

Simpósio II: "Parâmetros para Programação e Avaliação das Atividades de Controle"

**PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE:
A EXPERIÊNCIA DE CAMPINAS**

LUIZ CARLÔS ZEFERINO¹

Universidade Estadual de Campinas — Campinas, SP.

HISTÓRICO E OBJETIVOS DO PROGRAMA DE CAMPINAS

O programa de controle do câncer cérvico-uterino e de mama de Campinas é bastante modesto; contudo, vem sendo gradualmente implementado, ainda que com inúmeras dificuldades. Criado pela UNICAMP, o Pró-Assistência inicialmente se dirigia apenas ao câncer cérvico-uterino e se restringia às pacientes atendidas no próprio Hospital-Escola da Universidade.

Vários obstáculos tiveram que ser superados para sua implantação: problemas com setores da faculdade (o Departamento de Anatomia Patológica, por exemplo, não queria que a criação do Laboratório de Citologia estivesse dentro de seu campo), desentendimento entre citologistas e histopatologistas de laboratórios privados (que achavam que o programa iria invadir seu mercado), dificuldades de análise da cobertura do programa devidas à heterogeneidade das classes sociais de Campinas (o programa está endereçado às classes pobres) e mesmo a própria existência de várias instituições — INAMPS, serviços estaduais e municipais, etc. — para oferecer assistência médica.

Quanto a esse último tópico, foi feita em Campinas uma proposta de um sistema de saúde experimental — o Pró-Assistência 1 — cujo objetivo seria regionalizar e hierarquizar os serviços de saúde e o atendimento em três níveis: primário, secundário e terciário — além de integrar as várias instituições num único fluxograma de atendimento.

Assim ficaram distribuídas as diversas instituições com relação aos níveis para assistência: a)

nível primário: Prefeitura, Estado, PUC de Campinas, através de postos de saúde e seu centro de saúde descentralizado, localizados na periferia da cidade; b) nível secundário: Hospitais gerais e os vários serviços; c) nível terciário: Hospital da UNICAMP (para os casos de maior complexidade).

A maioria da clientela desses postos de saúde periféricos é formada por conveniados do INAMPS, uma porcentagem menor de Funrural e outros tipos de convênios e não-segurados. Vários programas vêm sendo executados nessas unidades, tais como o Programa de Atenção à Gestante, à Criança, Programa de Saúde Escolar, Programa da Mulher, etc. É claro que nem todos são realizados em todos os postos, pois isso depende de sua complexidade e características locais. Quanto aos programas de controle de câncer, eles estão inseridos na atenção à gestante e no Programa da Mulher: eles são subprogramas de um programa como um todo.

Em 1968, iniciou-se o Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino, seguindo-se em 1974 o controle do câncer de mama, estímulo à lactação, planejamento familiar, pré-natal, Programa Integrado de Atenção Puerperal e outros programas que se uniram para tentar formar o Programa de Saúde da Mulher.

De 1977 a 1983, passou-se a chamar essa integração dos programas de Programa de Toco-Ginecologia Preventiva; era uma fase muito restrita ao Hospital Universitário, cuja proposta foi ampliada a partir de 1982, juntamente com o Ministério da Saúde, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

¹Endereço para correspondência: Caixa Postal 1170. Campinas, São Paulo. CEP 13100.

ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER DE CAMPINAS

Após a coleta da citologia nos postos de saúde, esta é levada para o laboratório de citopatologia centralizado na Universidade. O resultado volta ao posto de origem e, caso constatada alguma citologia alterada, a paciente é conduzida ao laboratório de oncologia situado no Hospital Universitário, onde recebe todo o tratamento adequado.

Foi feita uma proposta para a extensão do programa a 55 cidades da regional de saúde de Campinas. Nessa organização, bastante ousada, haveria uma descentralização de parte desse serviço: como estas cidades se dividem em sete ou oito regiões, em cada uma destas se localizariam ambulatorios especializados para exames de baixa complexidade, como colposcopia e biópsia dirigida. Somente se fosse necessário um tratamento de maior complexidade é que as pacientes seriam levadas para um serviço de nível terciário, evitando o deslocamento da população de cidades distantes para hospitais mais especializados em Campinas, restringindo-se a seus distritos. Isso já acontece de certo modo, por exemplo, em Osasco.

