

Luiz Teixeira (org.)

CÂNCER

DE MAMA E
DE COLO DE ÚTERO



CONHECIMENTOS,
POLÍTICAS E PRÁTICAS

outrasletras

Copyright© 2015 by Ana María Rico, Gulnar Azevedo e Silva, Ilana Löwy, Luiz Teixeira, Luiz Carlos Zeferino, Luiz Claudio Santos Thuler, Maria Teresa Bustamante Teixeira, Maximiliano Ribeiro Guerra, Ronaldo Correa Ferreira da Silva e Sahra Gibbon

Capa | Flávio Vargens, Ululante
Diagramação | Leandro Collares, Selênia Serviços
Coordenação editorial | Lucia Koury, Outras Letras

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C215

Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas / Luiz Teixeira (organizador). – Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. 256 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-8488-004-1

1. Mamas – Câncer – Brasil – Congressos. 2. Colo uterino – Câncer – Brasil – Congressos. 3. Mamas – Câncer – Prevenção – Congressos. 4. Colo uterino – Câncer – Prevenção – Congressos. 5. Serviços de saúde para mulheres – Brasil. I. Teixeira, Luiz, 1962-.

CDD – 616.994490981

2015

Todos os direitos desta edição reservados à

Outras Letras Editora Ltda.

Tel./Fax: (21) 2267-6627

contato@outrasletras.com.br

www.outrasletras.com.br

Introdução

O processo de transições demográfica e epidemiológica em curso no Brasil vem transformando as prioridades em relação à saúde. A significativa transformação na composição populacional e nos quadros de morbidade e mortalidade faz com que se estime que, no início dos anos 20 do nosso século, o país contará com mais de 25 milhões de idosos. Nesse contexto, os padrões comportamentais e as condições ambientais e socioeconômicas, muito provavelmente, produzirão níveis epidêmicos de diabetes tipo dois, doenças cardiovasculares e cânceres. Esta nova realidade, em construção já há algumas décadas, vem gerando novas preocupações no campo da elaboração de políticas públicas, com uma grande ampliação das ações direcionadas às doenças crônico-degenerativas, seu controle e gestão das dificuldades que proporcionam aos atingidos. Além disso, diversas áreas de conhecimento vêm se mobilizando para compreender esse fenômeno e criar instrumentos para resolver os problemas dele decorrentes.

No âmbito da ampliação das preocupações com as doenças crônico-degenerativas, o câncer, cada vez mais, se torna uma preocupação de maior magnitude. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a doença já representa a segunda causa de morte da população brasileira, e a estimativa para o ano de 2015 é de que ocorram em torno de 570 mil casos novos. Seu crescimento atual, além de se relacionar às transformações demográficas acima observadas, é consequência da maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco cancerígenos, resultantes das condições de trabalho, de moradia e de consumo no mundo

moderno. Além de sua forte incidência, em comparação a outras doenças não transmissíveis, a trágica simbologia atribuída ao câncer e os problemas que leva à saúde pública fazem com que cada vez mais sejam frequentes os estudos a ele direcionados. Discutindo a doença sob diversos aspectos, e em muitos casos apresentando um caráter multidisciplinar e abordagens inovadoras, esses trabalhos vêm palmilhando um tema de estudos árido, mas de grande importância social.

No campo da saúde coletiva, os cada vez mais numerosos trabalhos sobre o câncer têm trazido novas visões sobre as formas de lidar ou conviver com a doença. Avaliando as potencialidades e dificuldades das práticas de prevenção e tratamento e as formas de adesão e resistência de grupos populacionais a essas práticas, esses estudos vêm se caracterizando como importantes aliados dos gestores e formuladores de políticas no campo da oncologia. Além disso, o espetacular desenvolvimento da capacidade preditiva da medicina, advindo das inovações na área da biotecnologia aplicada ao câncer, vem sendo analisada por diversos estudiosos que, partindo de diferentes concepções teóricas e métodos de pesquisa, avaliam as consequências sociais e individuais de uma nova forma de gerência das possibilidades e adoecimento e cura. Em relação a esse aspecto, questões como as diversas concepções de risco, o aumento progressivo — e, muitas vezes, acrítico — da *medicalização*, o papel dos programas de prevenção e de rastreamento, e a nova identidade do crescente número de portadores de diversos tipos de câncer, assumem uma centralidade até então reservada às epidemias, suas formas de controle e consequências.

No âmbito da história das doenças, o tema também vem se fortalecendo com o surgimento de teses, artigos e a emergência de grupos de pesquisas. A partir de uma produção inicialmente voltada para instituições e políticas de controle, cada vez mais novos trabalhos começam a englobar diferentes

discussões, relacionadas a diversos aspectos do desenvolvimento tecnológico, aos grupos de profissionais que trabalham com câncer e às transformações nas práticas relacionadas à doença. Tais estudos vêm abrindo espaço para ampliação do campo de análise histórica em direção as doenças crônico-degenerativas, área até recentemente pouco estudada em nosso país. Além disso, começam a se mostrar como uma importante contribuição às novas concepções da história, cada vez mais relacionadas à aproximação desse tipo de conhecimento a problemáticas de maior interesse entre os públicos não acadêmicos

Os estudos históricos também se mostram como ferramentas importantes para a compreensão da trajetória e de diferentes aspectos contemporâneos do câncer. No caso brasileiro, a análise histórica das formas como nossa sociedade lida com a doença pode legar importante contribuição para a compreensão de características distintivas de nossa cultura. A grande valorização dos tratamentos cirúrgicos e de alta complexidade; as dificuldades na concretização de programas de rastreamentos mais simplificados, como o do câncer de colo de útero, a duplicidade de regimes de prevenção, com desmesurada utilização de exames diagnósticos pelas camadas médias, cobertas pelos serviços privados de saúde, e o zelo do Estado na implantação de programas de prevenção baseados na ampla distribuição de vacinas revelam muito sobre nossa sociedade.

Nos diversos campos onde os estudos sobre o câncer se ampliam, observa-se o grande interesse nos cânceres femininos (mais especificamente, nos tipos de câncer ginecológicos: mama, colo do útero, ovário e útero). Mais do que uma predileção por um recorte específico de estudos, essa tendência se relaciona principalmente a dois fatores. Um deles — que será analisado no texto da pesquisadora Ilana Löwy — diz respeito ao desenvolvimento dos conhecimentos sobre a doença. Essa trajetória mostra que, por muito tempo, o câncer foi visto

como uma doença prioritariamente feminina, à medida que suas formas mais reconhecidas — cânceres de colo, útero, ovário e seios — acometiam exclusivamente as mulheres. O outro fator se relaciona ao fato da saúde da mulher ter ganhado maior importância nas últimas décadas no país, tentando se desvincular dos aspectos puramente relacionados à reprodução e assumindo, em alguma medida, uma orientação visando à integralidade do cuidado com esse grupo.

Este livro se junta a esse novo e crescente conjunto de estudos sobre o câncer, buscando adicionar profundidade e detalhe aos estudos dos cânceres ginecológicos. Em seus capítulos concentram-se uma série de aspectos que surgiram em consequência das políticas implementadas em momentos diferentes para controlar a doença. Neles serão explorados aspectos históricos e atuais dos conhecimentos direcionados à doença, as intervenções de saúde pública e as formas das mulheres lidarem com essas intervenções.

No primeiro capítulo, a pesquisadora Ilana Löwy nos mostra como os cânceres de colo e de mama foram vistos por diferentes grupos sociais leigos e médicos no Ocidente, a partir do século XIX, refletindo como as concepções sobre gênero que formataram as práticas direcionadas à doença ainda podem ser identificadas sob diferentes aspectos. Em seguida, o trabalho de Gulnar e colaboradores apresenta um panorama dos cânceres de colo de útero e de mama no Brasil, analisando a magnitude e as tendências epidemiológicas da doença, as políticas de controle e os principais desafios que sua ocorrência levam à saúde pública. Os dois capítulos seguintes analisam aspectos do câncer de colo de útero: Luiz Teixeira elabora um painel histórico sobre a trajetória da doença, analisando as transformações nas práticas a ela relacionadas no âmbito do desenvolvimento da saúde pública do país. Seu trabalho analisa as transformações nas ações de controle do câncer de

colo em decorrência da ampliação do uso do exame Papanicolaou e o surgimento das campanhas de rastreamento. No seu entender, o surgimento de campanhas de maior amplitude e, em especial, do programa nacional de controle da doença se relacionaram às mudanças no campo da saúde pública que tiveram como ápice a reforma sanitária que criou o sistema de saúde universal. Em seguida, a pesquisadora Ana Maria Rico analisa as concepções sobre o Papanicolaou em um grupo de mulheres de bairros populares da capital da Bahia. Seu trabalho mostra como as práticas de prevenção dessas mulheres não se relacionam somente a facilidades e obstáculos no acesso ao exame, se orientando por discursos de caráter moral relativos ao gênero e à sexualidade, que se desenvolvem no contexto de *medicalização* do corpo feminino. Os dois últimos trabalhos têm como objeto o câncer de mama. Sarah Gibbon analisa as recentes articulações entre a genética do câncer, como domínio de pesquisa transnacional e como campo de intervenções em cuidados com a saúde no Sul do Brasil, tomando como objeto as clínicas de genética do câncer na região. Ela também avalia os aspectos que informam a busca de prevenção e assistência, assim como os que se relacionam às escolhas e às práticas dos que trabalham com esse conhecimento. Seu trabalho mostra como as possibilidades abertas pela genética do câncer são articuladas de diferentes formas no país. Por fim, o texto de Ronaldo Correa da Silva se volta para o debate sobre o rastreamento mamográfico no Brasil. Partindo de uma análise sobre os resultados dessas práticas em diversos países, Ronaldo mostra os diferentes aspectos relacionados à possível introdução do rastreamento de câncer de mama no país.

A organização desse livro foi efetivada no âmbito do projeto História do câncer, atores, cenários e políticas públicas. Sua elaboração contou com recursos provenientes do Edital Papes VI — Fiocruz/CNPq.

Sumário

O gênero do câncer.....	13
Ilana Löwy	
A situação dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil.....	41
Gulnar Azevedo e Silva, Luiz Carlos Zeferino, Luiz Claudio Santos Thuler, Maria Teresa Bustamante Teixeira e Maximiliano Ribeiro Guerra	
O câncer de colo do útero no Brasil	75
Luiz Antonio Teixeira	
O exame certo para mulheres certas: Papanicolaou e feminilidade na perspectiva de mulheres de bairros populares de Salvador, BA	115
Ana Maria Rico	
Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de mama contextualizado para a realidade brasileira.....	165
Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva	
Ascendência, temporalidade e potencialidade. A constituição da genética do câncer no sul do Brasil.....	211
Sahra Gibbon	
Sobre os autores.....	253

O gênero do câncer¹

Ilana Löwy

As mulheres e os cânceres

O câncer hoje é visto como uma doença que atinge ambos os sexos. Alguns tipos de cânceres são estritamente específicos em relação ao sexo: um homem não pode ter um tumor no ovário e uma mulher não pode ter um tumor na próstata. Outros são mais prevalentes em um sexo, quer seja por razões anatômicas quer por razões sociais. No entanto, a prevalência de câncer em seu conjunto é basicamente semelhante em ambos os sexos.² No entanto, essa constatação é relativamente nova. Até meados do século XX, o câncer era visto como uma doença que afetava principalmente as mulheres. Essa percepção do câncer pode ser explicada pela maior visibilidade dos casos de cânceres dos órgãos reprodutores

¹ Este texto é baseado em dados contidos nos meus livros *Preventive strikes: Women, precancer and preventive surgery* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009), e *Woman's disease* (Oxford University Press, 2011). Inspira-se também em importantes estudos sobre os cânceres em mulheres, desenvolvidos por Robert Aronowitz, Kirsten Gardener, Ornella Moscucci e Elisabeth Toon. Foi publicado inicialmente em *Clio Femmes, Genre, Histoire*. n° 37/ 2013 (*Le genre du cancer*: DOI: 10.4000/clio.10986).

² James Banks, Michel Marmot, Zoe Oldefield e James P. Smith, "Disease and disadvantage in the United States and England", *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295(17), 2037-2045. Esses dados tratam apenas da incidência total do câncer, não da distribuição de cânceres específicos.

femininos. Antes do advento das modernas tecnologias de visualização médica, os médicos geralmente falhavam em reconhecer corretamente os tumores malignos de órgãos internos. As pessoas sofriam de problemas digestivos, icterícia, “convulsões” ou falta de ar, ao invés de câncer no estômago, no cólon, no fígado, no cérebro ou no pulmão. Além disso, o câncer era visto, sobretudo, como uma doença de pessoas idosas e, em muitos casos, a morte por câncer era atribuída à “velhice”. No entanto, era difícil não perceber as mudanças dramáticas em uma mama atacada por um câncer ou a incontrolável perda de sangue e as abundantes secreções vaginais que apareciam no câncer em estágio avançado no útero. No século XIX e no início do século XX, as taxas de mortalidade na França e na Inglaterra, nem de longe precisas, registravam quase três vezes mais mortes por câncer entre as mulheres do que entre os homens. A maré havia mudado nos anos 1940 e nos anos 1950, com o rápido aumento do número de mortes por câncer de pulmão, naquele tempo uma doença quase exclusiva dos homens. Porém, antes dos anos 1940, especialistas e organizações do câncer, ativas na área do tratamento e na prevenção da doença, falavam principalmente sobre e para as mulheres.³ Este capítulo argumenta que, embora desde meados do século XX a imagem predominante do câncer é a de uma “doença pavorosa” que atinge, indiscriminadamente, pessoas de ambos os sexos, as práticas médicas e de saúde pública muitas vezes perpetuam relações preferenciais entre neoplasias malignas e mulheres.

Mães e pecadoras: cânceres femininos no século XIX

No século XIX, o câncer de útero — visto, na época, como o mais frequente tumor humano — foi muitas vezes associado

³ Leslie Reagan, “Engendering the decad disease: women, men and cancer”, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(11): 1179-1187.

à imoralidade e a excessos sexuais.⁴ Assim, em 1826, o médico canadense Guillaume Vallée afirmou que as mulheres de classe baixa que viviam nas cidades eram significativamente mais afetadas pelo câncer de útero do que aquelas que viviam no meio rural, e a melhor explicação para essa diferença encontrava-se na maior frouxidão moral das mulheres das cidades.⁵ Outros médicos observaram, contudo, que as prostitutas não pareciam sofrer de tumores uterinos mais frequentemente do que as mulheres “honestas”. A longa lista de causas presumíveis de tumores do útero incluía a masturbação, uma atividade sexual intensa e um desejo sexual desmedido, sífilis e outras doenças venéreas, aborto e os distúrbios ocorridos durante a “idade crítica” das mulheres (menopausa).

Em 1842, um cirurgião de Pádua, Domenico Rigoni-Stern, declarou que as monjas raramente sofriam de câncer do útero, mas, em contrapartida, apresentavam frequências superiores à média no que dizia respeito aos tumores de mama.⁶ A constatação de que o mesmo grupo de mulheres era excepcionalmente sensível a um tipo de tumor e excepcionalmente resistente a outra espécie desafiava a crença popular de que a principal causa do câncer era uma predisposição hereditária para desenvolver neoplasias malignas (“diátese hemorrágica”). A observação de Rigoni-Stern também sugeria que o câncer de útero podia ser

⁴ Karen Nolte, “Carcinoma uteri’ and ‘debouchery—morality, cancer and gender in the nineteenth century”, *Social History of Medicine*, 2008, 21(1): 31-46. O câncer de mama é visto, às vezes, como consequência da neurastenia e do estilo de vida sedentário, mas esta doença era menos fortemente vinculada a elementos do estilo de vida específico do que o câncer do útero.

⁵ Guillaume Vallée, *Dissertation sur le cancer de l’utérus*, Paris: Imprimerie Didot Jeune, 1826, p. 10.

⁶ Joseph Scotto e John Bailard, “Rigoni Stern and medical statistics: A nineteenth century approach to cancer research”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 1969, 24(1): 65-75.

associado à atividade sexual. Em 1839, o médico britânico J. W. C. Lever afirmou que as mulheres solteiras raramente sofriam de câncer de útero.⁷ Essa última observação poderia ter sido interpretada de duas formas: alguns médicos relacionavam o câncer de útero aos excessos sexuais, enquanto outros o atribuíam a várias gestações e partos traumáticos. No final do século XIX e no início do século XX, os ginecologistas cada vez mais endossavam a segunda interpretação.

Até meados do século XX, os médicos acreditavam que as cicatrizes produzidas pela ruptura do colo uterino ocorrida durante o parto favoreciam o desenvolvimento de tumores uterinos. As supostas ligações entre o câncer de útero e as cicatrizes pós-parto também poderiam explicar a razão pela qual essa doença foi encontrada com maior frequência em mulheres de estratos socioeconômicos inferiores. As mulheres pobres tinham mais filhos. Elas também não tinham meios para receber cuidados médicos adequados ao dar a luz e, portanto, sofriam de lacerações cervicais mais graves.⁸ A pobreza também foi associada a uma higiene precária. Mulheres que tinham dificuldade em manter um bom nível de higiene pessoal seriam mais propensas à inflamação crônica do colo do útero, visto como um elemento a mais a induzir o câncer. Por último, as mulheres de classes mais baixas contraíam doenças ginecológicas, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, mais frequentemente, tinham mais abortos (espontâneos e provocados) e apresentavam uma saúde geral mais precária, condições que, se acreditava, aumentavam a chance de desenvolver câncer de útero. A sexualidade não estava totalmente ausente da discussão sobre as relações entre pobreza e tumores cervicais,

⁷ J. C. W. Lever, "Statistical notices on one hundred and twenty cases of carcinoma uteri", *Medico-Chirurgical Transactions*, 1839; 22: 267-273.

⁸ Irving Laudon, "Maternal mortality: 1880-1950. Some regional and international comparisons". *Social History of Medicine*, 1988, 1 (2), p. 183-228.

uma vez que as doenças sexualmente transmissíveis e os abortos foram relacionados aos costumes sexuais supostamente frouxos das mulheres das classes inferiores. No entanto, na primeira metade do século XX, muitos especialistas acreditavam que a maior ocorrência de câncer cervical entre as mulheres pobres era, principalmente, o resultado de frequentes gestações, inadequada assistência médica e precárias condições de vida. O câncer de útero foi transformado em um “flagelo das mães”.

Detecção precoce dos cânceres femininos

No século XIX muitos médicos acreditavam que poderiam evitar pelo menos alguns dos sofrimentos produzidos pelo câncer de útero através do tratamento de lesões do colo uterino antes que elas se tornassem um câncer irreversível.⁹ Um tratamento preventivo de lesões ginecológicas suspeitas, explicou o ginecologista francês Pierre Téallier em 1836, podia ser comparado à prevenção do desenvolvimento de agitação social através de uma repressão eficaz de suas primeiras manifestações.¹⁰ É importante, explicavam os especialistas em câncer, persuadir as mulheres a consultar um médico logo que observarem sintomas suspeitos, como um sangramento irregular. Esta foi, infelizmente, uma tarefa difícil. As mulheres relutavam em se consultar por causa de pequenos problemas ginecológicos. Elas normalmente iam ao médico apenas quando o tumor apresentava sintomas realmente angustiantes. Infelizmente, nessa fase, a doença era incurável e o médico só podia

⁹ Charles D. Meigs, *Woman: her diseases and remedies*. Filadélfia: Blanchard & Lea, 1859 (4ª ed.), p. 333.

¹⁰ Pierre Jerome Sebastien Téallier, *Du cancer de la matrice, de ses causes, son diagnostic et son traitement*. Paris: Ballière, 1836, p. 108.

observar sua progressão inexorável.¹¹ Em 1824, lidando com o câncer de útero, o médico francês Julien Berte declarou que a virtude feminina poderia ter consequências trágicas, “[por-que] frequentemente, devido à sua louvável modéstia, elas se consultam tardiamente” (“Souvent, par un principe louable de pudeur, elles ne consultent que trop tard”).¹²

Muitos médicos do século XIX afirmavam ter prevenido o câncer por meio do tratamento daquilo que acreditavam ser lesões precursoras mas, só no final do século, com o desenvolvimento da ablação cirúrgica do útero (histerectomia), começaram a falar da cura “verdadeira” dos tumores uterinos. A despeito do fato de que, no final do século, a histerectomia apresentava altas taxas de mortalidade, os cirurgiões estavam convencidos de que era legítimo propor a intervenção quando a única alternativa a ela era uma morte lenta e dolorosa. Além disso, as taxas de sobrevivência após essa operação tinham melhorado no início do século XX. Os ginecologistas acreditavam, naquela época, que uma cirurgia poderia curar uma mulher com um câncer de útero que não tinha se propagado fora do ventre.¹³ No final do século XIX, o desenvolvimento da mastectomia radical levou a uma crença semelhante na possibilidade de cura do câncer de mama que ficasse confinado ao seio. A fim de reduzir a mortalidade provocada pelo câncer, muitos especialistas explicavam, naquela altura, que era crucial persuadir

¹¹ Por exemplo, Jean August Rossignol, *Essai sur le cancer de l'utérus*. Montpellier, Imprimerie Coucourdan, 1806, p. 23; Léon Legoux, *Considérations sur les maladies cancéreuses en général*. Paris: Didot le Jeune, 1826, p. 35.

¹² Julien Berte, *Essai sur le cancer de l'utérus*. Paris: Imprimerie Didot le Jeune, 1824, p. 29.

¹³ Ornella Moscucci, “Gender and cancer in Britain, 1860-1910: The emergence of cancer as a public health concern”, *American Journal of Public Health*, 2005, 95(8): 1312-1321.

as pessoas a consultar os médicos antes que os seus tumores alcançassem um estágio incurável.¹⁴

As organizações do câncer promoveram enfaticamente o *slogan* “Se precocemente detectado, o câncer pode ser curado”. Se for lida com atenção, essa frase afirma basicamente que enquanto alguns tumores malignos localizados são curáveis, todos os disseminados são mortais. A interpretação habitual deste *slogan* é, no entanto, diferente. Ele sugere fortemente que se um paciente que sabe quais são os sinais precoces de câncer consultar um médico competente, imediatamente depois de ter observado tais sintomas, terá boa chance de ser curado. Nele também está indiretamente implícito que os pacientes que morreram de câncer podem ter sido parcialmente responsáveis pelo seu destino. Essa interpretação foi apoiada por um duplo significado da expressão “precocemente”: precocemente na história natural de um determinado tumor, e precocemente no que concerne ao aparecimento dos primeiros sintomas da doença. Em alguns casos — por exemplo, em um crescimento lento do câncer de pele —, esses dois significados se sobrepõem, mas esta é uma exceção e não uma regra. Um nódulo cancerígeno no peito pode ser pequeno porque é detectado numa fase precoce da sua história natural e, nesse caso, pode ser curado mais facilmente do que um tumor detectado numa fase posterior. Mas ele também pode ser pequeno porque é do tipo cujo crescimento é lento, e por esse motivo tem um bom prognóstico, e não porque o paciente recorreu a um médico imediatamente após ter notado um sintoma suspeito.

A ambivalência do termo “precoce” facilitou a promoção de esforços educacionais e gerou um otimismo terapêutico.¹⁵ A

¹⁴ Joseph Colt. Bloodgood, “What every one should know about cancer”, folheto da AMA, (American Medical Association) sem data, provavelmente de 1916.

¹⁵ James Patterson, *The dread disease: Cancer and modern american culture*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1987; Barron Lerner, *The breast cancer wars : hope, fear*

mensagem sobre a importância da detecção precoce de tumores malignos, pode-se acrescentar, foi muitas vezes transmitida através de uma formulação cuidadosa. O principal oncologista francês do período do entre guerras, Gustave Roussy, explicou que o câncer podia ser curado se tratado “em tempo útil”, uma declaração circular, já que a única maneira de decidir se um determinado tumor foi pego “em tempo” seria ver se o doente estava curado. Da mesma forma, o *slogan* da Liga Francesa Contra o Câncer — o “câncer pode ser curado se detectado cedo” (“détectée tôt, le cancer peut être guéri”) — poderia ter sido interpretado ou acentuando a “cura” (de todos os cânceres que foram detectados cedo), ou acentuando o “pode” (alguns cânceres podem ser curados se detectados cedo, mas outros não podem).¹⁶ O segundo significado raramente estava presente nas campanhas educacionais organizadas por especialistas em câncer e pela organização do câncer. Tais campanhas, focadas principalmente em cânceres que atingiam o público feminino, promoviam invariavelmente uma mensagem otimista e minimizavam a dura realidade e os resultados incertos do tratamento contra o câncer. Por exemplo, um cartaz produzido em 1939, no âmbito da Federal Arts Projects do governo dos Estados Unidos, declarava, intrepidamente, que “mais mulheres do que homens morrem de câncer. Setenta por cento das 35 mil mulheres que morrem anualmente do câncer de mama e de útero poderiam ser salvas se tratadas a tempo”.¹⁷ As mensagens endereçadas às

and the pursuit of a cure in twentieth century America. Nova York: Oxford University Press, 2001.

¹⁶ Editorial, “Quelques principes généraux deduits de l’état actuel de la thérapeutique anticancerreuse”, *La lutte contre le cancer*, Bulletin trimestriel de la Ligue Française Contre le Cancer, 1923, no 1 (2), p. 114-119. Gustave Roussy, “Les principes de la lutte contre le cancer”, *Revue d’hygiène*, 7 de julho de 1931, p. 503-509.

¹⁷ Reagan, “Engendering the dread disease”.

mulheres por especialistas em matéria de câncer e pelas organizações do câncer combinavam, em proporções variáveis, culpa e incentivo, medo e esperança.

Detecção precoce do câncer de útero

No início do século XX, especialistas em câncer promoveram vigorosas campanhas de educação destinadas a ensinar os profissionais da saúde e as mulheres a reconhecer sinais precoces do câncer de colo uterino, naquela época a forma mais frequente de câncer no útero. O objetivo dessas campanhas era diagnosticar esse câncer em uma fase “operável”, isto é, quando o tumor estava limitado ao útero.¹⁸ Os promotores de uma campanha realizada em Königsberg (Prússia Oriental) afirmaram que houve um aumento do percentual de mulheres diagnosticadas com um câncer “operável” de 21% para 74%. Campanhas semelhantes foram realizadas nos anos 1910 e 1920 na Suíça, Holanda, Áustria, Alemanha e Hungria.¹⁹ Um dos principais especialistas em câncer dos EUA, Joseph Colt Bloodgood, fundou o Amanda Sims Memorial Fund, dedicado a aumentar a conscientização das mulheres sobre o câncer de colo uterino, difundindo informações sobre os sinais de alerta da doença.²⁰

Entretanto, nos anos 1920 e 1930 os ginecologistas descobriram que “operável” não significava “curável”. Alguns peritos perceberam que esperar até que um câncer de útero

¹⁸ Anstruth Milligan , “The crusade against cancer of the uterus”, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1907, 11, p. 45-63; Antoine Pichevin, “La lutte contre le cancer d’utérus”, *Journal de Médecine de Paris*, 1912, p.151-153.

¹⁹ Milligan, “The crusade against cancer of the uterus”, p. 58.

²⁰ Kirsten Elizabeth Gardner, *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*. Chapel Hill : University of North Carolina Press, 2006, p. 53-92.

se manifestasse através de sintomas como o sangramento irregular, era, muitas vezes, “tarde demais”. O próximo passo foi convencer todas as mulheres “assintomáticas” (ou seja, saudáveis) a submeter-se a exames ginecológicos regulares a fim de detectar lesões cervicais “silenciosas” que podiam se tornar malignas. No início dos anos 1930, Claudius Regaud, um médico francês especialista em câncer, alegou que esses exames ginecológicos periódicos, que ele chamara de *consultations de dépistage* (consultas de triagem), deveriam ser pagos pelo seguro de saúde.²¹

Em 1938, uma ginecologista de Filadélfia, Catherine Macfarlane, iniciou um programa-piloto para a detecção precoce do câncer de colo do útero. O projeto original de Macfarlane era fornecer acesso gratuito a exames ginecológicos nas áreas mais pobres da cidade. As mulheres pobres, especialmente as negras, apresentavam uma frequência maior de tumores uterinos. Por outro lado, não tinham condição financeira de ir a um ginecologista, e, por conseguinte, eram diagnosticadas geralmente com uma doença maligna, avançada e incurável. O projeto de Macfarlane recebeu forte oposição da comunidade médica local e de administradores da Women’s Medical College, à qual ela era filiada, pois os médicos temiam que a prestação gratuita de serviços médicos fosse interferir na sua prática privada e oferecer uma visão perigosa de “medicina socializada”. A Women’s Medical College acabou aprovando o projeto, mas com a condição de que Macfarlane limitasse a triagem para as mulheres encaminhadas por seus médicos — isto é, para aquelas que podiam pagar pelos serviços de saúde privados. Embora tenha fornecido informações importantes sobre a história natural dos tumores de colo do útero, o programa de Macfarlane não conseguiu ajudar

²¹ Relatório anual da Fundação Curie de 1932. Ata da reunião do conselho de administração da fundação, de 4 de maio de 1934. Curie Institute Archive, Paris.

as mulheres que tinham mais necessidade de uma detecção precoce dessa neoplasia maligna.²²

Desde a década de 1950, a difusão do esfregaço cervical (o teste de Papanicolaou) ofereceu uma alternativa mais barata e simples para as visitas ginecológicas periódicas. O teste era manual e de difícil padronização. Contudo, foi transformado com sucesso em uma ferramenta “viável” de triagem para detectar a presença de anomalias do colo uterino, ou, para ser mais exato, para produzir uma “primeira visão” que indica a necessidade de testes mais avançados.²³ Organizações e especialistas em câncer promoveram os esfregaços cervicais entusiasticamente. Filmes educacionais sobre o tema produzidos no Reino Unido, no início da década de 1960, tinham um duplo objetivo: chamar a atenção da classe operária e das mulheres migrantes, uma vez que essa patologia foi relacionada à pobreza, e destacar a importância das mulheres como esposas e mães. Esses filmes visavam eliminar o medo das mulheres em relação ao “teste” e ao tratamento de lesões suspeitas do colo uterino. Eles divulgavam a ideia de que o tratamento era simples e não afetaria nem a vida sexual e nem a fertilidade da mulher. A última afirmação destinava-se também a persuadir os seus maridos, às vezes contrárias aos testes feitos por suas esposas. Outro argumento direcionado para os maridos era que uma doença grave de suas esposas perturbaria seu estilo de vida: “enquanto eles não entenderem isso, é bom mesmo

²² Papéis de Catherine Macfarlane. Arquivo da Faculdade de Medicina de Filadélfia, arquivo 47, caixa 2, pasta 23, manuscrito datilografado “The inside history of the periodic pelvic examination research; Catherine Macfarlane, Margaret C. Sturgis e Faith Fetterman, “Periodic examination of the female pelvic organs and breasts: A report of a fifteen years research on the control of cancer”, CA, *Cancer Journal for Clinicians*, 1953, 3, p. 205-207.

²³ Monica J. Casper e Adele E. Clarke, “Making Pap smear into the ‘right tool’ for the job: Cervical cancer screening in the USA, circa 1940-1995”, *Social studies of science*, 1998, 28(2), p. 255-290.

que eles fiquem preocupados. O câncer bate onde dói mais: não mais noites no *pub*, não futebol aos sábados, só ficar em casa com todas aquelas crianças barulhentas”.²⁴

Filmes educativos dos Estados Unidos sobre a importância da triagem para as neoplasias cervicais não visavam especificamente às mulheres de classe baixa. Eles enfatizavam que todas as mulheres estavam em risco, e destacavam a felicidade pessoal e a liberdade frente à ameaça do câncer.²⁵ Por outro lado, esses materiais educativos também ressaltavam o dever que as mulheres tinham de se submeter a testes regulares, insinuando que aquelas que haviam desenvolvido o câncer de colo de útero foram, pelo menos em algum nível, responsáveis pelo seu destino. Em consequência, as mulheres acreditavam que os esfregaços vaginais regulares forneciam uma proteção absoluta das neoplasias do colo do útero, e as azaradas que desenvolveram esse câncer, apesar do fiel cumprimento da triagem (alguns tumores de crescimento rápido podiam ser detectados pelos esfregaços vaginais) ocasionalmente se sentiam enganadas e com raiva.²⁶

Detecção precoce do câncer de mama

A partir do início do século XX, os especialistas argumentavam que o câncer de mama também podia ser curado se fosse

²⁴ Biblioteca Wellcome, Departamento de Arquivos e Manuscritos, série SA/MWF, Documentos da Medical Women Federation, Arquivo F.13/10. Documentos do Encontro do “Film working party of the women’s national cancer control campaign”, 13/12/67.

²⁵ David Cantor, “Uncertain enthusiasm: the American Cancer Society, public education and the problem of the movie, 1921-1960”, *Bulletin of the History of Medicine*, 2007, 81(1), p. 39-69.

²⁶ Shanon Brownlee, *Overtreated: why so much medicine is making us sicker and poorer*. Nova York: Bloomsbury, 2008, p. 203.

detectado “precocemente”. As mulheres foram convidadas a ficar vigilantes, conscientes das mudanças em suas mamas, e, caso descobrissem um nódulo ou outra mudança suspeita, deveriam consultar um médico imediatamente. Assim, as mulheres que “atrasassem” uma consulta médica, mesmo por poucas semanas, eram apresentadas como responsáveis pela gravidade da sua doença. No período entre guerras, nos Estados Unidos, voluntárias da Women’s Field Army of the American Association for the Control of Cancer, vestidas com uniforme especial, foram enviadas para espalhar a mensagem “não demore”.²⁷ Após a Segunda Guerra Mundial, essa mensagem foi reforçada pela introdução da técnica de autoexame da mama (*Breast Self Examination technique* — BSE), que deveria ser realizada a cada mês. Cartazes e folhetos publicados pela American Cancer Society em 1950 e 1960 explicavam que negligenciar o BSE era um comportamento irresponsável, argumento ilustrado por depoimentos de mulheres que atestavam que essa prática havia salvado suas vidas ou, ocasionalmente, que estavam morrendo de câncer porque não conseguiram realizar o BSE regularmente.²⁸ A mensagem implícita transmitida por estes materiais educativos foi a de que um câncer de mama avançado é uma doença autoinfligida. O BSE também foi promovido na Europa, embora tenha sido adotado menos amplamente do que nos EUA.²⁹ As mulheres que

²⁷ Robert Aronowitz, “Do not delay: Breast cancer and time 1900-1970”, *The milbank quarterly*, 2001, 79(3), p. 355-386; Kirsten E. Gardner, *Early detection: women, cancer and awareness campaigns in the twentieth century United States*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2006.

²⁸ Kirsten Gardner, *Early detection: women, cancer and awareness campaigns in the twentieth century United States*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2006.

²⁹ J. Wardle, A. Steptoe, H., Smith et al, “Breast self examination: Attitudes and practices among young women in Europe”, *European Journal of Cancer Prevention*, 1995, 4(1): 61-68; François Eisinger G. Geller W. Burke e N.A. Holtzman. “Cultural basis for

praticavam o BSE continuavam estreitamente ligadas a esse método, mesmo quando testes clínicos controlados revelavam que não ele fora eficiente, talvez porque tenha permitido que elas acreditassem que podiam fazer algo para se proteger de uma doença temida.³⁰

O apego intensivo das mulheres à mamografia está igualmente ligado a seu desejo de controlar o risco de câncer de mama. A mamografia foi desenvolvida nas décadas de 1960 e 1970, e foi maciçamente difundida a partir da década de 1980, apesar da persistência das controvérsias sobre sua eficácia.³¹ Os debates sobre os benefícios da mamografia permaneceram, em geral, limitados a especialistas. Alguns grupos ligados ao estudo do câncer de mama fornecem, juntamente com declarações sobre os benefícios da mamografia, as informações sobre os seus inconvenientes (biópsias desnecessárias, tratamento exagerado, dano psicológico), mas esse tipo de informação é raro.³² A principal mensagem

differences between and french clinical recommendations for women at increased risk of breast and ovarian cancer”, *The Lancet*, 1999, 353, p. 919-920.

³⁰ Beverly B. Green e Stephen H. Taplin, “Breast cancer screening controversies”, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2003, 16(3): 233-241; A.K. Hackshaw e E. A. Paul, “Breast self examination and death from breast cancer: a metaanalysis”, *British Journal of Cancer*, 2003, 88(7), p. 1047-1053.

³¹ A difusão da mamografia coincidiu com uma redução na mortalidade por câncer de mama na maioria dos países industrializados. No entanto, a difusão dessa técnica coincidiu com o desenvolvimento de importantes inovações terapêuticas. É, portanto, difícil avaliar com precisão a contribuição da mamografia para esse declínio na mortalidade provocada pelo câncer de mama. Gilbert Welch, *Should I be tested for cancer: maybe not and here's why*. Berkeley: University of California Press, 2004; Peter Gotzsche, *Mammography screening: truth, lies and controversy*. Londres: Radcliffe Publishing, 2012.

³² Karsten Juhl Jorgensen e Peter G. Gotzsche, “Presentation of websites on possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study”, *British Medical Journal*, 2004, 328, p. 148-154.

sobre a mamografia continua sendo que as mamografias regulares são essenciais para salvar a vida das mulheres. A maioria das organizações de câncer apoia entusiasticamente a mamografia, e as mulheres tendem a ter ideias muito exageradas sobre a eficácia desta técnica.³³ Assim, 2% das mulheres francesas fizeram uma estimativa precisa da eficácia da mamografia, 15% referiram-se a uma eficácia dez vezes maior, 22%, 50 vezes, e 45%, 100 vezes ou mais (16% das mulheres responderam que não sabiam).³⁴

Antes da década de 1980, as mulheres eram convidadas a seguir o conselho do seu médico. Cartazes e propagandas da época muitas vezes mostravam uma mulher submissa e vestida de modo conservador ouvindo atentamente um médico homem. A partir dos anos 1980, a vigilância das mulheres para a presença de tumores nos seios foi apresentada como parte importante do seu autoempoderamento e materiais educativos mostram mulheres jovens, sorridentes e cheias de energia, que proclamam orgulhosamente que cuidam bem de si mesmas através de um rastreamento regular dos cânceres femininos. Apesar das grandes diferenças de linguagem e estilo, a mensagem promovida no século XXI não é muito diferente daquela propagada no período entre guerras e nas décadas de 1940 e 1950. As mulheres são convidadas a submeter-se ao controle externo, e, ao mesmo tempo, a se sintonizar com seus corpos e dirigir o olhar clínico par elas mesmas, e, segundo a pertinente expressão da socióloga Ann Robertson, a “engolir o panóptico”.³⁵

³³ Larissa Nekhlyudov, Denis Ross-Degnant e Susanne W. Fletcher, “Beliefs and expectations of women under 50 years old regarding screening mammography”, *Journal of General Internal Medicine*, 2003, 18, p. 182-189.

³⁴ Gert Gigerenzer, Jutta Mata e Ronald Frank, “Public knowledge of benefits of screening for breast and prostate cancer in Europe”, *Journal of the National Cancer Institute*, 2009, 101(17), p. 1216-1220

³⁵ Anne Robertson, “Biotechnology: political rationality and discourses on health risk”, *Health*, 2001, 5(3), p. 293-309

Mulheres médicas e cânceres femininos

No século XIX e no início do século XX, a única cura para o câncer era a cirurgia, muitas vezes radical. Naquela época, não havia muitos médicos do sexo feminino, e muito menos cirurgiãs. Mulheres que optavam por serem cirurgiãs, muitas vezes especializavam-se em “doenças femininas”, incluindo o câncer. Uma das pioneiras do tratamento cirúrgico do câncer do útero nos EUA foi Mary Amanda Dixon Jones. Dixon Jones teve uma carreira extremamente heterodoxa. Especializada inicialmente em medicina geral, homeopatia e hidroterapia, quando já tinha quarenta e muitos anos fez uma especialização em cirurgia. Em seguida, fundou o Women’s Hospital of Brooklyn, especializado no tratamento cirúrgico de doenças ginecológicas. Em 1888, Mary Dixon Jones foi a primeira profissional, entre médicos e médicas, a realizar uma ablação do útero nos Estados Unidos. Ela estava convencida de que esse tipo de cirurgia era o único tratamento aceitável para cânceres uterinos.³⁶ Nessa época, muitos problemas de saúde da mulher continuavam a ser ligados às suas funções reprodutivas. A ablação cirúrgica dos órgãos reprodutores femininos, do útero e dos ovários, era vista ou como uma maneira “normal” de tratar as mulheres, ou como uma prática sombria, suspeita.³⁷ A duvidosa reputação das cirurgias ginecológicas, juntamente com a alta mortalidade resultante dessas cirurgias, produziu ocasionalmente uma mistura explosiva.

Em 1889, Dixon Jones foi acusada de homicídio de segundo grau, após a morte de duas de suas pacientes, Ida Hunt e Sarah

³⁶ Mary A. Dixon Jones, “Colpo-hysterectomy for malignant disease”, *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 1893, v. 27, n°s 4-5 (Counway RB, 24.D.80 no. 19).

³⁷ Ornella Moscucci, *The science of woman: gynecology and gender in England, 1800-1929*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

Bates. Dixon Jones foi absolvida do homicídio involuntário de Ida Hunt (o caso de Sarah Bates não veio a julgamento), mas, durante o processo, um jornal local, o *Brooklyn Daily Eagle*, publicou uma série de artigos que a acusavam de crueldade gratuita contra suas pacientes, de realização de cirurgias sem a necessária segurança, negligência e incompetência. Os artigos acusavam Dixon Jones de ser uma alpinista social ambiciosa e sem escrúpulos e de ser uma cirurgiã que usava o bisturi de forma indiscriminada. Dixon Jones processou o *Brooklyn Daily Eagle* por difamação, mas foi derrotada em 1892, e, em consequência, foi obrigada a abandonar a direção do seu hospital e a prática cirúrgica.³⁸ A historiadora Regina Marantz Sanchez, que estudou a tumultuada carreira de Dixon Jones, apresentou provas de que Ida Hunt era uma jovem cronicamente doente, que provavelmente havia contraído uma doença venérea de seu marido. Sua cirurgia pode ter sido o último e desesperado esforço para recuperar a saúde perdida. Algumas mulheres, segundo Marantz Sanchez, procuravam a clínica de Dixon Jones precisamente porque ela defendia medidas cirúrgicas radicais.³⁹

As ablações cirúrgicas do útero realizadas pelas cirurgiãs britânicas Louisa Garrett Anderson e Kate Platt foram menos controversas. Anderson e Platt co-dirigiam o novo hospital para mulheres de Londres, especializado em operações ginecológicas. Elas defendiam firmemente a cirurgia radical de tumores uterinos, prática que se desenvolveu nos últimos anos do século XIX, e se intensificou durante os dez primeiros anos do século XX. Em 1880, um quarto das mulheres que foram submetidas à ablação do útero

³⁸ Regina Morantz-Sanchez, *Conduct unbecoming a woman: medicine on trial in nineteenth century Brooklyn*. Nova York: Oxford University Press, 1999.

³⁹ Regina Morantz-Sanchez, "Negotiating power at the bedside: historical perspectives on nineteenth-century patients and their gynaecologists", *Feminist Studies*, 2000, v. 26 (2), p. 287-309.

morreu por seus efeitos imediatos ou por infecção pós-cirurgia. Anderson e Platt informavam, em 1908, que essa cirurgia se havia tornado muito menos perigosa; naquele ano, a taxa de mortalidade no hospital que dirigiam fora de apenas 6,6 %. Elas admitiam que a possibilidade de uma cura permanente do câncer através dessa operação não era muito alta, mas estavam convencidas de que quando a única alternativa era uma morte dolorosa, um tratamento que, no melhor dos casos, conduzia a uma cura, e nos casos menos ótimos a uma remissão, era uma boa escolha.⁴⁰

Mulheres cirurgiãs como Mary Dixon Jones ou Louisa Garrett Anderson abraçavam a ética dos cirurgiões homens de comportamento ousado e vontade de assumir riscos. Essa escolha pode ter sido motivada por um desejo de demonstrar que, como profissionais, as mulheres não eram diferentes dos homens. Outras mulheres haviam optado por uma abordagem diferente. Elas viam-se como porta-vozes de seu sexo, e promoviam tratamentos que, acreditavam, eram menos nocivos e mais aceitáveis para as mulheres. Essa segunda atitude foi particularmente visível entre mulheres que escolheram se especializar em radioterapia do câncer. No Reino Unido, as mulheres desempenharam um papel muito importante no desenvolvimento da radioterapia de neoplasias ginecológicas, sobretudo o câncer de colo uterino. A Federação das Mulheres Médicas do Reino Unido fundou, em 1929, o Hospital Marie Curie, dedicado à radioterapia de cânceres ginecológicos e cuja equipe era constituída exclusivamente por médicas. Folhetos de divulgação do novo hospital esclareciam que as mulheres que estavam com medo de ver médicos do sexo masculino teriam o prazer de falar com outra mulher, capaz de compreender a natureza exata da sua queixa. Além disso, as

⁴⁰ Louisa Garrett Anderson e Kate Platt, "Malignant disease of the uterus: A digest of 265 cases treated in the New Hospital for Women", *Obstetrics and gynecology of the British Empire*, 1908, 14(6), p. 381-392.

mulheres dos estratos sociais inferiores muitas vezes temiam operações em hospitais filantrópicos porque tinham medo que os médicos as utilizassem para testar técnicas cirúrgicas experimentais. A terapia por radiação não gerava tais receios.⁴¹

As médicas também foram atraídas pela radioterapia do câncer porque este domínio lhes abria novas oportunidades profissionais. Na França do entre guerras uma médica não tinha nenhuma possibilidade de ingressar na carreira oficial do sistema médico francês: receber o título de “agregé de médecine”, tornar-se chefe de departamento de um hospital universitário, ou ser nomeada para uma cátedra universitária. Instituições como a Fundação Curie, em Paris, e o Instituto de Câncer Villejuif, à margem do sistema de medicina acadêmico oficial, estavam mais aptas a promover o percurso profissional das mulheres. Várias mulheres médicas tornaram-se pioneiras da “curieterapia”, o termo em francês para a terapia de radiação. Uma delas, Simone Laborde, chefe do serviço de radioterapia do Institute Villejuif, desenvolveu, em 1930, uma abordagem inovadora para a radioterapia. O câncer, argumentava Laborde, não é um inimigo estranho, mas uma parte doente do corpo. A destruição dos tecidos sadios por meio de uma radiação excessiva não só produzia mais efeitos colaterais graves, como também reduzia a capacidade do corpo de lidar com as células malignas. Laborde opunha-se tenazmente às estratégias terapêuticas baseadas na crença de que na “guerra contra o câncer”, mais é sempre melhor.⁴² Suas

⁴¹ Ornella Moscucci, “The ineffable masonry of sex: feminist surgeons and the establishment of radiotherapy in early twentieth century Britain”, *Bulletin of the History of Medicine*, 81: 139-63, na p. 158. A radioterapia do câncer foi introduzida nos anos 1910; já a quimioterapia de tumores mamários e uterinos só passou a fazer parte da rotina dessas neoplasias malignas na década de 1980.

⁴² Citado por René Hugenin, “L’apport de la France dans l’étude du cancer”, in A. Théophile Alajouanine et al, *Ce que la France a apporté à la médecine*. Paris: Flammarion, 1946, p. 141-172.

objeções às “terapias heroicas” podiam ter sido fundamentadas na experiência concreta de seus pacientes. Algumas mulheres temiam os efeitos secundários da radiação mais do que o próprio câncer. Uma mulher canadense — que, nos anos 1930, se havia recusado a ser submetida à radioterapia para tratar de um câncer de útero — declarava que “três amigas minhas tiveram tratamento semelhante e me disseram que estavam morrendo numa fornalha infernal ardente. Sabendo de suas mortes prematuras e de suas terríveis agonias, eu estava determinada a morrer confortavelmente, se necessário fosse, pelas incursões de uma expansão cancerígena”.⁴³

Cirurgia preventiva e mulheres

O entendimento fisiológico de Laborde em relação ao câncer constituía uma opinião minoritária. A maioria dos peritos via no câncer um inimigo perigoso.⁴⁴ A eliminação preventiva de tecidos e órgãos “pré-cancerígenos” tornou-se um dos caminhos privilegiados para combater esse inimigo. Essa abordagem foi, no entanto, limitada quase exclusivamente aos cânceres das mulheres. A acessibilidade desses cânceres era, provavelmente, um dos motivos pelos quais eles se tornaram alvos principais de cirurgia preventiva. Outra razão, e talvez até a mais importante razão, era a existência de uma longa tradição de excisão cirúrgica de órgãos reprodutores da mulher, doentes ou saudáveis.⁴⁵

⁴³ Barbara Clow, “Who is afraid of Susan Sontag? Or the myths and metaphors of cancer reconsidered”, *Social History of Medicine*, 2001, 14 (2), p. 293-312,

⁴⁴ O retumbante sucesso do livro *O Imperador de todos os males: uma biografia do câncer*, de Sidarta Mukherjee (Mukherjee, Sidarta. *The emperor of all maladies: A biography of cancer*. Nova York: Simon and Schuster, 2010) demonstra a persistente popularidade do conceito de “guerra contra o câncer”.

⁴⁵ Moscucci, *The science of woman*.

As feministas muitas vezes criticavam a falta de sensibilidade dos médicos diante das necessidades das mulheres, bem como seu desejo de controlar as funções reprodutoras femininas. Já no século XIX, ativistas protestavam contra a ablação cirúrgica dos ovários (“a dessexualização das mulheres”) e histerectomias desnecessárias. Essas operações foram apresentadas como expressões típicas do tratamento brutal que as mulheres recebiam da profissão médica.⁴⁶ Nas décadas de 1970 e 1980, as militantes atribuíam igualmente a persistência da mastectomia radical, muito mutiladora, e a resistência dos médicos a operações mais conservadoras, à misoginia dos cirurgiões.⁴⁷ Outros pesquisadores, contudo, acreditam que, no último caso, a radicalidade cirúrgica foi direcionada contra os tumores, não contra as mulheres. Escrevendo sobre as culturas de tratamento do câncer da mama no século XIX, Erin O’Connor sugere que o discurso sobre o câncer de mama então vigente refletia a dura realidade do sofrimento provocado pelas displasias de mama em estágio avançado. Os médicos que assistiam as mulheres que morriam em meio à dor, mortes pavorosas, tentavam desesperadamente fazer alguma coisa para evitar essas mortes.⁴⁸ Nessa mesma perspectiva, a socióloga feminista Barbara Rothman concluiu que os cirurgiões que se opunham à cirurgia conservadora para o câncer da mama não foram movidos pela misoginia, mas por um desejo de fazer o melhor, do ponto de

⁴⁶ Judith Walkowitz, *Prostitution in victorian society: women, class and the state*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980..

