

Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória do controle do câncer de colo do útero no Brasil

LUIZ ANTONIO TEIXEIRA *

Introdução

O presente estudo tem por propósito investigar o processo de desenvolvimento das ações de controle do câncer de colo de útero no Brasil, analisando o desenvolvimento dos conhecimentos e práticas médicas sobre a doença e sua consolidação como políticas de saúde. O câncer do colo do útero é um sério problema de saúde pública no Brasil, atingindo principalmente as mulheres mais pobres, com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Thuler, 2008). Segundo tipo de câncer mais comum na população feminina brasileira, corresponde à quarta causa de morte de mulheres, por câncer, no país (Brasil, 2009). Hoje caracterizada como uma doença da pobreza e do atraso, em virtude da existência de conhecimentos e técnicas simples para a sua prevenção, o câncer de colo persiste desafiando nossas políticas de saúde¹. Por toda a segunda metade do século XX as investigações sobre a doença ocuparam um papel de destaque no campo da ginecologia, se transformando em ações de saúde de grandes proporções a partir de 1970, com o surgimento de grandes campanhas de rastreamento populacional da doença nos grandes núcleos populacionais da Região Sudeste. A partir da década seguinte as grandes transformações no campo da saúde que iriam desaguar na Reforma Sanitária implicariam na intensificação com a saúde da mulher e o aumento da cobertura das ações de controle possibilitando a montagem de um programa nacional para o seu ainda hoje vigente.

O controle do câncer do colo do útero, no Brasil, apontamentos e questões.

* Fundação Oswaldo Cruz – Casa de Oswaldo Cruz. Projeto Financiado com recursos do Edital PAPES VI (Fiocruz)

¹ O câncer de colo de útero está fortemente associado à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) - na maior parte das vezes transmitido por relações sexuais desprotegidas – e, em menor grau a outros fatores, como o maior número de parceiros sexuais, o tabagismo e a falta de higiene. Esses fatores ampliam o risco da doença nas camadas mais desfavorecidas, determinando sua associação à pobreza e a baixos níveis educacionais. A doença é um grave problema de saúde pública nos países da América Latina, considerada como uma das regiões de maior incidência no mundo (Guerra, et all. 2005).

O câncer do colo do útero é uma doença letal, que por muito tempo causou terríveis sofrimentos à um imenso número de mulheres. Dores, incômodos, corrimentos fétidos e sangramentos eram os sintomas observados nas pacientes, que normalmente chegavam aos consultórios em um estágio tão avançado da doença, que tornava inviável o tratamento. Esse, por sua vez, até meados do século passado restringia a histerectomia radical que, além do sofrimento causado impossibilitava a concepção. A inexistência de um método de prevenção da doença limitava às poucas mulheres com acesso a consultórios médicos, a busca do diagnóstico precoce através de exames ginecológicos frequentes (Lowy, 2010). A partir da década de 1940, esse cenário se modificou. O desenvolvimento e rápida aceitação da citologia esfoliativa (teste papanicolaou) como forma de detecção precoce da doença foi seguida, na década seguinte, pelo surgimento de campanhas de rastreamento populacional nos países da Europa ocidental e América do Norte que resultaram na vertiginosa diminuição dos índices da doença nesses países.

As narrativas médicas relacionadas ao controle do câncer de colo do útero, muitas vezes se restringiram a observação do papel da citologia nesse processo, tomando-a como um aspecto simples do desenvolvimento da tecnologia médica, sem analisar mais criticamente seu processo de surgimento e consolidação. Nas últimas décadas, estudos mais sofisticados no campo da história das ciências, da sociologia e da saúde coletiva elaboraram análises retrospectivas mais refinadas sobre o tema. Nesse campo foram enfatizados os problemas de padronização da leitura das lâminas citológicas e as dificuldades de recrutamento e formação dos técnicos em citologia (Casper e Clark, 1988); a organização das campanhas de rastreamento, as controvérsias sobre custo e eficácia desses programas (M. Hakama et al, 1985) e o papel dos laboratórios no processo de estabilização dessa técnica (Singleton, 1998). Embora tais estudos muitas vezes difiram muito na avaliação de elementos específicos da história do rastreio do câncer de colo, eles têm em comum a noção de que o conhecimento da história do controle do câncer de colo do útero se relaciona ao estudo difusão e utilização da citologia esfoliativa.