DADOS E PROBLEMAS DO PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DE CAMPINAS

O número de exames citológicos realizados anualmente, apesar de ser ainda bastante reduzido, vem aumentando progressivamente. Em 1968, realizávamos 451 exames e esperamos que em 1985 esse índice ultrapasse a casa dos oitenta mil exames (Figura 1). Nosso laboratório comporta 100.000 exames, mas o fator limitante

nunca foi o laboratório ou a Universidade, mas os serviços de saúde. Há postos em Campinas com recursos suficientes para fazer o programa de modo efetivo, mas muitos não chegam a colher 50 citologias por ano. Para efeito de comparação, o número de exames realizados pelo Hospital das Clínicas em seu programa de controle de câncer para pessoas que nunca passaram por nenhum exame é maior que o número colhido por todos os postos de Campinas.

A questão da carência de recursos financeiros é básica para o atual panorama citado, mas sem dúvida a falta de compromisso dos profissionais de saúde com essas atividades de controle é fator determinante, assim como a falta de autoridade por parte dos dirigentes sanitários.

Nos cursos de reciclagem oferecidos observou-se uma frequência bastante reduzida desses profissionais e, dos 48 postos de Campinas, cerca de 30 realizavam o programa de controle do câncer — metade destes de forma muito deficiente.

FREQÜÊNCIA DE CITOLOGIAS ALTERADAS

Como se comporta um Programa de Controle numa população que começa a repetir esses exames? Isso ocorre, por exemplo, em Paulínia, cidade com cerca de 20.000 habitantes e que possui um Centro de Saúde em sua Universidade que cobre pelo menos 50% da sua população. De 1975 a 1983 foram realizadas 1.632 citologias, sendo que, deste número, grande parte das pacientes repetiram seus exames cerca de três ou quatro vezes.

Encontrou-se inicialmente uma frequência bem alta de citologias alteradas — 14 por mil — e, nessas, grande índice de lesões graves (Figura 2).

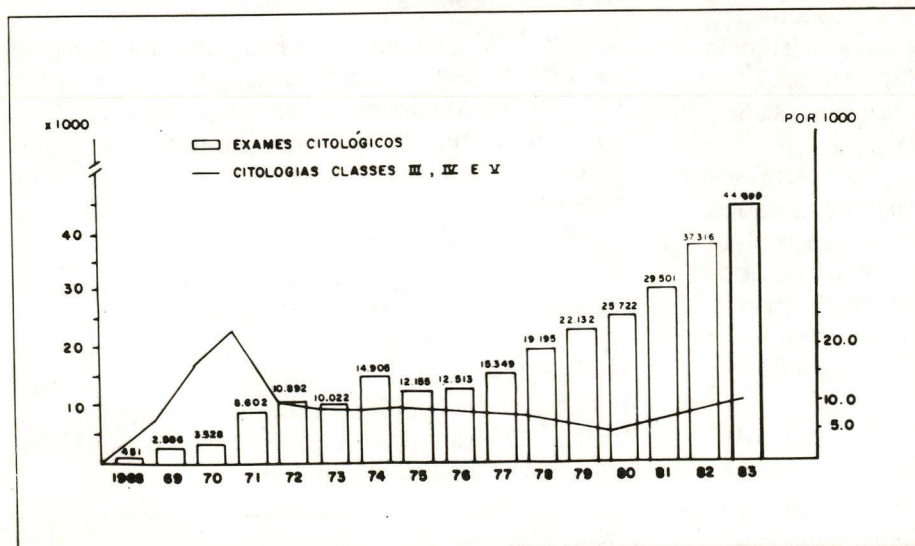


Figura 1 — Número de exames citológicos do colo uterino realizados anualmente e frequência (por 1000) de citologias classes III, IV e V. Período 1968-1983. (Campinas — SP.)

