

Simpósio III: "Apoio Diagnóstico e Terapêutico às Atividades de Detecção Precoce na Rede Básica"

AValiação DA REDE LABORATORIAL DAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

MARIA MERCÊS PONTES CUNHA¹

Campanha Nacional de Combate ao Câncer — Brasília, DF.

OBJETIVO E METODOLOGIA DA AVALIAÇÃO

Com finalidade de trazer subsídios para o programa de controle do câncer cérvico-uterino e de mama, realizou-se avaliação da rede laboratorial das Secretarias Estaduais de Saúde, na área de citopatologia. Pretendeu-se colher subsídios para uma política de apoio aos laboratórios, com fortalecimento da capacidade operacional em relação a recursos humanos, materiais e financeiros, além de coletar informações que pudessem gerar indicadores e adequar normas e procedimentos técnicos.

Organizou-se um questionário, enviado às diversas Secretarias, e que foi respondido e analisado. Chegou-se à conclusão de que seria interessante que os laboratórios fossem visitados por um supervisor técnico que trabalhasse na área de citopatologia e que estivesse ligado à saúde pública. Elaborou-se um módulo de orientação à visita de laboratórios procurando-se observar seus aspectos gerais, produtividade, organização, métodos, serviços de apoio de diagnóstico ao laboratório de citopatologia e o sistema de controle de qualidade existente.

No período compreendido entre 9 de outubro de 1984 e 27 de julho de 1985, foram visitados laboratórios em 17 Unidades Federadas: Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Pará, Amazonas, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, São Paulo, Minas Gerais e Distrito Federal. Os resultados da avaliação são apresentados a seguir.

RESULTADOS

Em relação à área física dos laboratórios, a menor área observada foi de 10m², em Sorocaba (SP), e a maior de 585m², em Recife (PE) (Tabela 1).

Considera-se 45m² como a área física mínima para um laboratório com produção anual de 10.000 exames, e em saúde pública admite-se que o laboratório deverá ter uma produtividade não inferior a 50.000 exames no ano, a fim de oferecer bom desempenho, com custo operacional baixo.

Dos laboratórios avaliados, seis (31,5%) apresentam a área física abaixo dos parâmetros exigidos, requerendo, dessa forma, uma revisão na estrutura física.

Quanto à situação institucional dos laboratórios, constata-se que 10 dos visitados (52,6%) funcionam como parte dos laboratórios centrais de saúde pública e os nove (47,4%) restantes desenvolvem suas atividades isoladamente, quer em clínica de patologia cervical, quer em Hospital Geral ou Universitário (Tabela 1).

Em relação ao nível de atuação central ou regional dos laboratórios (Tabela 1), verifica-se: Sete (36,8%) atuam nos dois níveis, central e regional; Nove (47,3%) somente atuam em nível central; Dois (10,5%) são regionais — em Sorocaba e Campinas; Um (5,2%) não atende a rede básica; pertence ao Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, atividade independente dos demais programas de saúde pública.

Recomenda-se que naqueles laboratórios cuja atuação se dê nos níveis central e regional, o

¹Assessora técnica. Endereço para correspondência: Rua das Graças, 262. Recife, Pernambuco. CEP 50000.

TABELA 1: Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência para a Rede Básica de Saúde, em algumas unidades federativas, quanto aos aspectos gerais, 1984.

ESPECIFICAÇÃO	SITUAÇÃO			ÁREA DE ATUAÇÃO UN. SAÚDE/R. BÁSICA				
	ÁREA U.FEDERATIVA FÍSICA(m ²)	S. PÚBLICA	ISOLADO	CENTRAL	REGIONAL	TOTAL	Nº	%
Sergipe	70	—	+	+	—	155	15	9,67
Alagoas	50	+	—	+	—	355	52	14,64
Pernambuco	585	+	—	+	+	601	58	9,65
R. G. Norte	133	+	—	+	+	477	65	13,62
Ceará	96	—	+	—	—	—	—	—
Piauí	11	—	+	—	—	454	3	0,6
Pará	28	+	—	+	—	330	17	5,15
Amazonas	30	—	+	+	—	...	7	...
Rondônia	42	—	+	+	—	—	—	—
M. G. Sul	25	+	—	+	+	87	12	13,8
Paraná	50	+	—	+	—	340	81	23,8
Santa Catarina	21	—	+	+	+	415	151	36,8
R. G. Sul	90	+	—	+	+	800	80	10,0
Minas Gerais	250	+	—	+	+	1.896	81	4,2
Espírito Santo	24	+	—	+	—	305	29	9,5
São Paulo:								
Adolfo Lutz	350	+	—	+	+	1.000	40	4,0
Campinas	80	—	+	+	—	110	21	19,0
Sorocaba**	10	—	+	—	+	66	3	4,5
D. Federal								
Sobradinho	...	—	+	+	—	—	—	100,0

