

PREVENÇÃO DO CÂNCER: TAREFA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE?

Cancer prevention: health professionals work?

IVONETE SANCHES GIACOMETTI KOWALSKI*

A autora revisa os conceitos sobre a prevenção de doenças, em particular o câncer, porque o número de pessoas com esta doença tem aumentado de maneira alarmante em quase todos os países industrializados. No Brasil, os dados disponíveis também demonstram aumento significativo, tanto das taxas de incidência como de mortalidade pela doença. O câncer é uma moléstia que leva muitas pessoas à morte ou a sofrer inutilmente, porque, seja devido ao desconhecimento ou a um receio infundado, não procuram ajuda, até que seja tarde demais. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se fossem adotadas medidas preventivas. Um programa a longo prazo deve levar em conta não somente critérios técnicos, mas também a nossa realidade socioeconômica e cultural e os recursos materiais e humanos para o estabelecimento das prioridades e articulação das ações. Necessariamente qualquer programa deve ser coordenado e englobar os diversos segmentos da sociedade.

Unitermos: Câncer, prevenção.

Keywords: Cancer, prevention.

Parte da Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação "A parceria de professores e de profissionais da saúde na prevenção do câncer: possibilidades e dificuldades", apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em 1996, sob orientação da Professora Doutora Clarilza Prado de Sousa.

* Enfermeira, Mestre em Psicologia da Educação e Doutoranda em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Introdução

Nos dias atuais, ainda não existe uma definição universalmente aceita do que seja saúde, mas certamente a maioria dos indivíduos deseja ter uma vida saudável. Ainda que a morte seja um fenômeno inevitável, na atualidade ela ocorre em idades mais avançadas que no passado. De acordo com Mirra & Franco (24), nas últimas décadas as causas mais comuns de óbito na população brasileira são as chamadas doenças crônicas (entre elas as cardiopatias e o câncer), ao contrário da primeira metade do século 20, quando predominavam as doenças infecto-contagiosas e a expectativa de vida não ultrapassava os 40 anos.

Diversas doenças poderiam ser evitadas por meio de medidas preventivas, como vacinação e ações educativas. Em países industrializados, multiplicam-se relatos de experiências positivas com diversos programas de educação em saúde. No entanto, poucos programas têm sido desenvolvidos no Brasil, por falta de interesse governamental, dos profissionais da saúde e da população em geral.

Endereço para correspondência: Ivonete Sanches Giacometti Kowalski - Rua Vergueiro, 4.241 - Aptº 143 - CEP 04101-300 - São Paulo - SP.

Na Antiguidade, as causas das doenças eram consideradas sobrenaturais, demoníacas ou punição dos deuses. Somente por volta do ano 300 a.C., na Grécia, foi proposta uma teoria - a teoria dos humores, de Hipócrates - para explicar a origem das doenças e fornecer recomendações para evitá-las. Na Idade Média, as doenças voltaram a assumir conotação religiosa. No Renascimento, voltou-se à investigação com bases científicas. No século 18, passou-se a considerar o modelo biomédico, onde a doença é considerada um mal do corpo, independentemente dos processos psicológicos e sociais. Somente no século 20 o modelo de saúde passou a considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Apesar dos avanços no conhecimento alcançados pela humanidade, as diversas definições de saúde que surgiram ao longo da história foram sempre subjetivas e nunca inteiramente satisfatórias; pelo contrário, tornaram-se cada vez mais contraditórias. O modelo biomédico, que ignora os processos psíquicos e sociais, ainda representa a visão dominante da Medicina na atualidade.

A prevenção de doenças

A compreensão de que a doença é resultado da interação de diversos fatores individuais e ambientais leva à possibilidade de evitar ou amenizar sua progressão. Diversas estratégias, individuais e coletivas, podem ser adotadas com essa finalidade. A educação em saúde é considerada uma das partes fundamentais para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, envolvendo mudanças no comportamento individual e coletivo. A prevenção de doenças consiste em ações prévias a seu aparecimento, baseada no conhecimento de suas causas e de sua evolução (17). O Joint Committee on Health Education (apud 28) define a prevenção como "a agregação de todas as atividades designadas para melhorar a saúde pessoal e pública por meio de estratégias, incluindo a implementação de modificações comportamentais, educação em saúde, medidas de proteção da saúde, detecção de fatores de risco, promoção e manutenção da saúde". Sarafino (32) considera que os programas de prevenção têm por objetivo a redução do risco de desenvolver problemas específicos de saúde e devem estar voltados para segmentos específicos da população.