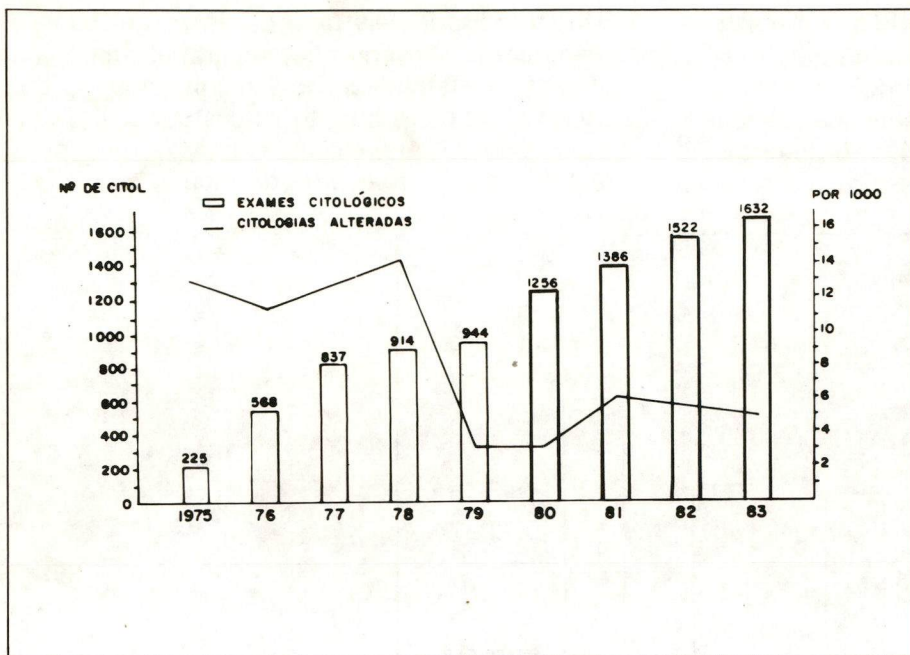


Figura 2 — Número de exames citológicos do colo uterino realizados anualmente e a freqüência (por 1000) de citologias alteradas. (Paulínia — SP.)

À medida que o programa foi avançando e as mulheres repetindo os exames, a freqüência diminuiu bastante, chegando a cinco por mil. Conseguiu-se, assim, controlar toda a população de modo adequado.

Antes da criação do programa em Campinas, quase não se notava a presença de carcinoma "in situ"; o carcinoma invasivo restrito ao colo aparecia em pequena porcentagem e um índice muito maior de carcinomas nos estágios 2, 3 e 4 era observado. Com três anos de programa, ocorreu um aumento significativo da freqüência de carcinoma "in situ" e um grande decréscimo dos casos mais avançados (Figura 3).

Quanto aos custos, verificou-se que o custo médio para um caso inicial chegava a Cr\$ 2.275.000 em 1984, sendo o custo para um carcinoma avançado da ordem de Cr\$ 18.550.000 — quase nove vezes mais caro. Além disso, levando-se em consideração a saúde da mulher, enquanto que os casos iniciais são curáveis, nos adiantados, as porcentagens de cura são muito baixas.

Se for observado o estado civil das pacientes em relação às citologias alteradas, constata-se que estas aparecem com maior freqüência entre as mulheres viúvas, desquitadas e amasiadas do

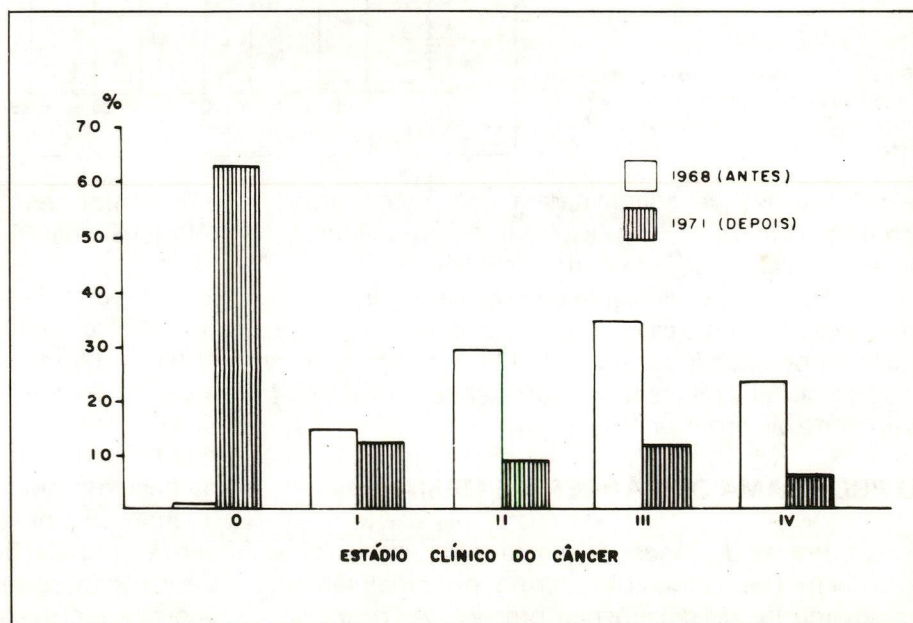


Figura 3 — Distribuição do estágio do câncer cervical antes (1968) e depois (1971) do início do programa de detecção do câncer cervical. (Campinas — SP.)