** Base de planejamento

controle de qualidade seja exercido com rigor pelo nível central.

As ações educativas são realizadas sob a forma de palestras nas unidades da rede básica em quatro estados (21,0%); os restantes (79%) não desenvolvem nenhuma prática educativa (Tabela 2).

Quanto ao profissional que realiza, preferentemente, o procedimento da colheita do material cervico-uterino: o médico, em doze estados (63,1%); o pessoal de enfermagem, em quatro estados (21%); tanto o médico como o pessoal de enfermagem, em três estados (15,7%) (Tabela 2).

Quanto ao local de colheita (única, dupla ou tríplice), verifica-se que: Um (5,2%) estado não tem uniformidade na colheita, inclusive com variações entre as unidades da rede básica; Seis (31,5%) realizam colheita dupla; seis (31,5%) fazem colheita única; a colheita tríplice, recomendada pela OPAS/MS, também apresenta um percentual de 31,5% (Tabela 2).

Nesta avaliação, verifica-se que a preservação das amostras para exame citopatológico é realizada adequadamente em 94,7% dos estados; apenas um laboratório (Espírito Santo), necessita ajustar a fixação das preparações (Tabela 2).

O estudo inicial das preparações citopatológicas é realizado por técnicos de nível médio (cito-

técnico) em 15 laboratórios (78,9%), orientação ideal para o programa (Tabela 3).

Os demais estados (21,0%), Ceará, Rondônia, Mato Grosso do Sul e Sobradinho (DF) não utilizam técnicos de nível médio.

Dos 19 laboratórios avaliados apenas nove (47,3%) dispõem de algum arquivo para as preparações citológicas e relatórios; nos demais (52,6%) o material é "guardado" ou "descartado" para reaproveitamento (Tabela 3).

Quanto a este aspecto, o Manual de Normas Técnicas do M.S. (1980) recomenda: arquivar todos os resultados emitidos; arquivar as preparações citológicas positivas por tempo indeterminado e os negativos devem ser descartados em dois anos; arquivo específico para os casos positivos com a histopatologia correspondente.

Em 1972, a Organização Mundial de Saúde publicou uma nomenclatura específica para os resultados citopatológicos, que permite a comparabilidade com os diagnósticos histopatológicos. Esta nomenclatura é recomendada desde então pelo M.S.; entretanto observa-se que apenas 47,3% dos laboratórios utilizam a nomenclatura preconizada. Em 36,8% os resultados são emitidos segundo as rubricas de Papanicolaou, original ou modificada e associadas a termos histopatológicos.

TABELA 2: Avaliação do desempenho dos laboratórios de referência à Rede Básica de Saúde, em unidades federativas, quanto às ações educativas e procedimentos de colheita de material

ESPECIFICAÇÃO U. FEDERATIVAS	AÇÕES EDUCATIVAS	PROFISSIONAL MÉDICO	ENFERMAGEM	PROCEDIMENTO DE COLHEITA TIPOS			
				ÚNICA	DUPLA	TRÍPLICE	OUTROS
Sergipe	—	+	—	—	+	—	—
Alagoas	—	+	—	—	—	—	+
Pernambuco	—	—	+	—	—	+	—
R. G. Norte	—	+	—	—	—	+	—
Ceará	—	+	—	—	—	+	—
Piauí	+	—	+	+	—	—	—
Pará	—	+	—	—	—	+	—
Amazonas	—	+	—	+	—	—	—
Rondônia	—	+	—	—	+	—	—
M. G. Sul	—	+	—	—	+	—	—
Paraná	—	+	—	+	—	—	—
Santa Catarina	+	—	+	+	—	—	—
R. G. Sul	+	+	—	+	—	—	—
Espírito Santo	—	+	—	—	+	—	—
São Paulo							
Adolfo Lutz	—	+	—	—	+	—	—
Campinas	—	+	+	—	+	—	—
Sorocaba	—	+	+	+	—	—	—
D. Federal							
Sobradinho	—	+	+	—	—	+	—
Minas Gerais	+	—	+	—	—	+	—

Em três laboratórios (15,7%) utiliza-se somente a classificação de Papanicolaou (Tabela 3).