Rose (31) relata algumas dificuldades para o estabelecimento de programas de prevenção e as justificativas para implementá-los. Os indivíduos preferem viver seu dia-a-dia, ao invés de se preocupar com problemas que possam ocorrer no futuro. Os profissionais da saúde concentram suas atividades no diagnóstico e tratamento e pouco tempo dedicam à prevenção de doenças. Finalmente, os políticos, que deveriam influenciar a elaboração e a execução de programas, ra-

ramente preocupam-se com problemas futuros. Programas de prevenção de doenças comuns, sob o ponto de vista econômico, são plenamente justificáveis, tendo em vista a redução dos custos com assistência médica. Um exemplo bastante claro são os programas contra a tuberculose e outras doenças infecciosas. O mais forte argumento favorável à prevenção das doenças é humanitário: "é melhor estar saudável que doente ou morto". Tal argumento, segundo o autor, justifica todos os esforços em medicina preventiva.

Machado et al. (19), afirmam que "... tornou-se um hábito considerar como fundamental a oposição entre cura e prevenção, entre uma medicina individual e uma medicina social. Uma, representando o lado arcaico, tradicional da assistência médica até hoje dominante; a outra, a nova racionalidade emergente, produto da lucidez médica que assume seu compromisso com o povo que até hoje não tem podido se efetivar e permanece dominada... A ausência da questão da saúde, tematizada positivamente como algo a ser cultivado, incentivado, organizado, faz com que toda idéia de prevenção esteja ausente do âmbito da Medicina, que atua sempre de forma 'a posteriori', recuperadora... A transformação do objeto da Medicina significa fundamentalmente um deslocamento da doença para a saúde".

Deslocar a Medicina do tratamento da doença para a manutenção da saúde seria atuar em diferentes níveis de prevenção, estabelecidos por Leavell & Clark (17):

- A prevenção primária consiste nas ações para evitar as doenças, por meio de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima, pela proteção do ser humano contra agentes causadores das doenças, como, por exemplo, escovar os dentes, não fumar, uso de vacinas, etc. Essas medidas compreendem dois níveis: promoção da saúde e prevenção específica. A promoção da saúde visa melhorar as condições de saúde do indivíduo e evitar o aparecimento de doenças, de qualquer tipo. Incluem-se aqui alimentação equilibrada, exercícios físicos, lazer, cuidados com o ambiente, habitação, saneamento básico e educação sanitária para a população. A prevenção específica tem como finalidade a proteção do indivíduo contra formas determinadas de agravos à saúde. Entre as medidas, podemos citar a fluoretação da água para evitar a cárie dentária, a adição de iodo ao sal de cozinha para prevenção do bócio, o uso de equipamentos de proteção individual para prevenção de acidentes de trabalho, a sinalização das ruas para prevenção de acidentes de trânsito e a vacinação contra uma série de doenças infecciosas.

- No que se refere ao nível secundário, levam-se em conta as ações utilizadas com a finalidade de identificar e tratar precocemente as doenças, interrompendo sua história natural ou revertendo o processo. A ação rápida para promover a recuperação tem como principal objetivo evitar as complicações

e as seqüelas. Portanto, o diagnóstico precoce visa limitar a progressão e o agravamento da doença, reduzindo a incapacidade dos indivíduos doentes. Um exemplo significativo é o tratamento de úlcera não-complicada de estômago.

- Já o nível terciário refere-se às medidas tomadas nos casos em que a doença já se desenvolveu e danos irreversíveis já foram estabelecidos. O objetivo nessa fase é impedir sua progressão, atenuar os efeitos da doença na vida do indivíduo, reeducação e adaptação, enfim, reabilitar o paciente (paralisia infantil, derrame cerebral, etc.).

A organização de um sistema de atenção à saúde visando sua promoção, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato das doenças, limitação do dano e reabilitação dos pacientes, é muito complexa, mas absolutamente necessária. Envolve não somente profissionais da saúde, mas também a comunidade, que deve atuar em conjunto e de modo harmonioso. Em linhas gerais, podemos relacionar as etapas fundamentais para elaboração e execução de programas de prevenção de doenças:

- Estabelecimento de políticas de saúde: reconhecendo os problemas existentes, estabelecendo prioridades (de acordo com a gravidade e importância) e fornecendo os recursos financeiros necessários.

- Execução de programas gerais (nutrição, saneamento, etc.) e específicos de saúde (vacinações, Aids, etc.): usando e adaptando recursos materiais e humanos, buscando apoio da comunidade (aceitação, organização própria, etc.) e utilizando sistemas de informação.

- Monitoramento e redimensionamento dos programas existentes.

O câncer como problema de saúde pública

Câncer é designação genérica para um grupo de doenças caracterizadas por proliferação celular desordenada, que pode invadir tecidos e órgãos vizinhos ou a distância e levar o indivíduo à morte. Trata-se de um grupo heterogêneo de doenças de gravidade variável, que acometem indivíduos de ambos os sexos. Embora crianças possam apresentar alguns tipos de câncer, a maioria dos casos ocorre em indivíduos com mais de 50 anos de idade (6, 34).

