

Instituto Nacional de Câncer

Avaliação do Programa de Diagnóstico Precoce

TELMA RUTH SILVEIRA

Coordenadora da Comissão de Auditoria Médica

ELVIRA MARIA CARVALHO NOVAES

LEILA RAMOS VENÂNCIO

VANDA D'ACRI SOARES

Sanitaristas. Membros da Comissão de Auditoria Médica

INTRODUÇÃO

Foram analisados 242 prontuários, correspondendo a uma amostra de 30% do universo hospitalar em questão: este universo era constituído dos pacientes que se matricularam no programa de diagnóstico precoce entre dezembro/80 (início do programa) e março/81. A distribuição dos pacientes sorteados para a amostra, segundo o mês de matrícula, foi a seguinte

dezembro — 26 pacientes
janeiro — 113 pacientes
fevereiro — 46 pacientes
março — 57 pacientes.

A proporção de pacientes inscritos no período inicial do programa é semelhante ao outro período (fevereiro e março), podendo-se supor, portanto, que estariam neutralizados os possíveis erros e distorções oriundos de um processo inicial de implementação do programa.

O objetivo do estudo foi avaliar a eficiência e eficácia do programa quanto ao principal propósito — quantificar os casos de câncer detectados, bem como avaliar o grau de cumprimento das rotinas estabelecidas.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Em relação às características individuais, 94% dos pacientes da amostra são

mulheres, confirmando levantamento anteriormente realizado (88,4% de mulheres). A distribuição segundo sexo e idade é visualizada no quadro em anexo.

Entre as mulheres, 67% correspondiam àquelas pertencentes às faixas etárias referentes ao período reprodutivo, o que pode evidenciar uma maior preocupação e interesse na preservação da saúde nesta etapa da vida

QUADRO I
Distribuição dos Pacientes Matriculados no Programa
Diagnóstico Precoce, Segundo Sexo e Idade
INCa. — 1981

FAIXA ETÁRIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
15 a 24 anos	3	21.4	33	14.5	36	14.9
25 a 34 anos	1	7.1	61	26.8	62	25.6
35 a 44 anos	2	14.3	59	25.9	61	25.2
45 a 54 anos	1	7.1	46	20.2	47	19.4
55 a 64 anos	4	28.6	19	8.3	23	9.5
65 e mais	1	7.1	6	2.6	7	2.9
ignorada	2	14.3	4	1.8	6	2.5
TOTAL	14	100.0	228	100.0	242	100.0

feminina. Considerando as faixas etárias mais predispostas ao risco de contrair câncer de colo de útero e mama, verifica-se uma correspondência quanto à procura por esse tipo de serviço, isto é, 72,9% das mulheres correspondem a essa faixa etária.

O pequeno número de pacientes do sexo masculino prejudica qualquer análise quanto à distribuição por faixa etária.

Quanto às consultas demandadas, em média, foi seguida a rotina estabelecida no programa, isto é, sete clínicas consultadas, sem diferença importante entre os sexos e idades.

Quanto aos exames complementares previstos para o programa, verificou-se que 84% das mulheres se submeteram à citologia vaginal, cujos resultados demonstram alta frequência (81,3%) de processos inflamatórios. Não foi detectada nenhuma citologia com características de malignidade. Em relação à abnegrafia, 85,7% foram normais e apenas 12,6% destes exames geraram radiografias de tórax.

Observando-se o número e o tipo dos exames complementares solicitados, fica evidente uma tendência para a pesquisa de patologias não neoplásicas (por exemplo, úlceras duodenais, litíase biliar, infecção urinária, entre outras), fugindo ao objetivo central do programa. Supõe-se que o fato de cliente e médico estarem frente a frente, condiciona uma linha de investigação diagnóstica indiscriminada, visando a procura de solução do caso, independentemente de sua natureza benigna ou maligna.

Quanto ao diagnóstico, este só foi obtido em 59,1% dos casos. Noventa e dois por cento dos diagnósticos realizados foram referentes a patologias benignas, as mais variadas (por exemplo hemorróidas, verminose

infecção urinária, cervicite crônica, lesões dermatológicas etc.). Os dois únicos casos de câncer registrados na amostra já tinham sido diagnosticados e tratados anteriormente, fato este que por si só não justificaria sua entrada no programa de diagnóstico precoce, mas sim o atendimento dentro da rotina de controle ambulatorial.