Os laboratórios de referência avaliados ressentem-se da falta de mecanismos de controle de qualidade. Este deve ser exercido em vários níveis desde a colheita do material e sua preservação, o procedimento técnico, a interpretação do diagnóstico, o tratamento e o seguimento dos casos positivos até o controle dos negativos inscritos na atividade. Da organização e administração depende a garantia da validade dos resultados.

Em relação ao tempo dispendido entre a colheita do material e a emissão dos resultados, verifica-se que em oito laboratórios (42,1%) o tempo médio gasto foi de 8 dias entre as duas etapas, período ideal para um bom fluxo entre a colheita e os resultados. Em 15,7% de 10 a 15 dias, e em 31,5% de 20 a 30 dias ou mais (Tabela 3).

O diagnóstico associado da citopatologia com o da microflora é realizado em nove laboratórios (43,3%), embora não utilizem nomenclatura padronizada (Tabela 4).

A colposcopia e biópsia são realizadas em todos os estados (Tabela 4).

Em que pese o fato de que 100% das unidades

de apoio reavaliem os casos detectados com exames complementares, colposcopia e biópsia, o estudo histopatológico somente é realizado em nove (43,3%) e destes, somente quatro (Ceará, Piauí, Paraná e Campinas) apresentam possibilidade de confrontar os resultados. Esta situação deve-se provavelmente a não existência de maior articulação com o apoio histopatológico, mesmo em laboratórios, como, por exemplo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais que possuem histopatologia no laboratório de citopatologia (Tabela 4).

O estudo se concentra na produtividade esperada e observada, considerando a produção anual ideal do citotécnico (9.600 exames) na relação citotécnico/citopatologista, e no potencial de expansão de cada laboratório (Tabela 5).

A capacidade operacional não foi plenamente utilizada em nenhum laboratório; o potencial de expansão variou de 22% (Santa Catarina), a 4.552% em Rondônia (Tabela 5).

O Ministério da Saúde recomenda a composição ideal do pessoal por nível profissional, como de um citopatologista para cada três citotécnicos.

Apenas três laboratórios (Alagoas, Rio Grande do Sul e Paraná) apresentaram a relação citopatologista/citotécnico de acordo com o parâmetro preconizado (Tabela 5).

TABELA 3: Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência para a Rede Básica de Saúde, em algumas unidades federativas, quanto à organização e método, 1984.

ESPECIFICAÇÃO U. FEDERATIVAS	ESCRUTÍNIO		ARQUIVO SIM	NOMENCLATURA CITOPATOLÓGICA			CONTROLE QUALIDADE	TEMPO GASTO COLH./RESULT. (DIAS)
	CT	CP		OMS-1972	PAP	OUTROS		
Sergipe	+	-	+	+	-	-	-	15
Alagoas	+	-	-	+	-	-	+	15
Pernambuco	+	-	+	+	-	-	-	8
R. G. do Norte	+	-	-	+	-	-	+	8
Ceará	-	+	-	-	+	-	-	8
Piauí	+	-	+	-	-	+	+	8
Pará	+	-	-	+	-	-	+	+30
Amazonas	+	-	+	-	-	+	+	7
Rondônia	-	+	+	-	-	+	-	20/30
M. G. Sul	-	+	-	-	-	+	-	10
Paraná	+	-	+	-	+	-	+	30
Santa Catarina	+	-	-	+	-	+	-	30
R. G. Sul	+	-	-	+	-	-	+	30
Espírito Santo	+	-	-	-	-	+	-	30
Minas Gerais	+	-	+	+	-	-	-	8
D. Federal								
Sobradinho	-	+	-	+	-	-	-	8
São Paulo								
Adolfo Lutz	+	-	+	-	-	+	-	8
Campinas	+	-	+	-	-	+	+	20
Sorocaba	+	-	-	-	+	-	-	8

TABELA 4: Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência à Rede Básica de Saúde, em algumas unidades federativas, quanto à idade mínima de procura da atividade, apoio de diagnóstico, 1984.