Desde o início deste século, vários avanços na Medicina propiciaram o controle de uma série de doenças infecciosas graves (tuberculose, sarampo, poliomielite, etc.), que causavam grande número de mortes entre crianças e adultos jovens. Esses fatos, associados ao aumento da expectativa de vida e à crescente urbanização, são considerados os principais fatores relacionados ao aumento progressivo do número de casos de câncer verificado principalmente em países industrializados (15). Anualmente, cerca de 1.250.000 pessoas

residentes nos Estados Unidos (3) e 500 mil residentes no Brasil (22) são acometidas pela doença, das quais a metade morre em um prazo de cinco anos (9). Somente no Estado de São Paulo, mais de 30 mil pessoas morrem a cada ano devido ao câncer (10). Os dados são lamentáveis, visto que, de acordo com a União Internacional Contra o Câncer, mais da metade das mortes poderia ser evitada se os casos fossem diagnosticados nas fases iniciais de evolução da doença (14). Mais que isso, o sofrimento e muitas mortes poderiam ser evitados pela prevenção da doença.

Existem maneiras definidas para prevenir a ocorrência de muitos casos de câncer (campanhas antifumo, exame de Papanicolaou, etc.), e que não têm sido plenamente aplicadas em nosso meio. As estratégias de prevenção do câncer devem ser revistas e praticadas, por meio de políticas conscientes, envolvendo não somente os profissionais da saúde sensibilizados, mas também toda a população, que deve ser estimulada a participar ativamente.

A prevenção do câncer

A prevenção do câncer é possível, visto que poucos cânceres são de origem genética. A maioria dos fatores de risco é de origem ambiental e, portanto, evitável (1, 15, 34). Fatores de risco podem ser definidos como atributos ou exposições que estão associados ao aumento da possibilidade de ocorrência de uma doença específica, não sendo necessariamente seu fator causal (13). Considera-se atualmente que a exposição repetida e prolongada a agentes carcinógenos seja a maior causa da doença. Entre os carcinógenos mais potentes, citam-se várias substâncias resultantes da combustão do tabaco (alcatrão, benzopireno, etc.). Entre os principais fatores de risco (cada um contendo um ou vários carcinógenos), citam-se: dieta, tabaco, luz solar, álcool e agentes químicos industriais (anilinas, asbestos, etc.). Outras formas de exposição ambiental, ainda bastante controversas, são algumas infecções por vírus, relacionadas a tipos específicos da doença, como o câncer da nasofaringe (vírus de Epstein-Barr) e do colo uterino (vírus do papiloma humano). A American Cancer Society e a União Internacional Contra o Câncer consideram que o mais importante em termos de prevenção é a orientação da população para que evite exposições desnecessárias aos fatores de risco (4-6, 8, 14, 15, 33-36).

Leavell & Clark (17) definem o papel do indivíduo, do médico e da comunidade no controle do câncer:

- Ao indivíduo compete conhecer os sintomas iniciais e a solicitação de exame físico de rotina. Alguns estudos sobre atraso no diagnóstico do câncer, após a ocorrência dos sintomas, sugerem que o paciente foi negligente em pelo menos um terço dos casos.

• O médico tem a responsabilidade pela prevenção do câncer e detecção inicial, pelo diagnóstico e tratamento. Todo consultório médico deve ser centro de detecção e todo médico deve conhecer os cânceres de maior prevalência para que, no exame de rotina dos pacientes, possam ser descobertos, quando ainda localizados.

• A comunidade tem a responsabilidade, por meio de órgãos de saúde voluntários e oficiais, de intensificar a educação do leigo em relação ao câncer, fornecendo informação e materiais educacionais, registro de todos os casos de câncer e facilitando o acesso ao tratamento.

Para o Ministério da Saúde (23), o enfermeiro pode atuar nos diversos níveis de atenção à saúde: primário, secundário, terciário e quaternário, em atividades de planejamento, assessoria, operacionalização, avaliação, controle e supervisão de programas de prevenção do câncer.

Knowelden & Phillips (14) afirmam que muitos dos programas de educação em saúde são conduzidos sem base científica. Frequentemente, são elaborados e conduzidos pelo sentimento vago, embora nobre, de que algo precisa ser feito diante da catástrofe que é o problema do câncer na atualidade. Especialistas da Organização Mundial de Saúde (35) consideram que o simples fato de se dispor de mecanismos para educação em câncer não é garantia de sucesso para qualquer programa, e que não necessariamente a população-alvo (de alto risco) obtenha alguma vantagem. Os meios de comunicação de massa, embora frequentemente utilizados nas campanhas de prevenção do câncer, são muito pouco eficazes na transmissão das mensagens. Em países industrializados, as campanhas, prolongadas e até permanentes, visam criar um clima de alerta e discussão sobre o tema. Deve-se buscar apoio da comunidade, organizando grupos de discussão em vários níveis, incluindo a discussão familiar.

