

## Seminário sobre controle do câncer cérvico-uterino e de mama

---

### RELATÓRIO FINAL

As ações de controle do câncer cérvico-uterino e de mama devem assumir graus maiores de prioridade nas atividades dos serviços de saúde, tendo em vista a sua situação epidemiológica e a possibilidade de exercer impacto favorável em seu comportamento.

O precário nível de desenvolvimento das ações está fortemente associado a problemas gerais que dizem respeito à estrutura e funcionamento do sistema de saúde ainda predominante no país, de modo geral. Esses problemas envolvem, entre outros, a inadequação dos serviços à resolução dos problemas de saúde mais prevalentes; a falta de coordenação institucional e programática entre os diversos prestadores de serviços, e mesmo no âmbito de cada instituição; a baixa remuneração dos profissionais e baixa eficiência dos serviços; a escassa participação dos técnicos na elaboração dos planos e programas e pouca circulação de informação; relações autoritárias com a população, clientelismo político e excessiva burocratização; privilégios do setor privado; pequena autonomia dos órgãos locais e regionais.

A expansão e aperfeiçoamento das atividades de controle do câncer cérvico-uterino e de mama de forma sólida, não serão possíveis de maneira isolada da progressiva resolução dos problemas apontados. Por outro lado, o momento de transição vivido pelo país também torna oportuna a formulação clara de propostas mais diretamente relacionadas à atividade.

Nesse sentido, os debates ocorridos durante o Seminário permitiram formular as seguintes conclusões e recomendações:

1. A expansão das atividades de controle do câncer na mulher deve ser visualizada no âmbito da assistência integral à saúde. Isso se justifica não apenas por melhorar a eficiência e efetivida-

de das ações, mas também pelas limitações, exaustivamente apontadas nas discussões mais modernas na área de saúde, de programas verticais e da assistência prestada de modo compartimentado. Para isso, no entanto, é necessário vencer a desinformação e as resistências que impedem a integração das atividades em cada instituição.

2. Considera-se que o estágio rudimentar em que se situa o controle do câncer cérvico-uterino e de mama no país exige uma abordagem ampla de articulação e estratégias entre as diversas instituições. A formação de grupos técnicos interinstitucionais, no âmbito das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS) e Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), é um caminho apropriado para a programação e avaliação em conjunto, pelas diferentes instituições, das ações de controle, o que permitirá dar conteúdo programático às estruturas das Ações Integradas de Saúde. Essas vêm evoluindo em graus diferentes no país, sendo fundamental apoiá-las e valorizar o papel dos Estados e Municípios na condução dos programas de saúde.

3. No momento, considera-se que a detecção precoce do carcinoma cérvico-uterino deve ser dirigida a todas as mulheres com vida sexual ativa, recomendando-se o exame citológico anual. A palpação clínica das mamas e a divulgação da técnica de auto-exame devem ser dirigidas a todas as mulheres adultas.

4. O aumento da cobertura é de importância fundamental. O primeiro passo é conseguir atingir a expressiva clientela de mulheres que já frequenta os serviços de saúde pelos mais variados motivos.

No momento, campanhas pelos meios de comunicação de massa seriam contra-indicadas; a

melhoria da qualidade dos serviços prestados por si implicará em importante demanda adicional. Tanto nos primeiros momentos como em esforços subseqüentes para o aumento de cobertura, é fundamental o equacionamento prévio das necessidades de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo prioritária a utilização da capacidade instalada do setor público e filantrópico vinculado ao Sistema Integrado de Controle do Câncer.

5. Entender as neoplasias do colo do útero e de mama como problemas de saúde pública e, portanto, sujeitas a ações definidas de controle implica necessariamente em redefinir os termos das relações com o setor privado que presta serviços à Previdência Social, no que diz respeito à supervisão do cumprimento de normas técnicas e à integração ao sistema de informação.

6. É importante assegurar a provisão contínua dos medicamentos necessários ao tratamento das doenças inflamatórias na rede básica para garantir a credibilidade do programa e o respeito a seu enfoque integral. É igualmente importante aumentar a capacidade resolutive de unidades intermediárias da rede básica através da realização de procedimentos menos complexos de diagnóstico e terapêutica (como colposcopia, biópsias e cauterizações), para desobstruir os níveis terciários e facilitar a referência e a contra-referência.