UNIDADES FEDERATIVAS	MICROBIOLOGIA VAGINAL	COLPOSCOPIA BIÓPSIA	HISTOPATOLOGIA	CP/HP CORRELAÇÃO
Sergipe	+	+	-	Prejudicada
Alagoas	+	+	-	Prejudicada
Pernambuco	+	+	-	Prejudicada
R. G. Norte	+	+	+	Regular
Ceará	-	+	+	Boa
Piauí	-	+	+	Boa
Pará	+	+	-	Prejudicada
Amazonas	+	+	+	Prejudicada
Rondônia	+	+	+	Prejudicada
M. G. Sul	-	+	-	Prejudicada
Santa Catarina	-	+	+	Prejudicada
Paraná	+	+	+	Boa
R. G. Sul	+	+	+	Regular
Espírito Santo	-	+	-	Prejudicada
São Paulo				
Adolfo Lutz	-	+	+	Regular
Campinas	-	+	+	Boa
Sorocaba	-	+	+	Regular
Minas Gerais	-	+	-	Prejudicada
D. Federal				
Sobradinho	-	+	+	Regular

Quatro laboratórios (Pará, São Paulo-Campinas, Espírito Santo e Minas Gerais) necessitariam de pessoal de nível superior a fim de atender à proporção preconizada (Tabela 5).

Dois laboratórios, Rondônia e Sobradinho (Distrito Federal), não trabalham com citotécnicos, o primeiro por carência local deste profissional e o último por não aceitar o profissional de nível médio para a escrutinação (Tabela 5).

A não utilização do citotécnico resulta em produtividade mais baixa, já que a jornada diária do pessoal universitário é menor do que a de nível médio, com salários mais elevados, fazendo com que o custo operacional de caso examinado se torne mais oneroso.

Agrupamos os laboratórios segundo potencial de expansão em quatro categorias, a saber:

- Baixo — de 0 a 100%
- Médio — de 101 a 200%
- Alto — de 201 a 300%
- Muito alto — acima de 301%

Situações das mais diversas se identificam nos laboratórios que apresentam menor ou maior utilização da capacidade operacional (Tabela 6):

- Baixo potencial de expansão:

a) O laboratório de Santa Catarina dispõe de recursos humanos razoáveis, de nível central e regional, com a programação do controle do cân-

cer cérvico-uterino na Rede Básica de Saúde desenvolvida em 30% de suas unidades. Estas condições permitem que o laboratório possa utilizar quase que plenamente a sua capacidade operacional;

b) Por outro lado, em São Paulo, o laboratório Adolfo Lutz também oferece um baixo potencial de expansão, em que pese haver carência de pessoal no laboratório. Entretanto, o que ocorre é que somente 4% das unidades de saúde da Rede Básica da Grande São Paulo realizam exames preventivos, logo a demanda é pequena, e o laboratório apesar de deficiente é suficiente para o atendimento solicitado;

c) No Rio Grande do Sul ocorre uma situação semelhante à anterior; os recursos humanos e a infra-estrutura não permitem atender mais que 10% da Rede Básica de Saúde;

d) Mato Grosso do Sul e Minas Gerais também apresentam as mesmas características;

e) No Ceará, por exemplo, o laboratório não atende à Rede Básica de Saúde, somente realiza exames preventivos da clientela do Instituto de Prevenção do Ceará; conseqüentemente a capacidade operacional é bem utilizada.

As demais categorias, médio, alto e muito alto, refletem uma demanda insuficiente. Com relação aos recursos humanos por nível profissio-

TABELA 5: 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 U. FEDERATIVA	PRODUTIVIDADE		RECURSOS HUMANOS			POTENCIAL/EXPANSÃO %
	ESPERADA	OBSERVADA	Nº CP	CT	RELAÇÃO (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

TABELA 6: Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência da Rede Básica de Saúde nas unidades federativas, quanto ao percentual do potencial de expansão, em categorias.

