

Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino

Plano de Trabalho Qüinqüenal — Período 1988 a 1993
Rio de Janeiro-RJ

Ministro da Saúde

Luiz Carlos Borges da Silveira

Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde

Celso Fetter Hilgert

Diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônicas e Degenerativas

Geniberto Paiva Campos

Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

José Ribamar Serrão

Gerente do Programa de Oncologia

Ernani Saltz

Elaboração

Evaldo de Abreu

Emília Rebelo Lopes

Colaboradores

Magda C.R. Resende (PRO-ONCO)

Gilson Prego (PRO-ONCO)

Ricardo Cardoso de Mello (PRO-ONCO)

Maria das Mercês P.L. Cunha (M. da Saúde)

Romero B. Barbosa (M. da Saúde)

Mário Jaconianni (PITEC)

Maria de Fátima C. Lopes (DINSAMI — M. da
Saúde)

Giorgio M. Frapiccini (INAMPS)

Mauro de S.A. Rocha (S.M.S. — Rio de Janeiro)

Fernando Monastério (S.E.S. — RJ)

Luiza Costa dos Reis (S.E.S. — RJ)

Estela Maria Leão de Aquino (INCa)

1. Introdução

- 1.1. Câncer Cérvico-Uterino
- 1.2. Câncer Cérvico-Uterino no Brasil
- 1.3. Ações de Prevenção no Brasil
- 1.4. Periodicidade e Faixa Etária

2. Proposta do Ministério da Saúde para as Ações de Prevenção e Controle

- 2.1. Objetivos
- 2.2. Metas
- 2.3. Estratégias
- 2.4. Avaliação

3. Desenvolvimento do Projeto

4. Bibliografia

1. Introdução

1.1. Câncer cérvico-uterino

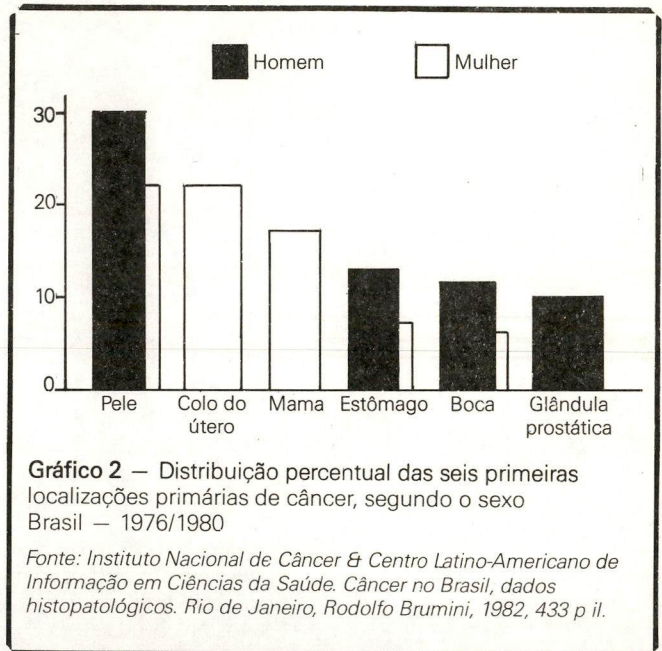
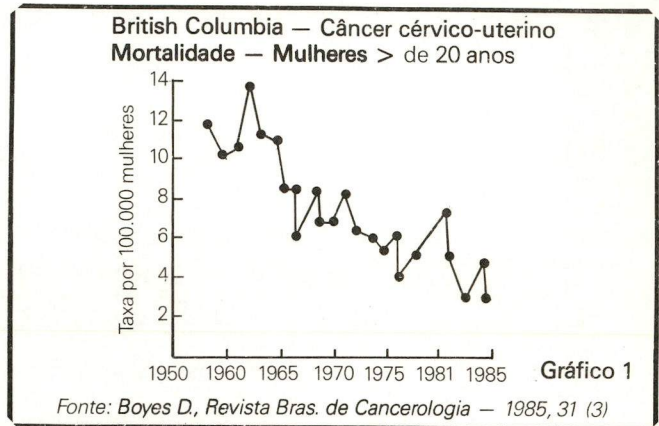
O câncer de colo uterino é uma doença cuja história natural é bem conhecida com etapas definidas e que permite, diante de um diagnóstico precoce, a interrupção de seu curso. Os programas de prevenção e diagnóstico precoce dessa neoplasia são considerados de baixo custo à medida em que a relação custo-benefício é nitidamente vantajosa; são de fácil execução e a patologia, quando detectada precocemente, apresenta elevado índice de cura. Quando, no entanto, é diagnosticada tardiamente, quase sempre na sua fase sintomática, apresenta um comportamento extremamente grave, com algum custo terapêutico e baixa probabilidade de cura.

São definidos como fatores de risco para o desenvolvimento da doença: o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais (masculinos e femininos) e as doenças sexualmente transmissíveis. Acresce em importância o não rastreamento por programas de prevenção, além de outros fatores relacionados ao nível sócio-econômico.

Vários estudos associam a ação de determinados tipos de vírus, tais como: o papilomavírus (HPV 16, 18, 31, 35,...) e vírus do herpes, tipo II (HSV II) à carcinogênese do colo uterino.

É importante destacar que um programa de prevenção²¹ bem estruturado e que consiga uma cobertura de 85% da faixa etária de risco para câncer de colo, seria capaz de reduzir a taxa de mortalidade por esta patologia em 90%.

Em British Columbia no Canadá⁵, um programa iniciado em 1962 e que em 1985 havia alcançado 85% das mulheres maiores de 20 anos, conseguiu reduzir a mortalidade por câncer de colo uterino a 3:100.000 (Gráfico 1).

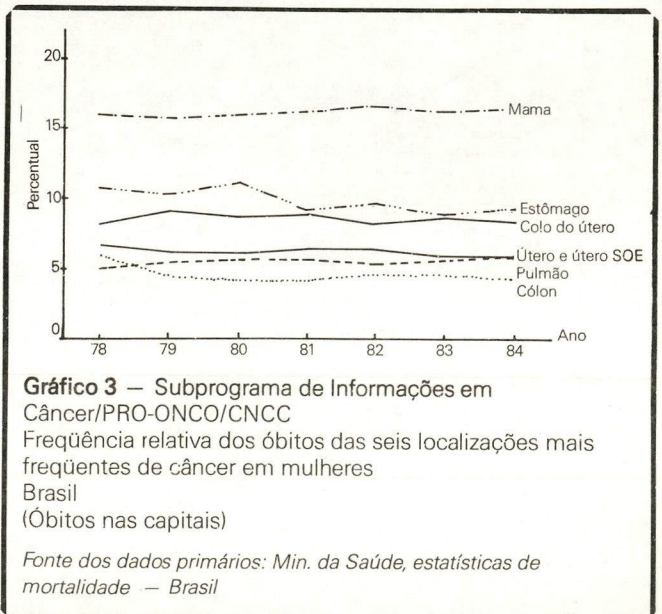


1.2. Câncer cérvico-uterino no Brasil

No período de 1976 a 1980, o câncer de colo uterino representou a neoplasia maligna de maior frequência relativa na população feminina com marcantes diferenças regionais (Gráfico 2).

Em relação à mortalidade, o câncer de colo uterino, juntamente com o câncer da mama, apresentaram — no período de 1978 a 1984 — as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres (Gráfico 3). Evidenciam-se também as diferenças regionais, com os índices das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste superiores aos das Regiões Sul e Sudeste (Gráficos 4-A, 4-B, 4-C, 4-D e 4-E).

Atualmente, os recursos terapêuticos disponíveis, quando utilizados nas fases iniciais da doença, mostram-se eficazes. Entretanto, a maioria das pacientes chega aos serviços médicos especializados na fase sin-



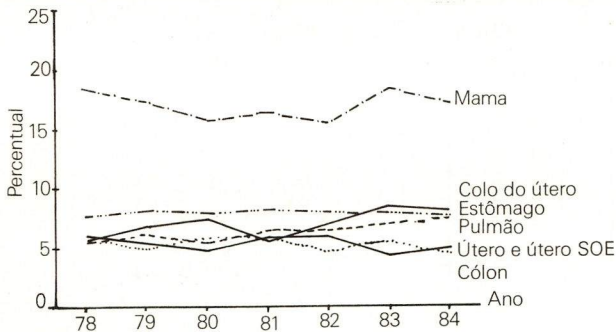


Gráfico 4A – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Sul
 (Óbitos nas capitais)

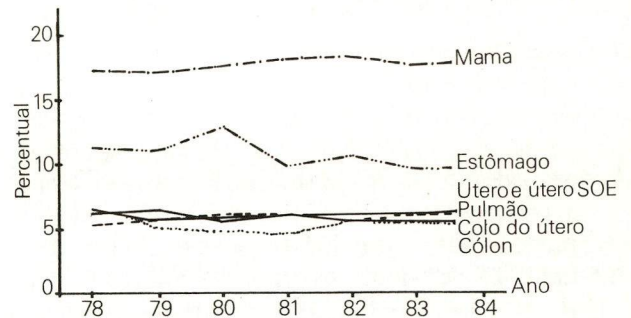


Gráfico 4B – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Sudeste
 (Óbitos nas capitais)

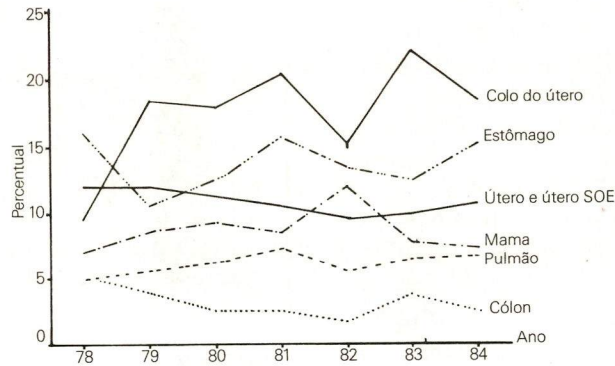


Gráfico 4C – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes do câncer em mulheres
 Região Norte
 (Óbitos nas capitais)

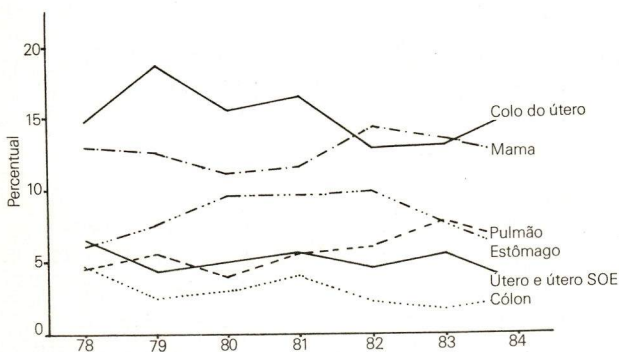


Gráfico 4D – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Centro-Oeste
 (Óbitos nas capitais)

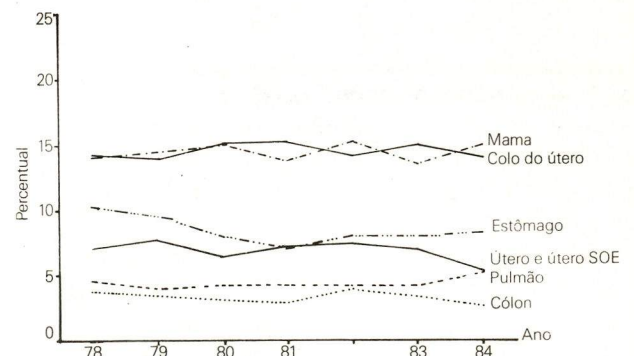


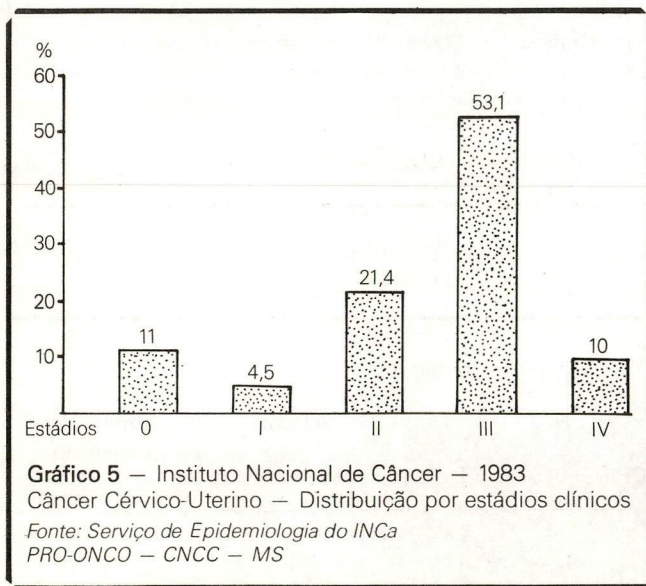
Gráfico 4E – Subprograma de informações em câncer/PRO-ONCO/CNCC
 Frequência relativa dos óbitos das seis localizações mais frequentes de câncer em mulheres
 Região Nordeste
 (Óbitos nas capitais)

Fonte dos dados primários: Min. da Saúde, estatísticas de mortalidade – Brasil

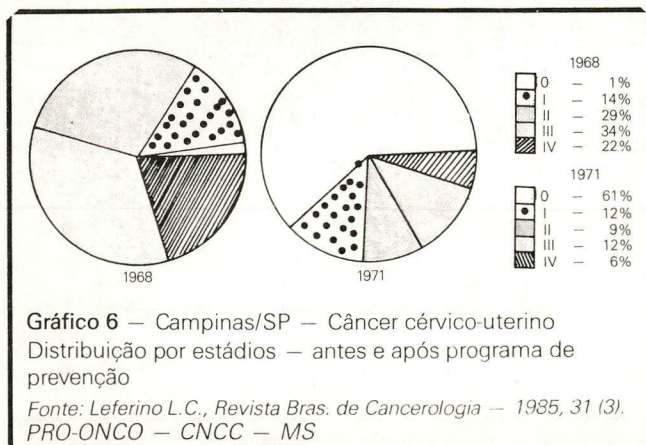
tomática da doença, quando esta já se encontra em fase avançada e, portanto, com poucas chances de cura (Gráfico 5). Sabe-se que a incorporação de avançados recursos terapêuticos como, por exemplo, a radioterapia de alta voltagem, isoladamente, não é capaz de modificar o perfil de mortalidade por este tipo de câncer.

Somente através de ações preventivas pode-se alcançar de forma efetiva e com baixo custo o controle da doença. O exame citológico do conteúdo cérvico-vaginal periódico, realizado na fase assintomática, permite o diagnóstico precoce, principalmente da neoplasia intra-epitelial cervical — NIC (displasia), considerada lesão precursora.

Como exemplo citamos trabalho desenvolvido pela Universidade de Campinas⁷, que em 3 anos de atendimento obteve um importante decréscimo na frequência das formas avançadas, ao mesmo tempo em que houve um grande aumento de diagnóstico de casos iniciais (Ca in situ — NIC III) (Gráfico 6).



Obs: O gráfico acima corresponde a um total de 337 pacientes portadoras de câncer de colo uterino atendidas e devidamente estadiadas no INCa no ano de 1983.



1.3. Ações de prevenção no Brasil

Durante décadas prevaleceu no Brasil uma abordagem notadamente curativa das doenças crônico-degenerativas e, especialmente, do câncer. Esta política levou a um processo de incorporação de avanços tecnológicos na área terapêutica e a um quase total descaso para as ações preventivas. Observa-se hoje uma baixa produtividade na rede básica de saúde, em relação à capacidade laboratorial instalada¹ (Gráfico 8) e uma qualidade de atendimento nem sempre satisfatória.

Além disso, há uma total descoordenação entre as Instituições prestadoras de serviço, o que implica em elevado número de pacientes com citologia anormal, que não alcançam os recursos terapêuticos^{2,4,14,17}.

A cobertura para exame citológico (Papanicolaou) está estimada em 2% da população feminina do país³, sendo que em algumas capitais, como Rio de Janeiro, por exemplo, esta cobertura pode alcançar os 10% (Gráfico 9). Quando sabemos que a cobertura estimada pela O.M.S., para que um programa seja efetivo, é de 85%, entendemos o porquê da situação atual do câncer de colo no país.

As iniciativas para o desenvolvimento das ações preventivas no Brasil^{7,10}, até o momento, quase sempre foram isoladas e desarticuladas dos serviços em todos os níveis de complexidade. No entanto cabe ressaltar que existem algumas ações que, apesar de isoladas e com poucos recursos, se constituem em um trabalho válido e benéfico para as populações por eles alcançadas.

Entende-se que as ações de prevenção, para terem a abrangência necessária ao controle da doença, necessitam integrar todas as instituições prestadoras de serviços de saúde nos diferentes níveis de atendimento. É fundamental a descentralização da colheita na medida em que facilita o acesso das mulheres às unidades da rede básica, promovendo a expansão da cobertura. Por sua vez, a centralização do diagnóstico citohistopatológico permite a melhora do controle da qualidade, a unificação do sistema de informação e a racionalização de custos.

Proposta do Ministério da Saúde na Ação de Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino

O Ministério da Saúde, como instância normalizadora, vem desenvolvendo através da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) e da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), uma política de trabalho que objetiva descentralizar e ampliar as ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino.

Em 1983-84, a DINSAMI/MS definiu as bases de assistência integral à saúde da mulher.

A partir de 1985-86, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher e a Direção Geral do INAMPS passaram

EM RECIFE, 6 EM CADA 100 MULHERES PODERÃO
VIR A TER UM CÂNCER DE COLO UTERINO
INVASIVO

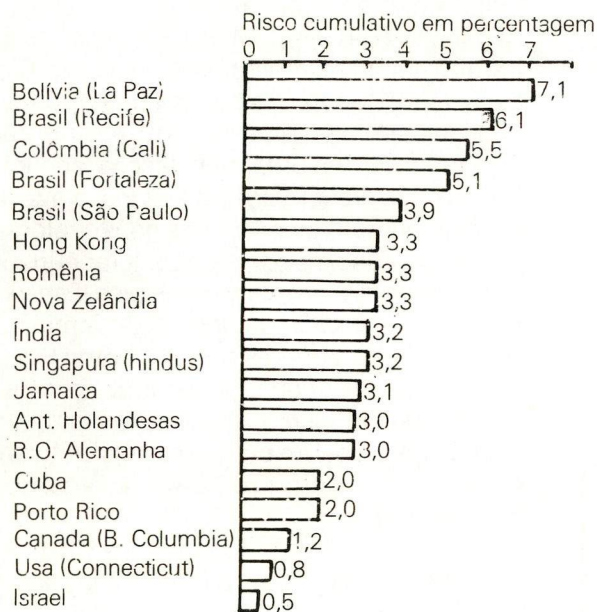


Gráfico 7 — Câncer de colo uterino invasivo
— Risco cumulativo aproximado —
(6 a 74 anos de idade)

Fonte: O.P.A.S./O.M.S.

PRO-ONCO — CNCC — MS

Gráfico 8 — Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência em algumas unidades federativas, quanto à produtividade esperada, realizada e o potencial de expansão em relação aos recursos humanos por nível profissional, 1984.

Especificação	Produtividade		Recursos humanos			Potencial/ Expansão %
	Esperada	Observada	Nº	Relação		
U. Federativa			CP	CT	(CP/CT)	
Sergipe	38.400	11.530	2	4	1:2	233,0
Alagoas	57.600	16.630	2	6	1:3	246,3
Pernambuco	134.400	62.674	7	14	1:2	114,4
R.G. Norte	67.200	25.566	8	7	1:0,8	162,8
Ceará	67.200	33.763	7	1	1:0,1	99,0
Piauí	9.600	1.564	1	1	1:1	513,8
Pará	48.000	15.579	1	5	1:5	208,1
Amazonas	67.200	6.964	2	7	1:3,5	864,9
Rondônia	9.600	202	1	—	—	4.652,4
M.G. Sul	19.200	10.796	3	2	1:0,6	77,8
Paraná	28.800	9.390	1	3	1:3	206,7
Santa Catarina	115.200	94.000	5	12	1:2,4	22,5
R.G. Sul	57.600	46.000	2	6	1:3	25,2
Espírito Santo	38.400	6.998	1	4	1:4	448,7
São Paulo:						
Adolfo Lutz	19.200	15.070	1	2	1:2	27,4
Campinas	124.800	60.000	1	13	1:13	108,0
Sorocaba	9.600	4.086	1	1	1:1	134,9
D. Federal						
Sobradinho	28.800	7.111	3	—	—	305,0
Minas Gerais	38.400	28.000	1	4	1:4	37,1

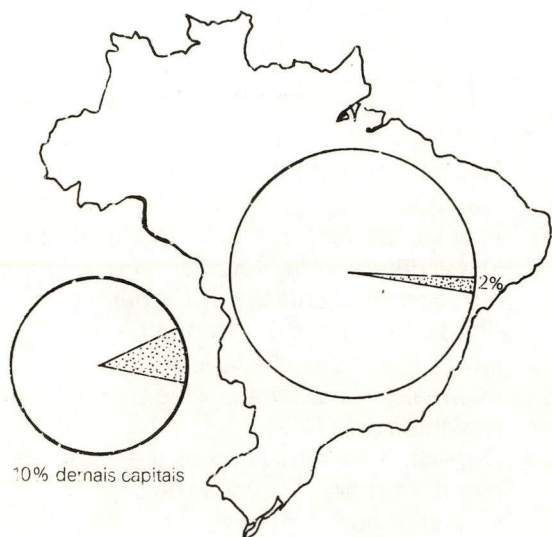


Gráfico 9 Fonte: O.P.A.S. PRO-ONCO – CNCC – MS

a lutar conjuntamente no trabalho de consolidação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a nível nacional. Segundo os princípios de conceito de integralidade da assistência, compõem a Atenção à Saúde da Mulher: a assistência clínica ginecológica, através da atividade de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e da mama; controle das doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao planejamento familiar; abordagem às questões relativas à sexualidade feminina, além da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, através da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Em 1986 foi constituído pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer-DNDCC um grupo de trabalho destinado a desenvolver ações no campo da prevenção e controle do câncer, com o intuito de ampliar o trabalho em desenvolvimento. Foi criado em 1987 o Programa de Oncologia – PRO-ONCO, que estabelece entre outros projetos o de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino.

Neste sentido, constituem atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde:

- a elaboração de materiais instrucionais e apoio para capacitação e treinamento de recursos humanos;
- a produção, elaboração e distribuição de normas de assistência à mulher;
- produção, elaboração e distribuição de material educativo para a população;
- assessoria aos Estados da Federação, no que diz respeito à programação e definição de estratégias;
- a supervisão e a avaliação.

A definição de um modelo assistencial, bem como as questões relativas à organização dos serviços e ao

desenvolvimento do trabalho interinstitucional, são fatores imprescindíveis para a consolidação da ação de assistência integral à saúde da mulher a nível nacional.

O trabalho desenvolvido, na definição de estratégias para a prevenção do câncer cérvico-uterino, compõe um somatório de esforços e recursos no sentido de se obter uma maior resolubilidade dos serviços públicos de saúde e uma conseqüente diminuição da morbi-mortalidade por câncer do colo uterino.

UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER REQUER PLANEJAMENTO E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO COM AS QUAIS OS SERVIÇOS DE SAÚDE NÃO ESTÃO FAMILIARIZADOS

1.4. Periodicidade e faixa etária

1.4.1 Periodicidade:

O conhecimento da história natural do câncer de colo evidencia ser esta uma doença de progressão lenta, com um intervalo de vários anos entre o surgimento de uma neoplasia intra-epitelial cervical e sua evolução para carcinoma invasor^{9,23} (Gráfico 10).

Estudos epidemiológicos^{6,8,13,29} têm demonstrado que um maior intervalo entre os exames citológicos não compromete a eficiência dos resultados (Gráfico 11). Portanto, sem comprometimento do resultado final, pelo aumento do intervalo entre os exames, pode-se ampliar a cobertura atualmente oferecida, com os recursos já existentes (Gráfico 12).

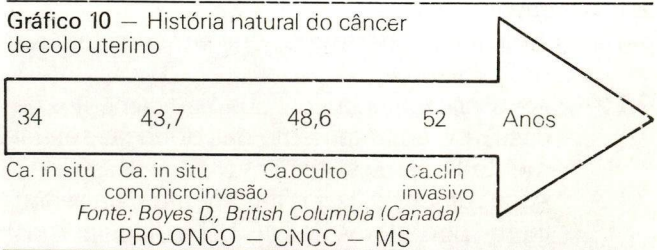


Gráfico 11 -- Câncer cérvico-uterino

Redução na taxa cumulativa / diferentes periodicidades

Periodicidade	Redução na taxa cumulativa (%)
Anual	93.3
Bienal	93.3
Trienal	91.4
Quinquenal	83.9
Decenal	64.2

Fonte: Moss & Day, I.A.R.C. – 1986

Gráfico 12 — Câncer cérvico-uterino

Custo/benefício — Análise de alternativas			
	Alternativas		
	1	2	3
Faixa etária	20-60	20-60	30-60
Periodicidade	Anual	Trienal	Trienal
Nº de exames	41	14	11
* Custo/2.000 mulheres	\$ 164.000	\$ 60.000	\$ 44.000
** Taxa cumulativa (%)	93,3	91,4	91,4

Fonte: *O.P.A.S., ** Muss & Day, I.A.R.C. - 1986

PRO-ONCO — CNCC — MS

1.4.2. Faixa etária:

É importante a definição das faixas etárias nas ações de controle do câncer de colo de útero. Recomenda-se que esta definição seja fundamentada tanto nos dados epidemiológicos quanto na disponibilidade de recursos.

Em situações em que os recursos disponíveis sejam escassos, o alcance social é maior quando se prioriza, em uma primeira fase do programa, uma faixa etária mais elevada.

2. Proposta do Ministério da Saúde para as ações de prevenção e controle

2.1. Objetivos

- 2.1.1. Ampliar a cobertura no que concerne ao exame preventivo.
- 2.1.2. Ampliar o fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.
- 2.1.3. Assegurar e agilizar o tratamento para as mulheres portadoras de NIC I, II e III (displasias) e carcinoma de colo.
- 2.1.4. Complementar o diagnóstico da rede laboratorial do país.
- 2.1.5. Ampliar a capacidade operacional dos laboratórios de cito-histopatologia da rede pública.
- 2.1.6. Criar um sistema nacional de citologia cervical.
- 2.1.7. Ampliar o conhecimento quanto aos aspectos epidemiológicos, técnicos, operativos da equipe de saúde.
- 2.1.8. Aumentar o nível de informação sobre saúde na comunidade.
- 2.1.9. Estimular o desenvolvimento da pesquisa científica.
- 2.1.10. Avaliar periodicamente os resultados e ações do programa.

2.2. Metas

- 2.2.1. Promover a articulação intra e interinstitucional, com vistas à implantação de programas de prevenção em todas as unidades da federação até 1992.
- 2.2.2. Ampliar a cobertura nas capitais, estimada em 10% para 30%, até 1992.
- 2.2.3. Estender a cobertura nacional dos atuais 2%, até 1992.
- 2.2.4. Ampliar em 100% a capacidade laboratorial instalada em citopatologia, da rede pública, através da implantação de Programas Integrados Tecnológicos em Citopatologia (PITEC), em 15 Estados da Federação, até 1989.
- 2.2.5. Informatizar os laboratórios de citopatologia integrantes do SNCC.
- 2.2.6. Duplicar o número de vagas oferecidas (atualmente 24), para a formação de citotécnicos pelos cursos do Rio de Janeiro e Recife, até 1989.
- 2.2.7. Alcançar 80% da população até 1992, com informações educativas quanto à importância da realização do exame preventivo.
- 2.2.8. Informar e conscientizar, até 1992, 100% dos profissionais que atuam na assistência à mulher, a respeito da importância da prevenção e controle do câncer de colo uterino.
- 2.2.9. Articular com o Subprograma de Informações/PRO-ONCO, visando concentrar em um sistema único, até 1992, as informações que permitam a avaliação das atividades do Programa.

2.3. Estratégias

- 2.3.1. Descentralizar a colheita de material para exame citológico, facilitando seu alcance pela população de risco.
- 2.3.2. Estimular a implantação de ações de prevenção na rede básica de saúde, através de reconhecimento junto aos SUDS dos profissionais de saúde envolvidos nestas ações.
- 2.3.3. Conscientizar os profissionais de saúde para a realização do exame de prevenção nas consultas clínicas, ginecológicas e obstétricas, obedecendo à periodicidade definida pelo Ministério da Saúde.
- 2.3.4. Apoiar, através de assessoria, consultoria, treinamento e formação de pessoal, entidades privadas lucrativas e não-lucrativas no desenvolvimento de ações que resultem na ampliação da oferta de serviços no campo da prevenção.
- 2.3.5. Promover a ampliação, nos moldes do Programa Integrado Tecnológico em Citopatologia (PITEC), dos laboratórios de citopatologia.
- 2.3.6. Estimular e apoiar a criação de laboratórios de citopatologia nas regiões onde seja diagnos-

- ticada a necessidade de implantação dos mesmos.
- 2.3.7. Integração dos laboratórios de citopatologia da rede pública dentro de uma rede nacional denominada Sistema Nacional de Citologia Cervical.
- 2.3.8. Atuar, juntamente com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, no desenvolvimento de ações que sejam comuns aos dois Programas.
- 2.3.9. Realizar encontros e reuniões de trabalho com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de ações na área de saúde da mulher, buscando motivar estes profissionais para o Plano de Expansão.
- 2.3.10. Realizar e apoiar seminários para profissionais da área de saúde sobre as ações de controle do câncer cérvico-uterino.
- 2.3.11. Difundir informações técnico-científicas aos profissionais de saúde, visando sua educação continuada.
- 2.3.12. Difundir informações relativas à evolução do Plano de Expansão, buscando sua permanente atualização.
- 2.3.13. Participar dos congressos das áreas relacionadas, mediante instalação de "stands" para a promoção e divulgação do Plano, através da distribuição de material e projeção de filmes e diapositivos.
- 2.3.14. Apoiar a realização de eventos comunitários relacionados à saúde.
- 2.3.15. Proporcionar recursos para a ampliação dos cursos de formação de citotécnicos já existentes e em funcionamento no Rio de Janeiro e em Recife, nos laboratórios de citopatologia do PITEC.
- 2.3.16. Buscar o reconhecimento da profissão de citotécnico junto aos órgãos competentes.
- 2.3.17. Promover a articulação com universidades e hospitais, para o estabelecimento de protocolos de cooperação, visando o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.
- 2.3.18. Promover o estabelecimento de bolsas de estudo para a reciclagem de profissionais em serviços especializados.
- 2.3.19. Produzir e distribuir material gráfico informativo (cartazes, "folders", cartilhas, álbuns seriados, etc...), sobre o valor da prevenção, para servir de apoio às ações educativas, desenvolvidas junto à comunidade e unidades de saúde.
- 2.3.20. Promover o treinamento de agentes de saúde e líderes comunitários para a difusão de informações sobre o exame de prevenção e sua importância.
- 2.3.21. Promover campanhas de comunicação social através de cartazes, jornais, rádio, TV, outdoors, etc., visando a difusão de informações sobre a importância do exame preventivo à população em geral.
- 2.3.22. Produzir e distribuir cartazes que identifiquem as unidades de saúde que realizam exame preventivo, para orientar a comunidade e sensibilizar os profissionais.
- 2.3.23. Negociar, com organismos nacionais (CNPq, CAPES e outros) e internacionais, a criação de linhas de pesquisa, necessárias ao desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do Plano de Expansão.
- 2.3.24. Implantar, a nível nacional, um modelo único de requisição de exame citopatológico.
- 2.3.25. Estabelecer, através dos laboratórios do Sistema Nacional de Citologia Cervical, um fluxo de informações que possibilite a obtenção dos dados necessários ao desenvolvimento de pesquisas na área de citopatologia.
- 2.3.26. Desenvolver um sistema de coleta e processamento de dados, a partir do modelo utilizado pelo PITEC/Rio de Janeiro, para aplicação nos laboratórios de citopatologia no país.
- 2.3.27. Desenvolver um sistema, a nível central, capaz de interligar todos os laboratórios de citopatologia informatizados no país.

2.4. Avaliação

Indicadores de avaliação

A) Quanto à cobertura — Clientes "Novas"

Taxas	Periodicidade	Indicadores	Especificações
Global	Anu. I	$\frac{N^{\circ} \text{ exames citológicos } 1^{\circ} \text{ vez}}{N^{\circ} \text{ exames citológicos/ano}}$	Registros: Clientes novas: total de examinadas
Específico	Anual	$\frac{N^{\circ} \text{ exames citológicos/ } 1^{\circ} \text{ vez/grupo etário}}{N^{\circ} \text{ exames citológicos/Ano}}$	

B) Quanto à cobertura — Clientes inscritas nas ações de controle do câncer de colo uterino

Taxas	Periodicidade	Indicadores	Especificações
Global	Trienal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de risco inscritas/3 anos}}$	Registros de ♀ examinadas (se não dispõe/inquerito)
Específico	Trienal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ exames citológicos/grupo etário}}{\text{N}^\circ \text{ total/grupo etário}}$	

C) Quanto ao resultado — impacto

C.1. % de mulheres com NIC	Anual	$\frac{\text{Total casos NIC}}{\text{Total exames citologia/período}}$
C.2. % de mulheres com NIC III e invasivas — citologia	Anual	$\frac{\text{Total casos NIC/grupo etário}}{\text{Total exames citológicos}}$
C.3. Taxa incidência NIC III e invasiva	Anual	$\frac{\text{Total de casos NIC}}{\text{Total NIC III e invasivas}}$
		$\frac{\text{Mulheres NIC III}}{\text{Mulheres de risco}}$

D) Quanto à incidência

NIC e invasivas	Anual
-----------------	-------

E) Quanto à mortalidade

Nº de óbitos por neoplasia de colo uterino	Bienal
--------------------------------------------	--------

Fontes:

- Laboratórios de Citologia integrantes do SNCC (Sistema Nacional de Citologia Cervical) e através de busca ativa em laboratórios não participantes do Programa.
- No sentido de facilitar e agilizar a obtenção dos dados referentes aos exames citopatológicos propõe-se a implantação de uma requisição de exames, modelo único, a ser implantado em todo o País, que permitirá a informatização dos dados (Anexo 1).
- Censo decenal e PNAD (anual) do IBGE
- Estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde

3. Desenvolvimento do projeto

A viabilização do projeto depende:

- Da integração com os diferentes programas de saúde existentes no País (Materno-Infantil, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Câncer) e com a comunidade, para que se possa estabelecer as inter-relações necessárias e facilitar a operacionalização das atividades.
- Da ampliação dos laboratórios de Citopatologia e da rede de colheita existentes e da criação de outros, em função do aumento da demanda.
- Da articulação com os serviços de nível secundário

e terciário, procurando instituir um sistema de referência e contra-referência eficiente.

Estrutura operacional

O Projeto de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino constitui uma ação do Ministério da Saúde (MS), através da Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas (DNDCD)/Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); é operacionalizado pelo Programa de Oncologia (PRO-ONCO), recebendo assessoramento do Grupo de Assessoramento Superior em Câncer do Ministério da Saúde.

- Coordenação geral:
Constituído pelo Coordenador de Ciência e Tecnologia do INAMPS e pelo Superintendente da CNCC
- Direção executiva:
Constituída por um Conselho gerencial composto por três gerentes da DNDCD/CNCC/INAMPS
- Supervisão executiva
Exercida por um supervisor, designado pelo Gerente do PRO-ONCO e referendada pelo Superintenden-

te da CNCC e pelo Coordenador de Ciência e Tecnologia do INAMPS

São funções ou atribuições da supervisão do programa:

- Coordenar o seu desenvolvimento
- Elaborar normas e produzir material educativo
- Fomentar a pesquisa
- Elaborar a programação, o cronograma e os orçamentos anuais
- Supervisionar a execução das ações programadas
- Promover a articulação intra e interministerial necessária ao desenvolvimento do Programa
- Acompanhar e avaliar periodicamente a programação

Espera-se, portanto, que os níveis Estadual e Municipal desenvolvam e implantem programas de prevenção até alcançar todos os municípios brasileiros.

A prestação de serviços na área da prevenção e tratamento compete às Unidades de Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, do INAMPS, da Fundação SESP, das Forças Armadas, dos Serviços de Saúde privados lucrativos e não lucrativos e dos órgãos comunitários.

O PROJETO OBJETIVA ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE OBTER O CONTROLE DA DOENÇA

Articulação intra e interministerial

Articulação intraministerial

Se fará através de trabalho conjunto entre as Divisões: Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) e Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNEPS); Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (DNAL) e Nacional de Educação em Saúde (DNES) da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Fundação SESP.

Articulação interministerial

Com o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Programa de Oncologia (PRO-ONCO) e da rede de serviços do INAMPS/SUDS — Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde.

Com o Ministério da Educação, através de ampliação do ensino da Cancerologia a nível de graduação e da reciclagem dos profissionais que atuam na área de serviços.

Com o Ministério da Ciência e Tecnologia, visando obter recursos que propiciem a reciclagem de técnicos

no exterior e a implementação de pesquisas e serviço epidemiológico.

Articulação com as Secretarias de Saúde

A participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é fundamental ao programa. A descentralização do atendimento a nível primário (colheita) passa necessariamente pela utilização de toda a rede de serviço (postos de saúde, centros de saúde, PAMs, etc...). A implantação dos SUDS por sua vez vem facilitar esta articulação.

Referências Bibliográficas

1. Cunha MMP — Avaliação da Rede Laboratorial das Secretarias Estaduais de Saúde. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 213-220.
2. Aquino EML e col. — Situação Atual da Detecção Precoce do Câncer Cérvico-Uterino no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1986; 2 (1): 53-65.
3. Aquino EML — Avaliação da Situação Atual das Ações de Controle. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 135-188.
4. Barbosa RB e col. — Câncer Cérvico-Uterino — Um Problema de Saúde Pública. J Bras Ginecologia, 1986; 65 (7): 305-308.
5. Boyes D — Métodos e Indicadores de Avaliação das Atividades. Rev Bras Cancerologia; 1985; 31 (3): 201-204.
6. Day NE — The Epidemiological Basis for Evaluating Different Screening Policies. I.A.R.C., 1986; 76: 199-212.
7. Zeferino LC — Programação e Avaliação das Atividades de Controle: A Experiência de Campinas. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 205-210.
8. Laara E e col. — Trends in Mortality from Cervical Cancer in the Nordic Countries Association with Organized Screening Programmes. The Lancet, 1987; May 30. 1249-1257.
9. Boyes D — A Experiência Mundial no Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama. Tendências e Problemas. Rev Bras Cancerologia, 1985; 31 (3): 179-184.
10. Goes JS e col. — Practical Approaches to Screening for Cervical Cancer. Cancer Det Prevention, 1987; 10: 265-277.
11. Ternis M e col. — Carcinoma of the Cervix. JAMA, 1960; 174 (14): 1857-1851.
12. A Who Meeting — Control of Cancer Cervix Uteri. Bulletin of the World Health Organization, 1986; 64 (4): 607-618.
13. Parkin DM, Moss SM — An Evaluation of Screening Policies for Cervical Cancer in England and Wales using a Computer Simulation Model. Journal of Ep. and Community Health, 1986; 40: 143-153.
14. Seminário Nacional sobre Controle do Câncer Cérvico-Uterino e da Mama. Relatório Final. INCa/RJ, 1985.
15. Integración del Setor Salud para el Control del Câncer de Cuello Uterino. Informe del Taller del Istmo Centroamericano. Costa Rica. Maio, 1986.
16. Silva MGC — Sistema de Informações para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Brasil, 1986.
17. Seminário de Integração do Setor Saúde para o Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Brasília, DF. DNDCD/SNPES, 1986.
18. Restrepo HE — Conferencia sobre Câncer Ginecológico, Prevención y Control. Costa Rica, 1986.
19. Restrepo HE e col. — Câncer de Cuello Uterino en América Latina y el Caribe. Epidemiologia y control. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
20. Munoz N, Bosch FX — Epidemiological Aspects of Cervical Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
21. Miller AB — Effect of Screening on Incidence and Mortality of Cancer of the Cervix, Risk Groups and Optimal Screening Schedules. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve, November, 1985.
22. Kalache A — The Etiology of Cervical Cancer. A Selective Review of the Literature. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri. Geneve.
23. Gunnlangu G — The Pathology and the Natural History of Carcinoma of the Uterine Cervix. Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri.
24. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Câncer de Cuello Uterino. OMS/OPAS, 1985.
25. Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. Ministério da Saúde. SNPES/DINSAMI/DNDCD/PAISM/INAMPS. Brasil, 1986.
26. Cunha MMPL — Manual do Laboratório Cito-Histopatológico. Ministério da Saúde. SNPES/DNDCD/DINSAMI/DNLPS. Brasil, 1988.
27. Louise AB e col. — Epidemiology of Cervical Cancer by Cell Type Cancer Research. March 15, 1987; 47: 1706-1711.
28. Zaninetti P e col. — Characteristics of Woman Under 20 with Cervical Intra-Epithelial Neoplasia. International Journal. Epidemiology, 1986; 15 (4): 477-482.
29. American Cancer Society. Cancer Facts x Figures. 1987. Pag. 10.