⁴⁷ Ellen Leopold, *A darker ribbon: breast cancer, women, and their doctors in the twentieth century*. Boston: Beacon Press, 1999; Baron Lerner, *The breast cancer wars: Hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*. Oxford: Oxford University Press, 2000, p. 222-240

⁴⁸ Erin O’Connor, *Raw material: producing pathology in victorian culture*. Durham: Duke University Press, 2000, p. 78-99. O’Connor tem consciência da misoginia dos cirurgiões do século XIX, mas argumenta que ela não desempenhou um papel importante na sua escolha dos tratamentos de câncer.

vista deles, pelas suas pacientes, ao mesmo tempo em que limitavam seu próprio risco de cometer erros médicos.⁴⁹

Atitudes radicais para o tratamento cirúrgico de neoplasias malignas já existentes não eram, de fato, muito diferentes para ambos os sexos. Os homens também tinham parte ativa nas cirurgias mutiladoras “heroicas”, como, por exemplo, para o tratamento de tumores de cabeça e pescoço, os cânceres mais frequentes encontrados em homens porque ligados ao tabagismo e ao consumo de álcool. Por outro lado, as cirurgias para a eliminação de um risco de câncer — que é a ablação preventiva das mamas, ovários e útero — foram propostas, quase exclusivamente, para as mulheres. Uma exceção foi uma rara forma hereditária de câncer de cólon, a *polipose adenomateus familiar*, tratada mediante a remoção preventiva do cólon. No entanto, neste último caso, a cirurgia profilática foi proposta apenas para as pessoas (de ambos os sexos) que tinham praticamente 100% de chance de desenvolver um câncer do cólon. Em contrapartida, a cirurgia preventiva para tumores femininos foi proposta para as mulheres diagnosticadas com lesões com probabilidade desconhecida de se tornarem cancerígenas no futuro. É razoável supor que, nesse caso, a ablação preventiva de mamas, ovários e útero saudáveis foi facilitada pela longa tradição da excisão dos órgãos reprodutores da mulher, para curar, entre outros, supostos transtornos mentais, especialmente no caso dos ovários.⁵⁰

As mulheres com risco hereditário de câncer de mama que decidiram se submeter a uma mastectomia com reconstrução preventiva — uma cirurgia que é relativamente rara na França,

⁴⁹ Barbara Katz Rothman, *The book of life: A personal and ethical guide to race, normality and the implications of human genome project*. Boston: Beacon Press, 1998, p. 154-158.

⁵⁰ Charles Rosenberg, “The female animal: Medical and biological views of women”, in Charles Rosenberg, *No other gods: on science and american social thought*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997 (1976), p. 54-70.

e mais frequente na Holanda e nos Estados Unidos — muitas vezes falam sobre o alívio após a cirurgia porque foram capazes de “fazer alguma coisa” para reduzir o risco de desenvolverem uma neoplasia maligna de mama. Assim escreveu uma blogueira americana, “Pat” — que teve teste positivo para uma mutação que aumenta suas chances de desenvolver câncer de mama, e decidiu-se a favor da ablação preventiva de seus seios — após a cirurgia: “Eu já não me sinto como estivesse à espera de o câncer voltar e posso viver minha vida. Meu marido tem sido ótimo e solidário ao longo de todo o processo. Estou com 16 dias de pós-operatório e fisicamente não me sinto OK, mas sei que mais cedo ou mais tarde vou me sentir bem, que é isso o que me espera. Tenho 44 anos e uma nova chance na vida. A sorte pode chegar!”⁵¹ Enquanto “Pat” legitima sua cirurgia preventiva, pelo desejo de permanecer viva, muitas outras mulheres explicam que sua decisão de submeter-se a uma ablação preventiva das mamas e/ou ovários foi fortemente influenciada pelo fato de que tinham filhos pequenos e, por isso, se viram obrigadas a fazer tudo o que lhes fosse possível, inclusive a sacrificar as partes do corpo que colocavam em perigo seu bem-estar, a fim de se manterem saudáveis.⁵² No século XXI, muitas mulheres continuam a definir-se a si mesmas, acima de tudo, como mães.

⁵¹ <http://www.susanloved.org/community/sharing/donna2003.html> (acesso em agosto de 2008).

⁵² Nina Hallowell, “Doing the right thing: genetic risk and responsibility”, *Sociology of health and illness*, 1999, 21 (5): p.597-621. A ablação dos ovários produz menopausa prematura, a qual, por causa do seu caráter artificial, pode produzir sintomas mais violentos do que uma menopausa natural. As discussões sobre as consequências de uma ablação da mama com reconstruções concentram-se, muitas vezes, exclusivamente nas alterações na imagem corporal. No entanto, as mamas reconstruídas frequentemente são sentidas como “antinaturais”, e muitas mulheres que se submetem à cirurgia sofrem de complicações pós-operatórias e dor crônica, e algumas precisam de novas cirurgias para corrigir os resultados da primeira ou para manter um resultado estético satisfatório.

As mulheres, os homens e o câncer hoje

A recente ênfase na medicina preventiva pode ter favorecido a igualdade entre homens e mulheres na utilização de abordagens preventivas para reduzir o risco de câncer. Por exemplo, a partir da década de 1990, a difusão do exame do PSA (prostate specific antigen), especialmente nos Estados Unidos, levou a um aumento do tratamento cirúrgico do câncer prostático localizado. Homens com altos níveis de PSA são incentivados a se submeter a biópsias por agulha, e se essa biópsia revela alterações malignas, alguns especialistas aconselham uma excisão cirúrgica da próstata. Essa abordagem pode ser comparada com o tratamento cirúrgico da lesão pré-cancerígena do seio descoberta por meio da mamografia, sobretudo nos casos de carcinoma ductal *in situ* (CDIS). As atitudes em relação ao tratamento de um seio pré-cancerígeno e de uma próstata com lesões cancerígenas localizadas foram, no entanto, diferentes. Muitos especialistas destacam o valor da observação vigilante para tumores de próstata não-agressivos,⁵³ mas não existe um debate semelhante acerca do tratamento dos CDIS. Mulheres diagnosticadas com esta condição são submetidas, geralmente, a uma ablação parcial ou total da mama, muitas vezes seguida de radioterapia e/ou hormonioterapia. A observação vigilante praticamente nunca é apresentada como uma opção terapêutica aceitável para essas mulheres. O comportamento diferente em relação à próstata e ao risco de câncer de mama aponta para a persistência de diferenças entre câncer em homens e mulheres.⁵⁴

⁵³ Por exemplo, Klotz L., Active surveillance with selective delayed intervention for favorable risk prostate cancer, *Urol. Oncology* 2006, 24(1), p.46-50; Jerome Groopman, "The prostate paradox: prostate cancer", *The New Yorker*, 29 de maio de 2000.

⁵⁴ Howard J. Burstein, K. Polyak, J.S.Wong, S.C. Lester e C.M. Kaelin, "Ductal carcinoma in situ of the breast", *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(14):1430-41;

O recente aumento da mastectomia preventiva e do tratamento cirúrgico sistemático dos CDIS também ecoa na história da cirurgia plástica. A última técnica é, ao mesmo tempo, uma tecnologia transformadora que não leva em conta o gênero e uma abordagem fortemente marcada pelo gênero.⁵⁵ Apesar de numerosas publicações afirmarem que os homens se tornaram tão interessados quanto as mulheres no aprimoramento cirúrgico de seus corpos, os dados sobre os usuários da cirurgia plástica continuam a mostrar uma forte diferença por sexo.⁵⁶ A maior aceitabilidade por parte das mulheres de recorrerem à cirurgia para eliminar o que percebem ser uma fonte de infelicidade e sofrimento, e a popularidade de técnicas como o aumento dos seios podem ter contribuído para promover a aspiração mais “legítima” de se recorrer à cirurgia para reduzir o risco de doença. E isso acontece, em grande parte, devido às frequentes confusões entre as consequências das cirurgias reparadoras de mama, que preservam bastante tecido da mama e mantêm o mamilo íntegro — e, portanto, conservam a sensibilidade no peito — e a ablação preventiva da mama, que elimina todos os tecidos da mama e a maior parte das sensações na mama reconstruída.

Uma blogueira feminista, com risco hereditário de câncer de mama, colocou em discussão os elos entre a reconstrução cosmética e a preventiva das mamas: “é claro que o meu bom médico acha

Robert Aronowitz, *Unnatural History: Breast Cancer and American Society* (Nova York: Cambridge University Press, 2007, p. 257-282).

⁵⁵ Sander Gilman, *Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 1999; Kathy Davis, *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. Nova York: Routledge, 1995; Kathy Davis, *Dubious Equalities and Embodied Differences: Cultural Studies on Cosmetic Surgery*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield, 2003.

⁵⁶ Kathy Davis, “‘A dubious equality’: Men, women and cosmetic surgery”, *Body and Society*, 1999, 8(1), p. 49-65.

que eu deveria fazer mastectomias profiláticas e reconstruções cirúrgicas, um novo pacote que garante que você não terá uma recaída ou contrairá câncer. Trish, sua enfermeira bela loira, cochicha no meu ouvido e eu faço uma careta. Ela está na casa dos 20 anos e alguma coisa, e não tem a minha bagagem na área de estudos sobre mulheres; para ela, trata-se apenas de uma cirurgia cosmética. Para mim, diz respeito à política, à sociologia e ao transtorno da identidade de gênero”. Ela resiste fortemente à pressão do seu médico para ser submetida a uma cirurgia preventiva por causa de seu “alto risco”: “Que tal acrescentarmos mais umas duas descrições de ‘alto risco’? Que tal resistir aos tratamentos da moda? Que tal ser medicamente alfabetizado? Que tal ter cuidado?”.⁵⁷

Além disso, os cânceres que se desenvolvem no sistema reprodutor da mulher continuam a ter muito mais visibilidade do que aqueles que se desenvolvem nos órgãos reprodutores masculinos. Em países industrializados, o câncer de mama e o câncer de próstata matam um número equivalente de pessoas, mas a visibilidade da primeira patologia nos meios de comunicação e no espaço público é incomparavelmente maior do que a segunda. São muito poucas as organizações que tratam do câncer masculino e muito poucos os artigos publicados em revistas de divulgação; não há fitas cassetes sobre câncer de próstata, nem são organizadas corridas para a sua cura, nem são publicados grandes anúncios, nem se promove um mês de conscientização a respeito.⁵⁸ A literatura e a arte refletem essa diferença. O câncer de mama tornou-se praticamente um tópico literário ritualizado, com uma inundação de patografias (narrativas pessoais de do-

⁵⁷ <http://bluegalinaredstate.blogspot.com/2006/04/news-was-good-i-went-shopping.html>. Acesso em agosto de 2008.

⁵⁸ Sobre a base política das atividades filantrópicas relacionadas ao câncer da mama, ver, por exemplo, Samantha King. *Pink Ribbons Inc: Breast cancer and the politics of philanthropy*, Minneapolis: Minnesota University Press, 2006.

enças), ensaios e ficções, mas também fotografias e outras obras de arte; embora em menor grau, isso também se aplica a outros cânceres ginecológicos.⁵⁹ Por outro lado, são muito poucas as patografias ou obras literárias que abordam os tumores dos homens. Mamas, ovários e úteros doentes são interessantes, repugnantes e assustadores, enquanto testículos, pênis e próstatas doentes são, em sua maior parte, invisíveis. Apesar de sua imagem “oficial” ser a de uma doença que ataca indiferentemente ambos os sexos, o câncer continua sendo, muitas vezes, ainda no século XXI, uma patologia marcada pelo gênero.

⁵⁹ Entre os mais famosos estudos de câncer ginecológico encontram-se a novela de Thomas Mann *The black swann* (provavelmente sobre o câncer do útero) e a peça de Margaret Edson, *Wit* (sobre o câncer de ovário).

A situação dos cânceres do colo do útero e da mama no Brasil

Gulnar Azevedo e Silva
Luiz Carlos Zeferino
Luiz Claudio Santos Thuler
Maria Teresa Bustamante Teixeira
Maximiliano Ribeiro Guerra

A magnitude e as tendências dos cânceres de mama e do colo do útero no Brasil

As estatísticas oficiais de mortalidade do Ministério da Saúde mostram que o câncer de mama, tipo principal de câncer entre os óbitos femininos, encontra-se em ascensão, e colocam o câncer de colo do útero em quarto lugar com tendência estável para todo o país (Ministério da Saúde, 2013). Ao se proceder a correção dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), redistribuindo os casos tidos como porção não especificada, o câncer do colo do útero posiciona-se como o segundo tipo mais frequente entre os óbitos, no período compreendido entre 1980 e 2006 (Azevedo e Silva et al., 2010).

As taxas de mortalidade por câncer do colo uterino — incluindo os óbitos corrigidos, a partir da redistribuição dos óbitos por câncer do útero, porção não especificada entre os óbitos por câncer do colo e de corpo do útero — são maiores

nas mulheres das capitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, porém, mesmo nestas regiões, as tendências foram declinantes nas duas últimas décadas. Para mulheres do interior, no entanto, a região Norte mostra um aumento de 200% e a região Nordeste de 80%. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, as taxas variaram negativamente, tanto no interior quanto nas capitais. Esse diferencial pode ser atribuído, no todo ou em parte, ao maior acesso às ações de rastreamento para mulheres das capitais (Azevedo e Silva et al., 2010). E é justamente no interior das regiões Norte e Nordeste onde se encontra o grupo de mulheres de maior risco para a doença, ou seja, aquelas que, por falta de acesso ao exame preventivo ginecológico, acabam tendo maior chance de apresentar lesões precursoras que irão evoluir para a neoplasia maligna invasiva. E, uma vez tendo a doença instalada, são essas mulheres que também terão mais dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico e tratamentos que possam assegurar bons resultados (Albuquerque et al., 2009; Martins, Thuler, Valente, 2005).

No Estado de Minas Gerais, foi verificada queda de 1,93% ao ano na mortalidade pelo câncer cervical (câncer de colo de útero e útero, porção não especificada) entre 1980 e 2005, o que foi relacionado à melhoria no acesso e na capacidade diagnóstica e terapêutica nos últimos anos, muito embora a cobertura do rastreamento da doença ainda não se encontrasse em patamares considerados satisfatórios nesse Estado (Alves; Guerra; Bastos, 2010).

Com respeito ao câncer de mama, chama atenção o fato de que, apesar das taxas mais altas serem observadas nas capitais, a tendência verificada nas taxas de mortalidade nos municípios do interior tem sido marcadamente crescente a partir da década de 1990. A tendência a aumento da mortalidade por câncer de mama foi semelhante em todas as regiões do país entre 1980 e 2006, o que mostra que o risco de ter a doença praticamente se

igualou entre as regiões, e nas capitais e nos municípios do interior (Azevedo e Silva et al., 2011), apesar de terem sido observadas diferenças na cobertura do exame mamográfico nas regiões do país, com as menores coberturas referidas na região Norte (Viacava et al., 2009). Vale notar que, no período compreendido entre 1980 e 2002, observou-se tendência de aumento da mortalidade por câncer de mama na região Sul do país, em especial no Estado do Rio Grande do Sul (Gonçalves et al., 2007).

Comparando-se as taxas de mortalidade brasileiras por todas as neoplasias, exceto pele não melanoma, estimadas para 2012, com as de regiões mais e menos desenvolvidas do mundo, verifica-se que, entre as mulheres, as cifras (87,9 por 100.000) são superiores às encontradas tanto em regiões mais desenvolvidas (86,2 por 100.000), quanto nas menos desenvolvidas do mundo (79,8 por 100.000) (Ferlay et al., 2013). O câncer de mama feminina apresenta taxas (14,3 por 100.000) com valores próximos aos observados nas regiões mais desenvolvidas (14,9 por 100.000), enquanto o câncer do colo do útero (7,3 por 100.000) exibe valores próximos aos identificados nas regiões menos desenvolvidas (8,3 por 100.000). Ressalta-se que, quando corrigidas, considerando as causas mal definidas, as taxas de mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil sofrem grande incremento (Gamarrá, Valente e Silva, 2010) e superam as taxas descritas para as regiões menos desenvolvidas variando de 15,0 a 19,9 por 100.000, conforme o ano analisado.

A partir de informações provenientes de 17 Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) no Brasil, com período de referência de 2000 a 2005 (em sua totalidade ou em parte), as maiores taxas médias de incidência de câncer em mulheres, ajustadas por idade, foram observadas em Porto Alegre (288,2/ por 100.000), Goiânia (262,8 por 100.000) e São Paulo (251,0 por 100.000). As cinco principais localizações verificadas em mulheres foram mama (91,8 a 49,6 por 100.000), carcinoma *in situ* do

colo do útero (40,2 a 9,9 por 100.000), colo do útero (35,6 a 10,2 por 100.000), cólon e reto (24,7 a 9,4 por 100.000) e pulmão (23,3 a 5,4 por 100.000), excluindo pele não melanoma (Ministério da Saúde, 2010a).

Comparando os coeficientes de incidência dos seis RCBP brasileiros incluídos na última publicação da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc) com aqueles das regiões do mundo com incidência de câncer mais alta e mais baixa, evidenciou-se que, para o câncer de mama, as maiores taxas de incidência, ajustadas por idade por 100 mil mulheres, foram verificadas nos registros norte-americanos e dos continentes europeu e Oceania, e as menores taxas em registro sul-africano e nos registros de países asiáticos, sendo que, entre as cidades brasileiras, São Paulo exibiu a maior incidência (77,7 por 100.000), comparável às taxas observadas nos registros de regiões desenvolvidas. Para o câncer de colo do útero, os registros brasileiros apresentaram taxas de incidência, ajustadas por idade, por 100 mil mulheres, ainda elevadas (Aracajú: 25,5; Belo Horizonte: 16,1; Cuiabá: 36,5; Fortaleza: 21,7; Goiânia: 28,5; São Paulo: 15,2 por 100.000), embora mais baixas do que as observadas em países da África (Zimbábue: 86,7; República do Malawi: 76,3 por 100.000) e na cidade de Wuhan na China (71,8 por 100.000), os quais exibiram as maiores taxas entre os registros analisados (Forman et al., 2013).

Considerando a idade, algumas peculiaridades têm sido observadas em relação à frequência e mortalidade dos cânceres de mama e do colo do útero no país. Em Maringá, PR, foi verificado aumento da mortalidade por câncer de mama predominantemente em mulheres com idade entre 40 e 69 anos no período compreendido entre 1990 e 2004 (de Matos et al., 2009). O aumento da incidência do câncer de mama em mulheres mais jovens também tem sido observado. Em estudo retrospectivo, realizado a partir dos dados do RCBP de Goiânia,

foi verificado aumento significativo da incidência da doença em mulheres jovens (até 39 anos), entre 1988 e 2003, embora aumento similar também tenha sido observado nos demais grupos etários avaliados (40 a 59 anos e a partir de 60 anos) (Freitas Jr et al., 2010), sendo verificado em outro estudo, entretanto, maior aumento para o grupo etário de 50-59 anos (Freitas-Junior et al., 2008). Esse aumento da incidência da doença em mulheres jovens foi relacionado à exposição a fatores de natureza ambiental no município do Rio de Janeiro (Ortega et al., 2010). Em estudo conduzido para avaliar a prevalência presumida de lesões suspeitas (Birads® 4) e altamente suspeitas (Birads® 5) de câncer de mama em uma amostra representativa da população da Grande São Paulo (n=139.945), através da análise de exames de mamografia realizados entre 2002 e 2004, foi constatada elevação da prevalência dessas lesões diretamente proporcional ao aumento de idade das mulheres avaliadas, especialmente a partir da quarta década de vida (Milani et al., 2007).

Já em relação ao câncer do colo do útero, alguns estudos têm realçado o aumento na frequência de lesões intraepiteliais cervicais em adolescentes no país (Monteiro et al., 2009; Pedrosa; Mattos; Koifman, 2008; Monteiro et al., 2006), o que implica em necessidade de melhor compreensão sobre a prevalência e evolução das infecções por papiloma vírus humano (HPV) nessa fase da vida. Em Goiânia, foi observado aumento da incidência do adenocarcinoma cervical entre 1998 e 2002, especialmente no grupo etário de 45 a 49 anos, embora a mortalidade tenha se mantido estável neste período (Martins et al., 2009).

A contribuição de fatores socioeconômicos e ambientais para a evolução do câncer na mulher vem sendo investigada no Brasil. A tendência da mortalidade por câncer de mama em imigrantes japonesas no Estado de São Paulo aumentou entre 1979 e 2001, com taxas de mortalidade padronizada intermediárias entre aquelas observadas em japonesas que residiam no Japão e

em brasileiras que residiam no Brasil, o que pode sinalizar para a relativa importância de fatores ambientais no desenvolvimento da doença (Iwasaki et al., 2008). Em Recife, os óbitos por câncer de colo de útero ocorridos entre 2000 e 2004 foram mais frequentes em mulheres adultas com idade inferior a 60 anos, negras, solteiras, que não trabalhavam fora de casa e que residiam em localidades economicamente menos favorecidas (Mendonça et al., 2008). Também no Recife, a mortalidade por neoplasias malignas da mama em idosas apresentou correlação negativa com a carência social, sugerindo que, com o aumento desta, há diminuição dos coeficientes de mortalidade por essas neoplasias (Silva et al., 2008).

Desigualdades sociais foram associadas à infecção por HPV, considerado de alto risco para o câncer de colo de útero, com prejuízo para as mulheres assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS), em relação às atendidas na rede privada de saúde (Oliveira et al., 2006). A influência do tabaco na história natural do câncer de colo de útero foi avaliada em estudo latinoamericano, que utilizou dados de mulheres brasileiras e argentinas, tendo sido verificado que o tabagismo se manteve associado tanto ao maior risco de adquirir a infecção por cepas carcinogênicas do HPV, quanto à maior incidência de lesões intraepiteliais cervicais de alto grau (Sarian et al., 2009).

Analisando-se a morbidade hospitalar, vale notar que o câncer de mama e o de colo uterino foram os cânceres que mais demandaram internações pelo SUS entre 2002 e 2004, apesar de serem doenças em que as medidas de prevenção estão dentro das possibilidades dos serviços de saúde (Boing et al., 2007).

Deve-se levar em consideração, também, o impacto dessas duas doenças no setor previdenciário brasileiro. As neoplasias malignas da mama se apresentaram, por exemplo, como a principal causa de concessão de auxílio-doença (22,8%) no grupo das neoplasias malignas, em estudo conduzido em Recife, a

partir de dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), relativos ao período 2000-2002 (Moura; Carvalho; Silva, 2007).

Finalmente, vale lembrar que o câncer do colo uterino é a maior causa de mortalidade e morte prematura em mulheres em idade produtiva em países com recursos baixos e médios na Ásia, África e América Latina, e que, enquanto os programas de rastreamento têm contribuído para uma redução substancial da mortalidade pela doença em países desenvolvidos, ainda são altas as taxas encontradas em países de média e baixa renda, fato que tem sido atribuído à inadequação do seguimento e do tratamento das mulheres com resultados alterados no rastreamento efetuado com base no exame de *Papanicolaou* (Sankaranarayanan et al., 2008). Cabe comentar aqui que, para grande parte dos estados brasileiros, o total de exames citológicos realizados seria, a princípio, suficiente para garantir a cobertura de 70 a 80% de controles periódicos e regulares pelo SUS (Zeferino, 2008), o que pode não ocorrer pelo fato de que há mulheres que realizam mais exames do que o preconizado, enquanto outras nunca o realizaram por motivos diversos (Pinho et al., 2003; Martins; Thuler; Valente, 2005). As mulheres com um exame alterado precisam ter o tratamento adequado garantido em todas as regiões do país, o que não se configura como uma realidade na rede pública de saúde (Zeferino, 2008).

Já para o câncer de mama, que representa em torno de 10% da carga global do câncer, têm sido observados, na última década, sinais de declínio mantido nas taxas de mortalidade em países com padrão de vida ocidental. Contudo, ainda se observa aumento progressivo do número de casos novos, não sendo possível caracterizar um subgrupo populacional que possa ser verdadeiramente considerado como de baixo risco para o desenvolvimento da doença, o que dificulta a adoção de medidas que possam, de fato, impactar a incidência desse importante agravo à saúde da mulher (Boyle, 2005). Neste sentido, é interessante

observar que a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos em 2007, para o conjunto das capitais brasileiras, foi em torno de 70%, enquanto que, em 2003, a realização desse exame foi referida por menos de 50% das mulheres nessa faixa etária, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — Pnad 2003 e a Pesquisa Mundial de Saúde — PMS 2003 (Viacava et al., 2009).

A política de controle

Em 1984, dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde Mulher (Paism), surgiram as primeiras estratégias organizadas destinadas aos serviços básicos de saúde, oferecendo às mulheres ações de prevenção do câncer do colo uterino e de mama, assistência à gestação, à anticoncepção, às queixas ginecológicas e às demandas relativas à sexualidade. Essas ações se deram, no entanto, de forma desigual no país, em função de diferentes níveis de organização e oferta dos serviços públicos de saúde (Lago, 2004).

Em 1987, baseado nos princípios do Paism, o Programa de Oncologia — Pro-Onco elaborou o projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino, que previa a ampliação da rede de coleta de material e da capacidade instalada de laboratórios de citopatologia, e a articulação da rede básica com os serviços de nível secundário e terciário para o tratamento (Resende et al., 1988). O Pro-Onco estabeleceu ainda a periodicidade e a faixa etária para o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, assim como elaborou uma proposta para a padronização dos laudos dos exames citopatológicos.

Reconhecendo falhas no controle do câncer do colo do útero no Brasil, em decorrência da falta de organização e continuidade, e incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, em 1995, o Governo Brasileiro, por meio do

Instituto Nacional de Câncer (Inca), criou o programa Viva Mulher, de caráter nacional, para instituir o rastreamento do câncer do colo uterino (Moraes, 2007). O *Cancer Care International* da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer foi escolhido, na época, como órgão consultor para assessorar toda a fase de planejamento e acompanhar o desenvolvimento do Programa (Ministério da Saúde, 2002).

Em 1996, foi realizado um projeto piloto de rastreamento de câncer de colo uterino dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos, no Distrito Federal e em Curitiba, Recife, Rio de Janeiro, Belém e no Estado de Sergipe. Essa iniciativa contou com programa informatizado para o cadastramento da mulher e seu acompanhamento, e introduziu a cirurgia de alta frequência para tratamento das lesões pré-invasoras do câncer (Ministério da Saúde, 2002).

Após a realização da fase piloto nas seis localidades, a primeira campanha nacional do programa Viva Mulher aconteceu em 1998, com incentivo financeiro para realização dos exames citopatológicos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — Faec, vinculando-se o pagamento do exame à prestação de informações por meio do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), no qual deviam constar a identificação da mulher, informações demográficas, epidemiológicas e resultados padronizados dos laudos dos exames citopatológicos.

Entre os anos de 1999 e 2001, as Secretarias estaduais de Saúde receberam recursos federais para capacitação de profissionais, coleta de material cérvico-vaginal e tratamento dos casos positivos. Foi neste período que o programa incorporou em sua proposta ações de controle para o câncer de mama.

Em 2002, foi realizada a segunda campanha do programa Viva Mulher, o que levou a um aumento de 81% no número anual de exames apresentados ao SUS entre 1995 e 2003 (Ministério da Saúde, 2004). Nas duas campanhas, houve convocação

nacional da população alvo através da mídia para realização do exame preventivo ginecológico, diferenciando-as das práticas de caráter oportunístico, onde as mulheres realizam os exames preventivos no momento em que procuram, por iniciativa própria, os serviços de saúde.

Estudo que analisou os resultados dessas campanhas concluiu que, em 1998, foram identificados casos de carcinoma invasivo e de lesões precursoras de maior gravidade em consequência da ampliação do acesso ao preventivo ginecológico entre mulheres de maior risco, residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Lago, 2004).

Com a primeira campanha do programa Viva Mulher, houve um aumento expressivo na oferta do teste de Papanicolaou, como consequência da ampliação da capacidade instalada para realização deste teste no SUS. Ter como população alvo do programa mulheres entre 35 a 49 anos possibilitou a detecção de mais casos de carcinomas invasivos em mulheres com menos de 50 anos, o que não era o observado entre aquelas assistidas na rotina, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No entanto, quase 1/3 dos testes de Papanicolaou pagos pelo SUS não foram digitados no Siscolo, o que passou a ser obrigatório somente a partir de 1999 (Portaria GM/MS n.º 408, de 30 julho de 1999). A pesquisa que analisou o perfil dos laboratórios de citopatologia, prestadores de serviço para o SUS, em 2002, mostrou que quase 90% dos 11,9 milhões de exames apresentados para pagamento estavam registrados no Siscolo, o que é positivo no que tange à avaliação do sistema (Thuler et al., 2007). No entanto, a maior parte dos laboratórios processou um número de exames inferior ao recomendado como critério de excelência pela Organização Panamericana de Saúde, que é de 15.000 exames/ano (OPS, 2000). Isto sugere que, mesmo com o aumento da demanda estimulada na campanha, a rede de laboratórios instalados teria capacidade de atender a uma demanda ainda maior.

Com a segunda campanha do programa Viva Mulher, que aconteceu em 2002, mesmo tendo se alcançado um maior número de mulheres entre 35 a 49 anos do que aquelas atendidas em consultas de rotina, identificou-se uma menor prevalência de lesões de maior gravidade (Lago, 2004). É provável que muitas mulheres que participaram da segunda campanha tivessem um risco menor de terem exames alterados porque haviam participado da campanha anterior.

É importante observar que, mesmo antes da primeira campanha do programa Viva Mulher, a queda da mortalidade por câncer do colo do útero em algumas áreas do país já havia sido descrita na literatura nacional. No município de São Paulo, Fonseca e colaboradores (2004) verificaram discreta redução da mortalidade por câncer de colo de útero e queda da mortalidade por câncer de útero não especificado, com aumento da mortalidade por câncer do corpo do útero entre 1980 e 1999, o que, para os autores, poderia ser a indicação de uma melhora na precisão do diagnóstico clínico, na qualidade do preenchimento do atestado e aumento de cobertura do teste de Papanicolaou. Nesse mesmo município, após a realocação dos óbitos classificados inicialmente como porção não-especificada do útero, a tendência declinante entre 1984 e 2003 ficou ainda mais clara (Antunes e Wunsch-Filho, 2006). Zeferino e colaboradores (2006), analisando os dados de óbitos por câncer de colo uterino, apontaram queda entre os anos 1987-1988 e 1997-1998 nos municípios de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, todos do Estado de São Paulo, e concluíram que a organização descentralizada e hierarquizada das ações de rastreamento podem produzir bons resultados. Taxas declinantes também foram relatadas no Paraná (Bleggi Torres et al., 2003) e em Minas Gerais, entre 1980 e 2005 (Alves et al., 2009). Tais resultados podem refletir a estruturação de ações locais ou mesmo estaduais voltadas à saúde da mulher que incluíram o controle do câncer do colo do útero.

No Estado de São Paulo, o rastreamento do câncer do colo do útero expandiu significativamente na segunda metade dos anos de 1980, com a implantação de laboratórios públicos de citopatologia e organização de referências em municípios ou regiões para assistirem os casos suspeitos e positivos. Essa condição, entretanto, não se manteve na primeira metade dos anos de 1990, mas foi recuperada a seguir. A Fundação Oncocentro de São Paulo — Fosp, permanentemente, tem treinado profissionais para atuarem nesse programa (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2011).

No Paraná, a partir de parceria entre a Secretaria de estado de Saúde, sociedades científicas (de patologistas, de ginecologistas e de enfermagem) e a organização não governamental Fórum Popular das Mulheres do Paraná, foi iniciado em 1997 o programa de rastreamento para o câncer do colo do útero (Bleggi Torres et al., 2003), em âmbito estadual.

Avaliações posteriores sobre as duas campanhas nacionais do Viva Mulher concordam que, além da ampliação da oferta do exame preventivo ginecológico, alguns avanços ocorreram, especialmente em relação à padronização dos laudos dos exames citopatológicos e utilização do Siscolo como instrumento de gerenciamento de dados e monitoramento das ações do rastreamento para o câncer do colo do útero (Ministério da Saúde, 2010b). Embora grande estímulo tenha sido dado a estados e municípios no sentido de implementação de ações de detecção precoce do câncer do colo do útero, análise recente concluiu que a oferta dos exames ainda se coloca menor do que as necessidades e que a periodicidade é inferior à preconizada. Porém, essas limitações, potencialmente, poderiam ser superadas com a perspectiva de maior atuação dos serviços de atenção básica e com o monitoramento da qualidade dos laboratórios (Dias et al., 2010). Nos últimos anos, várias iniciativas de caráter normativo foram instituídas no sentido de que o rastreamento para o câncer

do colo do útero fosse, de fato, implementado e consolidado em todos os estados, merecendo destaque o lançamento da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, em 2006 (Ministério da Saúde, 2006a). Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), por meio da qual definiu padrões para acompanhamento e monitoramento interno e externo da qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS (Portaria GM/MS n.º 1.504, de 23 de julho de 2013).

Quanto à política de rastreamento para o câncer de mama, embora diretrizes para um futuro programa nacional de controle do câncer de mama tivessem sido discutidas em uma oficina de trabalho com a participação das sociedades científicas e civis entre 19 e 20/11/98, no Rio de Janeiro (RJ), e apesar de algumas iniciativas terem tido início na fase de intensificação do programa Viva Mulher, em 2002, foi apenas a partir do seminário para definir o consenso para o controle do câncer de mama, em 2003, que foram criadas as diretrizes para o rastreamento desse câncer (Ministério da Saúde, 2004). Esse seminário, que contou com a participação de técnicos das diversas áreas do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, professores universitários que trabalhavam com essa temática, sociedades de especialidades médicas e representantes dos movimentos sociais organizados, foi especialmente importante na definição das recomendações para o rastreamento populacional. Com base na evidência científica e experiência de outros países, preconizou-se, para as mulheres assintomáticas, a realização de exame clínico das mamas anual a partir dos 40 anos de idade, e de mamografia bianual entre 50 e 69 anos. Para aquelas com história familiar de câncer de mama, definiu-se que o rastreamento anual por meio de exame clínico das mamas e mamografia deveria ser iniciado a partir de 35 anos.

Para superar as limitações de acesso à mamografia e a demanda acumulada, o Estado de São Paulo tem realizado periodicamente mutirões semestrais para mulheres, com 40 anos de idade ou mais, que tenham um pedido médico do exame emitido pelo SUS ou por um médico particular. No total, mais de 300 serviços públicos e privados realizam mamografia nesses mutirões. A Secretaria de Estado da Saúde financia os exames mamográficos realizados, as biópsias e demais procedimentos necessários para os casos suspeitos, sendo que a Fosp organiza e gerencia essas atividades (Secretaria Estadual de Saúde — SP, 2011). Já em Curitiba, PR, o programa Mulher Curitibaana, implantado em 2009, objetivou, por meio de convite feito às mulheres no mês de seu aniversário, reforçar as visitas anuais às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres de mama e colo do útero, por meio de avaliação integral da saúde de mulheres com 50 anos ou mais (Ministério da Saúde, 2011).

Considerando, entre outros aspectos, a necessidade de diretrizes nacionais para a atenção oncológica no país, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que incluiu entre seus componentes fundamentais o controle dos cânceres do colo do útero e da mama (Portaria GM/MS n° 2.439, de 8 de dezembro de 2005). Já no ano seguinte, com o lançamento do Pacto pela Saúde, o controle desses cânceres aparece entre as prioridades do Pacto pela Vida (Ministério da Saúde, 2006b). Como forma de estruturação das ações de rastreamento dos cânceres femininos, o Ministério da Saúde instituiu, em 2008 (Portaria SAS/MS n° 779, de 31 de dezembro de 2008), o Sistema de Informação do Câncer da Mama — Sismama como um subsistema de informação do Sistema de Informação Ambulatorial — SIA-SUS, o qual foi implantado nacionalmente em 2009, para viabilizar o gerenciamento das ações de detecção precoce do câncer de mama (Ministério da Saúde, 2010c).

Apesar de todos os esforços que vêm sendo feitos para que as mulheres brasileiras de todas as regiões tenham acesso às medidas de prevenção secundária para o câncer da mama, ainda são grandes as limitações como a falta de capacitação das equipes de saúde nos serviços básicos para realização dos exames clínicos das mamas e a dificuldade de acesso à mamografia, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (Azevedo e Silva et al., 2009).

Em março de 2011, foi lançado, pela Presidência da República, um plano para o fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e de mama. Entre os eixos de ação está a melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer para aprimorar o gerenciamento das ações, o que motivou o desenvolvimento de uma versão *web* do Sistema de Informação do Câncer (Siscan), que integrará e substituirá os sistemas oficiais de informação dos programas nacionais de controle do câncer do colo do útero e de mama (Siscolo e Sismama). Além disso, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), com o objetivo de garantir a qualidade dos exames de mamografia oferecidos à população, minimizando-se o risco associado ao uso dos raios-X (Portaria GM/MS n.º 531, de 26 de março de 2012 e atualizada por meio da Portaria GM/MS n.º 2.898, de 28 de novembro de 2013). Mais recentemente, considerando a necessidade de reordenamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS, em consonância com as ações preconizadas pelo plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis — DCNT para o período 2011 a 2022, com especial atenção ao cuidado integral, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (Portaria GM/MS n.º 874, de 16 de maio de 2013).

Não há dúvida de que o acesso aos exames de rastreamento para os cânceres de colo de útero e da mama se intensificou em

todo o país nesta última década. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — Pnad de 2008 mostraram que mais de 49 milhões de mulheres com mais de 25 anos informaram ter feito o preventivo ginecológico nos últimos três anos, o que permite estimar uma cobertura de 84,5% (IBGE, 2010), chegando a mais de 90% entre aquelas com escolaridade informada de 11 anos ou mais de estudo. Em relação à mamografia, houve um aumento expressivo, passando de 54,8% em 2003 para 71,5% em 2010, entre as mulheres de 50 a 69 anos (IBGE, 2010). Essas coberturas, mesmo que superestimadas, uma vez que estão baseadas em informações autorrelatadas, expressam que apenas o acesso aos exames não é suficiente para se observar impacto no perfil epidemiológico desses que são os principais cânceres que acometem as mulheres brasileiras. A ampliação de acesso deve considerar as populações de maior risco e também a garantia de tratamento adequado a todos os casos que forem detectados e que necessitam de acompanhamento, chave para o sucesso de qualquer programa de rastreamento.

Os principais desafios para o país

O grande avanço na luta contra estes dois principais tipos de câncer, na experiência de outros países, deu-se a partir da introdução e consolidação das ações de rastreamento. Optou-se assim, por discutir aqui aspectos que podem estimular a reflexão sobre esta intervenção.

O rastreamento do câncer do colo do útero foi implementado em muitos países nos anos de 1960, quando então pouco se conhecia sobre a história natural dessa neoplasia e o desempenho do exame citológico na detecção das lesões. Em 1986, a *International Agency for Research on Cancer* (Iarc) publicou resultado de um estudo realizado em países da Europa e Canadá, que mostrou que a redução da incidência do carcinoma invasor

era muito semelhante quando os exames eram repetidos com intervalo anual e trienal e que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos apresentava impacto mínimo na redução da incidência do carcinoma invasor (Iarc, 1986). Os resultados desse estudo serviram de referencial para toda uma geração de normas e recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero, inclusive para o Brasil que, em 1988, adotou como recomendação priorizar as mulheres entre 25 e 60 anos e realizar controles trienais.

Vários países europeus que iniciaram o rastreamento na década de 1960 avaliaram o desempenho do rastreamento no final da década de 1980, a partir do qual se observou que o componente fundamental para a redução da incidência e mortalidade por esse câncer era atingir alta cobertura da população considerada de risco. Regiões ou países onde os exames preventivos eram realizados de forma oportunística no momento de algum atendimento em saúde apresentavam baixa cobertura, alto percentual de exames realizados em desacordo com as normas vigentes e o impacto sobre a redução da incidência e mortalidade era ausente ou limitado. Nesta modalidade de rastreamento, havia um menor contingente de mulheres controladas com periodicidade anual e outro contingente significativo de mulheres que não realizavam o exame conforme recomendado. Em contraposição, observou-se que regiões que adotaram algum mecanismo ativo de identificar e mobilizar as mulheres de risco apresentaram taxas de cobertura mais altas e redução da mortalidade (Anttila et al., 2004).

Estava claro que era necessário sistematizar o rastreamento, valorizando a mobilização das mulheres que pouco frequentavam os serviços de saúde. Exemplificando, o Reino Unido avaliou o rastreamento do câncer do colo do útero e observou que, em 1988, a cobertura era de 42% e a incidência de 14 a 16 casos novos de carcinoma invasor para cada 100.000 mulheres. Por

meio de cartas-convites, programa chamado de *call and recall*, a cobertura dobrou após seis anos, chegando a 85% e, nesse curto período, a incidência reduziu em 35%, para 10 casos novos por 100.000 mulheres (Quinn et al., 1999). A sistemática de convidar/convocar as mulheres de risco promoveu a migração do rastreamento oportunístico, realizado no momento de um atendimento eventual, para o rastreamento organizado, capaz de atingir mulheres em falta com o rastreamento, além de tornar possível o melhor cumprimento das normas vigentes no que se refere à periodicidade e grupo etário recomendados.

Dados gerais têm mostrado que países com cobertura do exame citopatológico superior a 50%, realizado a cada 3-5 anos, apresentam taxas inferiores a 3 mortes por 100.000 mulheres por ano e, para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que 2 mortes por 100.000 mulheres por ano. No Brasil, mesmo nas localidades nas quais se observa tendência de decréscimo nas taxas de mortalidade ao longo do tempo, seus valores permanecem inaceitáveis, sobretudo se comparados àqueles observados em regiões mais desenvolvidas. Países com cobertura superior a 50%, em geral, apresentam, pelo menos parcialmente, alguma sistemática de convocação das mulheres de risco.

Desta observação, começa a surgir o conceito de rastreamento organizado, que também incorporou vários elementos considerados essenciais para que se obtenha boa relação custo-benefício. Assim, é consenso que um programa organizado para o rastreamento do câncer deva incluir os seguintes componentes:

- Recrutamento da população alvo, idealmente através de um sistema de informação de base populacional;
- Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população alvo e do intervalo entre as coletas, e elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos;

- Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento;
- Garantia da abordagem necessária para as mulheres com exames alterados;
- Educação e comunicação;
- Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

No Brasil, o rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama ainda é realizado de forma oportunística e, portanto, está sujeito a limitações que tendem a reduzir o impacto dessas ações. O rastreamento do câncer do colo do útero falha em praticamente todos os componentes de um programa organizado. Não há recrutamento ativo da população alvo, mesmo porque não se dispõe de um sistema de informação com base populacional a partir do qual se identificariam as mulheres de risco, principalmente aquelas que não estão frequentando os serviços de saúde ou não estão com seus controles atualizados. O Siscolo é um registro transversal, pois controla exames realizados.

Dados do Inca, a partir do Siscolo, mostraram claramente o cenário pouco favorável do rastreamento no Brasil. Boletim informativo do Inca revelou que, em 2008, o percentual médio de exames repetidos com intervalo de um ano desde o último exame foi de 47,5%, variando de 39,1% (Goiás) a 58,3% (Piauí). Considerando apenas as mulheres de 25 a 59 anos (população alvo, de acordo com as normas vigentes), o boletim informou que aproximadamente (aproximadamente, porque é uma inferência) 17% deste grupo etário fez um exame naquele ano, variando de 10% a 32% (Ministério da Saúde, 2010d). Este percentual é muito baixo, além do que cerca de metade dessas mulheres fez um exame no ano anterior (periodicidade anual). Considerando que apenas 25% da população brasileira teria algum acesso aos serviços privados de saúde do país (não se conhece a cobertura do rastreamento das mulheres usuárias dos

serviços privados), há um contingente significativo de mulheres sem controles. Este quadro, entretanto, reflete apenas um dos componentes do rastreamento do câncer do colo do útero que é a realização do exame preventivo.

Para superar essa grave deficiência, é necessário implantar um sistema de informação baseado no indivíduo. O cartão nacional de saúde, desde que programado para tal, poderá cumprir este papel, uma vez que permitirá acompanhar longitudinalmente os cuidados de saúde da população.

É fundamental estimular a procura das mulheres para o rastreamento dos cânceres do colo do útero e da mama, assim como garantir o acesso integral e de qualidade a todas que buscarem atendimento. Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família, por sua capilaridade e ligação entre os serviços de saúde e população, pode representar um importante passo para aumentar a captação de mulheres que nunca realizaram os exames de rastreamento para o câncer. Agentes comunitários de saúde, desde que treinados para tal, poderiam identificar as mulheres em falta com o rastreamento do câncer do colo do útero, como também auxiliar que aquelas que tivessem algum exame alterado recebessem os cuidados necessários. As campanhas falham em captar as mulheres com maior risco e não são eficientes para incluir aquelas que estão em falta com o exame preventivo, pois acabam mobilizando aquelas mais motivadas para o rastreamento e que, em geral, estão com seus controles atualizados.

Toda a queda de mortalidade por câncer do colo do útero observada no mundo foi devida ao rastreamento com a utilização do exame citológico. No momento atual, os testes de HPV têm demonstrado um bom desempenho para detectar lesões precursoras, de tal forma que esse método surge como uma alternativa potente ao exame citológico. Os estudos de custo-efetividade chegam a mostrar vantagens para os testes de HPV, desde que os intervalos entre os controles sejam ampliados. Todavia,

vale questionar qual seria o desempenho do teste num modelo de rastreamento oportunístico, onde não se controla o intervalo entre os exames.

Documento intitulado *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening* (Arbyn et al., 2010) reconhece as qualidades do teste de HPV, porém é muito cauteloso ao indicar as condições para sua implementação, mesmo em países europeus. Recomenda que o teste de HPV deva ser introduzido se o rastreamento for executado no modelo organizado, com cuidadosa monitorização da qualidade e dos custos, destacando que não é indicado o uso de testes de HPV quando predominam controles oportunísticos, que é a realidade do rastreamento do câncer do colo do útero em muitos países.

Outro artigo intitulado *The challenges of organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union* (Arbyn et al., 2009) posiciona-se no sentido de que a introdução de novos métodos de rastreamento, tais como o teste de HPV, pode reduzir a mortalidade por esta doença, mas para se obter este resultado é necessário alto nível de organização para maximizar os resultados.

É importante destacar que os dados disponíveis sobre o desempenho do teste de HPV são oriundos de estudos realizados em ambientes e condições privilegiadas em contraste com os ambientes e condições da prática real do rastreamento no Brasil.

Os estudos de custo-efetividade realizados para outros países não são tecnicamente aplicáveis no Brasil pela grande diferença da composição de custos. Independentemente deste fato, os estudos de custo-efetividade partem da premissa de que, num rastreamento organizado, os exames devem se concentrar nas mulheres definidas como alvo e devem ser realizados na periodicidade estabelecida (Diaz et al., 2010) Todavia, no Brasil, a organização das ações de rastreamento ainda é falha; não há controle das mulheres que realizam os exames e nem

da periodicidade com que fazem. Portanto, atualmente não há ferramentas que garantam que o intervalo entre os controles serão efetivamente ampliados a partir da adoção do teste de HPV, condição necessária para que se obtenha algum resultado de custo-efetividade favorável.

Cabe aqui trazer alguns aspectos sobre as vacinas contra os tipos de HPV 16 e 18, que foram recentemente aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Anvisa para uso no país. De fato, elas têm se mostrado muito eficazes, em ensaios clínicos, para prevenir infecção e lesões precursoras relacionadas aos tipos de HPV presentes na vacina (Garland et al., 2010). No entanto, para que se atinja alta eficácia, seria preciso que as mulheres não tivessem tido contato prévio com esses tipos virais e, conseqüentemente, a vacinação em massa é recomendada somente para idade anterior ao início da atividade sexual (Diaz et al., 2010). A análise do cenário atual sugere que há, pelo menos, três grandes obstáculos que precisariam ser superados para implementação da vacinação em massa contra o HPV no Brasil: 1º) o custo da vacina praticado no mercado ainda é muito alto e a vacinação não substitui o rastreamento, mas soma-se a este, o que significaria ainda mais custos para o SUS; 2º) o Brasil tem grande experiência e estrutura para vacinação em massa de crianças no primeiro ano de vida, mas não tem para fazê-la em meninas de 9 a 13 anos, grupo alvo da vacina contra HPV. Implantar uma estratégia específica para este grupo etário geraria mais custos com baixa eficiência em termos de cobertura, como já aconteceu com a vacinação contra hepatite; 3º) para se atingir uma boa relação custo-benefício com a introdução da vacinação, modelos teóricos impõem que o rastreamento realizado concomitantemente seja organizado, o que não é a realidade brasileira, conforme já discutido. Entretanto, por meio da portaria n.º 54, de 18 de novembro de 2013, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde tornou pública a decisão de

incorporar a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do câncer de colo do útero no SUS (Portaria SCTIE/MS n.º 54, de 18 de novembro de 2013). A vacina foi, inicialmente (em 2014), aplicada a meninas de 11 a 13 anos e, a partir de 2015, foram incluídas as pré-adolescentes de 9 e 11 anos.

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, é importante observar que a redução da mortalidade associada ao rastreamento mamográfico é muito menos evidente do que tem sido observada para o câncer do colo do útero. No geral, admite-se que a redução seja em torno de 15-20% (National Institute of Health, 2011). A mais alta taxa conhecida de redução é de 43%, do *The swedish organised service screening evaluation group* que cobriu 13 regiões da Suécia, onde a cobertura foi de 75% das mulheres-alvo (Swedish Organised Service Screening Evaluation Group, 2006). A Suécia é o país que tem a maior, ou uma das maiores taxas de cobertura do rastreamento mamográfico do câncer de mama, porém esta neoplasia ainda continua sendo a mais frequente causa de óbito por câncer entre mulheres neste país. Alguns aspectos importantes para o rastreamento do câncer de mama precisam ser considerados: 1º) a incidência no grupo etário 50-69 anos é cerca de três vezes maior do que no grupo 40-49 anos; 2º) a sensibilidade geral da mamografia é de cerca de 80%, porém seu desempenho é menor em mulheres mais jovens; 3º) a mamografia é um exame que precisa ter alta qualidade, porque visa diferenciar radiologicamente diferentes tecidos moles (tecido adiposo, glandular e de sustentação da mama) ou evidenciar partículas minúsculas (microcalcificações); 4º) um grande número de mulheres serão re-convocadas para repetir o exame mamográfico ou para realizar exames complementares; 5º) há um aumento de diagnóstico de lesões que nunca evoluíam para um câncer e 6º) a maioria dos casos suspeitos e submetidos à biópsia não revela um câncer, sendo que este fato é significativamente mais frequente em mulheres jovens porque a

incidência de câncer é mais baixa e o desempenho da mamografia é menor (baixo valor preditivo positivo).

Portanto, implantar o rastreamento mamográfico requer disponibilidade para a atenção primária de exame radiológico especializado que precisa de alta qualidade. No âmbito da atenção especializada, há um aumento significativo da demanda para repetir exames e realizar biópsias com localização estereotáxica. Em geral, essa demanda concorre com o mesmo espaço e recursos assistenciais das mulheres que já têm um câncer diagnosticado (National Institute of Health, 2011).

As recomendações para o rastreamento do câncer de mama divulgadas pelo Ministério da Saúde em 2004 (Ministério da Saúde, 2004) têm forte embasamento científico e valem para todo o Brasil, onde o cenário é muito heterogêneo.

