campanhas de prevenção de câncer do colo uterino no interior do estado da Bahia. Segundo dado recente de uma destas campanhas: “de cada 1.000 mulheres em fase de produtividade, cerca de 23 têm neoplasia invasiva ou lesão precursora”².

Em nossa experiência pessoal de trabalho rotineiro de Anatomia Patológica por mais de 30 anos, temos observado um número cada vez maior de lesões displásicas e carcinoma *in situ* do colo uterino, em pacientes jovens, numa faixa de 20 a 30 anos de idade, principalmente nas pacientes consideradas de alto risco, isto é, mulheres que começaram a vida sexual em torno dos 15 anos de idade, nível sócio-econômico baixo, multiparas, mulheres com mais de um parceiro sexual, pacientes portadoras de processo inflamatório cérvico-vaginal, principalmente de etiologia viral.

Ao nosso ver, uma campanha de prevenção do câncer cérvico-vaginal deveria abranger o maior número de mulheres possível, dividindo-as em dois grandes grupos:

Grupo I - na faixa etária dos 20 aos 35 anos.

Grupo II - na faixa dos 36 aos 60 anos.

Tabela 1 - Freqüência de câncer do colo uterino em Salvador, 1987.

Idade	Faixas etárias									Total
	IGN	0-9	10-18	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	
Tipo de CA										
Colo uterino 180.0-180.9	354	0	0	25	59	57	43	21	25	584

Fonte:

*Dados do Projeto Sistema Integrado de Dados sobre Câncer - SIDAC
Projeto Desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva - DMP
Faculdade de Medicina - FAMED
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Projeto Financiado pela FINEP

O Grupo I seria dividido em A e B. O Grupo I A compreenderia as pacientes na faixa dos 20 aos 35 anos consideradas de alto risco, com vida sexual ativa, baixo poder aquisitivo e malnutridas. Estas mulheres seriam examinadas de seis em seis meses, pois consideramos este grupo mais difícil de retorno à campanha de *screening* e o Grupo I B, também, de mulheres sexualmente ativas, porém de condições sócio-econômicas e higiene genital melhores. Estas pacientes seriam examinadas de ano em ano. O Grupo II - mulheres de 36 a 60 anos seriam examinadas nos dois primeiros anos uma vez a cada ano. Aquelas livres de qualquer lesão passariam a ser examinadas apenas a cada dois anos.

Sabemos da complexidade de uma triagem deste tipo, entretanto não achamos impossível realizá-las, desde quando tenhamos uma campanha bem estruturada e pessoal técnico altamente qualificado.

Ely Chaves publicou em 1985 um trabalho de muito bom padrão científico intitulado *câncer do colo uterino e sua prevenção*³, baseado em sua longa experiência de anatomopatologista e citopatologista na cidade de João Pessoa, Paraíba. Neste trabalho ele chama a atenção para o grupo de mulheres consideradas de alto risco, obedecendo aos seguintes critérios:

Contato sexual precoce;
Gestação ocorrendo abaixo dos 20 anos de idade;
Má nutrição. Higiene inadequada da genitália;
Promiscuidade sexual;
Baixa condição sócio-econômica;
Falta de circuncisão do parceiro sexual.

Todos os fatores têm sido relacionados na etiologia do carcinoma do colo uterino e amplamente divulgados na literatura médica.

Acreditamos que a técnica de Papanicolaou é um método eficiente para campanhas de prevenção em massa do câncer do colo uterino, conforme já foi demonstrado em países como Estados Unidos e Canadá.

O êxito da campanha no Brasil só depende mesmo do planejamento, da qualificação do pessoal engajado, da boa vontade e dos recursos financeiros.

Notas Bibliográficas

1. Brumini et al. Câncer no Brasil. Dados Histopatológicos (1976-1980). Ministério da Saúde - Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas. Rio de Janeiro, 1982.
2. Almeida, M.R.M. et al. Campanhas em massa de prevenção do câncer do colo uterino. Anais II Congresso Ibero-Americano de Oncologia. Salvador, Bahia, Out. 1988, pág. 12.
3. Chaves E. Câncer do colo do útero e sua prevenção. Secretaria da Saúde, Território Federal do Amapá. Editora União, João Pessoa, Paraíba, 1985.
4. SIDAC. Sistema Integrado de Dados sobre o Câncer. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia (comunicação Pessoal).

Periodicidade e faixa etária no exame de prevenção de câncer cérvico-uterino

Helena Restrepo Espinosa*

Eu gostaria de começar esta apresentação pedindo desculpas por ter de revisar muito rapidamente alguns conceitos epidemiológicos provavelmente já muito conhecidos por todos, mas creio serem muito pertinentes para os objetivos desta reunião.

Em primeiro lugar eu gostaria de dizer que em realidade não sabemos a causa do câncer de colo uterino. A evidência, neste momento não é suficiente para dizer que sabemos qual a rede causal e qual o peso de cada um dos agentes que se vêm assinando, como o papilomavírus, o herpesvírus etc. Não sabemos a causa última do carcinoma de colo uterino. Não podemos neste momento, portanto, sugerir a prevenção primária. Teremos que nos conformar com a prevenção secundária e com a certeza de que o risco está ligado à atividade sexual em geral.

No entanto, se temos que fazer uso da prevenção secundária, esta, em câncer, tem uma metodologia especial que é a de tamisagem, *screening* ou triagem. E esta metodologia só se avalia em termos de impacto pela mortalidade. Geralmente, a única medição do impacto para *screening* é a redução da mortalidade. No caso do câncer de colo uterino as trocas das formas de diagnóstico de invasivo para *in situ* não indicam necessariamente impacto. Por exemplo, o fato de que a proporção de carcinomas incipientes aumente o diagnóstico e diminua a proporção de câncer invasivo é um bom indício. É um indicador de processo, porém não é um indicador de impacto, porque pode acontecer que os serviços não estão dando a resposta a essas lesões que se diagnosticam precocemente e, portanto, a mortalidade não sofre impacto.

Triagem ou rastreamento é a aplicação periódica de uma prova a intervalos regulares numa população de risco. A incidência e a prevalência de uma enfermidade crônica vão baixando à medida que se vai aplicando a prova de intervalos regulares, e o descenso é cumulativo. Cada vez mais, porém, se for deixado um tempo longo sem se aplicar a prova de *screening*, a

incidência e a prevalência voltam a subir possivelmente aos níveis iniciais.

Os critérios para aplicação desta metodologia: 1) que a condição ou enfermidade que se quer detectar deve ter um efeito significativo na qualidade de vida; 2) que deve ter um período assintomático durante o qual a detecção e o tratamento reduzem significativamente a morbidade e/ou a mortalidade; 3) que o tratamento na fase assintomática deve produzir um resultado terapêutico superior ao obtido quando se tratam de formas sintomáticas de enfermidade; 4) que se devem contar com métodos aceitáveis de tratamento que devem ser acessíveis à população objeto da tamisagem; 5) que o custo das provas de detecção deva ser razoável e sempre menor que o custo do tratamento das formas avançadas da enfermidade, e isto é muito importante; e 6) que a incidência e a prevalência da condição ou enfermidade devem ser de magnitude suficientemente importante para que se justifique o custo da tamisagem.

O valor da prova de *screening* dependerá da validade da prova e da confiabilidade de seu resultado. A validade é medida pela sensibilidade e especificidade da prova. A sensibilidade é a habilidade da prova para revelar um resultado positivo quando a pessoa tem a condição. A especificidade é a habilidade da prova para revelar um resultado negativo quando a pessoa está livre da condição sob estudo. A confiabilidade no resultado é medida pelo valor preditivo, que é a probabilidade ou potencialidade que um dado resultado seja verdadeiro (ver Quadros 1, 2, 3, 4 e 5).

Quadro 1

O rastreamento ou *screening* depende de:

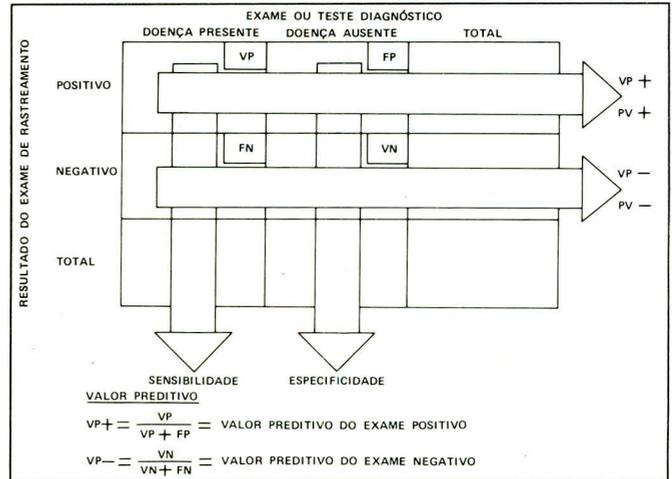
Validade do exame

Confiabilidade no resultado do exame

Quadro 2

<p>CRITÉRIOS DE VALIDADE</p> <p>Sensibilidade:</p> <p>Capacidade de um exame ter resultado positivo quando o indivíduo é doente.</p> <p>Especificidade:</p> <p>Capacidade de um exame ter resultado negativo quando o indivíduo é são</p>
--

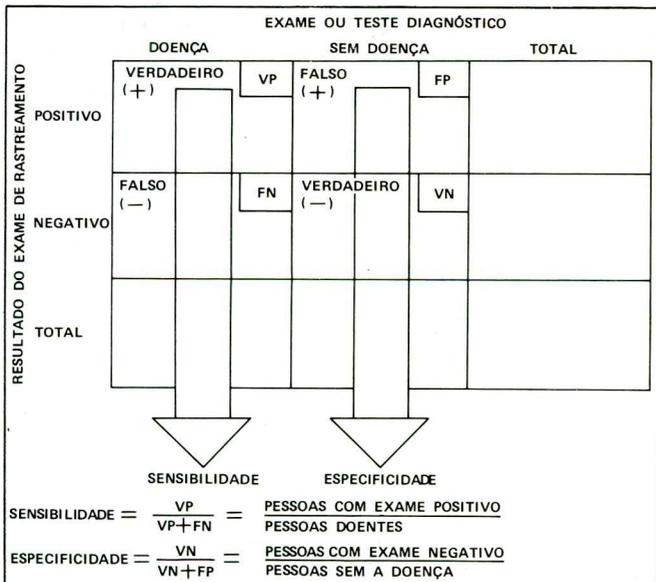
Quadro 5



Quadro 3

<p>CRITÉRIOS DE CONFIABILIDADE</p> <p>Valor preditivo:</p> <p>Define a probabilidade ou a potencialidade que o resultado de um exame tem de ser um resultado verdadeiro.</p>
--

Quadro 4



Quando se quer desenhar um programa de detecção de câncer é necessário que se observem todos os critérios anteriormente revisados. Estes conceitos são fundamentais quando estamos planejando um programa maciço de aplicação da prova de tamisagem em uma população.

Mas o que está acontecendo com o problema de câncer de colo uterino na América Latina? Já é de todos conhecido que, se o medimos pela mortalidade, as populações da América Latina ocupam os primeiros lugares na frequência, qualquer que seja o indicador que tomemos. Os últimos dados sobre mortalidade que temos na OPS mostram que continua a mesma tendência em relação à mortalidade. Alguns países apresentam taxas de mortalidade relativamente baixas, como Argentina, Cuba e Uruguai, e o que sucede é que o câncer de mama está superando o câncer de colo uterino, persistindo, porém, alta mortalidade por câncer de colo em várias áreas mais deprimidas socialmente nestes países. A maioria dos países da América Latina e do Caribe apresentam taxas muito altas de mortalidade por câncer de colo.

Se tomarmos os dados de incidência recolhidos pela IARC em vários países do mundo, veremos que existem populações definitivamente com um risco baixo, sem a necessidade de programas e *screening* amplos, como é o caso da Espanha. Outros o têm baixo porque contam com programas de *screening* amplos, como na Finlândia. Quer dizer que, se a população tem um risco baixo, como na Espanha e em Israel, realmente não se justifica um programa maciço de *screening*. No entanto, a maior parte das populações do mundo necessita de programas amplos de tamisagem ou *screening*.

Nos Estados Unidos variam muito a incidência e a mortalidade segundo os grupos étnicos ou culturais. Para ser mais preciso, possivelmente as diferenças entre os latinos e as populações brancas, e de origem japonesa, têm mais relação com fatores sócio-culturais e com a cobertura de atenção médica.

No Canadá também há diferenças, dependendo da amplitude e êxito dos programas de *screening*. Essas diferenças possivelmente não são devidas a fatores culturais dos grupos populacionais, mas à amplitude dos programas e *screening* entre as províncias.

Os dados dos registros de incidência existentes mostram as taxas mais altas na América Latina. Porto Rico e Cuba, que têm registros, mostram diminuição da incidência de câncer invasor, mas comparando com outros países do mundo, continuam ocupando um lugar intermediário.

A OPS vem difundindo muito a comparação de risco acumulativo aproximado, que mostra o grande risco da mulher latino-americana. Isto serviu para que, na Bolívia, as autoridades nacionais, neste momento, tomassem consciência de que ocupam um lugar extremamente alto no mundo, com relação a este problema.

Quais as decisões que não estão sendo tomadas e que deveriam ser para mudar esta situação? Temos visto, e a Dra. Moss falava ontem sobre isto, que é possível, com programas organizados de controle amplo, maciço de *screening*, baixar a mortalidade, baixar a incidência das formas invasivas, e que isto realmente não leva tanto tempo, depois que se inicia um programa de *screening* bem feito. Este é o caso da Islândia, que começou mais ou menos nos anos 60 e que, uns sete anos mais tarde, já começava a apresentar resultados do impacto na mortalidade.

Estudos de casos e controles feitos em Cali, Colômbia, mostram que o risco relativo das mulheres que não tinham o benefício da citologia é ao redor de dez, e isto é coincidente com estudos de outras partes do mundo, como na Finlândia, onde um estudo demonstrou também um risco de aproximadamente dez, ou seja, dez vezes mais risco de ter câncer nos que não haviam feito exame citológico.

Na América Latina, provavelmente 80 a 90% das mulheres com mais de 25 anos não se beneficiam com a citologia, e isso se reflete no pouco impacto da mortalidade. Por exemplo, a mudança da taxa de mortalidade ajustada neste período foi absolutamente insignificante.

As vezes eu lembro dos "Cem Anos de Solidão" de Garcia Marques, porque passam os anos e estamos vendo a mesma situação na América Latina. Temos que tomar uma série de decisões. A história natural do câncer de colo uterino até agora não mostra evidência

de que se haja modificado, e segue apresentando a maior incidência de câncer *in situ* depois dos 30 anos. Em outras palavras, apesar de estar havendo em algumas populações um fenômeno de corte de algumas mulheres que estão apresentando lesões inflamatórias e displásicas em idades precoces, não há prova alguma até agora de que sofram de um curso mais acelerado dessas lesões, ou que o modelo de história natural da doença está mudando. Porém, temos que guiar-nos pelo que sabemos da história natural, que mais ou menos coincide com o determinado pelo grupo da *British Columbia*, há muitos anos, das médias de idade, e que coincide com a maior parte dos dados da América Latina (de Porto Rico, Costa Rica, Colômbia, e outros).

Os estudos mostram que a incidência máxima de carcinoma *in situ* está entre os 30 e os 40 anos. Analisamos estatísticas de diferentes origens na América Latina e isto é sempre constante. A maior incidência de carcinoma *in situ* está por volta dos 34 aos 37 anos. Isto tem implicações, porque não se justifica fazer um *screening* maciço antes dos 25 anos de idade e os maiores esforços devem ser feitos com mulheres ao redor dos 30 anos.