que entre as casadas — fato devido provavelmente à maior promiscuidade daqueles grupos (Figura 4). Considerando a idade do início da atividade sexual, nota-se que as mulheres que a iniciaram cedo, apresentam maior número de citologias alteradas (Figura 5), o mesmo ocorrendo

dêuticas disponíveis para o câncer de mama — mamografia, termografia, ecografia, etc. — não chegam à efetividade do Papanicolaou do colo uterino, inclusive quanto ao custo, que é bastante elevado. O que existe de efetivo a nível populacional é o auto-exame da mama, cujo obstá-

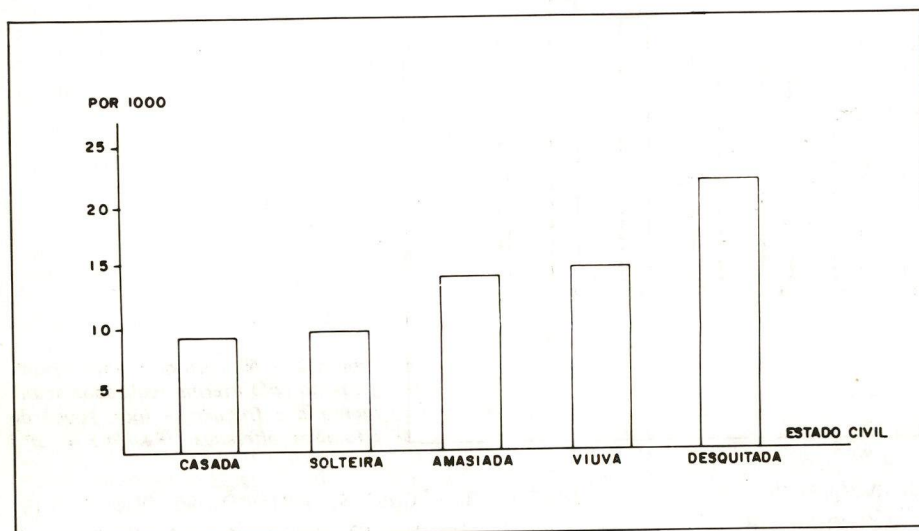


Figura 4 — Relação entre o estado civil e a frequência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

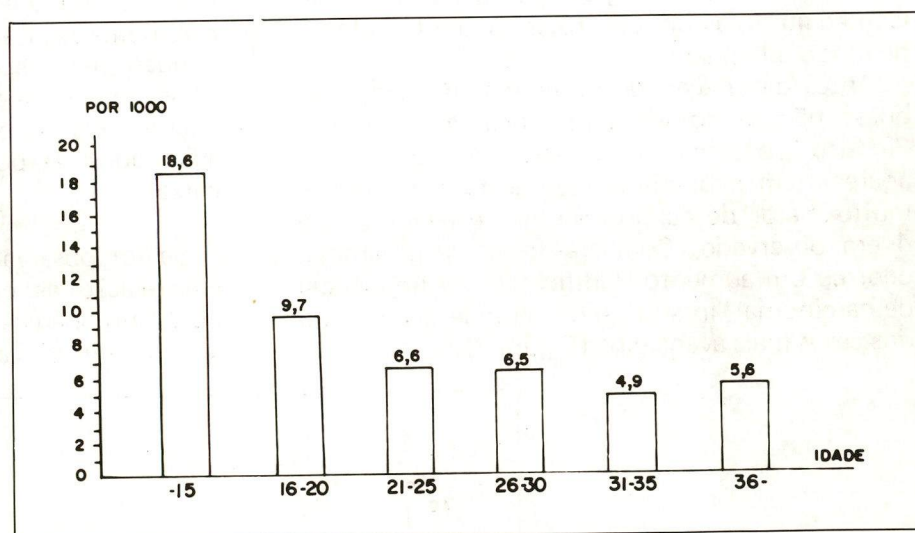


Figura 5 — Relação entre a idade do início da atividade sexual e a incidência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

com aquelas que engravidaram com menos de 15 anos (Figura 6). É muito maior a frequência de exames alterados em múltiparas (Figura 7).

Em Paulínia, onde cerca de 60% das mulheres têm pelo menos três citologias realizadas, a frequência de exames alterados foi bem menor que a do Hospital Universitário, que atende pacientes sem controle anterior (Figura 8).