A implantação do rastreamento concorre com recursos para outras finalidades, de tal forma que sempre é necessário planejamento e priorização. Para exemplificar, em 2014 e 2015, a taxa de incidência bruta estimada para o câncer de mama deverá variar entre 10,18 e 27,58 casos por 100.000 mulheres por ano nos estados da região Norte e entre 49,17 e 96,47 casos nos estados das Regiões Sul e Sudeste (Ministério da Saúde, 2014). Com base nestes dados, o rastreamento deste câncer seria prioridade na região Norte?

Todavia, o principal aspecto que deveria ser considerado na decisão de se implantar o rastreamento mamográfico é a proporção de casos avançados em relação aos casos iniciais. Em uma análise mais rápida desta questão, muito provavelmente se concluiria que seria fundamental iniciar o rastreamento com mamografia nas regiões em que predominam casos avançados. Em algumas regiões, metade ou mais dos casos de câncer de mama são diagnosticados na forma avançada, que corresponde a tumores estágio clínico “III” (tumores maiores que 5 cm ou axila comprometida) ou tumores estágio “IV” (metástases-doença,

comprometendo outros órgãos). Para tumores assim, não seria necessário realizar mamografia, pois são identificáveis clinicamente e geralmente as mulheres referem tê-los percebido há meses ou até anos. Quais os motivos que levariam uma mulher a deixar o tumor chegar a mais de cinco centímetros? Provavelmente, por problemas de acesso aos serviços, seja por razões pessoais, seja por razões dos serviços.

Que impacto o rastreamento mamográfico causaria? Conforme comentado anteriormente, o rastreamento mamográfico aumenta significativamente a demanda para os serviços mais especializados e, portanto, é necessário que exista uma rede organizada para diagnosticar e tratar adequadamente todos os casos rastreados.

O exemplo de Campinas mostrou que, em 1994, o rastreamento mamográfico era muito incipiente e mais da metade dos casos eram diagnosticados no estágio “II”, ou seja, tumores entre dois e cinco centímetros. Este seria o cenário ideal para se implantar o rastreamento porque, para aumentar o diagnóstico de tumores com menos de dois centímetros, precisar-se-ia do exame mamográfico. A análise dos dados entre 2000 e 2009 mostrou que a introdução do rastreamento mamográfico permitiu diagnosticar tumores em estágio “0” (tumores que ainda não invadiram os tecidos mamários) e diminuiu os casos de tumores no estágio “II”, o que parece ser um bom resultado. Porém, observou-se um aumento progressivo de tumores no estágio “III” (casos avançados). Provavelmente, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, na vigência do rastreamento mamográfico, levaram a um aumento importante do contingente semanal de biópsias de mama em mulheres oriundas do rastreamento. O benefício do diagnóstico de cânceres no estágio “0” compensaria o aumento de cânceres no estágio III? Qual seria o impacto do rastreamento mamográfico em regiões menos favorecidas que Campinas? Estas são perguntas importantes a serem consideradas.

Os dados apresentados são claros em mostrar que, para as regiões mais desenvolvidas do país, onde há oferta suficiente e de qualidade de serviços de saúde, a queda do câncer do colo do útero é consistente. Garantir o acesso aos serviços de prevenção e controle a todas as mulheres, com aumento da captação para o rastreamento entre aquelas de maior risco para a doença, é o grande desafio que se colocaria para os próximos anos. Infelizmente, esta não é a mesma situação para o câncer da mama, onde as taxas de mortalidade tendem a aumentar em todo o território nacional. No entanto, muito pode ser feito em termos de possibilitar que mulheres diagnosticadas com tumores iniciais possam ter acesso a tratamento adequado e, com isto, ter a cura assegurada.

Considerando as questões aqui levantadas, para se garantir melhores indicadores populacionais específicos para os cânceres de mama e do colo do útero, faz-se necessário avançar na construção e implementação de uma política pública de saúde que integre as medidas disponíveis efetivas e atuais, inserindo ações preventivas articuladas com outros setores e garantindo o tratamento mais adequado a todas as mulheres que necessitarem. Uma ampla organização e integração dos profissionais de saúde, de pesquisadores, de representantes das sociedades científicas e, sobretudo, de representantes dos movimentos sociais organizados é fundamental para que esses desafios sejam alcançados.

Referências

Albuquerque, K. M.; Frias, P. G.; de Andrade, C. L. T.; Aquino, E. M. L.; Menezes, G.; Szwarcwald, C. L. “Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Sup 2), p. S301-9, 2009.

Alves, C. M. M.; Guerra, M. R.; Bastos, R. R. “Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005”. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, p. 1693-700, 2009.

Anttila, A.; Ronco, G.; Clifford, G.; Bray, F.; Hakama, M.; Arbyn, M.; Weiderpass, E. “Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries”. *British Journal of Cancer*, 91, p.935-41, 2004.

Antunes, J. L.; Wünsch-Filho, V. “The effect of performing corrections on reported uterine cancer mortality data in the city of São Paulo”. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39, p.1091-9, 2006.

Arbyn, M.; Rebolj, M.; De Kok, I. M.; Fender, M.; Becker, N.; O’Reilly, M.; Andrae, B. “The challenges of organising cervical screening programmes in the 15 old member states of the European Union”. *European Journal of Cancer*, 45, p. 2671-8, 2009.

Arbyn, M.; Anttila, A.; Jordan, J.; Ronco, G.; Schenck, U.; Segnan, N.; Wiener, H.; Herbert, A.; von Karsa, L. “European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening”. Second Edition —Summary Document. *Annals of Oncology*, 21, p. 448-58, 2010.

Azevedo e Silva, G.; Bustamante-Teixeira, M. T.; Guerra, M. R.; Moura, L. “Tendências e controle do câncer e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil”. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. p.365-84, 2009.

Azevedo e Silva, G.; Girianelli, V. R.; Gamarra, C. J.; Bustamante-Teixeira, M. T. “Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006”. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, p. 2399-407, 2010.

Azevedo e Silva, G.; Gamarra, C. J.; Girianelli, V. R.; Valente, J. G. “Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006”. *Revista Saúde Pública*, 45(6), p. 1009-18, 2011.

Bleggi Torres, L. F.; Werner, B.; Totsugui, J.; Collaço, L. M.; Aratujo S. R.; Huçulak, M.; Boza, E. J.; Fischer, R. M.; De Laat, L.; Sobbania, L. C.; Raggio,

A. "Cervical cancer screening program of Paraná: cost-effective model in a developing country". *Diagnostic Cytopathology*, 29, p. 49-54, 2003.

Boing, A. F.; Vargas, S. A. L.; Boing, A. C. "A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004". *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, p. 317-22, 2007.

Boyle, P. Breast cancer control: signs of progress, but more work required. *Breast*, 14 p. 429-38, 2005.

Curado, M. P.; Edwards, B.; Shin, H. R.; Storm, H.; Ferlay, J.; Heanue, M.; Boyle, P. "Cancer Incidence in Five Continents" vol. IX. Lyon: Iarc *Scientific Publication* n.º 160, p. 897, 2007.

Dias, M. B. K.; Tomazelli, J. G.; de Assis, M. "Rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006". *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19, p.293-306, 2010.

Diaz, M.; de Sanjose, S.; Ortendahl, J.; O'Shea, M.; Goldie, S. J.; Bosch, F. X.; Kim, J. J. "Cost-effectiveness of human papillomavirus vaccination and screening in Spain". *European Journal of Cancer*, 46, p.2973-2985, 2010.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F. "Globocan 2012, Cancer incidence and mortality worldwide": Iarc Cancer Base n.º 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>, 2013.

Fonseca, L.A.; Ramacciotti, A.S.; Eluf Neto, J. "Tendência da mortalidade por câncer do útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999". *Cadernos de Saúde Pública*, 20, p.136-42, 2004.

Freitas-Junior, R.; Freitas, N. M.; Curado, M. P.; Martins, E.; Moreira, M. A.; Silva, C. M. "Variations in breast cancer incidence per decade of life (Goiânia, GO, Brazil)": 16-year analysis. *Cancer Causes & Control*, 19, p. 681-7, 2008.

Freitas-Júnior, R.; Freitas, N. M. A.; Curado, M. P.; Martins, E.; Silva C. M. B.; Rahal, R. M. S.; Queiroz, G. S. "Incidence trend for breast cancer among young women in Goiânia, Brazil". *São Paulo Medical Journal*, 128, p. 81-84, 2010.

Fundação Oncocentro de São Paulo. Capacitação para gerentes de unidades básicas de saúde. Disponível em: http://www.fosp.saude.sp.gov.br/tecnico/dtc_capacita.html. Acesso em: 07.jun.2011.

Forman D.; Bray, F., Brewster, D. H.; Gombe Mbalawa, C.; Kohler, B.; Piñeros, M.; Steliarova-Foucher, E.; Swaminathan, R.; Ferlay, J. eds (2013). *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X* (electronic version) Lyon, Iarc. Disponível em: <http://ci5.iarc.fr>. Acesso em: 28.nov.2013.

Gamarra, C. J.; Valente, J. G; Silva, G. A. “Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo de útero no Brasil, 1996-2005”. *Revista de Saúde Pública*, 44, p. 629-38, 2010.

Garland, S. M.; Smith, J. S. Human Papillomavirus Vaccines. “Current status and future prospects”. *Drugs*, 70, p.1079-1098, 2010.

Gonçalves, A. T. C; Jobim, P. F. C.; Vanacor, R.; Nunes, L. N.; Albuquerque, I. M.; Bozzetti, M. C. “Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002”. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, p. 1785-90, 2007.

Iarc. Working group on evaluation of cervical cancer screening programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal*, 293, p. 659-64, 1986.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad) 2008 — Suplemento Saúde. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/default.shtm. Acesso em: 07. jun.2011.

Iwasaki, M.; Mameri, C. P; Hamada, G. S.; Tsugane, S. “Secular trends in cancer mortality among japanese immigrants in the State of São Paulo, Brazil, 1979-2001”. *European Journal of Cancer Prevention*, 17, p.1-8, 2008.

Lago, T. G. “Políticas nacionais de rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil. Análise do período 1998 a 2002”. Tese de Doutorado. Unicamp, Campinas, 2004.

Martins, E.; Curado, M. P.; Freitas, N. M.; de Oliveira, J. C.; Freitas Jr, R. “Increase in cervical adenocarcinoma rate in Goiânia, GO, Brazil”. *International Journal of Gynecological Cancer*, 19, p. 694-8, 2009.

Martin, L. F. L. ; Thuler, L. C. S. ; Valente, J. G. “Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literature”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, p. 485-92, 2005.

Matos, J. C. de; Carvalho, M. D.; Pelloso, S. M.; Uchimura, T. T.; Mathias, T. A. “Breast cancer mortality in women from Maringá city, Paraná State, Brazil”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30, p. 445-52, 2009.

Mendonça, V. J.; Guimarães, M. J. B.; Lorenzato, F. R. B.; Mendonça, J. G.; Menezes, T. C. “Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30, p. 248-55, 2008.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. “Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero: Informações Técnico-Gerenciais e Ações Desenvolvidas”. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. “Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão”. Diretrizes Operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. v. IV. Rio de Janeiro: Inca, 2010a.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. “Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo”. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2010b.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de ações estratégicas. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica. Sismama: Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2010c.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Informativo: Detecção Precoce. Janeiro, fevereiro e março/ 2010/ n°1. Rio de Janeiro: Inca, 2010d. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/inform.deteccaoprecoce.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2011.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Rastreamento_organizado_do_cancer_de_mama.pdf. Acesso em: 20 dez. 2013.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. “Atlas de Mortalidade por Câncer”. © 1996-2013. Rio de Janeiro: Inca, 2013. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade>. Acesso em: 26 nov. 2013.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. “Incidência de Câncer no Brasil: Estimativa 2014”. Rio de Janeiro: Inca, 2014. Disponível em <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 05 fev. 2014

Monteiro, D. L.; Trajano, A.J.; da Silva, K. S.; Russomano, F. B. “Doença cervical pré-invasiva e câncer cérvico-uterino em adolescentes brasileiras: prevalência e fatores associados”. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, p. 2539-48, 2006.

Monteiro, D. L. M.; Trajano, A. J.; Silva, K. S.; Russomano, F. B. “Incidência de lesões intra-epiteliais cervicais em população de adolescentes atendidas em serviço público de saúde no Rio de Janeiro, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, p. 1113-1122, 2009.

Moura, A. A. G.; Carvalho, E. F.; Silva, N. J. C. “Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), p. 1661-1672, 2007.

National Institute of Health. National Cancer Institute. Breast Cancer Screening. Health professional version. Disponível em: <http://www.cancer.gov/>

canertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional/AllPages. Acesso em: 21 mar. 2011.

Novaes, H. M. D. “A vacina contra HPV e o câncer de colo de útero: desafios para a sua incorporação em sistemas de saúde”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, p.505-525, 2008.

Oliveira, L. H.; Rosa, M. L.; Pereira, C. R.; Vasconcelos, G. A.; Silva, R. A.; Barrese, T. Z. et al. “Human papillomavirus status and cervical abnormalities in women from public and private health care in Rio de Janeiro State, Brazil”. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 48, p. 279-285, 2006.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Módulo de citología: procedimientos*. Washington, D.C.: OPS, 2000.

Ortega Jacome, G. P.; Koifman, R. J.; Rego Monteiro, G. T.; Koifman, S. “Environmental exposure and breast cancer among young women in Rio de Janeiro, Brazil”. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 73, p. 858-865, 2010.

Pedrosa, M. L.; Mattos, I. E.; Koifman, R. J. “Lesões intra-epiteliais cervicais em adolescentes: estudo dos achados citológicos entre 1999 e 2005, no Município do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, p. 2881-2890, 2008.

Pinho, A. P.; França Júnior, I.; Schraiber, L. B.; D’Oliveira, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, p. S303-S313, 2003.

Quinn, M.; Babb, P.; Jones, J.; Allen, E. “Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics”. *British Medical Journal*, 318(7188), p. 904-908, 1999.

Resende, M.; Abreu, E.; Lopes, E. R. “Projeto de expansão da prevenção e controle do câncer cérvico-uterino: plano de trabalho quinquenal — Período 1988-1993”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 34(4), p. 209-219, 1988.

Sankaranarayanan, R.; Thara, S.; Esmay, P. O.; Basu, P. "Cervical cancer: screening and therapeutic perspectives". *Medical principles and practice*, 17(5), p. 351-364, 2008.

Sarian, L. O.; Hammes, L. S.; Longatto-Filho, A.; Guarisi, R.; Derchain, S.F.; Roteli-Martins, C. et al. "Increased risk of oncogenic human papillomavirus infections and incident high-grade cervical intraepithelial neoplasia among smokers: experience from the Latin American screening study". *Sexually Transmitted Diseases*, 36(4), p. 241-248, 2009.

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenação de Controle de Doenças. Controvérsias sobre o rastreamento mamográfico. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa64_mamografia.htm. Acesso em: 07 jun. 2011.

Silva, V. L.; Leal, M. C. C.; Marino, J. G.; Marques, A. P. O. "Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), p. 1013-1023, 2008.

Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 15(1), p.45-51, 2006.

Thuler, L. C. S.; Zardo, L. M.; Zeferino, L. C. "Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde". *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 43, p. 103-114, 2007.

Viacava, F.; Souza-Jr, P. R.B.; Moreira, R. S. "Estimativas da cobertura de mamografia segundo inquéritos de saúde no Brasil". *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl 2), p. 117-125, 2009.

Zeferino, L. C. "O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(5), p. 213-215, 2008.

O câncer de colo do útero no Brasil¹

Luiz Antonio Teixeira

AS ÚLTIMAS DÉCADAS DO SÉCULO XIX MARCAM O DESENVOLVIMENTO de inovadoras técnicas médico-cirúrgicas para o tratamento de diferentes tipos de câncer. O desenvolvimento da anestesia e das técnicas de assepsia ocorrido anteriormente permitiram o surgimento da mastectomia radical, contra o câncer de mama, da histerectomia radical para frear o avanço do câncer de colo de útero e de cirurgias de cânceres do estômago. No entanto, apesar desse avanço nas técnicas de tratamento, o controle dos diversos tipos de câncer continuaria sendo, ainda por longo tempo, um grande desafio para a medicina.

Carente de um método capaz de se antecipar ao problema, o controle do câncer tinha na detecção precoce e na cirurgia suas principais bases. Todavia, tumores internos, como os cânceres de colo de útero, por sua difícil observação, eram ainda mais difíceis de serem diagnosticados ou tratados. O combate a esse tipo de câncer tinha nas cirurgias radicais de extirpação do útero e nas terapêuticas de caráter paliativo, os seus principais meios de atuação. Além disso, fatores de ordem moral e social contribuíam para agravar a situação, uma vez que muitas mulheres, por pressões da família ou pudor, deixavam de ir ao médico ou

¹ Pesquisa elaborada com auxílio financeiro do Programa de Bolsas de Produtividade da Universidade Estácio de Sá e com recursos do Edital Papes VI (Fiocruz). Uma versão inicial desse capítulo foi publicada na revista *História, ciência, saúde Manguinhos*.

só o faziam quando os sintomas atingiam níveis insuportáveis, casos em que o mal, já em estado avançado, não pode mais ser curado. Num cenário como esse, a busca de um diagnóstico precoce para tumores no colo era um privilégio para as poucas mulheres que tinham acesso aos consultórios e que se submetiam regularmente a exames ginecológicos.

Esse quadro permaneceu praticamente inalterado nas primeiras décadas do século XX, mesmo com os avanços verificados nos campos da ginecologia e da radioterapia aplicada ao câncer. A situação somente começaria a mudar nos anos 1940, com a disseminação da citologia esfoliativa (teste de Papanicolaou) e da colposcopia, procedimento que permite a observação do colo do útero por meio de um instrumento ótico chamado colposcópio. Empregadas como métodos de detecção precoce e, depois, de prevenção, essas técnicas permitiriam estender a um número cada vez maior de mulheres iniciativas eficazes de controle do câncer cervical.

No Brasil, a difusão de métodos preventivos e a ampliação de seu arco de cobertura obedeceram à lógica de desenvolvimento de nossa saúde pública, percorrendo um longo e tortuoso caminho. A prevenção em larga escala do câncer ginecológico expandiu-se lentamente pelas diversas regiões do país e, ainda assim, de maneira bastante desigual. As primeiras iniciativas datam dos anos 1960, mas foi somente a partir da década seguinte, com a adoção de campanhas de rastreamento, e, posteriormente, com a formatação de um programa nacional de controle da doença, que ações permanentes e de maior envergadura se tornaram realidade.

Nas últimas décadas, uma profusão de estudos acadêmicos internacionais, notadamente nas áreas da saúde coletiva, da sociologia e da história das ciências, vem se debruçando sobre os vários aspectos relacionados ao câncer de colo. Com diferentes perspectivas e abordagens, essas pesquisas têm incorporado

significativas contribuições ao tema. Dos diversos assuntos tratados por esses trabalhos, os mais recorrentes têm sido os problemas enfrentados no recrutamento e na formação de citotécnicos (Casper e Clarke, 1988); as dificuldades para a padronização da leitura das lâminas de Papanicolaou; a organização, os custos e a eficácia das campanhas de rastreamento (Hakama et al., 1985); o papel dos laboratórios nos programas de prevenção e controle da doença (Singleton, 1998); os efeitos do teste de Papanicolaou sobre o imaginário e as representações sociais de populações comunitárias (Gregg, 2003); e, por fim, a evolução dos conhecimentos e práticas relacionados à enfermidade (Löwy, 2011).

Especificamente sobre o Brasil e a América Latina, investigações recentes vêm abordando as peculiaridades e formas diferenciadas de desenvolvimento das técnicas de controle da doença nessas regiões. Um trabalho pioneiro foi publicado pela pesquisadora argentina Yolanda Eraso, que, ao estudar os casos de Brasil e Argentina, demonstrou como esses países, até a década de 1960, seguiram trajetória diversa daquela adotada na maior parte do mundo ocidental, com o emprego frequente da colposcopia — em vez do Papanicolaou — como exame inicial para o diagnóstico de câncer do colo do útero (Eraso, 2010). Eraso mostra que o interesse pela colposcopia nasceu da colaboração estabelecida por ginecologistas alemães com seus congêneres argentinos e brasileiros no período anterior à Segunda Guerra. Encerrado o conflito, esse intercâmbio seria retomado, contribuindo para consolidar a técnica colposcópica como principal meio de detecção do câncer de colo uterino por esses países.

Um ano após o lançamento do trabalho de Eraso, veio a público um estudo que elaboramos em parceria com a historiadora Ilana Löwy. Seguindo a mesma linha de investigação empregada pela pesquisadora argentina, procuramos recuperar o processo de utilização da colposcopia e da citologia pela medicina

brasileira, chamando a atenção para o fato de que a longa permanência da primeira como modelo de prevenção do câncer de colo do útero esteve ligada às configurações assumidas historicamente por nossa saúde pública e pela medicina do país. Com isso, buscamos demonstrar que a detecção precoce desse tipo câncer encontrou na colposcopia sua forma mais adequada durante o período em que o controle da enfermidade esteve a cargo principalmente da medicina privada e de iniciativas filantrópicas de curto alcance. A adoção do exame de Papanicolaou, ao contrário, somente assumiu o protagonismo quando a doença foi reconhecida como um problema de saúde pública e as fragilidades do sistema vieram à tona. Por ser capaz de atingir um número muito maior de pessoas, e a um custo menor, a citologia esfoliativa tornou-se a partir de então o centro das ações preventivas (Teixeira e Löwy, 2011).

A despeito de nossa já longa tradição com experiências de controle, o câncer de colo uterino continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e na América Latina, uma das regiões com maior incidência da enfermidade no mundo. Associado principalmente à infecção pelo HPV (papiloma vírus humano), denominação dada a um grupo de vírus na maioria das vezes transmitido por relações sexuais desprotegidas, o câncer de colo está também ligado a fatores como número de parceiros sexuais, tabagismo e condições de higiene. De forte conotação social, tais fatores amplificam o risco da doença entre os segmentos populacionais menos favorecidos, determinando sua associação com baixos níveis de renda e de escolaridade (Guerra et al., 2005)

Não é à toa que o câncer de colo é hoje reconhecido como uma doença da pobreza e do atraso, tendo em vista que já se conhecem os métodos para sua prevenção e controle. No Brasil, ele é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, sendo superado apenas pelo de mama, e corresponde à quarta

causa de morte por câncer entre mulheres no país (Brasil, 2011). Suas vítimas principais são as mulheres das camadas mais pobres, justamente aquelas que enfrentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Thuler, 2008).

O presente capítulo busca fornecer um amplo painel sobre o câncer de colo do útero no Brasil, investigando as peculiaridades que marcaram historicamente o combate à doença no país. Com isso, pretendemos oferecer não apenas uma contribuição à literatura sobre o tema, mas subsidiar o debate sobre as ações atualmente empregadas em seu controle e as razões da renitente persistência da enfermidade em nossos índices epidemiológicos.

O diagnóstico do câncer de colo do útero na Europa e Estados Unidos

Até o início dos anos 1920, as alternativas disponíveis para o combate ao câncer de colo uterino praticamente restringiam-se às técnicas de cauterização do tumor e de ablação parcial ou total do útero. Entretanto, no alvorecer da segunda década do século, novos caminhos para o controle da doença começavam a se descortinar nos centros europeus e norte-americanos de pesquisa.

Em 1924, um ginecologista alemão chamado Hans Hinselmann desenvolveu um aparelho para a observação visual do colo do útero. Batizado de colposcópio, o instrumento era um tipo de lupa binocular adaptada para a identificação de alterações celulares na cérvix e de outras patologias ginecológicas. Em 1933, nove anos depois da descoberta de Hinselmann, foi a vez de outro ginecologista, dessa feita o austríaco Walter Schiller, anunciar uma nova técnica. Schiller demonstrou que o diagnóstico de anomalias cervicais podia ser obtido mais facilmente com a coloração do colo do útero por uma solução de iodo (lugol), visto que as regiões alteradas não eram impregnadas pelo líquido e

mantinham a sua coloração inalterada. O emprego combinado da colposcopia e da coloração de lugol, quando bem realizado, permitia a identificação de lesões precursoras e de pequenas lesões malignas passíveis de cauterização (Löwy, 2011). As duas técnicas foram adotadas na Alemanha, Áustria e Suíça durante a década de 1930, mas não chegaram a se expandir para outros países. A única exceção foi a América Latina, que sofria forte influência da ciência praticada na Alemanha nesse período.²

Mais ou menos na mesma época, mas trabalhando numa perspectiva diversa, o médico grego George Papanicolaou observou que um exame acurado dos esfregaços retirados do colo do útero podia revelar a presença de lesões potencialmente cancerosas. Radicado nos Estados Unidos, Papanicolaou publicou, em 1941, em parceria com o patologista norte-americano Herbert Traut, seu primeiro trabalho sobre a nova técnica (Papanicolaou e Traut, 1941). Chamado de teste de Papanicolaou, o novo método foi concebido como um procedimento preliminar de investigação, devendo ser completado por outros exames mais específicos — colposcopia e biópsia dirigida —, quando a análise dos esfregaços indicasse a presença de anomalias pré-cancerosas.

Mesmo enfrentando algumas dificuldades técnicas iniciais, o estudo de Papanicolaou e Traut propagou-se rapidamente entre a comunidade médica ocidental. Por ser um método de baixo custo e não invasivo, logo se tornou um instrumento indispensável para o diagnóstico precoce de lesões no colo do útero e, conseqüentemente, para a prevenção do câncer nessa região (Casper e Clarke, 1988). A partir dos anos 1940, a tríade citologia, colposcopia e biópsia caracterizou o modelo clássico de controle preventivo da doença em grande parte do chamado

² Sobre o movimento médico-científico germânico e francês e sua influência na América Latina e Brasil, ver Sá, 2009. Sobre a migração da colposcopia para a América Latina, ver Eraso, 2010.

mundo desenvolvido. As mulheres iam a seus ginecologistas ou a ambulatórios preventivos e efetuavam o teste Papanicolaou. Caso fosse observada alguma anormalidade em seu exame, lhe era indicada a elaboração de uma colposcopia. No caso de ainda haver dúvidas, ou de existência de anomalias visíveis, uma biópsia localizada era prescrita.

Na década seguinte, a difusão do Papanicolaou permitiu o advento das primeiras campanhas de rastreamento populacional para a detecção do câncer de colo, depois transformadas em programas nacionais em vários países europeus (Löwy, 2011).

As primeiras iniciativas no Brasil

No Brasil, o câncer de colo de útero, durante longo tempo, mereceu pouca atenção dos especialistas. De meados do século XIX ao início do XX, eram raros os artigos sobre a enfermidade nos periódicos médicos do país. Os poucos trabalhos publicados tinham como temas principais as possibilidades de diagnóstico, as técnicas de amputação do útero e as terapias que utilizavam substâncias abrasivas para cauterizar o tumor (Gurgel, 1903). Nessa época, as chances de cura eram praticamente nulas, limitando-se aos casos de tumores localizados e ainda em estágio inicial. Os demais, principalmente quando o mal já havia se espalhado para outros tecidos e órgãos, eram geralmente considerados incuráveis.

A maior parte das mulheres com câncer de colo não era submetida a nenhum tipo de tratamento, já que a grande maioria não tinha acesso aos consultórios médicos. Muitas morriam vitimadas pela doença sem nem mesmo saber as causas de seu sofrimento ou as formas de minorá-lo. Para quem buscava tratamento, as alternativas eram as clínicas e consultórios privados, que recebiam as classes mais favorecidas, ou as instituições mutualistas e filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, que

atendiam o restante da população. O sistema público de saúde não era direcionado às doenças crônico-degenerativas, restringindo-se ao combate de epidemias e à regulamentação sanitária das áreas urbanas.³

Apesar de tudo, o interesse pela doença cresceu nas primeiras décadas do século XX, impulsionado pelas discussões mais gerais sobre o câncer⁴ e pelo desenvolvimento da radioterapia e das técnicas de histerectomia radical. Nesse período, os médicos se dividiam entre os que defendiam como método terapêutico a adoção de uma dessas técnicas ou a combinação das duas. E havia também aqueles que, a exemplo do médico Fernando Magalhães, advogavam o emprego de substâncias radioativas como o mesotório (isótopo do rádio), descoberto em 1905 (Magalhães, 1915). Seja qual fosse o método a ser utilizado, existia um relativo consenso entre os especialistas de que, em razão da inexistência de uma terapêutica eficaz, a melhor maneira de controlar o câncer de colo era o incentivo ao diagnóstico precoce, o que possibilitaria o tratamento dos casos iniciais por meio de cirurgia ou radioterapia (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

Embora, neste último caso, a avaliação estivesse correta, os poucos conhecimentos sobre o desenvolvimento da enfermidade fazia com que os médicos acreditassem que a procura por tratamento tão logo aparecessem os primeiros sintomas — sangramento anormal, dores etc. — fosse suficiente para estancar a evolução da doença. A percepção de que mesmo estas mulheres já pudessem ser portadoras de um câncer em estágio avançado e, por isso mesmo, imune às possibilidades terapêuticas então existentes, ainda levaria algum tempo para se afirmar (Löwy, 2011).

³ Sobre a transformação do câncer em problema de saúde pública, ver Teixeira, 2010.

⁴ Sobre o desenvolvimento das preocupações sociais com o câncer, ver o trabalho pioneiro de Patrick Pinel (Pinel, 1992).

Em fins da década de 1930, esse modo de pensar ainda se fazia presente. Um exemplo disso pode ser encontrado numa comunicação apresentada pelo cirurgião Nabuco de Gouveia à Sociedade Brasileira de Ginecologia no ano de 1938. Citando sua experiência de trabalho em centros de pesquisa europeus e norte-americanos, Gouveia enfatizava a necessidade de conscientizar as mulheres de seu importante papel na detecção precoce do câncer ginecológico, uma vez que somente elas podiam identificar os primeiros sinais da doença e relatá-los ao médico antes que o mal se propagasse. Em apoio a sua tese, o autor citava o exemplo da Suíça, onde era comum a produção de folhetos sobre a enfermidade para serem distribuídos em ambulatórios, clínicas, hospitais, fábricas e escolas, além de órgãos de classe que contassem com a presença do sexo feminino. Em linguagem acessível, o material explicava a ocorrência dos primeiros sintomas e como eles podiam ser identificados, alertando para que fossem comunicados ao médico assim que surgissem (Gouveia, 1938).

O Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil

O processo de renovação da ginecologia que, desde os anos 1920, vinha impactando as medicinas europeia e norte-americana, começou a marcar presença no Brasil na segunda metade da década seguinte, quando vieram a público os primeiros estudos acadêmicos brasileiros sobre a utilização da colposcopia na prevenção do câncer de colo. Esse movimento veio também acompanhado de importantes mudanças institucionais, como a que resultou na criação da cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1936. O concurso para chefiar a nova disciplina, até então subordinada à cadeira de cirurgia, foi vencido pelo médico Arnaldo de Moraes. Num sinal inequívoco dos novos tempos, a prova do concurso consistiu na identificação

de lesões cervicais por meio da observação ao colposcópio (Teixeira e Löwy, 2011; Lana, 2012).

Quando decidiu se candidatar à cátedra, Arnaldo de Moraes já era um ginecologista conhecido e respeitado. Em 1927, com a ajuda de uma bolsa da Fundação Rockfeller, concluiu especialização na John Hopkins University, nos Estados Unidos. Tinha também trabalhado com Hinselman na Alemanha, onde aprendeu a manejar as técnicas de colposcopia e conquistou considerável prestígio profissional.⁵ No mesmo ano de seu ingresso na faculdade, criou os *Anais Brasileiros de Ginecologia* (mais tarde *Jornal Brasileiro de Ginecologia*) e foi um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Ginecologia.

À frente da cátedra, uma das primeiras iniciativas de Moraes foi a organização de uma clínica para a disciplina. Inicialmente localizada no Hospital Estácio de Sá, ela foi idealizada como uma instituição de ponta, capaz de atrair pesquisadores interessados nas novas técnicas diagnósticas que vinham sendo desenvolvidas nos países de medicina mais avançada.

O câncer de colo do útero era um dos carros-chefes da instituição. Para liderar os estudos nessa área, Moraes mandou vir da Universidade de Berlim o ginecologista João Paulo Rieper, que aqui chegou em 1939. Rieper também havia estudado colposcopia com Hinselmann e ficou encarregado de introduzir a nova técnica na clínica. Além do colposcópio, trazia consigo a prática de observação da cérvix e um profundo conhecimento da intrincada classificação de anomalias do colo elaborada pelo ginecologista alemão (Teixeira e Löwy, 2011).

⁵ Quando do falecimento de Moraes, em 1961, o prestigioso jornal *Zentralblatt für Gynäkologie* (83, Jahrgang, 1961 Heft 43, p. 1701) homenageou o médico brasileiro com um necrológico em que se dizia ter perdido a ginecologia alemã “um amigo fiel, com alta capacidade científica, médica e humana”.

O primeiro trabalho de Rieper, afirmando a importância da colposcopia para a detecção precoce do câncer de colo do útero, veio a lume dois anos depois de sua chegada ao Brasil. Na conclusão do artigo, escrito em parceria com José de Castro Sthel Filho, ele alertava:

“É necessária uma campanha educacional do povo e dos médicos, o emprego sistemático da colposcopia de Hinselmann e da prova de Schiller, a instalação de maior número de preventórios especiais facilmente acessíveis e gratuitos e, finalmente, enfermeiras visitantes que garantam um controle constante das doentes” (Rieper e Sthel Filho, 1941, p.77).

Em sua tese de doutoramento, publicada em 1942, Rieper analisou os usos da colposcopia no diagnóstico de doenças ginecológicas. Nesse mesmo ano, outro assistente da clínica, Antônio Vespasiano Ramos, publicou em sua tese de docência a primeira referência que se tem notícia no Brasil sobre o uso da citologia esfoliativa como método de diagnóstico precoce de cânceres no colo do útero (Ramos, 1942). Isso, apenas um ano após a divulgação do trabalho de Papanicolaou.

A aglutinação de especialistas com domínio nas diferentes técnicas de diagnóstico foi fundamental para o delineamento do perfil da clínica (Teixeira e Löwy, 2011). Sob o comando de Moraes e seus assistentes, a unidade experimentou rápida expansão. Em 1942, suas instalações foram transferidas para o Hospital Moncorvo Filho, onde até hoje funciona. Cinco anos depois, transformou-se no Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A fim de consolidar os estudos sobre o câncer cervical, foi criado, em 1948, o Ambulatório Preventivo do Câncer Ginecológico, concebido para atuar como um centro de pesquisas e de atendimento ao público.

Moraes e seus colaboradores argumentavam que o emprego sistemático de colposcopia, citologia e biópsia no ambulatório elevava consideravelmente as chances de detecção precoce de lesões na cérvix, isso porque cada uma dessas técnicas permitia a identificação de diferentes atipias celulares do colo (Moraes, 1948). A opção pelo “modelo triplo” tinha por base a adoção da colposcopia e da citologia em todos os exames preventivos, assim como a realização de biópsias dos casos suspeitos ao colposcópico (Teixeira e Löwy, 2011).

O Instituto de Ginecologia do Rio de Janeiro foi pioneiro no Brasil no uso da colposcopia como primeiro escrutínio e da citologia como exame complementar para a identificação de lesões e tumores no colo (Teixeira e Löwy, 2011). Seguindo seu exemplo, outras instituições, como o Posto de Ginecologia da Cruz Vermelha de Belo Horizonte, MG, (1944), o Ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, SP, (1950) e o Centro de Triagem de Câncer de Colo do Útero do Instituto do Câncer, RJ, (1952) também adotaram o modelo triplo no rastreamento desse tipo de câncer.

Em trabalho recente, a historiadora Vanessa Lana sustenta que, juntamente com o Instituto de Belo Horizonte e o Hospital Aristides Maltez, de Salvador, BA, o Instituto de Ginecologia esteve na vanguarda de uma rede para a troca de informações e disseminação de iniciativas voltadas para o controle preventivo do câncer cervical no Brasil. Tal rede teria tido importante papel na posterior expansão das ações de controle da doença, que ocorreriam com as campanhas de rastreamento (Lana, 2012).

A expansão do modelo triplo encontrou um forte aliado na atuação dos técnicos do instituto em prol da institucionalização da colposcopia e da citologia no país. A vinda do próprio Hinselman ao Brasil e o envio de pesquisadores brasileiros ao exterior para aprender a nova técnica colposcópica também ajudaram a consolidar e expandir a especialidade (Teixeira e Löwy, 2011).

Nos anos 1950, o grupo liderado por Arnaldo de Moraes trabalhou intensamente para a consolidação de seu campo profissional, investindo na produção de artigos e na realização de encontros de especialistas do setor. Em 1956, Moraes e a médica Clarice do Amaral Ferreira, que vinha colaborando com o instituto, criaram a Sociedade Brasileira de Citologia, que dois anos depois organizou o seu primeiro simpósio nacional. Ainda em 1958, foi a vez da Sociedade Brasileira de Colposcopia, fundada sob a liderança de Clovis Salgado e do próprio Moraes. As duas instituições tiveram papel fundamental na institucionalização das práticas de prevenção do câncer cervical no país.

A partir da atuação pioneira do Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil, o emprego do binômio colposcopia/citologia na busca de alterações malignas do colo tornou-se consenso entre os ginecologistas. A grande novidade é que, nos anos 1960, a colposcopia perderia espaço para o teste de Papanicolaou, alçado à condição de grande protagonista das campanhas de prevenção e controle da doença no país.⁶

As primeiras campanhas

Os primórdios de uma política nacional de controle do câncer no Brasil remontam ao ano de 1942, quando foi criado o Serviço Nacional do Câncer. O SNC era formado pelo Instituto de Câncer (atual Inca) e a Campanha Nacional Contra o Câncer (CNCC), esta constituída por uma rede de hospitais estaduais e filantrópicos e instituições da sociedade civil — as ligas contra o câncer — que contavam com recursos do governo federal para prestar assistência aos doentes e desenvolver programas

⁶ Enquanto prevaleceu o modelo inaugurado pelo Instituto de Ginecologia, muitos médicos viam o Papanicolaou como um exame coadjuvante, a ser utilizado somente quando da observação de alterações no exame colposcópico (Teixeira e Löwy, 2011).

educativos. A atuação do Instituto Nacional de Câncer no Distrito Federal e as ações em âmbito regional patrocinadas por hospitais e ligas caracterizaram as iniciativas de controle do câncer no Brasil até a década de 1960 (Teixeira, 2009).

Especificamente em relação ao câncer de colo uterino, o período foi marcado por um modelo de atenção oportunístico, no qual mulheres que iam aos consultórios por diversos motivos eram recrutadas para investigação de tumores na cérvix. O atendimento era feito em laboratórios ginecológicos de universidades, consultórios privados ou conveniados a serviços de saúde dos institutos de pensão e em hospitais e ambulatórios públicos ou filantrópicos patrocinados pelo Serviço Nacional do Câncer.

Em 1957, o Rio de Janeiro contava com dez ambulatórios preventivos (Coutinho, 1957). Serviços similares também existiam nas capitais dos estados mais desenvolvidos, como São Paulo, Bahia e Minas Gerais. O alcance dessas iniciativas, entretanto, nunca foi muito expressivo. Em meados da década de 1970, quase 90% das mulheres cariocas ainda não tinham acesso aos serviços de prevenção do câncer de colo do útero (Rieper, Maldonado e Leite, 1977).

A fim de ampliar a cobertura, os ginecologistas mais identificados com a colposcopia sugeriram a transformação de cada posto ginecológico num centro médico voltado para a identificação precoce da doença. Para que isso fosse possível, diziam eles, seria necessário investir maciçamente na formação de médicos especializados na técnica colposcópica (Salgado e Rieper, 1970). Na prática, esse modelo jamais seria levado adiante, pois, cada vez que se falava em expansão da cobertura, a opção pelo Papanicolaou como exame padrão se impunha quase que naturalmente, visto ser ele uma técnica de baixo custo, feita rapidamente, e sem a necessidade de médicos especialistas ou custosas aparelhagens de precisão. Permitia, além disso, o exame de um número muito maior de mulheres num curto espaço de tempo, facilitando a

criação de postos volantes e a organização de campanhas pontuais de prevenção.

As primeiras iniciativas de emprego em larga escala da técnica citológica no Brasil datam do início dos anos 1960. A partir dessa época, o objetivo primordial dessas iniciativas deixaria de ser o recrutamento de pacientes que frequentavam os serviços de saúde por necessidades diversas. Agora, a palavra de ordem era convencer as mulheres a fazer o Papanicolaou nos postos ou mesmo levar o exame até elas.

No Rio de Janeiro, uma instituição voltada para a assistência social de crianças e mulheres carentes, criada em 1956 por Sarah Kubitschek — mulher do ex-governador de Minas Gerais (1951-1955) e então presidente da República, Juscelino Kubitschek (1956-1961) —, a Fundação das Pioneiras Sociais, havia inaugurado, em 1957, o Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, especializado no estudo de problemas ginecológicos. No âmbito desse instituto, foi instalado um serviço ambulatorial de prevenção do câncer de colo que assumiu a organização de campanhas volantes de controle da doença no estado.

Na década de 1970, a Fundação iria se transformar numa instituição de grande porte e expandir suas atividades para vários estados (Temperini, 2012). Ainda na década anterior, as Pioneiras passaram a manter uma frota de unidades móveis de saúde que percorria a capital e localidades do interior realizando coletas de Papanicolaou. A instituição teve um papel reconhecido no combate ao câncer ginecológico não apenas por suas campanhas — muitas delas feitas em parceria com outras organizações —, mas também por sua atuação na formação de técnicos capazes de viabilizar os seus projetos. Criada em 1968, a escola de formação de citotécnicos das Pioneiras Sociais foi precursora nesse tipo de iniciativa, servindo como modelo para a organização de cursos de capacitação desses profissionais em outras regiões do país (Teixeira, Porto e Sousa, 2012; Temperini, 2012).

Outra instituição relevante desse período, que atuou na elaboração de campanhas contra o câncer ginecológico, foi o Hospital Aristides Maltez, da Bahia. Pertencente à Liga Baiana de Combate ao Câncer, o hospital, no início, adotava a colposcopia como primeiro exame. A opção pelo Papanicolaou veio a partir de 1955, com o crescimento de suas atividades. O Maltez passou a investir em postos provisórios no interior do estado com o intuito de receber as mulheres que optassem pela utilização do Papanicolaou como exame inicial. As lâminas eram coletadas nos postos regionais e lidas na sede do hospital em Salvador. O recurso à colposcopia era feito para os casos suspeitos ou para sanar dúvidas. A partir de meados dos anos 1960, a atuação do hospital se ampliou com o estabelecimento de uma rede de unidades de coleta nos municípios do Recôncavo Baiano. Com funcionamento intermitente, estes postos realizavam ações pontuais de prevenção à doença (Lana, 2012).

As experiências de Pinotti e Sampaio Góes em São Paulo

Os primeiros programas de rastreamento populacional do câncer de colo do útero haviam surgido nos Estados Unidos e na Europa ainda nos anos 1950 (Löwy, 2010). Na década seguinte, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) passou a considerar a enfermidade um grave problema de saúde pública na América Latina. De forma geral, os diagnósticos patrocinados pela Opas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) denunciavam um quadro sanitário preocupante na região, caracterizado por baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças típicas da pobreza (OEA, 1961).

No caso específico do câncer de colo do útero, a Opas propunha como alternativa de controle a organização de campanhas de longo alcance em todo o continente latino-americano.

Essa posição vinha reforçar a opinião dos especialistas brasileiros empenhados na disseminação do rastreamento baseado no Papanicolaou como forma mais eficaz de enfrentamento da doença. Nesse contexto, ações inspiradas nos exemplos das Pioneiras Sociais e do Hospital Aristides Maltez tornar-se-iam cada vez mais comuns no Brasil.

Em 1965, sob a liderança do médico José Aristodemo Pinotti, um amplo programa de controle do câncer de colo uterino foi iniciado na região de Campinas, no interior de São Paulo. Especializado em ginecologia na Europa, Pinotti era um defensor de políticas públicas de saúde especialmente dedicadas às mulheres. Seu plano previa tornar o combate ao câncer ginecológico em Campinas um programa de ações permanentes para o controle da doença (Pinotti & Zeferino, 1987).

Vinculado ao departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e contando com o auxílio técnico da Opas, o programa liderado por Pinotti introduziu uma metodologia inovadora para a prevenção do câncer de colo. A fim de dinamizar o rastreamento e aumentar a cobertura, a coleta de Papanicolaou era feita por profissionais de saúde sem formação médica, alocados em unidades criadas para este fim, em postos municipais e estaduais de saúde. Todas as mulheres atendidas pelo programa faziam o teste. Pinotti também investiu na formação de citotécnicos e um laboratório central foi organizado apenas para a leitura das lâminas. O programa foi original em diversos aspectos e deixou como legado a montagem de uma extensa rede de cooperação envolvendo a universidade, postos de saúde, hospitais e instituições filantrópicas (Pinotti e Zeferino, 1987).

Outras iniciativas pioneiras em São Paulo seguiram a verdade aberta pelo programa de Campinas. Em 1967, a partir de um convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, foi criado, no Hospital Filantrópico São Camilo, o Instituto São Camilo de

Prevenção e Tratamento do Câncer Ginecológico, cuja direção foi entregue ao ginecologista João Carlos Sampaio Góes Junior. O convênio previa o repasse de verbas e a alocação de dois médicos da secretaria para o instituto. Sob a batuta de Sampaio Góes, o São Camilo inaugurou o primeiro serviço de detecção em massa do câncer ginecológico da cidade de São Paulo.

Já no ano seguinte, e mais uma vez contando com a ajuda financeira do governo do estado, Góes fundou o Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia (Ibepog), uma entidade privada sem fins lucrativos, voltada para a promoção de estudos e ações relacionadas ao controle do câncer de colo. Nos anos seguintes à sua criação, o Ibepog patrocinaria diversas ações de controle do câncer de colo em São Paulo. Em 1970, por exemplo, uma campanha iniciada em São Caetano do Sul colocou em prática o mesmo modelo do programa de Campinas: rastreamento primário por Papanicolaou, paramédicos na coleta do exame e análise das lâminas num centro médico criado pela prefeitura. O recrutamento das mulheres era feito por propaganda ou até mesmo por busca ativa. Aquelas que necessitavam de tratamento eram encaminhadas para os hospitais de câncer do estado. Em três anos, o programa atendeu 51.227 mulheres (Capucci, 2003).

O rastreamento se expande

No início dos anos 1970, a ênfase na prevenção e na atenção primária como ações primordiais no campo da saúde, em especial nos países em desenvolvimento, começava a ganhar corpo e a se consolidar nos fóruns internacionais do setor. Na América Latina, esse movimento era liderado pela Opa e vinha acompanhado da defesa do planejamento das ações em saúde e do combate prioritário às doenças típicas da pobreza, entre elas patologias transmissíveis e evitáveis.

No Brasil, essas ideias foram abraçadas tanto pelos sanitaristas reunidos no movimento pela reforma sanitária⁷, como pelos técnicos ocupados com a formulação das políticas do Ministério da Saúde. As ações desses dois grupos, distintos entre si, acabaram por convergir no sentido de ampliar a assistência às populações menos favorecidas e de estender as ações básicas de saúde. Nesse contexto, o câncer de colo uterino passava a ser encarado como uma questão premente de saúde pública por um número cada vez maior de especialistas, tornando-se presença obrigatória nas agendas de instituições filantrópicas e do Poder Executivo nos três níveis de governo. Ao longo da década, as ações de combate ao câncer cervical continuariam a se expandir.

Um exemplo da importância que o câncer ginecológico e, particularmente, o Papanicolaou adquiriram nessa época pode ser encontrado numa petição que a Associação Paulista de Combate ao Câncer encaminhou ao Ministério do Trabalho, em 1970, solicitando a inclusão do teste na lista de exames obrigatórios para ingresso no serviço público. Perdida em meio à burocracia da pasta, a iniciativa seria retomada três anos depois pelo ginecologista Alberto Coutinho, do Instituto Nacional de Câncer (Inca). Na época, um projeto de lei redigido pelo médico chegou ser encaminhado ao Ministério da Saúde.⁸ A proposta de Coutinho era ainda mais ambiciosa, pois estendia a obrigatoriedade do exame para admissão em empregos privados, emissão de documentos e até concessão de empréstimos, entre outras atividades. Mesmo

⁷ Iniciada nos anos 1970, a luta de diversos setores sociais por reformas na saúde iria desaguar, na década seguinte, num vigoroso movimento pela reforma sanitária. Formado por sanitaristas e outros profissionais da área médica, e tendo como princípios básicos os lemas *saúde e democracia* e *saúde para todos*, esse grupo esteve na vanguarda das transformações que dariam origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Previsto na Constituição de 1988, o SUS poria fim à tradicional divisão entre a medicina previdenciária e a saúde pública no país.

⁸ Ver Arquivo do Ministério da Saúde, Coreg, Caixa 569, maço 2402-2496.

contando com o apoio da Divisão Nacional do Câncer e das ligas de combate à doença, seu projeto foi considerado inviável e acabou sendo abandonado. De qualquer maneira, o episódio demonstra o grau de importância que a prevenção do câncer de colo havia adquirido no seio da classe médica, isso numa época em que as ações de saúde de caráter preventivo eram consideradas obrigatórias apenas para as doenças transmissíveis.

Na metade dos anos 1970, a adoção de campanhas de rastreamento baseadas no uso do teste de Papanicolaou já era consenso entre os cancerologistas brasileiros. Para tanto, haviam certamente concorrido a consolidação da técnica em nível internacional e os bons resultados obtidos, com seu emprego em larga escala, por diversos programas estaduais.

Em 1975, o estado de São Paulo iniciou um programa permanente de prevenção do câncer de colo do útero inspirado em suas experiências anteriores em Campinas e também na capital. Organizado pela Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO), instituição criada por Sampaio Góes em 1974 e por ele dirigida, o programa possuía uma extensa rede integrada de coleta de Papanicolaou, formada por postos de saúde estaduais e municipais, consultórios privados e até unidades móveis (ônibus e vagões de trens). A leitura dos exames era feita na própria FCPO e os tratamentos e cirurgias encaminhados para o hospital do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), sucessor do Ibepog (Capucci, 2003). Posteriormente, um novo programa foi implementado para atender a Zona Leste da capital (Góes Junior et al., 1979).

Em nível nacional, as ações de combate ao câncer ganharam impulso com o lançamento, em setembro de 1973, do Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC). Subordinado à Divisão Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, então dirigida por Sampaio Góes, o PNCC foi concebido como um instrumento de coordenação e planejamento das iniciativas de combate à

doença. Inicialmente, foi feito um levantamento das instalações e equipamentos existentes no país que eram utilizados no controle do câncer. Esse estudo deu origem a um plano para equipar as unidades públicas e privadas do instrumental necessário a suas funções. O PNCC foi financiado com recursos previstos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), lançado no final de 1974. Para a sua execução, foram reservados CR\$ 220 milhões, ou U\$ 37 milhões, segundo a cotação da moeda americana na época (Capucci, 2003).