Pontes (29) recomenda deixar de lado as ações isoladas, de pouca ou quase nenhuma abrangência. É preciso conjugar nossos esforços para levar a educação e a informação como as melhores formas de prevenção. Também é necessário sensibilizar os profissionais da saúde a se engajarem em projetos e programas voltados para a prevenção do câncer.

De acordo com *Knowelden & Phillips* (14), em estudos de opinião pública realizados em vários países, as populações ignoram as possibilidades de cura e os sinais de câncer nas fases iniciais, predominando uma visão fatalista acerca do assunto. Em estudo realizado em Edimburgo, apenas 25% das pacientes que receberam uma carta informando sobre a realização de exame de Papanicolaou procuraram um centro médico, ao passo que, das mulheres participantes de pequenos grupos de discussão, 91% realizaram o exame. Os dados enfatizam o papel dos educadores como meio de divulgação do assunto câncer na comunidade. Um programa bem defini-

do deve levar em consideração as características de cada região e o preparo dos professores responsáveis, dando treinamento adequado, cursos de reciclagem, suporte técnico e monitorização contínua das atividades.

Diversos fatores contribuem para que o câncer seja diagnosticado tardiamente, algumas vezes já em fases onde a cura não é mais possível. Se o câncer fosse doloroso no início seria mais fácil a detecção precoce e aumentariam as possibilidades de cura na maioria dos casos. No entanto, na época em que os sintomas aparecem, a doença pode já estar avançada, o que enfatiza a importância de aperfeiçoar os meios de detecção precoce. Os métodos mais eficazes de diagnóstico e tratamento são inúteis se a população não tem acesso ao sistema de saúde. A desinformação, o medo do diagnóstico e a falta de rede bem distribuída de serviços de saúde eficientes (recursos materiais e humanos) são fatores que contribuem para o atraso no diagnóstico. O tratamento da doença nos estádios mais avançados, além de mais oneroso econômica, pessoal e socialmente, apresenta resultados insatisfatórios. As taxas de cura são menores e o custo social é incalculável (9, 12, 16, 20, 33).

O aumento na ocorrência de câncer em grandes centros urbanos, no início do século 20, motivou as primeiras iniciativas organizadas de combate ao câncer no Brasil. Seguiram-se inúmeras iniciativas por parte do governo e de entidades privadas, que possibilitaram a organização de serviços e o envio de médicos cancerologistas e sanitaristas aos Estados Unidos e à Europa para inteirarem-se da luta contra o câncer que lá se desenvolvia. A experiência desses pioneiros foi fundamental para a criação das primeiras ligas contra o câncer e dos primeiros cursos de extensão universitária sobre cancerologia. O decreto-lei 378, de 3/12/1937, é a primeira tentativa oficial de contenção do problema, criando o Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (decreto-lei 3643, de 23/09/1941), com poderes normativos, consolidando a centralização da política de combate ao câncer. Em 1973, foi criado pelo governo federal o Programa Nacional de Controle do Câncer, o qual, por uma década, tentou adequar a política de combate ao câncer à realidade nacional. Reconhecendo que as ações de controle do câncer de âmbito individual (diagnóstico e tratamento) continuavam dissociadas das coletivas (prevenção e detecção precoce) e não haviam mudado substancialmente as taxas de mortalidade por câncer, foi criado, em 1986, o Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC), no Rio de Janeiro. Em 1987, foi institucionalizado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), objetivando implantar ações de combate ao câncer em todo o país. A partir de 1990, nova reformulação transfere para o Instituto Nacional do Câncer

(INCa) a função de controle da doença. Desde então, o INCa tem buscado implantar um programa de controle do câncer, contemplando prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, educação, informação e pesquisa. A despeito dos esforços desenvolvidos, faltam ainda hoje ações de saúde institucionais e ordenadas que privilegiem programas e não campanhas, com continuidade e medidas complementares necessárias a sua sobrevivência. As dificuldades são de diversos tipos: culturais, educacionais, estruturais e políticas (7, 23).

Mamede (20) considera que ter conhecimentos sobre a enfermidade e a colaboração de pessoas, da família e da comunidade são fatores essenciais para levar avante programas de controle do câncer no Brasil. Destacam-se dentro dos objetivos desses programas as atividades voltadas para a informação e conscientização da opinião pública. A participação da população deve ser ativa e consciente, para encaminhar para serviços diagnósticos, o mais precocemente possível, aqueles que necessitam, além de desenvolver padrões de comportamento saudáveis à saúde.