O PROGRAMA DE CÂNCER DE MAMA

O controle do câncer de mama tem características bem diversas do colo uterino, principalmente em termos de diagnóstico precoce. As prope-

culo maior tem sido a falta de informação das mulheres quanto à sua execução.

Comparando-se dados avaliados entre janeiro de 1969 e janeiro de 1970 na UNICAMP e na clínica privada, observa-se que, nessa última, a incidência de estágio 1 e 2 é muito maior que na da Universidade (com predomínio de carcinomas nos estágios 3 e 4). A importância da educação da paciente quanto ao diagnóstico é evidenciada quando se constata que na Universidade atendem-se populações da periferia, sem prática ou informação sobre auto-exame e que o inverso ocorre nas clínicas privadas.

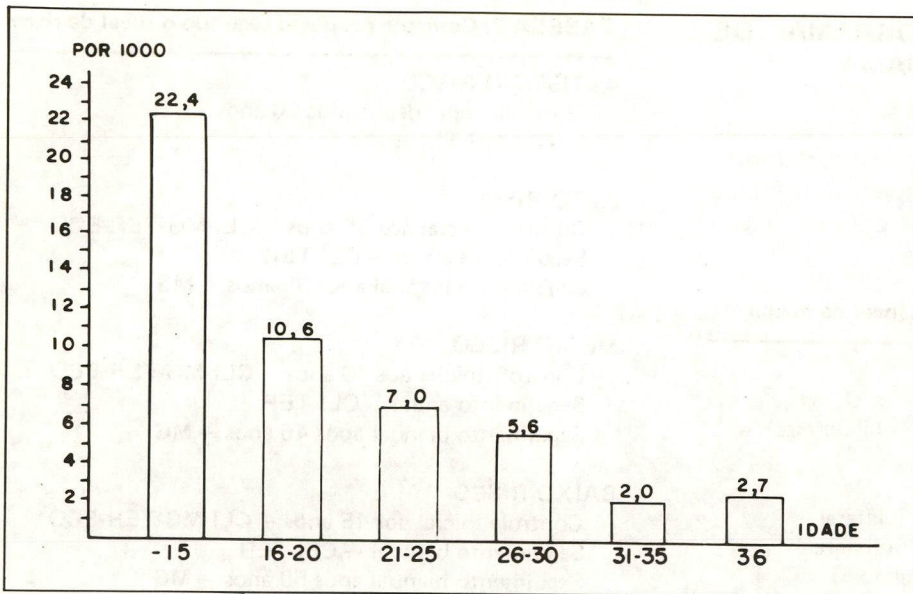


Figura 6 - Relação entre a idade da primeira gravidez e a freqüência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

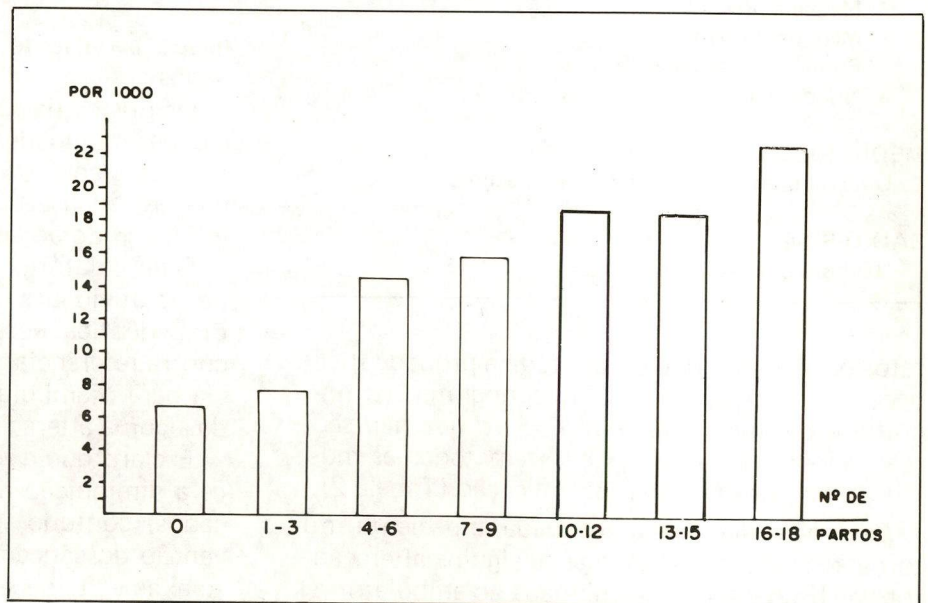


Figura 7 - Relação entre o número de partos e a freqüência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