7. Nenhum resultado efetivo será alcançado se os casos detectados no escrutínio não forem convenientemente confirmados, tratados e acompanhados. Quanto a esse aspecto, a situação atual é muito precária, desconhecendo-se inclusive a exata magnitude da evasão existente. É preciso formalizar e desburocratizar a referência e contra-referência de pacientes e de informação e eliminar as diferenças de acesso, segundo o tipo de clientela (previdenciários X não previdenciários, urbana X rural).

8. É recomendável a máxima centralização possível dos recursos laboratoriais tendo em vista a diminuição dos custos operacionais e a possibilidade de efetuar o controle de qualidade e a formação e reciclagem de recursos humanos. O laboratório central deve assumir a responsabilidade do controle de qualidade e da centralização da informação dos demais laboratórios, inclusive da rede privada vinculada ao programa.

9. A situação atual dos laboratórios torna prioridade imediata o estabelecimento de sistemas claros e rotineiros de controle de qualidade de seu funcionamento, que levem em conta, por exemplo, a necessidade de revisão sistemática pelo citopatologista do escrutínio realizado pelos citotécnicos, da padronização de critérios

diagnósticos e da nomenclatura e da correlação cito-histopatológica. Para a efetivação dessa última, podem ser criados mecanismos de articulação e reforço dos serviços de histopatologia já existentes regionalmente (como, por exemplo, os universitários) através de repasse de recursos humanos, material de consumo ou equipamentos.

10. O Ministério da Saúde deve contribuir para estudos que visem a computadorização dos sistemas de informação dos laboratórios, o que permitirá melhorar a relação custo/benefício, subsidiar mais eficazmente as atividades de seguimento dos casos e permitir a padronização e consolidação dos resultados em nível nacional.

11. Os formulários e instrumentos de registro devem ser adequados à avaliação das atividades e padronizados de forma a permitir comparabilidade dos dados. Sua implantação não pode ser burocrática, por ser ineficaz, havendo a necessidade de esclarecimento e treinamento dos responsáveis pelo seu preenchimento. A informação processada e analisada deve retornar aos diversos níveis do sistema. É importante realizar processamento e análise de resultados também de forma desagregada (regiões, municípios) para detectar possíveis diferenças quanto à qualidade da colheita e freqüência dos diversos diagnósticos.

12. Tendo em vista o importante peso da Previdência Social na prestação de serviços médicos no país, é inaceitável que a DATAPREV persista com as características de um sistema de controle exclusivamente contábil, devendo fornecer os subsídios necessários à programação e avaliação das atividades. Em termos imediatos, sugere-se o processamento desagregado dos dados referentes aos exames citopatológicos realizados nas redes próprias, contratada e conveniada.

13. O aperfeiçoamento e revisão periódica das normas técnicas de diagnóstico e terapêutica devem contar com a participação de especialistas como tocoginecologistas, oncologistas e citopatologistas. Devem indicar diretrizes, nesse âmbito, para todas as etapas da história natural das doenças e para os diferentes níveis de assistência.

14. Para possibilitar o monitoramento adequado do impacto epidemiológico das ações de controle, é necessário o estabelecimento de vínculos mais estreitos do programa com o subsistema de informação de mortalidade do Ministério da Saúde e a consolidação dos registros de morbidade, como o Registro Nacional de Patologia Tumoral, e os registros de câncer de base populacional e hospitalar.

15. Em relação à quantidade e qualidade de

profissionais integrantes da equipe de saúde, é consenso que toda a equipe deve ser envolvida nas atividades básicas de atenção integral à saúde da mulher. A definição de competências específicas de cada tipo de profissional deve ser feita de acordo com as características e necessidades de cada área.

16. Do ponto de vista conceitual, entende-se que a capacitação da equipe de saúde deve estar voltada para uma mudança de atitude dos profissionais, garantindo um novo enfoque da assistência à mulher. Quanto às necessidades concretas de capacitação foram apontadas: o estímulo à formação e reciclagem de citotécnicos e a atualização de médicos, inclusive em relação a técni-

cas de colposcopia. É necessário, ainda, que o enfoque das atividades de controle como parte da assistência integral à saúde da mulher estenda-se inclusive aos cursos de graduação, no sentido de influir desde já na capacitação dos futuros profissionais. Dessa forma, deve-se buscar a integração com as Universidades no desenvolvimento das ações.

17. Com relação aos aspectos educativos, os serviços públicos devem assumir o desenvolvimento dessas atividades em todos os níveis. É necessária a busca de novas metodologias, com relações dinâmicas na troca de saberes, e que os conteúdos sejam definidos a partir das necessidades e características regionais das populações.