Trabalhos mais recentes veem avaliando outros diferentes aspectos relacionados à doença, como as técnicas alternativas para a sua prevenção e os diferentes modelos de ação utilizados para seu controle e suas especificidades locais. O estudo sobre o controle do câncer do colo do útero na Argentina e no Brasil da pesquisadora argentina Yolanda Eraso, foi pioneiro nessa abordagem,

demonstrando como esses dois países seguiram uma trajetória diferenciada da maior parte do mundo médico ocidental, por utilizar a colposcopia² como base para a detecção de anomalias cervicais até a década de 1960 (Eraso, 2010). Seu trabalho indica que a partir das relações de cooperação entre ginecologistas alemães e brasileiros e argentinos, se desenvolveu o interesse por essa técnica, nos anos que antecederam a Segunda Grande Guerra. Com o final do conflito, foram restabelecidos os laços de cooperação entre os ginecologistas alemães e seus colegas latinos e estabelecida uma verdadeira rede de difusão da colposcopia como técnica para a detecção do câncer do colo do útero nesses países. Recentemente elaboramos trabalho nessa mesma linha. Nosso estudo buscou traçar um perfil da utilização da colposcopia e da citologia pela medicina brasileira, discutindo como a longa persistência temporal do modelo de prevenção da doença com base na colposcopia, aqui observado, se relacionou a peculiaridade do modelo de saúde pública e do conhecimento médico existente no país. Durante o período em que o câncer de colo esteve relacionado à medicina privada e ações filantrópicas de pouco alcance, a colposcopia foi uma técnica adequada para a sua prevenção; quando doença passou a ser caracterizada como um problema de saúde pública e um signo da pobreza e fragilidade do sistema de saúde, as ações baseadas na citologia esfoliativa, que tinham um alcance populacional muito mais amplo, passaram a ser a base do controle da doença (Teixeira e Lowy, 2011).

Essas novas pesquisas apresentam importantes questões para a história da ciência e da saúde pública à medida que relacionam o desenvolvimento e estabilização de uma nova tecnologia com as redes de produção e circulação de conhecimentos internacionais, também valorizando a singularidade do contexto local onde são utilizadas. Seguindo essa chave de análise, acreditamos que nosso estudo sobre a institucionalização das técnicas de prevenção ao câncer de colo do útero Brasil joga luz na compreensão do quadro mais geral de nossas políticas de saúde e do conhecimento médico, favorecendo também, a avaliação das especificidades do uso das técnicas relacionadas à prevenção da doença no país.

² A colposcopia consiste na observação visual do colo do útero com a ajuda de um instrumento óptico parecido com um microscópio estereoscópico – o colposcópico. A observação de áreas do colo com determinadas alterações pode indicar a existência de lesões malignas que podem se transformar em câncer

Sobre a história da prevenção do câncer de colo do útero Brasil

Em 1924, o ginecologista alemão, Hans Hinselmann, desenvolveu um tipo de lupa binocular e adaptou-a para a observação do colo do útero. O aparelho então chamado Colposcópio facilitava o diagnóstico das anomalias e de outras patologias ginecológicas. Em 1933, um ginecologista austríaco, chamado Walter Schiller descobriu que coloração do colo do útero com iodo diluído (lugol) facilitava a observação das alterações lesões cervicais, uma vez que as regiões alteradas não absorviam a coloração. A combinação destes dois métodos - colposcopia e coloração de lugol, quando utilizada por um técnico bem experimentado, permitia a observações de lesões precursoras e de pequenas lesões malignas possíveis de serem cauterizadas. Na década de 1930, esses métodos foram utilizados na Alemanha, Áustria e Suíça, mas não foram difundidos fora desses países, com uma importante exceção a América Latina onde aportou a partir da influência científica alemã ainda no final da década de 1930³.