UNIDADES FEDERATIVAS	POTENCIAL DE EXPANSÃO	CATEGORIAS
Santa Catarina	22,5	
São Paulo (Adolfo Lutz)	27,4	
Rio Grande do Sul	25,2	Baixo
Minas Gerais	37,1	
Mato Grosso do Sul	77,8	
Ceará	99,0	
Pernambuco	114,4	
São Paulo (Campinas)	108,0	Médio
São Paulo (Sorocaba)	134,9	
Rio Grande do Norte	162,8	
Pará	208,1	
Alagoas	246,3	Alto
Sergipe	233,0	
Paraná	206,7	
D. Federal (Sobradinho)	305,0	
Espírito Santo	448,7	Muito alto
Piauí	513,8	
Amazonas	864,9	
Rondônia	4.652,8	

nal, têm distribuição distorcida, ora com a predominância de pessoal universitário, ora não utilizando adequadamente o pessoal de nível médio. Estas deficiências resultam em uma não utilização do potencial operacional dos laboratórios.

— Médio potencial de expansão:

a) Em Campinas (São Paulo) o laboratório atende a clientela da Universidade e demanda de 19% das unidades de Saúde da Rede Básica do Município;

b) Em Sorocaba o percentual de atendimento da Rede Básica é muito pequeno (4,5%), e o laboratório necessita de uma infra-estrutura mais adequada para aumentar a produtividade;

c) No Rio Grande do Norte a situação é a mesma: atende apenas 13% das unidades da Rede Básica de Saúde.

— Alto e muito alto potenciais de expansão:

Os laboratórios que foram colocados nesta categoria não teriam no momento possibilidade de aumentar a produtividade, somente o fazendo com uma reestruturação geral.

Os laboratórios de um modo geral refletem a demanda insuficiente, a carência de recursos humanos, o desajuste no parâmetro relativo ao citopatologista/citotécnicos, ora predominando maior número de citopatologistas, ora de cito-

técnicos. Dessa forma é prudente identificar a situação de cada laboratório a fim de estimular a produtividade laboratorial.

Analizamos o percentual de casos inadequados em relação aos diagnósticos emitidos pelos laboratórios. A escolha deste indicador deve-se ao fato de ter sido a única informação relativa à qualidade do diagnóstico que pôde ser coletada (Tabela 7):

a) apenas um laboratório (5,2%), Pernambuco, apresentou o percentual de inadequação além do desejado, tanto em 1982 como em 1984 (8,9% e 7,4% respectivamente) indicando falhas quer a nível do laboratório (processamento técnico) quer a nível de colheita;

b) oito laboratórios (42,1%) não registraram este tipo de diagnóstico;

c) os 10 restantes (52,6%) apresentam o percentual de material inadequado de acordo com o esperado, isto é, até 7%.

É importante assinalar que esta última situação deve ser vista com reserva, considerando que em alguns estados somente os casos encaminhados pelos citotécnicos são revisados pelo citopatologista, como foi observado no laboratório de Sergipe. Neste laboratório não são anotados resultados de citologia normal, sugerindo a necessidade na revisão dos diagnósticos. Em Santa Catarina, o percentual de material inadequado, tan-

TABELA 7: Avaliação dos laboratórios de citopatologia de referência para a Rede Básica de Saúde, em unidades federativas, quanto ao percentual de diagnósticos citopatológicos inadequados nos anos de 1982 e 1984.

U. FEDERATIVAS	1982		1984	
	N.º	%	N.º	%
Sergipe	23	0,2	2	0,0
Alagoas	225	2,7	5	2,5
Pernambuco	4.035	8,9	3.961	7,4
R. G. Norte	...	...	198	5,9
Ceará	...	...	...	...
Piauí	85	1,8	...	...
Pará	...	...	161	1,0
Amazonas	107	4,8	380	5,5
Rondônia	6	0,1	...	...
M. G. do Sul	174	4,6	...	...
Paraná	442	5,3	222	4,8
Santa Catarina	248	0,4	498	0,8
R. G. do Sul	1.598	3,9	571	1,1
Espírito Santo	70	0,1	322	4,6
São Paulo:				
Adolfo Lutz	32	0,4	...	...
Campinas	1	...	10	0,9
Sorocaba	...	...	...	...
D. Federal				
Sobradinho	...	...	...	...
Minas Gerais	...	...	...	...