No PNCC, a prevenção ao câncer de colo mereceu atenção prioritária. Por intermédio de um convênio com a Opas, o governo patrocinou cursos para a formação de citotécnicos; estimulou a normatização dos registros da doença; auxiliou campanhas de rastreamento desenvolvidas por secretarias estaduais de saúde, hospitais do câncer e organizações da sociedade civil (Lago, 2004). A fim de atrair o capital privado, foi instituído o reembolso de todos os procedimentos realizados por hospitais e laboratórios particulares. Segundo técnicos da área, a medida teria sido fundamental para a difusão do Papanicolaou.⁹

No âmbito do Ministério da Previdência Social, iniciativa similar ao PNCC seria adotada com a criação do Programa de Controle do Câncer (PCC), que vigorou de 1976 a 1980. O PCC pretendia articular a prevenção e o tratamento do câncer pela medicina previdenciária com a rede de ambulatórios e hospitais da saúde pública. Sua contribuição mais importante foi a universalização formal dos procedimentos de controle do câncer, o que, ao menos teoricamente, permitia a qualquer cidadão dispor de tratamento gratuito pelo sistema previdenciário

⁹ Sobre a importância do financiamento público dos exames realizados pela iniciativa privada na popularização do Papanicolaou, ver o depoimento de Edmur Flavio Pastorelo ao programa de História Oral do Projeto História do Câncer — Atores, Cenários e Políticas Públicas (Brasil, 2012).

(Teixeira, Porto e Noronha, 2012). Vistos em conjunto, tanto o PNCC quanto o PCC deixaram como herança a introdução da ideia de planejamento integrado como princípio fundamental das políticas de combate ao câncer no país (Teixeira, Porto e Noronha, 2012).

Apesar dos avanços, a crise econômica que atingiu o Brasil no final dos anos 1970 e, com ela, as frequentes mudanças de orientação das políticas de saúde, fez com que o câncer perdesse momentaneamente o lugar de destaque que havia conquistado nas agendas governamentais. A não inclusão do PNCC no III Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado em 1980, fechou a torneira dos recursos canalizados exclusivamente para o controle da doença, prejudicando a continuidade de campanhas e programas. Com isso, o combate ao câncer voltava ser objeto, juntamente com outras enfermidades, apenas dos procedimentos de rotina adotados pelos ministérios da Saúde e da Previdência Social.

Como resultado, em meados dos anos 1980, o controle do câncer cervical era ainda bastante limitado no país. Uma pesquisa do Inca divulgada em 1984 revelou que apenas 7% das unidades básicas de saúde dos estados ofereciam o Papanicolaou. Na esfera da medicina previdenciária, não havia informações disponíveis, mas projeções feitas a partir do número de consultas ginecológicas realizadas indicavam que menos de 16% das mulheres brasileiras acima dos 15 anos haviam se submetido ao exame (Aquino et al., 1986).

Ações e campanhas nacionais: o PAISM e o Viva Mulher

Desde a segunda metade dos anos 1970 era cada vez maior o número de especialistas brasileiros que viam os altos índices de câncer cervical no país como um problema em grande parte derivado das precárias condições de vida da população e de nossa

profunda desigualdade social. Muitos estudos também relacionavam a sua prevalência a fatores como gravidez e vida sexual precoces, multiplicidade de parceiros sexuais, falta de higiene e carência nutricional (Pinotti, 1976; Giordano e Casanova, 1976 e Martins et al., 1976).

A vinculação da doença a práticas sexuais inadequadas vinha crescendo desde que o infectologista alemão Harald zur Hausen, em 1975, passara a sustentar que o câncer de colo do útero estava associado a um vírus responsável pelo aparecimento de verrugas genitais. Dois anos depois, seus estudos mostraram que esse vírus era o HPV, cujas cepas 16 e 18 (identificadas por Hausen e colaboradores no início dos anos 1980) estavam ligadas à doença (Löwy, 2011).

Os fatores acima descritos, aliados à percepção do câncer de colo como uma doença transmitida sexualmente e associada à infecção pelo HPV, ajudaram a consolidar o ponto de vista dos que defendiam intervenções mais abrangentes e voltadas para os grupos sociais menos favorecidos, os quais, vivendo em condições de pobreza e com baixo nível educacional, eram as vítimas preferenciais da doença.

Em grande medida, a ampliação das políticas públicas de prevenção ao câncer de colo foi resultado do fortalecimento dos movimentos de mulheres que lutavam por melhores condições de saúde. O fim do regime militar (1964-1985) e o contexto de redemocratização do país fizeram avançar esse processo e criaram as condições para que alguns questionamentos ganhassem ressonância e influenciassem setores do governo. Um exemplo disso foi a crítica da área biomédica da Unicamp endereçada aos programas verticais de saúde, que eram direcionados a problemas e públicos-alvo específicos. Foi a partir dessa crítica que nasceu o conceito de assistência integral à saúde da mulher, ideia que fundamentou a elaboração de um programa de bases nacionais no âmbito do Ministério da Saúde (Osis, 1994).

Lançado em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PaisM) guardava inicialmente estreita relação com as iniciativas governamentais de controle da natalidade. Porém, sob a influência dos movimentos sociais, seu escopo de atuação foi sendo progressivamente ampliado para incluir medidas direcionadas ao planejamento familiar, à melhoria do atendimento na rede pública e ao controle das doenças de maior incidência entre o sexo feminino (Osis, 1998). Naturalmente, um dos alvos prioritários do programa era o câncer de colo do útero, que passou a receber maior atenção do ministério por meio do fortalecimento das ações educativas e da ampliação da oferta de exames citopatológicos (Pinho, 2003).

As novas orientações no campo da saúde e, particularmente, no controle do câncer ainda levariam alguns anos para conquistar a hegemonia das políticas do setor. Foi somente com a nova Constituição, promulgada em 5 de outubro de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde que as bandeiras da chamada Reforma Sanitária começaram a se institucionalizar de uma maneira mais efetiva. Na época, a influência do movimento social pela reforma sanitária durante os trabalhos constituintes foi considerável, especialmente na votação do capítulo da Saúde e da Seguridade Social. O artigo 196 da nova Carta, que define o conceito de saúde, é um exemplo disso. Diz ele:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2013).

Ao consagrar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, unificar os sistemas público e previdenciário e colocar em primeiro plano as ações preventivas, os constituintes forneceram

ao Ministério da Saúde as bases institucionais para uma atuação mais expressiva no campo da saúde pública. Em relação ao câncer de colo, a grande mudança institucional viria com a implantação de um programa nacional de rastreamento visando o controle da doença.

Em meados dos anos 1990, a questão da saúde da mulher estava de novo em alta no Brasil e também no exterior. Sob o patrocínio da Organização das Nações Unidas (ONU), em outubro de 1995 reuniu-se em Pequim, na China, a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, que contou com milhares de participantes de diversas regiões do globo. O encontro fora convocado com o objetivo de discutir principalmente a condição da mulher nos países pobres. A delegação oficial do Brasil, composta por 25 membros, foi presidida pela primeira-dama Ruth Cardoso. O país enviou para a conferência cerca de 300 delegadas. Mais de 800 grupos do movimento social de mulheres ajudaram a organizar a participação brasileira.

No encontro, Ruth Cardoso assumiu o compromisso de liderar iniciativas que levassem à diminuição dos assustadores índices de morte por câncer cervical registrados no país (Santinha, 2012, Thuler, 2011). De volta ao Brasil, a primeira-dama anunciou a criação pelo governo de um Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, lançado em 1996. Nascia assim o Programa Viva Mulher, cuja execução ficou inicialmente a cargo do Instituto Nacional de Câncer.

Em razão da reforma sanitária, o Inca, a essa altura, já havia se transformado no principal órgão de referência do SUS para o controle do câncer. Além de ter assumido o Programa de Oncologia (Pro-Onco), uma antiga estrutura técnico-administrativa da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, o instituto marcava forte presença nas áreas de informação, educação e prevenção dos diversos tipos da doença, trabalhando em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, serviços e

hospitais de câncer, universidades e organizações da sociedade civil (Abreu, 1997).

A fim de por em prática o compromisso assumido pelo Brasil em Pequim, o Inca deu início em 1997 a um projeto piloto em seis regiões do país: Belém (PA); Curitiba (PR); Tabatinga, Ceilândia e Samambaia (Brasília); Recife (PE); Rio de Janeiro (Zona Oeste da capital); e Aracaju (SE). Os objetivos principais do projeto, nesse momento, eram a ampliação do acesso ao Papanicolaou, especialmente para as mulheres incluídas nos grupos de risco, e a garantia de tratamento adequado para todos os casos positivos (Brasil, 2012).

O Viva Mulher funcionou sob a direção do Inca até agosto de 1998, quando o governo decidiu transformá-lo numa campanha de abrangência nacional coordenada pela Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde. Na ocasião, estipulou-se como metas principais da campanha — realizada entre os dias 18 de agosto e 30 de setembro — três objetivos:

- 1) coleta de material citológico para teste de Papanicolaou em 70% das mulheres com idade entre 35 e 49 anos e que nunca tivessem realizado o exame;
- 2) entrega de todos os resultados em mais ou menos um mês;
- 3) acompanhamento do tratamento de todas as mulheres com citologia positiva até que tivessem alta (Lago, 2004).

Obstáculos de diversas naturezas, no entanto, impediram que esses propósitos fossem plenamente concretizados. O despreparo do sistema de saúde brasileiro para lidar com um grande número de exames; deficiências do sistema eletrônico de informações do SUS; baixa qualificação das instituições e profissionais encarregados da leitura das lâminas; bem como dificuldades no acompanhamento de mulheres com citologia positiva, foram alguns dos problemas apontados (Thuler, 2011).

Uma nova campanha, realizada entre os dias 18 de março e 30 de abril de 2002, teve como público-alvo mulheres na faixa de

35 a 49 anos que ainda não tinham feito o preventivo ou que não realizavam o exame havia mais de três anos. Coordenada pelo Inca — que em abril de 1999 havia reassumido a condução do Viva Mulher —, essa segunda fase do programa, também chamada de fase de intensificação, registrou o atendimento de quase quatro milhões de mulheres, segundo dados do instituto.¹⁰

Após analisar os resultados dessas duas campanhas, o Inca concluiu que uma política adequada de controle do câncer ginecológico deveria estar baseada na oferta regular de exames citológicos pelas unidades de saúde do país. De posse dessa avaliação, o governo resolveu transformar o Viva Mulher num programa permanente e de âmbito nacional para o combate ao câncer de colo (Brasil, 2002).

A partir de então, o Viva Mulher redirecionou suas prioridades para o aperfeiçoamento da rede de atenção oncológica por meio do oferecimento de assessoria técnica aos estados, da modernização dos sistemas de informação e da revisão dos indicadores de monitoramento das ações do programa (Brasil, 2002). Apesar dos problemas enfrentados por suas campanhas e da inexistência de dados epidemiológicos que permitam uma melhor avaliação de suas atividades, pode-se dizer que o programa foi responsável por uma sensível ampliação dos índices de utilização do Papanicolaou no país, os quais apontaram um crescimento da ordem de 80%, entre 1995 e 2003, considerando-se o número anual de exames registrados no SUS (Lago, 2004).

Conclusão

Como afirmamos no início do texto, apesar dos avanços na difusão de medidas preventivas, o câncer do colo do útero

¹⁰ Sobre a trajetória do projeto Viva Mulher, ver: http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/cancercoloutero/site/home/historico_programa++/historico

permanece sendo um sério problema de saúde no Brasil. A persistência da doença, em especial nas regiões mais pobres do país, revela — além da óbvia dificuldade relacionada às condições de vida — a falta de organização adequada do sistema de saúde e as suas limitações em relação às disparidades regionais. Mais do que isso, reflete o processo histórico da lenta e diferenciada incorporação de segmentos populacionais às preocupações da saúde pública e a relação desse processo com o desenvolvimento técnico científico.

As primeiras ações de saúde direcionadas à prevenção do câncer de colo se relacionaram ao desenvolvimento das técnicas de prevenção da doença e se dirigiam às poucas mulheres que frequentavam consultórios privados ou as que, por motivos de saúde diversos, faziam uso dos serviços ginecológicos de âmbito universitário ou filantrópico.

A padronização das técnicas de prevenção em larga escala do câncer de colo e a importância que ele adquiriu em nível mundial (na América Latina, principalmente em razão de ações patrocinadas pela Opas) criaram as condições para o surgimento, no Brasil, das primeiras campanhas locais de controle da doença, contrastando, nesse sentido, com um cenário antes restrito a iniciativas acadêmicas ou provenientes das medicinas privada e filantrópica.

Num momento posterior, principalmente a partir da segunda metade da década de 1970, o seu reconhecimento como uma doença da pobreza e, na sequência, como um mal transmitido sexualmente pelo vírus HPV tiveram grande significado na montagem de uma política nacional de controle. A esse processo veio se juntar a contribuição dos movimentos sociais femininos dedicados à luta por uma saúde de qualidade para as mulheres, especialmente as mais pobres. Tudo isso somado fez com que o câncer de colo se tornasse um alvo permanente das políticas de saúde no Brasil e no mundo em fins dos anos 1980.

A unificação dos sistemas público e previdenciário e a implantação do SUS a partir de 1990 propiciaram a organização de uma ampla campanha de rastreamento do câncer cervical no país, iniciativa que daria origem a um programa nacional de caráter permanente voltado principalmente para o atendimento de mulheres em condições vulneráveis e sem acesso aos serviços diagnósticos da medicina privada.

Com o Viva Mulher, o Brasil buscava seguir o exemplo de vários países que haviam adotado com sucesso programas de rastreamento na tentativa de reduzir os índices de câncer de colo. Um estudo publicado em 1997 indicava que, de 17 países observados, 11 haviam conseguido diminuir consideravelmente as taxas de incidência da doença, variando de 27% na Noruega a 77% na Finlândia (Gustafsson et al., 1997).

Por aqui, entretanto, essa realidade não transformou rapidamente, e as taxas de mortalidade pela doença continuaram, teimosamente próximas dos índices registrados nos anos anteriores ao lançamento do Viva Mulher¹¹, ainda permanecendo muito altas na atualidade (ver capítulo 2). E isso a despeito dos inegáveis avanços verificados no campo da prevenção à enfermidade.

A explicação para o fenômeno pode ser buscada em vários fatores. De maneira genérica, a cobertura do Papanicolaou é ainda bastante heterogênea, segundo as diversas regiões do país, tendo alcançado uma média nacional de menos de 70% da população feminina no ano de 2003. Estudos da OMS consideram esse índice insuficiente, visto que, para influenciar as taxas de mortalidade da doença, faz-se necessária uma taxa de cobertura

¹¹ Segundo Martins, Thuler e Valente (2005, p. 486) “As taxas ajustadas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam moderadamente altas no país e, do ponto de vista temporal, vêm se mantendo estáveis: em 1979, a taxa era de 4,97/100.000, ao passo que, em 2002, era de 5,03/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 1,2%”

de pelo menos 80% (Martins, Thuler e Valente, 2005). Sintomaticamente, as regiões com maior incidência de câncer de colo (Norte e Centro-Oeste) são justamente aquelas que apresentam os maiores óbices de acesso aos serviços de saúde e, por consequência, menor cobertura de Papanicolaou.

Além das dificuldades de acesso, outras variáveis ajudam a entender a relativamente baixa adesão ao teste citológico. Mulheres com pouca escolaridade, renda familiar reduzida e as mais jovens são as que menos fazem o preventivo. A falta de conhecimento sobre a doença e o exame, assim como temores relacionados ao tratamento, fazem com que muitas delas não participem das campanhas. Em trabalho sobre o Nordeste do Brasil, Fernandes et al. sustentam que

(...) as mulheres da área urbana, de classe média, aquelas com maior escolaridade, as solteiras, e as que usam algum método contraceptivo, apresentaram maior adequação do conhecimento sobre o exame. Isso poderia ser explicado pelo maior acesso às informações sobre o exame e mais oportunidades para fazê-lo. No caso das solteiras e as que utilizam algum método contraceptivo, o maior conhecimento adequado pode ser devido ao fato de elas procurarem mais por orientação médica no sentido de evitar gravidez não planejada (Fernandes et al., 2009, p. 855).

Aspectos de natureza cultural também estão na origem de barreiras que dificultam a propagação do uso da citologia esfoliativa. O pudor que muitas mulheres revelam quando se deparam com a possibilidade de serem examinadas por homens; o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a situação; preconceitos de ordem moral relacionados ao fato da enfermidade frequentemente vir associada a determinados padrões de

comportamento sexual e o risco do teste denunciar a existência de doenças sexualmente transmissíveis são outros tantos empecilhos interpostos a um movimento mais expressivo de adesão ao Papanicolaou (Cruz, e Loureiro, 2008).

Outro gargalo do controle do câncer de colo do útero é a qualidade dos exames. Isso se deve, em larga medida, à falta de uma legislação que regulamente o mercado de trabalho dos citotécnicos, de forma a garantir o monopólio da leitura das lâminas a profissionais treinados e especificamente habilitados para este fim.¹² A inexistência de regulamentação nessa área coloca em suspeição a fidedignidade dos testes, abrindo espaço para o surgimento de número significativo de resultados falsos negativos que podem mascarar o desenvolvimento da doença em mulheres cobertas pelo sistema de saúde.

Alguns estudos têm mostrado que a questão da qualidade é também afetada pela pouca informação disponível sobre os laboratórios privados que prestam serviços ao SUS.¹³ Uma efetiva resolução desse problema torna-se, portanto, fundamental para uma melhor avaliação da qualidade dos exames oferecidos pelo país e, conseqüentemente, para a tomada de decisões que aumentem a sua confiabilidade.

Os diversos aspectos acima mencionados servem para ilustrar algumas das especificidades que ajudaram a conformar o caráter do desenvolvimento técnico-científico e das políticas de saúde voltadas para o controle do câncer cervical no Brasil. Entretanto, nossas dificuldades nessa área não podem ser totalmente assimiladas sem uma real compreensão do perfil assumido

¹² Para uma análise sobre a formação dos citotécnicos no país, ver Teixeira, Porto e Souza, 2012.

¹³ Sobre os laboratórios produtores de exames citológicos, ver Thuler, Zardo e Zefirino, 2007.

historicamente por nosso sistema de saúde. Nesse terreno — importa destacar — a tensão entre o público e o privado é central.

Embora o país, há mais de duas décadas, conte com um sistema público e universal de saúde, a presença da iniciativa privada na oferta de serviços é considerável. O setor responde por cerca de 25% do atendimento à população, oferecido principalmente por meio de planos e seguros privados de saúde, além de hospitais e ambulatórios pagos por desembolso direto. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS. Em 1998, 24,5% dos brasileiros possuíam seguro de saúde — dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% destinados a funcionários públicos. Esse índice chegou a 26% em 2008. O rendimento somado dos planos em 2009 foi de R\$ 63 bilhões, cerca de US\$ 27 bilhões (Victoria et al., 2011). A grande maioria dos planos é consumida pela população com nível de renda mais elevado. Os planos oferecem diferentes padrões de atendimento e seus procedimentos são pouco normatizados, abrindo espaço para práticas que muitas vezes conflitam com os interesses dos pacientes.

Essa dicotomia do sistema faz com que o país conviva com dois regimes diferenciados de controle do câncer ginecológico. As mulheres mais pobres fazem os seus exames preventivos nos postos de saúde públicos, ao passo que as de classe média e alta, cobertas por planos de saúde, costumam fazê-los em clínicas e consultórios médicos particulares. As primeiras, de acordo com as diretrizes das agências internacionais, submetem-se inicialmente a dois exames consecutivos anuais. Depois disso, não sendo constatada a presença de lesões no colo, os casos negativos são orientados a retornar a cada três anos. A regra vale para mulheres entre 25 e 64 anos.

As que procuram atendimento privado, ao contrário, costumam fazer o preventivo anualmente, mesmo quando os resultados são negativos. Moraes et al. (2011) demonstram que as mulheres que possuem planos de saúde, independentemente de

sua situação socioeconômica ou cultural, têm 26,1% mais chances de realizar o Papanicolaou do que as que são atendidas pelo SUS. Essa situação gera o incômodo paradoxo de que as mulheres com maior probabilidade de desenvolver o câncer de colo são justamente as que menos realizam exames periódicos (Teixeira e Löwy, 2011).

Mais recentemente, as discussões sobre o controle do câncer cervical ganharam destaque com o surgimento de propostas para a incorporação da vacina contra o HPV no grupo de imunobiológicos distribuídos gratuitamente pelo SUS. Também aqui, a questão enfrentou um condicionamento derivado do caráter ambíguo de nosso sistema de saúde. Enquanto segmentos do setor público discutiam a conveniência da adoção da vacina tendo em vista as especificidades de nosso contexto social, grupos de pressão ligados aos grandes laboratórios praticavam *lobby* junto ao governo para que o Estado incluísse a vacina em sua carta de serviços. Visto que o produto é adquirido a preços altos nas clínicas privadas, a medida favoreceria de imediato a classe média e os produtores privados, estes obviamente interessados nos elevados ganhos que a ampliação do mercado certamente iria proporcionar.

Em 2013, o Sistema Único de Saúde incluiu a vacina contra o HPV em sua cesta de imunizantes (Brasil, 2013), começando a distribuí-la para as meninas brasileiras em março de 2014. Essa medida reaviva as esperanças de mudanças no quadro de controle do câncer de colo do útero no país, pois sua ampla utilização poder reduzir os problemas relacionados à cobertura e qualidade do exame de Papanicolaou. No entanto, os especialistas advertem que somente a criação de um programa de vacinação não garante o controle da doença, à medida que sua utilização pode se restringir à cobertura de grupos sob risco mais baixo — visto as populações sob maior risco muitas vezes viverem em localidades isoladas e em condições de sobrevivência e realidades

culturais que dificultam a aceitação da vacina.¹⁴ Também nesse ponto, os resultados práticos de nossa técnico-ciência se relacionam à especificidade local de nossa organização social.

A persistência do câncer ginecológico, principalmente nas localidades mais pobres, revela o quão ainda estamos atrasados em relação a uma organização mais adequada de nosso sistema de saúde. Porém, mais do que isso, ela é reflexo do lento e diferenciando processo de incorporação de segmentos populacionais à saúde pública brasileira, bem como da relação desse movimento com a evolução técnico-científica dos conhecimentos relativos ao câncer de colo.

Referências bibliográficas

Abreu, E. de. “Pro-Onco 10 anos”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.43, n.4, p. 237-238, 1997.

Aquino, E. M. L. et al. “Situação atual da detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, v.2, n.1, p. 53-65, mar. 1986.

Armstrong, N.; Murphy, E. “Weaving meaning? An exploration of the interplay between lay and professional understanding of cervical cancer risk”. *Social Sciences and Medicine*, 67(7), p.1074-1082, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório de atividades 1995-1996*. Rio de Janeiro: Inca, 1997. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_9596/realizacoes.html

¹⁴ Depoimento de Luiz Carlos Zeferino ao projeto História do câncer: atores, cenários e políticas públicas, realizada em 07/05/2010 - Duração: 2h22. Acervo Coc / Fiocruz.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Relatórios de atividades 2000-2009*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Viva Mulher: câncer do colo do útero, informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas*. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer / Fundação Oswaldo Cruz. Depoimentos para a história do controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca / Fiocruz, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 54, de 18 de novembro de 2013. *Torna pública a decisão incorporar a vacina quadrivalente contra HPV na prevenção do câncer de colo do útero no Sistema Único de Saúde — SUS*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2013/prt0054_18_11_2013.html. Acesso em: 25 jul.2014

Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

Capucci, F. *Filosofia Sampaio Góes*: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — IBCC 35 anos. São Paulo: Editora Activa Comunicação, 2003.

Casper, M.; Clarke, A. E. “Making Pap smear into the ‘right tool’ for the job: Cervical cancer screening in the USA, circa 1940—1995”. *Social Studies of Science*, 28(2) p.255-290, 1998.

Clarke, A. E. et al. Biomedicalization: “Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68 (april), p.161-194, 2003.

Coutinho, A. A educação na luta contra o câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 14(17), p.5-63, 1957.

Cruz, L. M. B. da; Loureiro, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, p. 120-131, 2008.

Eraso, Y. "Migrating techniques, multiplying diagnoses: the contribution of Argentina and Brazil to early 'detection policy' in cervical cancer". *História, ciências, saúde: Manguinhos*, v.17, supl.1, p.33-51, 2010.

Fernandes, J. V. et al. "Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil". *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n.5, p.851-858, 2009.

Guerra, Maximiliano Ribeiro; Gallo, Cláudia Vitória de Moura; Azevedo, Gulnar e Mendonça, Silva. "Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes". *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(3), p. 227-234.

Giordano, C.; Casanova, R. "Aspectos epidemiológicos do carcinoma do colo uterino". *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 81(2), p. 71-78, 1976.

Goes Junior, J. C. S. et al. "Primeiros achados sobre detecção e prevenção do câncer uterino no Projeto Zona Leste, São Paulo". *Ginecologia Brasileira*, n.9, p.89-90, 1979.

Gouveia, N. "Comunicação à Sociedade Brasileira de Gynecologia". *Brazil-Medico: revista semanal de medicina e cirurgia*, v. VI, ano III, p.526, 1938.

Gregg, J. L. *Virtually virgins: sexual strategies and cervical cancer in Recife, Brazil*. Stanford, California: Stanford University Press, 2003.

Gurgel, N. "Comunicação à Sociedade Científica Protetora da Infância em 30 de maio de 1903". *Brazil-Medico*, ano XVII, n.23, p. 412, 15 jun. 1903.

Gustafsson, L. et al. "International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening". *Cancer Causes Control*, 8(5), p. 755-63, 1997.

Hakama, M. et al. "Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer". *British Journal of Cancer*, 52, p. 669-673, 1985.

Lago, T. G. Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998-2002. (Tese de doutorado). Campinas: Unicamp, 2004.

Lana, V. Ferramentas, práticas e saberes: a formação de uma rede institucional para a prevenção do câncer de colo de útero no Brasil — 1936-1970. (Tese de doutorado). programa de pós-graduação em História das Ciências da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2012.

Löwy, I. *A woman's disease: the history of cervical cancer*. New York, Oxford University Press, 2011.

Löwy, I. *Cancer de chercheurs cancer de cliniciens: trajectoire d'une innovation thérapeutique*. Paris: Editions des archives contemporaines, 2002.

Löwy, I. *Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery*. Baltimore: The Johns University Press, 2010.

Magalhães, F. "O mesothorio no tratamento do cancro uterino". *Brazil-Medico*, ano XXIX, n.5, p. 41-42, 8 fev. 1915.

Martins, L. F. L.; Thuler, L. C.; Valente, J. G. "Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura". *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.27, n.8, p.485-492, agosto, 2005.

Martins, N. V. et al. Prevenção do câncer ginecológico: estudo socioeconômico, colposcópico e cito e histológico. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 81 (4), p.185-187, 1976.

Moraes, A. de. Consultório preventivo de câncer ginecológico. *Anais Brasileiros de Ginecologia*, ano XIII, 25 (3), p.47-49, mar. 1948.

Moraes, J. R. de et al. Relação entre plano de saúde e a realização do exame Papanicolaou: uma aplicação de escore de propensão usando um inquérito amostral complexo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.14, n.4. p. 589-597, 2011.

OEA. Carta de Punta del Este. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, p. 477-488, nov. 1961.

Osis, M. J. M. D. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. (Dissertação de Mestrado) Campinas: Unicamp, 1994.

Osis, M. J. M. D. Paisim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, supl.1, 1998.

Papanicolaou, G.; Traut H. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 42, p.193-206, 1941.

Pinell, P. Naissance d'un fléau: histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940). Paris: Métailié, 1992.

Pinho, Adriana de Araujo. "Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 3 (1), p. 95-112. 2003.

Pinotti, J. A. "Experiência crítica do controle de câncer cérvico-uterino de Campinas — Brasil". *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 82(4), p. 461-471, 1976.

Pinotti, J. A.; Zeferino, L. C. *Programa de controle de câncer cérvico-uterino*. Campinas: Editora da Unicamp, 1987, série Saúde da Mulher.

Ramos A. V. Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino. Tese de doutoramento em medicina. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, 1942.

Rieper, J. P. Sobre o valor prático da colposcopia: estudos baseados em 1.100 observações. (Tese de doutoramento). Rio de Janeiro: Gráfica Sauer, 1942.

Rieper J. P.; Maldonado, H.; Leite, E. C. "Inquérito sobre as atividades de prevenção do câncer do colo uterino no Rio de Janeiro, 1975". *Ginecologia Brasileira*, 9, p.131-134, 1977.

Rieper J. P.; STHEL FILHO, J. C. "Considerações sobre frequência, diagnóstico e tratamento de câncer nos últimos quatro anos". *Anais Brasileiros de Ginecologia*, ano VI, v.11, n.1, p. 66-78, jan. 1914.

Sá, M. R. et al. "Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942". *História, ciência, saúde : Mangui-nhos*, v.16, n.1, p.247-261, 2009.

Salgado, C.; Rieper, J. P. *Colposcopia*. Rio de Janeiro: Fename/Ministério da Educação e Cultura, 1970.

Santinha, Maria do Espírito Santo. Depoimento concedido ao projeto História do câncer: atores, cenários e políticas públicas, Rio de Janeiro, 1 de junho de 2012.

Singleton, V. Stabilizing Instabilities: the role of the laboratory in the nited kingdom cervical screening programe. BERG, M; MOL, A. (ed.). *Unraveling practices, techniques, and dodies*. Durhan and London: Durke University Press, p.86-104, 1998.

Teixeira, L. A. O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*, v.2, n.1, jan./jun.2009, p.104-117.

Teixeira, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, ciências, saúde: Manguinhos*, v.17, supl.1, p.13-31, jul. 2010.

Teixeira, L. A.; FONSECA, C. M. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o Inca e o controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2007.

Teixeira, L. A.; Löwy, I. Imperfect tools for a difficult job: colposcopy, ‘colpocytology’ and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science*, 41(4), p. 585-608, 2011.

Teixeira, L. A.; Porto, M. A.; Noronha, C. P. *O câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras/Faperj, 2012.

Teixeira, L. A.; Porto, M. A. T.; Souza, L. P. A. “A expansão do rastreio do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22 (2), p.713-731, 2012.

Temperini, R. S. “Fundação das Pioneiras Sociais — contribuição inovadora para o controle do câncer do colo do útero no Brasil (1956-1970)”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(3), p. 339-349, 2012.

Thuler, L. C. S. “Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil”. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(5), p. 216-218, 2008.

Thuler, L. C. S.; Zardo, L.; Zeferino, L. C. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 43(2), p. 103-114, abril, 2007.

Thuler, Luís C. Depoimento concedido ao projeto “História do Câncer — Atores, cenários e políticas públicas”, Rio de Janeiro, 9 de outubro de 2011.

Victora, C. G. et al. “Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward”. *The Lancet*, v.377, n. 9782, p.2042-2053, 2011.

Zentralblatt fur Gynäkologie. 83, Jahrgang (ano) 1961, heft (edição) 43, p.1701.

O exame certo para mulheres certas: Papanicolaou e feminilidade na perspectiva de mulheres de bairros populares de Salvador, BA

Ana María Rico

Porque é necessário compreender a perspectiva das mulheres?

Apesar de ser uma doença evitável e tratável, o câncer do colo do útero ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil. Assim como em outros países de baixa e média renda, as ações de prevenção da doença têm como principal obstáculo a cobertura insuficiente do rastreamento (Arrossi, Paolino e Sankaranarayanan, 2010; Brasil, 2010; Lewis, 2004). A despeito dos avanços decorrentes da incorporação do câncer do colo do útero na agenda sanitária brasileira¹, persistem dificuldades no que diz respeito às mulheres em maior risco de desenvolver a

¹ Com a Política Nacional de Atenção Oncológica e com o Pacto pela Saúde, o controle do câncer do colo do útero passou a fazer parte dos planos de saúde estaduais e municipais, verificando-se um aumento dos municípios que realizam Papanicolaou pela expansão da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2010). A doença foi também incluída, junto com o câncer de mama, no Pacto pela Vida (Brasil, 2006; Brasil, 2009).

enfermidade. Mesmo que avaliações recentes destaquem melhoras na cobertura do Papanicolaou², o acesso ao exame continua sendo problemático nas áreas mais pobres e as taxas de mortalidade ascendentes em zonas rurais das regiões Norte e Nordeste contrastam com a tendência nacional descendente (Schmidt et al., 2011). Sendo que mulheres de cor preta ou parda apresentam maior prevalência de não realização do exame, resulta necessário destacar a desigualdade racial no acesso ao Papanicolaou (Amorim et al., 2006; Santos et al., 2007; Albuquerque et al., 2009; Bairros et al., 2011). Por sua vez, o adoecimento e a morte das mulheres por câncer cervical acarretam consequências negativas para as condições de vida das suas famílias³, intensificando a pobreza e a vulnerabilidade social de segmentos populacionais desfavorecidos de antemão (Arrossi et al., 2007). Em suma, o câncer cérvico-uterino traz à tona a questão da iniquidade em saúde a diferentes níveis de análise: atingindo regiões desiguais ou menos desenvolvidas, e afetando especialmente às mulheres de menor nível sócio-econômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ele traça perfis de saúde evitáveis e injustos que requerem ser modificados. Esse quadro evidencia, conseqüentemente, a necessidade de as políticas preventivas definirem estratégias orientadas aos grupos mais vulneráveis à doença.

Entretanto, o mero fornecimento de informações não é suficiente para gerar as mudanças esperadas, pelo fato delas negligenciarem os fatores sociais e culturais que intervêm na adoção de práticas preventivas pela população (Uchôa, Vidal, 1994). Por este motivo, consideramos que para implementar intervenções

² Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2008, 84% das mulheres entre 25 e 59 anos relatou ter feito pelo menos um Papanicolaou nos três anos anteriores (Schmidt et al., 2011)

³ Tais como a perda de emprego, a perda de ingressos e a evasão escolar das crianças do lar.

de saúde efetivas é fundamental conhecer como interagem as informações providas pelos programas, as ações dos serviços de saúde e as concepções e práticas da população. Neste sentido, destacamos a importância dos programas de saúde se basearem no conhecimento das formas de pensar e agir dos grupos nos quais se espera intervir. Seguindo Uchôa e Vidal (1994), afirmamos que, longe do universo sociocultural dos grupos vulneráveis ser considerado um obstáculo à efetividade das ações, ele deve ser valorizado como o âmbito onde se enraizam as concepções e as atitudes adotadas face à doença.

Apesar do controle do câncer estar se tornando uma realidade possível — sobretudo, no que diz respeito ao cérvico-uterino — esta noção ainda não parece estar plenamente incorporada ao repertório cultural da sociedade (Gomes, Skaba, Vieira et al., 2002). Por esse motivo, é necessário que as políticas sanitárias lidem não só com intervenções técnicas visando superar os obstáculos de acessibilidade para a prevenção do câncer cervical, mas também com a dimensão simbólica da problemática. Isto é, não só é importante abordar as barreiras estruturais para a participação das mulheres no rastreamento, mas também é necessário conhecer os significados que o câncer cérvico-uterino e as práticas preventivas têm para elas. Neste sentido, um amplo leque de questões pode interferir na forma em que as mulheres se vinculam com as práticas de prevenção do câncer do colo do útero, incluindo elementos tão diversos como: suas percepções sobre a possibilidade/impossibilidade de prevenção e cura da doença, suas ideias sobre as causas desta, e a influência de valores morais, em decorrência do vínculo com a sexualidade. Também podem resultar relevantes os significados conferidos às práticas preventivas em geral e ao Papanicolaou em particular, assim como o papel social atribuído às mulheres como mães e cuidadoras, dentre outros.

Diante deste panorama, que evidencia a complexidade da problemática, adotamos o gênero como enfoque analítico,

assumindo que a vulnerabilidade de determinadas mulheres diante do câncer cervical decorre de relações sociais assimétricas e dos papéis socialmente atribuídos a elas, em virtude de uma distinção aparentemente natural entre mulheres e homens (Scott, 1995). Porém, longe de considerar o gênero como um construto discursivo de caráter fixo, partimos do pressuposto de que ele é produzido no cotidiano através de práticas diversas, tomando como foco aquelas que estão associadas ao cuidado à saúde (Butler, 2003; Courtenay, 2000; Bush, 2000).

Ao analisar os discursos atuais sobre a saúde e o risco, a dimensão moral, associada ao cuidado de si e aos exames preventivos, ganha destaque entre vários autores, evidenciando que essas ações transcendem suas finalidades médicas (Castiel, Álvarez-Dardet Díaz, 2007; Almeida Filho, Castiel, Ayres, 2009; Moore e Burgess, 2012; Howson, 1999). Neste sentido, consideramos que o estudo da prevenção do câncer cérvico-uterino requer problematizar a interação entre gênero e cuidado da saúde à luz do processo de *medicalização* do corpo feminino. Apesar de que esse processo poderia implicar o aumento do controle sobre o próprio corpo por parte das mulheres, preocupa-nos a possibilidade de que esse esteja, pelo contrário, *agudizando* a dependência feminina ao poder médico. Diante dessas inquietações, esperamos contribuir para ampliar a compreensão das práticas de prevenção do câncer de colo do útero entre mulheres de camadas populares da capital baiana, indagando quais valores colocam-se em jogo na sua realização e explorando como significados e práticas são permeados por discursos morais relativos ao gênero e à sexualidade em um contexto marcado pela *medicalização* do corpo feminino.

Este estudo qualitativo foi realizado com 15 mulheres com idades entre 24 e 68 anos⁴, residentes em bairros do Distrito Sa-

⁴ Para uma melhor caracterização das participantes do estudo, ver: Rico, A.M. (2012). Cabe salientar que os nomes das participantes são fictícios, visando garantir

nitário da Liberdade, cuja população é predominantemente negra e de baixa renda. O trabalho de campo foi feito entre agosto e dezembro de 2011. Foram realizadas entrevistas e observações, sendo as principais dimensões abordadas nas entrevistas: cuidado de si e da família; cuidados da saúde sexual; significados do câncer do colo do útero e do Papanicolaou; práticas de cuidado e relações de gênero.

Para a análise dos dados produzidos, adotamos a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977; Bauer, 2002). Através da classificação e codificação do material, buscamos elaborar uma interpretação final que colocasse em diálogo nossos posicionamentos teóricos e a bibliografia disponível sobre o tema, e que atendessem ao particular contexto sociocultural em que as nossas informantes estavam inseridas.

O que as mulheres pensam: usos sociais do Papanicolaou e significados do câncer

Uma considerável parte da bibliografia sobre as dificuldades para o rastreamento do câncer do colo do útero em cenários de baixa e média renda chama a atenção sobre o desconhecimento de mulheres de camadas populares acerca da doença e do Papanicolaou (Fylan, 1988; ACCP, 2004; Duavy et al., 2007; Fernandes et. al., 2009). Conferindo um papel central à disponibilidade de informação para a adoção de práticas preventivas, diversos estudos destacam a associação entre o conhecimento sobre a citologia cervical e a sua realização (Amorim et al., 2006; Wood, Jewkes, Abrahams, 1997; Bingham et al., 2003). Várias dessas pesquisas mostram que as mulheres conferem diversas

o anonimato. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC-UFBA (n°021-11 CEP/ISC), pela Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e pelo Distrito Sanitário da Liberdade.

funções ao Papanicolaou, considerando-o genericamente como um método de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, como uma forma de prevenção ou como um meio de tratamento para doenças associadas com as “partes femininas”. Entre nossas entrevistadas a situação não é diferente: enquanto umas poucas vinculam o exame à prevenção do câncer cérvico-uterino, algumas o associam com a prevenção do câncer do útero e com a detecção de infecções, miomas e outras doenças nesse órgão. Entretanto, a maioria considera que o Papanicolaou permite conferir o estado de saúde das “partes da gente”, prevenir ou detectar doenças sexualmente transmissíveis e outros problemas em diferentes partes do aparato reprodutor feminino:

Por exemplo, se você tiver com início de qualquer... doença ou qualquer coisa, o preventivo ele lhe acusa. Se você tiver... como é que diz, um tumor, você pode vê se ele é benigno, se é maligno... Se você tiver... outro tipo de doença no seu útero ou... ou na sua... sua vagina, entendeu? (Patrícia, 60 anos, mora com o parceiro).

Eu sei que existem várias doença venérea, né? Que pelo preventivo pode sê... pode sê diagnosticada (Leila, 47 anos, com parceiro casado, mora com uma filha separada).

... toda mulher sabe que... o preventivo é pra ver o câncer, uma inflamação, um corrimento brabo, né? Porque... tem corrimento que... é sério mesmo, né? Qué ver é uma doença, que ela (*a mulher*) pode estar com outra doença, sem ser um câncer. (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Por sua vez, algumas de nossas informantes com maior nível educativo demonstram preocupação sobre o fato de que as mulheres realizam a citologia cervical sem conhecer sua função nem compreender o que significa o resultado:

A médica pediu e é... necessário pra nossa saúde, né? Mas, a grande maioria, 'A médica pediu, eu vou fazer', sem saber por que é importante. E hoje já está mais esclarecido, tá mais claro para as pessoas... que é necessário você cuidar de sua saúde. Exame ginecológico. É tanto que você vai encontrar as clínicas lotadas. (...) E é exame certo, que toda mulher quer fazer (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Têm mulheres que não sabem... Ah, tá, faço preventivo, mas por que eu faço preventivo? Qual a importância de ficar lá, aquela mulher metendo lá aquele negócio em mim, me futucando? E porque? Aí, depois ela me dá um papelzinho com uma bola, uma bolinha no meio e um bocado de furinho. Que é aquilo? (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

Apesar de que tentaremos refletir sobre esta inquietação ao longo deste trabalho, podemos intuir desde já que, para além das diversas funções e graus de especificidade conferidos ao Papanicolaou pelas entrevistadas, a importância que realizar o exame tem para elas transcende a sua utilidade técnica. Esta valoração parece radicar, dentre outros elementos, na possibilidade atribuída a este de informar sobre o estado da saúde sexual feminina em termos abrangentes. As frequentes alusões das participantes da investigação à questão visual podem ser interpretadas seguindo essa lógica: ao permitir “ver o corpo por dentro”, ao mostrar

“como funcionam as coisas por dentro”, o Papanicolaou contribuiria para avaliar o funcionamento interno do corpo, cujo conhecimento seria de outra forma inacessível às mulheres. Assim, a “metáfora visual” (Wood, Jewkes e Abrahams, 1997) apresenta-se reiteradamente entre nossas informantes:

Você tá... por fora você tá bem. Mas por dentro, você sabe como é que você tá? (Regina, 30 anos, solteira, mora com um filho pequeno).

Agora se a gente não for pra médico vai saber o que é que tem? A gente sabe se vê por dentro? (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Situando-nos no processo de medicalização do corpo feminino

Apesar de que a condição humana é inevitavelmente corporal, ela está longe de ser universal e meramente natural. Efeito de elaborações sociais singulares em diferentes épocas e grupos, o corpo resulta inseparável da cultura (Le Breton, 2010; Helman, 2007). É por isso que os fenômenos relativos a ele, como a saúde, a doença e o cuidado, também e encontram forçosamente atrelados a contextos sociohistóricos particulares. Neste sentido, os aportes de Foucault sobre o papel da medicina na configuração moderna da corporalidade e seus efeitos em relação ao corpo feminino resultam altamente relevantes. Através das suas pesquisas sobre os mecanismos do poder no Ocidente, Foucault identifica uma tendência crescente de *objetualização* do corpo. Ele aponta como, mediante novas economias de poder, de caráter positivo e produtivo, a “política do corpo” configurou a subjetividade moderna através de um abrangente processo

de disciplinamento dos corpos, tornando-os objetos de saber ao tempo em que os submete a minuciosos regimes de funcionamento e controle. O poder sobre a vida desenvolve-se de duas formas interligadas e com diferentes escalas, tomando o corpo como alvo principal. A biopolítica, com foco no “corpo-espécie”, preocupa-se pelos fenômenos populacionais (os nascimentos, a mortalidade e a salubridade, dentre outros, que passam a ser de interesse estratégico do Estado). A segunda centra-se no “corpo como máquina”, na procura da maximização da sua utilidade e docilidade. Desenvolve-se, assim, uma “tecnologia de duas faces — anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida” (Foucault, 1979, p. 131). Em um contexto em que o controle social é exercido *no* corpo e *com* o corpo, “a medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1977, p. 5), um dos agentes de ligação da subjetivação disciplinar, na medida em que ela oficia como denominador comum no projeto pelo qual o corpo individual e social torna-se alvo da microfísica do poder (Foucault, 1991).

Considerando o papel central da ciência médica na subjetivação moderna, vale a pena refletir sobre a *medicalização* da vida. Esta pode ser entendida como o processo mediante o qual experiências, problemas e dimensões da vida que se encontravam fora da alçada médica passam a ser definidos e tratados em termos de doenças ou de desordens, isto é, como problemas médicos (Conrad, 2007). Tratando-se de um problema de definição, a *medicalização* da vida pode experimentar momentos de expansão, de contração ou inclusive de reversão, em função da correlação das forças sociais que participam dele. Isto implica que, longe de ser uma tendência monopolizada pela medicina⁵,

⁵ Esse outro fenômeno é conceituado por Conrad em termos de “imperialismo médico”, para diferenciá-lo do processo de *medicalização*.

se trata de uma ação coletiva em cujo desenvolvimento o papel da população também deve ser considerado.

Conrad assinala os corpos femininos como alvos privilegiados deste processo, que opera sobre variados aspectos da vida das mulheres, tais como a menstruação, o controle da natalidade, a gravidez, o parto e a menopausa, dentre outros. Foucault (1979) aponta a “*histerização do corpo da mulher*” como uma produção estratégica dos primeiros dispositivos de saber e poder a respeito da sexualidade. Evidenciando a influência do discurso médico na criação/regulação da sexualidade feminina, o autor a caracteriza como o “tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado — qualificado e desqualificado — como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização” (Foucault, 1979, p. 99). No mesmo sentido, Lupton (1994) destaca o papel da ginecologia na legitimação da concepção de que a sexualidade e a reprodução seriam esferas mais características das mulheres do que dos homens. De forma similar, Rohden (2002) aponta a preocupação da incipiente ginecologia brasileira do século XIX com a delimitação do papel social de cada sexo, e com o atrelamento da feminilidade à função reprodutiva.⁶ Para além do interesse pelo estudo das doenças das mulheres, aquela disciplina pretendia se

⁶ Segundo a autora, a ginecologia “definiu-se enquanto a especialidade guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher, de modo que

legitimar como a “ciência da feminidade e da diferença sexual” (Rohden, 2002, p. 122). Evidenciando a continuidade do processo, Howson (1999) mostra que grande parte das estratégias populacionais de prevenção foca-se no corpo feminino, dirigindo-se às mulheres no seu caráter de mães e cuidadoras.

Feminilidade, fragilidade e reprodução

Os elementos mencionados acima podem ser rastreados no discurso das nossas informantes, que traçam uma clara distinção entre homens e mulheres no que diz respeito ao cuidado à saúde. Em princípio, elas definem o corpo feminino em termos que remetem a uma sorte de vulnerabilidade constitutiva, caracterizando as “partes da gente” como “frágeis”, “sensíveis” e “delicadas”. Os homens, entretanto, são assinalados como transmissores de doenças cujas consequências são mais graves para elas, pelo fato de ameaçarem a capacidade reprodutiva feminina. Além de sustentarem percepções sobre a diferente susceptibilidade dos sexos diante das doenças, estas noções justificam diferenças em relação às práticas de cuidado de mulheres e homens: segundo todas as participantes da pesquisa, as mulheres velam mais por sua saúde do que os homens, especialmente através de ações preventivas ligadas à saúde ginecológica, enquanto eles só procurariam atendimento como último recurso diante de mal-estares já instalados:

E eles (*os homens*) que são principalmente os transmissores das DSTs, num é? Porque eles muitas vezes têm, mas não se manifesta. Né? Mas só basta ter um contato com uma mulher que acaba se manifestando. Então assim a gente (*as mulheres*) é muito assim, porta aberta,

a maternidade fosse bem encaminhada, a reprodução garantida e a ordem social cristalizada” (Rohden, 2002, p. 115).

falar no termo popular mesmo, pra qualquer tipo de doenças (Marlene, 36 anos, solteira, mora sozinha).

Homem tem medo (*de ir ao médico*). Mulher tem, mas sabe que tem que ir, vai. Ela tem na consciência que ela tem que ir. Se não for é pior. Se não vai procurar um ginecologista hoje, amanhã vai ta cheia de miome e aí? Depois se ter alguma coisa que provocou uma infertilidade, não vai poder mais parir (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

O último depoimento permite advertir a vigência de uma sorte de imperativo feminino de monitoramento da saúde com foco na dimensão reprodutiva, que ganha sentido à luz da influência do processo de *medicalização* na configuração das experiências corporais das mulheres. Neste sentido, concordamos com Courtenay (2000) em que as crenças e as práticas em saúde constituem formas de construir o gênero. Isto é, sem a pretensão de conferir à biomedicina o papel de vilã da história, é necessário reconhecer que, através das suas técnicas e prescrições, ela contribui, de modo coerente com a concepção positiva do poder cunhada por Foucault (1991), para a produção de subjetividades, que são sempre *generificadas*. Cabe lembrar que “Na verdade o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção” (Foucault, 1991, p. 172).

O Papanicolaou é, com efeito, descrito por várias das nossas informantes como um dentre os diversos procedimentos médicos que fazem parte do que é ser mulher.⁷ A responsabilidade

⁷ A citologia cervical também é associada com o desenvolvimento feminino, como evidencia o caso de Rita, nossa informante mais nova. Com 24 anos de idade na época, ela marca uma clara diferença entre o Papanicolaou que tinha realizado

feminina pelo cuidado preventivo da saúde sexual, que atribui às mulheres o dever de automonitoramento (Kaufert, 2000; Mishra, Graham, 2012), leva-nos a considerar a influência do discurso médico do rastreamento de câncer cervical na configuração da feminilidade. Desta maneira, a “junção mulher — Papanicolaou” evidencia que o discurso médico, mais do que uma forma de controle do corpo feminino, é uma base para a construção da feminilidade (Bush, 2000). Esta última seria, em função do caráter performativo do gênero (Butler, 2003), produzida e reproduzida através da reiteração de práticas como a citologia cervical. O atrelamento entre Papanicolaou e feminilidade, fortemente presente entre nossas entrevistadas, pode ser apreciado a seguir:

... o preventivo sempre foi uma coisa (...) de muitos anos e vai ser sempre. Agora não vai deixar de fazer. E tem que fazer mesmo, né? Não tem como. Enquanto existir mulher, tem preventivo. (...) Tem mulher, tem preventivo. (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

O benefício essencial do rastreamento do câncer cérvico-uterino é fornecer às mulheres tranquilidade de consciência⁸ (Mc.Kie, 1995), decorrente do imperativo de controle da saúde feminina, sustentado na definição do corpo feminino como um objeto que requer monitoramento e vigilância constantes (Kaufert, 2000). O

previamente e aquele que faria em breve: diferenciando os exames em função das distintas etapas de sua vida, o primeiro Papanicolaou, realizado quando ainda era “uma menina”, é descrito como “mais rápido, mais simples”. Entretanto, o próximo, a ser efetuado com motivo de ela ter se tornado “mulher”, “esse já é um completo”. Deste modo, o primeiro Papanicolaou “normal” parece refletir uma instância importante dentro do processo pelo qual “a gente vai entrando no corpo de mulher”

⁸ “Peace of mind”, no original.

monitoramento da saúde sexual através das práticas preventivas em geral, e do Papanicolaou em particular, está assim ligado à feminilidade, que remete, por sua vez, à capacidade reprodutiva. Nesse sentido, cabe considerar que o simbolismo do útero inclui, dentre outros, significados relacionados à maternidade (Kaufert, 2000). Entre nossas entrevistadas é possível perceber esta associação entre útero, feminilidade e maternidade: as duas informantes que realizaram histerectomias relataram que a retirada do útero não implicou repercussões negativas nas suas vidas devido ao fato de que elas já tinham ultrapassado a fase reprodutiva. Outras que também são mães afirmam que não lamentariam uma hipotética perda do útero, caso for necessário retirá-lo:

(...) o meu mioma era pequenininho, aí, depois, na gravidez ele aumentou. Aí eu tava tendo muita hemorragia muito... sangramento. Aí a médica perguntou se eu preferia... tirar. Ou ter outro filho. Eu disse não, que eu preferia tirar logo, ficar livre. Aí eu fiz cirurgia. (...) Recuperei bem, aí pronto, fiquei livre! Que beleza! Não me preocupo mais com menstruação, com nada... é só alegria agora (Sílvia, 43 anos, casada, mora com o marido e a filha).