No mesmo período, com um aporte diferenciado de pesquisa, o médico grego radicado nos Estados Unidos, George Papanicolaou, descobriu que o exame do esfregaço retirado do colo do útero de mulheres conseguia detectar a presença de lesões que poderiam se transformar em formações cancerosas. Em 1941, em parceria com o patologista Herbert Traut ele publicou seu primeiro trabalho sobre a técnica de diagnóstico citológico, que passou a ser conhecida pelo seu nome (Papanicolaou e Traut, 1941). A observação de anomalias pré-cancerosas pelo teste papanicolaou deveria ser completada com exames mais específicos - como a colposcopia e a biopsia dirigida - que confirmavam a gravidade do problema. Em grande parte do mundo ocidental, a tríade citologia, colposcopia e biopsia (nessa ordem) caracterizou o modelo de prevenção do câncer de colo do útero a partir da década de 1940. Na década seguinte, a difusão dessa técnica possibilitaria o surgimento das primeiras campanhas de rastreamento populacional da doença, mais tarde transformadas em programas nacionais em diversos países europeus. Apesar das dificuldades técnicas iniciais, seu trabalho foi bem recebido no âmbito acadêmico e difundido pela comunidade médica como ferramenta central na prevenção da doença,

³ Sobre a movimento médico-científico germânico e francês e sua influência na América Latina e, em especial, para o Brasil ver Sá 2009. Sobre a migração da colposcopia para a América Latina ver Eraso, 2010.

caracterizando-se como um método de baixo custo e não invasivo para a detecção de anomalias pré-cancerosas em mulheres (Casper e Clarke, 1988)

Os primeiros estudos no campo da citologia, escritos por médicos brasileiros remontam ao final da década de 1920, e tinham como objeto a variação hormonal nas mulheres. Em relação à citologia cervical para o diagnóstico do câncer, o primeiro trabalho brasileiro deve-se ao médico Vespasiano Ramos, do Instituto de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Um ano após a publicação do clássico artigo sobre o uso da citologia exfoliativa para o diagnóstico de lesões cervicais malignas, por Papanicolaou, Ramos escrevia a tese “Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino” (Ramos, 1942).

Apesar da rapidez com que essa técnica começou a ser conhecida no país, e da precoce tentativa de sua utilização para a detecção de neoplasias cervicais, até a década de 1970, o uso do teste papanicolaou no Brasil apresentou uma feição original, sendo combinado ao uso de outra técnica, a colposcopia. Em diversas instituições, a colposcopia era utilizada como primeiro exame para detectar lesões cervicais pré-malignas. A citologia exfoliativa era utilizada principalmente como um segundo exame, em casos onde a observação colposcópica mostrava alguma anomalia na cérvix da paciente⁴.

Os anos 1950 marcam um período decisivo no desenvolvimento dessas duas técnicas no Brasil. Nesse período, seus promotores foram extremamente vigorosos na publicação de artigos e realização de encontros técnicos, formando uma rede de apoio à sua expansão na detecção precoce do câncer do colo do útero. Em 1956, o Ginecologista Arnaldo de Moraes, que dirigia o Instituto de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e a médica e a médica Clarice do Amaral Ferreira, que vinha elaborando trabalhos sobre citologia, nesse instituto, fundaram a Sociedade Brasileira de Citologia. Dois anos depois a SBC promovia o primeiro Simpósio Brasileiro de Citologia. Nesse mesmo ano surgiu a Sociedade Brasileira de Colposcopia, liderada por Clovis Salgado e Arnaldo de Moraes. Ambas foram fundamentais nos primeiros passos da institucionalização das práticas de prevenção ao câncer do colo do útero no

⁴ O Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi a ponta de lança na difusão do modelo de prevenção baseado na utilização da colposcopia como primeiro exame e a citologia como exame complementar. Outras instituições, como o Posto de Ginecologia da Cruz Vermelha de Belo Horizonte seguiram o mesma diretriz. Sobre essa questão ver (Teixeira e Lowy, 2011).

país. A utilização do binômio colposcopia citologia para a descoberta de alterações cervicais malignas passava a ser consenso entre os ginecologistas. Muitos deles, viam no teste papanicolaou um exame coadjuvante, a ser utilizado quando da observação de alterações no exame colposcópico (Teixeira e Lowy, 2011).