to em 1982 (0,4%) como em 1984 (0,8%), foi muito baixo; é neste estado que se encontra um laboratório regional com citotécnicos trabalhando sem a supervisão direta do citopatologista. A avaliação fica prejudicada uma vez que não há supervisão técnica. No Espírito Santo, a equipe de citotécnicos não somente é responsável pela rotina laboratorial, como inclusive por todos os relatórios; o percentual de inadequado em 1982 foi de 0,1 e em 1984 de 4,6. Assim sendo, nesta avaliação este indicador não merece confiabilidade, demonstrando a ausência de um Sistema de Controle de Qualidade das atividades laboratoriais.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista os achados na avaliação realizada em dezenove laboratórios de citopatologia das Unidades Federativas, conclui-se que:

1 — Nível de Unidade de Saúde:

a) A Rede Básica de Saúde se ressentiu de uma prática educativa voltada para as ações de controle do câncer cérvico-uterino, uma vez que somente dois estados (16%) realizam alguma orientação de caráter educativo.

b) O procedimento de colheita do material é feito pelo médico em 12 estados (63,1%). O pessoal de enfermagem praticamente não é envolvido nesta atividade, necessitando de treinamento adequado, com definição das atribuições pertinentes a este profissional.

c) Há ausência da padronização em relação ao tipo de colheita, inclusive as diferenças ocorrem por vezes entre as unidades do próprio estado, por exemplo, em Alagoas e Sergipe, entre outros.

d) Somente em um estado — Espírito Santo — a fixação de material não é adequada; nos demais é satisfatória.

e) Em oito estados (42,1%) Pará, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Paraná, São Paulo (Campinas) — o fluxo ocorrido entre a colheita do material na unidade e a emissão dos resultados nos laboratórios necessita ser revisto com vistas a reduzir o tempo gasto entre as duas etapas.

f) A expansão da atividade se faz necessária, considerando o baixo percentual de unidades das redes estaduais que a desenvolvem, com variações entre 0,6% (Piauí) a 36,3% (Santa Catarina).

g) O controle do câncer de mama praticamente inexistente; quando realizado, o é de forma esporádica em clientes de "risco", sem sistematização, com exceção de Minas Gerais que apesar de realizar esta atividade em poucas unidades, somente na região metropolitana o faz de forma satisfatória.

2 — Nível de Laboratório.

a) Os laboratórios sediados nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (52,6%) apresentam melhor desempenho do que aqueles que trabalham isolados, como em Sergipe, Rio Grande do Norte, Amazonas, Rondônia e Distrito Federal (Sobradinho).

b) Devem ser revisados os laboratórios quanto à sua planta física, condições ambientais, equipamentos, etc. Cinco estados (26,3%) apresentaram laboratórios com área física inferior a 45m².

c) Sete laboratórios (36,8%) de localização central e regional necessitam de centralização dos resultados, e implantação de efetivo sistema de controle de qualidade.

d) O escrutínio (leitura inicial) é realizado pelo citotécnico em 78,9% dos laboratórios. Necessita-se de uma revisão no quadro de pessoal por nível profissional, a fim de ajustar a relação citopatologista/citotécnico ao parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde (1:3).

e) Os laboratórios necessitam de arquivos para os relatórios e preparações, com adequada organização.

f) Necessitam igualmente padronizar os sistemas de nomenclatura para os diagnósticos citopatológicos e da microflora.

g) O controle de qualidade, quando realizado, o é de forma precária, informal, sem utilização de instrumentos adequados.

h) O diagnóstico histopatológico é realizado somente em 21% dos laboratórios de uma maneira satisfatória; nos demais o apoio da histo-

patologia é informal, não permitindo uma análise comparativa entre as duas técnicas de exame.

i) A capacidade operacional de cada laboratório merece ser examinada para identificação dos pontos de estrangulamento e viabilização dos meios para que os laboratórios utilizem plenamente a sua capacidade operacional.

3 — Recursos Humanos.

Os recursos humanos necessitam de apoio quanto à formação, qualificação e habilitação, bem como um processo de sensibilização para o valor das medidas preventivas.