Na OPS, foram feitos alguns cálculos sobre qual é a mortalidade que poderia ser prevenível tomando como exemplo uma província do Canadá, ou a mortalidade no Canadá em conjunto. Vimos como a América Latina poderia, na sua maior parte, reduzir em 60% a mortalidade por câncer de colo uterino, caso fossem organizados programas de forma eficazes, efetiva e que tivessem impacto de prevenção secundária. Isto é ainda mais importante se tivermos em conta que aqui não estão figurando países que aparecem com mortalidade baixíssima, o que definitivamente se deve à falta de confiabilidade dos dados, como, por exemplo, nos países da América Central.

No Paraguai, apesar de que as mortalidades notificadas são muito baixas, vimos, pelos poucos registros de patologia tumoral, diagnósticos de câncer e serviços que recolhemos, que, em Assunção por exemplo, neste momento, mais de 50% dos diagnósticos são de câncer invasivo de colo uterino. Na Guatemala, segundo o Registro Nacional Tumoral, que recolhe constantemente dados de vários hospitais e do Instituto Nacional de Câncer, nos últimos 10 anos, aproximadamente 55% dos casos são de cânceres invasivos de colo uterino. Em Honduras, 80% dos leitos dos serviços de oncologia estão ocupados por câncer avançado de colo uterino, apesar de terem taxas de mortalidade relativamente baixas, quando notificam oficialmente à OMS.

Mas quais as características que nós temos detectado nos programas de tamisagem? É que não são

eficientes porque os resultados não correspondem aos meios utilizados, ou seja, o custo/efetividade é muito baixo. E isto está muito relacionado com as idades às quais estão dirigidos. Não são eficazes porque os objetivos e metas alcançados não correspondem aos programados. Não são efetivos porque os resultados na população, ou seja, o impacto, não correspondem ao previsto. Não há impacto na mortalidade. E somente se fazem análises de progresso parcial, nas quais se relaciona o número de atividades realizadas com o número de atividades programadas. São as avaliações que se fazem somente com base no número de citologias que se efetuam e se comparam com as programadas. O problema é que estas realmente não obedecem a um critério de risco epidemiológico.

Para efeitos de organizar um programa efetivo, o número de provas que cada mulher deve fazer durante sua vida é muito importante, considerando o custo/efetividade. Devemos ter em conta não somente a percentagem de redução, mas as alternativas a estudar-se de acordo com o número de provas, com a percentagem de redução e com o estudo de Moss e Day sobre as mortes preveníveis que se pode alcançar. Pode-se ver com os dados de Cali, e não só com os dados da Europa e dos Países Escandinavos, que, quando se começa aos 25 anos e faz-se a cada três anos, para a redução de 91%, necessitam-se de treze provas. Quando se começa aos 35 anos, a redução é de 84% e necessitam-se de 10 provas. Vocês vêem as diferentes alternativas.

Pode-se ver que na América Latina deve-se tomar decisões que levem em conta estes aspectos de custo/efetividade, o número de mortes preveníveis, os recursos que se tem para assegurar o número de provas e, definitivamente, uma cobertura ampla. Cremos que o grupo de idade ideal para a América Latina seria dos 25 aos 60 anos. E, na maioria dos países, cremos que não podem chegar até aos 64, dados os recursos limitados. Cremos que em nenhum caso se justifica iniciar um programa de detecção antes dos 25 anos. Cremos que a idade de iniciação das provas de *screening*, em alguns países, pode ser de 30 anos, tendo em conta que esses programas estão dirigidos à corte de mulheres com resultados negativos numa primeira prova. Quando uma mulher entra no programa de *screening* divide-se já em duas cortes o grupo da população: os que são negativos, aqueles que são objetos do seguimento em intervalos no programa, e os que são duvidosos ou positivos, que já passam a outro tipo de segmento. Partindo da base de um primeiro resultado negativo, em maiores de 25 anos devem ser feitas provas a cada três anos. Antes desta idade o programa não se justifica e é um des-

perdício de recursos. O que é muito importante e necessário é tomar todas as medidas para ampliar a cobertura e para assegurar o acompanhamento dos resultados anormais e positivos.

É fundamental ter em conta que, se não se vai aumentar a cobertura, realmente não vale a pena discutir as idades e nem a idade de iniciação dos programas. Definitivamente, o problema da cobertura na América Latina é um problema muito sério. Por isso cremos que temos que unir esforços com especialistas para produzir algumas diretrizes de monitoria e avaliação destes programas. E salientamos, como primeiro aspecto importante, a monitoria da cobertura. A cobertura não pode continuar sendo determinada pelo número de citologias sobre uma população hipotética. Se não se organizam os registros centralizados em que possa haver maneira de detectar quais são as mulheres que não estão sendo objeto do programa, então devem ser feitas amostragens em mulheres da população, com perguntas sobre citologias efetuadas alguma vez durante a vida e nos últimos cinco anos, para sabermos quais as coberturas reais.

Já temos duas experiências deste tipo de amostragens. Uma é num setor de Caracas, onde, aproveitando a pesquisa sobre fatores de risco, introduziu-se a pergunta para as mulheres, se já haviam feito exame citológico alguma vez. E 26% haviam se submetido a exame citológico pelo menos uma vez na vida. E Caracas é uma cidade em que se faz 700.000 citologias por ano. Realmente, uma cobertura de 26% de pelo menos algum exame citológico na vida é uma cobertura baixa para a quantidade de citologias que são feitas. A outra experiência foi em uma pesquisa sobre fecundidade efetuada em Costa Rica, onde se introduziram as perguntas de citologia. Infelizmente, era uma pesquisa de fecundidade em menores de 45 anos, mas o resultado foi que 40% já haviam se submetido a exame citológico, alguma vez. Concluiu-se, então, que há modos de monitorar com amostragem, aproveitando outras pesquisas, para ver se realmente se está tendo cobertura. E as perguntas podem ser refinadas para introduzir este sistema. Isto foi feito na cidade de Berlim, na República Democrática, onde eles iniciaram um programa de *screening* amplo na década de 70, não tendo um registro computadorizado central. Eles tomaram uma amostra da população e verificaram se estavam alcançando as coberturas propostas.

Outro aspecto é o problema do acompanhamento, o de assegurar o acompanhamento para o diagnóstico e tratamento, e isto tem muito a ver com o que se discute em relação à citologia. O exame citológico não é um método diagnóstico: é uma prova discriminatória. O exame citológico não substitui um exame

ginecológico, e não é a única coisa que se pode oferecer à mulher para saber como está seu aparelho ginecológico. O exame citológico tem o fim de separar as possíveis das não possíveis de ter câncer. Isto deve ficar muito claro para poder-se entender o propósito de um programa de tamisagem.

Creemos que é possível chegar a coberturas úteis de citologia com os recursos atuais da América Latina e vou dar-lhes um exemplo de alguns cálculos que fizemos. Uma população de dois milhões de habitantes tem mais ou menos uns 20% de mulheres entre 25 e 60 anos. Dependerá muito da esperança de vida de cada população, porém, a grosso modo, sabemos que mais ou menos uns 20% da população total são mulheres de 25 a 60 anos, ou seja, que em 2 milhões de habitantes de 25 a 60 anos haveria 400 mil mulheres. Se queremos uma cobertura mínima de 85%, pois não cremos que coberturas mais baixas que 85% sejam as que devemos desejar, necessitaríamos cobrir 340 mil mulheres. Se temos um laboratório que faz 150 mil exames citológicos por ano, o que realmente não é uma coisa exagerada, e se tomarmos as medidas para que destes 150 mil exames 80% correspondam a mulheres para captar, para a cobertura, e 20% dos exames para o segmento das que têm anormais e positivos, fazendo 80% dessas 150 mil para a captação, teremos no primeiro ano 120 mil, no segundo 240 mil e no terceiro 360 mil, cumulativamente. Deve-se monitorar a distribuição destes exames citológicos por alguns grupos de idade e esta distribuição deve refletir a distribuição das mulheres nessa população por grupos de idade. Quer dizer, seguramente o grupo de 25 a 34 anos constitui a maior proporção da população, e portanto deve corresponder uma maior percentagem em exames citológicos. Seguiria o grupo de 35 a 44 anos e de 45 a 60 ou 64 seria o grupo menor que se estaria captando. A partir do quarto ano seria a manutenção da cobertura. As coberturas se acumulam. Na *British Columbia* foi feito assim, ano por ano, chegando a um alcance de 85% de cobertura. Mas logo viria o problema de como manter essa cobertura. Deve-se definir as que saem e as que entram. As que entram à corte para cobrir, e as que saem. Se isto se compensa, se as que entram quando fazem 25 anos, se compensam com as que saem quando fazem 60 anos, então não haveria que ajustar o número de exames citológicos. Com 150 mil exames sendo feitos, manter-se-ia a cobertura. Se entram mais do que saem seguramente será necessário pensar-se em redimensionar o laboratório para aumentar sua capacidade. Porém, aí se poderia, com um intervalo de três anos, manter a cobertura porque voltaria a ser o retorno das que já cumpriram os três anos e se repartiria com as que entram nova-

mente. Assim, cremos que estes cálculos são factíveis, se organizamos as coisas. Por isso temos muitas esperanças na organização destes programas a nível local.

A estratégia da OPS nos últimos anos tem sido primeiro a de promoção regional, e à regional refiro-me a nível central para toda a região das Américas. Em 1984, houve uma reunião muito grande para despertar a atenção sobre a necessidade de reorientar programas; reativou-se a produção de manuais, de grupos de trabalho de especialistas sobre formação em citotecnologia; desenvolveu-se uma promoção a nível regional com relação à necessidade de inovar; obteve-se uma resolução do Conselho Diretor; e apresentou-se ao mesmo conselho um documento sobre a situação nos países.

Depois a estratégia foi sub-regional, por grupos de países. Fizeram-se os seminários sub-regionais do Cone Sul, do Brasil, da Área Andina, da América Central, do Caribe de língua inglesa, em que se procurou juntar as distintas disciplinas para debater o problema.

Depois apoiaram-se os encontros nacionais com o mesmo propósito de que nacionalmente se discutam, se debatam, entre as distintas disciplinas e os distintos programas que têm a ver com o assunto, e que se estabeleçam novas políticas ou reformulações. Com relação aos resultados até agora alcançados, podemos dizer que os países que reformularam seus programas são: Chile, que usou todas as alternativas possíveis e tomou uma decisão, dos 20 aos 59 anos, cada três anos; Venezuela, que depois do Encontro Nacional do ano passado, elaborou uma resolução, fixando de 25 a 64 anos, a cada três anos, e a obrigatoriedade, inclusive dando um certificado à mulher; Cuba, que, depois do encontro em fevereiro deste ano, adotou reorientação cobrindo de 20 a 64 anos, com o modelo do médico de família que tem como prioridade aumentar a cobertura dos 45 aos 64 anos, faixa em que a mortalidade é estacionária; Costa Rica, que tomou a decisão a nível de Departamento de Medicina Preventiva e Seguro Social, cobrindo 25 a 64 anos.

A experiência da Costa Rica é muito interessante porque os especialistas temiam que uma informação maciça à população tenderia a estimular as mulheres a exames citológicos de uma forma mais ativa e, como consequência, os serviços bloquear-se-iam com tanta demanda. Faz um ano que estão nesta promoção, os serviços não foram bloqueados, e estão respondendo à demanda. A demanda cresceu, e os resultados estão sendo vistos pelo aumento dos carcinomas *in situ*, porque, em Costa Rica, há um Registro Nacional de Câncer que permite monitorar isto.

Na Colômbia, determinou-se dos 25 aos 59 anos e há uma proposta para implementar um programa nacional com um estudo de viabilidade, tendo em conta todos os recursos existentes no país. Na Bolívia, depois do Encontro Nacional decidiram iniciar o programa numa forma mais maciça, fixando 25 a 60 anos. No Peru uniram-se aos programas de planejamento familiar. Definitivamente, para eles, a prioridade está em materno-infantil e o ligaram com o grupo de idade fértil de 20 a 45 anos. Na Nicarágua, há um plano para fazê-lo de 25 a 49 anos, e estão apenas implementando o programa com a formação

de pessoal. Em Buenos Aires, somente uma área de Buenos Aires, tomou-se de 30 a 54 anos, em uma área mais deprimida, nos bairros mais deprimidos socialmente.

Ao que parece, há evidência de que os países estão respondendo ao chamamento para tomar uma série de decisões. No entanto, não temos a certeza de que as coberturas ampliar-se-ão como é necessário, porém acreditamos que isto é absolutamente prioritário. Para a OPS, em toda a área de câncer a primeira prioridade para cooperação técnica na América Latina continua sendo o câncer de colo uterino.

Reorientação nas ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino

Evaldo de Abreu*

Denominamos Reorientação nas Ações de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino a proposta do Ministério da Saúde, na expectativa de que, aprovada, venha a ser introduzida nas ações em desenvolvimento e nas que venham a se desenvolver.

O conhecimento da cobertura da população feminina, pelo exame citológico da cérvix uterina, é o primeiro passo no planejamento e na posterior avaliação de uma ação de prevenção.

Infelizmente, em nosso país, a cobertura pelo exame de Papanicolaou é uma grande incógnita. Não existe um trabalho definitivo que apresente números reais. As razões são inúmeras, mas a principal é a inexistência de um organismo, que ao centralizar as informações produzidas, nas centenas de laboratórios de citopatologia do país, possibilite o conhecimento do número de exames realizados, ao mesmo tempo em que permita a integração entre os mesmos. Ainda com relação à cobertura, outro fato importante é o desconhecimento do número de mulheres examinadas. Os laboratórios de citopatologia ainda não são capazes de fornecer o número de mulheres examinadas, mas somente o número de exames realizados. Tal fato leva em princípio a uma superestimação, uma vez que sabemos ser freqüente a realização, por uma mesma mulher, de mais de um exame por ano, por vários motivos, e muitas vezes em laboratórios diferentes.

Numa tentativa de trazer para esta reunião uma posição quanto à cobertura o mais próximo possível da nossa realidade, fizemos um levantamento junto a 361 laboratórios de citopatologia, no ano de 1987. Esta seleção foi através do cadastro de laboratórios do Registro Nacional de Patologia Tumoral — RNPT. Os laboratórios estão distribuídos por todos os estados brasileiros, sendo que 125 dos 361 laboratórios enviaram resposta quanto ao número de exames realizados no ano de 1987 e nove nos informaram não realizar colpocitologia. A maioria dos laboratórios de

grande porte atendeu à nossa solicitação, estando entre estes os laboratórios do setor público, que são os de maior capacidade operacional do país. Sessenta por cento das respostas corresponderam aos laboratórios do setor privado, lucrativo ou não lucrativo.

O número total de exames realizados no ano de 1987, pelos 125 laboratórios, representam 35,5% dos laboratórios consultados que realizam exame colpocitológicos, sendo que apenas 56 laboratórios discriminaram os resultados por faixa etária. Baseados neste número podemos estimar o número total de exames realizados pelo total de laboratórios cadastrados no RNPT, supondo que os laboratórios que não responderam também se encontram dentro desta mesma média.

Tomamos a média de exames/ano/laboratório em cada uma das diferentes regiões brasileiras e, projetando este número para o total de laboratórios cadastrados, chegamos a um total nacional de 3.914.313 exames colpocitológicos realizados no ano de 1987. É este o número que serviu de cálculo para nossa estimativa de cobertura.

A seguir levamos em consideração um fato, já abordado anteriormente, de que o número de exames realizados não corresponde ao número de mulheres examinadas — é sempre superior. Estima-se que o percentual de exames repetidos alcance 30%. Este percentual é baseado em levantamentos de serviços de saúde brasileiros.

Deste modo, considerando que 70% dos 3.914.313 exames realizados correspondem ao número efetivo de mulheres examinadas, encontramos 2.740.019 mulheres submetidas em a exame colpocitológico em todo o país, no ano de 1987. Conhecendo-se a população feminina, com 20 anos, ou mais, num total de 35.661.278 (população estimada pelo Sistema de Informações de Saúde do Ministério da Saúde), chegamos finalmente a uma cobertura estimada de 7,7%, para o ano de 1987.