Eu tenho mioma, mas o meu tá do tamanho de uma ervilha. Então a médica falou pra mim que não é preocupante. Agora a partir do momento que crescer... Já tenho duas filhas, pra que vou querer útero? Com que função? (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Consultadas sobre formas de cuidado à saúde sexual, algumas participantes aludem à necessidade de realizar exames e controles de rotina em geral, enquanto outras mencionam

especificamente o Papanicolaou. Outra forma de prevenção, apontada por várias entrevistadas, permite entrever peculiares significados atribuídos ao corpo feminino. Associando a doença com a falta de higiene, Eva afirma:

E eu acredito muito nessa questão de... de asseio. Minha avó falava assim, 'A maioria das doenças é falta de asseio'. (...) E é mesmo. Numa relação sexual, após o ato sexual, é obrigação da mulher fazer o seu asseio, o asseio do seu corpo.

Em um contexto simbólico em que os fluidos corporais remetem a representações do puro e do impuro (Maluf, 2001), a vagina remete à impureza e ao perigo (Parker, 1991; Lupton, 1994), a utilização de sabonetes íntimos e de cremes vaginais, mesmo sem prescrição médica, é descrita como uma prática habitual:

(...) sabonete íntimo é muito bom pra gente. Sabonete íntimo livra a gente duma coceira... livra a gente de odor, né? (...)... antes do meu acabar já tô correndo pra farmácia pra comprar. (...) Eu uso, minha filha usa. Minha mãe que não gostava de usar, eu boto ela pra usar. Porque... é coisas que ele vai limpando, vai tirando, né? O odor, né? A bactéria... (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Os riscos refletem ideias culturalmente incorporadas sobre a poluição, a pureza e a impureza (Moore e Burgess, 2012), questão de particular relevância para a abordagem dos riscos relacionados com o exercício da sexualidade. Conforme a valorização da higiene íntima como forma de contrabalançar estes perigos, a consulta ginecológica e o próprio Papanicolaou também são significados em termos que reportam à limpeza:

Preventivo também deu tudo limpo (...) esse último que eu fiz, graças a Deus, tava tudo limpo, tudo rosa... (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

Eu gosto de sempre tá limpa. Médico me acompanhando, me dizendo o que eu tenho, o que eu não tenho... (...) Ói, eu... eu não ando em médico toda hora... Mas quando eu tiro pra ir pro médico, você já viu a faxina que eu faço! (...) Eu gosto, eu gosto de fazer minha faxina geral. (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Por fim, há outro elemento que parece ser ponderado pelas participantes da pesquisa através do Papanicolaou. Ao se referirem à atitude dos seus parceiros em relação à realização da citologia cervical, elas afirmam que recebem apoio emocional e financeiro por parte deles, o que facilita a sua participação no rastreamento. No entanto, foi outro aspecto relacionado com o papel dos homens que chamou a nossa atenção, e que Janine permite entrever:

(...) ele sabe que eu vou fazer o preventivo, quando eu chego mostro o resultado: “Olha, pai. A médica diz que está tudo OK, tá tudo limpinho”, não sei o quê. “Ou você não me trai, ou então tá tudo certo”.

Apesar de ser geralmente abordada com humor pelas informantes, a relação entre Papanicolaou e infidelidade é apontada na bibliografia sobre prevenção do câncer cérvico-uterino, tanto qual obstáculo quanto como um incentivo para a realização do exame. No caso da nossa pesquisa, algumas entrevistadas afirmam que recorrem à citologia como uma maneira de conferir a fidelidade dos seus parceiros. Como diz Ivonne: “Então, aí que a gente vem ver qual é o tipo de homem que a gente tem”.

A partir dos discursos das participantes elaboramos uma tipologia, contemplando as diferentes classes de companheiros descritas por elas. Em princípio, encontramos o parceiro *fixo e de confiança*: aquele com quem se comparte um longo relacionamento e que, caso fosse “dar um pulinho fora”, considera a importância de cuidar de si e da sua companheira. O *culpado* é reconhecidamente infiel e promíscuo e, ao não se preocupar pelo cuidado de si próprio nem pelos dos outros, pode transmitir doenças à sua parceira. Por fim, entre estas duas categorias, encontramos a do parceiro *suspeito*. Este seria o tipo mais comum já que, segundo nossas informantes, nenhum homem é “santinho” e nunca se sabe “com quem é que ele anda” nem o que ele faz “fora de casa”.

Porque os homem hoje andam... Os homem hoje, a gente tem que fazê (*o exame*) porque a gente não sabe. Eles sai pra trabalhá a gente não sabe se ele não tá pegano alguma... mulé por aí, então a gente tem que se prevenir (Luísa, 58 anos, casada, mora com o marido, quatro filhos e uma neta).

Quantos parceiros, isso era um absurdo pra mim ouvir um negocio desse (*na consulta ginecológica realizada por um mal-estar que a levou a realizar uma cauterização*). (...) Mas se era um só parceiro por que eu estava nessa situação? Então eu não sabia que o problema não tava em mim. O problema estava nele que estava trazendo para mim. E dali eu fui descobrindo, né? Amadurecendo. E aí passei a fazer um determinado tratamento (...)... graças a Deus de lá pra cá nunca mais tive nada. Que hoje é aquela coisa que... tem que ter uma pessoa só. E mesmo assim confiar desconfiando (Marlene, 36 anos, solteira, mora sozinha).

Como podemos apreciar, a sexualidade implica, além de contatos sexuais, valores e relações (Weeks, 2007), que adquirem diferentes formas ao longo do tempo, e entre culturas e grupos distintos. Ela tem um importante papel na reprodução social, pela manutenção de instituições como a família e o parentesco (Loyola, 1999). Dada a articulação da sexualidade com valores relativos à família e ao gênero, a priorização dos afetos pode fazer com que as mulheres, mesmo sendo conscientes do perigo, enfrentem situações de risco (Heilborn, Gouveia, 1999).

Nesta investigação encontramos uma forte associação entre a infidelidade dos homens e a “natureza masculina”. Conforme a liberdade e intensidade sexual que faz parte da construção brasileira do gênero masculino (Parker, 1991), a infidelidade dos homens é considerada como dada; nos termos de Gregg, ela é “simplesmente esperada” (Gregg, 2003, p. 35). Diante do reconhecimento do caráter sexualmente transmissível do HPV e de outras doenças, as informantes que têm parceiros, mesmo estáveis, são cientes de que elas estariam mais expostas ao câncer cervical e a outras afecções em função da “inata” tendência masculina à infidelidade. Entretanto, o risco de adoecer parece ser relativizado em função dessa naturalização da modalidade vigente de exercício da sexualidade masculina, evidenciando a interferência das relações de gênero na prevenção de agravos à saúde vinculados à sexualidade (Gogna e Ramos, 1999; Loyola, 1999; Barbosa, 1999).

Significados do câncer e percepção de risco

Sendo que o Papanicolaou não é necessariamente associado ao câncer do colo do útero pelas participantes da pesquisa, suscita-se a pergunta sobre o que elas conhecem acerca desta doença. A princípio, percebemos que elas parecem ter mais consciência sobre a existência do câncer cervical do que informação biomédica sobre

este. Algumas entrevistadas afirmam que o câncer cérvico-uterino é, devido à quantidade de casos existentes, “o problema mais importante para as mulheres”, junto com o câncer de mama. Porém, são poucas as informantes que mencionam que se trata de um tumor evitável e curável ou que apontam o papel cumprido pelo Papanicolaou para a sua detecção precoce. Encontramos, principalmente, uma frequente equiparação do câncer do colo do útero com o câncer em geral, uma “doença-metáfora” portadora de significações sociais associadas à morte e ao estigma (Sontag, 2005).

A associação de características atribuídas a diversas neoplasias — como a letalidade e o caráter ameaçador e invasivo — ao câncer de colo do útero é um dos obstáculos para o rastreamento desse tumor (Bingham et al., 2003; Agurto et al., 2004; Duavy et al., 2007). Neste sentido, nossas entrevistadas associam o câncer do colo do útero com caroços, nódulos ou feridas que, se não forem tratados ou retirados a tempo, propagar-se-iam pelo corpo todo. Espelhando as representações genéricas do câncer, o câncer cervical é caracterizado como uma grave doença “que come a pessoa por dentro”, e cujo desenlace pode resultar fatal:

E tive uma amiga, também, que teve um caso, teve uma feridinha... E dessa feridinha a médica... fez biópsia, achou alguma coisa e fez biópsia. Não me lembro muito bem da história. E dessa biópsia ela tava morrendo de medo de que fosse um CA ou de que fosse o HPV. E essa menina me ligava chorando depois das onze horas da noite desesperadamente. (...)... graças a Deus não deu nada... Não foi um câncer, não foi o HPV. (...) Ela ficou... bem mexida. Foi um susto que a médica alarmou isso. A médica disse a ela que poderia ser e... Uma médica abrir a boca e dizer, a pessoa já acha que... tá condenada, entendeu? (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

Qualquer mulher que sabe que tem uma doença dessa em qualquer lugar do corpo, eu acho que ela não é mais a mesma mulher, né? (...) Só em saber naquela hora ali, que ela está com... uma CA na parte do corpo, em qualquer parte do corpo, cabou a mulher. Ela não faz mais questão de viver. Ela acha que a qualquer momento ela pode morrer, né? (...) Porque é uma doença desagradável, gente. Em qualquer parte do corpo ela é desagradável. (...) E a doença é assim, você buliu, pode se preparar que ela... ela num instante toma os órgãos bom que tá aí. Ali ela espalha e acabou. Não tem mais como, gente. (...) Um ser humano souber que está com câncer aqui... sem cura, viu? É muito triste, gente! (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Eu acho que o câncer...ele é uma das doenças mais traiçoeiras. Porque quando você descobre ela já se... já virou metástase, né? Já se ramificou pra outros órgãos. E assim, te manipula toda, né? Ehh... até levar à morte. Eu acho que é um sofrimento muito grande. (...) Você passa pela rádio, pela químio, né? E você ver aquela pessoa sendo tratada. O cabelo cai, a pele fica horrível, né? É... é muito sofrimento. É um sofrimento pra pessoa e pros familiares também (Marlene, 36 anos, solteira, mora sozinha).

Coerentemente com a concepção etiológica holística da doença (Minayo, 1988), as participantes da pesquisa articulam vários domínios de *causação* do câncer. Refletindo uma lógica de causação abrangente, a enfermidade seria produzida pela conjugação de fatores ambientais, da herança genética, do ciclo de vida e de sentimentos e emoções como a raiva, a ansiedade ou

a tristeza, que são considerados prejudiciais à saúde. Aliás, se o câncer é associado à repressão dos sentimentos (Sontag, 2005), vale a pena apontar que a abnegação e a contenção dos impulsos também são atitudes tradicionalmente preconizadas para as mulheres; atitudes que podem ser rastreadas entre algumas das nossas entrevistadas:

Eva: E hoje se explica muito assim, esse aqui é uma doença que desenvolve mágoa guardada. (...)... eu tinha medo, mas eu disse assim, 'Eu tenho que trabalhar minha mente. Porque se eu ficar na minha relação doente também, eu sou um potencial'. Já tá na genética e com esses problemas todos... Entendeu? Então eu, ó... Trabalha a mente. Mente sã, corpo são. (39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Que você sabe que influi muito, né? A família, às vezes. (...) Então aquilo você sabe que vai passano... de família pra família, não é isso? (...) Eu acho assim, que já vem no sangue. (...) Agora, precisa sabê se ele vai achá lugar pra se expandí ou se não.

Eva: Mmh. E ele vai se expandir ou não a depender de que, por exemplo?

Patrícia: Da vida que a pessoa leva, entendeu? Ehh... como a gente já falou, da alimentação, da vida assim... que a gente vive... da correria, do trabalho, da ansiedade... Entendeu? Porque você sabe que ansiedade também influi muito a doença. Às vezes a gente tá viveno uma vida assim... quereno resolver situação, e ali entra a depressão, todo isso influi (60 anos, mora com o parceiro).

Em decorrência da assimilação do câncer cérvico-uterino a outros tumores, algumas participantes do estudo avaliam a susceptibilidade diante desta doença em função do fator hereditário. Assim, elas ponderam o risco com base na existência ou não de antecedentes familiares. Outras entrevistadas afirmam, pelo contrário, que nenhuma mulher está isenta da possibilidade de ser afetada, já que “Todas nós estamos na linha de risco”. Deste modo, a efetividade da prevenção tornar-se-ia relativa diante de um câncer que está, como todos os outros, associado ao acaso e à fatalidade. Porém, estas informantes salientam a importância de realizar o Papanicolaou para que, caso a doença venha acontecer, isso não se deva à própria “displicência”, isto é, à falta de monitoramento da saúde sexual entendida como uma falha em termos da responsabilidade pelo cuidado de si que caracterizaria a toda mulher que se preze.

De qualquer modo, evidenciando a crescente difusão da relação do câncer cervical com a sexualidade, em função da transmissão por via sexual do HPV, os principais critérios utilizados pelas entrevistadas para avaliar o risco diante da doença vinculam-se a esta esfera da vida. Assim, algumas mulheres de idade avançada ou sem parceiro justificam a escassa possibilidade de contrair câncer cérvico-uterino em função da sua inatividade sexual. Ademais, mulheres com parceiro fixo que praticam relações que pregam a fidelidade conjugal consideram que não vivem de forma “arriscada”, o que as isentaria da possibilidade de serem afetadas pela doença:

Maria: Não, não teve problema nenhum não. Até porque... (...) Esse meu marido ele... é meu primeiro namorado, praticamente o primeiro relacionamento foi ele. Nunca tive outro... Tive namorado, mas relacionamento com ele. Casei com ele... tenho 25 anos de casada, né? E aí... ele também é acomodado... (43 anos, casada, mora com o marido e três filhos).

Eva: Acomodado?

Maria: É, porque a gente, devido a... à religião, a gente não... não tem essa preocupação de que ele vai sair, procurá...

Apesar do Papanicolaou não ser considerado pelas participantes como uma garantia certa contra o câncer cervical, ele funcionaria como uma evidência da responsabilidade daquelas mulheres que o praticam, fornecendo-lhes a tranquilidade de consciência que parece constituir o seu principal valor. Em função da valorização das práticas preventivas, decorrente da sua associação com a feminilidade, as informantes consideram que as mulheres com mais chances de contrair a doença são as que “não ligam”. Elas são aquelas que não realizam controles ginecológicos regularmente assim como as que não procuram acompanhamento médico adequado durante a gravidez. Evidencia-se assim o peso do discurso da prevenção e da responsabilidade individual pelo cuidado da saúde (Howson, 1999), que faz com que atitudes pessoais sejam assinaladas como causas do adoecimento, desconhecendo que a adoção de comportamentos preventivos está condicionada por fatores culturais e estruturais desigualmente distribuídos na sociedade (Ayres et al., 2003).

No marco geral do processo de *medicalização*, adverte-se uma tendência contemporânea à culpabilização individual pela exposição ao risco (Camargo Jr., 2013). A falta de monitoramento da saúde sexual tende a ser julgada como uma falta individual, mais do que como uma realidade decorrente de condicionantes de longo alcance, ocultando assim as determinações sociais dos processos de adoecimento. Desta maneira, as pessoas que se expõem aos chamados riscos comportamentais tornam-se passíveis de serem criticadas em termos morais por sua falta de autocuidado.

A consequência dessa maneira de enquadrar a relação com o risco é que o fato de não fazer a “escolha certa” pode ser julgado em termos do fracasso da vontade individual ou da maturidade emocional da pessoa (Moore e Burgess, 2012). Se ser examinada é um dever, então não comparecer ao rastreamento pode ser reputado como irresponsabilidade ou negligência (Kaufert, 2000).

Também as mulheres mais jovens são frequentemente assinaladas como as que teriam mais possibilidades de adoecer por este tumor. A pouca idade não seria um fator de risco em si próprio, mas estaria associada a um estilo de vida caracterizado pela falta de responsabilidade pelo cuidado de si e por uma sexualidade considerada precoce e arriscada:

Eu acho assim. Que as mais nova tá correndo mais perigo. (...) (*As mais velhas*) já têm o companheiro da gente certo... (...) A gente já tem o nosso marido pra... ter sexo com ele... E as moderna não... as adolescente hoje fazem o que querem, já pega seus namorados, não, não... não pensa não, faz as coisa errada. Fica fazendo coisa errada. Não se cuida (Luísa, 58 anos, casada, mora com o marido, quatro filhos e uma neta).

Faz nada! Têm muitas que não fazem. Muitas que não fazem exame. (...) só quer... aproveitar curtir, curtir... Muita gente não procura médico, muita. (...) Hummm... planejamento familiar.. não faz, não procura ginecologista. Têm muitas aí. Muita menina nova, muito tudo, que não faz nada. (...) Pessoal que não se preocupa e não se interessa, né? Acha que nunca vai ficar velho, acha que nunca vai ficar doente. Aí vai curtindo, aproveitando, e quando recebe a bomba não tem nem mais jeito de... de cuidar, porque já está bem avançada, né? (Sílvia, 43 anos, casada, mora com o marido e a filha).

A estas mulheres consideradas mais expostas à doença, acrescentam-se outras, como as que têm vários parceiros, as que realizam abortos com frequência e as usuárias de drogas. A associação entre masculinidade e infidelidade faz com que as mulheres com parceiros pouco confiáveis, “que vão se perdendo com mulheres das ruas”, também sejam incluídas na lista. Em suma, as mulheres consideradas como as que têm maiores chances de serem afetadas pelo câncer cérvico-uterino são sempre outras, cujos comportamentos — tanto em relação ao cuidado de si quanto ao exercício da sexualidade —, são considerados moralmente incorretos. Neste sentido, os aportes de Braun e Gavey (1999), que assinalam a vigência de um discurso dicotômico sobre as DSTs com repercussões em relação ao câncer cervical, resultam particularmente pertinentes. Em função do discurso dominante, as mulheres contariam com uma restrita possibilidade de escolha, que estaria apenas limitada às categorias “promíscua — vulnerável” e “não promíscua — segura”. Afastando-se das “más” mulheres, aquelas que se consideram “boas” em função dos valores hegemônicos relativos à sexualidade e ao gênero, tenderiam a se excluir do risco diante do câncer cervical.

O que as mulheres fazem: cuidados de si

Já que a valorização do Papanicolaou pelas entrevistadas não parece derivar necessariamente da disponibilidade de informação sobre este, nem sobre a doença que ele procura evitar, indagar sobre as práticas a ele relacionadas talvez possa trazer mais elementos de análise sobre a questão.

Em princípio, cabe destacar que, ao iniciar os contatos com as possíveis participantes da pesquisa, chamou a nossa atenção o fato de que todas as mulheres a que tivemos acesso declararam

ter realizado a citologia cervical pelo menos uma vez na vida.⁹ Superando visivelmente a frequência sugerida pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Brasil, 2014) — que orienta para a realização do Papanicolaou a cada três anos após dois exames anuais com resultados normais —, a maioria das nossas informantes declarou fazê-lo de forma anual, e até semestral, como parte dos seus *check-ups* de rotina. Estes controles incluem, ademais da citologia cervical, um vasto conjunto de práticas, tais como ecocardiogramas, raios X, exames de sangue e de fezes, mamografias e ultrassonografias. O fato de muitas das entrevistadas desconhecerem a finalidade desses procedimentos, e de realizá-los com uma frequência superior à recomendada, reforça a noção que a realização dessas práticas decorre de fatores diferentes da informação biomédica sobre a sua utilidade.

Neste sentido, resulta necessário remeter-nos ao contexto em que o discurso sobre a saúde e sobre o risco é configurado, e que confere às atividades de cuidado à saúde em geral, e às práticas preventivas em particular, seus atributos característicos. Castiel e Álvarez-Dardet Díaz (2007) atribuem ao atual modelo da promoção de saúde uma perspectiva individualista do risco, cujo paradigma seria a noção de “estilos de vida”. Castiel (2006) chama especialmente a atenção para o componente de controle moral que sustenta as noções de autocuidado e de responsabilidade individual, e que ele denomina “higienética” (ou ética da nova higiene).¹⁰ Por fim, Almeida Filho, Castiel e Ayres (2009) enfatizam que as sociedades modernas se caracterizam por uma

⁹ Ver Rico, A.M., 2012.

¹⁰ Por sua parte, Camargo Jr (2013) refere-se, através dos termos “sanitarização” e “saudicização” (em referência ao termo “healthicization”, utilizado por Conrad), à atual “tirania da saúde” que, assentada na culpabilização dos indivíduos pelo adoecimento, amplificaria o potencial panóptico do dispositivo da saúde.

ênfase moralista e por uma forte associação entre responsabilidade e culpa. É neste cenário de individualização da responsabilidade pelo cuidado de si que devemos situar os fatores que impulsionam à realização do Papanicolaou por parte das participantes da pesquisa. Fatores que estariam associados a um dever feminino de monitoramento (Kaufert, 2000) que, incentivado pela medicina preventiva, coagiria sadias e doentes por igual à realização constante de exames:

Que a gente pensava antes que a gente só ia ao médico quando estava doente, né? Então hoje, não. Eu sempre que eu posso eu tô no médico. (...) Sempre que eu posso... faço uma... uma ultrassom, faço uma transvaginal, o preventivo que é essencial, eu faço (Marlene, 36 anos, solteira, mora sozinha).

Fazia... preventivo... Fazia um bocado de exames. Tinha exames que eu não sabia nem o nome. Mas eu fazia (Leila, 47 anos, com parceiro casado, mora com uma filha separada).

Ao serem consultadas sobre as pessoas que lhes sugeriram realizar o Papanicolaou, entre as participantes de idade mais avançada, as principais figuras de referência foram os médicos. A maioria delas relatou ter feito a primeira citologia cervical durante consultas de seguimento da gravidez, enquanto outras a realizaram depois de terem se tornado mães. Umhas poucas referiram que o primeiro exame foi efetuado em consultas ginecológicas motivadas por mal-estares e queixas diversos. Estas mulheres afirmam que na época delas não era habitual conversar sobre sexualidade, motivo pelo qual o acesso às informações sobre esse tema ocorria predominantemente no marco de consultas médicas, após do início da atividade sexual. Diferentemente, e

em função de mudanças reconhecidas pela maioria das participantes em direção a uma atual maior abertura ao diálogo, as entrevistadas mais novas e de média idade indicam amigas e parentes mulheres como as pessoas que as incentivaram para fazer o primeiro Papanicolaou, inclusive acompanhando-as à primeira consulta ginecológica. Isto mostra o papel do entorno feminino na construção social do conhecimento sobre o cuidado à saúde sexual das mulheres. Nesta perspectiva, a adesão ao rastreamento para câncer cérvico-uterino se caracteriza por ter um importante caráter relacional, marcado pelo senso de obrigação para com outras mulheres significativas (Howson, 1999).

A falta de familiaridade com o conceito de cuidado preventivo da saúde também dificulta a realização do Papanicolaou entre mulheres de camadas populares em países em desenvolvimento (ACCP, 2004). Nesses contextos, elas procurariam atenção alopatrica como um último recurso, depois do fracasso de ações domésticas ou tradicionais (Bingham et al., 2003). Porém, nesta pesquisa esse tipo de práticas não parece concorrer com a biomedicina, sendo possível perceber uma relativa integração de diferentes modalidades de cuidado. Ao tempo que mencionam a prática regular do Papanicolaou, várias informantes relatam a realização de diversas práticas de cuidado domésticas, como o uso de chás, argilas, garrafadas e banhos de assento a base de folhas, além da frequente utilização de medicamentos sem prescrição médica:

Então são coisas assim... do aprendizado do povo mais velho que você vê que funciona mesmo. Não é que você não tenha que ir pro médico. Você vai ao médico, e aliado a isso... Se você toma seu chazinho... não faz mal a ninguém. Agora, não esquecendo que a medicina é importante. (...) Não pode querer se curar em casa, dizer assim 'Eu não vou fazer preventivo não

porque eu tomo meu chá', não sei o quê. Nada disso. Porque a época da minha avó não é a minha época agora. Isso aí é burrice (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Assim, podemos notar que os discursos e práticas biomédicas hegemônicas articulam-se com outras formas de cuidado. Se bem existe uma tendência à separação entre saberes populares e cultura erudita em relação à saúde e à doença, persistem interações entre eles (Le Breton, 2010). Da mesma maneira, Minayo (1988) mostrou a articulação entre saberes "leigos" e saberes médicos por parte de grupos de classes populares.

Ainda neste sentido, enquanto vários estudos afirmam que, devido à equiparação da ausência de queixas com a saúde, mulheres de setores populares tendem a realizar o Papanicolaou só após experimentarem sintomas (Wood, Jewkes, Abrahams, 1997; Brenna et al., 2001; Pinho et al., 2003; Amorim et al., 2006), a maioria das nossas informantes declara efetuar a citologia cervical independentemente de sentir moléstias. Com efeito, poucas entrevistadas associam a realização do exame com a presença de mal-estares, tais como alterações na urina e sangramentos. Isto resulta coerente não apenas no caso das participantes que contam com informação biomédica sobre o câncer cervical (que explicitam que o exame deve ser realizado sem esperar o surgimento de sintomas porque estes só se manifestam no estágio avançado da doença), mas entre a maioria, em virtude da significação conferida ao Papanicolaou como uma forma de cuidado da saúde sexual feminina em geral, que faz com que elas considerem necessário praticá-lo de maneira sistemática. Porém, neste contexto de valorização da realização periódica de exames médicos, algumas entrevistadas referem que outras mulheres não praticam o Papanicolaou devido a dificuldades de acesso aos serviços de saúde:

Tem pessoas que claro que não vão, mas... Não é um não ir por não querer ir, é não ir por não ter acesso... à saúde, entendeu? Não é não querer ir, não é não saber que ela precisa. Ela não vai porque ela não tem acesso. Entendeu? (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

A diferença das mulheres cujos comportamentos sexuais são considerados moralmente errados e daquelas consideradas “displicentes” em relação ao cuidado da saúde sexual, as que não realizam a citologia por dificuldades associadas a barreiras de acessibilidade econômica ficariam desculpadas pela falta de comparecimento ao rastreamento, por se tratar de circunstâncias que fugiriam à sua capacidade de ação que não as tornariam moralmente questionáveis.

O setor público de saúde, ao que recorrem as entrevistadas com condições financeiras mais desfavoráveis, é criticado em função das dificuldades vivenciadas. Alguns dos problemas elencados são os horários inadequados, a escassez de profissionais, os maus tratamentos recebidos durante o atendimento, assim como demoras no agendamento e na entrega dos resultados. Os únicos facilitadores que algumas participantes reconhecem são os agentes comunitários de saúde das unidades de Saúde da Família locais, que simplificam o acesso à consulta ginecológica ao agendá-la nas visitas domiciliares.

Diante desta situação, as poucas informantes que contam com planos de saúde sentem-se privilegiadas, enquanto outras optam por realizar o Papanicolaou e a consulta posterior em clínicas particulares, em função de vantagens como o agendamento telefônico e a rapidez no atendimento. Já outras ensaiam estratégias mistas, combinando recursos da rede pública e da privada¹¹:

¹¹ Em alguns casos, depois de realizar o Papanicolaou em uma unidade de saúde do bairro, elas recorrem a um médico particular para a análise do resultado. No caso

Meu dinheiro agora, minha filha, agora é pra outras coisas. Necessárias. É pra minha saúde... Ói... preventivo no SUS... Tá demorando de fazer? Eu tenho meu cartão, eu vou lá e passo o meu cartão e pago. (...) Porque acordar 4 horas, 3 horas da manhã... tudo escuro, arriscar a minha vida pra ir marcar um preventivo? (...) E ali não, ali eu pago. Vou pagar pra fazer, levo pra meu médico ver e acabou (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Algumas entrevistadas destacam a importância de contar com médicos de confiança, o que facilitaria a realização da citologia. Além disso, essa relação de maior familiaridade com os profissionais contribuiria para uma melhor compreensão dos resultados do exame. As mulheres apreciam os profissionais que, em um enquadre de confiança, lhes falam com clareza:

Ginecologista eu tenho, que é uma médica que acompanha a família. (...) Eu faço desde quando iniciei minha vida sexual. (...) Ela conversa com você assim como eu estou conversando. (...) ‘Se cuide, porque homem... homem, você sabe como é homem. Homem, qualquer buraco’, ela assim. (...) Eu me identifico muito com ela por isso. Que geralmente médico usa muito termo técnico, não sei o que... Ela não, ela fala no popular (Janine, 28 anos, mora com o namorado e o avô).

menos frequente de contar com atendimento ginecológico de algum médico de referência no setor público, elas optam por realizar o exame em alguma clínica privada e levam o resultado ao profissional que costuma atendê-las. Cabe assinalar que a profusão de clínicas populares em bairros como o local da nossa pesquisa contribuiu para a disseminação deste tipo de estratégias.

(...) eu gosto de tá sempre com o mesmo médico. Não gosto de mudança, não. Então assim depois que eu passei pra essa médica, a doutora R... Assim, ela é muito aberta com as pessoas. Explica tudo nos mínimos detalhes. (...) E aí quase dois anos depois a mulher tinha lá a minha vida toda. Então isso foi interessante pra mim. (...) Pra ela primeiro atender o paciente ela tem... tem que saber do paciente, né? O que aconteceu com esse paciente. E assim já foi me dizendo porque foi que eu tive lá, da outra vez, que já eu já nem me lembrava tanto. Então ganhou minha confiança com relação a isso. Né? Porque seu histórico tá lá, né? Sua vida pessoal está lá. E eu gostei disso (Marlene, 36 anos, solteira, mora sozinha).

A provisão de informação culturalmente adequada à população constitui um grande facilitador para a prevenção do câncer cérvico-uterino. Porém, ao considerar que apenas uma das entrevistadas que declararam ter ginecologista de referência é atendida na rede pública, percebe-se que entre as mulheres que recorrem ao SUS não é habitual contar com esse acompanhamento tão valorizado, tornando-se, em consequência, um serviço adicional que tem seu custo.

Assim, não podemos deixar de apontar o impacto que as alternativas implementadas na procura de um melhor atendimento gera nas economias domésticas destas mulheres. Neste sentido, vale salientar que os grupos familiares das participantes da pesquisa possuíam ingressos mensais de até três salários mínimos e que com frequência estes contavam com mais de uma integrante em condições de realizar o exame.

As práticas preventivas como uma questão de gênero

Mas o sacrifício realizado por estas mulheres não é unicamente econômico. De fato, são poucas as que conseguem dar conta do cuidado da família, do trabalho doméstico e do cuidado de si, sem tensões. Muitas delas lamentam que as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos, dos idosos e dos parceiros fazem com que o tempo “fique curto” para cuidar de si próprias, sendo esta atividade possível apenas uma vez que os deveres ligados ao lar foram cumpridos. Aliás, a priorização do cuidado dos outros por sobre o de si apresentou-se em todos os casos analisados — inclusive entre as nossas informantes mais novas, com maior nível educativo e sem filhos —, revelando a vigência do papel de cuidadora atribuído socialmente às mulheres.

A definição cultural do que é “naturalmente” feminino ou masculino estabelece uma distribuição de tarefas entre homens e mulheres aparentemente baseada nas diferenças anatômicas e legitimada por construções de gênero (Heilborn, 2003). Como se fosse a mera consequência da capacidade biológica feminina de gestar e amamentar, as mulheres são localizadas no espaço doméstico e são definidas como cuidadoras. Dentro da família — o microgrupo fundamental em relação ao processo saúde-doença-cuidado (Menéndez, 2004) —, velar pela saúde do grupo não seria apenas uma função, mas um verdadeiro trabalho feminino (Scavone, 2005). De fato, na própria concepção do cuidado — associado ao âmbito privado, à afetividade e à família — subjaz uma caracterização como um atributo feminino. Contrariamente a esta percepção, o cuidado não é efeito de uma determinação biológica, mas de relações de gênero (Scavone, 2005), tornando a priorização do cuidado dos outros sobre o de si um reflexo dessas relações sociais naturalizadas.

Ultrapassando possíveis diferenças em relação às etapas do ciclo vital, ao nível de instrução e às diferentes estruturas familiares, os valores de gênero sobre o papel da mulher no grupo doméstico condicionam a prevenção do câncer cervical. O caso de Grace, uma das nossas entrevistadas de idade mais avançada, é bastante ilustrativo ao respeito. Mãe de oito filhos, ela fez o primeiro Papanicolaou depois de “retornar” aos serviços de saúde para tratar um problema de varizes. Apesar de ter contado com acompanhamento médico durante todas as gravidezes, e mesmo tendo contato permanente com os serviços de saúde na busca de atendimento para seus filhos, cuidar de si estava longe de ser uma prática habitual naquela época em que o cuidado da família era a prioridade:

(...) porque era... era mais difícil, né? Por causa de filho, tudo, tanta coisa pra cuidá e aí a gente vai esquecendo alguma coisinha. (...) Mas depois que a gente fica assim mais livre, de responsabilidade de filho pra levá pra médico, isso e aquilo... (...) E aí eu... passei a me cuidar melhor, né? (...) E já sabe, né? A gente com tanto menino pequeno, isso e aquilo pra cuidá, pra levá criança pra médico, isso e aquilo, e aí fica esquece um pouco da gente, né? (...) Mas sempre na gravidez... porque foi sempre foi assim um (*filho*) atrás do outro. Então sempre eu tava no médico, né? (...) Porque quando aparecia a gravidez aí ia... tinha aquele acompanhamento, né? (...)... aí depois eu me virava, né? Porque também não tinha tempo” (Grace, 66 anos, separada, mora com um filho adulto desempregado).

Cabe salientar, ademais, que os serviços de saúde também contribuem para reforçar a naturalização desse papel feminino (Schraiber, 2005; Scott, 2005). Interpelando as mulheres como

mães, donas-de-casa e cuidadoras do grupo doméstico (Schraiber, 2005), eles coadjuvam na priorização do cuidado dos outros por parte das mulheres, condicionando a possibilidade destas se perceberem e agirem como sujeitos de cuidado.

Por sua vez, várias pesquisas realizadas nos últimos anos em países de baixa e média renda salientam que, ao invés de impulsionar a busca ativa das mulheres no grupo etário que deveria ser o alvo das ações preventivas do câncer cervical, o rastreamento da doença nesses cenários tem um caráter oportunístico, praticando o Papanicolaou no contexto de consultas gineco-obstétricas entre mulheres em idade reprodutiva, cuja presença é mais frequente nos serviços de saúde (Fylan, 1998; Brenna et al., 2001; Amorim et al., 2006). Refletindo o recorte reprodutivo da atenção à saúde feminina, a presença das mulheres de idade mais avançada nos serviços da atenção básica não é visualizada como uma oportunidade propícia para a realização do Papanicolaou (Andrade e Franch, 2012). Assim, evidencia-se uma “lei do cuidado inverso” pela que mulheres mais velhas, com maior risco de contrair a doença, têm menor acessibilidade aos serviços de prevenção e diagnóstico (Pinho et al., 2003). Porém, outras pesquisas advertem que, longe de se tratar de um viés exclusivo dos serviços, as próprias mulheres reconhecem que elas se preocupam mais por sua saúde durante a etapa reprodutiva do que durante as fases vitais posteriores (Agurto et al., 2004; Oliveira, Fernandes e Galvão, 2005). Ademais, pelo fato de terem vidas sexuais menos ativas, as mulheres idosas considerariam desnecessário realizar a citologia cervical, evidenciando a existência de um “vazio na percepção do risco” entre elas (Wiesner-Ceballos et al., 2006). Desta maneira, as interações ocorridas entre as ações dos serviços de saúde e as práticas de cuidado das mulheres conjugam-se de modo a afiançar a associação entre feminilidade e capacidade reprodutiva.

Porém, contrariamente à tendência das mulheres de idade mais avançada a se afastarem dessa prática preventiva, nossas

entrevistadas entre 55 e 68 anos declaram que continuam fazendo o Papanicolaou. Também as outras informantes assinalam o mesmo em relação às mulheres mais velhas, ainda que algumas delas achem essa prática desnecessária, por considerar que essas mulheres seriam sexualmente inativas:

Bom, eu acho que elas hoje tão reconhecendo mais. Porque sempre quando eu vou no ginecolo... sempre, sempre, sempre tem mulher. Pra fazê o mesmo exame que eu vou fazê. (...) Eu acho que elas tão se cuidando mais. (...)... são da minha idade, tem gente até... Já vi até de gente bem mais velha do que eu. (...) Eu disse, 'Oh, meu Deus, essa senhora a essa idade ainda se cuida!' (Patrícia, 60 anos, mora com o parceiro).

Desta maneira, podemos conjecturar que, apesar de não colaborar para a superação da noção de que as mulheres que ultrapassaram a idade reprodutiva não precisam realizar a citologia cervical, a concepção do Papanicolaou como forma de monitoramento da saúde sexual em termos gerais contribuiria a manter a sua prática para além dessa etapa vital.

Outros aspectos que as mulheres enfrentam para realizar o exame vinculam-se com diversos temores e pudores a serem contornados durante a consulta ginecológica. O temor da dor ao fazer o Papanicolaou, com considerável presença na bibliografia sobre obstáculos ao rastreamento do câncer cervical (Fylan, 1998; Wiesner-Ceballos et al., 2006; Duavy et al., 2007), verificou-se com recorrência entre as participantes desta pesquisa, sendo frequentemente relacionado com o tratamento recebido durante o atendimento:

Porque teve lugar mesmo que eu fiz um preventivo e eu não gostei, não. (...) Eu achei a médica muito braba

assim, pra fazer o exame. E eu não quis mais ir não. (...) Que eu achei que ela tava muito mal-humorada. Já chegou atrasada já, toda correno... Aí, 'Bote a perna pra cima, relaxe'. Como é que cê relaxa, sentino dor? (...) Eu achei que ela foi muito... grosseira, assim, no atendimento. (...) Tanto que eu ia fazer um preventivo, mas depois dessa eu tomei trauma! (...) Eu levei três dias dolorida, com a vagina dolorida (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

O sexo do responsável pelo exame também pode desencorajar as mulheres de fazer a citologia cervical, tornando a falta de profissionais do sexo feminino um importante obstáculo para a adesão ao rastreamento de câncer cervical (Fylan, 1998; Bingham et al., 2003; Duavy et al., 2007). Neste respeito, algumas entrevistadas comentaram que mulheres mais velhas ou sem filhos não realizam o Papanicolaou com médicos homens por sentirem vergonha. Duas informantes, oriundas do interior e menos familiarizadas com o exame, afirmaram que preferiam ser atendidas por mulheres, aspecto que também parecer ter singular importância para as mulheres mais novas:

A gente que tá começando agora, a gente quase nova, eu penso assim, fazer mais com médica (...). A gente tem mais liberdade pra tá conversando com mulher. (...) Eu acho assim, médico clínico vai olhar outras coisas, acho que outras partes do corpo, essas coisas assim... mas a parte mais íntima da gente acho mais uma mulher... (Rita, 24 anos, solteira, mora com os pais, três irmãos mais velhos e uma sobrinha bebê).

Embora a maioria das nossas entrevistadas afirma não ter problemas em fazer o exame com médicos de sexo masculino, os

atributos destacados por elas ao se referirem a esses profissionais não deixam de resultar peculiares:

Eu tinha um médico que era um senhor. (...) Ele era bem idoso. Então era um bom médico, eu acostumei com ele. (...)... quando você vai pra fazê uma vez e vê que é homem você fica meio apreensiva, mas depois... acostuma (Maria, 43 anos, casada, mora com o marido e três filhos).

Era um senhor. Mas ele foi tão assim, delicado. (...)... foi me explicando tudo direitinho. Aí eu fiz tranquila. Não senti dor nenhuma. Foi super tranquilo (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Desta maneira, características como a delicadeza e o profissionalismo, mas também a maturidade, pareceriam minimizar as possíveis conotações sexuais das consultas realizadas com médicos homens, preocupação que também foi encontrada McKie (1995) entre as mulheres que participaram do seu estudo.

Outra importante barreira ao rastreamento é o pudor pela exposição de corpo, ao ponto de que ele é definido como um dos principais motivos para a não realização do Papanicolaou no Brasil (Brenna et al., 2001; Pinho et al., 2003; Fernandes et al., 2009; Duavy et al., 2011). Nesta pesquisa, este fenômeno apresentou-se entre as entrevistadas mais velhas com menor nível de instrução, como Patrícia:

(...) eu tenho vergonha de ir no ginecologista. (...) Acho que é a vergonha, porque a gente tá acostumada só com o marido da gente, né? (...) Eu tenho que me expor, entendeu? (...) Pode ser um homem ou uma

mulher pra tá vendo o que a gente tem, entendeu? Só de a gente ficá nessa posição...” (Patrícia, 60 anos, mora com o parceiro).

As informantes mais novas com maior nível de instrução, as que têm ginecologistas de confiança ou as que já são mães referem não ter essa dificuldade, mas reconhecem que o pudor pode operar como um verdadeiro empecilho para outras mulheres. Porém, elas salientam que mulheres cientes e maduras devem superar esse sentimento, haja vista da importância de realizar o exame:

Tem mulheres que têm vergonha, né? Mas, mulher mesmo, quem já sabe o que é isso, não tem isso não. (...) É constrangido? É. Mas tem que fazer mesmo. Não tem mais pro onde correr, tem que fazer (Ivonne, 42 anos, mora com dois filhos e a mãe, o parceiro mora separado).

Em suma, apesar de todas as dificuldades relatadas, nossas informantes salientam que elas nunca desistiram de realizar o Papanicolaou. Ainda em situações econômicas adversas, e fortemente condicionadas pelo papel de cuidadoras da família e de responsáveis pelo lar, elas procuram superar os obstáculos vinculados à organização dos serviços de saúde, assim como diversos temores e pudores, praticando a citologia cervical de modo sistemático, independentemente de sintomas e queixas. Na maioria dos casos, elas inclusive referem realizar o exame com uma frequência maior à sugerida, mesmo sem conhecerem a utilidade deste em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino. Assim, assumir que o que sustenta a realização do Papanicolaou entre estas mulheres é a sua valorização como uma prática associada à feminilidade em um contexto de *medicalização* do corpo

feminino parece ganhar sentido, tanto à luz do que elas pensam quanto em função do que elas fazem.

Por fim, algumas inquietações

Os atributos conferidos por nossas informantes às práticas preventivas do câncer do colo do útero ganham sentido à luz do processo de *medicalização* do corpo feminino e dos discursos atuais sobre o risco e o cuidado à saúde. Estes discursos devem ser compreendidos em relação à ordem econômica, política e social em que estão situados, considerando também que, pelo seu caráter normativo e sua vinculação com a esfera da moral, eles também contribuem para a sustentação dessa ordem (Castiel e Álvarez-Dardet Díaz, 2007). O “trabalho de designação de risco”¹² é atravessado por valores e normas culturais, além de interesses econômicos e políticos (Moore e Burgess, 2012). A este respeito, ao longo do trabalho tentamos mostrar como os significados e as práticas associadas à prevenção do câncer do colo do útero estão permeados por valores morais, especialmente no que diz respeito à sexualidade e ao gênero. Cabe lembrar, por exemplo, que nossas entrevistadas vinculam a prática do Papanicolaou com a normalidade, a responsabilidade e a correção feminina, e que os resultados são interpretados em termos que remetem à limpeza e à fidelidade.

Como também observamos, a moralização dos comportamentos e estilos de vida faz com que a exposição a riscos e a falta de monitoramento da saúde sejam julgadas como faltas morais, desviando a atenção dos condicionantes de nível macrosocial que os influenciam (Castiel e Álvarez-Dardet Díaz, 2007).

¹² Moore e Burgess (2012) denominam dessa forma ao processo social de seleção e priorização dos riscos que qualifica determinados comportamentos e grupos como perigosos.

Podemos mencionar, nesse respeito, as sanções negativas emitidas sobre as mulheres consideradas como as mais expostas ao câncer cervical. Entretanto, além dos condicionantes econômicos e sociais, o gênero deve ser considerado como um elemento mais do que incidental na construção do risco (Moore e Burgess, 2012). Assim, cabe salientar ainda a “natureza de gênero” da promoção da saúde: dotando ao cuidado à saúde de atributos considerados femininos (como a constante vigilância de si e o sentido do corpo como simultaneamente incontrolável e necessitado de controle), o cuidado do corpo torna-se um projeto moral neste novo paradigma da saúde (Moore, 2010). Permeando os modos de significar o risco e as maneiras de agir diante dele, a promoção da saúde — e os atributos de gênero nela embutidos — contribui para aumentar a vigilância de si, voltada ao controle da saúde sexual e reprodutiva feminina¹³:

Então eu já tô me prevenindo... (...) aí eu vou me cuidando. Mas assim, eu tô tranquila, mas assim, eu sinto vontade de tá o tempo todo me avaliando. (...) Você tem que tá sempre avaliando. Então a minha preocupação é avaliar. Avaliei, tá tudo bem, eu vou... dando seguimento a minha vida (Eva, 39 anos, separada, mora com duas irmãs adultas e três filhos pequenos).

Em função do material analisado, percebemos que os significados e as práticas de prevenção do câncer cérvico-uterino das nossas informantes não só estão condicionados pelo gênero, mas também parecem contribuir para a reprodução cotidiana

¹³ No seu estudo sobre o discurso moral do rastreamento, McKie afirma que “A vigilância do corpo é fundamental para a promoção da saúde e em particular para os serviços de rastreamento” (McKie, 1995, p. 44). Serviços que, como foi mencionado antes, focam-se, em grande parte, na população feminina (Howson, 1999).

de uma ordem em que a mulher é consagrada como mãe e cuidadora da família, é definida como alvo de cuidados enquanto corpo reprodutivo, e, de passagem, os comportamentos sexuais femininos e masculinos são naturalizados e sancionados moralmente de maneira diferenciada.

Enquanto o feminismo considerou tradicionalmente o rastreamento para câncer cérvico-uterino como uma maneira das mulheres ganharem maior controle sobre seus corpos, o atrelamento entre Papanicolaou e feminilidade, e a conseguinte moralização desta prática, levam-nos a considerar com preocupação a possibilidade de se estar avançando na direção contrária. Em consequência, o feminismo depara-se com um duplo desafio: por uma parte, resulta necessário contestar a caracterização histórica das mulheres como corpos necessitados de vigilância — sem por isso renunciar, claro está, aos benefícios que a medicina pode fornecer à saúde feminina. Pela outra, é necessário superar a associação do Papanicolaou com o dever de monitoramento que parece fazer parte da feminilidade, promovendo a realização do exame em função de uma “escolha informada” por parte das mulheres (Bush, 2000).

Em um contexto em que o estado da saúde sexual seria conhecido pelas mulheres apenas pela intervenção dos médicos devido à possibilidade destes de “ver o corpo por dentro”; diante da realização do Papanicolaou com uma frequência maior à recomendada, apesar das dificuldades enfrentadas, em virtude da sua significação como uma prática de cuidado da saúde sexual em geral; e diante da interpretação dos seus resultados em termos que remetem à “limpeza” e à fidelidade conjugal, podemos perceber que, apesar de rotineiro, o exame está longe de ser uma técnica neutra. Pelo contrário, ao ser significado como uma obrigação resultante do fato de se ser mulher, este se apresenta como uma prática inserida em um enquadre moral (relacional e de autorresponsabilidade) no contexto do processo de *medicalização* do corpo feminino.

Diante deste quadro, inquieta-nos que, ao invés de acrescentar a autonomia das mulheres, as práticas preventivas do câncer do colo do útero tendam a aumentar a dependência dessas ao campo médico. Assim, nos perguntamos se, para além da promoção do Papanicolaou e da provisão de informações biomédicas culturalmente adequadas aos grupos mais vulneráveis à doença, não será igualmente importante propiciar que o Papanicolaou seja realizado pelas mulheres em virtude de decisões próprias, em função de uma acrescentada capacidade para decidir sobre o cuidado da sua saúde sexual e do seu próprio corpo, procurando reverter esta delicada equação entre autonomia e vigilância.

Referências bibliográficas

Agurto, I. ET AL. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, v.39, n. 1. p. 91-8. 2004.

Albuquerque, K.M. ET AL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, (25)2. p. 301-309. 2009.

Alliance for cervical cancer prevention. [ACCP] Improving screening coverage rates of cervical cancer prevention programs: a focus on communities. Seattle: ACCP; *Cervical Cancer prevention issues in depth*, n. 4. 2004.

Almeida Filho, N., Castiel L. D., Ayres J. R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva* 5 (3), p. 323-344, 2009.

Amorim, V. ET AL. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2329-2338. 2006.

Andrade, M. A., FRANCH, M. Eles não estão mais pra nada. Sexualidade e processos de envelhecimento na dinâmica do programa saúde da família. *Mediações*, Londrina, v. 17 n. 2, p. 41-56, 2012.

Arrossi, S. et al. The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic Oncology*, v. 105. p. 335-340. 2007.

Arrossi, S.; Paolino, M.; Sankaranarayanan, R. Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Rev. Panam. Salud Pública*. 28 (4). p. 249-57. 2010.

Ayres, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

Bairros, F. S. et al. Desigualdades raciais no acesso à saúde da mulher no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. (27)12. p. 2364-2372. 2011.

Barbosa, R. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Barbosa, R; Parker, R. (org.). *Sexualidades pelo avesso*. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1999. p. 73-88.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bauer, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações*. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 189-217.

Bingham, A. et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, v. 45, supl. 3, n. 1. p. 408-416, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Revista Rede Câncer* n° 09, 2009. Nota de capa: O desafio feminino do câncer. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/revistaredecancer/site/home/n9/revista_9 Acesso em: 30 jan. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo*. Rio de Janeiro, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama — Viva Mulher, 2014. *Deteção Precoce*. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/detecao_precoce. Acesso em: 18 mai. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.