É importante observar, que nesse período, a detecção do câncer do colo do útero era uma atividade realizada em gabinetes ginecológicos de universidades, em instituições locais de atendimento público e em consultórios ginecológicos privados ou conveniados a serviços de saúde dos então existentes institutos de pensão. Esse modelo de atenção consistia principalmente na avaliação oportunística de pacientes que iam aos consultórios por motivos diversos e também se submetiam aos exames para detecção de anomalias cervicais. Num período em que o acesso aos serviços de saúde estavam limitados a uma parcela da população e o controle do câncer do colo do útero era visto como uma questão de detecção precoce, os limites das ações preventivas situavam-se no acesso aos consultórios ginecológicos.

Nesse contexto, os ginecologistas brasileiros passam a defender a ideia de ampliação da formação em médicos especializados em colposcopia como forma de controle do câncer de colo. O objetivo era transformar cada posto ginecológico num centro médico especializado para a detecção da doença. (Salgado e Rieper, 1970). Esse modelo de controle iria sofrer uma inflexão na segunda metade da década de 1960, a partir do desenvolvimento de um novo paradigma de controle da doença, vindo dos Estados Unidos e da Inglaterra, que tinha por base o estabelecimento de grandes programas e campanhas de prevenção ao câncer do colo do útero baseadas no rastreamento citológico de grupos populacionais.

Assim, o final dos anos 1960 e início da década de 1970 foi um momento de profunda transformação no processo de controle do câncer do colo do útero no Brasil. O modelo centrado em consultórios e dispensários, de início relacionado apenas à detecção precoce do câncer do colo do útero— com o uso combinado da colposcopia e da citologia -, aos poucos vai ter como elemento central a atenção primária, na forma de campanhas ou programas de prevenção baseados no rastreamento de casos em uma população alvo, a partir do uso em grande escala da citologia exfoliativa.

Os primeiros programas de rastreamento populacional do câncer do colo do útero surgiram em algumas regiões dos Estados Unidos na década de 1950 (Hakama, M et all, 1985). Na Europa, a Noruega criou um programa desse tipo ainda em 1959, no ano seguinte a Dinamarca também implantou um programa de rastreio. Nos anos 1960, vários países nórdicos criaram programas similares, sendo que em 1966 o rastreamento de câncer do colo do útero já fazia parte dos Serviços Nacionais de Saúde da Inglaterra (Lowy, 2010).

Nesse momento, a OPS passa a ver o câncer do colo do útero como um importante problema de saúde pública nos países da América Latina. A partir da constatação dos altos índices da doença na região, e de que na maioria desses países a prevenção se restringia às práticas efetuadas nos gabinetes ginecológicos, a OPS passou a propor a elaboração de programas específicos para o controle da doença a partir da utilização massiva do teste papanicolaou.

Logo, alguns médicos brasileiros começaram a advogar a utilização de campanhas e programas para o rastreamento do câncer do colo do útero como forma mais adequada de controle da doença para o país, no entanto, as limitações do sistema de saúde, ainda pouco abrangente e direcionado prioritariamente às ações curativas e a negação da noção do câncer como um problema de saúde pública prevaleceram como obstáculos quase intransponíveis para o fomento de campanhas maciças de detecção da doença (Teixeira e Fonseca, 2007).