*Supervisor do Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino do Pro-Onco — Ministério da Saúde

Quadro 1. Exame citológico da cérvix uterina - Brasil 1987.

Demonstrativo dos laboratórios por região				
Região	N.º de labs. consultados	N.º de labs. que responderam	N.º de exames realizados	N.º de exames estimados*
Norte	15	10	72.881	109.321
Nordeste	61	18	208.332	977.557
Sudeste	197	68	700.016	2.027.987
Sul	57	17	142.330	477.224
Centro-Oeste	17	17	176.704	322.224
Totais	361	125	1.300.263	3.914.313

*No total de laboratórios consultados

Fonte: Programa de Oncologia (pro-Onco) - Levantamento de exames realizado em 125 laboratórios brasileiros - 1987.

Quadro 2. Exame citológico da cérvix uterina - Brasil 1987.

População feminina > 20 anos = 35.661.278*
 N.º de exames estimados (361 labs.) = 3.914.313**
 (70% de 3.914.313 = 2.740.019)
Cobertura estimada = 7,7%

*Sistema de Informações de Saúde - Min. da Saúde.

**Levantamento de exames realizado em 56 laboratórios brasileiros - 1987.

Fonte: Programa de Oncologia (Pro-Onco).

A importância deste número reflete-se não só no planejamento das ações e na sua avaliação futura, mas também e principalmente no sentido de se buscar sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade para uma ação conjunta na busca de reverter este quadro, elevando-se a cobertura pelo exame de Papanicolaou. A Organização Mundial de Saúde considera como necessária, para o efetivo controle da doença, uma cobertura de 85% da população feminina.

É importante ressaltar que em muitas regiões do país a rede de serviço vem operando muito aquém da sua capacidade. Conhecemos vários fatores que impedem o bom funcionamento da rede básica. Em primeiro lugar, citamos a *insuficiência de recursos*, como, por exemplo, um município no sul do estado do Rio de Janeiro, que possui uma rede municipal básica de saúde com 36 postos de atendimento, dos quais apenas dois contam com mesa ginecológica e cinco espécies no total. Nesse caso específico, a rede de serviços já existe e, com algum recurso material e com a decisão política de se fazer prevenção ginecológica, pode-se ampliar em muitas vezes o que hoje se faz. Estamos exemplificando um município do Estado do

Rio de Janeiro, e anteriormente o mesmo foi falado do Estado de São Paulo. E por todo o país este fato certamente se repetirá. Aumentando um pouco os recursos e racionalizando a sua distribuição, a prevenção acontecerá.

Em segundo lugar, citamos a *utilização inadequada dos recursos existentes* - há locais onde o posto de atendimento está devidamente equipado, temos o profissional médico qualificado, mas a colheita não se processa na maioria das vezes. Isso ocorre por inexistência da decisão política de se fazer prevenção, por falta de consciência profissional para o problema ou mesmo para tornar mais rápido o atendimento. Como exemplo, citamos um posto do INAMPS, no Rio de Janeiro, onde, para um total de 14 boxes de atendimento ginecológico, trabalhando em três turnos, apenas dois realizam rotineiramente a colheita para o exame de Papanicolaou.

Por último, citamos a *indefinição de normas e condutas*, e foi este aspecto que suscitou a presente reunião. Para que possamos desencadear uma ação, precisamos de normas bem definidas, uniformes e aplicáveis em todo o território nacional. O estabelecimento de critérios uniformes, que permeiem todos os

aspectos do programa, são indispensáveis ao bom direcionamento do trabalho. Neste momento é importante a participação do epidemiologista. Seu concurso é fundamental, uma vez que nós, clínicos, temos uma visão muito individualista, distorcida da realidade, em razão da limitação do nosso raio de ação. Já o epidemiologista, ao trabalhar com números globalizados e sem a interferência do fator emocional que o contato médico-paciente proporciona, pode mais racionalmente traçar as diretrizes de um programa.

Uma análise da cobertura apresentada em torno de 8% leva-nos a refletir que os recursos empregados e os esforços desenvolvidos até agora na prevenção do câncer cérvico-uterino podem representar absolutamente nada, pois acreditamos que, se hoje fosse determinado que não se realizasse mais a colheita citológica da cérvix uterina, a atual morbimortalidade por câncer de colo não se alteraria.

Com relação à definição das normas, a reunião de hoje se propõe a avançar em dois aspectos fundamentais, que são a periodicidade e a faixa etária, não só pelo aspecto polêmico, mas principalmente por serem fatores importantíssimos no planejamento das ações de prevenção. Com relação à periodicidade na realização dos exames, parece-nos que é do entendimento de todos os presentes ser consenso que a realização anual do exame é desnecessária. E este atendimento se faz não somente pelo reconhecimento dos trabalhos aqui apresentados, mas também e principalmente em razão da nossa realidade e da necessidade de que temos de ampliar a curto e a médio prazo a cobertura pelo exame de Papanicolaou.

A nossa proposta em relação à periodicidade é que esta seja estendida para três anos. Nós ouvimos aqui alguns colegas falarem em dois anos. Reafirmo que o nosso propósito é chegarmos a um consenso sobre o que seja melhor para o país. No sentido de enfatizar a nossa proposta, gostaríamos de lembrar a interferência feita pela Dra. Restrepo hoje, de que em Cali, na Colômbia, um levantamento mostrou que o exame preventivo a cada três anos, realizado a partir dos 25 anos de idade, é capaz de reduzir o risco cumulativo para câncer de colo uterino em 91%.

Quadro 3. Exame citológico da cérvix uterina - Brasil 1987

Total de exames	Exames em mulheres < 35 anos
664.388	295.884 (54,4%)

Fonte: Programa de Oncologia (Pro-Onco) - Levantamento de exames realizado em 56 laboratórios brasileiros - 1987.

Baseados nos mesmos dados que nos permitiu estimar a cobertura, e utilizando os números de 56 laboratórios, discriminados por faixa etária, num total de 664.388 exames, construímos o Quadro 3.

Analisando este quadro, vemos que a maioria das mulheres que realizam o exame citológico da cérvix uterina encontra-se na faixa etária abaixo dos 35 anos. As razões para essa ocorrência se deve ao maior apelo que tem a mulher na sua fase reprodutiva, com relação ao ginecologista/obstetra e conseqüentemente ao exame preventivo. Ocorre, porém, e nós podemos ver isso nitidamente no Quadro 4, que a incidência de NIC III e de carcinoma é maior exatamente no grupo de mulheres com 35 anos ou mais, sendo que 87,6% dos casos de câncer invasor ocorreram nessa faixa de idade.

Quadro 4. Exame citológico da cérvix uterina - Brasil 1987

Neoplasia intra-epitelial cervical e carcinoma invasor

Mulheres	NIC I	NIC II	NIC III	C. inv.
Total	6316	1851	1034	981
≥ 35 anos	2418	904	655	859
(%)	(38,3)	(48,8)	(63,4)	(87,6)

Fonte: Programa de Oncologia (Pro-Onco) - Levantamento de exames realizado em 56 laboratórios brasileiros - 1987.

Baseados nos números acima é que formalizamos a nossa proposta com relação à faixa etária, que é de priorizarmos, para efeito de exame Papanicolaou, as mulheres com vida sexual ativa a partir dos 30 anos de idade. Nestas ações de prevenção, é muito importante que tenhamos consciência da necessidade de redobramos esforços no sentido de procurar trazer aos ambulatórios as mulheres que nunca realizaram um exame citológico na vida, e aquelas assintomáticas que, por falta de um programa educativo, não procuram voluntariamente os serviços médicos.

Tudo o que aqui ouvimos nesses dois dias - a análise dos números apresentados, a apreciação dos fatores considerados como de risco - nos leva a ousar afirmar que o maior risco para o câncer cérvico-uterino ainda não foi enunciado. Consideramos que o maior desses fatores é a não realização do exame de Papanicolaou. Alguns trabalhos reforçam esta tese ao constatarem que cerca de 80% das mulheres com carcinoma invasor da cérvix uterina nunca fizeram um exame citológico na vida.

Entendemos, portanto, que numa primeira fase de uma ação de prevenção devemos reunir todos os esforços no sentido de mobilizar a comunidade e, através de um esclarecimento da população, tentar levar aos postos de serviço as mulheres que nunca realizaram um exame citológico da cérvix uterina.

Ao levarmos hoje aos postos de atendimento as mulheres assintomáticas, estaremos certamente contribuindo para que a abordagem terapêutica se faça na fase curável da doença. Por outro lado, a imobilidade simplesmente perpetuará a situação atual, em que a mulher só procura os serviços numa fase sintomática em que os procedimentos terapêuticos em um grande número de casos são meramente paliativos.

Gostaríamos por último de ressaltar um trabalho que vem sendo desenvolvido pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas e pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer, no campo da citopatologia, pois não podemos obviamente pensar em

prevenção de câncer cérvico-uterino se não dispormos de um serviço de citopatologia de qualidade. Nos últimos 18 meses houve a edição e distribuição do Manual de Laboratório Citopatológico, foram ampliados os cursos de formação de citotécnicos em funcionamento no PITEC/RJ e na FUSAM/PE estão sendo realizados cursos de reciclagem para citopatologistas e citotécnicos (periódicos e regionalizados), e está sendo desenvolvido o Sistema Integrado Tecnológico em Citopatologia, que visa a reprodução do modelo PITEC em várias capitais brasileiras.

Finalizando, esperamos que, refletindo em cima dos números apresentados e levando-se em consideração que nossa decisão representará um importante avanço em termos de saúde pública, saíamos daqui tendo alcançado o propósito desta reunião, que é o de consenso em torno da periodicidade e faixa etária nos exames de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Debates

Na impossibilidade de inserir todas as discussões que ocorreram durante a reunião de consenso, por se tratar de material extenso, selecionamos as considerações que julgamos as mais importantes a serem transmitidas ao leitor. Agrupamos também os assuntos correlacionados; portanto, a presente ordenação não obedece, necessariamente, à que foi seguida nos debates. Identificamos os autores das intervenções pelas iniciais de seu nome, dispostas logo após os trechos mais significantes de sua fala.

Ordem dos assuntos

1. Abertura
2. Considerações sobre o trabalho da Dra. Sue Moss
3. Cobertura de população
4. Fatores de risco
5. Laboratório de citopatologia
6. Estruturação de um programa de prevenção
7. Preparo de pessoal
8. Utilização de pessoal não-médico
9. Informação/educação comunitária
10. Vinculação do exame citológico à consulta ginecológica
11. Relação com o Programa da Mulher
12. Periodicidade do exame citológico da cérvix uterina
13. Faixa etária
14. Parte final

Participantes

Nome dos participantes dos debates, referidos no texto, e respectivas iniciais, por ordem de aparecimento:

Geniberto Paiva Campos (G.P.C.)
Deise Noeli Veder Kusztra (D.N.V.K.)
Helena Restrepo Espinosa (H.R.E.)
Luís Carlos Zeferino (L.C.Z.)
Maria das Mercês P. Cunha (M.M.P.C.)
Henrique Alberto P. Pasqualette (H.A.P.P.)
Eduardo Faerstein (E.F.)
Sonia Correa (S.C.)
José Maria Barcelos (J.M.B.)

Evaldo de Abreu (E.A.)
Onofre de Castro (O.C.)
Maria Luiza Pessoa Cavalcanti (M.L.P.C.)
Samuel Penha Vale (S.P.V.)
Sérgio Santana (S.S.)
Maria de Fátima C. Lopes (M.F.C.L.)
Fauser Simão Abrahão (F.S.A.)
Marcelo Gurgel (M.G.)
João Gomes da Silveira (J.G.S.)

1 - Abertura

...Em 1986, com a colaboração da OPAS, procuramos estabelecer alguns parâmetros básicos em relação à periodicidade e à faixa etária a se priorizar na realização do exame citológico e não conseguimos naquele momento obter uma média inicial de opiniões. Parece-nos que o Brasil e a América Latina estão preocupados em cobrir todo o espectro que é bastante amplo, da população feminina, quer esteja em risco maior ou não e isso tem trazido certa dificuldade, porque na realidade os recursos disponíveis, para este grau de cobertura para fazer o controle desses índices epidemiológicos, tão preocupantes, são finitos.

Temos então que definir estratégias baseadas em discussões e debates que possam trazer eficácia a esses programas. Há uma necessidade muito clara em definir essas estratégias (G.P.C.).

...Então, a nossa idéia seria também, a curto prazo, fazer uma conferência de consenso e nesse aspecto o Pro-Onco conseguiu largar na frente criando alguma coisa inovadora. Não estamos acostumados a buscar esse tipo de estratégia no sentido de definir aquelas coisas básicas que possam ser consensuais (G.P.C.).

...O controle do câncer cérvico-uterino é da maior importância para a DINSAMI. Além do tema periodicidade e faixa etária, queremos trabalhar junto com a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas à expansão dos serviços de atendimento à mulher dentro do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. O controle do câncer cérvico-uterino é uma das ações de nosso programa e temos muitas dificuldades em responder aos estados o porquê que essa ação está ainda tão incrementada. Não está implantada como as outras ações do Programa de Assistência Integral à Mulher (D.N.V.K.).

...Esta reunião vai ser muito significativa no futuro, para os programas de controle do câncer cérvico-uterino, não só no Brasil, como também na América Latina. Creio que os esforços que continuamos fazendo na OPAS para apoiar os países na reformulação dos programas de controle do câncer cérvico-uterino começa a ter alguma gratificação. Em vários países já se nota que este movimento está crescendo e, no Brasil, vemos esta conferência simultaneamente com o Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia. Realmente, temos que fazer algo para controlar esta importante causa que custa tantas vidas (H.R.E.).

...À medida que um programa eficaz de controle do câncer vai se desenvolvendo, ele vai se sedimentando. Um exemplo é o programa de Campinas, que começou em 1968 e que hoje ocupa um espaço muito grande e não há ninguém dentro da região de Campinas que tenha coragem de desativar, por exemplo, um laboratório de citologia que dá retaguarda para todo o programa. Então, na verdade, em todo processo novo que é discutido, que é implantado, há um período de grande risco de reversibilidade. Mas, à medida que avança, à medida que vai se sedimentando, que vai às instituições, que vai à população, que vai aos meios de comunicação, vai se tornando irreversível (L.C.Z.).

...Nós estamos em todas as regiões com as coordenadoras dos programas materno-infantis, nos estados, nas macrorregionais, ou nos seminários que fazemos. E alguma coisa que nos é cobrada insistentemente dentro da filosofia de assistência integral à mulher, é aí que está o controle do câncer cérvico-uterino, que os serviços, na maioria das vezes, não apresentam, e quais as perspectivas dos serviços de saúde virem a oferecer à população esse tipo de ação (D.N.V.K.).

...E curiosamente o que podemos descrever é que na parte terciária de atendimento ao câncer o Brasil vai muito bem. Como de resto vai muito bem, obrigado, também na parte cardiovascular, como vai muito bem na parte de diabetes. Quer dizer, se o indivíduo tiver uma complicação grave de diabetes, precisando de hemodiálise ou transplante renal, amputação com prótese etc., ele consegue. Mas na rede básica, resolver o seu diabetes não insulino-dependente, até somente com dieta, ele não consegue. E nós sabemos que o que chega aos Hospitais de Câncer, em muitos casos, são pessoas já numa fase da doença em que os grandes recursos diagnósticos e terapêuticos atuais têm muito pouco a contribuir. E nós estamos tentando elaborar as bases conceituais e práticas de uma intervenção para um problema que, no país, seria uma ação extremamente singela e que não requer muita dificuldade para ser implantada.