Mamede (21) destaca que a detecção precoce é inútil se não há serviços disponíveis para tratamento, nem apropriadas e adequadas terapias. A incidência tende a diminuir somente quando utilizadas medidas de prevenção primária, e a diminuição da mortalidade depende da detecção precoce.

De acordo com *Lima (18)*, em 1967, com a unificação dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ampliou-se a separação entre saúde pública e Medicina Previdenciária, dando-se maior ênfase às atividades assistenciais, curativas e individuais. A ampliação de serviços favoreceu a expansão da rede privada de assistência médica, sem o desenvolvimento de atividades preventivas. Na atualidade, algumas instituições tentam o controle do câncer, aquém da necessidade, enquanto o modelo clínico de assistência curativa e individualizada sobrepõe-se, nem sempre respondendo às necessidades reais da população.

O *Ministério da Saúde (23)* descreve detalhadamente as bases técnicas para o controle do câncer no Brasil. As ações de prevenção primária (promoção da saúde) podem ser desenvolvidas a partir de fatores de risco específicos. Como exemplo, as ações de prevenção recomendadas em função do tabaco são: a) difundir informações científicas sobre o tema entre profissionais da saúde, professores, legisladores e autoridades sanitárias; b) promover ações de educação comunitária; c) proteger o não-fumante por meio da proibição de fumar em ambientes fechados; d) estimular o trabalho das associações de combate ao fumo; e) aconselhar fumantes a pararem de fumar; e f) encorajar não-fumantes a não começarem a fumar. Com respeito ao diagnóstico precoce (preven-

ção secundária), as ações visam ao diagnóstico da doença em fase pré-clínica, realizando exames em massa da população de risco assintomática, entre eles a colpocitologia oncótica e o auto-exame de mama, pele e boca. No tocante ao tratamento (prevenção terciária) e reabilitação (prevenção quaternária), as ações visam a: a) usar de modo racional a rede de serviços existente; b) adequar a oferta de centros especializados de tratamento à real demanda; c) incorporar os avanços científicos à prática clínica; d) capacitar os profissionais de saúde na área do câncer em nível de graduação e pós-graduação; e) promover educação continuada de todo o pessoal envolvido; e f) integrar hospitais especializados e instituições de ensino. É preciso adequar as necessidades e a demanda com as possibilidades do setor Saúde. Apesar da especificidade de algumas ações necessárias ao controle do câncer, as dificuldades para sua operacionalização assemelham-se às encontradas para o controle de outras doenças, o que mostra a inadequação da organização dos serviços de saúde às necessidades da população.

Considerações finais

Uma das pesquisas realizadas em nosso meio sobre a prevenção do câncer (de colo uterino) na população foi conduzida por *Muniz (25)*. Nesse estudo ficou claro que, embora fosse esperado que a televisão e o rádio ocupassem posição de destaque como fonte de informação para a população, os Serviços de Saúde e de Educação (hospitais, centros de saúde, creches, clubes de mães, serviços de orientação familiar e ambulatórios paroquiais) foram os mais importantes veículos de informação. Em segundo lugar, a transmissão de conhecimento por meio de parentes e amigos. Os meios de comunicação ocuparam a terceira posição. Em 1985, *Mamede (20)* afirma que todas as fontes de informação, como televisão, revistas, livros, rádio e, mesmo, indivíduos, devem ser utilizadas nos programas de educação em câncer. No caso específico das mães entrevistadas, os amigos, depois da televisão, foram as fontes mais referidas. Tais resultados contraditórios, provavelmente originados por diferenças socioeconômicas e culturais das populações estudadas, demonstram a necessidade de aprofundar o estudo do problema em nosso meio. Não se pode simplesmente adotar recomendações teóricas e, muito menos, trabalhos realizados em outros países.

O *Ministério da Saúde (23)*, descrevendo as bases técnicas para o controle do câncer no Brasil, recomenda, entre uma série de medidas, a difusão de informações, incluindo a educação comunitária. Reconhece as limitações da proposta, tendo em vista a inadequação dos serviços de saúde às necessidades da população e enfatiza a necessidade de reorganizar o sistema de saúde.