Em meados dos anos 1960, começam a surgir, ainda de forma autônoma e desconexa, algumas campanhas de massa para a detecção de câncer do colo do útero. Porto Alegre, Bahia, e principalmente São Paulo foram precursores dessas iniciativas, que objetivavam efetuar o rastreio em massa de mulheres como forma de prevenção da doença. A prevenção do câncer de colo deixava o âmbito dos consultórios particulares, hospitais especializados e gabinetes ginecológicos das faculdades de medicina e transformava numa atividade atinente à saúde pública. Tais campanhas não tinham mais como base a utilização da colposcopia como primeiro exame. Seguindo a linhas das campanhas de massa postas em prática nos Estados Unidos utilizavam a citologia esfoliativa como análise inicial, prevendo o uso da colposcopia somente em casos onde a análise das lâminas mostrasse alguma anormalidade.⁵

⁵ Estudos recentes desenvolvidos na Casa de Oswaldo Cruz discutem o desenvolvimento concorrente da colposcopia e da citologia no Brasil. Ver: Teixeira and Lowy (2011) e Teixeira, Porto e Pumar (2011) in print.

O Programa de Controle de Câncer do colo do útero de Campinas foi a primeira experiência de grande envergadura e continuidade temporal surgida no país. Seu surgimento remonta a 1965, quando foi criado o departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas, então liderado pelo médico José Aristodemo Pinotti, que, havia se especializado na Europa. De pronto, Pinotti solicita apoio da Organização Pan-americana de Saúde para a implementação de um programa permanente de controle do câncer do colo do útero, baseado na utilização de exames papanicolaou (Pinotti & Zeferino, 1987). Com a consultoria da OPAS, o programa foi implantado, conseguindo uma escala de atendimento sem precedentes no país. Em dez anos o número de exames citológicos anuais se elevou de 461 a 19.195, sendo que as atipias encontradas passaram a declinar a partir do quarto ano de existência do programa. (Pinotti e Zeferino, 1987).

Seguindo as diretrizes da OPS, o programa de Campinas utilizava pessoal paramédico para a coleta descentralizada de material - que era efetuada em postos municipais e estaduais de saúde - e treinava técnicos para a análise das lâminas, atividade centralizada que era realizada em um laboratório específico construído com essa finalidade. Trabalhando em colaboração com postos de saúde municipais e estaduais, hospitais e outras instituições médicas filantrópicas, o programa conseguiu estabelecer uma nova metodologia para a prevenção do câncer do colo do útero baseada no rastreamento de anomalias ainda inédito no país. Além de ser pioneiro nessa atividade, e modelo para outros programas criados posteriormente, o programa de Campinas teve por mérito ter sido a ponta de lança para a criação de novas instituições relacionadas a saúde da mulher na cidade de Campinas. A partir de sua experiência, seria criado, em 1983, o Centro de Controle do Câncer Ginecológico e Mamário (CECAN), uma década mais tarde, ampliado e transformado em Centro De Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) (Pinotti e Zeferino, 1987).

No final da década de 1960 algumas instituições paulistas começaram a elaborar campanhas para o controle do câncer do colo do útero que seguiam a metodologia do programa de Campinas. A primeira delas foi o Instituto São Camilo de Prevenção e Tratamento do Câncer Ginecológico, centro criado em 1967, no Hospital São Camilo, pelo ginecologista Sampaio de Góes com fundos filantrópicos e do Estado. Góes havia se pós-graduado na Escola de Medicina da John Hopkins

onde tomara contato com as campanhas de rastreamento baseadas na utilização do teste papanicolaou. Contando com um ótimo relacionamento com os representantes do governo militar, no Estado de São Paulo, ele não teria dificuldades em proceder a esse empreendimento. Em 1968, criaria em associação com o governo estadual, o IBEPOG (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Obstetrícia e Ginecologia). O Instituto patrocinaria diversas campanhas contra o câncer do colo do útero no Estado. Ainda em 1970, seria iniciada a primeira delas na cidade de São Caetano do Sul. Partindo do mesmo paradigma que baseou o programa de Campinas, a campanha fazia uso do papanicolaou como primeiro exame e da colposcopia e biópsia em casos suspeitos. Também utilizava pessoal paramédico para a coleta e garantia o tratamento hospitalar nos casos que houvesse necessidade. Três anos depois, a partir da experiência piloto de São Caetano, uma nova campanha teve início na cidade de São Paulo seguindo os moldes da anterior (Capucci, 2003).