Verificou-se também não haver uniformidade quanto aos critérios para definição da conduta a ser adotada em relação aos pacientes. Por exemplo, nos casos de displasia mamária, a conduta variou desde a matrícula da paciente no ambulatório a controles por períodos de três meses, seis meses e um ano, e mesmo a ausência de qualquer tipo de controle. Acrescenta-se que esta variação de conduta independia de fatores de risco, como por exemplo, a idade. O mesmo fato foi detectado em relação aos casos de hemorróidas.

Quanto ao destino dos pacientes, 68,7% dos casos foram encaminhados para o ambulatório do INCa e para controle (trimestral, semanal ou anual). Ao longo do tempo, isto virá a representar uma sobredemanda aos serviços, com a agravante de que a maioria dos casos são de patologias benignas, conforme já demonstrado. Contribuindo para esta situação, tem-se que esta demanda gerada ao nível da própria instituição tende a ser desordenada, dificultando qualquer tipo de planejamento dos serviços.

Outro dado importante diz respeito ao peso que as consultas de diagnóstico precoce têm no total de consultas das clínicas. Assim em maio/81, 84,5% das consultas da clínica de tórax foram para diagnóstico precoce o mesmo ocorrendo com clínica médica (52,5%) abdominopélvica (44,1%) e cirurgia plástica (39,0%). Este fato pode acar-

retar prejuízos para pacientes com câncer, em controle ambulatorial, através de um maior intervalo entre as consultas.

CONCLUSÕES

A tendência mundial dos técnicos de saúde em direção à prevenção das doenças tem resultado numa maior preocupação com o diagnóstico precoce do câncer. Entretanto, esta preocupação tem gerado polêmicas quanto à eficácia da detecção precoce na redução da morbidade e mortalidade por câncer. Contrapondo-se a esta eficácia, entendida como benefício, estariam os custos de tal procedimento, tanto o custo financeiro direto quanto o custo social (por exemplo a morbidade de acompanhamento de um falso-positivo) (1).

Ultrapassadas estas considerações, coloca-se em discussão que tipo ou quantos cânceres devem ser detectados. Segundo recomendações da *American Cancer Society* "um programa designado a ter todos os testes que podem detectar câncer oculto teria um custo financeiro direto de mais de 20 bilhões de dólares, cerca de duas vezes o total dos custos diretos de todos os cânceres". Assim, um passo primordial é o conhecimento da magnitude do câncer numa dada comunidade e a definição dos critérios de investigação: por doenças ou por fator de risco.

No caso do programa de diagnóstico precoce do Instituto Nacional do Câncer, o fato de não ter havido diagnóstico de patologias malignas novas na amostra não invalida o procedimento, uma vez que a incidência de câncer ainda não é tão generalizada que permita encontrá-lo com certa frequência num universo de 810 pacientes.

O programa se justifica se orientado por novos critérios (por exemplo, para determinados tipos de câncer), com

objetividade, uniformidade, e definido com base em dados de morbi-mortalidade.

Segundo a publicação da União Internacional de Combate ao Câncer (UICC) (2), o tratamento "precoce" parece ser melhor sucedido para câncer de mama e de cérvix. Seria o caso de analisar se esta recomendação conviria aos interesses específicos do INCa.

A questão da uniformidade na conduta com pacientes investigados no programa é essencial à medida que facilita a avaliação da eficácia pretendida. Isto implica na normatização de procedimentos e rotinas, na seleção dos testes cuja aplicabilidade deve levar em conta, além da sensibilidade, aspectos relativos a riscos e custos sociais.

Outra variável a ser analisada com cuidado diz respeito ao custo financeiro do programa. As características do INCa, centro de alta especialização e tecnologia refinada, fazem com que os custos, mesmo os das atividades mais simples, sejam elevados. Assim, o custo teórico de um paciente atendido no programa de diagnóstico precoce do Instituto, levando em consideração a rotina estabelecida (sete consultas, uma abreu-grafia e uma citologia vaginal), seria de Cr\$ 10.214,54, utilizando como base de cálculo os valores de custo do mês de julho/81.

Uma questão a ser discutida previamente é a validade deste tipo de programa ser desenvolvido por uma unidade até então de assistência

curativa, especializada e servindo de referência a outras instituições, quando já existem outros Serviços que fazem de longa data o diagnóstico precoce como atividade principal.

Deve-se, assim, avaliar a articulação interinstitucional visando a maior definição de atividades próprias e propiciando o máximo de benefícios com os menores custos possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guidelines for the Cancer-related checkup. *Ca - A Cancer Journal for Clinicians* 30 (4) Jul/Aug., 1980.
2. Screening in Cancer, *Report of the International Union Against Cancer*. 24-27, Ap. 1978.