A reorganização do sistema de saúde não cabe unicamente aos profissionais da área. Para *Rezende* (30), "como recursos humanos para a saúde não podem mais ser vistos apenas os especialistas, detentores de um saber intransferível, utilizadores da incomunicabilidade, por meio de um discurso hermético". E para *Macedo* (apud 30), "... todas as pessoas que, dentro da sociedade, adquirem uma capacitação específica e assumem responsabilidades na realização de atividades de saúde, estejam ou não vinculadas a instituição do setor..." (complementa *Rezende*): "... são vistas como recursos humanos, não só a nível de fatores produtivos, mas sobretudo como agentes de mudança". *Rezende* (30) conclui de modo enfático e bastante claro o papel que cabe a cada um nessa proposta, ao afirmar que "leigos e especialistas unidos em torno do mesmo objetivo - maior e melhor saúde - muito têm a contribuir e aprender, pois não é possível ensinar sem aprender. Essa proposta deve estar alerta aos perigos da igualdade romântica. Cada segmento conserva suas peculiaridades que, dentro de um prisma dialético, mais que geradoras de idiosincrasias, geram análises multivivenciais e soluções enriquecidas".

Dentre as estratégias preconizadas pelo *Ministério da Saúde* (23) para o controle do câncer, está o estabelecimento de meios para divulgar as informações de maneira uniforme e acessível. Buscar a integração com instituições e grupos que promovem reuniões com a comunidade (a escola, por exemplo) para ter abrangência mais ampla. Para o desenvolvimento desse trabalho, o *Ministério da Saúde* considera que não é suficiente a ação desenvolvida pelos profissionais da saúde e recomenda a formação de multiplicadores, entre eles os professores. Conforme *Lima* (18), desde o final do século 19 adoecer deixou de ser uma problemática social e passou a ser encarado como uma questão individual e familiar de conhecimento e de boas práticas de vida. Segundo o autor, a classe dominante passou a ter uma nova tarefa humanitária e filantrópica: "educar, esclarecer, civilizar, enfim esses "novos bárbaros" cuja ignorância e incúria seriam a própria causa de sua vitimação". *Nascimento & Rezende* (26) afirmam que os profissionais da saúde consideram dever cumprido o fato de terem passado as informações, mas ao longo do tempo frustram-se ao perceber que suas orientações acabam não sendo seguidas. Como *Bicudo Pereira* (2), pensamos que a escola sozinha não pode propor-se a promover, proteger e recuperar a saúde. Ela pode e deve, entretanto, ao lado da família, da comunidade e do governo, contribuir para a promoção da saúde. As ações com finalidade de disseminar informações visando à prevenção do câncer requerem a participação conjunta de governo, profissionais da saúde, educadores e comunidade, cada um contribuindo dentro de sua esfera de atuação e conhecimento. Ações planejadas e monitorizadas de-

vem dar espaço para a troca de informações, elemento essencial para o aprimoramento de qualquer programa.

Ter informação sobre qualquer assunto é importante para julgar e tomar decisões de aceitação ou rejeição. *Luther et al.* (apud 20) acreditam que quando o indivíduo tem conhecimento adequado e correto sobre o câncer, terá condições de tomar uma decisão racional sobre as ações preventivas que deverá executar. No entanto, enfatizam que um conhecimento adequado, por si, não leva a mudanças de comportamento, mas é fator predisponente ao comportamento preventivo.

Nas últimas duas décadas, as porcentagens de pessoas que sobrevivem após o tratamento do câncer têm variado relativamente pouco. Somente em tumores da infância, câncer de testículo, linfomas e leucemias houve melhoras apreciáveis nos resultados do tratamento (3). Ainda que muitos progressos tenham sido alcançados no conhecimento dos mecanismos de desenvolvimento do câncer (carcinogênese química e viral, bases genéticas, etc.), nos métodos de diagnóstico e alguns melhoramentos no tratamento, os cancerologistas consideram que o diagnóstico precoce é o meio mais eficiente para aumentar as taxas de cura do câncer a curto e a médio prazos. Infelizmente, em nosso meio a maioria dos casos é diagnosticada em fases avançadas, muitas vezes fora de possibilidades de tratamento. Vários fatores podem ser apontados para explicar esse fato, entre eles o medo que as pessoas têm do câncer, a falta de informação sobre sinais precoces que poderiam sugerir a presença da doença e dificuldades para receber assistência médica, devido à ineficiência do sistema de saúde vigente.

Helman (11), analisando as razões pelas quais as pessoas procuram ou não o médico, considera importante a disponibilidade de assistência, a possibilidade de pagar por ela, o fracasso ou o sucesso de tratamentos nos setores informal ou popular, e a maneira como o paciente e outras pessoas percebem o problema. Essa decisão depende mais de fatores socioculturais do que da gravidade da doença. A procura do atendimento, desde que seja oferecido pela sociedade ou acessível economicamente, também depende da percepção da etiologia (popular) da condição, isto é, se se acredita que a origem da mesma está no indivíduo ou no mundo natural, social ou sobrenatural.