Em 1972, Sampaio de Góes tornou-se diretor da Divisão Nacional do Câncer, do Ministério de saúde. Sua passagem pelo cargo teria como marca o desenvolvimento de ações inovadoras. Na sua gestão foi criado o já citado PNCC, que entre seus diversos objetivos, enfatizava a ampliação das ações de prevenção ao câncer do colo do útero pelo incentivo a utilização da citologia esfoliativa. Em 1975, Góes deixou o DNC e retornou a São Paulo, onde passou a implantar um programa estadual de prevenção ao câncer do colo do útero baseado em suas experiências anteriores na cidade, e no trabalho efetuado por Pinotti em Campinas. Caracterizado como um programa permanente, liderado pela Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO) - criada em 1974 e por ele dirigida, o programa integrava os postos de saúde do Estado e dos Municípios, alguns consultórios privados e até algumas unidades móveis (ônibus e vagões de trens) que serviam como base para a coleta de exames. A leitura das lâminas era efetuada no FCPO e os tratamentos e cirurgias efetuados no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, hospital privado criado por Góes, que funcionava com financiamento do governo do Estado (Capucci, 2003).

Em meados da década de 1970, a utilização da citologia esfoliativa como exame inicial para a detecção do câncer do colo do útero já era consensual para uma grande parcela da comunidade

médica. A estabilização da técnica em nível internacional⁶, a possibilidade de ampliação da cobertura, devido à maior rapidez do exame e o bom andamento dos programas que surgiam em diversos Estados, impulsionavam a disseminação do exame papanicolaou.

Uma iniciativa médica para tornar a prevenção do câncer do colo do útero obrigatória revela um pouco desse contexto.

Ainda em 1970, a Associação Paulista de Combate ao Câncer⁷ enviou ao ministro do trabalho uma petição elaborada na IV Convenção Brasileira das Organizações Femininas Voluntárias de Luta contra o Câncer, ocorrida no ano anterior, solicitando a inclusão do exame papanicolaou no exame obrigatório médico obrigatório para admissão em empregos públicos⁸. Durante muito tempo essa petição tramitou no Ministério da Saúde sem chegar a termo. Em 1973, o ginecologista, Alberto Coutinho, do Instituto Nacional do Câncer retoma a proposta e, com a anuência do diretor da divisão Nacional do Câncer, a envia ao Ministério da Saúde. Agora, tratava-se de tornar o papanicolaou obrigatório a todas as mulheres a partir dos 23 anos de idade, tornando o certificado do exame um documento obrigatório para diversas atividades, como a admissão em empregos públicos e privados, obtenção de documentos, obtenção de empréstimos, etc. Dessa vez um projeto de lei chegou a ser elaborado pelo próprio Coutinho e apresentado ao ministro. No entanto, após muitas discussões, a proposta foi abandonada por ser considerada inviável⁹. Independente do resultado final das discussões, a mobilização em torno do projeto

⁶ Sobre o processo de transformações sociais que levaram a transformação do teste papanicolaou em ferramenta padrão para a prevenção do câncer do colo do útero ver Lowy 2010.

⁷ Em 1936, o cancerologista paulista Antonio Prudente fundou a Associação Paulista de Combate ao Câncer com o fito de obter fundos para a construção de um hospital do câncer na cidade de São Paulo. Em 1946, sua esposa, Carmem Prudente, criou a Rede Feminina de Combate ao Câncer. Essas duas ligas teriam importante papel na busca de fundos para a construção e manutenção de hospitais de câncer em São Paulo e nas ações de educação e prevenção relacionadas à doença. Ver: Teixeira, 2010.