Daí a idéia desta Conferência de Consenso. A idéia de construir, de formular esta base conceitual, com a garantia de que vamos tentar colocar isso fora do papel. Isso é um compromisso que o Ministério da Saúde tem com o produto desta reunião (G.P.C.).

2 - Considerações sobre o trabalho da Dra. Sue Moss

...O trabalho da Dra. Moss e do Dr. Day foi muito importante para ajudar a definir critérios e alternativas para outros países. Tem a mesma possibilidade alternativa que os dados do Registro de Ciência de Cali, que nos servem contra o argumento de que esses dados são a soma de vários estudos de países europeus, Estados Unidos e Canadá. Os resultados são muito semelhantes aos dados de Cali (H.R.E.).

...Eu acho que os dados que a Dra. Moss apresentou são bastante convincentes, no sentido de dizer que a periodicidade de três anos é a melhor alternativa. Os dados são claros, matematicamente eu acho perfeito. A questão é tentarmos aplicar isso à nossa realidade. Essa que é a dificuldade (L.C.Z.).

...Eu tenho ouvido repetidamente que não podemos considerar os dados da Dra. Moss, porque são de países escandinavos, com relação ao benefício da citologia e dos intervalos e às idades em que teremos

de dirigir maiores esforços. Eu creio que os dados mostrados pelo Dr. Marcelo Gurgel, que são de Fortaleza, que são de área supostamente de *risco para* câncer de colo de útero, nos mostra claramente que a probabilidade de ter uma lesão de displasia e de carcinoma invasivo é muito baixa nas mulheres muito jovens. Por outro lado, a Dra. Moss mostrou uma curva em que a média de idade, tanto das displasias como do carcinoma, está de acordo com o que se observa em outros países. Temos que ter o cuidado em recorrermos ao máximo aos dados da América Latina em relação às séries de citologia. Por exemplo, nos dados do Dr. Sampaio Goes, que representam um número grande de citologias, observa-se exatamente a mesma distribuição. Portanto, não se pode continuar assegurando que a distribuição é diferente, se os nossos próprios dados continuam mostrando que a distribuição é semelhante. (H.R.E.).

3 - Cobertura de população

...Em 1986, no estado de São Paulo, os laboratórios públicos fizeram em torno de 330.000 exames e o setor privado em torno de 550.000 exames, num total de 880.000 exames, o que representa 9,8% das mulheres expostas ao risco. Considera-se como mulher exposta ao risco as mulheres com mais de 20 anos e que essas mulheres estão fazendo o controle a um intervalo médio de 2 anos. Calcula-se a cobertura multiplicando-se 9,8 por 2, ou seja, estimamos para o ano de 1986 uma cobertura de 19,6%. No ano de 1987 nós atingimos, dentro desses mesmos critérios, uma cobertura de 25% e esperamos chegar em 88 a 30%. (L.C.Z.)

...O que nós temos na região de Campinas é que 60% da população já tinha feito pelo menos uma vez o controle de câncer, o que não significa que ela está sendo controlada, porque alguns controles estavam muito distantes. Controlada periodicamente significa uma percentagem menor. (L.C.Z.)

...O caminho mais fácil de obter informações sobre cobertura são os dados de laboratório de citologia, portanto são exames citológicos e não número de

mulheres. As características desses laboratórios são diferentes: os laboratórios públicos que estão sendo montados atendem em sua maioria, apenas à rede primária. Alguns atendem a serviços especializados, mas praticamente a grande maioria deles está excluída dos exames feitos em ambulatórios referidos pela rede pública. Acredito, obviamente, que há uma margem de erro, mas eu acredito que se aproxima muito ao número de mulheres examinadas, mas seguramente há uma margem de erro e essa margem de erro é para mais. O número de exames citológicos é maior que o número de mulheres examinadas. (L.C.Z.)

...Nós atuamos nas ações de controle de câncer em Pernambuco, que começou em 1973, e nós implantamos um serviço no interior através da Fundação SESP. Fizemos uma avaliação com cinco anos. Nessa avaliação nós tínhamos 44 casos por 1.000, ou seja, 4,4% de citologias alteradas. Esse era nosso nível de detecção. Lesões que iam de displasias até o carcinoma invasivo. Com 10 anos nós fizemos nova avaliação e vimos então que o nível de detecção havia

baixado. Então, evidentemente, nós ficamos satisfeitos e pensamos que as mulheres estavam morrendo menos; mas ao término da avaliação nós concluímos é que não havia sido feita uma expansão da cobertura. Nós estávamos trabalhando com as mes-

mas mulheres a partir de 73. Essas mulheres estavam protegidas mas eram as mesmas. Então temos que refletir muito sobre a disponibilidade de recursos, para administrá-los frente a uma situação real, que é a necessidade de aumentar a cobertura. (M.M.P.C.)

4 - Fatores de risco

...Fatores de risco, que nós eventualmente chamamos, são fatores de riscos advindos de países altamente desenvolvidos, onde se valoriza bastante o número de parceiros sexuais e que não são tão coincidentes com a nossa realidade. A "promiscuidade sexual" que observamos em nossa população feminina não é grande. Realmente várias pesquisas apontam que as mulheres não tiveram tantos parceiros sexuais, como nós imaginamos, como nós lemos nos artigos dos Estados Unidos, canadenses ou europeus. Isso nos leva a crer que a hipótese do homem de alto risco tenha uma grande importância em nossa população.

Um outro fator que também nos chama a atenção é que temos uma grande população que nunca fez um exame citológico da cérvix uterina. (H.A.P.P.)

...Porque precisamente o que ele descreve como padrão da sociedade aqui, é o que foi descrito como o próprio da América Latina. O sexo é o padrão da sociedade em que o carcinoma do colo é aparentemente mais freqüente. Será a mulher que tem tanta promiscuidade? Ou o homem é que tem mais promiscuidade? Então esse fator masculino é sumamente importante. Dados preliminares apresentados há algumas semanas pela Dra. Lia Munhoz apontam na mesma direção. Enquanto a promiscuidade sexual, entre os homens, na Espanha, é praticamente nula, em Cali, Colômbia, essa percentagem é muitíssimo mais alta ou era uma percentagem apreciável. Assim, esses fatores que estão se comparando com a Espanha, que é definitivamente uma população de baixo risco, e com Cali, onde se encontra uma população de alto risco, mostram a importância do comportamento sexual, dos componentes masculino e feminino. (H.R.E.)

...Há uma certa conjunção entre uma discussão sobre os fatores determinantes da doença, que se chama epidemiologia de fatores de risco, pela falta de um modo causal mais claro e, por outro lado, a questão dos grupos de alto risco, que seria a possibilidade de ter um subgrupo da população claramente identifi-

cado como prioritário para as ações. Esta discussão sobre a causalidade, sobre os fatores que estão associados, vida sexual e quaisquer outras apresentam uma importância para a discussão sobre a etiologia da doença. Mas se isto for transposto para uma tentativa de classificar a população em subgrupos para as ações de controle, isto gerará mais confusão do que ajuda. O que eu quero reforçar é que não é prático, não é viável que esses fatores considerados de risco sejam passíveis de permitir uma classificação da população de demanda das unidades sanitárias, em grupos, a um dos quais se daria uma maior prioridade. Isto não seria viável e caberia apenas identificar mulheres expostas e não expostas. Elas são expostas se têm colo de útero e se têm vida sexual, e ponto final. Não caberia mais discutir, no nível de operação, antecedentes conjugais, sexuais e de qualquer tipo, para identificar grupos de alto risco. (E.F.)

...Querida lembrar que há dados disponíveis que lamentavelmente mostram que o nível de analfabetismo no grupo de mulheres de zona urbana está extremamente elevado e que tende a aumentar, mostrando mais um indicador em relação ao grau de marginalização política e cultural da mulher. (G.P.C.)

...A qualidade dos laboratórios de citologia dos Estados Unidos está sendo muito questionada. São laboratórios pequenos e privados, e toda uma controvérsia em relação ao fato de que as mulheres não estão sendo devidamente tratadas, seguidas e buscadas, levaram a que o Canadá criasse novos critérios, apesar de que a recomendação inicial era, como aqui foi dito, de que toda mulher com vida sexual ativa e que não fosse histerectomizada constituiria objeto do programa. Ditado por alguns achados de que algumas mulheres com determinadas características sócio-culturais e sócio-econômicas teriam uma maior probabilidade de ter lesões em idade mais precoce, criaram-se subgrupos que chamaram de alto risco, dando uma recomendação geral, que se faz individual na prática. O médico que vê essas características deve ser mais cuidadoso com a detecção do câncer. (H.R.E.)

...Realmente não conhecemos a causa do câncer do colo uterino. O que conhecemos são alguns fatores de risco que epidemiológica e estatisticamente mostram uma maior associação, um risco relativo maior, para um determinado grupo da população de vir a ter ou não carcinoma invasor.

Eu entendo que a tentativa de se controlar esses fatores de risco significa fazer prevenção. Como estamos tentando hoje fazer com a campanha do fumo. O fumo está associado com câncer, é isso que nós temos, não que ele cause câncer. Aqueles fatores que conhecemos em relação ao colo uterino, acho que poderíamos também atuar sobre eles. Mas é lógico que o controle desses fatores só vão representar alguma coisa em relação à mortalidade a longo prazo.

A curto prazo, se nós quisermos ter algum reflexo sobre a mortalidade, é aquilo que a Dra. Restrepo comentou: fazer uma citologia em todas as mulheres de 35 anos. (L.C.Z.)

...Já falei em alguns fatores de risco: número de parceiros, presença de lesões condilomatosas ou coilocitose na citologia. Gostaria de acrescentar que cada vez mais está se encontrando DNA do HPV em células neoplásicas do câncer do colo uterino. Em Heidelberg, na Alemanha, Lutzgish informa que de 90 a 95% dos carcinomas invasores conseguiu detectar fragmentos de DNA de HPV nas células neoplásicas. Porém há um contingente grande de pacientes normais que também apresentam DNA de HPV em suas células. O que parece claro é que nem toda a mulher que tem HPV vai desenvolver câncer. Agora, não sabemos ainda se toda mulher que tem câncer de colo tem HPV. Cada vez mais essa porcentagem está aumentando. O HPV seguramente hoje está sendo considerado como fator promotor. Ele estaria presente para desenvolver câncer. É essa a tendência do raciocínio. Pode ser que exista hoje muita euforia em relação a esse conceito, como aconteceu anteriormente com o herpesvirus que, no momento, perdeu um espaço muito grande.

Portanto, o HPV não causaria o câncer de colo uterino, mas seria um fator. Outros fatores teriam que estar ocorrendo. E aqui colocamos a má assistência médica, desde o tratamento das cervicites, das ectopias até uma boa assistência obstétrica. O parto muda anatomicamente o colo uterino, expõe a mucosa endocervical, aumenta a zona de transformação e sabemos que é na zona de transformação que ocorre com mais frequência a neoplasia intra-epitelial cervical. 90% das neoplasias de colo uterino se originam na zona de transformação e o parto aumenta a extensão dessa zona de transformação.

Alguns dados que levantamos são grosseiros e precisam ser melhor trabalhados. Comparamos um

parto com uma cesariana, dois partos com duas cesarianas, três partos com três cesarianas, mostrando que essas mulheres com três cesarianas mostram um risco menor do que as mulheres com três partos normais.

A exposição ao coito, provavelmente haveria maior probabilidade de contato com o HPV, maior possibilidade de trauma e maior probabilidade de infecções.

A deficiência imunológica é uma questão evidente, difícil de ser controlada. Fumo. Há menção ao fumo como fator de risco.

O que se pode fazer em termos de assistência médica é atuarmos sobre os fatores de risco, que são os fatores que poderiam levar à cervicite, que são a má assistência obstétrica, a má assistência ginecológica, o tratamento das infecções, o controle das ectopias, o tratamento das lesões condilomatosas. (L.C.Z.)

...Eu gostaria de reforçar um comentário que a Dra. Restrepo fez em relação à necessidade de se aprofundar os estudos acerca da correlação entre a chamada liberação sexual e o câncer.

Tenho ouvido inúmeras vezes termos como promiscuidade sexual e várias referências à precocidade do início da vida sexual. Eu pergunto: essa preocupação se refere a que parâmetro da vida sexual da mulher? Com a população que nós trabalhamos, que são as jovens adolescentes de Recife, elas estão às vezes iniciando sua vida sexual mais tarde do que suas mães, que tiveram filhos aos 14 anos. As condições em que essa sexualidade se exerce de fato é diferente, mas, do ponto de vista de faixa etária, não.

Não é porque as mulheres têm múltiplos parceiros que o Recife é a maior incidência de câncer cervical no Brasil. As mulheres têm uma prática de mudança de parceiros de caráter seqüenciado e isso é relativamente freqüente nesta população. O que eu quero dizer é que ela tem um companheiro, fica 10 anos com ele e depois muda de companheiro.

Já o comportamento sexual masculino é de fato o comportamento que parece clássico no conjunto de países da América Latina, que é de mudança constante de parceira ao longo da vida. Portanto, esses estudos são fundamentais para que se evite esta correlação tão imediata entre promiscuidade feminina ou a precocidade sexual com a questão do câncer. (S.C.)

...Eu não quero que fique no ambiente a idéia de que está provada a falta de higiene como causa do câncer do colo uterino. Ao contrário, está provado que populações com magnífica higiene, que inclusive utilizam a circuncisão, como em algumas regiões da Índia, têm altíssimas taxas de carcinoma do colo.

A falta de higiene é um indicador indireto. Quando

há pobreza há falta de higiene, não há serviços públicos ou a eficácia dos serviços é baixa.

Não há nenhuma prova científica de que a higiene acabaria com o câncer de colo uterino. Se fosse assim seria muito fácil, não precisaríamos de *screening*. Seria facilímo controlar o câncer de colo uterino, se pudéssemos dizer que é questão de água e sabão. (H.R.E.)

...As mulheres estão se submetendo a uma ambiência de cancerização do colo uterino. Não conhecemos realmente as peculiaridades da gênese do câncer cérvico-uterino, mas nós não somos insensíveis de sentir que o ato sexual e reprodutor e a vida da mulher, com higiene, sem higiene, com esses ou aqueles aspectos, lhe conduzem ao câncer cervical com mais facilidade. O levantamento do passado dessas mulheres no mundo, em todas as raças, em todos os povos, nos mostra que alguma coisa existe em relação ao sexo. Que seja vírus, que seja trauma, não importa qual seja. Existe algo que condiciona. E o benefício do controle da natalidade e a maior liberação sexual fizeram com que a mulher iniciasse sua vida sexual mais cedo. Sabemos que de 20 a 30 anos 70% das lesões precursoras de câncer cérvico-uterino são detectadas pela citologia. Os estudos epidemiológicos feitos em populações de anos atrás não servem

para amostragem de agora porque a liberação sexual é recente. Os problemas são atuais. (J.M.B.)

...Agora, sobre a questão da liberação sexual, temos que comentar mais. Todos sabemos que em épocas anteriores as mulheres casavam-se cedo. Inclusive casamentos negociados na idade dos 14 ou 15 anos. O que mudou é que embora nas uniões as mulheres fossem muito jovens, essas eram uniões legais, estáveis, monogâmicas. O que mudou foi o padrão de comportamento sexual tanto de homens como de mulheres. Há dois estudos neste momento que já põem controvérsias se a idade de iniciação sexual da mulher realmente é um fator de risco para o câncer de colo uterino. Estes dois estudos mostram que, quando se controla por idade, o fator mais importante para algumas lesões inflamatórias do colo uterino não é a idade em que se inicia e sim a forma como se inicia. Se é com um ou vários companheiros, e não a idade em si. Estes dois estudos obviamente não trazem a clareza. Existem outros estudos que continuam mostrando que a idade da primeira relação sexual é um indicador de risco importante. Há necessidade de mais investigações combinadas a aspectos epidemiológicos, às disciplinas que estudam o comportamento, bem como os aspectos antropológicos, culturais e sócio-culturais. (H.R.E.)