Conforme *Muniz* (25), deve-se conscientizar o público de que a detecção precoce de diversos tipos de câncer pode salvar grande número de pessoas. No entanto, programas de detecção precoce de câncer ginecológico que atingem milhares de pessoas geram tensão nervosa, inquietação e agitação motora pela preocupação de se diagnosticar uma doença maligna. Observou-se maior sofrimento quando as mulheres foram convocadas para retorno por resultados de exames laboratoriais suspeitos. *Teixeira* (apud 25) também enfoca alguns

aspectos psicológicos da educação do público para a detecção do câncer, afirmando que a ansiedade gerada com bases reais ou fantasiosas, como o medo da perda de órgãos vitais, sobrecarga financeira que o paciente representaria para a família e a noção arraigada de incurabilidade do câncer, determina muitas dificuldades na divulgação de informações sobre a prevenção dessa doença. Davidson (apud 25) considera que o público deve receber informações realistas para encarar o câncer. Refere que a enfermeira tem um papel social e educativo importante para convencer o público leigo a adotar atitudes positivas em relação aos métodos de prevenção e de tratamento do câncer. Entretanto, é oportuno levar em consideração o problema levantado pela *Organização Mundial de Saúde* (27): a comunicação do conhecimento poucas vezes modifica o comportamento devido à grande complexidade do processo. É necessário ouvir, compreender e acreditar nas idéias para preparar o caminho para as mudanças desejadas no comportamento e para a participação comunitária informada.

O câncer vem progressivamente ocupando posição de destaque entre as causas de morbidade e mortalidade em nosso país. Porém, as medidas visando seu controle têm sido, de modo geral, descoordenadas e ineficazes. A falência do atual sistema de saúde contribuiu significativamente para a piora do problema nos últimos anos. Tentar reverter esse quadro adotando modelos implantados em outros países, principalmente da América do Norte ou da Europa, seria grande equívoco. Esses sistemas são, de modo geral, baseados em alta

tecnologia e ampla infra-estrutura para absorver a demanda. Levando-se em consideração as limitações econômicas e a carência de recursos materiais e humanos para desenvolver um amplo programa de controle do câncer no Brasil, a aplicação pura e simples dos modelos importados serviria apenas para uma pequena fração da população. A maioria continuaria sem receber qualquer benefício.

Estabelecer um programa de prevenção do câncer é um processo abrangente e deve aproveitar as experiências adquiridas por grupos que estão desenvolvendo esforços nesse sentido. É necessário chamar atenção sobre o problema, criar um projeto de médio e longo prazos com objetivos realistas e com estratégia que possa ser desenvolvida sem interrupção. Da elaboração e condução desses programas devem participar órgãos governamentais das áreas da saúde, educação, economia, agricultura, indústria, organizações não-governamentais como Sociedades de Cancerologia e similares, dentistas, enfermeiros, médicos, professores, psicólogos e lideranças comunitárias. Inicialmente devem ser estabelecidos claramente os objetivos, como, por exemplo, prevenção de câncer relacionado ao tabaco, detecção precoce de cânceres curáveis, etc. A estratégia a ser desenvolvida depende da magnitude do problema e dos recursos disponíveis. Em relação à alimentação, as medidas podem ser de custo relativamente baixo e apresentar resultados significativos: educação alimentar nas escolas, orientação para adultos, mudanças na legislação com subsídios à produção de alimentos, etc.

Summary

The author review the concepts on disease prevention, focusing on cancer because the number of new cases is increasing in almost all industrialized countries. In Brazil, the available data shows a significant increase in the incidence and mortality rates. Cancer can be fatal or cause severe disabilities (that could be avoided) because of ignorance or fear, what prevents patients to seek for medical attention for a long period of time. Several deaths could be avoided using very simple preventive measures. A long term program should take in account not only technical criteria, but also the cultural and socioeconomic status of each population, as well as the human and material resources available to establish health action priorities. Any control program must be coordinated and involve all society.