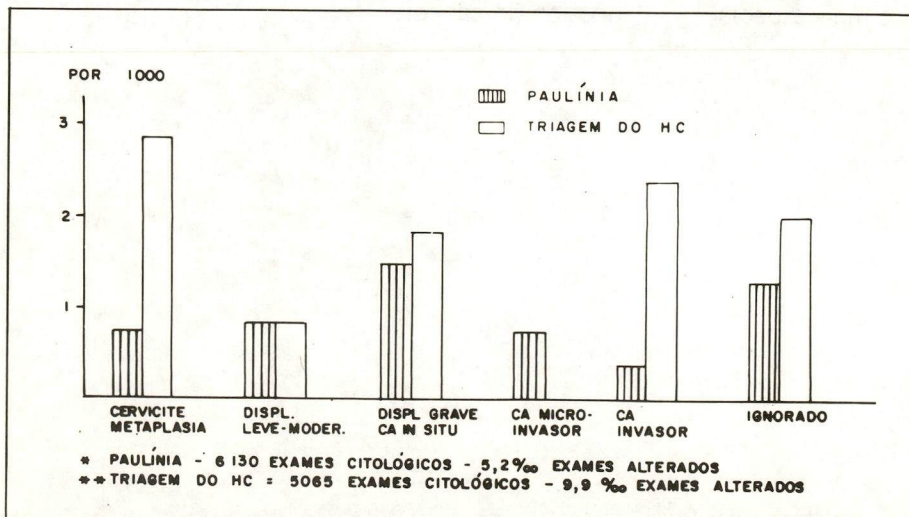


Figura 8 - Diagnóstico de patologias cervicais através do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino em duas populações diferentes.

FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA

Os postos de saúde, através dos critérios de risco para o carcinoma de mama, considerando antecedentes, idade e outros aspectos clínicos (Tabela 1) conduzem a paciente para um labo-

TABELA 1: Níveis de risco para câncer de mama

ALTISSIMO RISCO

Câncer na mama oposta.
História familiar – pré-menopausa – bilateral.

ALTO RISCO

História familiar pós-menopausa – bilateral.
História familiar pré-menopausa – unilateral.
Três ou mais associações relatadas abaixo.
– História familiar pós-menopausa – unilateral.
– Menarca precoce.
– Menopausa tardia.
– Primeiro parto após 35 anos.
– Nuliparidade.

MÉDIO RISCO

Uma ou duas associações relatadas acima.

BAIXO RISCO

Nenhum dos fatores presentes.

ratório de apoio, que possui toda a propedêutica necessária: mamografia, ultrassonografia, termografia e citologia mamária. É claro que não são realizados todos esses exames em todas as mulheres; há critérios para sua aplicação (Tabela 2).

Caso não seja constatado nada, a paciente retorna ao posto de saúde; mas se alguma alteração for verificada, ela é encaminhada ao ambulatório de patologia mamária, que funciona como serviço de triagem para levar ao serviço mais especia-

TABELA 2: Controle proposto segundo o nível de risco

ALTISSIMO RISCO

Controle anual depois dos 30 anos
– CLI-MG-TER-ECO

ALTO RISCO

Controle inicial aos 30 anos – CLI-MG-TER-ECO
Seguimento anual – CLI-TER
Seguimento bianual após 35 anos – MG

MÉDIO RISCO

Controle inicial aos 40 anos – CLI-MG-TER-ECO
Seguimento anual – CLI-TER
Seguimento bianual após 45 anos – MG

BAIXO RISCO

Controle inicial aos 45 anos – CLI-MG-TER-ECO
Seguimento bianual – CLI-TER
Seguimento bianual após 50 anos – MG

lizado a paciente que necessite de maiores cuidados.

Os postos de saúde realizam uma série de atividades: atividades educativas; exames clínicos e ginecológicos; orientação sobre auto-exame das mamas; análise dos critérios de risco para encaminhamento ao ambulatório de apoio.

O ambulatório de apoio também tem seu campo de atividades: avaliação clínica; realização da propedêutica necessária; conduta e orientação; contra-referência para o local de origem; referência para o ambulatório de mama, se diagnosticada alguma alteração.

É claro que a realização destes exames favorece a diminuição de carcinomas em estágios avançados; contudo, a melhor conduta para a prevenção do câncer de mama é, sem dúvida, o auto-exame. É necessário educar e ouvir a mulher para não se cair em erros ou omissões no diagnóstico do câncer.