5 - Laboratório de citopatologia

...Eu gostaria de dizer que o trabalho que o Ministério da Saúde está se propondo a fazer passa por uma ampliação e informatização dos laboratórios de citologia da rede pública no sentido de dar respaldo ao andamento do programa...(E.A.)

...A professora Mercedes publicou um trabalho em que delicadamente arrasa com o que existe de laboratórios de citopatologia no Brasil e isso demonstra que não há condições de reformar o que não tem o que reformar. O que o Ministério tem que fazer é abrir novos laboratórios porque na realidade os que existem já estão tão deteriorados que não é possível mais reformar...(J.M.B.)

...Iniciei em programas de prevenção do câncer cérvico-uterino em 1968, quando fui designado pela UFRJ, Maternidade-Escola, a visitar alguns centros nos Estados Unidos e Canadá, para estruturar uma Campanha de Prevenção de Câncer. Na época, voltei com uma idéia que colhi na *British Columbia*, de fazer grandes laboratórios centrais de citopatologia, patolo-

gia cervical e que as lâminas fossem convergindo para os laboratórios centrais. Conseguimos montar um laboratório que atendia cerca de 600 exames diários, vindos de várias partes do país.

Depois nos transferimos para o Instituto de Câncer e lá tentamos implantar programa semelhante. Na realidade, os recursos que nos foram dados na época foram em seguida pulverizados para o estabelecimento de numerosos laboratórios em vários pontos do país. Acontece que alguns desses laboratórios compraram ambulância, outros fizeram obras, mas de prevenção de câncer mesmo não saiu nada. E essa era uma verba grande, que tinha sido planejada por nós e daria para montar uns três a quatro laboratórios de alto nível em vários pontos do país e também montar as clínicas de patologia cervical que iam dar cobertura aos exames positivos. (O.C.)

...A qualidade dos laboratórios de citopatologia dos Estados Unidos está sendo questionada grandemente porque há grandes problemas na qualidade da

leitura citológica. São pequenos laboratórios privados que não têm características necessárias para um bom controle de qualidade como, por exemplo, o n.º de citologias adequado para se fazer tal controle. (H.R.E.)

...Eu vejo o PITEC com um potencial muito grande e isso é um aspecto. Outro aspecto é a formação. O curso de formação de citotécnicos em São Paulo foi reativado. No momento, o que nós estamos necessitando? São escrutinadores para o controle do câncer cérvico-uterino ou eu quero aquele citotécnico que trabalha na minha universidade, que concentra o meu material muito bem, que trabalha com Millipore? O que eu estou precisando mesmo, neste momento, para ampliar a cobertura? Então eu vejo, por exemplo, que a escola de Recife, apesar de modesta, está cumprindo um papel. Tudo isso não faz com que eu deixe de estar de acordo que é necessário um currículo amplo para o citotécnico para que ele não se torne simplesmente um escrutinador. (M.M.P.C.)

...O PITEC é um produtor de informações. É uma instituição em que se espera a produção do diagnóstico. Eu acho que deve haver alguém em plano nacional consolidando dados: pode ser em Brasília, em São Paulo, em qualquer lugar, mas as informações têm que ser consolidadas e mostrar o que está acontecendo no Brasil. O PITEC é também uma instância que se preocupa com a formação de recursos humanos. É um centro de formação de recursos humanos, mas que deveria ampliar sua ação no sentido de uma educação continuada, com produção de artigos científicos, da formação de centro de estudos sobre

custos operacionais de um sistema, de um centro normatizador.

Eu acho que o setor público tem que se preocupar, também, com os laboratórios do setor filantrópico de outras instituições, tais como SESI, SESC etc. Tem que haver um órgão consolidador para saber a capacidade instalada no país, pois, caso contrário, o governo criará paralelismos com outros setores. (G.P.C.)

...Eu acho indispensável a presença e a participação efetiva da universidade no controle de qualidade e na própria produção científica do PITEC. (G.P.C.)

...Eu acho que talvez fosse necessária uma discussão sobre a questão da centralização dos laboratórios, porque circulando pelas instituições de saúde eu já ouvi algumas críticas em relação a essa questão. É só uma sugestão no sentido de se retomar a idéia de que só se consegue qualidade no exame citológico se o laboratório for centralizado e tiver 50.000 exames anuais. Eu já ouvi críticas a esse respeito. (S.C.)

...Quando falamos em centralizar, não queremos dizer centralizar os laboratórios. Nós procuramos centralizar as informações que vêm desses laboratórios para que se possa ter dados concretos para planejamento, normatização e avaliação. Com relação ao volume de exames, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde estabeleceram um critério mínimo de exames anuais para que se possa ter um controle efetivo de qualidade. (E.A.)

6 - Estruturação de um programa de prevenção

...Eu me refiro ao número de exames que se perde em relação aos que são realizados. Apesar do pequeno número de exames realizados, temos ainda uma perda em torno de 40%. São mulheres que fazem o exame e não vão procurar o resultado ou faltam condições locais que permitam que se dê seqüência a esse exame. Em suma, falta toda uma estrutura dessa rede de serviço. O ponto de estrangulamento está, a meu ver, na rede de serviço. (E.A.)

...Não é só o laboratório de citologia que é o ponto de estrangulamento. A partir das mulheres com exame citológico alterado, falta estrutura para a realização de colposcopia, biópsia, histologia, cauterizações e em algumas regiões não se tem como atuar

em casos de carcinoma invasor detectados. (L.C.Z.)

...Seguramente o controle do câncer cérvico-uterino não se resume em você colher o material e ter o laboratório de citologia. É necessário dar condições a toda uma seqüência diagnóstica e terapêutica muito mais complexa, e eu vou ser sincero: no Estado de São Paulo estamos sentindo muito mais facilidade em organizar os laboratórios de citologia do que organizarmos os ambulatórios para o diagnóstico e tratamento do câncer de forma descentralizada e regionalizada. (L.C.Z.)

...Realmente o problema é a continuidade do processo e não a implementação ou criação de um programa. (M.L.P.C.)

...O problema é pegar todos os recursos, todos os equipamentos e organizá-los e colocá-los em funcionamento para poder atender a essa população de risco. Eu acho que essa é a nossa grande dificuldade. Temos que tentar organizar toda essa maquinaria que já existe para que ela funcione adequadamente. Os recursos existem, mas eles não estão funcionando de uma forma sincrônica a ponto de o resultado ser o desejado. Eles estão aí dispersos de forma totalmente anárquica e o resultado é o que nós temos. (L.C.Z.)

...Os laboratórios precisam ser criados, a estrutura toda precisa ser organizada porque nós não vamos viabilizar o programa simplesmente em cima dos laboratórios, mas em cima de toda a estrutura, e ela precisa ser descentralizada, precisa ter resolubilidade, porque não dá para ficar bancando um grande deslocamento de pacientes à medida que a cobertura aumenta. (L.C.Z.)

...Eu estou vendo com muita satisfação a maneira correta como está sendo conduzido o Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino. Notamos aqui uma integração entre várias entidades públicas: área municipal, estadual, universidade, várias regiões do país, unidas, coesas, debatendo sobre aspectos importantes, e esperamos não ser mais um dos programas que sempre iniciamos e acaba não tendo uma seqüência natural. Muda-se a direção, acaba-se ficando restrito ao Ministério e não há seqüência. (M.L.P.C.)

...O que nós percebemos é que em termos de prevenção, como detecção do câncer cérvico-uterino, nós temos conhecimento técnico-científico suficiente para atacar o problema. O que nos falta realmente é a utilização adequada dos recursos. No momento em que estamos vivendo no país a implantação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, não podemos deixar de perceber também a importância da operacionalização dos programas.

Todos falam em regionalizar, mas onde há pessoal para regionalizar? Há necessidade de recursos humanos, qualificar e quantificar esses recursos. Este é um programa a médio e longo prazo, quando na realidade a curto prazo temos somente condições de nos preparar para implantar o programa.

Se uma mulher vai à unidade de saúde, mesmo levando uma criança para vacinar e estiver dentro da faixa etária preconizada, ela também passará por uma atenção à sua integralidade, a coleta de material para exame citológico da cérvico-uterina. É isto que nós pretendemos implantar no estado do Rio de Janeiro. (S.P.V.)

...Então, na realidade, não adianta aqui discutir esses projetos básicos de periodicidade do exame citológico e outros assuntos se não tivermos condições de levarmos a prevenção do câncer cérvico-uterino à sua real finalidade, que é retirar e tratar os casos positivos da comunidade. Se não tivermos estrutura para isto, tudo o que se discute é inteiramente secundário. (H.R.E.)

7 - Preparo de pessoal

...O preparo de pessoal para uma campanha desse tipo é difícil. Na Universidade da Bahia, no currículo da Escola de Farmácia, há um curso de citologia e nós tivemos a felicidade de colocar como professora desse curso uma anatomopatologista. Ela é anatomopatologista e citologista, de forma que as coisas no ensino de citopatologia em farmácia existe, mas no currículo médico não existe citopatologia. Esta é uma verdade e eu acho que já é hora de se começar a preparar citologistas. Eu acredito que nós, anatomopatologistas, tivemos grande culpa nisso porque inicialmente os patologistas não quiseram se dedicar à citopatologia.

Mas acho que o preparo de pessoal é muito importante e acho que o Ministério da Saúde, se quiser levar adiante o plano, vai ter que realmente trabalhar no

sentido de preparar pessoal. (S.S.)

...Com relação à formação de citopatologistas, ainda não foi colocado o aspecto de se formalizar alguma coisa junto às universidades para se expandir essa formação. Mas, com relação à formação de citotécnicos, já se vem fazendo isso no sentido de se conseguir junto ao Ministério da Educação o reconhecimento da profissão. (E.A.)

...É preciso que se motivem os médicos para serem citopatologistas de carreira. (J.M.B.)

...No ano passado nós treinamos na região Norte e Nordeste todos os citopatologistas e citotécnicos. Este ano, na região Centro-Oeste, e estamos indo agora para Porto Alegre com o mesmo objetivo. Então, de uma certa forma, essa atualização me parece fundamental no sentido de uma sensibilização do

patologista que trabalha para a saúde pública. E já como produto resultante dessa reunião no Centro-Oeste, saiu uma reunião através do MEC para a legitimação do citotécnico. E nós vamos mais adiante criar o cargo de auxiliar técnico. Paralelamente, os citotécnicos já estão se organizando. (M.M.P.C.)

...Nós estamos hoje formando no Estado de São Paulo ao redor de 70 a 75 citotécnicos, não sei exatamente os números. São seis ou sete instituições envolvidas dentro do curso unificado, que deve terminar a primeira fase no primeiro trimestre do ano que vem. Todos os citotécnicos são da rede pública e todos foram contratados regionalmente para trabalhar nos seus laboratórios, que já estão sendo implantados. Todos já têm citopatologistas e citologistas. O concurso foi no mês passado e todos, na medida do possível, já estão começando a funcionar. (L.C.Z.)

...Ainda falta a conscientização principalmente da classe, das unidades de saúde, principalmente dos médicos, da maneira de colher o material para exame citológico. É extremamente importante a educação, no que diz respeito ao fator cultural e educacional, no treinamento do profissional. Nós temos que trabalhar muito essa questão. (M.L.P.C.)

...Eu tenho a impressão, pelo que eu conheci dos cursos de citopatologia dados pelo Dr. Onofre, pelo Campos da Paz nas Pioneiras Sociais, e pelo Sampaio Goes, em São Paulo, e não pondo em dúvida, em momento algum, a eficácia do PITEC no que se refere a diagnóstico, de que o ensino em citopatologia, dentro da estrutura que vi no PITEC, sirva para se adotar como modelo. Porque a deficiência vem da área física, a circulação é péssima e não existe um

currículo universitário de química, física e anatomia. Enfim, há necessidade de coisas que não são difíceis mas demandam professores que deverão ser levados para uma instituição a distância. Então, eu volto a dizer que, se essas escolas não forem feitas junto à universidade, elas terão um custo operacional muito caro e serão ineficazes no que se pretende fazer: citotécnicos de bom nível, citotécnicos com consciência profissional, citotécnicos que não sejam só para fazer exame de esfregaço vaginal.

Há que se abrirem perspectivas para que eles tenham base, pelo menos teórica, para, se solicitados, sejam capazes de executar um trabalho de maior amplitude. (J.M.B.)

...Mas eu vejo o PITEC com um potencial muito grande e isto é um aspecto. Outro aspecto é a formação. No momento, o que nós estamos precisando? São de escrutinadores para o controle do câncer cérvico-uterino ou eu quero aquele citotécnico que trabalha na minha universidade, que concentra o meu material muito bem, que sabe trabalhar com Millipore? O que eu quero mesmo? O que eu estou precisando agora para aumentar essa cobertura? Então eu vejo, por exemplo, que a escola de Recife, por modesta que seja, está cumprindo um papel. Eu vejo que São Paulo está cumprindo um papel. Agora, eu concordo também que há necessidade de se criar um currículo e isso foi preocupação nossa na reunião de Brasília para que, a qualquer momento, o citotécnico que esteja trabalhando num laboratório como escrutinador possa ser acionado para outras áreas, porque ele recebeu base suficiente para trabalhar na citologia geral. (M.M.P.C.)

8 - Utilização de pessoal não médico

...Isto significa que, se nós formos colocar ginecologistas trabalhando oito horas por dia, de forma contínua, nós precisaríamos, só fazendo prevenção de câncer, e nada de consultas ginecológicas ou obstétricas, de 375 ginecologistas no Estado de São Paulo exclusivamente para esse fim. E o Estado de São Paulo não tem dinheiro para tal empreendimento. Porque há todo o resto da estrutura ginecológica, há todas as consultas obstétricas. Então eu pergunto a vocês: como é que nós vamos viabilizar um programa sem essa visão da realidade?

Temos bastante informações teóricas, mas o que eu sinto é que o conhecimento de prática está ainda

um pouco distante do conhecimento teórico. A adaptação do conhecimento teórico à nossa realidade, ela está difícil de se fazer. E à medida que nós vamos avançando, vamos descobrindo novas dificuldades, deficiências e pontos de estrangulamento.

É indiscutível que nós precisamos de profissionais não-médicos atuando a nível de programa, como já temos em puericultura. Temos que entender que um programa de puericultura é diferente da consulta pediátrica. Temos que entender que um programa de controle de câncer ginecológico difere da consulta ginecológica. Um exemplo bastante claro e forte são os dos profissionais não-médicos envolvidos nas vaci-

nações. Se todas as vezes que uma criança precisasse ser vacinada num centro de saúde tivesse que passar antes por uma consulta pediátrica, a nossa cobertura vacinal seria pequena. (L.C.Z.)

...Introduzir pessoal não médico para a colheita de material é um outro aspecto importante que já foi discutido muitas vezes e que aumentaria muito a rentabilidade nos postos de saúde. Essa política tem que ser realmente discutida juntamente com o tema que está aqui em debate, porque ela é fundamental para que o programa seja eficiente. (O.C.)

...No caso de Pernambuco, por grande influência da Dra. Mercedes, não existe a resistência de que o profissional de nível médio faça colheita de material. Isto é feito sistematicamente na rede pública, o que é muito positivo.

Agora nós estamos tendo um problema ao contrário. A mulher chega com queixa ao serviço de saúde e o ginecologista não a examina, encaminha-a logo para o exame de prevenção e também não a examina quando ela retorna com o resultado. E isto, em muitos casos, tem sido a rotina. O médico nem pergunta se ela já fez uma prevenção no último mês ou há seis meses. Há casos de pacientes com exames citológicos de um ano, sem ser realizado um só exame ginecológico. (S.C.)