⁸ O texto do documento afirmava: “Rogamos a V. S. que encaminhe essa nossa petição para Ante-projeto de uma lei que venha proteger a mulher brasileira de um flagelo que angustia todos os lares. (Associação Paulista de Combate ao Câncer. Arquivo do Ministério da Saúde, COREG, Caixa 569, maço 2402-2496, 1973

⁹ Os pareceres dos representantes do Conselho Federal de Saúde afirmava a impossibilidade de colocação em prática da medida por diversos motivos, entre eles podemos destacar seu caráter coercitivo por obrigar as mulheres a procederem a um exame para uma doença não transmissível, a inexistência de uma estrutura de saúde pública que pudesse dar conta da elaboração de todos os exames que seriam requeridos, a descrença na real efetividade do exame na detecção da doença e o constrangimento que a adoção da medida poderia criar para as mulheres solteiras e virgens. . Arquivo do Ministério da Saúde, COREG, Caixa 569, maço 2402-2496, 1973.

mostra o crescimento das preocupações com o câncer do colo do útero e, também, a ampliação do interesse na utilização do papanicolaou.

Ações e campanhas nacionais para o controle do câncer do colo do útero

No início dos anos 1980, em meio a crise que prenunciou o fim da ditadura, as reivindicações de diversos setores sociais pela ampliação do acesso aos serviços de saúde possibilitaram a criação de novos programas federais de prevenção ao câncer do colo do útero, baseados na utilização do exame citopatológicos. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, tinha como um de seus objetivos a ampliação das ações educativas e o apoio a projetos estaduais de detecção. O Pro-onco surgiu três anos depois e visava apoiar ações para o controle de diversos tipos de câncer. O programa funcionava numa parceria do governo federal com as secretarias estaduais e municipais de saúde, as universidades e hospitais de câncer, visando, entre outras metas, dar apoio a campanhas educativas que pudessem redundar na ampliação da detecção do câncer do colo do útero e a implantação de um sistema de informação para monitorar as ações do programa. Apesar dessa iniciativa buscar a integração das ações contra a doença em nível nacional, as estimativas mostravam que a porcentagem das mulheres brasileiras que faziam regularmente o teste papanicolaou permanecia muito baixo, nos anos 1980, sendo que muitas mulheres continuavam a ser diagnosticadas com câncer do colo do útero avançados, incuráveis (Lago, 2004).

Ao mesmo tempo, uma consciência do crescimento do papel de HPV na gênese das neoplasias cervicais, e a nova definição do câncer do colo do útero como uma doença infecciosa, sexualmente transmitida favoreceu a ampliação da percepção do câncer do colo do útero como um problema de Saúde Pública e a forte ligação dessa patologia com as condições sociais: pobreza, analfabetismo, a ausência de cuidados básicos de saúde adequados (Teixeira e Lowy, 2011). O enquadramento do câncer do colo do útero, como uma doença infecciosa - e, nesse sentido, como uma patologia de possível prevenção, que pertencia mais a jurisdição da Saúde Pública que a do ginecologista - foi conjugado a uma observação de que as taxas de mortalidade do câncer do colo do útero aumentaram nos anos 1980 e 90 (idem).

Essa realidade reforçava as aspirações de implantação de campanhas mais intensas contra a doença. Nos anos 1990, a partir do processo de reforma sanitária que deu origem ao sistema Único de Saúde, o Instituto Nacional do Câncer passou a se responsabilizar pela coordenação da política de controle do câncer no país, incorporando o Pró-onco. Em 1996, o INCA foi incumbido pelo Ministério da Saúde, da formulação e implantação de um programa de controle do câncer do colo do útero. O Programa, então denominado Viva Mulher, contava com a cooperação técnica do Cancer Care International (CCI), setor da Fundação Ontário para Tratamento e Pesquisa do Câncer, sediada no Canadá, e buscou implantar projetos-piloto em um município de cada região brasileira, rastreando mulheres entre 35 e 49 anos¹⁰. O projeto abarcou as cidades de Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Sergipe e Belém, entre janeiro de 1997 e junho de 1998. No ano seguinte, seria criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino (PNCCCU), diretamente ligado ao Ministério da Saúde. O programa se caracterizava como uma campanha nacional para a realização de exames citológicos que visava, também garantir o acompanhamento e tratamento das mulheres com citologia positiva. No ano seguinte a sua criação o programa foi transferido para o a alçada do INCA e rebatizado de Viva Mulher, permanecendo até hoje como um programa nacional de prevenção à doença.

Conclusão

Como afirmamos no início do texto, apesar dos avanços na difusão de medidas preventivas, o câncer do colo do útero continua a ser um problema de saúde importante em diversas regiões do Brasil (Thuler, 2008). Essa persistência da doença, em especial nas regiões mais pobres do país, reflete - além da óbvia dificuldade relacionada às condições de vida - a falta de organização adequada do sistema de saúde e as suas limitações de cobertura. Embora a análise do processo de desenvolvimento do controle do câncer de colo no país seja insuficiente para a compreensão da situação epidemiológica atual em relação à doença, ela ilumina a especificidade de um processo em muito determinado pela especificidade da prática médica local, conjugado às relações de nossos atores e instituições com o contexto científico internacional e a organização do sistema de saúde nacional.

¹⁰ Relatório INCA, 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_9596/realizacoes.html

XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA

Conhecimento histórico e diálogo social

Natal - RN • 22 a 26 de julho 2013

ANPUH
PARCEL

Bibliografia

- ARMSTRONG N and MURPHY E (2008) Weaving meaning? An exploration of the interplay between lay and professional understanding of cervical cancer risk. *Social Sciences and Medicine* 67(7): 1074–1082.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p
- CAPUCCI, F. *Filosofia Sampaio Góes: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC 35 anos*. São Paulo: Editora Activa Comunicação, 2003.
- CLARKE Adele, Fishman J, Fosket J, Mamo L, Shim J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review* 68(April): 161-194. 2003
- CASPER M and CLARKE, Adele. 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): 255–290 1998.
- ERASO, Yolanda. Migrating techniques, multiplying diagnoses: the contribution of Argentina and Brazil to early ‘detection policy’ in cervical câncer. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. V. 1, Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz: 2010.
- Hakama, M. et all. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *British Journal of Cancer*, 1985, 52: 669-673
- LAGO, Taina . G. Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998-2002. (Tese de doutorado) Unicamp, 2004.
- LÖWY, Ilana. *Cancer de chercheurs cancer de cliniciens: trajectoire d’une innovation thérapeutique*. Paris: Editions des archives contemporaines, 2002.
- LÖWY, Ilana. *Preventive Strikes: women, precancer, and prophylactic surgery*. Baltimore, The Johns University Press, 2010.
- PAPANICOLAOU, George and TRAUT Herbert. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, 1941, 42: 193-206;

- PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. C. *Programa de controle de câncer cérvico uterino*. Campinas: Editora da Unicamp, série saúde da mulher, 1987.
- RAMOS Antonio Vespasiano “Novo método de diagnóstico precoce do câncer uterino”. Tese de doutoramento em medicina. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.
- RELATÓRIOS Do INCA, 2000/2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/>
- SA, Magali Romero et al. Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942. *História Ciência, Saúde – Manguinhos* vol.16, n.1, pp. 2009, 247-261,
- SALGADO, Clovis e RIEPER, João Paulo. Colposcopia. Rio de Janeiro: FENAME - Fundação Nacional de Material Escolar / Ministério da Educação e Cultura, 1970.
- SINGLETON, Vicky. Stabilizing Instabilities: the role of the laboratory in the nited kingdom cervical Screening programe. In: BERG, Marc and MOL, Annemarie (editors). *Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durhan and London: Durke University Press1998, p.86104.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. e FONSECA, Cristina Maria. *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2007
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. O câncer na mira da medicina brasileira. *Revista Brasileira de História da Ciência*. V.2, n.1, janeiro / junho 2009
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, supl.1, jul. 2010, p.13-31.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio e LOWY, Ilana. Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, ‘colpocytology’ and screening for cervical cancer in Brazil. *Social Studies of Science* (2011) 41(4) 585–608
- TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio Teixeira e SOUZA, Letícia Pumar Alves. “A expansão do rastreamento do câncer do colo do útero e a formação de citotécnicos no Brasil”. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 713-731, 2012.



16

THULER, Luis Carlos S. Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil (Editorial). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2008; 30(5):216-8

XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA

Conhecimento histórico e diálogo social

Natal - RN • 22 a 26 de julho 2013

ANPUH
BRASIL