Referências bibliográficas

- 1 - ABREU, E. et al. - *O problema do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, p. 41, 1994.
- 2 - BICUDO PEREIRA, I. M. T. - *O educador de saúde pública em um sistema de educação*. Monografia de mestrado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p. 145, 1977.
- 3 - BORING, C. C. et al. - *Cancer statistics*. 1994. CA, 44:7-26, 1994.
- 4 - BURJATO, D.; ZACHARIAS, D. P. M. - *Câncer de pele: módulo didático*. In: Fundação Oncocentro de São Paulo. Câncer de colo uterino, mama e pele: módulos didáticos. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, p. 30-6, 1991.
- 5 - COELHO, F. R. G. - *A prevenção do câncer*. Acta Oncol Bras., 14:105-18, 1994.
- 6 - _____. - *Câncer: manual de orientação para pacientes e interessados*. São Paulo, Robe Editorial, p. 118, 1994.
- 7 - _____. - *A prevenção do câncer*. In: Curso Básico de Oncologia do Hospital A. C. Camargo. Rio de Janeiro, Medsi, p. 1-20, 1996.
- 8 - COELHO, F. R. G. et al. - *Câncer de mama: módulo didático*. In: Fundação Oncocentro de São Paulo. Câncer de colo uterino, mama e pele: módulos didáticos. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, p. 17-28, 1991.
- 9 - COELHO, F. R. G. et al. - *Análise de sobrevida de uma amostra de 2.000 casos de câncer tratados no Hospital A. C. Camargo de 1980 a 1987*. Acta Oncol Bras., 13:17-27, 1993.
- 10 - Fundação Seade. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo - 1988. São Paulo, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 1988.
- 11 - HELMAN, C. G. - *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, p.137-64, 1994.
- 12 - HOSSFELD, D. K. et al. - *Manual de oncologia clínica*. 5ª ed. Berlin - São Paulo, Springer-Verlag - Fundação Oncocentro de São Paulo, p. 399, 1991.
- 13 - KARVONEN, M.; MIKHEEV, M. I. - *Epidemiology of occupational health*. Geneva, World Health Organization, p. 392, 1986.
- 14 - KNOWELDEN, J.; PHILLIPS, A. J. - *An evaluation of cancer control*

- measures. Geneva, UICC Technical Report Series, vol. 16, p. 44, 1974.
- 15 - KOWALSKI, L. P.; FRANCO, E. L. - *Epidemiologia do câncer no Brasil e no mundo*. In: Schwartzman, G. - *Oncologia clínica: princípios e prática*. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 19-30, 1991.
 - 16 - KOWALSKI, L. P. et al. - *Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patient, and health professionals*. Eur J Cancer Oral Oncol., 30A:167-73, 1994.
 - 17 - LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. - *Medicina preventiva* (Trad. Donnangelo M. C. F., et al.). São Paulo, McGraw-Hill, p. 744, 1976.
 - 18 - LIMA, R. A. G. - *O processo de trabalho de enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações em um hospital-escola*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 124, 1990.
 - 19 - MACHADO, R. et al. - *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, p. 559, 1978.
 - 20 - MAMEDE, M. V. - *O câncer no contexto dos cuidados primários com saúde*. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 177, 1985.
 - 21 - _____. - *Mulher e câncer*. Rev Paul Enf., 12:99-102, 1993.
 - 22 - Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer, p. 35, 1991.
 - 23 - Ministério da Saúde. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer, p. 240, 1995.
 - 24 - MIRRA, A. P.; FRANCO, E. L. F. - *Incidência de câncer no Município de São Paulo, Brasil*. São Paulo, Ludwig Institute for Cancer Research (LICR Cancer Epidemiology Monographs Series), p. 119, 1985.
 - 25 - MUNIZ, F. - *Verificação do nível de conhecimento sobre câncer cérvico-uterino e sua prevenção, em um grupo de mulheres da faixa etária dos 25 aos 64 anos*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 86, 1981.
 - 26 - NASCIMENTO, E.; REZENDE, A. L. - *Criando histórias aprendendo saúde*. São Paulo, Cortez, p. 151, 1988.
 - 27 - Organización Mundial de la Salud. *Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de la salud*. Geneva, Organización Mundial de la Salud, p. 260, 1989.
 - 28 - POLLOCK, M. B.; MIDDLETON, K. - *School health education*. 3ª. ed. St. Louis, Mosby, p. 522, 1994.
 - 29 - PONTES, J. R. M. - *Prevenção do câncer: união de todos, objetivo a ser alcançado*. Editorial. Rev Bras Cancerol., 41:147, 1995.
 - 30 - REZENDE, A. L. M. - *Saúde; dialética do pensar e do fazer*. 2ª. ed. São Paulo, Cortez, p. 159, 1989.
 - 31 - ROSE, G. - *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, p. 138, 1994.
 - 32 - SARAFINO, E. P. - *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 2ª. ed. New York, John Wiley & Sons, p. 592, 1994.
 - 33 - UICC. - *Educação sobre o câncer nas escolas: guias para professores*. Geneva, UICC, p. 47, 1989.
 - 34 - VESSEY, M. P.; GRAY, M. - *Cancer risks and prevention*. Oxford, Oxford University Press, p. 301, 1985.
 - 35 - Who Expert Committee - *Early detection of cancer*. Geneva, WHO Techn Rep Serv., nº 422, p. 35, 1969.
 - 36 - ZEFERINO L. C. et al. - *Câncer de colo uterino: módulo didático*. In: Fundação Oncocentro de São Paulo. *Câncer de colo uterino, mama e pele: módulos didáticos*. São Paulo, Fundação Oncocentro de São Paulo, p. 1-13, 1991.