...O Ministério da Saúde também reforça a utilização do profissional de nível médio, do profissional

de nível técnico na colheita. Porém, se nós tivéssemos a utilização racional de todos os profissionais de nível superior dentro de um certo critério, nós abriríamos mão da necessidade da utilização do profissional de nível médio. O exemplo do Recife é o que expressa muito bem o que vem acontecendo. A partir do momento que o profissional de nível superior reconhece em alguém uma pessoa que pode fazer um serviço que seria dele, o mesmo abre mão em definitivo daquilo. Esta é uma distorção que obviamente deve ser corrigida. (E.A.)

...É a necessidade do enfoque multidisciplinar. A presença nesta reunião de vários segmentos envolvidos com o problema de câncer cérvico-uterino nos mostra isso. O papel do ginecologista, do médico geral, do citopatologista, do citotécnico tem que ser definido num programa. A participação de pessoal de nível técnico, auxiliar de enfermagem etc. no processo de coleta de material para o exame citológico tem que ser definido, não no sentido de dispensar o médico, o profissional de nível superior da relação médico-paciente, mas pelo exemplo de atuação da auxiliar de enfermagem na verificação de peso, altura, pressão arterial etc. No momento há um espaço muito mais aberto para essa participação do profissional de nível médio. No Brasil está se começando a aprender o porquê da necessidade da incorporação dessa equipe multidisciplinar. (G.P.C.)

9 - Informação/educação comunitária

...No estado de São Paulo, nós resolvemos associar a Campanha de Vacinação de Poliomielite com a Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino. Houve sucesso, alguns aspectos falharam, muitas coisas ficaram aquém das expectativas, mas existe um aspecto que foi importante: a grandeza de quantidade de informações transferidas para a população. O número de exames nos meses que se seguiram, mesmo no setor público, aumentou significativamente. Houve um acréscimo significativo nos exames citológicos no setor privado. (L.C.Z.)

...Dentro de um programa de prevenção, o Ministério da Saúde tem que dar grande ênfase à educação através de escolas, igrejas etc., informando à mulher sobre a periodicidade do exame e outros aspectos. Nós fizemos um questionário onde as mulheres de baixa renda respondiam por que faziam a

prevenção do câncer ginecológico. E as respostas foram completamente absurdas. Nós chegamos à conclusão que o rádio e a televisão eram elementos de grande entrada neste público; as pessoas não liam jornal, não liam revista. (H.A.P.P.)

...No Recife, que é a cidade de maior incidência de câncer genital no país, nós sabemos que as mulheres vão aos postos de saúde só quando apresentam queixas. A maior parte da população vai fazer a prevenção porque chegou ao Serviço de Saúde com uma queixa determinada. Nós temos trabalhado muito no sentido da educação e informação. Ir ao rádio e o próprio trabalho educativo direto têm conseguido que alguns grupos mais sensibilizados já procurem a prevenção em busca da simples prevenção. Mas isto é ainda uma faixa minoritária.

...O Pro-Onco, que está promovendo esta reunião, considera importantes todos estes aspectos que es-

tão sendo discutidos aqui, como, por exemplo, a educação profissional e a educação comunitária. Temos um subprograma, paralelo ao Programa de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino, que é o Subprograma de Educação em Cancerologia que está fechando agora um livro-texto sobre o câncer junto com as universidades e um conjunto de *slides-som* e um vídeo no sentido de levar ao estudante uma abordagem importante em relação à área de câncer e especificamente em relação ao câncer cérvico-uterino e ao de mama. No Pro-Onco contamos com a participação de um epidemiologista e do próprio Registro Nacional de Patologia Tumoral, que procura concentrar informações de diagnóstico de câncer de todo o Brasil. Consubstanciados nestes dados, procuramos então planejar nossas ações. Atuamos também junto às secretarias de saúde e aos próprios profissionais de saúde. (E.A.)

...Tem-se dado muita ênfase quanto à necessidade das atividades educativas. Ouve-se muito que a população não é educada e que, precisa ser educada. Algumas experiências na área de saúde, no nosso país, têm demonstrado que no momento, como nas campanhas de vacinação, em que é colocado à disposição da população um acesso facilitado aos serviços de saúde, a população acorre, ela vai. Então me parece que o problema é muito menos de falta de educação ou de informação, ou mesmo de conhecimento da população, e é muito mais um problema de

disponibilidade, da possibilidade de ter acesso a esse procedimento preventivo. (E.F.)

...Que também friseamos, em relação à saúde da mulher como um todo, que não apenas enfatizamos a questão da prevenção do câncer, mas da assistência integral à saúde da mulher. Não queremos dizer com isso que nós não tenhamos que traçar estratégias para as ações que compõem o programa. Então, nesse sentido, eu acho que é importante o apoio da atividade educativa com as mulheres, para que fique clara a questão da periodicidade e da necessidade do cuidado com o corpo e com a saúde. (M.F.C.L.)

...Que a proposta imediata de ênfase fosse dirigida àquelas mulheres que nunca fizeram exame citológico, através inclusive de mensagens educativas pelos meios de comunicação. Proponha-se, então, que o exame seja feito a partir dos 25 anos, *e especialmente você que nunca fez o exame*. Isso confunde menos a questão das faixas e tem a possibilidade de provocar um impacto imediato. (E.F.)

...Temos que trabalhar muito na área educacional do profissional de saúde. Essa conscientização não existe a nível das Universidades. É preciso que se faça um trabalho na implantação de um programa, mas um trabalho também ao nível das Universidades. Um trabalho de educação do pessoal da área de saúde, da área dos profissionais, dos ginecologistas para que se faça a implantação de um trabalho dessa natureza. (M.L.P.C.)

10 - Vinculação do exame citológico à consulta ginecológica

...Nós temos que entender que o programa de controle do câncer ginecológico é diferente da consulta ginecológica. Se toda a vez que uma criança entrar num centro de saúde para ser vacinada tiver que passar por uma consulta pediátrica, a nossa cobertura vacinal será pequena.

Se toda vez que uma mulher for fazer controle do câncer cérvico-uterino tiver que passar por uma consulta ginecológica, isto irá acarretar um ponto de estrangulamento. Toda mulher que quiser passar pelo ginecologista, deve fazê-lo. Toda mulher que apresentar queixa ginecológica, deve fazê-lo também. Toda a patologia ou alteração que um profissional não médico detectar, deve ser encaminhada ao

ginecologista.

Mas nem toda mulher que quiser fazer controle de câncer de colo uterino deverá necessariamente passar pelo ginecologista.

Isso é prática dentro de um serviço que funcione bem, e as mulheres dentro de um trabalho educativo sempre associado aceitam isso muito bem.

Eu gostaria de fazer um comentário, aproveitando a presença de vários patologistas. Ele é um pouco desagradável mas é a nossa experiência. Nós temos médicos que confeccionam esfregaços cérvico-vaginais tecnicamente ruins. Temos profissionais não médicos que confeccionam esfregaços tecnicamente ruins, mas nós temos também profissionais não médicos com esfregaços tecnicamente muito bons. Muito

bons mesmo. Essa é então outra razão para a não vinculação do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino à consulta ginecológica. A vinculação do programa à consulta ginecológica é um fator importante de estrangulamento. (L.C.Z.)

...Há que se separar a atenção ginecológica de um programa de detecção de câncer cérvico-uterino. Existe relação, porém são duas coisas distintas e, nesse sentido, por exemplo, e olhando a história natural do câncer de colo uterino, não há razão de se fazer uma citologia numa mulher que acaba de iniciar a vida sexual. É absolutamente irreal pensar que ao acabar de iniciar a vida sexual tenha tido tempo de desenvolver alguma fase da história natural do câncer cérvico-uterino. Portanto, é uma perda de tempo e de recursos. (H.R.E.)

...Eu acho que deve ser enfatizado, a nível de campanha, que seja feito o exame ginecológico a fim de se detectar exatamente essas alterações inflamatórias, e essas sejam tratadas. A partir de uma citologia negativa, após o tratamento, aí, sim, passaria a ser no prazo determinado. Eu acho fundamental enfatizar o exame ginecológico. (M.L.P.C.)

...Eu gostaria de enfatizar que o programa em momento algum afasta a necessidade do exame gine-

cológico. O que nós tentamos é uma desvinculação entre o exame de Papanicolaou e a consulta ginecológica, que são aspectos totalmente distintos. Nós não estamos propondo que a mulher vá ao ginecologista apenas a cada três anos. Obviamente, ela deverá ir, quando sentir necessidade. O que gostaríamos de reforçar é exatamente o contrário: se não houver necessidade de procurar o médico a cada três anos, mesmo assim ela o deverá fazer. Não queremos desvincular o ginecologista em qualquer ação que se processe, porque ele é uma peça fundamental. Inclusive quando se coloca a colheita simples do Papanicolaou pelo técnico, pela auxiliar de enfermagem ou pela enfermeira, deverá existir sempre um profissional médico da área da ginecologia na retaguarda. (E.A.)

...Eu queria sugerir que essa fosse uma reunião apenas inicial no sentido de normatização dessas coisas, mas que talvez a Campanha Nacional de Combate ao Câncer pudesse tomar a iniciativa no sentido de se fazerem outras reuniões com relação a outros temas como, por exemplo, o do papel do ginecologista. Do exame ginecológico na questão da prevenção. A do papel da auxiliar de enfermagem, que faz a colheita citológica, que dá assistência em determinadas regiões. (S.C.)

11 - Relação com o programa da mulher

...Dentro do conceito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, ver a mulher em seu todo, fica difícil entender uma ação isolada de prevenção do câncer que compõe um elenco de atividades que estão dentro das ações para a assistência integral da saúde da mulher.

Mas acredito que, para cada ação dentro do nosso programa, há de que se traçarem estratégias determinadas para alcançar os objetivos e as metas.

É importante que nós não nos limitemos aos objetivos desta reunião, mas que também enfatizemos a assistência integral à saúde. Que a preocupação não seja apenas de centrar em cima de um aumento de cobertura para diminuir a mortalidade, mas que esse produto tenha como finalidade a vida e a saúde da mulher. (M.F.C.L.)

...A DINSAMI vem realizando um trabalho de educação dos profissionais, que é um aspecto fundamental. Entendemos que a visão da atenção integral à saúde da mulher passa por outros fatores que nós não podemos resolver aqui hoje. Se sairmos com alguns critérios e normas estabelecidos serão, obviamente, com vistas à aplicação adequada aos programas em desenvolvimento. Mas ninguém esquece aqui da atenção integral à mulher. (E.A.)

...É importante ressaltar que todos somos simpáticos à idéia de que a saúde deve ser atendida em seu conjunto. As pessoas não são órgãos, não têm uma doença, estão submetidas a risco múltiplo. No entanto, existem tecnologias específicas para problemas específicos e se devem aproveitar as potenciali-

dades dessas medidas específicas de eficácia comprovada.

Então, se concordamos que as crianças devem ter uma atenção integral à sua saúde, mas se for comprovado de que uma vacinação contra a poliomielite feita num dia concentrado, num número grande de crianças, é eficaz como medida específica, não vamos, por exemplo, em nome da idéia correta de uma assistência integral, querer que naquele dia, porque as crianças vão ser vacinadas, elas também sejam medicadas, pesadas etc.

A idéia de que se deva dar atenção integral à saúde da mulher, que é correta, também não implica que se deva procurar uma uniformidade compulsória para as estratégias das várias coisas que com-

põem potencialmente esse atendimento integral. (E.F.)

...Em relação ao aspecto da assistência integral à saúde da mulher, acho fundamental o que se está fazendo aqui hoje. Em Pernambuco, especificamente a normatização, a viabilização do laboratório tem sido um estrangulamento central no sentido da ampliação do resto da atenção. Como se vai atender adequadamente à mulher se não há a prevenção do câncer cérvico-uterino? Como se vai introduzir a anticoncepção se não há a prevenção? Então, isso tem que seguir à frente porque senão toda a linda perspectiva da ação integral se desmantela por não funcionar uma ação técnica precisa e necessária. (S.C.)

12 - Periodicidade do exame citológico da cérvix uterina

...Eu gostaria de enfatizar que a sensibilidade do exame citológico que afeta os casos do primeiro período, depois de um exame negativo, está muito relacionada com a classificação citológica usada para definição de uma prova negativa, a maneira como se manejam os casos duvidosos e a técnica de se colher esfregaços. Realmente isso tem que ser levado em conta também. (H.R.E.)

...O fato é que, por melhor que seja, o exame citológico da cérvix-uterina tem características inerentes a ele. Tem limitações por mais perfeito que ele seja feito. Dificilmente ele tem uma sensibilidade acima de 90%. Então há essa dimensão ética de não se poder dizer com certeza que aquele exame é negativo após apenas um primeiro exame. É claro que um segundo exame não dá a segurança de 100%, mas diminui bastante, respeitada essa característica do teste e realizado duas vezes os resultados falsos-negativos. Daí a necessidade de haver a repetição de um segundo exame após um ano. (E.F.)

...O índice de falsos-negativos não decorre só do citopatologista, mas de uma série de fatores que vão desde a paciente até a colheita, corante etc. (F.S.A.)

...A repetição do exame citológico com um ano, antes de se iniciar a colheita de três em três anos, é em função não do citopatologista, não do laboratório,

mas do próprio exame em si, que apresenta esse percentual de falsos-negativos. (E.A.)

...Eu sinto que a periodicidade do exame citológico não é um aspecto importante para nós. Espontaneamente a periodicidade está sendo, em média, de dois anos. Umhas mulheres repetem o exame com um ano, outras com três anos. É isto que estamos observando. Não estamos limitando, quer dizer, iniciou a atividade sexual, iniciamos a colheita de material, até como mecanismo de pressão sobre a instituição, sobre os serviços de saúde, no sentido de implementar a ação.

Então, quando temos que nos referir à periodicidade, referimos dois anos. Depois de dois controles normais, obviamente isso permite aumentar a cobertura.

Do ponto de vista técnico, se tivermos, por exemplo, a capacidade em colher 50 exames/dia e termos 100 mulheres expostas ao risco e, dessas, 50 que nunca fizeram uma colheita, se tivermos que selecionar, ficaremos com essas que nunca fizeram o exame. Então são critérios para se buscar a população de risco. (L.C.Z.)

...Antes de vir para esta reunião, pegamos um grupo de pacientes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, onde trabalho, e vimos que a recomendação para a realização do exame citológico é anual. E trabalhando com aquele

material, observamos que já há um espaçamento natural do exame. Quer dizer, apenas 58% voltam em torno de um ano, as demais já voltam com dois a três anos. Então esta periodicidade já está acontecendo.

Outro fato que observamos é que, das que vêm porque a recomendação foi anual, 58% estão vindo mais vezes num mesmo ano, são as *habituées* do serviço e têm mais de duas citologias num mesmo ano. (M.M.P.C.)

...Eu queria comentar a opinião de alguns que concordam com o espaçamento do exame citológico, mas que ressaltam que em pacientes de maior risco deveria então se manter a periodicidade anual.

Quando um grupo por qualquer razão tem um maior risco de adoecer, isto não significa que o curso da doença nesse grupo será de uma forma diversa, significa apenas que se terá nesse grupo mais pessoas adoecendo, mas não há nenhuma indicação de que a história natural da doença nestas pessoas curse de maneira diversa. O que se precisa ter em relação a esses grupos que sejam considerados de maior risco, é uma preocupação especial com a cobertura, que eles sejam efetivamente trazidos a participar do programa, mas isso não implicaria em que, em relação a essas pessoas, houvesse necessidade de uma redução no intervalo dos exames citológicos, pois a história natural da doença, o curso clínico entre a displasia e o câncer invasivo durariam o mesmo período longo para qualquer mulher. (E.F.)