Braun, V.; Gavey, N. “Bad girls” and “good girls”? Sexuality and cervical cancer. *Womens’s Studies International Forum*, v. 22, n. 2, p. 203-213, 1999.

Brenna, S. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 09-914, 2001.

Butler, J. *Problemas de gênero*. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Bush, J. It’s just a part of being woman: cervical screening, the body and femininity. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 3, p. 429-444, 2000.

Camargo JR, K.R. *Medicalização*, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(5), p. 844-846, 2013.

Castiel, L.D. Dédalo y los dédalos: identidad cultural, subjetividad y los riesgos para la salud. In Czeresnia, D.; FREITAS, C. (org.). *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Castiel, L.D.; Álvarez-Dardet Diaz, C. *A saúde persecutória*: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Conrad, P. *The medicalization of society*: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007.

Courtenay, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50, p. 1385-401, 2000.

Duavy, L. M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 733-742, 2007.

Fernandes, J. ET AL. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

Foucault, M. Historia de la medicalización. *Educa Méd. Salud*. 11 (1), p. 3-25, 1977.

Foucault, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Foucault, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1991.

Fylan, F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. *British Journal of General Practice*, v. 48, n. 433, p. 1509-1514, 1998.

Gogna, M.; Ramos, S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Barbosa, R; Parker, R. (org.). *Sexualidades pelo avesso*. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 229-248, 1999.

Gomes, R.; Skaba, M.; Vieira, R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n.1, p. 197-204, 2002.

Gregg, J. L. *Virtually virgins: sexual strategies and cervical cancer in Recife, Brazil*. Stanford, California: Stanford University Press, 2003.

Heilborn, M. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldemberg, P; Marsiglia, R.; Gomes, M.H. (orgs.). *O clássico e o novo*. Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 197-208, 2003.

Heilborn, M.; Gouveia, P. Marido é tudo igual In: Barbosa, R; Parker, R. (org.). *Sexualidades pelo avesso*. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 175-198, 1999.

Helman, G. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Howson, A. Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociology of Health & Illness*, v. 21, n. 4, p. 401-425, 1999.

Kaufert, P. Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: Lock, M.; Young, A.; Cambrosio, A. (ed). *Living and working with the new medical technologies*. Intersections of inquiry. Cambridge: Cambridge University Press, p. 165-183, 2000.

Le Breton, D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2010.

Lewis, M. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lac.pdf>. Acesso em: setembro, 2011.

Loyola, A. A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 31-39, 1999.

Lupton, D. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London: Sage, 1994.

Maluf, S. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. *Revista Esboços*, v.9, n.9, 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/563>.

McKie, L. The art of surveillance or reasonable prevention? The case of cervical screening. *Sociology of Health & Illness*, v.17, n. 4, p. 441-457, 1995.

Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: Spinelli, H. (comp.). *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad — epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar, p. 11-47, 2004.

Minayo, M.C. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Rev. Saúde Pública*, v.4, n. 4, p. 363-381, 1988.

Mishra, A., Graham, J.E. Risk, Choice and the 'girl vaccine': unpacking human papillomavirus (HPV) immunization. *Health, Risk & Society*. 14(1), p. 57-69, 2012.

Moore, S. Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health. *Body & Society*, v. 16, n. 2, p. 95-118, 2010.

Moore, S.; Burgess, A. Sex and risk: an editorial. *Health, Risk & Society*. 14(1), p. 1-5, 2012.

Oliveira, M.; Fernandes, A.; Galvão, M. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

Parker, R. *Corpos, prazeres e paixões*. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

Pinho, A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 303-313, 2003.

Rico, A.M. Tem mulher, tem preventivo: gênero, sexualidade e moralidade nos discursos e práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de bairros populares de Salvador. (Dissertação de mestrado). programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia, 2012.

Rohden, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, 2002.

Santos, S.M. et al. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc.* (16) 2, p. 87-102, 2007.

Scavone, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela, W.; Monteiro, S. (org.). *Gênero e saúde*. Programa Saúde da família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco e UNFPA. v.1, p. 101-112, 2005.

Schmidt, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v. 6736, n.11, p. 60135-9, 2011. Disponível

em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazil-por4.pdf>. Acesso em: setembro, 2011.

Schraiber, L. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela, W.; Monteiro, S. (org.). *Gênero e saúde: programa Saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco e UNFPA. v.1, p. 39-61, 2005.

Scott, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

Scott, P. Gênero, família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o programa saúde da família. In: Villela, W.; Monteiro, S. (org.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco e UNFPA. v. 1, p. 75-100, 2005.

Sontag, S. *La enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus, 2005.

Uchôa, E.; Vidal, J.: Antropologia médica: elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (4), p. 497-504, 1994.

Weeks, J. O corpo e a sexualidade. In: Lopes Louro, G. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 35-82, 2007.

Wiesner-Ceballos, C. ET AL. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública*, v. 8, n. 3, p. 185-196, 2006.

Wood, K.; Jewkes, R.; Abrahams, N. Cleaning the womb: constructions of cervical screening and womb cancer among rural black women in South Africa. *Social Science & Medicine*, v.45, n. 2, p. 283-294, 1997.

Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de mama contextualizado para a realidade brasileira

Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva

O CÂNCER DE MAMA É O CÂNCER MAIS FREQUENTE NA POPULAÇÃO feminina e uma das principais causas de morte por câncer em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Iarc, 2014). As maiores taxas de incidência encontram-se nos países desenvolvidos, apesar das tendências para estabilização e redução dessas taxas, nesses países, na última década. As taxas de mortalidade variam entre diferentes regiões do mundo, com as maiores taxas ocorrendo nos países desenvolvidos, embora o risco de morrer de câncer de mama seja menor em comparação com os países em desenvolvimento (Iarc, 2014).

No Brasil, existe uma grande heterogeneidade na distribuição de casos novos e mortes de câncer de mama, com taxas de incidência e mortalidade maiores nas Regiões Sul e Sudeste e menores nas Regiões Norte e Nordeste (Inca, 2014).

No final do século XIX e durante todo o século XX foram identificadas inúmeras intervenções com a finalidade de diminuir o número de casos novos e mortes de câncer de mama. Ainda que relatos anedóticos de sucesso no controle deste câncer

fossem pouco frequentes até meados do século XX, existia uma grande expectativa que o progresso tecnológico, principalmente a partir de 1950 (após o término da Segunda Guerra Mundial), pudesse alterar o panorama relativo à mortalidade desse câncer no mundo (Lerner, 2001; Aronowitz, 2007; Baum, 2010).

A descoberta da mamografia como um exame de detecção precoce do câncer de mama em meados do século XX, a descoberta do rastreamento mamográfico como agente da redução da mortalidade por meio dos ensaios clínicos randomizados entre os anos 1960 e 1990 e a implantação dos programas organizados de rastreamento do câncer de mama nos países desenvolvidos e subsequente redução da mortalidade do câncer de mama, promoveram a disseminação da utilização da mamografia de rastreamento como uma intervenção essencial para a redução da mortalidade do câncer de mama.

O rastreamento do câncer de mama pela mamografia tem sido objeto de muita controvérsia e debate, apesar ou devido ao fato de ser uma das intervenções sanitárias mais estudadas em toda a história. Este texto tem como objetivo apresentar um breve panorama do surgimento do rastreamento mamográfico do câncer de mama como uma das principais estratégias de controle desse câncer, sua apropriação em diferentes países e, portanto, em diferentes contextos, e quais os cuidados que devemos ter ao participar do debate sobre o rastreamento mamográfico como estratégia de detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro contemporâneo.

Mamografia

Desde a descoberta dos Raios X em 1895 que os médicos procuram utilizar novas tecnologias de imagem para visualizar o interior do corpo humano. Entretanto, somente em 1913, na Alemanha, foram descritas as primeiras tentativas de se

identificar o câncer de mama por meio de um exame de Raios X. A originalidade dessas primeiras contribuições no desenvolvimento das imagens das mamas consistia na confrontação dos achados radiológicos de cerca de três mil peças cirúrgicas de mastectomias com os respectivos aspectos microscópicos. Durante os anos de 1913-1940 alguns estudos foram publicados apresentando os diversos métodos e técnicas para o diagnóstico radiológico das mamas utilizando-se da correlação entre a imagem radiológica e os aspectos histopatológicos (Lerner, 2001a; Steen, Tiggelen, 2007).

Entre as décadas de 1930 e 1950, várias técnicas e inovações foram desenvolvidas que permitiram utilizar a mamografia como adjuvante ao exame clínico das mamas na identificação dos cânceres de mama. No final da década de 1940 e início da década de 1950, destacam-se as publicações do uruguaio Raul Leborgne, o primeiro a ressaltar a associação entre microcalcificações encontradas nas mamografias e carcinoma de mama. Entre os anos de 1956 e 1959, Robert L. Egan, um radiologista do MD Anderson Cancer Center nos EUA, promoveu importantes avanços na tecnologia das mamografias e pôde, por meio de um estudo clínico, comprovar a eficácia da mamografia em identificar tumores não palpáveis no exame clínico das mamas. A disseminação do uso da mamografia nos EUA nessa época é fundamentalmente atribuída aos trabalhos de Egan (Lerner, 2001a; Gold et al., 1990).

Na década de 1950, nos EUA, a mortalidade do câncer de mama era alta e intervenções como o autoexame das mamas pelas mulheres e o exame clínico das mamas por profissionais de saúde eram sistematicamente utilizados para detectar tumores pequenos e de melhor prognóstico. Aos poucos, os radiologistas foram obtendo a confiança dos cirurgiões e ampliando seu papel na prática clínica. Nesse contexto, a mamografia, até então ignorada pelo grande público, passou a ser considerada como uma “arma” fundamental na “luta” contra o câncer de mama.

A contribuição de alguns radiologistas especializados em imagens das mamas promoveu o surgimento da mamografia como subespecialidade da radiologia em meados dos anos 1960 nos EUA (Lerner, 2001a). Também em meados de 1960, na França, Charles Gros em parceria com a CGR (Compagnie Générale de Radiologie) desenvolveu e testou o protótipo do “senógrafo” ou a primeira unidade de mamografia dedicada exclusivamente à mamografia. Por volta de 1970, cerca de duas mil unidades de “senógrafos” CGR haviam sido vendidos em todo o mundo. Os anos 1970 também foram caracterizados por um grande progresso no aprimoramento do processamento das imagens e dos filmes radiológicos. Nas últimas duas décadas, o aparecimento e a disseminação da tecnologia digital permitiu oferecer imagens mais ricas em contraste e de ótima qualidade. Uma das vantagens da mamografia digital reside no fato da digitalização da imagem permitir a ampliação/magnificação da imagem, a facilidade da transferência e arquivamento das imagens e a criação de banco de imagens (Steen, Tiggelen, 2007).

Ainda que, na década de 1960 nos EUA, a mamografia tenha provocado um grande entusiasmo, era preciso confirmar o valor da mamografia na detecção precoce do câncer de mama. Nessa mesma época, métodos estatísticos sofisticados foram introduzidos para avaliar intervenções médicas, sejam diagnósticas ou terapêuticas. A ênfase do papel da mamografia na detecção precoce do câncer de mama e a importância de se obter evidências consistentes motivaram a realização do primeiro ensaio clínico randomizado sobre o papel da mamografia (e exame clínico das mamas) na detecção precoce do câncer de mama chamado de Health Insurance Plan Trial ou HIP Trial, em 1963, na cidade de Nova Iorque (Lerner, 2001a).

Em cerca de 50 anos, a mamografia evoluiu de uma simples imagem radiográfica de uma peça de mastectomia para o principal método de rastreamento do câncer de mama. Como se

processou esta mudança radical é o que será apresentado nos próximas dois subcapítulos.

Rastreamento mamográfico e os ensaios clínicos randomizados

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (Who, 2007), a detecção precoce do câncer constitui em identificar ou diagnosticar o câncer em num estágio inicial (precoce) seja por meio do rastreamento ou por meio do diagnóstico precoce. Rastreamento significa identificar uma anormalidade sugestiva de câncer (ou lesão precursora) em indivíduos sem sinais e sintomas (aparentemente sadios), enquanto diagnóstico precoce significa identificar o câncer em estágios iniciais, em indivíduos com sinais e sintomas precoces da doença, antes que a mesma se torne avançada (Who, 2007). Rastreamento mamográfico consiste em submeter mulheres sem sinais e sintomas de câncer de mama, isto é, mulheres sadias, à realização de um exame radiológico das mamas (mamografia) com a finalidade de identificar tumores ocultos não identificáveis na inspeção e palpação das mamas. O que se espera com o rastreamento mamográfico é que o tratamento seja mais eficaz se começado bem precocemente na história natural da doença. Em resumo, tratar tumores identificados no rastreamento deve ser mais eficaz do que tratar tumores clinicamente aparentes (Welch, 2004; Gray, Raffle, 2007; Marmot et al., 2013).

Uma das maneiras de se avaliar o rastreamento mamográfico é por meio de ensaios clínicos randomizados. O ensaio randomizado controlado é um desenho de estudo em que indivíduos ou populações são alocados de forma randômica (aleatória ou ao acaso) para receber uma ou outra intervenção. Os indivíduos ou populações são então acompanhados durante um período de tempo para verificar se ocorrem diferenças no desfecho entre

os dois grupos. Em geral, os ensaios randomizados para avaliar intervenções de rastreamento devem esperar um seguimento de 5-7 anos (ou mais) para avaliar os desfechos (Iarc, 2002).

Esse desenho de estudo, tendo como desfecho final a mortalidade, é capaz de eliminar os diferentes tipos de vieses inerentes ao rastreamento, como por exemplo o viés de seleção (Iarc, 2002). Entre as décadas de 1960 e 1990, foram realizados menos de uma dezena de estudos randomizados sobre rastreamento mamográfico do câncer de mama em diferentes regiões do mundo (Canadá, EUA, Reino Unido e Suécia).

O primeiro, chamado de estudo HIP, foi realizado entre 1963 a 1966, e convocou mulheres entre 40 a 64 anos filiadas a um plano de saúde (Health Insurance Plan) na cidade de Nova Iorque, nos EUA. Cerca de 60 mil mulheres participaram do estudo em que o grupo que foi submetido à intervenção (Grupo intervenção) recebeu a mamografia e exame clínico das mamas anualmente por quatro rodadas, enquanto o grupo que não foi submetido à intervenção (Grupo controle) recebeu os cuidados habituais para a época. Desfechos como mortalidade geral, mortalidade por câncer de mama, entre outros, foram avaliados após 18 anos do recrutamento. Em que pese os diferentes vieses do estudo, o risco de morte por câncer de mama foi aproximadamente 25% menor no Grupo intervenção em relação ao Grupo controle (Iarc, 2002; Gøtzsche, Jørgensen, 2013; Shapiro, 1997).

A partir dos resultados do estudo HIP, mais sete ensaios randomizados controlados, avaliando a mamografia isoladamente ou em associação com o exame clínico das mamas, foram publicados entre as décadas de 1970 e 1990. Esses estudos foram realizados em diferentes países como Suécia (quatro estudos), Reino Unido (dois estudos) e Canadá (um estudo). É importante salientar que seis dos sete estudos foram realizados nas décadas de 1970 e 1980, sendo que apenas o UK Age Trial foi realizado na década de 1990 (Marmot et al., 2013; Gøtzsche, Jørgensen, 2013; Iarc, 2002).

Dos estudos feitos no Reino Unido, um deles foi realizado na década de 1970 e selecionou mulheres entre 45-64 anos (Edimburgo), enquanto o outro estudo foi realizado na década de 1990 e selecionou mulheres entre 39 a 41 anos (UK Age Trial). Enquanto o estudo de Edimburgo sofreu duras críticas em relação ao processo de randomização e confiabilidade dos resultados, o estudo UK Age Trial foi o primeiro ensaio clínico randomizado a estudar especificamente o impacto do rastreamento nas mulheres com menos de 50 anos de idade.

Em outubro de 2013, no Reino Unido, um painel independente publicou uma análise sobre o rastreamento do câncer de mama e considerou o estudo de Edimburgo inadequado para análise, enquanto que o estudo UK Age Trial, considerado adequado, apresentava uma redução não significativa da mortalidade do câncer de mama em 17% no grupo rastreado em comparação com o grupo não rastreado (Marmot et al., 2013; Gøtzsche, Jørgensen, 2013).

Os estudos realizados na Suécia (Malmö, Two-County, Stockholm e Göteborg) foram feitos nas décadas de 1970 e 1980 e incluíram mulheres de uma ampla faixa etária: de 38 a 75 anos. Além da variabilidade da faixa etária, os estudos divergem quanto ao método de randomização, o intervalo entre os exames, o número de incidências da mamografia, a duração do rastreamento, entre outros. A última revisão sistemática da Cochrane Collaboration (Gøtzsche, Jørgensen, 2013) classifica três deles como sub ótimos em relação ao processo de randomização. A eficácia do rastreamento varia entre 19% a 42% nos diferentes estudos, muito embora revisões recentes destes estudos apontem para reduções na mortalidade entre 15% a 21% (Gøtzsche, Jørgensen, 2013).

O estudo do Canadá pode ser considerado como sendo dois estudos uma vez foram analisadas duas populações distintas (40-49 anos e 50-59 anos). Embora seja duramente criticado por

algumas sociedades médicas (em especial os radiologistas), o estudo é considerado como o de melhor qualidade metodológica entre os ensaios randomizados (Glasziou, 1995 apud. Gøtzsche, Jørgensen, 2013). A grande questão levantada pelo estudo canadense é que a inclusão da mamografia ao exame clínico das mamas não parece ter impacto na redução da mortalidade do câncer de mama na população rastreada (Iarc, 2002; Gøtzsche, Jørgensen, 2013; Marmot et al., 2013).

Em função da grande variabilidade entre os ensaios clínicos randomizados, a avaliação do impacto das intervenções (eficácia) torna-se uma tarefa difícil e, como consequência, promove acirrados debates e discussões sobre as estimativas de redução da mortalidade. Diferentes autores e instituições publicaram revisões sistemáticas e/ou metanálises desses estudos randomizados e suas respectivas estimativas de redução da mortalidade. Em princípio, as análises efetuadas por instituições com “expertise” em revisões sistemáticas e metanálises parecem ser as mais confiáveis. Entretanto, a melhor estratégia é observar se as revisões adotaram os critérios internacionalmente aceitos de qualidade na execução de revisões sistemáticas e metanálises (como por exemplo, os critérios do método Quorum e recentemente o método Prisma).

Recente revisão da Cochrane Collaboration (Gøtzsche, Jørgensen, 2013) considera uma redução relativa do risco de morte do câncer de mama na população rastreada em 19% após 13 anos de seguimento, incluindo todos os estudos (à exceção de Edimburgo), com valores de 10% de redução, incluindo apenas os estudos adequadamente randomizados (três estudos) e valores de 25% de redução para os estudos com randomização sub-ótima (quatro estudos).

Esses estudos “clássicos” formam a base científica que justificou a introdução dos diferentes programas de rastreamento do câncer de mama nos países desenvolvidos a partir do final da

década de 1980 e início da década de 1990. Muito embora esses estudos avaliem uma intervenção sanitária conhecida como rastreamento, eles diferem entre si com relação à população alvo (populações com diferentes faixas etárias), periodicidade do rastreamento (anual ou bienal) e métodos utilizados (mamografia, exame clínico das mamas e autoexame das mamas). Todos os estudos sofreram e ainda sofrem críticas em relação aos possíveis vieses (comparação entre os grupos estudados, avaliação da causa de morte e falhas na randomização). Estas críticas partem tanto dos adeptos do rastreamento (criticando os estudos que não mostraram reduções na mortalidade) quanto dos críticos do rastreamento (censurando a maioria dos estudos).

Desde a década de 1970, acontece o debate entre os adeptos do rastreamento e os seus críticos. Cada grupo com seus respectivos argumentos e pontos de vista. Este intenso debate não impediu que alguns países desenvolvidos (cerca de 30) implantassem programas de rastreamento mamográfico em seus países, seja em caráter nacional ou regional (local). A experiência decorrente desses programas de rastreamento motivou a publicação de relatórios gerenciais e técnicos, além de estudos observacionais. Esse extenso material é fonte de pesquisa para avaliar a efetividade e a eficiência desses programas e está disponível para acesso a qualquer pessoa interessada no tema. São algumas das informações desses programas que analisaremos a seguir.

Os programas de rastreamento populacional (rastreamento organizado)

Como se apreende pela leitura do texto até o momento, somente países desenvolvidos realizaram ensaios clínicos randomizados sobre o papel da mamografia no rastreamento do câncer de mama e, posteriormente, implantaram programas de rastreamento com base na mamografia. Ainda que os ensaios clínicos

tenham sido realizados nos EUA, Canadá, Reino Unido e Suécia, outros países como Dinamarca, Noruega, França, Holanda, Finlândia, entre outros, aderiram ao rastreamento mamográfico. É importante observar que a maioria dos países que adotaram programas nacionais (e não recomendações nacionais ou programas regionais e locais), recomenda o rastreamento mamográfico na faixa etária entre 50-69 anos (Iarc, 2002; ICSN, 2014).

Os estudos observacionais são uma alternativa aos estudos randomizados na análise do impacto do rastreamento mamográfico. Esses estudos analisam reduções na mortalidade do câncer de mama em uma época de grande progresso nos cuidados oferecidos a pacientes com câncer de mama (tratamento adjuvante na doença localizada e tratamento curativo ou paliativo na doença avançada) e melhoria nos exames de imagem. Tanto os proponentes do rastreamento mamográfico como seus críticos concordam que os estudos observacionais são mais relevantes hoje do que os ensaios clínicos randomizados realizados 20 ou 30 anos atrás (Marmot et al., 2013).

Talvez, a grande limitação dos estudos observacionais seja a maior probabilidade que esses estudos têm de apresentar vieses e, conseqüentemente, problemas de interpretação. Os vieses relacionados aos estudos observacionais variam conforme o desenho do estudo, entretanto, todos compartilham o mesmo problema da potencial perda de comparabilidade entre o grupo que sofre a intervenção e o grupo controle (Iarc, 2002; Marmot et al., 2013).

Segundo o relatório do grupo de trabalho sobre rastreamento do câncer de mama da International Agency for Research on Cancer — Iarc (2002), existe alguma evidência de que os programas de rastreamento mamográfico, com ou sem exame clínico das mamas, reduzem a mortalidade do câncer de mama na população alvo. Algumas estimativas em países com rastreamento organizado sugerem que reduções de 20% podem

ser esperadas em longo prazo. As estimativas de redução encontram-se, em média, na faixa de 5% a 20%. Entretanto, considera-se que os valores mais baixos podem ser devidos ao período inicial de implantação do programa, à morte de indivíduos com tumores diagnosticados antes da introdução do programa e à baixa qualidade do programa nos primeiros anos de implantação (Iarc, 2002).

Mais recentemente, de acordo com o EuroScreen Working Group (Broeders et al., 2012), a ênfase na avaliação migrou para os programas de rastreamento populacional (rastreamento organizado), e, por este motivo, os estudos observacionais serão a principal fonte de informação sobre a efetividade desses programas. Em relação ao rastreamento mamográfico, três desenhos de estudo são habitualmente encontrados: os estudos de tendências temporais de mortalidade (*time-trend studies*), os estudos de mortalidade que utilizam as taxas de mortalidade das mulheres convidadas para o rastreamento (*incidence-based mortality approach*) e os estudos de caso-controle (*case-control studies*).

O primeiro desenho de avaliação do rastreamento mamográfico é o estudo de tendência temporal da mortalidade do câncer de mama. O impacto de um programa de rastreamento na mortalidade pode demorar alguns anos para aparecer, em parte devido ao aumento inicial dos casos novos após a introdução do rastreamento, mas também pela demora na implantação completa de um programa de rastreamento, pela inclusão na mortalidade de algumas mulheres com câncer antes da introdução do rastreamento e pela não correção dos dados de acordo com a participação da população no rastreamento. Desta forma, a avaliação de um programa de rastreamento não deve ser feita exclusivamente por este desenho de estudo (Broeders et al., 2012).

Em recente revisão sistemática da literatura realizada pelo EuroScreen Working Group, geralmente utilizando dados agregados de fontes rotineiras como registros de câncer, as reduções

anuais da mortalidade variavam entre 1% e 9%, enquanto que a estimativa de redução da mortalidade comparada com o período anterior ao rastreamento variava entre 28% e 38% (Broeders et al., 2012).

O segundo tipo de desenho, chamado de *incidence-based mortality* (IBM), caracteriza-se por analisar as taxas de mortalidade nos cânceres diagnosticados apenas nas mulheres convidadas ou que realizaram o rastreamento. Ao utilizar dados individuais, é possível superar alguns dos problemas apontados nos estudos de tendências temporais. A revisão sistemática do EuroScreen Working Group indica um resultado consolidado de redução estimada de 25% da mortalidade nos estudos com mulheres convidadas e 38% nas que efetivamente realizaram o rastreamento (Broeders et al., 2012).

O terceiro tipo de desenho são os estudos de caso-controle. Casos de morte por câncer de mama numa determinada população são coletados num período e comparados com um grupo controle, da mesma população, que não morreram de câncer de mama, e analisa-se a ocorrência de rastreamento mamográfico em ambas as populações. Os valores de redução da mortalidade na população efetivamente rastreada dos estudos selecionados pelo EuroScreen Working Group foram entre 48% a 52%. As reduções da mortalidade foram de 31% na população convidada para o rastreamento (Broeders et al., 2012).

Rastreamento mamográfico nos países em desenvolvimento

Em um estudo publicado em 2011, Forouzanfar et al. apresentaram dados sobre incidência e mortalidade dos cânceres de mama e colo do útero em 187 países no período entre 1980-2010. Dos mais de 1,6 milhão de casos novos de câncer de mama analisados nesse período, 51% ocorriam nos países em

desenvolvimento e 49% nos países desenvolvidos. A ocorrência de câncer em mulheres com menos de 50 anos correspondia a cerca de 45% dos casos nos países em desenvolvimento, comparado com 20% nos países desenvolvidos. Embora esse dado não implique necessariamente em maior risco de câncer em mulheres jovens nos países em desenvolvimento, ele sugere que em países com grande predominância de mulheres jovens em sua população a ocorrência de um número alto de câncer de mama em mulheres jovens não é um achado inesperado ou raro.

Por outro lado, nesse mesmo estudo, o risco cumulativo de casos novos de câncer de mama (15-79 anos) nos países em desenvolvimento variava entre 3% — 10%, sendo esses valores menores do que os encontrados nos países desenvolvidos (7% — 10%). O risco cumulativo de casos novos de câncer de mama em 2010 era 8,6% para os países desenvolvidos e 3,8% para os países em desenvolvimento. A América Latina foi apresentada em quatro regiões (Andes, Central, Sul e Tropical) com valores que variavam em 2010 de 3,5% a 9,5%. O risco cumulativo de casos novos para o Brasil em 2010 era de 7,9%.

O risco cumulativo de morte de câncer de mama em 2010 era 2,1% para os países desenvolvidos e 1,1% para os países em desenvolvimento. O risco cumulativo de morte variava, na América Latina em 2010, de 0,7% a 3,2%. No Brasil, o risco cumulativo em 2010 era de 1,8%.

A razão mortalidade/incidência em 2010 era maior nos países em desenvolvimento, independente da idade, aumentando com o avançar da idade. Isto pressupõe que o risco de morrer de câncer de mama deveria ser maior nos países em desenvolvimento em comparação com os países desenvolvidos, muito embora em ambos os países (desenvolvidos e não desenvolvidos) houvesse um decréscimo temporal (1980-2010) nessa razão. Essa redução coincidiu com a implementação de programas de rastreamento e utilização de hormonioterapia adjuvante (Forouzanfar et al., 2011).

Em resumo, esse panorama do risco de ocorrência, mortalidade e letalidade do câncer de mama entre 1980-2010, entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, aponta para um aumento do risco de ocorrência em ambos os países, uma diminuição do risco de morte nos países desenvolvidos e tendência de estabilização nos países em desenvolvimento e uma diminuição da letalidade em ambos os países.

Países em desenvolvimento abrangem nações que são heterogêneas do ponto de vista social, cultural e econômico, além de possuírem uma ampla variabilidade na oferta de serviços de saúde voltados para o controle do câncer de mama e de recursos humanos especializados (Mittra, 2011). Entretanto, os países em desenvolvimento apresentam duas características em comum segundo Mittra (2011): apresentam taxas de incidência do câncer de mama e conscientização ou alerta (*awareness*) sobre os principais sinais e sintomas menores do que os países desenvolvidos. Devido à baixa conscientização (*awareness*), a maioria dos casos se apresenta, no momento do diagnóstico, em estágio avançado, onde é menos provável que o tratamento obtenha algum sucesso. Se a ocorrência de tumores de mama avançados pudesse ser substituída pela maior ocorrência de tumores iniciais, muito mais mulheres poderiam ser curadas.

Esse raciocínio é que vem motivando diferentes atores nos países em desenvolvimento a sugerir a implantação de programas de rastreamento mamográfico. Embora, num primeiro momento, e utilizando como referência os resultados dos programas de rastreamento nos países desenvolvidos, seja absolutamente coerente pensar que implantar programas de rastreamento mamográfico possa contribuir para a redução da mortalidade do câncer de mama nos países em desenvolvimento, a realidade concreta nos faz condicionar essa possibilidade a uma série de variáveis.

Uma variável importante para o sucesso do rastreamento é a adesão da população alvo aos exames de rastreamento durante todo o período de participação no programa (em geral, vinte anos). Resultados de estudos sobre rastreamento do câncer de mama realizados na Índia e Filipinas e publicados por Mittra e Pisani respectivamente (apud Mittra, 2011) mostram dificuldades das mulheres em aderir ao rastreamento e também às diferentes etapas da confirmação diagnóstica.

Outra variável importante diz respeito à qualidade dos exames e envolve a implantação de programas de garantia e controle da qualidade das imagens e dose de radiação. Nos últimos vinte anos diversos manuais, guias e protocolos com a finalidade de promover a qualidade da mamografia foram desenvolvidos em várias regiões do mundo, com predomínio de publicações de países desenvolvidos (Reis et al., 2013). Em recente relatório da United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation — Unsear (UN, 2010) sobre fontes e efeitos da radiação ionizante, praticamente inexistem informações sobre a dose das mamografias em países em desenvolvimento.

Variáveis importantes como capacidade para proceder à confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e tratamento dos casos confirmados, recursos humanos em quantidade e qualidade suficiente, recursos financeiros para investimento e custeio dos serviços necessários e aspectos culturais (crenças e valores relacionados ao câncer de mama e ao rastreamento) também foram apontados por diversos autores como possíveis barreiras para a implantação do rastreamento mamográfico nos países em desenvolvimento (Martin, 1998; López-Gómez et al., 2013; Mittra et al., 2010; Habibzadeh, 2012; Moss, 2008; Bhikoo, 2011, Malik et al., 2010, Asadzadeh, 2011; Opoku et al., 2012).

Um estudo de El Saghier et al. (2007), que analisa as ações de controle do câncer nos países árabes em desenvolvimento, mostrou a inexistência de programas nacionais de rastreamento

mamográfico. Os governos e as seguradoras geralmente não cobrem os custos do rastreamento mamográfico e nem monitoram os serviços em relação à qualidade ou dose.

Shetty (2012) acredita que uma das principais razões para a maior probabilidade de morrer de câncer de mama nos países em desenvolvimento, em comparação com os países desenvolvidos, seja a procura tardia por serviços de saúde pela população. Informações limitadas sobre a doença ou incapacidade de acessar os cuidados são consideradas possíveis causas. A Índia, como outros países em desenvolvimento, também sofre com a carência de recursos humanos e serviços especializados. Nesse país, uma estratégia ampliada de conscientização sobre o câncer de mama e educação para a auto-avaliação das mamas poderiam provocar grandes mudanças na sobrevida (Shetty, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda o rastreamento mamográfico para os países em desenvolvimento, uma vez que ampliar o acesso a tratamento em centros especializados, nesses países, talvez seja mais efetivo em reduzir a mortalidade. Iniciar o rastreamento mamográfico organizado em países em desenvolvimento é provavelmente uma intervenção inefetiva e indesejável (Panieri, 2012).

Até o momento não existem programas de rastreamento (rastreamento organizado) nos países em desenvolvimento. Algumas instituições, como a The Breast Health Global Initiative (BHGI), sugerem que as intervenções sejam adequadas ao grau de recursos dos sistemas de saúde (básico, limitado, aprimorado e máximo). Em países com recursos básicos ou limitados dos sistemas de saúde, são sugeridos programas de educação para a conscientização dos principais sinais e sintomas do câncer de mama (*awareness*) com a finalidade de diminuir o número de casos avançados no momento do diagnóstico (Howel, 2010; Yip et al., 2008).

Não há dúvida de que programas de rastreamento do câncer de mama são intervenções sanitárias complexas. Basta observar

as diferentes condicionalidades para que o rastreamento obtenha resultados: cobertura alta da população alvo, repetição sistemática dos exames numa determinada periodicidade, qualidade dos exames, confirmação diagnóstica em tempo hábil, encaminhamento precoce ao tratamento dos casos confirmados e qualidade do tratamento oferecido. Além de garantir que estas ações estejam disponíveis para todas as mulheres, é preciso que todas estas ações sejam monitoradas e avaliadas regularmente. Portanto, é pouco provável que um país em desenvolvimento tenha, hoje, todos os condicionantes necessários para que um programa de rastreamento atinja seus resultados esperados.

Rastreamento mamográfico no Brasil¹

No Brasil, a mamografia como exame de rastreamento para o câncer de mama teve seu crescimento a partir da década de 1980. O Ministério da Saúde, desde o início da década de 1980 implementa e apoia programas de saúde de atenção integral à saúde da mulher. Nas décadas de 1980 e 1990 foram investidos recursos em campanhas e materiais de comunicação e informação em saúde com foco nos principais cânceres que acometiam a população feminina. Em 1998, com a criação do programa Viva Mulher, as ações se tornaram sistemáticas e com foco na detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero, além de apoio à estruturação das redes locais de controle do câncer.

Em 2003, foi realizada a reunião de Consenso para o Rastreamento do Câncer de Mama, com a participação de dezenas de coordenações estaduais de câncer, pesquisadores, especialistas e universidades de todo o Brasil. Esta reunião propiciou o

¹ A primeira parte desta subcapítulo foi aproveitada do material publicado sob forma de artigo na *Revista Brasileira de Cancerologia* 59(3), p. 331-39, 2013 “Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil” do qual fui um dos autores.

lançamento das Diretrizes para a Detecção Precoce e Tratamento do Câncer de Mama no Brasil em 2004, que balizaria tecnicamente as diferentes ações e programas implantados em nível nacional e local nos cinco, dez anos seguintes.

Entre 2005 e 2006 foi lançado o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama que, em conjunto com o Pacto pela Saúde, possibilitou a ampliação da oferta da mamografia de rastreamento e diagnóstica em todo o Brasil.

Em 2009, em função do acirrado debate internacional sobre o balanço entre benefícios e malefícios do rastreamento mamográfico, foi promovido pelo Inca, no Rio de Janeiro, o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama. Na ocasião, foram convidados pesquisadores e profissionais de diferentes países da Europa e das Américas para debater as evidências do rastreamento mamográfico. Todo o material apresentado no encontro bem como as recomendações dos países participantes foi disponibilizado na página do Inca na Internet.

Após quase três anos de desenvolvimento, em 2009 foi lançado o Sismama que é o sistema de informação das ações de detecção precoce do câncer de mama. O sistema possibilita análises detalhadas das diferentes ações do rastreamento do câncer de mama, além de fornecer informações indiretas (e aproximadas) sobre a cobertura da mamografia e dos exames diagnósticos em diferentes faixas etárias e locais do Brasil. Desde 2011, encontra-se em desenvolvimento, e em 2013 em fase de implantação, uma versão web do Sismama (Siscan) que amplia as funcionalidades do sistema e permite uma gestão mais refinada das ações de controle do câncer de mama.

Por ocasião do início de um novo governo federal, foi lançado em março de 2011 um plano de fortalecimento das ações de controle do câncer de mama e colo do útero, com recursos para investimentos e custeio entre 2011-2014. Essas ações priorizam a ampliação do rastreamento mamográfico e dos serviços para

confirmação diagnóstica, o aprimoramento da qualidade dos exames realizados, o acesso em tempo hábil ao tratamento e a comunicação e informação adequada em saúde.

Em que pese a importante participação do sistema público de saúde nas ações de rastreamento mamográfico do câncer de mama no Brasil, não podemos esquecer a importância do sistema privado de saúde na implantação e disseminação da mamografia de rastreamento no país. Em 2011, cerca de 65 milhões de brasileiros eram beneficiários da Saúde Suplementar. Em 2011, as operadoras de saúde informaram a realização de cerca de 4,5 milhões de mamografias, sendo cerca de dois milhões na faixa etária entre 50-69 anos de idade (ANS, 2012).

Como é sabido, o rastreamento mamográfico é, em tese, um programa e não um teste (exame). Programa é um conjunto de atividades com objetivos comuns, e critérios e padrões de monitoramento e avaliação bem definidos, com a finalidade de que os benefícios sejam maximizados e os malefícios minimizados (Gray et al., 2008).

Um programa de rastreamento, portanto, não se limita à oferta de exames de mamografia com qualidade para a população-alvo, devendo prover também acesso aos procedimentos diagnósticos para as lesões suspeitas e tratamento para os casos confirmados. Todas as ações são incrementadas por estratégias de comunicação e mobilização da população-alvo por meio de campanhas de comunicação e ações de educação e informação em saúde.

Analisaremos, a seguir, o rastreamento mamográfico no Brasil a partir de informações relativas à cobertura da mamografia, qualidade dos exames mamográficos, realização dos procedimentos diagnósticos, acesso ao tratamento especializado e comunicação e informação em saúde.

Cobertura da mamografia

Ao analisar os dois inquéritos populacionais por amostra domiciliar do IBGE, a Pnad 2003 e 2008, em relação à cobertura de mamografia em mulheres acima de 50 anos, observa-se um crescimento superior a 30%. As mulheres que referem possuir um plano de saúde apresentam maior cobertura de mamografia em ambos os inquéritos, porém destaca-se a melhora do acesso e utilização dos serviços, independente da vinculação com um plano de saúde. Possuir um plano de saúde dobra a chance de realizar uma mamografia (Oliveira et al., 2011).

Utilizando os dados do estudo de Oliveira et al. (2011), a realização de mamografia mostrou uma forte correlação positiva com o nível socioeconômico (renda e escolaridade) e o fato de residir em área metropolitana ou urbana (duas a três vezes mais chance). Apesar da queda da proporção de mulheres que nunca fizeram a mamografia, ainda são encontradas fortes desigualdades entre diferentes estratos da população.

Dados oriundos do Vigitel 2012, inquérito telefônico realizado nas 27 capitais dos estados e Distrito Federal, no Brasil, apontam cobertura de mamografia de 77,4% nos últimos dois anos, na população entre 50-69 anos. A maior cobertura aconteceu no subgrupo de mulheres com mais de 12 anos de escolaridade (cobertura de 90%) (Vigitel, 2013).

Dados do Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sis-mama), que registra as mamografias no âmbito do SUS, revelam que entre 2010-2012 houve um aumento do percentual de mulheres que relatam ter realizado mamografia anterior (respectivamente 29%, 30% e 50%). Em 2012, os dados apontam que 3,8% realizaram o exame no mesmo ano, 41,5% no último ano, 32,2% nos últimos dois anos e 22,5% há mais de três anos (Inca, 2013).

Entre 2010-2012 houve um incremento na produção da mamografia de rastreamento de 35,7%, com incrementos de 9,4%

na faixa etária abaixo de 40 anos, 32,7% na faixa de 40-49 anos, 41,2% na faixa de 50-69 anos e 37% na faixa acima de 70 anos. Enquanto isso, as mamografias diagnósticas sofreram queda de cerca de 25% e em todas as faixas etárias, com as maiores quedas nas faixas de 40-49 e 50-69 anos (Inca, 2013a).

Qualidade da mamografia

A mamografia é um exame radiológico que emite radiações ionizantes e, portanto, precisa de medidas que garantam a proteção dos usuários e profissionais que utilizam esse equipamento. Além da proteção radiológica é preciso garantir a qualidade dos exames para que a imagem produzida seja adequada para visualizar detalhes de estruturas normais da mama e também pequenas alterações clinicamente não identificadas (Inca, 2007).

O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem — CBR disponibiliza para a sociedade um programa de qualidade em mamografia desde 1992, o qual certifica os serviços submetidos à avaliação da dose, imagem física e imagem clínica, e que estejam em conformidade com determinados padrões de qualidade (CBR, 2014).

Em 1998 a Secretaria de Vigilância em Saúde — SVS do Ministério da Saúde publicou uma portaria que regulamenta a radioproteção em radiodiagnóstico, em especial, na mamografia. A partir da experiência adquirida pela SVS/MS e posteriormente pela Anvisa e o CBR nos aspectos de proteção radiológica e qualidade da mamografia, o Inca propôs um Projeto Piloto de Garantia da Qualidade em Mamografia em quatro regiões do Brasil. O piloto foi realizado entre 2007 e 2008 e teve como um de seus desdobramentos a criação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) em março de 2012. O PNQM tem o objetivo de avaliar todos os serviços de mamografia no país, SUS e não SUS, em um trabalho conjunto do Ministério da Saúde,

do Instituto Nacional de Câncer (Inca), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e colaboração do CBR e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Inca, 2012).

Enquanto os dados das avaliações do PNQM ainda não são divulgados publicamente, alguns estudos avaliam a qualidade dos serviços de mamografia em caráter local ou regional. Corrêa et al. (2011) analisaram trinta e cinco serviços em Goiás entre 2007 e 2009. Os percentuais médios de conformidade nas três visitas realizadas (uma por ano) foram 64,1%, 68,4% e 77,1% respectivamente. As principais melhorias foram decorrentes de ajustes em alguns parâmetros relacionados ao equipamento, enquanto que a dose encontrava-se dentro dos padrões aceitáveis em 80% dos serviços. No total de serviços, 40% deles não alcançaram o parâmetro mínimo de 70% de conformidade com os padrões estabelecidos.

Ramos et al. (2010) analisaram os resultados do Programa de Controle da Qualidade da Mamografia no estado da Paraíba no período entre 1999 e 2003. Os dezessete serviços avaliados precisavam estar em conformidade com pelo menos 70% dos itens de qualidade para serem aprovados. Os percentuais de serviços aprovados foram: 1999 (25%), 2000 (75%), 2001 (82%), 2002 (77%) e 2003 (81%).

Estudo realizado no DF por Corrêa et al. (2008) avaliou quarenta e um serviços de mamografia no período entre 2000 e 2002. Dos trinta e seis serviços que completaram a primeira avaliação, nenhum estava com percentual de conformidade maior que 90%. Na segunda avaliação, que foi precedida por um treinamento e notificação dos problemas encontrados na primeira avaliação, o percentual de serviços com conformidade maior que 90% foi de apenas dez serviços.

A pouca disponibilidade de relatórios sobre a qualidade das mamografias pelas vigilâncias sanitárias, o baixo número de artigos publicados na literatura nacional sobre o tema e o mau

desempenho dos serviços avaliados sugerem que a adesão aos programas de garantia da qualidade ainda é um desafio a ser enfrentado no Brasil.

Procedimentos diagnósticos e acesso ao tratamento especializado

De modo bem resumido, o rastreamento do câncer de mama é uma intervenção sanitária que envolve quatro “estágios”. O primeiro estágio consiste na realização da mamografia de rastreamento na população-alvo; o segundo, a avaliação dos exames alterados; o terceiro, a realização de uma biópsia para confirmação ou não do câncer e, por último, o tratamento dos casos confirmados (Forrest, 1990).

Os procedimentos diagnósticos no escopo do rastreamento do câncer de mama implicam em investigações clínicas realizadas por especialistas (radiologistas, mastologistas e patologistas) no âmbito do nível secundário de atenção à saúde (policlínicas, ambulatórios de especialidades e hospitais regionais) e a realização de biópsias e exames histopatológicos para confirmação diagnóstica.

Esses procedimentos implicam em diferentes possibilidades de atraso, sejam nas mulheres assintomáticas ou nas mulheres que apresentam algum sinal ou sintoma. O atraso na confirmação diagnóstica de lesões suspeitas no rastreamento mamográfico (mulheres assintomáticas) está associado com maior risco de tumores avançados e presença de linfonodos axilares comprometidos (Olivotto et al., 2002). Para mulheres sintomáticas, atrasos na confirmação diagnóstica e início do tratamento tem implicações na sobrevida em cinco anos (Richards et al., 1999).

Estudos que avaliam os atrasos na confirmação diagnóstica e no tratamento das mulheres com lesões suspeitas e câncer confirmado, respectivamente, não são frequentes em nosso país. Barros et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática em três bases de

dados (PubMed, Scielo e Periódicos Capes) sobre esse tema e publicados a partir de 1999. Recuperaram vinte e sete artigos no total, dos quais apenas quatro foram publicados no Brasil.

Trufelli et al. (2008) analisaram o tempo de atraso no diagnóstico e tratamento em cerca de setenta mulheres em um hospital especializado em São Paulo, em 2006. O maior atraso ocorreu entre a suspeita mamográfica de câncer e a realização da biópsia (mediana de 72 dias) e foi significativamente maior nas mulheres com doença avançada em relação àquelas com doença inicial.

Rezende et al. (2009) estudaram as causas de atraso em cento e quatro mulheres, em um serviço especializado em câncer no Rio de Janeiro em 2004. O tempo (mediana) entre os primeiros sinais e sintomas e a primeira consulta foi de um mês, enquanto que entre a primeira consulta e a confirmação diagnóstica foi de seis meses e meio, sendo a presença de sintomas uma variável relacionada ao atraso no diagnóstico.

Barros et al. (2013) analisaram 250 mulheres em seis hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do DF, entre 2009 a 2011, e identificaram que cerca de 90% das pacientes levaram mais de 90 dias entre o início dos sintomas e o começo do tratamento. O atraso atribuído aos serviços de saúde foi cerca de cinco vezes maior ao atraso atribuído à paciente, indicando alguma limitação dos serviços de saúde em oferecer em tempo hábil os tratamentos necessários.

Dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), no período entre 2000 a 2008 (Inca, 2012) apontam que a mediana entre a data do diagnóstico e início do tratamento foi de quarenta e três dias.. Em 75% dos casos, o tratamento foi iniciado em até três meses após o diagnóstico. O percentual mediano de tumores avançados foi de 40,5% no período.

Embora os dados aqui apresentados sejam de mulheres que já obtiveram acesso aos serviços especializados, eliminando algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde, ainda podemos

encontrar atrasos significativos na confirmação diagnóstica e início do tratamento.

Comunicação e informação em saúde

Tomar uma decisão sobre submeter-se ou não a um exame de rastreamento requer conhecer os benefícios e riscos do rastreamento. O rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia apresenta um balanço delicado e, portanto, uma decisão esclarecida e informada necessita da utilização de diferentes veículos de comunicação e da contribuição de atores com diversos interesses que, em conjunto, participam do processo de esclarecimento e mobilização da população.

Como acontece com outras ações relacionadas ao rastreamento do câncer de mama, são poucos os estudos relacionados às estratégias de comunicação e informação do rastreamento do câncer de mama. Visitando alguns *websites* de instituições públicas ou privadas relacionadas ao câncer de mama, como as sociedades de especialistas ou ONGs, fica claro que o conteúdo está longe de ser adequado. Na grande maioria dos *websites* é praticamente nula a informação sobre qualquer malefício associado ao rastreamento.

Ferreira et al. (2013) analisaram a qualidade dos conteúdos sobre o rastreamento do câncer de próstata e mama em *websites* de língua portuguesa. Estimativas corretas do benefício (redução da mortalidade) foram encontradas em 14% dos 200 *websites* analisados. Em um percentual mínimo foram analisadas questões como *over diagnosis* e exame falso positivo e negativo. Em apenas 25% dos *sites* as informações sobre a faixa etária elegível estavam corretas. Predomina a ausência de informações sobre malefícios nos *sites* de organizações privadas que visam o lucro.

Um estudo realizado em Mato Grosso do Sul (Batiston et al., 2011) apresenta resultados interessantes. Das cerca de 400

mulheres estudadas, a fonte de informação sobre o câncer de mama foi a Unidade Básica de Saúde (58%), a mídia (28,8%) e outros meios (10,6%). Numa tabela, são apresentados diferentes fatores de risco para o câncer de mama e hábitos de prevenção relatados pelas mulheres entrevistadas. Algumas ocorrências citadas pelas mulheres, como por exemplo não realizar consultas e exames de rotina (11,5%), autocuidado insuficiente (5,1%) e trauma na mama (4,1%) foram considerados fatores de risco pelas mulheres (quando de fato não o são). Além disso, o principal fator de risco para o câncer de mama, a idade, não aparece entre os fatores de risco apontados pelas mulheres.

Estudo realizado em São Paulo, em 2007 (Santos, Chubaci, 2011), sobre conhecimento do câncer de mama e mamografia, também apresenta resultados esclarecedores. Das 166 mulheres analisadas, cerca de 30% tinham como fonte de informação do câncer de mama amigos e família, cerca de 20%, profissionais de saúde e 50%, palestras e meios de comunicação. Em relação a informações sobre mamografia, cerca de 40% não receberam informações sobre este exame e 30% receberam informações sobre mamografia por profissionais de saúde. Dentre os exames citados pelas mulheres como úteis na detecção precoce do câncer de mama, a mamografia apareceu em 55% das respostas, seguido de autoexame das mamas em cerca de 30%, e exame clínico das mamas em apenas 9,9%. Um dado interessante, apesar de pouco representativo, é o percentual de 6,4% de mulheres que responderam fazer a mamografia por medo da doença (câncer), quando, na prática, a realização da mamografia aumenta a probabilidade de encontrar um câncer.

Schneider et al. (2013) analisaram o conhecimento sobre mamografia em duas populações (adultas e idosas) de mulheres em Florianópolis (SC). Em cerca de 50% das mulheres adultas e em cerca de 30% das idosas existe uma crença de que a mamografia evita o aparecimento do câncer de mama. Outro

achado importante, corroborado por outros estudos na literatura nacional e internacional, é a correlação positiva entre conhecimento sobre câncer e estratégias de detecção precoce com a população de maior renda e escolaridade. Essa informação é essencial para o planejamento de ações de comunicação e informação em saúde, e aponta para a importante desigualdade social no acesso à informação sobre o câncer de mama e estratégias de detecção precoce.

Os órgãos ou instituições de saúde pública são importantes atores na produção de material de comunicação e informação em saúde. O Ministério da Saúde, em especial o Inca, procura aprimorar sua estratégia de comunicação e informação para o rastreamento do câncer de mama. Desde 2004, com a publicação do Documento de Consenso, o Inca vem produzindo materiais técnicos para subsidiar as secretarias de saúde em suas ações de controle do câncer, além de centenas de materiais de comunicação (cartazes, folders, manuais, etc.) para apoio a campanhas de divulgação de ações de detecção precoce do câncer de mama (Inca, 2014).

