

**Simpósio I: "Ações de Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama no Brasil:
Situação Atual e Estratégias para a Expansão"**

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DAS AÇÕES DE CONTROLE

ESTELA DE AQUINO¹

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

O estudo a ser apresentado pretende dimensionar o estágio atual das atividades de detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil (não se obtiveram dados em nível nacional com relação às neoplasias de mama). A idéia inicial era a de colher informações sobre tudo o que estava sendo desenvolvido pelas instituições do setor público nos âmbitos federal e estadual; contudo, só foi possível dispor de dados das Secretarias Estaduais de Saúde e Fundação FESP levantados através de questionário.

A falta de informações mais detalhadas sobre as atividades do INAMPS prejudicou em muito a avaliação da magnitude e das características dessas ações, já que este se constitui no maior prestador de cuidados médico-assistenciais do país. No entanto, considera-se que esta limitação não invalida o trabalho na medida em que se soma às primeiras tentativas de consolidação de informação nacional sobre o tema.

PANORAMA ATUAL DAS ATIVIDADES

A detecção precoce do câncer cérvico-uterino, através de programas de "screening", é um método eficaz para reduzir a incidência e a mortalidade (hajam vista os resultados obtidos nos países europeus, EUA e Canadá). No Brasil, ela já é rotina em várias instituições, apesar de apenas 7% das 10.600 unidades das Secretarias Estaduais de Saúde em todo o país desenvolverem essa atividade.

Nas diferentes regiões (Figura 1), a situação continua grave; mesmo na Região Sul — a que

melhor aproveita sua rede básica com relação a essa atividade — não chega a 20% o número de unidades utilizadas. O maior potencial de utilização da rede fica por conta do Nordeste e Sudeste, que detêm quase a totalidade das unidades existentes.

Observa-se, contudo, uma tendência a aumentar o número de unidades que passarão a realizar esse serviço. No período de 1980 a 1983 (Tabela 1) esse número dobrou, variando de acordo com as regiões (no Sul, por exemplo, onde a atividade foi praticamente implantada nesse período, sua rede assistencial quadruplicou-se).

TABELA 1 — Evolução do número de unidades que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino, segundo grandes regiões 1980 a 1983

Região	1980/81	1983	1983/1980-81
Norte	13	33	2,5
Nordeste	144	192	1,4
Centro-Oeste	21	70	3,4
Sudeste	115	169	1,5
Sul	67	271	4,0
Brasil	360	735	2,0

A cobertura das atividades em todo o país é muito baixa, girando em torno de 1,2% das mulheres acima de 15 anos. No período citado (Figura 2), ela veio apresentando um vagaroso cres-

¹ Divisão de Epidemiologia. Endereço para correspondência: Praça Cruz Vermelha, 23/3º andar. Rio de Janeiro, RJ. CEP 20230.

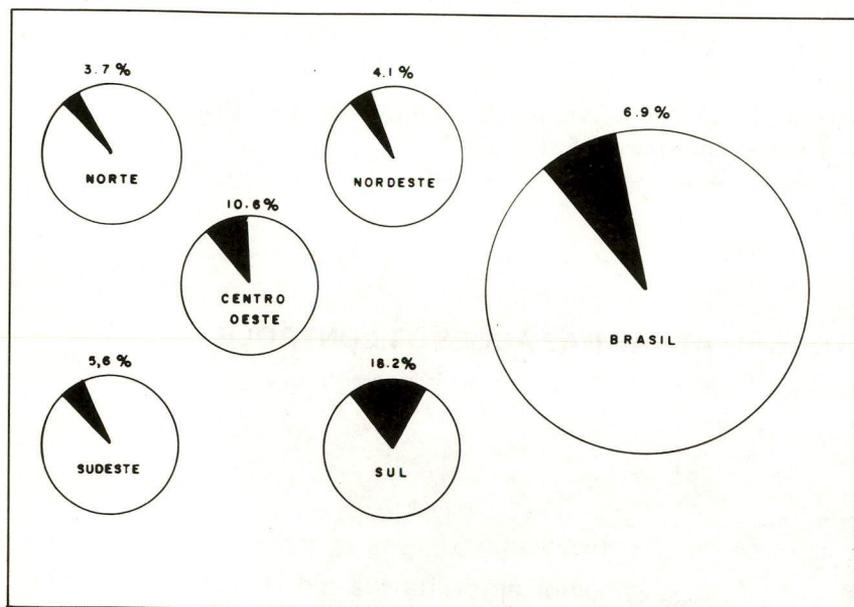


Figura 1 — Proporção de unidades que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino em relação ao total de unidades da rede básica das Secretarias Estaduais de Saúde por grandes regiões e Brasil — 1983.

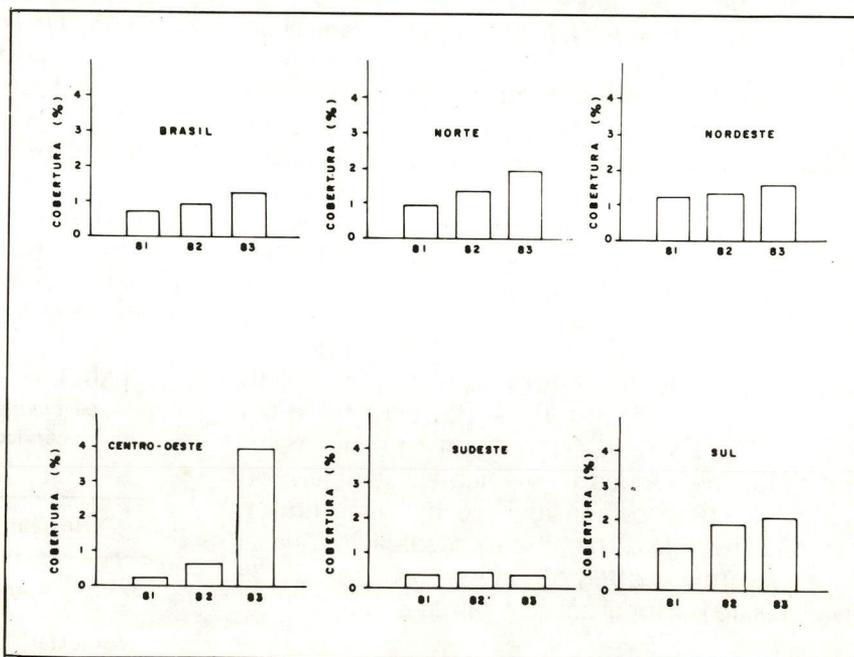


Figura 2 — Percentual de cobertura da população feminina de 15 anos e mais pelas atividades de detecção precoce das Secretarias Estaduais de Saúde de 1981 a 1983 — Grandes regiões e Brasil.

cimento, exceto nas regiões Sudeste (onde permaneceu estável) e Centro-Oeste (que teve um gigantesco aumento aparente devido à carência anterior de dados do Distrito Federal).

Mesmo supondo que as consultas ginecológicas do INAMPS representassem exames citológicos realizados na totalidade das mulheres atendidas (o que, sem dúvida, não é verdade) e se fosse unida a cobertura dessas consultas às das Secretarias Estaduais e da Fundação FESP (cujos dados não foram utilizados devido ao fato dela não possuir laboratórios próprios e se valer das Secretarias Estaduais — ficando seus exames contidos, portanto, entre os das Secretarias Estaduais), es-

sas três instituições não chegariam a alcançar 16% da população feminina acima de 15 anos em todo o Brasil. Ainda que dados de outras instituições não estejam disponíveis, certamente não possuem magnitude suficiente para alterar em muito esse quadro.

Para um efetivo aumento de cobertura, é necessário garantir o apoio laboratorial. No Brasil, levando-se em consideração o período citado (Figura 3), o potencial de expansão da produção dos laboratórios situou-se em torno de 120%, índice variável em relação às regiões. No Sul, que melhor aproveitou seus recursos humanos da área laboratorial, esse percentual ficaria em 45%;

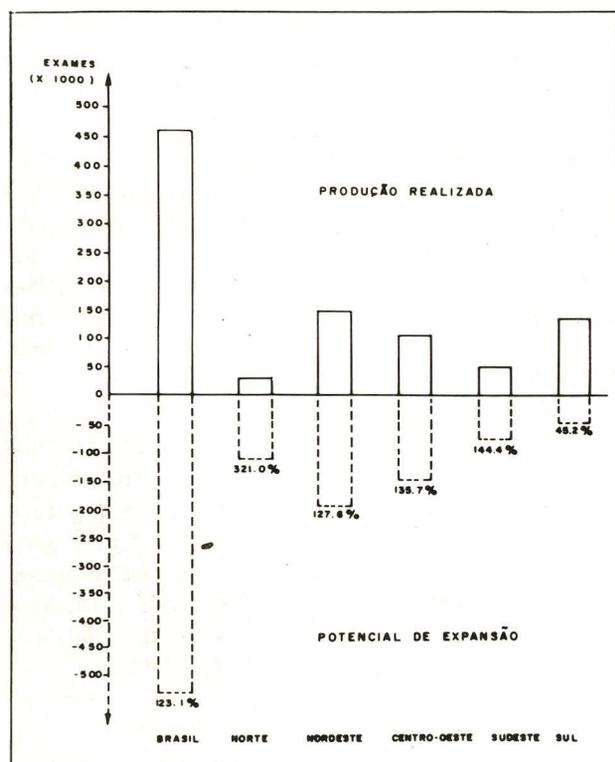


Figura 3 — Produção realizada e potencial de expansão da produção de exames citológicos nas grandes regiões e Brasil — 1983.

já na Região Norte, o potencial de expansão atingiria uma cifra de 320%.

Em relação às Secretarias Estaduais notou-se uma tendência à expansão das atividades (Tabela 2). A cobertura cresceu em todo o país por volta de 79%, acompanhando, de certo modo, o aumento da capacidade instalada utilizada para o desenvolvimento da atividade de detecção (exceto no Sul, onde o aumento da rede básica utilizada foi bem maior que a cobertura alcançada —

fato devido provavelmente ao pleno funcionamento de seus laboratórios).

Essa expansão decorreu graças à descentralização da atividade, à maior oferta de serviços, ao melhor uso de unidades para oferta de serviços, muito mais do que por incorporação ou ampliação dos recursos humanos envolvidos no apoio laboratorial. Ela provavelmente foi acompanhada de um aumento da produtividade dos recursos humanos utilizados.

Em relação à efetividade, ao se analisar a frequência dos casos de carcinoma "in situ" e dos invasivos, constatou-se um predomínio dos últimos, embora menor que o predomínio apresentado no Registro Nacional de Patologia Tumoral que envolve laboratórios dos setores público e privado. Contudo, essa análise é muito limitada, sobretudo porque não há sistema de controle de qualidade implantado na grande maioria dos laboratórios das Secretarias Estaduais.

A atual situação das Secretarias Estaduais de Saúde ainda se caracteriza por um subaproveitamento dos recursos físicos e humanos na área laboratorial. A maioria das Secretarias não possui uma estrutura adequada ao desenvolvimento da atividade. Quanto aos questionários, observou-se que os sistemas de informação regionais não estão adequados para dar respostas a estes mecanismos de avaliação. Problemas como a morosidade no envio dos questionários e dúvidas quanto à veracidade de suas informações foram freqüentes. A não-referência à programação específica e à normalização dos procedimentos pela maioria das Secretarias indica que essas atividades parecem se desenvolver atendendo basicamente a uma demanda espontânea, sem nenhuma avaliação posterior do resultado

TABELA 2 — Variação percentual, no período 1980/83, da cobertura de exames citológicos por cem mulheres, do número de unidades que desenvolvem atividade e das relações de citotécnicos e citopatologistas por 1.000.000 de mulheres — Brasil e grandes regiões.

REGIÃO	COBERTURA	UNIDADES COM ATIVIDADE	CITOTÉCNICOS POR 1.000.000 DE MULHERES	CITOPATOLOGISTAS POR 1.000.000 DE MULHERES
Norte	111.1	150.0	20.0	58.1
Nordeste	28.1	40.0	26.9	33.4
Centro-Oeste	265.2	240.0	—	56.3
Sudeste	47.0	50.0	—	66.7
Sul	74.3	300.0	66.7	60.0
BRASIL	79.1	100.0	35.7	44.4

de seu desenvolvimento.

Apesar do relativo aumento do número de citotécnicos e citopatologistas — taxas de 40 e 55%, respectivamente — a proporção entre eles está muito aquém da recomendada pelo Ministério da Saúde (de três citotécnicos para cada citopatologista). Há uma carência de citotécnicos observada em todo o país.

MEDIDAS A SEREM TOMADAS

Para uma efetiva mudança no panorama analisado, é preciso que todas as instituições se unam a fim de traçar estratégias comuns e que os serviços sejam articulados e acionados para maiores aumentos de cobertura da detecção. Uma série de recomendações podem ser feitas no sentido de se tentar orientar uma política de câncer cérvico-uterino no Brasil. Primeiramente, esse aumento de cobertura ocorrerá se houver um esforço de articulação interinstitucional garantindo três pontos:

- descentralização das atividades com definição de metas para aproveitamento de toda a rede existente;
- inserção da atividade de detecção nos demais serviços usados comumente pela população feminina, numa perspectiva de integração programática à assistência à saúde da mulher;
- regionalização dos recursos para apoio propeidético e terapêutico especializado, permitindo maior eficiência e baixos custos operacionais.

A expansão da cobertura deve ser acompanhada de medidas que garantam a eficácia dessas ações de controle, tais como o aperfeiçoamento dos sistemas regionais de informação (para se avaliar freqüentemente os resultados) e a centralização do processamento de informações (garantindo regionalmente o estabelecimento de estratégias e mecanismos de correção das distorções). Devem ser redefinidas as informações que necessitam ser coletadas e processadas em âmbito nacional, de modo a permitir comparar diferenças regionais e avaliar tendências no desenvolvimento dessas ações de controle.

É imprescindível a implantação dos sistemas de controle de qualidade nos laboratórios. Quanto à capacitação dos recursos humanos, ela deve envolver dois aspectos: o treinamento de novos citotécnicos e a reciclagem dos já existentes. É importante uma ampla discussão das normas e procedimentos utilizados para se tentar elaborar um novo manual revisado e atualizado, de acordo com os recentes conhecimentos na área do câncer. É preciso acionar a difusão de nomenclatura e de critérios de diagnóstico padronizados.

É nesse sentido que as ações de controle do câncer cérvico-uterino e de mama (estas últimas devem ser conjugadas às do câncer de colo de útero, já que a incidência dessa neoplasia é grande no país) deverão ser implantadas, numa perspectiva de integração programática, garantindo o aumento de qualidade da assistência que terá forte impacto sobre as condições gerais de saúde da população feminina.