...O fato de que no grupo de risco você tem um curso abreviado da história natural do câncer cérvico-uterino é muito importante. Quer dizer, o problema não é estreitar a periodicidade, mas exatamente aumentar a cobertura. Estamos discutindo em termos populacionais. Eu diria até que o ponto mais consensual seria em relação à periodicidade do exame citológico. Os trabalhos internacionais sobre *screening* citológico mostram que não há uma grande significância de diferença em termos de resultados, do ponto de vista estatístico, se a periodicidade for de três anos ou de um ano. Tanto faz três anos como um ano. (G.P.C.)

...Em relação a fatores de risco e periodicidade do exame, parece que o primeiro país a fazer alguma coisa neste sentido foi o Canadá, que em 1976 classificou os grupos de risco em pequeno, médio e de alto risco. Em 1982, novamente há uma nova revisão e se fala em grupos de risco e subgrupos de alto risco. Em 80, a *American Cancer Society* fez uma grande análise depois de uma grande controvérsia com o Colégio Americano de Ginecologistas, que queriam o exame anual, e determinou que após dois exames ne-

gativos a mulher passaria ao controle a cada três anos, mas colocou, um asterisco embaixo dizendo que se existe um grupo de alto risco, principalmente de pessoas com baixo nível cultural, presidiárias, imigrantes e a critério do provedor de saúde, esse intervalo entre os exames citológicos poderia ser diminuído. (H.A.P.P.)

...Temos que, de 20 a 30 anos, 70% das lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são detectados pela citologia. Ora, se deixarmos para iniciar a colheita aos 30 anos, vamos encontrar lesões mais evoluídas e vamos perder a chance de estudar este processo que nós não conhecemos porque não se estuda. Nós estamos querendo acabar com o câncer de colo de útero diagnosticando a sua existência e detectando-o precocemente. O que nós precisamos é saber de onde ele vem e quais são as medidas que podemos tirar daí, para evitar que esse câncer surja no futuro. De maneira que acredito que não haja medida melhor que espaçar as colheitas para três anos, mas que comecemos mais cedo para ter a chance de detectar lesões que antes não existiam.

Nós não encontrávamos displasias em mulheres de 15, 16, 17 e 20 anos, e agora encontramos até carcinoma invasor. Isto quer dizer que o panorama está se modificando. De maneira que eu aceito perfeitamente bem que tenhamos que planejar, mas vejo muito mal deixarmos o câncer caminhar livremente. Nós temos que estudá-lo e não só resolver o problema de encontrar e tratar. (J.M.B.)

...Se houvesse recursos para fazer uma cobertura muito ampla da população feminina, para iniciar a colheita em mulheres muito jovens para o estudo da história natural da doença, perfeito, isto seria extraordinário. No entanto, é questão de medir todos os fatores e os recursos que existem. (H.R.E.)

...Creio que não me entenderam bem. Eu não disse que é suficiente apenas um exame citológico na vida para controle do câncer cérvico-uterino. O que eu disse é que numa primeira fase, caso se conseguisse que 100% de todas as mulheres de 35 anos fizessem uma citologia com segurança, o impacto sobre a mortalidade seria grande neste momento.

Porém, obviamente se necessita organizar a segunda fase da prova de controle com maiores números de exames citológicos na vida, porque uma só citologia nova não bastaria totalmente para controlar a mortalidade.

Por isso, a erradicação do câncer do colo uterino não é possível. Se provou que não é possível erradicá-lo. Pode-se chegar a baixar bastante as taxas de

mortalidade, porém parece até agora impossível eradicá-lo, pela complexidade das causas. Mas é possível levar a um impacto grande na queda da mortalidade numa primeira etapa. (H.R.E.)

...Os dados que a Dra. Moss apresentou são bastante convincentes no sentido de dizer que a periodicidade de três anos parece ser a melhor alternativa. Os dados são claros, matematicamente perfeitos.

A questão é tentarmos aplicar isso à nossa realidade. Essa é que é a dificuldade. (L.C.Z.)

...O fundamental é que as pessoas que estejam gerenciando câncer em qualquer local tenham condições suficientes para tentar trazer essas questões para dentro de sua realidade. Estou com uma tendência clara em recomendar uma periodicidade de dois anos para o exame citológico. Questiono se vale a pena repetir o primeiro exame com intervalo de um ano. (L.C.Z.)

...Na montagem de qualquer programa de controle, duas variáveis são sempre levadas em consideração. Um grupo de variável de natureza epidemiológica e outro grupo de natureza organizacional. Creio que a questão da periodicidade está mais ligada à questão de ordem organizacional do que propriamente à questão de ordem epidemiológica, porque está ligada diretamente à disponibilidade de recursos. É claro que o exame anual é muito mais caro, conseqüentemente há um consenso que não seja a regra adotada.

Cada estado tem a sua diversidade de recursos. Eu creio que uma diretriz geral, uma limitação do tempo em que o exame fosse feito no máximo de três em três anos, servisse de orientação aos estados para adequar à sua realidade local em termos de disponibilidade de recursos.

Na realidade, necessita-se de uma vigilância epidemiológica do câncer cérvico-uterino. No sentido de que aquela mulher foi agendada a retornar daqui a dois anos, por exemplo, se não retornar na data aprazada, seja buscada em casa, como uma criança o

é na data de sua vacinação através de um sistema de visitação familiar.

O estado do Rio de Janeiro procederá assim, em função de sua disponibilidade de recursos, e ele seguirá esta orientação geral. (S.P.V.)

...O Ministério da Saúde poderia pensar em termos de proporcionar uma pesquisa sobre a vantagem em se realizar o exame a cada três anos, conforme está chegando agora como consenso. Qual a vantagem em termos de custo / oportunidade de margem de extensão das faixas etárias, considerando todos os aspectos em termos de falso-positivo, falso-negativo? Quanto se ganharia em termos de vida útil das mulheres? Qual o custo do exame? Logicamente sendo um trabalho muito difícil não se poderia fazer para o Brasil como um todo, mas se trabalharia com base em informações localizadas. (M.G.)

...A nossa intenção aqui é apresentar para toda a comunidade médica brasileira que o Ministério da Saúde, através da DNDCD, através da DINSAMI, a partir de uma reunião com profissionais ligados à área, chegou à conclusão de que, após dois exames citológicos negativos com intervalo de um ano, os demais deverão ser feitos em intervalos de três anos em uma determinada faixa etária.

Agora, se será feito a cada dois anos, um ano ou a cada seis meses, isso vai depender da adaptação a cada nível regional. Temos que dizer qual o mínimo indispensável para salvaguardar a população feminina brasileira no tocante ao câncer cérvico-uterino. (E.A.)

...A proposta concreta é de que os exames citológicos da cérvico-uterina sejam realizados a cada três anos, após dois exames negativos com intervalo de um ano, nas mulheres na faixa etária de 25 aos 60 anos, com ênfase de que na primeira fase deste programa sejam trazidas preferencialmente ou primeiramente aquelas mulheres que nunca se submeteram ao exame citológico. (E.A.)

13 - Faixa etária

...Nós estamos discutindo aqui uma proposta para *screening*, que é diferente da utilização do exame como método auxiliar de diagnóstico, em pacientes sintomáticas. O que a gente tem no Brasil, na maior parte das situações, não é o *screening* para colo do

útero, mas a utilização do exame como método auxiliar de diagnóstico. (E.F.)

...Em relação à idade com que se deve iniciar o *screening*, eu acho que não deveria ser estabelecida.

Acho que toda mulher com vida sexual ativa, independente da idade, deve entrar no programa. (M.L.P.C.)

...Se o objetivo for a prevenção do câncer do colo uterino, aquele câncer se iniciará no início da vida sexual e que vai se tornar *in situ* aos 25 anos e invasivo aos 40, nós precisamos, num país como o nosso, iniciar o *screening* logo no início da vida sexual. Para a detecção do câncer não há necessidade nenhuma de se começar antes dos 25 anos. (J.G.S.)

...Nós não podemos fazer a prevenção do câncer de colo uterino porque não conhecemos a causa. Se soubéssemos a causa, aí sim, poderíamos fazer a prevenção primária. O que nós fazemos é a prevenção secundária, isto é, interromper a história natural. E para isto temos que ter em conta os períodos da verdadeira história natural do câncer de colo uterino nas mulheres demasiadamente jovens, entre 15 e 20 anos, há uma pequeníssima porcentagem que pode estar iniciando o processo evolutivo do câncer de colo. Dada a magnitude da doença e a cobertura que necessitamos alcançar, dedicarmos recursos a esse pequeníssimo grupo é pouco rentável e pouco efetivo.

Uma citologia na mulher muito jovem, inflamatória ou displasia leve, não segue necessariamente a história natural do câncer de colo uterino. Sabe-se que muitas destas definitivamente não são câncer, regridem, necessitando outro tipo de tratamento. Temos certeza que estamos interrompendo a história natural do câncer de colo quando detectamos displasias acentuadas e carcinoma *in situ*, quando ainda estamos a tempo para aplicação de todos os critérios de *screening*.

Se me perguntassem sobre uma decisão de se fazer algo efetivo que causasse um grande impacto na mortalidade para a América Latina, eu diria que, se fizéssemos uma citologia, pelo menos uma citologia, em 100% das mulheres na idade de 35 anos, se conseguíssemos que todas as mulheres aos 35 anos, com segurança de 100%, fizessem uma citologia, teríamos rapidamente um grande impacto. Isso seria uma primeira fase. Depois iríamos progredindo com um maior número de citologias com intervalos.

Eu julgo que o problema é de impacto urgente na mortalidade. Se queremos reduzir a mortalidade, há que se tomar grandes decisões e essas decisões estão relacionadas à cobertura e ao seguimento dessas citologias. (H.R.E.)

...A capacidade assistencial que temos hoje em termos de Brasil, que varia de local para local e no estado de São Paulo também, é menor do que a demanda da população de risco, seja considerando

mulheres que têm atividade sexual, seja mulheres de 25 a 60 anos, seja mulheres de 30 e 50 anos. Se o estado de São Paulo fosse controlar todas as mulheres entre 30 e 50 anos, ele não teria capacidade assistencial para controlá-las. Por outro lado, estabelecer critérios é uma questão que deve ser melhor trabalhada. Eu acho que os limites que a Dra. Restrepo comentou, de 25 a 60 anos, são limites bastante adequados porque os cânceres invasores que nós temos visto em mulheres com menos de 25 anos são cânceres que têm mostrado uma história natural diversa. Após termos encontrado mulheres com 18, 20 anos com cânceres invasores extremamente agressivos e essas mulheres quase nunca chegam com Papanicolaou. A literatura está começando a mostrar essa nova forma de câncer. Eu tenho informações de profissionais da Europa, Inglaterra, sobre uma forma de câncer invasor de mulher jovem, bastante agressivo, que, apesar dos programas de controle, ele está aparecendo. (L.C.Z.)

... Em nossa clínica a idade média em que ocorre NIC 1, NIC 2 está em torno de 34 anos. O NIC 3, incluindo displasia acentuada e carcinoma *in situ*, está em 37 anos. O microinvasor ao redor de 42 anos, e o invasor, aos 50 anos. Então se nós começarmos um programa de controle aos 25 anos, nós vamos pegar a maioria das neoplasias intra-epiteliais. (L.C.Z.)

...O que eu quis dizer é que os dados que se tem sobre resultados de exames citológicos não refletem a realidade no conjunto da população assintomática. Os dados de exames citológicos de um *screening* da população é os que são ideais para análise da prevalência e incidência das lesões pré-malignas. A única possibilidade que se tem de avaliar a importância dessas lesões é num corte transversal da população, onde então, por faixa etária, se tem as taxas de prevalência e de incidência. E os dados que temos não são de populações com essas características. São populações da demanda dos Serviços de Saúde. (E.F.)

...Eu gostaria de reforçar que os dados sobre citologia devem revelar uma pequena distorção, no sentido de não dizer exatamente o que se passa no conjunto da população, mas sim o que se passa com a população que vai aos serviços de saúde. (E.F.)

...O *screening* deve ser feito um pouco antes do ponto máximo da incidência de câncer *in situ* porque o câncer *in situ* é o que determina realmente que estamos na presença do curso da história natural do

câncer. As displasias leves e moderadas não necessariamente evoluem para o câncer. Portanto, é em torno do ponto máximo da incidência do carcinoma *in situ* que se deve fazer um maior esforço de provas de discriminação. Se o ponto máximo do carcinoma *in situ* está em 34, 37 anos, baixamos em 10 anos o tempo para início das provas, para maior segurança, para que se detecte as displasias acentuadas em número importante. Indicamos as idades entre 25 e 60 anos porque sabemos que, se colocarmos o programa somente na idade reprodutiva, escaparão muitos casos que aparecerão na mortalidade. Isto é uma

sugestão baseada em estudos epidemiológicos, mas cada país tem que analisar seus recursos, sua capacidade instalada e tomar a sua decisão. (H.R.E.)

...A nossa proposta aqui é apresentar para toda a comunidade médica brasileira que o Ministério da Saúde, através da DNDCD, da DINSAMI, a partir de uma reunião com profissionais ligados à área, chegou à conclusão que o intervalo de três anos entre as citologias, após dois exames negativos com intervalos de um ano, numa faixa etária de 25 a 60 anos, é o ideal para a população brasileira, no momento. (E.A.)

14 - Parte final

...É extremamente importante a participação de uma equipe multidisciplinar, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem. Outro aspecto importante é a montagem do sistema que seria o grande desafio a enfrentar, que nos leva em primeiro lugar ao problema da rede assistencial. É certo que não seria objetivo de um programa a modificação de um sistema de saúde, ao contrário, ele teria que procurar se inserir no sistema existente. Todo programa que pretende se inserir paralelamente à rede mostrou não ser eficaz. Os resultados obtidos pela tuberculose seriam muito mais decorrentes de uma mudança de qualidade de vida, do acesso maior a conhecimentos, do que propriamente a própria tecnologia disponível, isoniazida, estreptomomicina etc. Então hoje morrem de tuberculose no Brasil cerca de 3 a 4 mil pessoas/ano em condições de miséria, marginalizadas pelo processo sócio-econômico.

E no aspecto da montagem do sistema o problema da rede assistencial passa obrigatoriamente pela discussão do SUDS. O que se espera na realidade em relação ao SUDS? É um ponto consensual de que esse sistema precisa ser melhor definido, ele tem que ser unificado, ele tem que ser descentralizado. Não basta fazer o diagnóstico dos problemas a nível de município e do estado sem ter o recurso para intervir no processo.

Então, não é possível fazer um controle do câncer cérvico-uterino sem a montagem para rede assistencial e a possibilidade de acesso a essa rede. Ao contrário, por exemplo, de um Programa contra o Tabagismo, que ninguém precisa se utilizar da rede. Usam-se basicamente outros meios.

Outro ponto de montagem do sistema é o problema

da organização dos laboratórios de citopatologia. O PITEC constitui um sistema de organização muito importante e que poderia ser discutido como um modelo de aplicação nacional. Assim como de grande relevância é o reconhecimento e a regulamentação da profissão de citotécnico, a educação comunitária e a educação dos profissionais de saúde. A disponibilidade de tecnologia nos obriga que se coloque a comunidade de profissionais de saúde prestadores dos serviços e a comunidade, em geral, em contato uma com a outra. Vamos pegar o exemplo da vacinação antípólio. Era uma tecnologia disponível, era uma tecnologia facilmente aplicável, mas só foi realmente utilizada em grande escala, quando o Ministério da Saúde e os órgãos de Comunicação Social resolveram-se por ela. Isto mostra que, com o uso da tecnologia disponível, com a colocação dos aspectos educacionais para a população e com o preparo das unidades de saúde, como ocorreu na vacinação antípólio, pode-se falar em controlar a doença.