Desde 2011 o Inca vem participando ativamente das ações comemorativas referentes ao “Outubro Rosa”, mês dedicado à “advocacy” do câncer de mama, procurando informar à população e profissionais de saúde sobre as mais recentes recomendações para a detecção precoce e controle do câncer de mama, em uma linguagem adequada e de fácil entendimento. A cada ano, o Inca procura promover o debate com diferentes segmentos da sociedade civil, como profissionais de saúde, movimentos feministas, legisladores, jornalistas e gestores públicos.

Em geral, a palavra contexto refere-se à situação (ou local) na qual a ação acontece ou se insere. Contextualizar significa colocar ou inserir a ação num determinado local ou situação. Em filosofia, o contexto é essencial para a compreensão do discurso. Em saúde pública, o contexto significa os

aspectos ou dimensões epidemiológicas, sociais, tecnológicas, humanas, econômicas, organizativas e políticas que envolvem uma intervenção sanitária. É sobre o rastreamento mamográfico no contexto nacional brasileiro que trata a próxima seção e que consolida em uma síntese os diferentes aspectos relacionados ao rastreamento do câncer de mama apresentados nesse texto.

Contextualizando o debate

Como já foi apontado no início, o objetivo deste capítulo é relativizar o papel da mamografia no debate contemporâneo sobre o rastreamento do câncer de mama. A linha de pensamento ou de argumentação utilizada foi resgatar alguns aspectos históricos da criação do mamógrafo e da introdução da mamografia no rastreamento do câncer de mama, apontar o impacto dessa intervenção, utilizando os resultados dos ensaios clínicos randomizados e dos programas de rastreamento, e analisar algumas características dessa intervenção no contexto de países em desenvolvimento e no Brasil.

Uma questão fundamental, e que norteia a análise das informações apresentadas aqui, diz respeito ao conceito e finalidade do rastreamento. O rastreamento representa um importante componente de prevenção secundária do câncer. Rastrear implica em oferecer um exame (ou teste) simples e barato para indivíduos assintomáticos, de modo a classificá-los como suspeitos (anormais/positivos) ou não suspeitos (normais/negativos) em relação à doença que é objeto do rastreamento (Silva, 1999). As ações (intervencções) de rastreamento têm como premissa o fato de que a identificação e tratamento da doença em indivíduos assintomáticos terão maior benefício em reduzir a mortalidade comparado com o tratamento de indivíduos sintomáticos. Embora pareça, num primeiro

momento, que existe uma relação direta (quanto mais cedo melhor o resultado), nem sempre o rastreamento melhora o prognóstico (e a mortalidade) e quando melhora, precisa ser analisado em relação aos malefícios (danos) que produz, aos custos de sua implantação e o custo de oportunidade em relação a outras intervenções sanitárias.

Gray e Raffle (2007), no prefácio de um dos melhores livros sobre rastreamento já escritos, alertam que todos os programas de rastreamento causam malefícios. Alguns também causam benefícios e, desses, apenas alguns causam mais benefícios do que danos a um custo aceitável. São apenas esses últimos que devem ser implantados e monitorados para que o balanço favorável entre os benefícios e danos se reproduzam na prática cotidiana. Qualquer intervenção de rastreamento requer no mínimo três pré-condições: uma doença, um exame (ou teste) e um programa que sejam “adequados”.

Uma doença “adequada” significa uma doença que seja passível de detecção em sua fase pré-clínica e que o tratamento precoce ofereça mais vantagens que o tratamento tardio. Um teste “adequado” significa que o mesmo deva ser válido, confiável, aceitável e viável. Em resumo, o teste precisa ser sensível e específico, apresentar pouca variabilidade entre os examinadores, simples, conveniente e relativamente indolor, não causar complicações graves e ter um custo aceitável para a população. Um programa “adequado” significa que todas as ações que envolvem um rastreamento (identificação e convocação da população alvo, realização dos exames de rastreamento, realização da investigação diagnóstica nos exames alterados, confirmação diagnóstica com biópsia e histopatológico e oferta de tratamento) sejam garantidos em tempo hábil e com qualidade (Gray, Raffle, 2007; Silva, 1999). Mesmo em contextos em que ainda não se implantou um programa de rastreamento, como no caso do Brasil, em que o rastreamento

é oportunístico², é preciso garantir todas as ações decorrentes de um exame de rastreamento suspeito.

O câncer de mama é uma doença “adequada” para o rastreamento no Brasil?

Em princípio, sem muita reflexão, diríamos que sim. Entretanto, algumas questões devem ser levantadas para “relativizar” esta afirmação. Se o câncer de mama apresentar uma alta taxa de incidência/prevalência, maior será a proporção de mulheres com doença pré-clínica em comparação com locais ou regiões com uma baixa incidência. Além disso o câncer de mama deve possuir uma fase latente (pré-clínica) suficientemente longa para que os exames de rastreamento identifiquem a doença. Por fim, identificar precocemente o câncer de mama pelo rastreamento deve resultar em impacto na redução da mortalidade maior do que o impacto resultante na mortalidade em mulheres identificadas clinicamente.

Acontece que as taxas de incidência do câncer de mama no Brasil são menores (cerca de 1,5 a 2,5 vezes menores) do que as taxas encontradas nos países que realizaram os ensaios clínicos randomizados e os que introduziram programas de rastreamento (Globocan, 2014). O risco cumulativo de incidência é cerca de 30%-40% menor no Brasil em relação aos países que

² O rastreamento é classificado como populacional (ou rastreamento organizado ou programa de rastreamento) quando a intervenção de rastreamento é oferecida para a toda a população alvo por meio de busca ativa da população, além de monitoramento e avaliação de todas as ações que envolvem o rastreamento. Rastreamento oportunístico é o rastreamento realizado a partir de uma decisão compartilhada entre profissional de saúde e paciente, por ocasião de uma consulta ou atendimento em um serviço de saúde, com população alvo, periodicidade e exame estabelecido por uma diretriz. Não garante os mecanismos de controle e qualidade de um rastreamento organizado (WHO, 2007).

realizaram os ensaios clínicos e os programas de rastreamento (Forouzanfar, 2011). Portanto, a probabilidade de que o rastreamento mamográfico identifique um câncer no Brasil é menor do que o esperado e, desta forma, diminui o número de casos detectados por exame (aumentando o custo de cada caso detectado). Em razão dessa baixa prevalência em comparação com os países desenvolvidos, a especificidade do exame diminui e, consequentemente, aumenta a proporção de casos falso positivos (gerando morbidade para a paciente e custos para o sistema de saúde).

As taxas de mortalidade do câncer de mama e o risco cumulativo de morte também são diferentes entre o Brasil e esses países. As taxas de mortalidade no Brasil são 1,5 a 2,5 vezes menores enquanto que o risco cumulativo de morte é cerca de 10%-30% menor no Brasil. Isso significa que o impacto esperado na redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil seja menor em relação aos países desenvolvidos.

Também é preciso entender que o câncer de mama é uma doença heterogênea e, portanto, abrange uma ampla diversidade de subtipos biológicos de tumores que vão desde os mais letais até os tumores indolentes com baixo potencial de progressão e risco de morte (Esserman et al., 2009; Gray, Raffle, 2007; Welch et al., 2011). Isso implica que nem todos os cânceres de mama serão passíveis de serem identificados numa fase pré-clínica, uma vez que os tumores de crescimento rápido podem “escapar” dos exames de rastreamento e se apresentarem clinicamente no intervalo dos exames. Esse conhecimento é fundamental uma vez que subtipos biológicos relacionados à um crescimento rápido estão relacionados habitualmente à ausência de receptores hormonais, idade na pré-menopausa e algumas alterações características na mamografia encontradas menos frequentemente (Ildefonso et al., 2008; Maxmen, 2012; The cancer genome atlas network, 2012). Isso é um problema uma vez que no Brasil, pela própria distribuição demográfica,

a distribuição proporcional de câncer nas mulheres abaixo de 50 anos em comparação com os países desenvolvidos e muito maior (2 x maior) (Forouzanfar, 2011).

Por fim, alguns autores consideram que a contribuição da mamografia na redução da mortalidade do câncer de mama é superestimado, isto é, somente uma proporção pequena de mulheres com câncer de mama descoberto pela mamografia de rastreamento seria realmente beneficiada pelo exame. Welch e Frankel (2011) acreditam que menos de 10% das mulheres que tiveram um câncer de mama descoberto pela mamografia de rastreamento e permanecem vivas foram realmente “salvas” pela mamografia. Consequentemente, os 90% restantes seriam mulheres que correspondem aos casos de *overdiagnosis* e mulheres que estariam curadas mesmo que os cânceres fossem descobertos clinicamente (sinais e sintomas). Para Welch e Frankel (2011), quanto maior a idade, maior a probabilidade que a mulher tenha sido “salva” pela mamografia.

A mamografia é um exame “adequado” para o rastreamento do câncer de mama no Brasil?

Uma pré-condição para que o rastreamento mamográfico tenha sucesso é que a mamografia seja “adequada”. O termo “adequada”, nesse escopo, significa que a mamografia deva ser válida, confiável, aceitável e viável. A mamografia precisa ser de fácil execução, sensível e específica, apresentar pouca variabilidade entre os examinadores, conveniente e relativamente indolor, não causar complicações graves e ter um custo aceitável para a população. A mamografia parece atender às características conveniente e indolor, embora algumas pacientes se queixem de desconforto ao realizar o exame. As outras características merecem uma análise. A mamografia não é um exame simples, de fácil execução. No Projeto Piloto de Qualidade da Mamografia

realizado entre 2007 a 2008, foram avaliados 53 serviços de mamografia em quatro diferentes estados do Brasil. De um total de 256 mamografias, foram considerados inadequados por problemas de posicionamento 8% dos exames, enquanto que as imagens clínicas (das mamas) foram considerados inadequadas em 14% dos exames. A inadequação dos exames por mau posicionamento ou má realização do exame implica em repetição do mesmo. O padrão Europeu para repetição de exames por problemas técnicos é no máximo 3% dos exames realizados (PERRY et al., 2008).

A acurácia da mamografia pode ser analisada pelos indicadores de sensibilidade e especificidade do exame. Na prática, a acurácia está diretamente relacionada à qualidade no desempenho da realização dos exames (aspectos relacionados ao técnico em radiologia e ao equipamento) e interpretação das imagens radiológicas (relativo à expertise do radiologista). A análise de sensibilidade e especificidade é muito prejudicada quando não há um programa de rastreamento (rastreamento organizado) como é o caso do Brasil. Para obter informações sobre sensibilidade e especificidade das mamografias seria preciso analisar dados de diferentes serviços ao longo de um tempo e essas informações não são habitualmente publicadas. Entretanto, alguns dados sobre desempenho dos serviços apresentados nesse texto e os dados obtidos pelo Projeto Piloto de Qualidade em Mamografia (56% dos serviços com a imagem do simulador de mama em conformidade, 91% em conformidade com a dose, 72% em conformidade com a interpretação das imagens, 72% em conformidade com a categorização Bi-Rads dos achados e 71% em conformidade com a recomendação Bi-Rads) pressupõe uma necessidade de aprimoramento das técnicas de realização dos exames e de sua análise e interpretação.

Em relação ao exame não causar complicações graves, é preciso lembrar que a mamografia é uma exame radiológico que

utiliza radiações ionizantes. A dose glandular média aceitável para cada exposição é de $< 2,5$ mGy. Como são feitas duas exposições para cada mama, a dose total por mama por cada exame é de $5,0$ mGy. Estudo realizado em Goiás em 100 mamógrafos revelaram doses acima desse padrão aceitável em 12% dos equipamentos convencionais e 50% dos equipamentos digitais (Rahal apud Corrêa, 2012). Isso é preocupante uma vez que existe uma tendência de substituição dos equipamentos convencionais (analógicos) por equipamentos digitalizados (CR— radiografia computadorizada) em nosso país. Este não é um achado isolado e já vem sendo estudado nos últimos anos por diferentes pesquisadores no Brasil.

Outra questão importante é a relação entre a idade da mulher e a acurácia do exame e o risco de câncer radioinduzido. A literatura científica aponta que a acurácia da mamografia é menor nas mulheres abaixo de 50 anos e, portanto, com maior probabilidade de exames falso positivos. O risco de câncer de mama radioinduzido aumenta conforme diminui a idade da realização do exame pelo maior número de exposições e maior sensibilidade das mamas nas mulheres jovens.

Um programa de rastreamento mamográfico é adequado para reduzir a mortalidade do câncer de mama no Brasil?

Um programa de rastreamento mamográfico somente deve ser implantado se houver evidência suficiente de que a intervenção é eficaz ou efetiva em reduzir a mortalidade do câncer de mama. De imediato temos um problema, uma vez que as evidências disponíveis, tanto os ensaios randomizados como os estudos observacionais, são objetos de intenso debate e discussão entre os “proponentes” e os “detratores” do rastreamento mamográfico. Diferentes organizações de saúde pública, institutos

e agências de pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, sociedades médica, pesquisadores independentes, entre outros, vem se debruçando sobre esse tema há cerca de 50 anos. O rastreamento mamográfico é considerado a intervenção médica mais estudada na história da medicina.

Essa polêmica é, em parte, explicada por dois fenômenos conhecidos: as expectativas irreais em relação às intervenções médicas e as diferentes perspectivas de análise entre generalistas e especialistas. As expectativas irreais são fundamentadas por uma tendência “natural” de superestimar os benefícios e subestimar os malefícios, especialmente em se tratando de doenças como o câncer. Os profissionais de saúde, incluindo os médicos, não estão livres dessas falsas crenças. O generalista é o profissional de saúde que tem como objeto o coletivo ou as populações e, por este motivo, coloca em perspectiva os diferentes problemas de saúde da população, analisando as intervenções sanitárias a partir do balanço entre os benefícios e malefícios e a qualidade dos estudos que sugerem o uso de determinada intervenção. Os especialistas, ao contrário, mantêm um contato amigável com os pacientes, principalmente com os casos mais avançados da doença, são menos sensíveis às análises dos possíveis malefícios de uma intervenção ou imperfeição dos estudos de efetividade. Portanto, generalistas e especialistas possuem modos distintos de abordar um mesmo problema (Inca, 2013).

Ainda que essa questão seja central para se decidir pela implantação ou não de programas de rastreamento é preciso estimar em que medida os resultados desses estudos são transferíveis ou generalizáveis para outros contextos diferentes de onde eles foram produzidos. Os estudos randomizados e os estudos observacionais sobre rastreamento mamográfico foram produzidos em países desenvolvidos. Esses países apresentam taxas de incidência e mortalidade superiores às taxas encontradas nos países de média e baixa renda. Esse é um dado importante, pois essas taxas irão

refletir parte dos benefícios e malefícios esperados (quanto maiores as taxas de mortalidade maior será o impacto do rastreamento e quanto maior as taxas de incidência menores as taxas de falso positivo e maior valor preditivo positivo dos exames alterados).

Além disso, esses países apresentam sistemas de saúde bem estruturados, com alta coordenação do cuidado e integração entre os diferentes níveis de atenção, programas de qualidade dos exames (mamografia e histopatológico), gestão dos processos e dos serviços de saúde, indicadores de monitoramento do desempenho e da qualidade dos serviços, registros de câncer e sistemas de informação integrados nos diferentes níveis de atenção. Para os estudiosos do rastreamento mamográfico estas características são fundamentais para que os programas de rastreamento obtenham os resultados esperados, reduzam os malefícios e ampliem a eficiência nos gastos.

Dados recentes mostram reduções da mortalidade do câncer de mama nos países desenvolvidos. Parte dessa redução está relacionada às ações de detecção precoce (diagnóstico precoce e rastreamento) e parte ao tratamento de qualidade e em tempo adequado dos casos identificados. Muitos países com programas de rastreamento mostram reduções na mortalidade em mulheres na faixa de 50-69 anos, porém também reduções em mulheres nas faixas etárias menores que 50 anos e maiores que 70 anos que não participam do programa de rastreamento. Em muitos países, a redução nas mulheres com idade menor que 50 anos é maior do que na faixa do rastreamento (Autier et al., 2010). Esses dados mobilizam os pesquisadores a procurar entender melhor a questão do rastreamento do câncer de mama e as melhores estratégias de implantação do mesmo.

Os dados apresentados neste texto em relação à qualidade da mamografia, acesso aos procedimentos diagnósticos e tratamento e qualidade da informação disponível para a população, mesmo que não representem o panorama nacional vigente, apontam

para algumas questões relevantes que devem ser abordadas em qualquer debate sobre o rastreamento mamográfico no Brasil.

Pelo exposto, é recomendável que se promovam estudos de impacto do rastreamento no Brasil utilizando modelos epidemiológicos, em função das nossas taxas de incidência e mortalidade serem bem diferentes dos países com programas de rastreamento. Isto pode resultar em benefícios menores do que os encontrados nestes países e maior morbidade associado com o rastreamento. Também é recomendável que qualquer comunicação sobre o rastreamento mamográfico inclua informações sobre os benefícios e malefícios da intervenção e do relativo desconhecimento do impacto que programas de rastreamento no Brasil podem ter na mortalidade. Uma comunicação clara, com linguagem adequada e de fácil compreensão deve ser o objetivo de qualquer comunicação e informação em saúde.

Por fim, é preciso “relativizar” o papel da mamografia no rastreamento do câncer de mama. Existe no senso comum uma crença tão forte nos benefícios da mamografia que qualquer menção a malefícios ou danos provocados por essa intervenção, ou até mesmo benefícios reduzidos ou ausência de benefícios, provoca intensa confusão na população e, eventualmente, reações violentas.

No caso do câncer de mama, as descobertas dos últimos 20-30 anos em relação à biologia tumoral, os aspectos genéticos e moleculares da doença e do papel do microambiente na progressão de células malignas ou pré-malignas tiveram grande impacto no tratamento. Novas abordagens de tratamento passaram a ser customizadas de acordo com características biológicas e moleculares das células tumorais e, desta forma, estratificar o tratamento de acordo com o respectivo prognóstico. O mesmo não aconteceu com o rastreamento que continua a abordar o câncer de mama como se fosse uma única doença (Esserman et al., 2014).

Em abril de 2014, uma grande emissora de TV no Brasil iniciou, num programa de abrangência nacional, uma série especial de reportagens (seis episódios) sobre o câncer de mama. A minha expectativa era que algumas dessas questões aqui levantadas fossem apresentadas ao público telespectador. Para minha frustração, após dois episódios da série, nenhuma questão sobre balanço entre benefícios e riscos da mamografia, qualidade da mamografia, risco de câncer de mama na população brasileira, acesso à confirmação diagnóstica e tratamento, *overdiagnosis* e *overtreatment* foram abordados (ou abordados adequadamente). Ainda faltam quatro episódios e, portanto, esta minha frustração pode ser superada. Sinto falta de debates qualificados sobre temas da saúde pública na grande mídia televisiva. Parece que este espaço foi ocupado pelos cientistas políticos e pelos economistas. Sinal dos tempos!

Eu acredito no pensamento e na reflexão. Antes de investirmos no rastreamento mamográfico como uma intervenção fundamental para a redução da mortalidade do câncer de mama é preciso mergulhar e analisar essa intervenção em nosso contexto. Precedendo a discussão se devemos ampliar o acesso à mamografia, se devemos oferecer mamografias digitais ou convencionais, se a mulher deve começar o rastreamento aos 40 ou 50 anos, se a mamografia deve ser anual ou bienal, devemos nos debruçar sobre as questões levantadas nesse texto. Os investimentos tecnológico, humano, financeiro, social e no sistema de saúde para implantar um rastreamento mamográfico são significativos e envolvem custos elevados. Para se ter uma ideia de gasto com rastreamento (excluindo tratamento) num sistema de saúde, os gastos diretos com mamografia nos EUA são da ordem de 10 bilhões de dólares por ano, acrescidos de 20% ou mais relacionados aos procedimentos de investigação e confirmação diagnóstica.

Considerando o custo de oportunidade do rastreamento mamográfico, que significa resumidamente os recursos utilizados no

rastreamento que poderíamos utilizar em outras intervenções sanitárias trazendo maior benefício para a coletividade, o debate se torna mais complexo ainda. No contexto brasileiro, com grandes heterogeneidades regionais e locais, e um elenco enorme de problemas e prioridades em saúde, a análise da viabilidade, efetividade e pertinência do rastreamento mamográfico é indispensável.

Referências

ANS — Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (Dipro). *Mapa Assistencial da Saúde Suplementar*. 1º semestre, Rio de Janeiro, 2012.

Aronowitz, R.A. Unnatural History. *Breast Cancer and American Society*. Cambridge University Press, New York, 2007.

Asadzadeh, V. F. et al. Opportunity for Breast Cancer Screening in Limited Resource Countries: a Literature Review and Implications for Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12, p. 2467-75, 2011.

Barros, A. F. et al. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. Janeiro/Fevereiro, v. 40, n. 1, p. 31-6, 2012.

Barros, A. F. et al. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 35(10), p. 458-63, 2013.

Batiston, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*; 11 (2), p. 163-171, 2011.

Baum, M. Breast Beating. *A personal odyssey in the quest for an understanding of breast cancer, the meaning of life and other easy questions*. Anshan Ltd. UK, 2010.

Bhikoo, R. Systematic Review of Breast Cancer Biology in Developing Countries (Part 2): *Asian Subcontinent and South East Asia*. *Cancers*; 3, p.2382-2401, 2011. DOI: 10.3390/cancers3022382.

Broeders et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a revêem of observational studies. *Journal of Medical Screening*; v. 19, suppl 1, p. 4-25, 2012.

CBR — Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Sobre o CBR. História. <http://cbr.org.br/historico/>. Acessado em: 23 abr. 2014.

Corrêa, R. S. et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*; 46(5), p.769-76, 2012.

Corrêa, R. S. et al. Impacto de um programa de avaliação da qualidade da imagem nos serviços de mamografia do Distrito Federal. *Radiol Bras.*; Mar/Abr, 41 (2), p.109-114, 2008.

Corrêa, R. S. Mamografia: infraestrutura, cobertura, qualidade e risco de câncer radioinduzido em rastreamento oportunístico no estado de Goiás. 165 f. Tese de Doutorado apresentada ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

El Shagir, N. S. *Trends in epidemiology and management of breast cancer in developing Arab countries: A literature and registry analysis*. *International Journal of Surgery*; 5, p.225-33, 2007.

Esserman, L. et al. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *Jama*; 302, p.1685-92, 2009.

Ferreira, D. et al. Assessment of the contents related to screening on Portuguese language websites providing information on breast and prostate cancer. *Cad. Saúde Pública*; 29(11), p. 2163-2176, 2013.

Forouzanfar et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*; 378: 1461-84, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736 (11) 61351-2.

Forrest, P. Breast Cancer: the decision to screen. Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1990.

Globocan 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. *Iarc — International Agency for Research on Cancer. World Health Organization*. <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em 26 abr.2014.

Gold, R.H. et al. Radiologic History Exhibit. Highlights from the History of Mammography. *RadioGraphics*; 10, p.1111-1131, 1990.

Gøtzsche, P. C.; Jørgensen, K. J. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. art. n. CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.

Gray, M. et al. *Maximising benefit and minimizing harm of screening*. *BMJ*; 336, p.480-83, 2008.

Habibzadeh, F. *Breast cancer in the Middle East*. *The Lancet*; v. 379, p.1, 2012.

Howell, A. The emerging breast cancer epidemic: early diagnosis and treatment. *Breast Cancer Research*; 12 (Suppl 4): S10, 2010. DOI: 10.1186/bcr2739.

Iarc — International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. *Iarc Handbooks of Cancer Prevention. Volume 7. Breast Cancer Screening*. Edited by Harri Vainio and Franca Bianchini. Lyon, 2002.

Iarc — International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. *World Cancer Report 2014*. Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. Lyon, 2014.

ICSN — International Cancer Screening Network. <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/>. Acesso em: 23 abr. 2014

Ildefonso, C. et al. The mammographic appearance of breast carcinomas of invasive ductal type: Relationship with clinicopathological parameters, biological features and prognosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 136, p. 224-231, 2008. DOI:10.1016/j.ejogrb.2006.10.025.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: *Incidência de Câncer no Brasil*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Informativo *Deteção Precoce*. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Boletim ano 4, edição especial, 2013a.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Informativo *Deteção Precoce*. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Boletim ano 4, n. 1, Jan-Abr, 2013.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Informativo *Vigilância do Câncer*. Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer da mama. n. 2, Jan-Abr, 2012.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. *Mamografia: da prática ao controle*. Rio de Janeiro, 2007.

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Programa de Controle do Câncer de Mama. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama. Acesso em: 23 abr. 2014

Inca — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. *Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012*. Rio de Janeiro, 2012.

Lerner, B. H. To see today with the eyes of tomorrow: a history of screening mammography. Background paper for the Institute of Medicine report: *Mammography and beyond: Developing Technologies for Early Detection of Breast Cancer*". March, 2001a.

Lerner, B. H. *The breast cancer wars. Fear, hope, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*. Oxford University Press. New York, 2001.

López-Gómez, M. et al. Cancer in developing countries: The next most preventable pandemic. The global problem of cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 88, p.117-122, 2013.

Malik, A. M. Pattern of presentation and management of Ca breast in developing countries. *There is a lot to do*. J Pak Med Assoc; v. 60, n. 9, 2010.

Marmot, M. G. et al. *The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review*. BJC; 108:2413-2414, 2013. DOI: 10.1038/bjc2013.260.

Martin, W.M.C. *Cancer in Developing Countries: Part I — Cancer Burden, Resources, Epidemiology, Aetiology and Clinical Practice*. Clinical Oncology; 10, p. 219-225, 1998.

Maxmen, A. *The hard facts*. Nature; v. 485, p. S501, 2012.

Mittra, I. et al. A cluster randomized, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. *Int. J. Cancer*; 126, p. 976-984, 2010.

Mittra, I. Breast cancer screening in developing countries. *Preventive Medicine*; 53: 121-22, 2011.

Moss, S. Screening for Breast Cancer in India — *Is It An Appropriate Strategy?* JNCI; v.100, issue 18, p. 1270-1271, 2008. DOI: 10.1093/jnci/djn303.

Oliveira, E. X. G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(9), p. 3649-3664, 2011.

Olivotto, I.A. et al. Influence of Delay to Diagnosis on Prognostic Indicators of Screen-Detected Breast Carcinoma. *Cancer*; 94, p. 2143-50, 2002.

Opoku, S. et al. Knowledge, attitudes, beliefs, behaviour and breast cancer screening practices in Ghana, West Africa. *Pan African Medical Journal*; 11, p. 28, 2012.

Panieri, E. Breast cancer screening in developing countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 26, p.283-90, 2012.

Perry, N. et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition. *Summary document. Annals of Oncology*; 19:614-622, 2008. DOI:10.1093/annonc/mdm481.

Raffle, A. Gray M. *Screening. Evidence and practice*. Oxford University Press. New York, 2007.

Ramos, M. M. B. et al. Impacto das ações de vigilância sanitária no programa de controle de qualidade dos serviços de mamografia no Estado da Paraíba, no período de 1999 a 2003. *Radiol Bras.*; Set/Out, 43(5), p. 319-323, 2010.

Reis, C. et al. *Quality assurance and quality control in mammography: a review of available guidance worldwide*. *Insights Imaging*; 4, p.539-553, 2013. DOI 10.1007/s13244-013-0269-1.

Rezende, M. C. R. et al. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Revista. Bras. Ginecol. Obstet.*; 31(2), p. 75-81, 2009.

Richards, M. A. et al. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *British Journal of Cancer*; 79(5/6), p. 858-864, 1999.

Santos, G. D. Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), p. 2533-2540, 2011.

Schneider, I.J.C. et al. Conhecimento sobre mamografia e fatores associados: inquéritos de base populacional com mulheres adultas e idosas. *Rev. Bras. Epidemiol.* 16(4), p. 930-42, 2013.

Shapiro, S. Periodic screening for breast cancer: the HIP Randomized Controlled Trial. Health Insurance Plan. Abstract. *J Natl Cancer Inst Monogr*; (22), p. 27-30, 1997.

Shetty, P. *India faces growing breast cancer epidemic*. *The Lancet*; 379, p. 992-3, 2012.

Silva, I. S. *Cancer Epidemiology: Principles and Methods*. Iarc — International Agency for Research on Cancer. *World Health Organization*. Lyon, 1999.

Steen, A. V. Tiggelen RV. Short History of Mammography: a Belgian Perspective. *JBR-BTR*; 90, p. 151-153, 2007.

The Cancer Genome Atlas Network. Comprehensive molecular portraits of human breast tumours. *Nature*; vol. 340: 61-70, 2012. DOI:10.1038/nature11412.

Trufelli, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 54(1), p. 72-6, 2008.

UN — United Nations. *Sources and Effects of Ionizing Radiation*. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Unsear, 2008. v I. United Nations. New York, 2010.

Vigitel, Brasil 2012. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2013.

Welch, G. *Should I be tested for cancer?* Maybe not and here's why. University of California Press. California, 2004.

Welch, H. G. et al. *Overdiagnosis*. Making people sick in the pursuit of health. Beacon Press. Boston, 2011.

Welch, H. G. Frankel BA. *Likelihood* That a woman with screen-detected breast cancer has had her “life saved” by that screening. *Arch Intern Med*; October 24, 2011. DOI:10.1001/archinternmed, p. 476, 2011.

WHO — World Health Organization. *Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3*. Geneva. WHO, 2007.

Yip, C.H. et al. Guideline Implementation for Breast Healthcare in Low-and Middle-Income Countries. *Cancer*; 113(8 suppl), p. 2244-2456, 2008.

Ascendência, temporalidade e potencialidade. A constituição da genética do câncer no sul do Brasil¹

Sahra Gibbon

EXAMINO, NESTE TEXTO, A VARIEDADE DE MANEIRAS ATRAVÉS das quais o potencial é articulado, implicado e produzido no modo pelo qual o campo da genética do câncer está sendo constituído enquanto um domínio de investigação transnacional e um local emergente de intervenção de cuidados de saúde no Sul do Brasil. Baseando-me na análise de trabalho de campo desenvolvido em clínicas de genética do câncer brasileiras, investigo como diferentes expressões de potencial vêm informar dinamicamente a busca de prevenção, assistência e pesquisa, sob a forma de investimentos, diversamente ajustados para aqueles que trabalham e vivem com o conhecimento e as tecnologias da genética do câncer. O texto ilustra como temporalidades específicas ajudam a constituir e a enquadrar “abduktivamente” o significado desses diferentes potenciais, particularmente considerando o foco na ascendência. Histórias de migração no período colonial, efeitos incorporados dos hábitos alimentares ou as

¹ Artigo originalmente publicado em: *Current Anthropology*, 54, p. S7, S107-S117, (2013), sob permissão da University of Chicago Press

falhas morais de antepassados próximos e distantes, bem como futuros promissores e a contingência de vidas vividas, tornam-se, em diferentes tempos, modelos para identificar, materializar e transformar a maneira pela qual o potencial da genética do câncer é articulado no Brasil. O potencial também é expresso através de um idioma de “escolha”, parte integrante de diferentes esforços para situar a participação na pesquisa da genética do câncer enquanto prevenção ou para negociar o acesso à saúde pública básica. Eu observo como essas expressões da genética do câncer enquanto potencial atuam de forma vigorosa, embora desigual, para manter práticas de conhecimento, bem como para impulsionar os pacientes e suas famílias em domínios incipientes da prática clínica e da pesquisa científica. Simultaneamente, existe sempre um “excesso de significado” nessas iniciativas que tornam visíveis linhas de fratura e de disjunção nos esforços coletivos para fazer histórias futuras da busca da genética do câncer no sul do Brasil.

Os avanços na pesquisa da genética do câncer e da medicina, incluindo a descoberta, muito conhecida, de dois genes de suscetibilidade herdados — o BRCA1 e o BRCA2 — em meados da década de 1990, foram um dos aspectos mais notórios em um campo da ciência genômica e da medicina em desenvolvimento. Trata-se de uma arena em que a promessa da genética, enquanto medicina preventiva, e/ou preditiva, tem sido onipresente. Apesar das incertezas clínicas e científicas em curso, concernentes ao significado do risco genético, os conhecimentos e as tecnologias relacionados aos genes BRCA são cada vez mais incorporados como um “padrão de assistência” na Europa e na América do Norte (Narod, 2011), cuja promessa é agora sustentada pela possibilidade de tratamentos individualizados voltados para o câncer de mama nos novos campos da pós-genômica (Bourret, Keating & Cambrosio, 2013). Tendo como pano de fundo a genética em curso e a crescente complexidade epigenética, a

genética do câncer de mama está sendo incorporada a um terreno transnacional de pesquisa e cuidados com a saúde.²

O presente texto contribui para o crescente campo de pesquisa em ciências sociais que examina a arena global que está sendo rapidamente ocupada pela genética do câncer de mama (Bourret, 2005; Gibbon et al., 2010; Kampriani, 2009; Löwy & Gaudillière, 2008; Mozersky & Joseph, 2010; Palfner, 2009). Ele examina como a genética do câncer está surgindo no sul do Brasil enquanto um domínio dinâmico de prática clínica e da pesquisa nacional e transnacional, cada vez mais marcado pela padronização e pela instabilidade. Baseando-me na análise em andamento da pesquisa etnográfica com pacientes e suas famílias em clínicas de genética do câncer de hospitais públicos e privados em três importantes centros urbanos no sul do país, pesquisas como diferentes articulações da genética do câncer enquanto potencial são expressas, intervencionadas ou viabilizadas para e pelos pacientes, suas famílias, pesquisadores e profissionais clínicos.³ Examinando a gama de discursos e práticas que ajudam a manter a genética do câncer no Brasil enquanto potencial e a maneira como o potencial é expresso tanto em termos de ser um risco possível à saúde, quanto como um recurso para a saúde.

² Esforços recentes para usar testes BRCA e perfilamento tumoral para desenvolver tratamentos direcionados para o câncer da mama como parte de uma abordagem “personalizada” aos cuidados de saúde (Bourret, Keating & Cambrosio, 2013; Rios & Puhalla, 2011) refletem sua posição permanente na linha de frente da evolução do campo da medicina genômica.

³ Este artigo se baseia em 18 meses de trabalho de pesquisa etnográfica em clínicas de genética do câncer, parte integrante de um projeto colaborativo envolvendo profissionais de saúde genética, pacientes e suas famílias. Esse trabalho foi financiado pelo Wellcome Trust (bolsa WT084128MA). O trabalho de campo abrangeu períodos de observação participante em clínicas de genética do câncer; a realização de entrevistas/a aplicação de questionários com pacientes e suas famílias e com profissionais de saúde, incluindo geneticistas, especialistas em genética clínica de câncer e oncologistas.

Mostro como esses diferentes significados de potencial são dinamicamente refratados através de uma variedade de investimentos diversamente ajustados, que mobilizam esforços individuais e coletivos no intuito de investir e participar na genética do câncer. Ao pesquisar como a busca de futuros preventivos ou previsíveis acondicionam-se e tornam-se viáveis através de passados reconfigurados e de presentes contingentes, este artigo contribui para a pesquisa antropológica recente que tomou “o tempo em si mesmo” como uma categoria a ser examinada nas ciências da vida (Adams, Murphy & Clarke, 2009; Fortun, 2011; Jain & Kaufman, 2011), particularmente no que concerne aos avanços na genética das populações e na genética médica (Abu El-Haj, 2007; Helmreich, 2007; Mozersky & Gibbon, 2013; Nelson, 2008; Palmie, 2007).

A primeira parte deste artigo examina a emergência da pesquisa em genética do câncer no Brasil, na interface das agendas globais de saúde genômica, relativas à diferença populacional e ascendência genética, bem como aos desafios decorrentes da tradução de categorias de risco biologicamente padronizadas. Embora a produtividade dos parâmetros “ainda não conhecidos” da genética do câncer no Brasil esteja em primeiro plano, o potencial do conhecimento genético para a saúde e para a pesquisa também está articulado às histórias migratórias do período colonial que destacam o possível papel da ascendência europeia na constituição do risco genético. O significado discursivo da ascendência genética como potencial, contudo, também se tornou mais mutável no domínio clínico, no qual são refletidas noções do Brasil como um lugar de mestiçagem, de mistura de raças. A segunda parte do artigo amplia uma análise dos diferentes modos pelos quais o potencial está sendo articulado na genética do câncer no Brasil, examinando como os pacientes e suas famílias tomam conhecimento dela e como se envolvem com as possibilidades que ela lhes abre. Aqui, o potencial do risco genético, ligado a passados

ancestrais enquanto um perigo futuro, é filtrado e transformado através de linguagens de vulnerabilidade relacional e temporal corporificada que refletem a plasticidade do biológico e das leituras localizadas de hereditariedade. Vemos também como para os pacientes e suas famílias a busca da genética do câncer está ligada a diferentes temporalidades nas quais futuros preventivos e a “escolha” para participar em pesquisa são formuladas no contexto imediato de uma provisão precária de cuidados de saúde. Embora as discrepâncias entre esses investimentos de dimensões diferentes na emergência da genética do câncer no Brasil — ao nível da pesquisa transnacional, da prática clínica ou do engajamento do paciente— revelem a força das potencialidades polivalentes que estão sendo articuladas, seus pontos de encontro nem sempre permitem que isso ocorra. A terceira parte do texto aborda um estudo de caso no qual se tornam visíveis as disjunções e as falhas nos esforços coletivos dos pacientes e dos profissionais para articular os potenciais da genética do câncer enquanto risco com sentido, saúde preventiva ou recurso para a pesquisa.

A “oncogenética” no Brasil

O desenvolvimento de clínicas e serviços especializados de genética do câncer no Brasil nos últimos dez anos foi estimulado sobretudo pelos interesses de pesquisa e pelas colaborações transnacionais de indivíduos e equipes de pesquisa, que trabalham principalmente em hospitais públicos ou hospitais mistos privados/públicos, na região sul do país, relativamente mais desenvolvida em termos econômicos. Essa localização espelha diferenças na incidência do câncer, com taxas mais elevadas de câncer de mama e próstata nas regiões ao sul, simultaneamente refletindo as estratificações socioeconômicas, que têm vindo a ser um traço característico da ciência e da medicina genômicas (Montoya, 2011, 2013).

Vale destacar que apenas uma pequena parcela da população tem condições de pagar entre dois mil e três mil dólares, que é o custo do envio da amostra de testes genéticos preditivos privados a ser completamente sequenciada no exterior, nos Estados Unidos, ou de pagar um pouco menos por um teste de mutação específico em um dos serviços de testagem particulares, cada vez mais numerosos, existentes no Brasil. Para a imensa maioria da população as duas alternativas estão completamente fora de seus orçamentos.⁴ Como consequência, a elegibilidade para o teste genético está muito mais relacionada a verbas disponíveis nas colaborações de pesquisa transnacional envolvendo cientistas individuais e suas equipes. Contudo, embora o teste seja feito muitas vezes através de protocolos ou fundos de pesquisa, o rastreamento e o monitoramento de pacientes e suas famílias recrutados para as clínicas de genética do câncer são quase sempre incorporados às rotinas e aos serviços clínicos normais, custeados publicamente pelo programa nacional de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Por conseguinte, os serviços de genética do câncer no Brasil operam em uma zona híbrida. Serviços clínicos incipientes — preocupados em identificar, direcionar e atenuar os riscos para pacientes individuais e suas famílias — estão estreitamente relacionados a objetivos de pesquisa vinculados à compreensão e ao conhecimento de como a genética do câncer no Brasil pode ser mobilizada para colaborar e se articular com as agendas de pesquisa transnacionais.⁵

⁴ Existe, no momento, um lobby muito ativo, praticado principalmente por comunidades médicas brasileiras, para assegurar que o governo e os planos de saúde privados (que cobrem uma parcela significativa da crescente classe média) paguem pela testagem genética, mas ele ainda não provou ser amplamente bem sucedido.

⁵ A estreita relação entre a pesquisa e a prática clínica tem sido observada por outros autores que, comentando sobre o desenvolvimento da genética BRCA em outros contextos nacionais, têm chamado a atenção para os dilemas “éticos” que isso pode gerar (Hallowell et al., 2010).

É notável que a ênfase nos parâmetros “desconhecidos” de risco genético tenha informe e estimule o surgimento e o desenvolvimento da genética do câncer no Brasil. Isso é expresso, frequentemente, por profissionais e pesquisadores da área de saúde, em termos de uma necessidade de padronizar protocolos e critérios de teste para se saber o que é e o que não é uma mutação que representa um risco para a população brasileira. Isso foi demonstrado claramente nas observações de um pesquisador acadêmico que trabalhou de perto com equipes de genética clínica de câncer em um hospital público, na região Sul do país:

Essa é a diferença aqui [o Brasil] em comparação com os Estados Unidos, para sabermos o que está acontecendo aqui com nossa população mista, se é que podemos categorizá-la assim, e se nenhuma dessas categorias apresentará um risco maior do que outras, ou se esse risco é diluído nas misturas que temos aqui... Necessitaremos encontrar novas ferramentas para compreender, por exemplo, se existe uma diferença entre uma pessoa que é 80% europeia e uma que é apenas 20% ou 30% europeia.

Esses comentários refletem como a pesquisa da genética do câncer no Brasil está relacionada, em parte, a incertezas clínicas e científicas a respeito da relevância das categorias e protocolos de risco para a avaliação de risco desenvolvida em outros lugares. Contudo, embora para a genética do câncer no Brasil se reconheça a importância de uma agenda globalizada para a pesquisa genética associada a questões de diferença populacional e ascendência genética na genética do câncer no Brasil, que leve em conta a pesquisa genética associada a questões de diferença populacional e ascendência genética, os comentários do biólogo também levantam questões a respeito de uma tradução que faça sentido no contexto da “mistura racial” brasileira.

Teorizando genômica, ascendência e “raça”

Recentemente, cientistas sociais começaram a examinar criticamente o crescente interesse pela variação biológica humana, pela diferença populacional e pela ascendência genética na pesquisa genética médica e de população (Fullwiley, 2007, 2011; Koenig et al., 2008; Lee, 2005; Whitmarsh & Jones, 2010). Para alguns, a associação entre disparidades de saúde e a pesquisa genética voltada para a análise e a explicação do papel da diferença populacional na incidência de doenças e na mortalidade foi e continua a ser problemática, particularmente nos Estados Unidos. Chamou a atenção o fato de esses acontecimentos “molecularizarem” categorias de diferença de uma forma que, em última instância, pode minar os esforços para resolver as desigualdades de saúde (Duster, 2005; Kahn, 2006). Outros argumentam que o renovado interesse pela ascendência genética (AbuEl-Haj, 2007) ou pelo seu mapeamento para descrever as diferenças populacionais em relação à ascendência continental como uma forma de “geografia do genoma” (Fujimura & Rajagoplan, 2011) não pode ser facilmente tomado como uma tipologização racial. Não obstante, a ascendência genética é uma preocupação central para áreas emergentes da pesquisa farmacogenômica. Com efeito, alguns pesquisadores têm a expectativa que as variações em doenças e a resposta a medicamentos estejam relacionados, de forma significativa, a perfis de ascendência biogeográfica.

No âmbito cada vez mais global da pesquisa da genética do câncer de mama, focada nos dois genes BRCA, as questões da diferença populacional concentraram-se na população de judeus Ashkenazins, particularmente na América do Norte e na Europa (Mozersky, 2012 *a*), mas também cada vez mais em outros locais (Hamel et al., 2011; Mozersky & Gibbon, 2013). O interesse na variação populacional foi situado igualmente em termos da identificação e da descrição de uma “variação racial/

étnica significativa no espectro das mutações BRCA1/2” (Kurian, 2010:76). Para outros, esse foco de pesquisa também foi associado à necessidade de ampliar os serviços de testes genéticos BRCA a outros grupos étnicos, particularmente para reconhecer as “necessidades não atendidas” das populações afro-americanas e latinas (Fejerman et al., 2008; Joseph, 2013; Oloparde, 2004). Lee (2013) observa como a identificação de populações negligenciadas ou mal servidas remete à “ampliação” tecnológica da pesquisa genética, associada a novas capacidades de sequenciamento de genes, que serve para justificar mesmo quando ela aumenta a necessidade por diversos dados sobre população. Dessa maneira, atribuir sentido clínico à quantidade e à complexidade da informação genética que está sendo gerada agora por novas técnicas de sequenciamento conecta-se estreitamente aos esforços para tornar o conhecimento genômico acessível, importante e equitativo para “outros grupos étnicos” (ver, por exemplo, Bustamante, De La Veja & Burchard, 2011).

A pesquisa antropológica que desponta no Brasil sugere que as agendas de pesquisa genômica global, relacionadas à diferença populacional e a disparidades de saúde, estão sendo ajustadas a contextos locais de maneiras muito específicas, refletindo histórias sociais particulares e diferentes políticas de “raça” ou etnicidade.⁶ Isso inclui uma história de “embranquecimento” racial no período colonial, ligada posteriormente ao que foi descrito como uma abordagem “eugênica suave” (Stepan, 1996), que enfatizava a necessidade de se melhorar a “qualidade da população” por meio de intervenções da saúde pública. Ao mesmo tempo, desde o início do século XX, as noções brasileiras de mestiçagem (mistura de raças) estiveram fortemente atreladas à identidade nacional. Trata-se

⁶ Ver Fullwilley (2011) e Whitmarsh & Jones (2010), que examinam desenvolvimentos similares em outros domínios transnacionais.

de uma associação que continua a ser simultaneamente celebrada, mas também, mais recentemente, criticada por aqueles que a veem como uma perpetuação do “mito” do Brasil como uma democracia racial (Santos et al., 2009). Esses desenvolvimentos também se localizam de forma complexa em relação a um discurso brasileiro emergente sobre o multiculturalismo (Santos & Maio, 2006). De particular relevância é a forma pela qual os pesquisadores da genética e da farmacogenômica da população brasileira contemporânea, ao examinar as dimensões genéticas constitutivas da mistura racial no Brasil, atribuíram materialidade genética à mestiçagem, ressitando-a como fundacional para a identidade nacional (Suarez-Kurtz & Pena, 2006). Ademais, essa pesquisa é apresentada por seus autores como uma crítica frontal aos discursos da “raça” molecularizada que surgiram nos Estados Unidos, enquanto simultaneamente se constituía no Brasil a ascendência genética mista como um recurso para a pesquisa genômica transnacional e nacional (Gibbon, Ventura-Santos & Sans, 2011; Neto & Ventura-Santos, 2011; Santos & Silva, 2011).

A especificidade da população brasileira

As iniciativas para expandir a genética do câncer no Brasil estão evoluindo em relação a esses terrenos transnacionais e nacionais concorrentes, e de certo modo conflitantes, de pesquisa genética relacionados à diferença populacional. Isso fica particularmente evidente, como os comentários prévios do biólogo brasileiro sugeriram, na maneira pela qual são enfatizados o desafio e a incerteza de traduzir categorias de risco geradas em outros lugares. Esses sentimentos estão presentes em um trecho de um manual recente para orientar o câncer familiar no Brasil, produzido pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca):

A população brasileira tem características próprias, em virtude da sua diversidade étnica e cultural, com variações regionais, que torna impossível a aplicação de dados, obtidos em outras regiões do mundo, concernentes aos riscos e à frequência de mutações relacionadas a síndromes do câncer hereditário. Isso sublinha a necessidade de se conhecer e caracterizar essas mutações e otimizar o rastreamento clínico, de modo que os aspectos particulares da nossa população sejam considerados (Inca, 2009).

Aqui, a incidência e a mortalidade notavelmente elevadas (registradas) do câncer de mama no sul do Brasil (Inca, 2012), social e economicamente desenvolvido, e as variações regionais nele presentes tornaram-se parte integrante da justificativa por pesquisa e intervenção genéticas.⁷ Ao mesmo tempo, a presença da “diversidade étnica e cultural” também informa uma discussão a respeito da inaplicabilidade de frequências de risco geradas em outros lugares e a necessidade de caracterizar os componentes genéticos particulares do câncer de mama relevantes para o Brasil, uma posição que reflete diretamente os argumentos de alguns quadros de alto nível da pesquisa genética da população brasileira a respeito da irrelevância das categorias genéticas de diferença populacional.

A ênfase na avaliação e abordagem aos parâmetros “ainda a ser conhecidos” da genética do câncer no Brasil tem, em parte, alimentado a pesquisa focada na identificação de “mutações

⁷ Essa questão demográfica pode ser explicada em parte pela falta de infraestrutura disponível nas áreas mais pobres do Nordeste e da Amazônia, onde os casos de câncer de mama podem não ser registrados ou onde os indivíduos não vivem o bastante para ser diagnosticados com câncer.

fundadoras.”⁸ Acredita-se que essas mutações possam ser relevantes para certas populações ou possam explicar a incidência mais elevada de câncer em regiões específicas do país e, talvez o mais importante, se identificadas na frequência suficiente, possam facilitar a testagem genética tanto em termos de rapidez quanto de redução dos custos (Ewald et al., 2011; Narod, 2011).

Mutações fundadoras e genética do câncer no Brasil: o caso do R337h

No campo em expansão da “oncogenética” no Brasil, observa-se um interesse crescente por uma mutação fundadora particular chamada R337h, localizada no gene TP53.⁹ Os pesquisadores começaram a associar essa mutação com uma alta incidência não só de câncer de mama, como também de uma série de outros cânceres infantis e adultos, especialmente na região Sul do Brasil. Mutações germinativas no gene TP53 são pouco frequentes (1 em 5.000, nos Estados Unidos), mas estão ligadas a uma síndrome rara, conhecida como Li-Fraumeni. Estimativas revelam que seus portadores têm 90% de possibilidade de desenvolver câncer durante a vida (Malkin et al. 1990).

Desde 2005, uma série de estudos de genética do câncer indica a existência de uma mutação germinal R337h, particularmente comum no sul do Brasil. Ela foi inicialmente associada a uma alta incidência de cânceres adrenocorticais em crianças no sul do estado do Paraná (Ribeiro et al., 2001). Desde 2007, os pesquisadores estabeleceram uma relação entre a mutação do

⁸ Mutações fundadoras são mutações que aparecem no DNA de um ou mais indivíduos e que podem ser passadas para outras gerações.

⁹ Ver Mozersky & Gibbon (2013) para o papel desempenhado por esses acontecimentos no contexto da pesquisa e das intervenções clínicas relacionadas a mutações fundadoras BRCA, originalmente associadas a populações judaicas asquenazins.

câncer de mama e de outros tipos de câncer nos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo (Waddington Achatz et al., 2007). Em 2006, a decisão do governo do Paraná, de examinar todas as crianças recém-nascidas, através do “teste do pezinho”, para rastrear o R337h, iniciativa que gerou uma boa dose de controvérsia e debate nas comunidades de pesquisa genética em todo o Brasil, também revelou uma elevada prevalência da mutação na população, encontrada em uma entre 300 crianças que foram alvo de triagem, ou seja, 0,3% da população (Achatz Waddington, Hainaut & Ashton-Prolla, 2009). Embora essa descoberta tenha sido replicada em outros lugares por estudos que investigam a alta incidência de câncer de mama no sul do Brasil (Achatz Waddington, Hainaut & Ashton-Prolla, 2009), a prevalência da mutação, sua associação com diferentes tipos de câncer, e os possíveis fatores epigenéticos ou ambientais associados à sua expressão estão sujeitos, todos eles, à pesquisa e ao debate em curso. Nesse sentido, o melhor trabalho epidemiológico parece complicar as afirmações sobre o significado dos resultados ligados à mutação e à sua via de expressão (como Timmermans & Buchbinder, 2013 também demonstram), mas ao mesmo tempo ainda oferece a esperança de que esta será uma importante contribuição para o campo internacional da pesquisa da genética do câncer.

Artigos publicados a respeito das origens da mutação e que ajudariam a explicar sua prevalência e aparente especificidade regional provocaram igualmente muito interesse e uma significativa especulação. Por exemplo, em um artigo de 2009, no *Journal of Human Mutation*, uma equipe de pesquisadores brasileiros e internacionais forneceu uma “análise detalhada do haplótipo” da mutação R337h, oferecendo evidências de um “efeito fundador na população do sul do Brasil”.

Eles concluíram que “o cenário mais provável é que o R337h tenha surgido em um indivíduo de ascendência europeia

recente” e que o locus comum no gene está associado a um “haplótipo Caucásiano” (Garritano et al., 2009:128). O texto destaca ainda como os portadores da mutação podem ser mapeados até certas áreas do sul do Brasil que são associadas à história dos tropeiros e a uma rota comercial que ligava cidades da região sul do Brasil nos séculos XVII e XVIII, associados ao influxo de portugueses para o país nesse período.¹⁰ Os autores do artigo têm como hipótese que a rota dos tropeiros seja “a fonte da maioria da população caucasiana original das cidades situadas ao longo do eixo dessa rota” (Garritano et al., 2009).

Essa pesquisa também foi discutida nos principais veículos de comunicação do Brasil. Em um artigo de 2009 na seção de ciência da *Folha de S. Paulo*, jornal de grande circulação, ao lado do título “Mutação provoca explosão de um câncer raro no Brasil”, havia uma página inteira referente à descoberta e à pesquisa até aquela data sobre a muta o R337h e sua rela o com a elevada incidência de câncer no sul do Brasil. Mais de um terço da página era ocupada por uma imagem histórica do tropeiro viajante e por um mapa indicando as rotas comerciais no século XVIII, nas quais também foram identificados casos de câncer.

O uso explícito da história colonial e de narrativas de migra o em textos científicos publicados (e em algumas se es da m dia) a respeito dessa pesquisa ilustra como os passados históricos são mobilizados para tornar as pesquisas da genética do câncer no Brasil nacional e internacionalmente relevantes. Ao enfatizar “a ascendência europeia” e “os haplótipos caucasianos”, a trajetória dessa pesquisa alude a uma agenda de saúde global sobre a diferença populacional na qual a genômica e a raça estão recentemente se constituindo relevantes. O recurso a narrativas

¹⁰ O artigo destaca como a prática do *troperismo*, de transportar recursos e bens, incluindo metais preciosos como o ouro, foi considerada historicamente essencial para o desenvolvimento econ mico da região Sul, se não para o Brasil em seu conjunto.

coloniais poderia ser visto, nesse sentido, como uma forma de “raciocínio abduativo” que domestica a pesquisa genética de hoje e do futuro mediante o “telescopiamento” do passado (Adams, Murphy & Clarke, 2009).

Todavia, essas articulações do potencial que constituem a genética clínica do câncer no Brasil relacionadas com a mutação R337h e com as questões de ascendência genética e histórias coloniais são reformatadas de uma forma um pouco diferente na interface com pacientes e em entrevistas com profissionais e pesquisadores de saúde. São esses os domínios em que a diferença genética populacional e a ascendência genética não ocorrem somente em termos de “presente” e “ausente” (Wade, 2010), mas foram, elas mesmas, transformadas como fossem refratadas através de ditados populares e de noções do Brasil como um lugar de mestiçagem ou mistura de raça.

É significativo que a associação entre ascendência europeia e risco de câncer, explorada em publicações de pesquisa, raramente era explícita nas discussões com os pacientes e suas famílias que frequentavam as clínicas. Quando os clínicos ofereciam explicações contextuais da mutação fundadora R337h, quase sempre a descreviam como a “mutação brasileira” que se encontrava “em nosso meio”. Essas descrições apareciam simultaneamente quer como inclusivas quer como produtivamente ambíguas, assentando no predicado do Brasil como um lugar de mistura de raças, ou mestiçagem. Isto é, elas implicavam a relevância do conhecimento da genética do câncer para todos os brasileiros, embora simultaneamente não excluíssem a possibilidade desse conhecimento ser mais relevante para uma região, população, comunidade e/ou indivíduo determinados. Ademais, em discussões com profissionais de saúde brasileiros a respeito da significância da pesquisa relacionada à ascendência genética, ficava evidente um sentimento de ambivalência em relação a como essas descobertas poderiam ser interpretadas. Isso ficou ilustrado

nas observações de uma geneticista de câncer quando eu lhe perguntei sobre o que a referência a “caucasiano”, usada nas publicações da pesquisa relacionadas à R337h, poderia significar no Brasil:

A ideia de caucasiano no artigo vem, provavelmente, de 1800, por aí, quando aquele português chegou ao Brasil...e essa pessoa teve a mutação. Foi ele o cara onde tudo começou. Mas isso não quer dizer uma identidade europeia! Isso quer dizer que, como todos os brasileiros, estamos de algum modo afastados de uma origem puramente europeia. Qualquer um que tenha nascido no Brasil e que tenha pelo menos um dos pais brasileiro, sabe que pode ser qualquer coisa. Eu sei que tenho sangue indígena em minhas veias e todos os tipos de identidades. Não acho que ele [o caucasiano] desempenhe um papel na identidade brasileira.

Os comentários dessa geneticista refletem as ambiguidades e as hesitações a respeito da significância da associação do R337h com categorias de população específicas que foram amplamente compartilhadas entre muitos profissionais de saúde. É digno de nota que o pesquisador tenha escolhido salientar como essas mesmas descobertas podem ser lidas em termos de evidência da mistura de raças e da mutabilidade da ascendência brasileira. Aqui parece que o potencial articulado da ascendência genética reside na forma como ele pode ser dissociado de uma ênfase na pesquisa transnacional sobre “etnicidade ou diferença populacional” e religado a um discurso brasileiro da mestiçagem. O potencial do biológico, neste caso em termos de ascendência genética, é revelado como, e simultaneamente torna-se mais, “plástico”.

A próxima seção deste artigo examina como os pacientes e suas famílias encontram e tornam-se parte da genética do câncer no Brasil, revelando como diferentes escalas de investimento e significado são envolvidos e implicados na busca coletiva da genética do câncer. Ela mostra como o potencial de risco e o risco como potencial são refratados por meio de idiomas que constituem corpos vulneráveis de maneiras culturalmente relevantes.

Vulnerabilidades relacionais e os horizontes temporais do risco corporificado

Embora as discussões e as narrativas clínicas nem sempre se referissem, rotineiramente, à diferença de ascendência ou de população, as histórias geracionais foram muitas vezes consideradas por pacientes como sendo importantes para a compreensão do potencial de risco, mesmo quando os genes algumas vezes não eram proeminentes nessas discussões, nem considerados necessários para o desenvolvimento do câncer.¹¹ Nos estudos de caso de três pacientes investigados abaixo, as percepções do risco corporificado relacionalmente e temporalmente constituído foram referidos, de diferentes formas, às ações morais, aos problemas emocionais e aos hábitos alimentares de gerações passadas. Isso remete a um terreno em que o potencial para o risco era configurado e expresso através de noções humorais dos próprios corpos conectados, ideias neo-lamarckistas de herança, e ideias configuradas — às vezes moralmente, às vezes religiosamente — de personalidade conectada geracionalmente.

Marcia estava na casa dos 40 e poucos anos. Trabalhava em um banco e provinha de uma família numerosa, oriunda do interior do estado de São Paulo. Eu a conheci numa clínica de

¹¹ A discussão das diferenças regionais fez parte tanto do discurso clínico quanto das narrativas dos pacientes no Rio Grande do Sul.

genética do câncer da rede hospitalar privada/pública, embora ela própria se considerasse “uma paciente do SUS”, uma paciente da saúde pública. Haviam ocorrido muitas mortes causadas pelo câncer em sua família, que foi uma das primeiras a ser identificada no hospital como portadora da mutação R337h, associada à síndrome de Li-Fraumeni. A própria Marcia fora testada negativamente para a mutação, apesar de ter sido tratada, recentemente, de câncer na tireóide. Seus comentários iniciais sugeriam que, embora tivesse ouvido comentários na clínica a respeito da associação da síndrome no Brasil com a ascendência portuguesa, esses aspectos simplesmente não eram importantes para ela:

Minha família sabe que todos nós somos brasileiros, mas quando tivemos essa conversa aqui, um dos cientistas falou sobre um português que veio para cá em 1800 e disse que esse cara teve filhos e que essas pessoas eram de São Paulo, e poderia ser que nós fôssemos descendentes desse português “Li-Fraumeni.” ...Mas não conhecemos ninguém em Portugal... Eu acho que o que aconteceu então realmente não me interessa. O que realmente me interessa é a minha família aqui e agora.

Como muitos outros pacientes que conheci, o que mais a preocupava não era o passado, mas sua saúde atual e futura, e a de sua família. Ainda assim, ela revelou mais adiante, na nossa conversa, como uma concepção de vulnerabilidade relacional e corporificada ao câncer estava ligada à sua história de família e às suas crenças religiosas. Foi assim que ela colocou a questão:

Eu acho que isso tem a ver com um tipo devida que as pessoas herdam, um modo de pensar,tem muito a ver com religião. Da mesma maneira que a genética é uma prisão familiar,nós podemos ver a mesma prisão

na família com nossas tias-avós, e com nossas tias bisavós que tiveram câncer... do modo que a Bíblia explica e vê, esses pecados se multiplicarão a cada geração. Descobrimos em nossa família que o nosso tataravó era um senhor de escravos, e isso é uma coisa muito ruim e a Bíblia diz que isso tem consequências.

Para Marcia, o potencial do risco genético associado ao câncer expressava-se através de noções religiosamente infundadas de pecados sendo perpetuados e que foram associados a histórias geracionais de família complicadas, nesse caso a escravidão. A perspectiva de Márcia estava, de fato, intimamente informada por sua identificação com o espiritismo, uma religião sincrética e cada vez mais influente no Brasil, que enfatiza a influência e a presença constante dos ancestrais na vida presente de cada um. Com a continuação das nossas conversas, ficava cada vez mais clara a compreensão que Marcia tinha de que o risco corporificado estava conectado às consequências da dinâmica emocional no interior da sua família que perpassava as histórias geracionais. Ela avaliava seu próprio câncer como resultado não somente da “depressão e da baixa autoestima” que se seguiram à morte da sua irmã, mas também das atitudes, “muito críticas, muito perfeccionistas”, de membros de sua família. Para Márcia, como ela mesma disse, todos esses “modos de vida podem ser herdados”.

Uma declaração semelhante a respeito da vulnerabilidade corporificada também está presente na maneira pela qual outra paciente referiu-se àquilo que percebia como uma relação causal entre risco de câncer, identidade cultural regional, criação familiar e gênero. Celeste era da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul, o mais ao sul do país. Ela tinha quarenta e muitos anos e trabalhava como profissional de saúde. Fora tratada de câncer de mama poucos anos antes e tinha perdido várias

parentes próximas, vítimas da doença. Uma sobrinha, mulher jovem, recebera recentemente o diagnóstico e iniciara o tratamento. Na condição de paciente, ela fora tratada em um hospital público de Porto Alegre. Ela e outras mulheres da família estavam sendo examinadas, no intuito de verificar se apresentavam mutações nos genes BRCA e estavam aguardando notícias sobre os resultados dos testes.

A questão do risco e da vulnerabilidade ao câncer emergiu já nos primeiros momentos da entrevista, de um modo de certa forma surpreendente, quando eu lhe perguntei como ela descreveria sua identidade “étnica”. Sem hesitar, respondeu de um modo que levou a questão para além da minha tentativa aberta de registrar as autopercepções de etnicidade:¹²

Vou te dizer isso numa única palavra rigorosa e não muito generosa...Isso foi sempre muito forte na família, tanto do lado da minha mãe quanto do lado do meu pai, porque os dois eram de origem alemã. E você sabe que essa história de “bem-estar” realmente não faz parte da cultura alemã.

Mais adiante, refletindo sobre essa questão, ela sublinhou: “nós também temos de lidar com a questão da cultura gaúcha”¹³, que ela descreveu como “uma parte muito machista da nossa ascendência cultural”. E acrescentou: “Você pode imaginar o que

¹² Há algumas complicações particulares concernentes à pergunta sobre etnicidade no Brasil, que podem se referir à cultura, ascendência, raça, cor da pele e/ou estilo de vida (ver Telles, 2004).

¹³ “Gaúcho” é um termo usado para definir os habitantes em geral do Rio Grande do Sul, mas também faz referência ao estilo de vida do passado rural das populações da área, cujas tradições culturais e culinárias ainda são identificáveis e amplamente conhecidas em toda a região e no Brasil como um todo.

essa cultura gaúcha junto com essa cultura alemã faz com uma pessoa”. De fato, para Celeste, sua ascendência — descrita em termos de identificação regional culturalmente expressa sob a forma de tipos particulares de dinâmica emocional em sua família — estava diretamente relacionada ao risco genético. Segundo ela, “essa questão cultural interage, interagiu e está interagindo com a nossa predisposição genética”.

Mais tarde, durante a entrevista, baseando-se não apenas no seu próprio conhecimento da elevada incidência de câncer de mama na região Sul do país e na história cultural da migração europeia para o sul do Brasil, ela sugeriu que “talvez essa cultura alemã significará mais gerações de mulheres com câncer de mama... Eles [os geneticistas] têm de olhar e ver quem são essas mulheres que têm câncer de mama no sul, se são mulheres com ascendência alemã ou italiana ou se são brasileiras sem essas ascendências”.

Nos casos de Márcia e Celeste, os perigos de risco genético associados à ascendência, ou mais especificamente a um discurso sobre história ou origem familiares, refletem-se em leituras culturalmente inteligíveis de corpos em risco, nos quais emoção e sentimento se sedimentam como risco e perigo ao longo de gerações. Não era incomum que alguns pacientes de classe média em São Paulo descrevessem essa concretização de ansiedade ou medo literalmente como um processo de somatização. Uma dessas pacientes afirmou: “Eu sou uma pessoa que somatiza muito os problemas, infelizmente estou muito ligada à família”. Ou como uma outra paciente de São Paulo declarou, ao referir-se ao seu câncer no contexto dos relacionamentos difíceis que ela tivera com seu marido e sua família: “Eu estava magoada, então acho que teve uma história e isso mexe com a pessoa. Eu acho que, no fundo, deixa uma coisa dentro”.

A crença de que “emoções fortes”, “dor”, “tristeza” e “depressão”, algumas vezes ocasionadas pela perda de entes queridos

ou por dificuldades emocionais entre parentes através de gerações, podem deixar alguém exposto a doenças como o câncer era comum entre muitos pacientes que conheci. Essas leituras do corpo vulnerável como sujeito às vicissitudes emocionais, tanto do passado distante quanto das relações sociais do presente dentro da família, têm uma ressonância particular no contexto brasileiro, como sugerido por trabalho antropológico que explora o significado das doenças *folk*, tais como o “nervosismo”, e o crescimento da cultura *psi* (Duarte, 1986, 2000; Rebhun, 1994). Ao mesmo tempo, as maneiras como as dificuldades emocionais deixam resíduos de risco corporificado através das gerações também evocam noções muito particulares daquilo que pode ser descrito como herança neo-lamarckista, conforme ilustram as experiências de um outro paciente.

Fábio era um motorista de caminhão, com trinta e poucos anos de idade, que vive e trabalhava em Porto Alegre. Recentemente ele fora informado de que havia testado negativo para uma mutação que fora identificada em diversos membros de sua família, nos quais havia sido feito um diagnóstico de Li-Fraumeni. No início da entrevista, referindo-se às experiências na clínica de genética do câncer, ele me disse:

Eu já vim pensando que não teria nada mesmo, você sabe. E eu achava isso porque eu e minha irmã do meio, que eu acho que também não tem isso [a mutação], nós somos *mais* morenos, a cor da nossa mãe, e por isso eu sabia que não teríamos nada a ver com ela. Mas a minha irmã mais velha, a Andrea, ela é *mais* como o meu pai, mais clara, mais branca... Os que descendem da minha mãe são descendentes dos bugres e os do meu pai são italianos... Eu sou mais do lado bugre. Meu pai era um cara branco, grande, muito mais branco [do que eu], e essa minha irmã é uma moça branca. Já eu,

minha mãe e minha irmã do meio temos essa pele escura, que não envelhece tão facilmente¹⁴ (Grifo meu).

Minha reação inicial a esses comentários era que Fábio estava falando claramente de ascendência, articulada pelo uso comum das categorias da cor da pele, e incluindo termos mais coloquiais, como “bugre”. Dando sequência a seus comentários iniciais, perguntei-lhe diretamente se ele achava que a “ascendência” era uma das causas do câncer na família. Ele respondeu imediata e enfaticamente: “não, eu não acho que seja por causa da ascendência italiana”. E manteve essa posição mesmo quando a conversa voltou, uma vez mais, às suas percepções das pessoas da família com quem era fisicamente mais parecido. Ele concluiu com a seguinte fala:

Eu acho que tem tudo a ver com a comida... o que acontece é que os índios cresceram sem comer pesticidas ou químicos, e o que acontece é que todo mundo do lado da minha mãe é bugre. Eles são quase índios.

Para Fábio, situar-se “*mais* no lado bugre” da combinação italiana/bugre de sua família oferece proteção e serve de explicação para o fato de ele não ter a mutação. Conquanto seus comentários sugeriram que embora as marcas corporais, tais como a cor da pele, sejam sinais que prenunciem ou, nesse caso, confirmem retrospectivamente o resultado do teste, nem sempre elas remetem diretamente ou objetivamente à ascendência. Elas podem abranger também outras ideias de hereditariedade, associadas ao

¹⁴ *Bugre* é usado, geralmente, como um termo pejorativo ou um tanto jocoso para se referir à categoria das populações indígenas ou índias no Brasil. Também é utilizado com frequência no contexto dos comentários do dia a dia sobre a cor da pele: “*sou meio bugre*”. Como expressão é popularmente associado, também, a um certo comportamento recalcitrante e de resistência.

comportamento cultural adquirido ou a hábitos relacionados, no caso de Fábio, à dieta de seu passado ancestral percebido.

O risco genético há muito é mostrado como relacionado, de forma complexa, a ideias sobre estilo de vida, dieta e meio ambiente nas narrativas de diferentes comunidades de pacientes às voltas com uma previsível intervenção genética. As três experiências apresentadas aqui ilustram como o risco genético tornou-se pleno de significado através de ideias interrelacionadas concernentes à vulnerabilidade corporal e à mestiçagem — entendida tanto como diferença quanto como semelhança — e o que podia ser percebido como noções lamarckistas de herança intergeracional. Essas ideias transformam e informam o significado de ascendência genética articulada enquanto potencial. Elas revelam uma mutabilidade e uma plasticidade na forma como o risco é inferido dos corpos, o significado do biológico e a significação dos passados geracionais, de maneira que ampliam e levantam novas questões sobre a molecularização da diferença populacional ou da ascendência genética. Nos novos campos da ciência genômica e da medicina que estão surgindo — nos quais as interações entre o estilo de vida, o meio ambiente e a epigenética estão se tornando cada vez mais importantes para a compreensão dos caminhos das doenças causais do câncer —, será vital monitorar e compreender como as velhas e as novas visões do biológico transformam as definições do risco de doença e os potenciais que elas ajudam a articular (Lock, 2012). Isso será particularmente importante para os esforços voltados para a minimização desses riscos biosociais, através quer das intervenções de saúde tecnologizadas quer daquelas centradas em outros estilos de vida, nas arenas nacionais e transnacionais globais relacionadas aos cuidados com a saúde.¹⁵

¹⁵ Relacionada à função metabólica e ao “estresse oxidativo”, a epigenética emergente contribui para a compreensão do papel e da função do R337h no contexto da

Vivendo com o potencial de pesquisa da genética do câncer como “escolha” de cura e tratamento

Enquanto para alguns pacientes participar dos domínios recém-formados da genética do câncer no Brasil remetia às vidas e aos legados de gerações passadas que articulavam o potencial de risco de câncer de maneiras particulares, para a imensa maioria dos pacientes outras possibilidades temporais eram importantes. Elas incluíam a esperança de realizar certos tipos de futuros preventivos ou curáveis e negociar presentes contingentes, muitas vezes precários, em termos de acesso à saúde pública. Esses desejos revelam um domínio diferente para a articulação do potencial no trabalho coletivo da produção da genética do câncer no Brasil, onde questões de “escolha” e responsabilidade moral de indivíduos, das famílias e do Estado vêm à tona.

A conjugação entre a participação na pesquisa e a prevenção da doença estava generalizada entre os pacientes com quem entrei em contato. Tratava-se de uma conjugação que podia facilmente induzir decisões para participar da pesquisa da genética do câncer como uma obrigação moral para agir por si mesmo e pelos outros, conforme os comentários de uma das pacientes mulheres deixam claro:

Você tem de falar para todo mundo e dizer que as pessoas devem tomar cuidado, devem fazer prevenção. Eu sempre disse isso. Minha irmã me perguntou: “você quer ir [à clínica de genética]”. Eu respondi que sim. Eu já tinha convencido minha filha. Então a primeira

genética do câncer no Brasil, e pode oferecer um ponto de partida para se investigar como o entendimento popular da vulnerabilidade corporificada é reconfigurado na interface com as novas abordagens genômicas e com o crescente entendimento da etiologia do câncer

foi, depois fui eu e minha irmã, depois minha sobrinha e depois minha filha, e nós já tínhamos pegado os resultados das quatro, e aí começamos a passar as informações para as outras. Mas nem todo mundo da família quer fazer o teste...É claro que é uma decisão individual, mas acho que é egoísmo não fazer. Por causa do medo, você está perdendo a oportunidade de se cuidar, e isso pode fazer com que, em pouco tempo, você pode encontrar um filho teu aqui [com câncer].

A noção de assumir responsabilidades através dos cuidados com terceiros foi identificada como um forte fator motivador nas narrativas de pacientes da genética do câncer de mama em outros contextos culturais (Hallowell, 1999; Kampriani, 2009; Mozersky, (2012b). No Brasil, a importância cultural da família e os elos ou as obrigações daí decorrentes são profundamente forjados mediante o investimento — que também ajudam a constituir — em intervenções genéticas que refletem e demandam determinados tipos de relações éticas com os outros e com as gerações futuras. A força desse alinhamento está refletida em como a “escolha” para não participar na pesquisa pode ser vista como uma atitude “egoísta”. Uma outra paciente, referindo-se à sua decisão de não atender ao convite de fazer o teste genético, fez a seguinte colocação: “Eu tenho família, tenho filhos, não posso fazer isso”.

Para muitos, a promessa da genética estava também diretamente ligada ao progresso científico imaginado e desejado na prevenção do câncer. Isso foi claramente expresso na imaginação retrospectiva da história futura da ciência genética, da saúde e da família, que essa paciente descreveu ao se referir à sua participação na clínica de genética do câncer:

Eu acho que se trata de prevenção e um dia poderemos ter uma vacina. Eu realmente acredito que haverá

uma vacina para essa mutação, esses numerozinhos... Fico pensando que o meu neto vai dizer assim: “minha avó tinha essa mutação e no tempo dela eles não sabiam o que era, mas agora nós sabemos o que provoca o câncer” (Sonja, 50 anos, assistente de vendas, São Paulo).

No entanto, para muitos, ser “disciplinado” pela promessa científica futura do progresso médico que a genética parecia oferecer estava também estreitamente ligado aos seus próprios esforços mais imediatos, e frequentemente aos de suas famílias, para assegurar as necessidades básicas de saúde. Isto é, a participação na pesquisa genética era frequentemente não somente acerca dos futuros imaginados, mas também a respeito das negociações dos ensaios clínicos diários e dos desafios da saúde pública no Brasil e da possibilidade que ela representava em termos de garantia do acesso aos cuidados num sentido mais imediato.

Isso ficou evidente na maneira pela qual Marina descreveu as dificuldades que teve de enfrentar ao ter acesso aos serviços de saúde e o alívio que sentiu ao tomar parte de um programa de atendimento através da participação na pesquisa da genética do câncer:

Quando você consegue marcar uma consulta com o médico, você fica aliviada, mas para chegar aqui você tem de enfrentar uma tremenda burocracia, horas na fila. Em outros hospitais você tem de esperar um ano para fazer uma mamografia ou oito meses para encontrar o médico — o problema é chegar até aqui [referindo-se ao hospital associado com a pesquisa da genética do câncer]. Mas quando você chega aqui, tudo é uma benção — o problema é chegar até aqui (Marina, 43 anos, faxineira, Porto Alegre).

Marina testou positivo para a mutação R337h associada com Li-Fraumeni poucos anos atrás e agora fazia parte do programa de rastreamento e atenção ligado à clínica da genética do câncer no hospital misto privado/público. Revelando, de forma emocionada, o que isso significava para ela, Marina disse: “Me sinto protegida, eu faço o rastreamento e se tenho algum problema sei que posso fazer quimioterapia ou cirurgia... Não tenho palavras para descrever como sou grata para com vocês por tudo que vocês estão fazendo aqui”.¹⁶

Esses sentimentos foram compartilhados por muitos pacientes que simplesmente se sentiram aliviados por estarem participando do protocolo de pesquisa genética providenciado pelo hospital que lhes permitia ter acesso a um rastreamento regular e cuidados especializados com a saúde. Outros pacientes encaravam sua participação não somente como um investimento de curto ou de médio prazo em sua própria saúde presente/futura ou de seus parentes, mas também como uma colaboração benéfica onde a vantagem era assegurada pelo fato de se ser, como disse um paciente, “uma cobaia na cura do câncer”. Como afirmou uma outra paciente, a lógica de “ajudar os outros ajudando a nós mesmos” era óbvia, especialmente quando, como ela destacou, “não custa nada colaborar”.

As formas pelas quais os pacientes se envolvem nos esforços para garantir o acesso à atenção e aos recursos médicos por intermédio da participação na pesquisa da genética do câncer revelam claramente a escala diferenciada de investimentos que

¹⁶ A inclusão do meu nome em sua expressão de gratidão e, por extensão, da pesquisa qualitativa em que ela também tomava parte, levanta importantes questões a respeito do papel do antropólogo em pesquisas colaborativas e da necessidade de uma consideração reflexiva sobre como os pontos de vista antropológicos podem, eles mesmos, facilitar ou serem cooptados por agendas de pesquisa mais amplas.

constituem um espaço ampliado de possibilidades para a genética do câncer no Brasil. Isso encerra paralelos evidentes com o tipo de definição de direitos e responsabilidades que Adriana Petryna (2013) descreve, em que a participação em ensaios clínicos está intimamente relacionada aos esforços dos pacientes para perseguir o “direito de recuperação” em contextos de recursos escassos.

A genética do câncer, em sua avaliação clínica dos riscos de saúde futuros (e passados) para si mesmo e para os outros, pode tornar a chegada a esse ponto de “recuperação” um tanto ilusório. Não obstante, os benefícios imediatos em termos de acesso aos serviços de saúde bastam para muitos pacientes, mesmo que essa participação alimente injunções morais para agir sobre as escolhas potenciais por assistência e prevenção que o envolvimento na pesquisa pareceria assegurar e demandar continuamente. Na parte final deste artigo, examino mais algumas dessas tensões, centrando o foco nas experiências de uma paciente. Nesse caso, a incerteza não gera potencial, mas sim instabilidade e improdutividade, iluminando o que pode ser descrito como a presença escondida do “incomum” dentro da paisagem da genética do câncer.¹⁷

Incerteza e a estase da “variável desconhecida”

Quando conheci Christina ela estava com 45 anos, era uma profissional da área do direito, e tinha sido paciente em um hospital em São Paulo durante dez anos após o diagnóstico de câncer de mama. Ela foi uma das primeiras a ser recrutada para participar de um programa de pesquisa da genética do câncer no hospital. Apesar do seu longo envolvimento, ela mal tinha

¹⁷ O lugar do estranho ao se refletir sobre o potencial foi levantado com sucesso por Emily Martin no workshop de Teresópolis.

acabado de receber o resultado do teste genético BRCA, que lhe fora descrito na clínica como uma “mutação desconhecida”. Esse resultado, também conhecido internacionalmente como uma variante de significado desconhecido (variant of unknown significance — VUS), significa que uma mudança na sequência “normal” do DNA fora detectada, mas não é registrada como sendo “deletéria”, de acordo com uma base de dados internacional (baseada nos Estados Unidos). Embora as fronteiras entre a VUS e uma mutação estejam em constante deslocamento, enquanto a nova testagem da BRCA se expande para incluir diversas populações de pacientes, esses resultados do teste são particularmente comuns entre as “minorias étnicas” (Nanda et al., 2005). A frustração de Christina era óbvia ao ouvir a explicação do clínico de que embora o resultado não fosse particularmente útil agora, ele poderia provar ser explicativo para o seu câncer e/ou para o câncer na família no futuro, quando, como o clínico salientou, “se conhecer mais a respeito da situação no Brasil.” Conversando comigo mais tarde sobre o que esse resultado significou para ela e para a sua família, Christina declarou:

Eu queria saber quais eram as possibilidades para minha filha, minhas sobrinhas, no intuito de perceber se elas corriam algum risco, de modo que elas pudessem tomar as providências que fossem necessárias...Eu participei de um tipo de pesquisa que eles não têm aqui no Brasil, ou pelo menos foi isso que eles me contaram; trata-se de uma especialidade dos Estados Unidos, onde há mais recursos... Mas com o que aconteceu agora...Eu tenho essa parte aqui que fiz que essa descoberta não existe... essa diz que não há nenhuma conexão ou pelo menos que não existe no Brasil. Fiquei realmente frustrada com isso; essa resposta me deixa onde eu estava antes, que é ainda estar sem uma

resposta. Mas por outro lado, ela está me dizendo que é possível que meu câncer seja hereditário. Quando comecei a participar dessa pesquisa, me senti mais segura, mas agora estou de volta à estaca zero.

Embora as incertezas sobre o que constitui o risco genético ao nível da população brasileira estimule a busca de pesquisa transnacional e nacional, no domínio clínico, essas incertezas poderiam gerar, como os comentários de Christina sugerem, estase e frustração. Isto é, a materialização dessa incerteza (como a VUS) frequentemente tornava difícil constituir a genética do câncer para pacientes (e profissionais) em termos do potencial de prevenção no futuro ou como uma “escolha” para cuidar dos outros. Ao contrário, a incerteza gera um “excesso de significado”. Como Svendsen (2011) aponta em seu estudo de como o potencial é articulado e constituído em relação à pesquisa de célula-tronco humana embrionária na Dinamarca, esses momentos de “excesso” de significado tornam visíveis as linhas de fratura nos investimentos e envolvimento de pacientes, famílias e profissionais de saúde no coletivo, ainda que constituídos de forma diferenciada. No caso de Christina, vemos como a incerteza pode “cortar” o fluxo do potencial relacionado à procura coletiva da genética do câncer enquanto saúde preventiva.¹⁸

As narrativas dos pacientes exploradas na segunda e na terceira seções deste capítulo ilustram como uma variedade de diferentes potenciais é articulada, ao se tornar parte da lógica temporal e preventiva da genética do câncer. Elas falam de futuros imaginados e cheios de expectativa, da precariedade da saúde pública atual, mas também dos legados relacionais e corporificados das histórias familiares que, na intersecção com um discurso

¹⁸ Estou me baseando aqui nas contribuições dadas por Bob Simpson, em Teresópolis, acerca das maneiras pelas quais os fluxos de potencial podem ser “cortados”.

sobre o risco genético, (re)constituem ou afirmam tipos particulares de vulnerabilidades, suscetibilidades e perigos interrelacionados incorporados. Coletivamente, esses exemplos apontam para as diferentes escalas de investimento, mediante as quais a genética do câncer está sendo fortemente mobilizada, ainda que muitas vezes também de forma desigual.

Conclusão

Este texto, baseado em uma análise de trabalho de campo em andamento no sul do Brasil que examina a emergência da genética do câncer, vem se somar a um conjunto crescente de pesquisas antropológicas que investigam como novos e cada vez mais numerosos desenvolvimentos transnacionais nas ciências da vida e nas ciências médicas estão sendo ajustados para contextos locais de maneiras extremamente específicas. Ele responde a uma necessidade por um comprometimento antropológico que leve em conta o terreno desigual em que as tecnologias de saúde globais e globalizantes são traduzidas e os diversos “regimes de vida” (Collier & Lakoff, 2005) que elas implicam e reproduzem (Biehl, 2007; Fassin, 2009; Petryna, 2013).

Enquanto um “caso de teste”, a genética BRCA e a genética do câncer apareceriam mais geralmente para corporificar e representar o tipo de futuros antecipatórios e promissores que vêm caracterizando marcadamente outros desenvolvimentos paralelos, registrados nas ciências da vida e nas ciências médicas (Adams, Murphy & Clarke, 2009; Fortun, 2011; Jain & Kaufman, 2011). No entanto, a genética do câncer não controla um potencial dado ou inato, mas depende de traduções locais das tecnologias e conhecimentos à luz de diferentes articulações, concorrentes e às vezes conflitantes.

O potencial se expressa e ganha significado por meio das diferentes escalas de investimento e envolvimento nesse domínio

emergente do conhecimento científico e da prática médica no Brasil. Ele se expressa e é performado em relação a futuros cheios de expectativa de progresso, presentes contingentes e precários, histórias nacionais de migração (re)imaginadas, colonização e vulnerabilidade, tanto corporificada quanto geracionalmente constituída. Avaliando como o risco, a pesquisa, a atenção e o conhecimento são constituídos e as maneiras pelas quais profissionais, pesquisadores, pacientes e suas famílias entram em contato e participam da genética do câncer no Brasil, vemos como o significado de potencial tornou-se múltiplo e dinâmico.

Embora a agenda de pesquisa de saúde global relativa ao risco genético e a questões de diferença populacional e ascendência atribua um poder imenso ao potencial da genética do câncer, este é diversamente traduzido e acionado por pacientes, pesquisadores e médicos brasileiros. Em outras palavras, o significado da ascendência genética e da genética do câncer amplamente entendido, fica sujeito a “transformações” que tornam os potenciais em jogo literal e metaforicamente mais plásticos. Isso fica visível no modo pelo qual a pesquisa brasileira da genética do câncer centrada na ascendência europeia torna-se algo que reflete as agendas de pesquisa transnacionais e, simultaneamente, confirma a mestiçagem brasileira, reposicionando, de forma produtiva e inclusiva, o foco sobre a ascendência genética na clínica. Essas transformações também são evidentes na maneira pela qual o risco genético é deslocado pelos pacientes e se torna contingente nas vulnerabilidades corporificadas e inter-relacionadas que evocam diferentes modelos de herança. Ao mesmo tempo, o potencial da genética do câncer no Brasil é colocado para funcionar em relação a questões de “moral” individual e de escolhas ou direitos coletivos para participar de pesquisas ou ter acesso à assistência. Isso revela em que medida a participação dos pacientes na genética do câncer não se dá apenas em relação a futuros promissores, mas muitas vezes mediante a negociação e

a melhoria das contingências imediatas da provisão dos serviços de saúde pública.

A tradução de campos emergentes de conhecimento e tecnologia, como é o caso da genética do câncer no Brasil é extremamente dinâmica e contingente. O presente capítulo sugere que se trata de um processo que envolve diferentes significados de potencial que são escalares quanto à forma como são produzidos, às ações que abrangem e às maneiras pelas quais interpolam, vigorosa mas desigualmente, diversas pessoas na elaboração, cheia de expectativa, de histórias futuras da e para a genética do câncer no Brasil.

Referências

Abu El-Haj, Nadia. The genetic reinscription of race. *Annual Review of Anthropology* 36, p. 283-300, 2007.

Achatz Waddington, Maria Isabel, Pierre Hainaut & Patricia Ashton-Prolla. Highly prevalent TP53 mutation pre-disposing to many cancers in the Brazilian population: a case for newborn screening? *Lancet* 10(9), p. 920-925, 2009.

Achatz Waddington, Maria Isabel, Olivier Magali, Florence Le Calvez, Ghyslaine Martel-Planche, Ademar Lopes, Benedito Mauro Rossi, Patricia Ashton — Prolla, et al. The TP53 mutation R337h is associated with Li-Fraumeni and Li-Fraumeni like syndromes in Brazilian families. *Cancer Letters* 245, p. 96-102, 2007.

Adams, Vincanne, Michelle Murphy, and Adele Clarke. Anticipation: technoscience, life, affect, temporality. *Subjectivity* 28, p. 246-265, 2009.

Biehl, João. *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 2007.

Bourret, Pascale. BRCA patients and clinical collectives. *Social Studies of Science* 35(1), p. 41-68, 2005.

Bourret, Pascale, Peter Keating & Alberto Cambrosio. From BRCA to BRCA-ness: redefining the clinical utility of BRCA genes in the era of personalized medicine and targeted therapy. In *BRCA gene research and medical practices: a comparative and transnational perspective*. Sahra Gibbon, Eirini Kampriani, Galen Joseph, Jessica Mozersky, Andrea zur Nieden & Sonja Palfner, eds. Abingdon: Routledge, 2013.

Bustamante, Carlos, Francisco M. De la Veja & Esteban G. Burchard. Genomics for the world. *Nature* 475, p.163-65, 2011.

Collier, Stephen & Andrew Lakoff. On regimes of living. In *Global assemblages: technology, politics and ethics as anthropological problems*. Aihwa Ong & Stephen Collier, eds. Malden, Massachusetts: Blackwell, 2005.

Duarte, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

———. Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo de regulação moral da pessoa. In *Ensaíos: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Paulo Amarante, ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Duster, Troy. Race and reification in science. *Science* 307(18), p. 1050-1051, 2005.

Ewald, Ingrid, Patricia Izetti, Fernando R. Vargas, Miguel A. M. Moreira, Aline S. Moreira, Carlos A. Moreira-Filho, Danielle R. Cunha, et al. Prevalence of the BRCA1 founder mutation c.526 dupin Brazilian individuals at-risk for the hereditary breast and ovarian cancer syndrome. *Hereditary Cancer in Clinical Practice* 9(11):1-8, 2011.

Fassin, Didier. Another politics of life is possible. *Theory, Culture and Society* 26(5), p. 44-60, 2009.

Fejerman, Laura, Esther M. John, Scott Huntsman, Kenny Beckman, Shweta Choudhry, Eliseo Perez-Stable, Esteban Gonzalez-Burchard & Elad Ziv. Genetic ancestry and risk of breast cancer among U.S. Latinas. *Cancer Research* 68(23), p. 9723-9728, 2008.

Fortun, Mike. *Promising genomics: Iceland and decode genetics in a world of speculation*. Berkeley: University of California Press, 2011.

Fujimura, Joan & Ramya Rajagoplan. Different differences: the use of “genetic ancestry” versus race in biomedical human genetic research. *Social Studies of Science* 41(1), p.5-30, 2011.

Fullwille, Duana. The molecularization of race and institutionalizing racial difference in pharmacogenetics practice. *Science as Culture* 16(1), p. 1-30, 2007.

———. *The enculturated gene: sickle cell health politics and biological difference in West Africa*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 2011.

Garritano, Sonia, Frederica Gemignani, Edenir Inez Palmero, Magali Olivier, Ghyslaine Martel-Planche, Florence Le Clavez-Kelm, Laurence Brugieres et al. Detailed haplotype analysis at the tp53 locus in p.r337h. mutation carriers in the population of southern Brazil: evidence for a founder effect. *Human Mutation* 31(1) p.143-150, 2009.

Gibbon, Sahra, Galen Joseph, Ute Kalender, Eirini Kampriani, Jessica Mizersky, Andrea zur Nieden & Sonja Palfner. Introduction to special section: perspectives on globalising genomics: the case of “BRCA” breast cancer research and medical practice. *BioSocieties* 5(4), p. 235-44, 2010.

Gibbon, Sahra, Ricardo Ventura Santos & Monica Sans. Introduction. In *Racial identities, genetic ancestry and health in South America: Argentina, Brazil, Colombia and Uruguay*. Sahra Gibbon, Ricardo Ventura-Santos & Monica Sans, eds. Nova York: Palgrave Macmillan, 2011.

Hallowell, Nina. Doing the right thing: genetic risk and responsibility. *Sociology of Health and Illness* 21, p. 597-621, 1999.

Hallowell, Nina, Sarah Parry, Sarah Cooke, Gill Crawford, Anneke Lucasen & Michael Parker. Lay and professional understandings of research and clinical services in cancer genetics and their implications for informed consent. *American Journal of Bioethics* 1(2), p. 25-34, 2010.

Hamel, Nancy, Bing-Jian Feng, Lenka Foretova, Dominique Stoppa-Lyonnet, Steven A. Narod, Evgeny Imyanitov, Olga Sinilnikova, et al. On the

origin and diffusion of BRCA1 c.5266 (5382insC) in European populations. *European Journal of Human Genetics* 19, p.300-306, 2011.

Helmreich, Stefan. Induction, deduction, abduction, and the logics of race and kinship. *American Ethnologist* 34(2), p.23, 2007.

Inca (Instituto Nacional de Câncer). *Rede Nacional de Câncer Familiar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

Jain, S. Lochlann & Sharon Kaufman. Introduction. In *After progress: time and improbable futures in clinic spaces*. Special issue, *Medical Anthropology Quarterly* 25(2), p.183-188, 2011.

Joseph, G. BRCA as public health: biosocialization and the dissemination of cancer risk knowledge. In *BRCA gene research and medical practices: a comparative and transnational perspective*. Sahra Gibbon, Eirini Kampriani, Galen Joseph, Jessica Mozersky, Andrea zur Nieden & Sonja Palfner, eds. Abingdon: Routledge, 2013.

Kahn, Jonathan. Genes, race, and population: avoiding a collision of categories. *American Journal of Public Health* 96(11), p. 1965-1970, 2006.

Kampriani, Eirini. Between religious philanthropy and individualized medicine: situating inherited breast cancer in Greece. *Anthropology and Medicine* 16, p. 165-178, 2009.

Koenig, Barbara, Sandra Soo-Jin Lee, Sarah Richardson & Mac Marshall, eds. *Revisiting race in a genomic age*. Piscataway, Nova Jersey: Rutgers University Press, 2008.

Kurian, Alison. BRCA1 and BRCA2 mutations across race and ethnicity: distribution and clinical implications. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 22(1), p.72-78, 2010.

Lee, Sandra Soo-Jin. Racializing drug design: pharmacogenomics and implications for health disparities. *American Journal of Public Health* 95(12), p. 2133-2138, 2005.

———. American DNA: the politics of potentiality in a genomic age. *Current Anthropology* 54(suppl. 7), p. S77-S86, 2013

Lock, Margaret. The epigenome and nature/nurture reunification: a challenge for anthropology. In *Beyond the body proper: global politics/local biology*. Número especial, *Medical Anthropology* 32(4), p. 291-308, DOI:10.1080/01459740.2012.746973, 2013.

Löwy, Ilana & Jean-Paul Gaudillière. Localizing the global: testing for hereditary risks of breast cancer. *Science, Technology, and Human Values* 33, p. 299-325, 2008.

Malkin, David, F. P. Li, L. C. Strong, J. F. Fraumeni Jr., C. E. Nelson, D. H. Kim, J. Kassel, et al. Germ line p53 mutations in a familial syndrome of breast cancer, sarcomas, and other neoplasms. *Science* 250(4985), p. 1233-1238, 1990..

Montoya, Michael J. 2011. *Making the Mexican diabetic: race, science, and the genetics of inequality*. Berkeley: University of California Press.

———. Potentia futures for a healthy city: community, knowledge, and hope for the sciences of life. *Current Anthropology* 54 (suppl. 7), p. S45-S55, 2013.

Mozersky, Jessica. *Risky genes, genetics, breast cancer and Jewish identity*. Abingdon: Routledge, 2012a.

———. Who's to blame? accounts of genetic responsibility and blame among Ashkenazi Jewish women at risk of BRCA breast cancer. *Sociology of Health and Illness* 34(5), p. 776-790, 2012b.

Mozersky, Jessica & Sahra Gibbon. Mapping Jewish identities: migratory histories and the transnational re-framing of Ashkenazi BRCA mutations. In *BRCA gene research and medical practices: a comparative and transnational perspective*. Sahra Gibbon, Eirini Kampariani, Galen Joseph, Jessica Mozersky, Andrea zur Nieden & Sonja Palfner, eds. Londres: Routledge, 2013.

Mozersky, Jessica & Galen Joseph. Case studies in the co-production of populations and genetics: the making of "at risk" populations in BRCA genetics. *BioSocieties* 5(4), p. 415-439, 2010.

Nanda, Rita, Phillip Schumm, Shelly Cummings, James D. Fackenthal, Lise Sveen, Foluso Ademuyiwa, M. Cobleigh, et al. Genetic testing in an

ethnically diverse cohort of high-risk women: a comparative analysis of BRCA1 and BRCA2 mutations in American families of European and African ancestry. *Journal of the American Medical Association* 294(15), p.1925-1933, 2005.

Narod, Stephen. BRCA1 and BRCA2 mutations and breast cancer. *Discovery Medicine* 12(66), p. 445-453, 2011.

NCI (National Cancer Institute). Fact sheet on BRCA1 and BRCA2 cancer risk and genetic testing. National Cancer Institute at the National Institutes of Health, 2012. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/BRCA>. Acesso em: 3.mar.2012.

Nelson, Alondra. Bioscience: genetic genealogy testing and the pursuit of African ancestry. *Social Studies of Science* 38(5), p.759-783, 2008.

Neto, Verlan & Ricardo Ventura Santos. Biorrevelações: testes de ancestralidade genética em perspectiva antropológica comparada. *Horizontes Antropológicos* 17:197-226, 2011.

Oloparde, Olufunmilayo. Genetics in clinical cancer care: a promise unfulfilled among minority populations. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 13(11), p.1683-1686, 2004.

Palfner, Sonja. *Gen-Passagen: Molekularbiologische und medizinische Praktiken im Umgang mit Brustkrebs-Genen: Wissen, Technologie, Diagnostik*. Bielefeld, Alemanha: Transcript. Palmie, Stefan. 2007. Genomics, divination and racecraft. *American Ethnologist* 34, p.234-249, 2009.

Petryna, Adriana. The right of recovery. *Current Anthropology* 54(suppl. 7), p S67-S76, 2013.

Rebhun, Lisa. Swallowing frogs: anger and illness in northeast Brazil. *Medical Anthropology Quarterly* 8(4), p. 360-382, 1994.

Ribeiro, Raul, Fabiano Sandrini, Bonald Figueiredo, Gerard Zambettig, Edison Michalkiewicz, Anthon Lafferty, Luiz Delacerda, et al. An inherited P53 mutation that contributes in a tissue specific manner to paediatric adrenal cortical carcinoma. *Proceedings of the National Academy of Sciences, U.S.A.* 98(16), p. 9330-9335, 2001.

Rios, Jorge & Shannon Puhalla. PARP inhibitors in breast cancer: BRCA and beyond. *Oncology* 25(11), p. 1014-1025, 2011.

Santos, Ricardo Ventura, and Marcus Chor Maio. Race, genomics, identities and politics in contemporary Brazil. *Critique of Anthropology* 24(4), p. 347-378, 2006.

Santos, Ricardo Ventura, Peter H. Fry, Simone Monteiro, Marcos Chor Maio, Jose Carlos Rodrigues, Luciana Bastos-Rodrigues & Sergio D. J. Pena. Color, race and genomic ancestry in Brazil: dialogues between anthropology and genetics. *Current Anthropology* 50(6), p.787-819, 2009.

Santos, Ricardo Ventura & Glaucia Silva. Pharmacogenomics, race/ancestry and admixture: a view from Brazil. *Paper* apresentado na EASA Biennial Conference, Paris, 12 de julho, 2012.

Stepan, Nancy. *The hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America*. Ithaca, Nova York: Cornell University Press, 1996.

Suarez-Kurtz, Guilherme & Sergio D. Pena. Pharmacogenomics in the Americas: impact of genetic admixture. *Current Drug Targets* 7, p. 1649-1658, 2006.

Svendsen, Mette-Nordahl. Articulating potentiality: notes on the delineation of the blank figure in human embryonic stem cell research. *Cultural Anthropology* 26(3), p. 414-437, 2011.

Telles, Edward E. *Race in another America: the significance of skin color in Brazil*. Princeton, Nova Jersey: Princeton University Press, 2004.

Timmermans, Stefan, and Mara Buchbinder. Potentializing newborn screening. *Current Anthropology* 54(suppl. 7), p. S26-S35, 2013.

Wade, Peter. The presence and absence of race. *Patterns of Prejudice* 44(1), p. 43-60, 2010.

Whitmarsh, Ian, and David S. Jones, eds. *What's the use of race: modern governance and the biology of difference*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 2010.

Sobre os autores

GULNAR AZEVEDO E SILVA: graduada em medicina, com doutorado em medicina preventiva, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora adjunta do Instituto de Medicina Social — Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ILANA LÖWY: historiadora da ciência e da medicina e pesquisadora do Centre de Recherche, Médecine, Sciences, Santé et Societé (Cermes) de Paris. Especialista no campo de história da medicina, gênero e ciência, é autora de vários livros e artigos científicos sobre a relação entre ciência biomédica e gênero.

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA: doutor em história das ciências e professor do programa de pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Também leciona no programa de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira e no programa de pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Estácio de Sá. Na Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), coordena o projeto História do câncer: atores cenários e políticas públicas.

LUIZ CARLOS ZEFERINO: graduado em medicina com doutorado em Tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; professor titular de ginecologia do departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas — Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

LUIZ CLAUDIO SANTOS THULER: graduado em medicina, com doutorado em medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor associado do departamento de Medicina Especializada — Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; pesquisador do Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro.

MARIA TERESA BUSTAMANTE TEIXEIRA: graduada em medicina, com doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora associada do departamento de Saúde Coletiva — Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

MAXIMILIANO RIBEIRO GUERRA: graduado em medicina com doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professor adjunto do departamento de Saúde Coletiva — Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

RONALDO CORRÊA FERREIRA DA SILVA: graduado em medicina com especialização em Oncologia Clínica pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva — Inca/MS. Mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca — Fiocruz. Tecnologista pleno da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer do Inca/MS.

SAHRA GIBBON: doutora em antropologia social pela University College (UCL), Londres, e professora do departamento de Antropologia da mesma universidade. Foi bolsista da Wellcome Trust University Award na UCL.

Este livro foi composto em ITC New Baskerville Std, corpo 10,5/14,5 pt,
sobre papel offset 90g/m² para o miolo
e cartão duplex 250g/m² para a capa, em maio de 2015.