Outro fato é a formação de mão-de-obra qualificada. Deve-se discutir novamente o PITEC, e a necessidade de se ter um programa de formação racional com ampla discussão com os setores envolvidos. Sendo também fundamentais a centralização das informações, o fluxo de dados entre unidades e a produção da informação. É necessário saber qual o grau de cobertura da população feminina, quais as metas de cobertura que estimamos para este sistema.

O nível de discussão foi realmente excelente, mas o importante é o fato de estar aqui discutindo profissionais de consultórios especializados, epidemiologistas, professores de universidades, profissionais li-

gados à saúde pública, mostrando que cada qual tem um papel fundamental a desempenhar.

Uma presença mais densa nos próximos encontros de representantes das secretarias de saúde que passam a assumir um aspecto cada vez maior e mais importante.

Com certeza a Divisão de Saúde Materno-Infantil e a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas se empenharão em transformar estas conclusões em alguma coisa muito real dentro de prazos razoáveis. (G.P.C.)

...Que isso não fosse só uma única reunião de consenso sobre a faixa etária e a periodicidade, mas que se tornasse o início de alguma coisa mais. Que houvesse essa decisão dos profissionais da área em se fazer alguma coisa não só no âmbito das universidades, dos hospitais, mas da população que está freqüentando os centros de saúde e que está pedindo o serviço. Dentro da filosofia de saúde integral à mulher, às coordenações tem propagado que o controle do câncer cérvico-uterino é uma ação. Que se planeje um programa com uma base sólida de consenso dos profissionais da área. (D.N.V.K.)

...As conclusões desse encontro vão sair em forma de documento em todas as publicações do Ministério da Saúde que concernem ao aspecto do câncer da cérvix uterina; esperamos que essas propostas sejam inseridas. Daremos ampla divulgação e estamos aproveitando a oportunidade do Congresso Mundial de Ginecologia nesse sentido. Pretendemos publicar na Revista Brasileira de Cancerologia os temas que estamos discutindo. (E.A.)

...Reuniões como esta deverão ser realizadas, como foi solicitado aqui várias vezes. Nossa idéia é fazermos reuniões regionais porque, dada a realidade de cada região brasileira, é muito mais fácil, por exemplo, nos reunirmos em Pernambuco congregando o Nordeste e discutindo aspectos mais específicos. Essas reuniões obviamente vão depender também da iniciativa local em conseguir isto.

Vamos procurar estreitar muito os nossos laços de trabalho com a OPAS para que possamos viabilizar todos os aspectos aqui tratados. (E.A.)

...Achamos extremamente estimulante haver participado desta importantíssima e única reunião que nos trouxe uma experiência muito rica para transmitir

a outros países, um modelo de busca de participação de todos os setores para se poder chegar a implantar uma política de saúde importante como é o caso do controle do câncer cérvico-uterino. Estamos na OPAS para ajudar no que estiver dentro das nossas possibilidades. (H.R.E.)

...A nossa proposta é a de que estabeleçamos, como critérios mínimos indispensáveis para o país e para que tenhamos uma condição de salvaguarda da mulher brasileira em relação ao controle do câncer cérvico-uterino, que os exames citológicos da cérvix uterina sejam realizados a cada três anos, após dois exames negativos com intervalo de um ano, cobrindo as mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, e que tenham iniciado a vida sexual, com ênfase de que na primeira fase deste programa seja tentado trazer primeiramente ou preferencialmente aquelas mulheres que nunca fizeram um exame citológico na vida. (E.A.)

...Finalizando eu gostaria então de colocar a proposta do Ministério da Saúde, que foi aprovada nesta reunião, que é a de trabalharmos no sentido de que os exames sejam realizados a cada três anos após dois exames negativos com intervalo de 1 ano, cobrindo pacientes na faixa etária de 25 a 60 anos, com a ressalva que na primeira fase desse programa sejam buscadas inicial e preferencialmente aquelas mulheres que nunca fizeram um exame de Papanicolaou na vida. (E.A.)

...Mas eu teria outra proposta também que estaria vinculada ao problema. Aproveitando-se o que já foi dito pela Dra. Helena Restrepo: fazer-se um corte da população feminina aos 35 anos, isto numa campanha. Como se fosse uma campanha de vacinação em uma determinada área. Seria um trabalho extremamente interessante, estaria contribuindo para a prevenção e seria um programa de pesquisa a ser feito numa cidade em que não houvesse muita migração populacional, e se analisar depois de algum tempo para ver se isso teria real importância prática. Seria um projeto à parte, não há nada a ver com o projeto que estamos discutindo aqui. Poderia ter uma grande aplicação no futuro caso não conseguíssemos aumentar a cobertura. Modificaríamos a estratégia e usaríamos essa de se fazer uma única citologia aos 35 anos. Teríamos que ter a comprovação se isso realmente fosse eficiente. (O.C.)

O Brasil é um dos países onde o câncer cérvico-uterino alcança os maiores índices de morbimortalidade, o que faz com que esta doença constitua um dos grandes desafios de saúde pública. Reconhecem-se vários fatores responsáveis pelos altos índices de incidência desta patologia no país:

- insuficiência de recursos humanos e materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- utilização inadequada dos recursos existentes;
- má articulação entre os serviços de saúde, o que prejudica o encaminhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção;
- indefinição de normas e condutas;
- inadequada formação de profissionais de saúde;
- baixo nível de informação em saúde da população em geral;
- insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde.

Frente a uma população feminina, com mais de 20 anos de idade, em torno de 37 milhões de mulheres (PNAD/IBGE, 1986), o principal problema continua sendo a pouca disponibilidade de assistência de boa qualidade à saúde, a qual atenda às necessidades do país, caracterizando uma variável de natureza organizacional.

Sob o ponto de vista epidemiológico, diversos estudos brasileiros, ainda que recorram a dados parciais e utilizem quase sempre o número de exames citológicos realizados, mas não o de mulheres examinadas, têm mostrado que a cobertura pelo exame de Papanicolaou é muito baixa. Um desses levantamentos, em fase de conclusão, realizado pelo Pro-Onco, estimou que, em 1987, a cobertura, no país não ultrapassou 8% das mulheres com mais de 20 anos de idade.

Desse modo, como o exame preventivo é a etapa mais importante nas ações de controle do câncer cérvico-uterino, deve-se ampliar a cobertura proporcionada pelo mesmo e assegurar o seguimento da paciente. Para isto, devem ser tomadas, de imediato, providências que ajustem a demanda de exames à capacidade operativa da rede básica de saúde, sendo

que a primeira dessas providências é justo o consenso sobre a periodicidade e a faixa etária a serem priorizadas no país.

Nos últimos anos, estudos desenvolvidos em todo o mundo vêm demonstrando que, após um exame de Papanicolaou negativo, a redução do risco cumulativo de câncer cérvico-uterino mantém-se bastante elevada nos primeiros cinco subseqüentes, não sendo significativa a diferença observada quando este exame é realizado a intervalos de um, dois ou três anos.

Por outro lado, o câncer invasivo é muitíssimo raro em mulheres com menos de 25 anos de idade, e seu platô de incidência encontra-se entre a quarta e a quinta décadas de vida; seu declínio é observado após os 60 anos de idade.

Numa seqüência de ações necessárias, coloca-se a definição dos papéis dos profissionais envolvidos, como ginecologistas, clínicos, citopatologistas, citotécnicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, entre outros, em cada uma das etapas de atenção à paciente.

Estas ações devem estar articuladas com os programas afins, dentro da visão de atenção integral à saúde da mulher, de modo que se aproveite ao máximo a capacidade instalada da rede de assistência. O laboratório de citopatologia encerra uma importância fundamental, desde a garantia de qualidade do exame realizado, até o armazenamento das informações essenciais ao desenvolvimento dos programas e ao controle das pacientes.

Nenhum programa avançará, contudo, sem uma ação educativa que atinja a população-alvo e os profissionais de saúde, estes últimos devendo receber, além de qualificação, motivação que possibilite a ampliação de suas ações assistenciais.

Neste processo educativo, é imprescindível a participação da universidade, assim como o emprego de estratégias de comunicação social.

Finalmente, a montagem e o desenvolvimento desse sistema requerem um fluxo contínuo de dados e informações, os quais permitem a avaliação dos resultados e o planejamento das ações futuras.

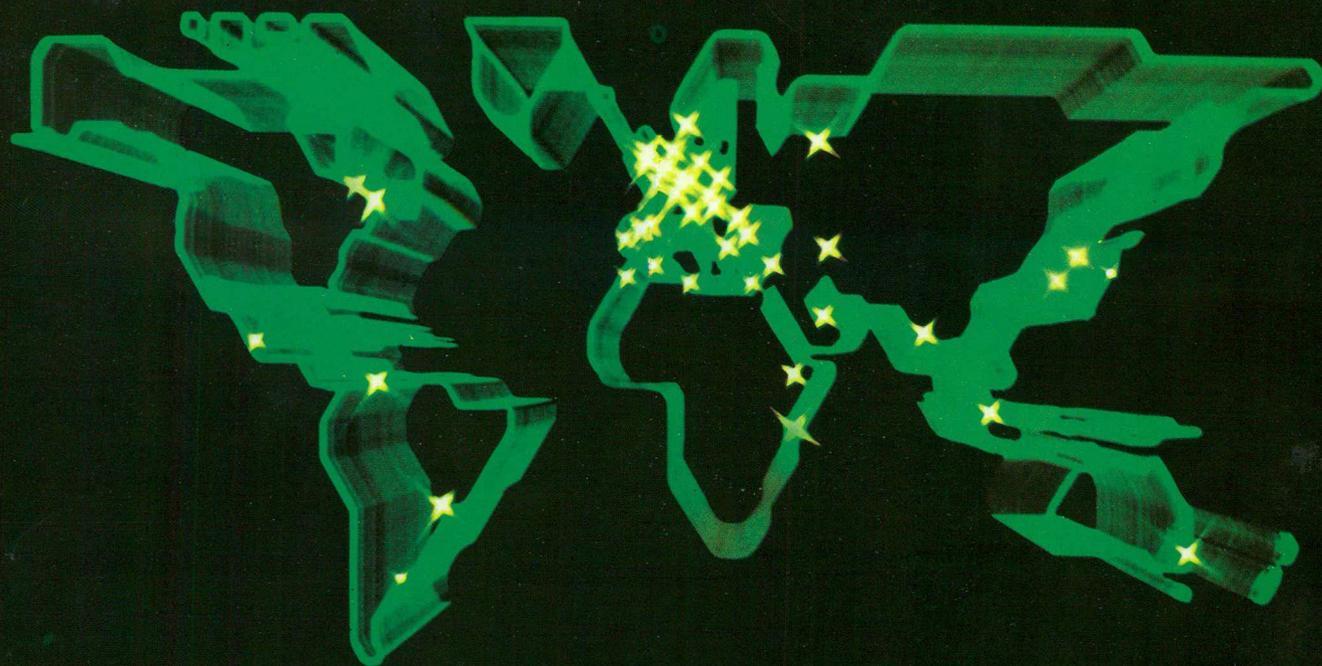
Consenso

Com base nas exposições e nos debates desenvolvidos durante a Reunião de Consenso, ficou estabelecido que, devido às necessidades de se diminuir o custo social, em termos de vidas perdidas, e de oferecer uma oportunidade igual a todas as mulheres, sem prejuízo do benefício da prevenção oferecida pelo exame, a periodicidade do exame de Papanicolaou, a ser adotada nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, será de

três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.

Com relação à faixa etária a ser priorizada nos programas de rastreamento, recomenda-se que a busca ativa de mulheres para fazerem o exame deve recair sobre aquelas das faixas dos 25 aos 60 anos de idade, com ênfase sobre as que nunca fizeram um exame de Papanicolaou em sua vida.

ADRIBLASTINA 10 e 50mg



Milhões de pacientes beneficiados em todo o mundo.



FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

Líder mundial em pesquisa oncológica

INFORMAÇÕES PARA PRESCRIÇÃO

Nome do produto: Adriblastina
Nome genérico: Cloridrato de Doxorubicina
Forma farmacêutica: Pó liofilizado
Apresentação: Frascos-ampola contendo 10mg e 50mg de Cloridrato de Doxorubicina sob a forma de pó liofilizado acompanhados, respectivamente, de ampolas contendo 5ml e 10ml de água estéril para injeções.

USO ADULTO E PEDIÁTRICO INDICAÇÕES

Adriblastina tem sido usada com êxito para produzir regressão em várias neoplasias tais como carcinoma da mama, pulmão, bexiga,

tireóide e também carcinoma ovariano; Sarcomas ósseos e dos tecidos moles; linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, neuroblastoma, tumor de Wilms, leucemia linfoblástica aguda e leucemia mieloblástica aguda. Adriblastina tem proporcionado resultados positivos nos tumores superficiais da bexiga por administração intravesical, após ressecção transuretral. Outros tumores sólidos têm respondido também, mas o estudo destes até o presente momento é muito limitado para justificar indicações específicas.

CONTRA-INDICAÇÕES:

O tratamento com Adriblastina é contra-indicado em pacientes com mielossupressão ativa induzida por tratamentos quimioantibióticos ou radioterapia anteriores e em pacientes já tratados com as doses cumulativas recomendadas de Adriblastina ou Daunoblastina.

Adriblastina não é recomendada em pacientes com cardiopatia ou com história de cardiopatia, embora não existam ainda dados conclusivos disponíveis sobre a importância do fator risco representado pela toxicidade cardíaca induzida pela Adriblastina. O tratamento tóxico intravesical com Adriblastina é também contra-indicado em pacientes com tumores de bexiga complicados por estenose da uretra que impede o uso do cateter uretral ou por infecções do trato urinário resistentes à terapia habitual...

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Adriblastina não deve ser misturada com heparina pois pode formar um precipitado. Adriblastina pode ser usada em combinação com outros agentes quimioterápicos antitumorais mas esses medicamentos não devem ser misturados na mesma seringa.

A flexibilidade posológica de Farmorubicina dá um novo sentido ao tratamento quimioterápico.

A necessidade de personalizar o tratamento quimioterápico dá preferência ao uso de um agente citostático dotado da necessária flexibilidade posológica, quer isoladamente ou nas combinações quimioterápicas.

A Farmorubicina possui a necessária flexibilidade posológica para que se possa explorar a eficácia de diferentes esquemas de doses.

- A Farmorubicina, como agente isolado no tratamento do câncer de mama avançado, obteve índices de eficácia constantes com doses crescentes de 60 a 90 mg/m², permitindo que todas as pacientes completassem o tratamento, apesar do uso anterior de irradiação ou de outra quimioterapia.⁽¹¹⁾

Farmorubicina como agente único no tratamento do câncer de mama avançado

Tipos de pacientes	Irradiação prévia	100%
	Quimioterapia ou tratamento hormonal anteriores	65%
	Aumento progressivo da dose de 60-90 mg/m ²	100%
	Dose cumulativa de 1000mg/m ²	52%
Resultados	Índice de respostas	38,5%
Toxicidade (nº total de cursos)	Leucopenia grau 3	4%
	Náuseas, vômitos grau 3	11%
Cardiotoxicidade (pacientes)	ICC acima de 1000 mg/m ²	4%

A Farmorubicina permite atingir os maiores índices de eficácia

Na terapia de combinação para linfomas não-Hodgkin, o esquema CEOP proporcionou:⁽⁴⁰⁾

- Índice muito elevado de RC
- Ausência de efeitos tóxicos importantes
- Possibilidade de melhorar o índice de RC através de aumentos progressivos na dose de Farmorubicina

Epirubicina 30-60 mg/m ²	RC 55%	RP 34%	89%* índice de resposta global
Combinações contendo Epirubicina 75 mg/m ²	RC 77%	RP 7,5%	84,5% índice de resposta global

FARMORUBICINA®

As credenciais da Farmorubicina atestam a sua eficácia não apenas como substituto da doxorubicina, mas também como melhor alternativa entre outros agentes, quer isoladamente ou como componente de combinações quimioterápicas.

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT