

Ex. 3

ISSN 0034-7116

VOL. 31
Nº 3
SETEMBRO
1985

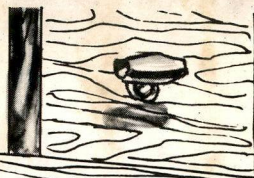
Revista Brasileira de Cancerologia



Número dedicado ao Seminário Nacional sobre
Controle do Câncer Cérvico-uterino e de Mama
Instituto Nacional do Câncer
Janeiro 1985

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia.



Clássico, mas... atual METICORTEN
PADRÃO EM CORTICOTERAPIA



Schering


Revista Brasileira de Cancerologia



Vol. 31

Nº 3

Setembro 1985

ÍNDICE

- 177 Editorial
- 179 A Experiência Mundial no Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama – Tendência e Problemas. *David Boyes*
- 185 Avaliação da Situação Atual das Ações de Controle. *Estela de Aquino.*
- 189 Estratégias de Integração à Assistência à Saúde da Mulher. *Eliana Taddei.*
- 191 Implantação das Ações Integradas no Município do Rio de Janeiro – O Trabalho em uma das Áreas de Planejamento. *Diana Maul de Carvalho.*
- 193 Aspectos Epidemiológicos no Brasil. *Eduardo Faerstein.*
- 199 Critérios para a Definição de Populações de Risco e da Periodicidade dos Exames. *Alan R. Hutchinson.*
- 201 Métodos e Indicadores de Avaliação das Atividades. *David Boyes.*
- 205 Programação e Avaliação das Atividades de Controle: A Experiência de Campinas. *Luiz Carlos Zeferino.*
- 211 Breve Introdução ao Tema. *José Aristodemo Pinotti.*
- 213 Avaliação da Rede Laboratorial das Secretarias Estaduais de Saúde. *Maria Mercês Pontes Cunha.*
- 221 Programa Integrado de Tecnologia em Citopatologia: Uma Experiência de Regionalização do Apoio Laboratorial. *Mário Jaconiani.*
- 223 Sistema Integrado de Controle do Câncer: Perspectiva de Organização da Assistência Hospitalar em Câncer. *Luiz Felipe Moreira Lima.*
- 225 Considerações Iniciais. *Eliana Taddei.*
- 227 A Experiência de São Paulo. *Elizabeth Meloni Vieira.*
- 229 A Experiência do Rio Grande do Sul. *Lygia Pratini de Moraes.*
- 233 A Experiência de Pernambuco. *Regina Maria Barbosa Addor.*
- 235 A Experiência de Goiás. *Ana Maria Costa.*
- 237 Relatório Final

REVISTA BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

EDITOR CHEFE:

Jorge Wanderley

EDITORES ASSOCIADOS:

Celso Werneck Ribeiro

Josélio Martins Franco

Luis Souhami

Roberto Alfonso Arcuri

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO:

Adalberto Broecker Neto

(Porto Alegre, RS)

Alfredo Daura Jorge

(Florianópolis, SC)

Antonio Geraldo Nascimento

(Rio de Janeiro, RJ)

Emílio Mitidieri

(Rio de Janeiro, RJ)

Haroldo Godim Juaçaba

(Fortaleza, CE)

Hiram Silveira Lucas

(Rio de Janeiro, RJ)

Jacob Kligerman

(Rio de Janeiro, RJ)

José Aristodemo Pinotti

(Campinas, SP)

José Baptista da Silva Neto

(São Paulo, SP)

Juvenal Antunes de Oliveira Filho

(Campinas, SP)

Miguel Srougi

(São Paulo, SP)

Milton Rabinowits

(Rio de Janeiro, RJ)

Sergio Edgard Allan

(Rio de Janeiro, RJ)

Sergio Luiz Faria

(Campinas, SP)

Sergio Petrilli

(São Paulo, SP)

Walter Roriz de Carvalho

(Rio de Janeiro, RJ)

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

João Ferreira Santos Neto

SECRETÁRIA:

Rosylene Garcês Moreira Lima

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

DIRETORIA

PRESIDENTE:

Luiz Carlos Calmon Teixeira – BA

VICE-PRESIDENTES:

Hiram Silveira Lucas – RJ

Alfredo Abrão – SP

Simão Grossmann – RS

Jean Chicre Miguel Bitar – PA

João Batista Ribeiro Simões – PB

SECRETARIA PERMANENTE:

SECRETÁRIO-GERAL:

Josef Stangl – BA

SECRETÁRIOS ADJUNTOS:

Dilson José Fernandes – BA

Jairo Poggi de Carvalho – PE

TESOURARIA:

Regina Stella C. T. Dias Lima – BA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

© 1985 Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

A Revista Brasileira de Cancerologia (ISSN 0034-7116) é uma publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

É editado um volume anual dividido em quatro números.
Impresso no Brasil.

Todos os direitos de cópia (Copyright) reservados © 1985
Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço editorial: Revista Brasileira de Cancerologia
Praça Cruz Vermelha, 23, sala 320
20230 — Rio de Janeiro — RJ
Brasil



Informações sobre o direito de cópia (Copyright). É condição para efeitos da publicação que os manuscritos enviados a esta Revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia sejam transferidos ao editor desde que aceito para publicação. Os direitos de cópia (Copyright) incluem os direitos exclusivos para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separata, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico, eletrostático, fita magnética, mecânico, por fotocópia, gravação ou qualquer outra sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (Copyright).

Outras revistas científicas e as publicações de sumários podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção de companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica em que eles sejam recomendados ou endossados pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer nem pela Sociedade Brasileira de Cancerologia.

A Revista Brasileira de Cancerologia (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada no Index Médico Latino-Americano — ISSN — 0034-7116

Planejamento visual, gráfico e editorial
EN — Editora Científica Nacional Ltda.
Av. Almirante Barroso, 97 — Grupo 701/703
Tels.: (021) 262-2825 — 262-2149 e 262-2247

ANAIS DO SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
RIO DE JANEIRO
29 a 31 de janeiro de 1985

Promoção:
Campanha Nacional de Combate ao Câncer
Instituto Nacional de Câncer
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
Ministério da Saúde

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Antonio Ivo de Carvalho
Dóra Chor de Souza Ribeiro
Eduardo Faerstein
Estela Maria Leão de Aquino

Secretária Executiva:

Maria Lucia Marques de Souza

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES:

Organização Panamericana de Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
Fundação das Pioneiras Sociais
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Superintendências Regionais)
Secretarias Estaduais de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Liga Feminina de Combate ao Câncer do Rio Grande do Sul
SOS Corpo de Recife
Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Instituto Materno-Infantil de Pernambuco
Cancer Control Agency of British Columbia — Canadá

PATROCÍNIO:

Organização Panamericana de Saúde

PARTICIPANTES:

Dr. Alan Robert Hutchinson
Director of Vancouver UBC area
Ministry of Health Province of
British Columbia (Canadá)

Dr. Alexandre Luís de Almeida Barros Neto
Departamento Técnico Normativo
Secretaria do Estado de Saúde (SP)

Dr. Alexandre Ravski
Superintendência Regional do INAMPS (MG)

Dr. Alfredo Luiz Lima Nogueira
Fundação das Pioneiras Sociais (RJ)

Dra. Ana Maria Costa
Gerente da Unidade Operacional da Mulher e da Criança
Secretaria de Estado de Saúde (GO)

Dra. Ana Maria Izquierdo de Izquierdo
Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico
Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (RS)

Dra. Ana Maria Sparvoli
Instituto de Ginecologia/UFRJ

Dr. Anthero Drummond Junior
Coordenador da Área de Doenças
Crônico-Degenerativas/Assessoria
Técnica de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde (MG)

Dr. Carlos Antunes Bertholasce
IMS/UERJ

Dr. Antonio Ferreira Pinho Neto
Superintendência Regional do INAMPS (PA)

Dr. Antônio Ivo de Carvalho
Divisão de Epidemiologia/INCa

Dr. Antonio Leopoldo Frota Magalhães
Chefe da Seção Médica da Divisão de Saúde
Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública/MS

Dr. Arilson de Figueiredo
Superintendência Regional do INAMPS (MT)

Sra. Brasileira Cordeiro Lopes
Departamento de Assistência à Saúde
Secretaria de Estado de Saúde (PR)

Dr. Carlos Alberto Komora Vieira
Diretor da Divisão de Assistência à
Saúde da Mulher e da Criança

Dr. Carlos Alves Diniz
Presidente da Comissão Regional de
Oncologia/INAMPS (AM)

Dra. Celina Maria Turchi Marcelli
Assessoria de Planejamento e Informática
Secretaria de Estado de Saúde (GO)

Dr. César Augusto Pereira
Fundação das Pioneiras Sociais (RJ)

Dr. César Cereja Chicaybom
Superintendência Regional do INAMPS (RJ)

Dr. David A. Boyes
Director of Cancer Control Agency of
British Columbia (Canadá)

Dra. Diana de Oliveira Fauches
Secretaria de Estado de Saúde (ES)

Dra. Diana Maul de Carvalho
Coordenadora da CEAP/AP 3.1
Ações Integradas de Saúde (RJ)

Dr. Djalma Antonino Oliveira
Coordenador Regional do Programa de Oncologia
Superintendência Regional do INAMPS (PE)

Dra. Dóra Chor de Souza Ribeiro
Divisão de Epidemiologia/INCa (RJ)

Dra. Dóris Motta Pellanda
GT-PAISM/MS

Dra. Ducigelda Rodrigues Casas
Coordenadora da CECOM/CA
Secretaria de Estado de Saúde (AC)

Dr. Eduardo Faerstein
Divisão de Epidemiologia/INCa (RJ)

Dr. Eduardo Levcovitz
Coordenador Regional da CNCC (RJ)

Dra. Eliana Taddei
Coordenadora do GT-PAISM/MS

Dra. Eliane Lopes de Santa Rosa
Secretaria de Estado de Saúde (MT)

Dra. Elisabeth Meloni Vieira
Departamento Técnico Normativo
Secretaria de Estado de Saúde (SP)

Sra. Elisabeth da Silva Jordão
Secretaria de Estado de Saúde (RJ)

Dr. Ernesto Mayer Rymer
INCa (RJ)

Dra. Estela Maria Leão de Aquino
Divisão de Epidemiologia/INCa (RJ)

Dr. Everaldo Sampaio de Almeida
Diretor da Divisão de Doenças Crônico-Degenerativas
Secretaria de Estado de Saúde (PA)

Dra. Fátima Aparecida Ribeiro
IMS/UERJ

Dra. Fátima Edilza Xavier de Andrade
Secretaria de Estado de Saúde (RN)

Dr. Fernando Monastério Virvez
INCa (RJ)

Dr. Gabriel Israel Filho
Coordenador Regional de Promoção à Saúde Individual
Superintendência Regional do INAMPS (SC)

Dr. German Mora
Consultor de Saúde Materno-Infantil
OPAS

Dra. Glaucia Maria de Sá Palmeira
Diretora da Casa Maternal Santa Mônica
Secretaria de Estado de Saúde (AL)

Dr. Giuseppe Sarto Souto Bezerra
Coordenador de Programa de Prevenção do Câncer
Secretaria de Estado de Saúde (PB)

Dr. Hans Joachin Wolff
Coordenador Médico Assistencial INCa (RJ)

Dra. Hildegard Stoltz
UFRJ

Dra. Ilsa Prudente Martins
Diretora do CICAM
Secretaria de Estado de Saúde (BA)

Dra. Iracema Barbosa Carneiro Leão
Superintendência Regional do INAMPS (SE)

Dr. Ismael Geraldo Valandro Schimtt
Coordenador Núcleo de Assessoramento em
Controle do Câncer Ginecológico
Superintendência Regional do INAMPS (RS)

Prof. Italo Baruffi
Federação Brasileira de Ginecologia e
Obstetrícia (FEBRASGO)

Prof. José Aristodemo Pinotti
Reitor da UNICAMP (SP)

Dr. José Carlos Tertuliano de Oliveira
IMS/UERJ

Dr. José de Anchieta Antas
Secretário Regional de Medicina Social
INAMPS (PB)

Dr. José Hiran da Silva Galo
Diretor da Divisão Médica
Hospital de Base de Rondônia
Secretaria de Estado de Saúde (RO)

Dr. José Idamar de Souza
Secretaria de Estado de Saúde (SE)

Dr. José Roberto Barreto Lins
Superintendência Regional do INAMPS (SP)

Dr. Julio Chaves
Chefe do Serviço de Ginecologia
Hospital Materno-Infantil do INAMPS (RS)

Dra. Kátia Maria Marabuco de Souza
Superintendência Regional do INAMPS (PI)

Dra. Lair Ribeiro
Superintendência Regional do INAMPS (BA)

Dra. Laudenes Brito Fernandes
Coordenadora Controle Câncer Cérvico-Uterino
Secretaria de Estado de Saúde (PI)

Sra. Laura Tavares Soares
Coordenadora da Divisão de Recursos Humanos
INCa (RJ)

Dr. Lauro Freitas Felício
IMS/UERJ

Dra. Lenice Gnocchi da Costa Reis
IMS/UERJ

Dr. Leonidas Alves da Silva
Diretor Clínico do Centro de
Controle de Oncologia
Secretaria de Estado de Saúde (AM)

Dra. Lourdes Sueiro Figueiredo
Secretaria de Estado de Saúde (MS)

Dra. Luciane Maria Oliveira Brito
Superintendência Regional do INAMPS (MA)

Dra. Lucianda Maria Lodi Ciuffo
Divisão Materno-Infantil
Secretaria Municipal de Saúde (Rio de Janeiro/RJ)

Dr. Luis Jorge Abrahão
INCa (RJ)

Dr. Luiz Carlos Zeferino
CECAN/UNICAMP (SP)

Dr. Luiz Felipe Moreira Lima
Assessoria de Planejamento/INCa (RJ)

Dra. Luiza Maria Figueiredo dos Santos
IMS/UERJ

Sra. Lygia Pratini de Moraes
Liga Feminina de Combate ao Câncer (RS)

Dr. Maciel Oliveira Martins
Superintendência Regional do INAMPS (RN)

Dra. Maria de Fátima de Moura Teixeira
IMS/UERJ

Sra. Maria de Fátima Ferreira
Secretaria de Estado de Saúde (RJ)

Dra. Maria de Fátima S. Marcelino
IMS/UERJ

Dra. Maria Luiza Pessoa Cavalcanti
INCa (RJ)

Dra. Maria José Figueira de Mello e Silva Medeiros
Hospital Aldenora Belo
Secretaria de Estado de Saúde (MA)

Dra. Maria Mercês Pontes Cunha
Assessoria Técnica/CNCC

Dra. Maria Rosa Kastner
INCa (RJ)

Dra. Mariette Van de Sande Silveira
Chefe de Serviço de Doenças
Crônico-Degenerativas
Secretaria de Estado de Saúde (SC)

Dr. Mário Jaconiani
Coordenador do Programa Integrado de
Tecnologia em Citopatologia
PITEC/INAMPS/CNCC (RJ)

Dra. Marlizete Leopoldina Bezerra Ferreira
Instituto Materno-Infantil de
Pernambuco (IMIP)

Dr. Maurício Alvin Dusi
Unidade de Anatomia Patológica e Citologia
Hospital de Base da Fundação
Hospitalar do Distrito Federal

Dr. Mauro César Luisi Barroso
IMS/UERJ

Dr. Milton dos Santos Freitas
Coordenador Regional de Administração e
Promoção de Saúde Individual/INAMPS (AC)

Dra. Miranete Trajano de Arruda
Coordenadora de Serviços Básicos
Secretaria de Estado de Saúde (PE)

Dra. Nelma Rocha Barbosa
Coordenadora das Atividades de Controle

do Câncer Cérvico-Uterino
Secretaria de Estado de Saúde (AP)

Dra. Nilcéia Neder Cardoso
Coordenadora da Região Metropolitana
Secretaria de Estado de Saúde (RJ)

Dr. Nils Gunnar Skare
Superintendência Regional do INAMPS (PR)

Dr. Oscar Freire
Fundação das Pioneiras Sociais (RJ)

Dr. Paulo Cesar Alves Carneiro
Hospital de Nova Iguaçu (RJ)

Dr. Pedro Jaimovich
Superintendência Regional do INAMPS (RJ)

Dr. Raimundo Augusto Veloso
Superintendência do INAMPS (GO)

Dr. Raimundo Porfírio Sampaio Neto
Comissão Regional de Oncologia
Superintendência Regional do INAMPS (CE)

Dra. Regina Maria Barbosa Addor
SOS – Corpo Recife (PE)

Dr. Ricardo Cardoso de Mello
Fundação das Pioneiras Sociais (RJ)

Dr. Ricardo Leão de Souza Zardo
Superintendência Regional do INAMPS (MS)

Dr. Roberto Gomes
Superintendência Regional do INAMPS (ES)

Dra. Telma Ruth da Silveira
Coordenadora de Pesquisa e Recursos Humanos
INCa (RJ)

Dra. Walkiria Duarte Serra
Presidente da Comissão Regional de Oncologia
Superintendência Regional do INAMPS (DF)

Dr. Wilson Arraes
Superintendência Regional do INAMPS (AL)

Dr. Wilson Franco Rodrigues
Secretaria de Saúde do Território Federal de Roraima

EDITORIAL

A Editoria da Revista Brasileira de Cancerologia, ao publicar os "Anais do seminário nacional sobre controle do câncer cérvico-uterino e de mama", realizado no Instituto Nacional de Câncer em 1985, pediu aos que o organizaram, que fizessem a apresentação do presente número. A eles, a palavra:

"O diagnóstico precoce do carcinoma cérvico-uterino, através da citologia vaginal, é atividade já desenvolvida no país de forma rotineira por várias instituições. Contudo, em recente avaliação realizada pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer, constatou-se que as Secretarias Estaduais de Saúde desenvolvem essas atividades em apenas cerca de 7% das 10.684 unidades da rede básica em todo o país. A cobertura das ações também revelou-se extremamente baixa, situando-se um pouco acima de 1% das mulheres de 15 anos ou mais, em 1983.

No âmbito da Previdência Social, as consultas ginecológicas realizadas em 1982 indicavam uma cobertura aproximada de apenas 15% da população feminina acima de 15 anos. Não se dispõe de informação referente à realização de exame citológico nessas consultas.

A incipiência das atividades de controle do câncer de mama torna-se ainda mais evidente quando se sabe que é a técnica de diagnóstico presuntivo mais simples, já que se resume à palpação clínica sistemática das mamas e à difusão das técnicas de auto-exame.

Pode-se concluir que elevados graus da magnitude, transcendência e vulnerabilidade somam-se para conferir a essas doenças alto grau de prioridade.

A Campanha Nacional de Combate ao Câncer, do Ministério da Saúde (CNCC/MS), vem dirigindo seus esforços no sentido da consolidação de sistema que dê conta, basicamente, das seguintes questões:

- abordagem do controle do câncer dentro de uma compreensão abrangente de sua história natural, contemplando ações de prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação;
- articulação dos recursos institucionais dos setores envolvidos na implementação dessas ações nas esferas públicas (federal, estadual e municipal) e privada.

No campo específico do câncer ginecológico, em 1980 a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD) efetuou a consolidação e difusão dos Manuais de Normas e Procedimentos para Controle do Câncer Cérvico-Uterino e a realização do Estudo da Situação dos Setores de Diagnóstico das Unidades Federadas (1980/1981). Os resultados dessa avaliação subsidiaram o desenvolvimento dos Cursos de Formação de Citotécnicos, no Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, que formaram 50 novos profissionais no período de 1982/1984.

A partir da delegação ao Instituto Nacional de Câncer das funções da DNDCD, na área câncer, em 1983, esse Instituto passou a desenvolver atividades no sentido de avaliar a situação epidemiológica das neoplasias de colo uterino e de mama e as ações de controle em curso no país.

A desejada expansão dessas ações, dentro de parâmetros aceitáveis do ponto de vista técnico e operacional, implica necessariamente no aperfeiçoamento de metodologia básica aplicável pelos órgãos executivos na programação, acompanhamento e avaliação das atividades. É necessidade sentida, ainda, a revisão dos manuais de normas e procedimentos atualmente em vigor, com ampla discussão dos parâmetros adotados com especialistas e técnicos envolvidos na execução das atividades.

Os resultados do processo de avaliação desenvolvido ao longo de 1984 indicam que a questão fundamental a ser enfrentada, em função da qual todos os esforços deverão convergir, é a ampliação dos níveis de cobertura, eficiência e eficácia das atividades de controle. Os grupos de alto risco deverão receber atenção prioritária, ao mesmo tempo em que se integra a atividade à assistência integral à saúde da mulher.

Considera-se que a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, tem papel fundamental na potencialização das ações de con-

trole do câncer cérvico-uterino e de mama, as quais, por sua vez, constituem-se em área imprescindível ao alcance dos objetivos do Programa.

Foi a partir desse contexto que se realizou, de 29 a 31 de janeiro de 1985, no Instituto Nacional de Câncer, o Seminário Nacional sobre Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama, promovido pela CNCC/INCa, PAISM e Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Cerca de 100 participantes se reuniram com o objetivo de promover o debate sobre questões prioritárias para o desenvolvimento das ações de controle no país e discutir estratégias de integração das atividades de controle às demais relativas à assistência integral à saúde da mulher.

Quanto à sua metodologia, o Seminário foi constituído de conferências e painéis que versaram sobre diversos temas que foram em seguida discutidos e aprofundados em reuniões de grupos de trabalho, organizados com a perspectiva de agregar os profissionais segundo as grandes regiões do país. Em cada sessão foram produzidos relatórios preliminares consolidados e aprovados em plenária final."

*A Comissão Organizadora
do Seminário sobre controle do Câncer
Cérvico-Uterino e de Mama.*

A EXPERIÊNCIA MUNDIAL NO CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA TENDÊNCIA E PROBLEMAS

DAVID BOYES¹

Cancer Control Agency of British Columbia – Canadá

INTRODUÇÃO

Tem-se observado nos últimos anos um grande interesse acerca da etiologia do câncer cérvico-uterino. À medida que este conhecimento seja aprimorado provavelmente haverá alterações nos meios de detecção da doença. Há pessoas que reconhecem o Papiloma vírus 16 como o que parece estar mais envolvido com o câncer de colo de útero, pois sua evidência nos casos dessa doença atinge uma porcentagem de 60 a 78%. Mas o interessante é que também se pode encontrar segmento do genoma do herpes tipo 2 praticamente na mesma porcentagem.

O "screening" para câncer de colo de útero através do exame citológico é ainda o melhor método para um programa de controle dessa neoplasia. O "screening" automatizado tem sido estudado já há algum tempo mas não se conseguiu atingir com ele a mesma eficácia que é alcançada pelo "screening" técnico. Portanto é importante que se mantenha o planejamento da atividade contando com citotécnicos.

Nunca é demais enfatizar uma das mais poderosas variáveis determinantes das populações de risco: o número de parceiros que uma mulher possui ou mesmo o comportamento de seu marido. Outros fatores — o fumo, a idade do início da atividade sexual — também são importantes, embora de menor significância. O início da atividade sexual antes dos 17 anos é também uma variável importante.

O PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER EM BRITISH COLUMBIA (B. C.) — CANADÁ

Sou Diretor da Agência de Controle do Câncer de B.C. e, para nosso programa, contamos com 20 clínicas onde são examinados novos e antigos pacientes. Não oferecemos tratamento cirúrgico (como no Brasil), mas radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e serviços de diagnóstico por toda a província. Um centro de pesquisas de 90.000 pés quadrados* nos auxilia em nossos serviços epidemiológicos.

Como temos uma pequena população — cerca de 2,3 milhões de habitantes, nossos problemas são bem mais simples que os aqui encontrados. Conseguimos registros quase perfeitos, cada caso de câncer é computado e qualquer registro de patologia que pareça errôneo, é verificado. A incidência de câncer em mulheres de B.C. tem se mantido estável desde 1971, o mesmo ocorrendo com relação à população masculina (Figuras 1a e 1b). Embora a imprensa tenha falado sobre "epidemia" de câncer, essa informação é um engano; o que tem se verificado é um aumento do número de pacientes examinados.

Câncer é basicamente uma doença de pessoas mais velhas (à exceção do câncer cérvico-uterino); cerca de 2/3 da população com câncer possuem, assim, uma idade média de 60 anos. Desde a II Guerra temos observado um aumento de expectativa de vida de 11% nos homens e de

* 580,5m²

¹Diretor. Consultor da Organização Panamericana da Saúde. Endereço para correspondência: 600 west 10th Avenue. Vancouver, B.C. — Canadá. V5Z 4E6.

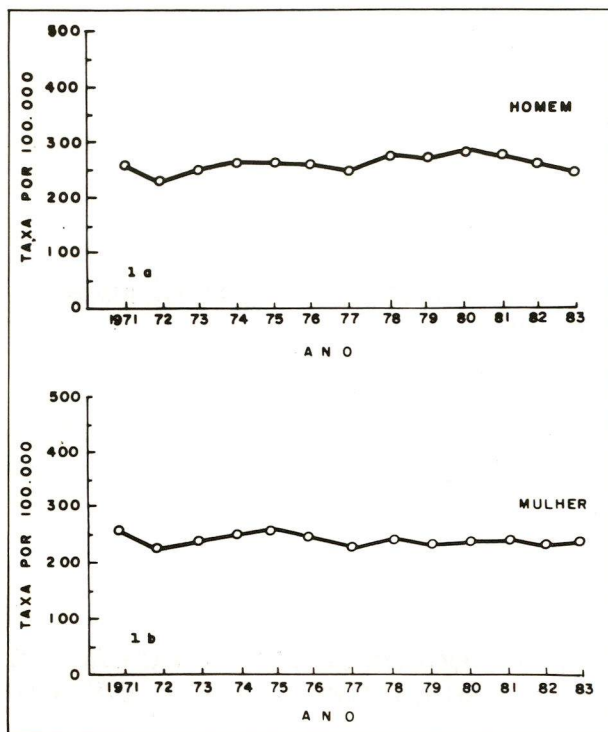


Figura 1 — Taxas de incidência padronizada para todos os cânceres diagnosticados em B. C., 1971-1983, em homens (1a) e mulheres (1b) (carcinoma epidermóide e basocelular da pele excluídos).

14% nas mulheres de mais de 60 anos em cada década. Dessa forma, ao deixar de morrer em idade mais jovem por outras doenças, um maior número de pessoas fica sujeito a desenvolver câncer.

Em relação ao carcinoma de colo-uterino, houve um significativo aumento inicial de casos "in situ" (Tabela 1), devido ao fato de estarmos realizando um número maior de exames citológicos. Países que não possuem um programa de controle de câncer têm observado um grande aumento de carcinoma invasivo em mulheres jovens. Portanto, iniciar e manter um programa é fator de suma importância, já que lidar com carcinoma "in situ" é bem melhor, menos dispendioso e com maiores chances de tratamento que trabalhar com carcinomas invasivos.

Em nossa realidade (Figura 2), a idade média de diagnóstico do carcinoma "in situ" é 34 anos; do microinvasivo, 43 anos; do carcinoma oculto, 48 anos e do carcinoma clínico, 52 anos. Este último grupo morre em média aos 55 anos, ou seja, três anos após o início do tratamento.

Consideramos uma importante lesão a displasia. Através de um estudo que realizamos (Tabela 2), notamos que provavelmente cerca de 2/3 das displasias persistem ou mesmo progridem para níveis piores, enquanto apenas aproximadamente 1/3 delas (displasias leves) regride. Portanto, quando se planeja um programa, deve-se levar em conta não só os carcinomas "in situ", mas essas displasias que poderão se transformar em futuros carcinomas de difícil tratamento.

Um outro aspecto que nos interessa é observar as diferenças no aparecimento de casos entre as mulheres que entram ou não em um programa de "screening". Num programa de "screening" voluntário, casos de câncer invasivo ainda continuam aparecendo e temos analisado o por quê disso. A razão mais comum está ligada aos tumores com um tipo de célula difícil de ser diagnosticada, um carcinoma de pequenas células, um carcinoma da endocervix que não apresenta muitas células malignas para observação ao exame citológico. Outra razão é a de que há um grupo de carcinomas que crescem muito rapidamente. A terceira razão está ligada a erros de laboratório, erros que acontecem mesmo com a automação. Finalmente, algumas mulheres entram no programa fazendo um exame e nunca mais realizam outros.

Em uma população examinada, observa-se a incidência de 4 a 4,5 pessoas com câncer em 100.000; numa não examinada, este número passa a 35 em cada 100.000 indivíduos (Tabela 3). Esta é a melhor proteção que se pode dar às pacientes quando se começa um programa de "screening"; não se pode impedir a doença totalmente, mas conceder à mulher sete vezes mais chance de não desenvolver câncer de colo de útero.

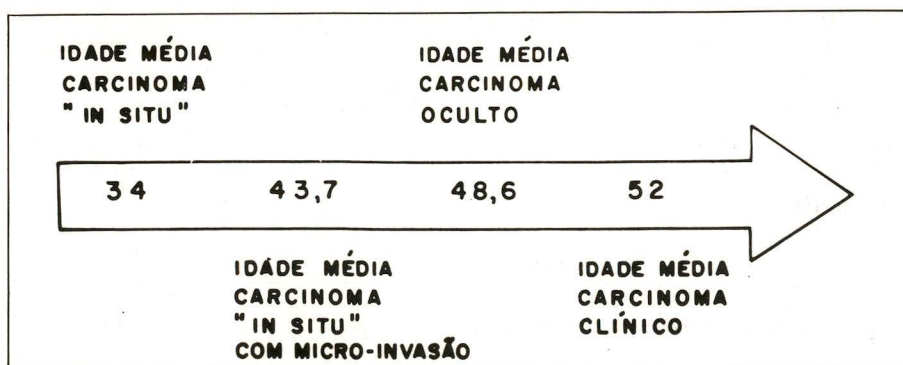


Figura 2 — História natural do carcinoma do colo uterino, baseada na idade média à época do diagnóstico (modificado de Canadian Medical Association Journal, vol. 114, June 5, 1976).

TABELA 1: Casos de carcinoma "in situ" e carcinoma invasivo pré-clínico detectado em B. C.

ANO	CASOS DO "SCREENING"	CARCINOMA "IN SITU"	"IN SITU" COM MICROINVASÃO	CARCINOMA INVASIVO OCULTO	CARCINOMA MICRO-INVASIVO E OCULTO
1949-54	21.593	111	6	9	13,5%
1955-59	114.250	506	33	21	10,7%
1960-64	500.626	1.541	109	105	13,9%
1965-69	1.055.626	3.158	140	160	9,5%
1970-74	1.718.894	3.926	96	142	6,1%
1975-79	2.462.733	7.510	103	112	2,9%
1980-83	1.854.898	6.893	103	71	2,5%
Total	7.728.620	23.645	590	620	5,5%

TABELA 2: Evolução espontânea de casos de displasia

GRUPO ETÁRIO	Nº TOTAL DE CASOS	Nº DE CASOS PROGREDINDO OU PERSISTINDO	Nº DE CASOS REGREDINDO
Coorte II*			
25 - 29	126	82 (65%)	44 (35%)
30 - 34	632	434 (69%)	198 (31%)
Coorte I**			
40 - 44	193	122 (63%)	71 (37%)
45 - 49	402	257 (64%)	145 (36%)

* Nascidos em 1929-33

** Nascidos em 1914-18

Seguidos até o final de 1969

EFETIVIDADE DO PROGRAMA

Atingimos ao final de 30 anos, uma cobertura acumulada de 85% (Tabela 4). Essa é a cobertura máxima possível já que a população sofre variações ao longo dos anos e assim, muitas mulheres, que foram estudadas há 30 anos, morreram, enquanto a cada ano, muitas jovens entram no grupo de 20 anos ou mais.

Tomando-se a incidência da doença, em 1955, em mulheres sem "screening" (28,5 por mil) e retirando-se a incidência na população com "screening" (4,5 por mil), teremos a proporção de casos que teoricamente pode ser reduzida pelo "screening". Com 85% de cobertura que corresponde à máxima efetividade alcançada, a

proporção passa a ser de fato 24 por mil, que subtraída da incidência em mulheres sem "screening" será equivalente à menor incidência possível de ser atingida ou ainda a uma queda máxima teórica de 71,5%.

Podemos dizer que nosso programa em British Columbia funcionou. O "screening" reduziu a incidência e mortalidade por câncer invasivo. Se comparado a outras províncias do Canadá (que posteriormente em pouco tempo alcançaram a situação de B.C.) (Figura 3), fica evidente a correlação, entre cobertura do "screening" e decréscimo da mortalidade, entre 1960-62 e 1970-72. Isto vale dizer que é bem melhor examinar um grande número de pessoas uma vez do que examinar poucas várias vezes.

TABELA 3: Revisão da incidência de carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos de idade em British Columbia em segmentos, mapeados e não mapeados, da população.

ANOS	MAPEADOS ("SCREENED")			NÃO MAPEADOS ("UNSCREENED")		
	"SCREENING" DE MULHERES EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR: ESTIMATIVA (EM MILHARES)	CASOS DE CARCINOMAS CLINICAMENTE INVASIVOS	TAXA POR 100.000	MULHERES NÃO INCLUÍDAS EM "SCREENING" EM RELAÇÃO AO ANO ANTERIOR: ESTIMATIVA (EM MILHARES)	CASOS DE CARCINOMAS CLINICAMENTE INVASIVOS	TAXA POR 100.000
1961	120,9	5	4,14	375,1	110	29,33
1962	164,2	7	4,26	338,8	71	20,96
1963	214,9	10	4,65	298,4	88	29,52
1964	260,0	12	4,6	266,8	74	27,8
1965	300,7	13	4,3	242,5	67	27,7
1966	342,7	17	4,9	223,8	60	26,8
1967	383,8	22	5,7	208,6	63	30,2
1968	423,0	17	4,7	192,4	60	31,2
1969	463,0	17	3,7	175,2	72	41,4
1970	507,8	27	5,3	156,6	55	35,1
1971	553,3	28	5,1	133,9	45	33,6
1972	593,4	27	4,5	119,7	39	32,6
1973	632,4	22	3,5	109,0	49	44,9

TABELA 4: Previsão calculada de queda máxima em incidência*

Incidência do carcinoma epidermóide invasivo do colo uterino	
em mulheres não incluídas no "screening"	28.5
em mulheres do "screening"	4.5

Percentual de mulheres "screening" após 30 anos	85%

Cálculo do efeito do programa na incidência	
28.5	- 4.5 = 24
85%	de 24 = 20.4
28.5	- 20.4 = 8.1 (máximo)

* O programa de "Screening" em B. C. para câncer do colo uterino - taxas por 100.000 da população feminina com mais de 20 anos.

Um dos problemas freqüentes com relação a um programa de controle de câncer é que ele requer uma filosofia diferente da que costumamos ter. Tendemos a usar a maioria dos testes como testes diagnósticos, e "screening", de fato, não é um teste diagnóstico, mas uma medida de saúde pública. Para ser efetivo tem que ser feito em amplas bases, da forma mais barata possível e razoável acuidade.

Quando um programa voluntário é iniciado, todos os recursos são usados para atrair a comunidade, utilizando-se meios de comunicação em geral. Normalmente, as mulheres que atendem ao chamado da forma mais imediata são as que já têm sintomas: sangramento anormal, as que possuem câncer no estágio 1, tratáveis pela cirurgia ou radioterapia. A taxa de mortalidade não é alterada substancialmente, se está preve-

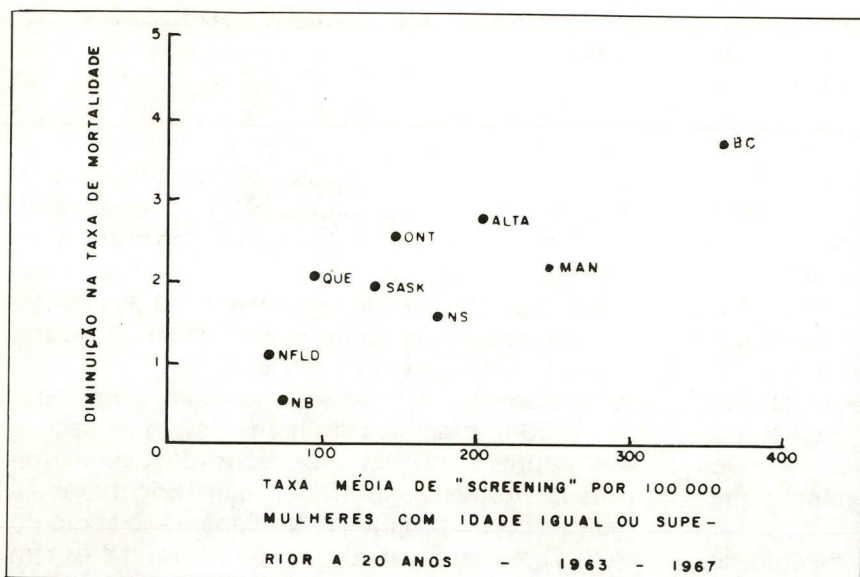


Figura 3 — Mortalidade do câncer do colo uterino nas províncias canadenses. Diminuição nas taxas padronizadas de mortalidade por 100.000 mulheres com câncer do colo uterino com idade de 20-54 anos, entre 1960-62 e 1970-72 (BC = British Columbia; Alta = Alberta; Ont. = Ontario; Man = Manitoba; Sask = Saskatchewan; NS = Nova Scotia; Nfld = Newfoundland; Que = Quebec; NB = New Brunswick).

nindo apenas este estágio do carcinoma cérvico-uterino. Temos que conseguir os 2/3 da população ou mais, antes de pensar em conseguir convencer aquelas mulheres que estão muito relutantes em vir. Deve-se expor o problema aos líderes da comunidade e às pessoas que de alguma forma exercem influência na população.

Contudo, antes de fazer qualquer esforço no sentido de aumentar o número de pacientes examinadas, deve-se verificar se o programa possui capacidade de atender à demanda esperada (se está bem organizado, com o pessoal treinado e suficientes recursos materiais, etc.). Caso contrário, um grande interesse será em vão desperdado, com produção de uma enorme ansiedade e frustração da comunidade.

É muito mais econômico realizar os exames citológicos em grandes laboratórios (que fazem cerca de 100.000 exames anuais) que em pequenos, de menor capacidade. Em 1962, fazer um exame num pequeno laboratório no Canadá custava cerca de US\$ 14; o mesmo custaria US\$ 4 se fosse utilizado um grande laboratório. Para um programa de "screening" é fundamental se pensar em laboratórios de maior capacidade, com apoio da histopatologia. Administrar um laboratório de citologia sem se associar com a histopatologia, sem a vantagem de analisar as biópsias e observar novamente a citologia, afeta mesmo o controle de qualidade.

Hoje em dia, temos ótimas condições para iniciar um programa em termos de manutenção de registro, pois a tecnologia está disponível e é relativamente barata. Desenvolvemos o "pacote de citologia", que realiza os registros, envia os resultados para os médicos (à exceção dos casos positivos cujo diagnóstico final é dado pelo pa-

tologista) — enfim, produz a história do paciente que pode ser aplicada nos estudos epidemiológicos. Além disso, prevê meios sólidos o suficiente para se identificar as pacientes que devem repetir seus exames, biópsias ou o que quer que seja para uma real efetividade do programa.

Cada comunidade possui especificidades que determinam a execução de um programa. O que é bom para B.C. pode não ser bom para o Brasil; o que é bom em 1985 também pode não ser para 1995. Todas as informações devem ser, portanto, avaliadas e o programa acompanhado, tendo-se em vista as características da população examinada.

A organização do programa é fundamental. Temos nossos laboratórios com uma ampla base técnica, cerca de 40 citotécnicos por citopatologista; e tudo caminha muito bem. Em nosso sistema piramidal, os técnicos assumem cada vez mais responsabilidade — de 2.300 exames diários, compete ao patologista observar apenas cerca de 80, cabendo todo o restante aos citotécnicos.

PROGRAMA DE CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA

Não conseguimos ainda instrumentos necessários para fazer um grande programa de controle de câncer de mama. Até o momento, o melhor estudo feito é o Health Insurance Plan*. Estamos conduzindo um ensaio clínico no Canadá com 290.000 mulheres, realizando mamografia

* Ensaio clínico para avaliação da eficácia da mamografia onde se constatou que a mortalidade no grupo de mulheres que usou esse procedimento foi 1/3 menor que no grupo de controle. Estudos feitos na Holanda, com mamografia anual em mulheres de 50 a 69 anos, apontaram a mesma tendência.

em metade delas e auto-exame de mama na outra. Dentro de dois anos poderemos comparar os resultados nestes dois grupos. O que já podemos aceitar é que em mulheres de 50 a 69 anos pode-se constatar câncer invasivo cedo o bastante através da mamografia, reduzindo a mortalidade em 1/3 (em relação ao câncer de colo de útero pode-se reduzir a mortalidade em 75% com um programa de "screening"). Em relação a outros procedimentos diagnósticos, a termografia e o ultra-som não apresentaram bons resultados conosco. Apesar de detectar lesões pequenas, o ultra-som não diferencia lesões císticas das sólidas. A transiluminação parece ser melhor do que a mamografia em mulheres jovens, mas não houve nenhum programa de "screening" que tenha testado este procedimento.

A grande diferença entre o câncer de colo de útero e o de mama é que enquanto o primeiro atinge freqüentemente pessoas com uma idade média de 50 anos, o segundo alcança as mulheres dez anos mais velhas. Assim, ao se lidar com controle de câncer cérvico-uterino estamos lidando com mulheres mais jovens, com famílias e responsabilidade perante sua comunidade. Considero mais válido atacar de imediato o câncer cérvico-uterino, apesar dos altos índices do câncer de mama. Isso ajudaria mais e daria maiores benefícios à comunidade.

É muito mais fácil a organização de um programa de "screening" para colo de útero que para câncer de mama, pois neste tem-se que oferecer a cada paciente uma máquina e um técnico, além de se ter a preocupação em medir a quantidade de radiação efetuada. O controle de qualidade deve ser muito mais rigoroso e efetivo.

PROGRAMA DE PAÍSES SUBDESENVOLVIDOS

Não existem muitos programas realizados em países subdesenvolvidos (se bem que essa expressão é bastante vaga). Estávamos observando Barbados e analisamos que ele não é subdesenvolvido se levarmos em conta a população e seu estilo de vida. Pessoas mais idosas estão com uma expectativa de vida cada vez maior, há água potável, inspetoria de carne e uma gama de fatores que favorecem a saúde pública.

Iniciamos um programa no Chile em meados de 1960 e atingimos um bom número de pacientes pobres e necessitados; contudo tivemos diversos problemas políticos que dificultaram a realização do programa. No Panamá, o apoio do rádio para atrair maior número de mulheres tem tido grande êxito. Cada país deve tratar de seu programa de acordo com seus próprios interesses e especificidades. Estou certo de que as atividades realizadas em B.C., por exemplo, podem não ter o mesmo sucesso se efetuadas do mesmo modo no Brasil. Até mesmo a forma de se chegar aos pacientes é diferente e particularizada.

Antes de se pensar em qualquer programa de controle do câncer em países subdesenvolvidos, devem-se criar condições mínimas para o bem-estar e saúde de suas populações: água potável, higiene e alimentação nutritiva são fatores indispensáveis para uma futura organização e execução de programas efetivos. O câncer é uma doença característica de pessoas mais idosas; devemos dar às pessoas condições de chegar à velhice para, então, combatermos os carcinomas que se desenvolverem.

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.

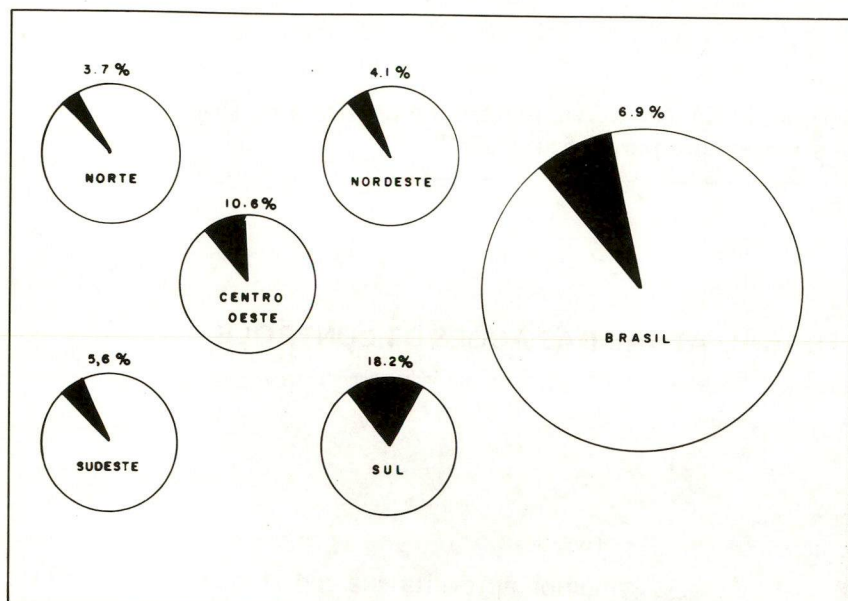


Figura 1 — Proporção de unidades que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino em relação ao total de unidades da rede básica das Secretarias Estaduais de Saúde por grandes regiões e Brasil — 1983.

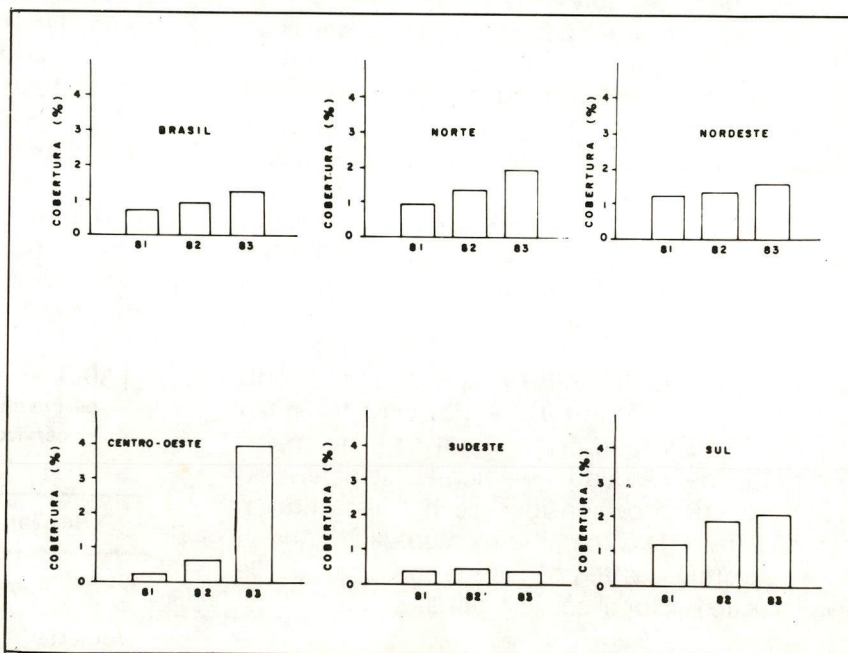


Figura 2 — Percentual de cobertura da população feminina de 15 anos e mais pelas atividades de detecção precoce das Secretarias Estaduais de Saúde de 1981 a 1983 — Grandes regiões e Brasil.

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%;

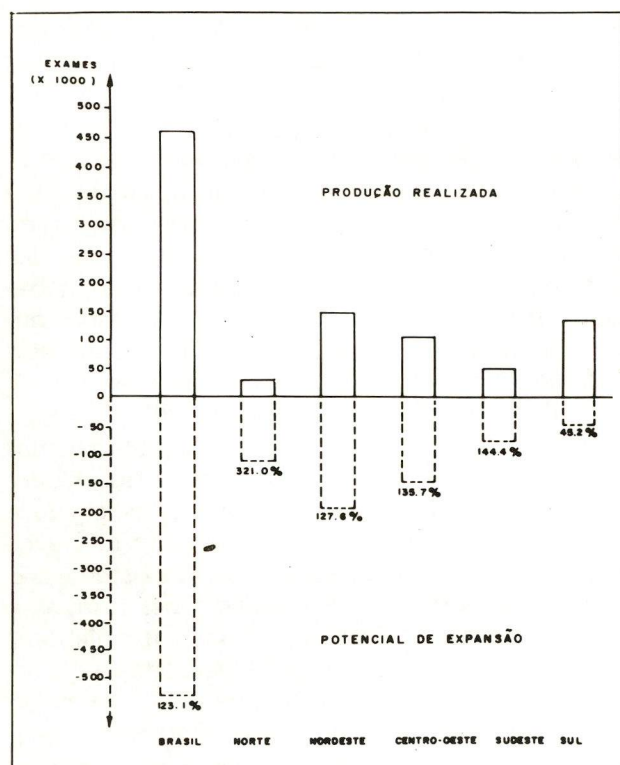


Figura 3 — Produção realizada e potencial de expansão da produção de exames citológicos nas grandes regiões e Brasil — 1983.

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 propedêutico 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.

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

ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

ELIANA TADDEI¹

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança – Ministério da Saúde, DF.

OBJETIVOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

O programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – o PAISM – surgiu da análise de como as mulheres são atualmente vistas pelos profissionais de saúde, de como o serviço de assistência à mulher vem operando e da morbidade e mortalidade das brasileiras. A proposta básica do programa implica não só na reordenação dessas atividades de assistência, como também na dos serviços de saúde dirigidos à população feminina nas suas especificidades.

Falar em reordenação da assistência à mulher significa, antes de mais nada, integrar os fragmentos do que hoje é tido como atenção à mulher e mesmo com ela própria. Ela não é apenas um útero grávido, mama ou ovário – como é encarada pela maioria dos serviços – mas um ser integral. Não apenas um mero objeto de prestação de assistência, mas sujeito dessa atividade.

Na área de prevenção do câncer é freqüente a constatação de posicionamentos errôneos dos profissionais de saúde em relação à população feminina. Um bom exemplo disso é o modo como é encarada a evasão, o não comparecimento da mulher aos serviços para buscar os resultados de seus exames. Já irritados com a baixa cobertura e com os poucos recursos para o controle do câncer, o comentário desses profissionais é radical: "Essas mulheres são ignorantes, não sabem a importância de buscar seus exames." Ora, pensar desse modo é não refletir melhor sobre as razões pelas quais estas mulheres deixam de comparecer ao serviço. Será que elas receberam as

devidas informações para perceberem a necessidade de seu retorno à unidade? Além disso, como deve ser por elas vivenciada a possibilidade de ter um câncer?

Uma instituição, certa vez, resolveu enviar os resultados dos exames pelo correio e constatou que grande parte das mulheres revelou nem ao menos saber o real significado dos termos "positivo" e "negativo". Como continuar, portanto, com o velho discurso da ignorância da mulher que se evade dos serviços básicos, se ela não teve acesso às mínimas informações necessárias?

Outro exemplo claro de como as mulheres estão sendo vistas de modo fragmentado é o fato de se ter 70% das unidades de saúde desenvolvendo atividade pré-natal e menos de 10% realizando prevenção do câncer.

LINHAS BÁSICAS DE AÇÃO

Quando pensamos em operacionalizar os tópicos básicos que envolvem nossos serviços – conhecimento da clientela, ações básicas aplicáveis a essa clientela e integração dessas ações no nível da rede básica – entramos no campo da própria organização dos serviços de saúde, ponto fundamental de nossos debates.

Três linhas básicas de atuação norteiam nosso trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde: a) garantir os insumos necessários para a operação da rede, tanto do ponto de vista dos recursos humanos quanto dos recursos materiais; b) assegurar um controle de qualidade da assistência e avaliação continuada; c) assegurar a referência e

¹ Coordenadora. Endereço atual para correspondência: Secretaria de Planejamento/MS. Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 4º andar. Brasília, DF. CEP 70058

a contra-referência entre os diferentes níveis de atenção.

O pequeno crescimento observado nos últimos anos das atividades de controle do câncer cérvico-uterino talvez tenha se dado muito mais devido ao aumento da capacidade instalada do que à própria redefinição ou apoio na área de controle do câncer. Não se pode dissociar, pois, o desenvolvimento das atividades de ginecologia preventiva do próprio desenvolvimento dos serviços de saúde, da resolutividade do serviço, dentro de um contexto de assistência integrada.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NOS ESTADOS

Para a implantação do PAISM nos diversos estados do Brasil, tornou-se obrigatório considerar as características e necessidades próprias de cada estado, pois são elas que irão definir as linhas de trabalho a serem tomadas e os obstáculos a serem transpostos. A avaliação das unidades de saúde do país revelou uma série de intervenções que precisam ser realizadas de imediato do ponto de vista da capacitação de recursos humanos e materiais. Há estados, por exemplo, cujas unidades são bem equipadas, mas carecem de pessoal; em outras dá-se o inverso. Regiões menos desenvolvidas necessitam de maiores cuidados.

Tudo isso comprova a importância de se estabelecer estratégias próprias para cada área a ser abordada.

Iniciamos nossa implantação em regiões com

maior capacidade de absorver uma reorientação quanto à assistência à mulher, para uma posterior expansão do programa nos demais estados. Procuramos promover, antes de tudo, uma ampla discussão com todos os técnicos das Secretarias e de outras instituições nos estados em que já existem Ações Integradas de Saúde, definindo as diferentes instâncias e o compromisso técnico-político das equipes envolvidas na prestação da assistência, programação e planejamento. A participação das mulheres nesses debates e sua atuação como profissionais da rede de serviços têm sido fundamentais nessa tentativa de se estabelecer um novo posicionamento em relação à saúde da mulher.

Temos proposto a aplicação de instrumentos de avaliação das condições de eficiência das unidades de saúde. A idéia central é fazer o planejamento a partir das necessidades reais, que vão orientar a busca de recursos financeiros, superando a perspectiva tradicional de se definir as atividades exclusivamente a partir dos recursos existentes.

Nosso trabalho integrado ao próprio Ministério tem provocado reflexos no das Secretarias de Saúde. É claro que a discussão das questões já expostas e a rearticulação das equipes envolvidas nesse processo tornam-se inadiáveis para uma nova política de assistência à saúde da mulher. Nosso trabalho é, na verdade, um apoio às estratégias de integração das instituições do setor saúde; ele se instala nos estados onde isso já se desenvolve ainda que de modo incipiente.

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

**IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES INTEGRADAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
O TRABALHO EM UMA DAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO**

DIANA MAUL DE CARVALHO¹

Ações Integradas de Saúde – Rio de Janeiro, RJ.

**O PLANO DE AÇÕES INTEGRADAS NA
ÁREA ANALISADA**

O Município do Rio de Janeiro, para efeito do Plano de Ações Integradas de Saúde, está dividido em oito áreas de planejamento. O presente estudo tem por objeto uma destas áreas — a AP-3.1 — com uma população em torno de 800.000 habitantes. Esta área compreende três regiões administrativas do município, sendo que em uma delas a população favelada é de 50%. A AP-3.1 possui uma rede de 15 unidades de saúde de todos os participantes do convênio (INAMPS, Secretaria de Estado de Saúde e Higiene, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde). Nove dessas unidades são ambulatórios e as demais, hospitais, num total de 400 consultórios e 1.700 leitos hospitalares.

A implantação e organização do Plano de Ações Integradas de Saúde nessa área, como nas outras, deu-se pela formação de um Grupo Executivo Local (GEL), onde são representados os estabelecimentos e as associações de moradores da região. No dia 28 de fevereiro do ano passado realizou-se a primeira reunião desse grupo com a finalidade de definir os problemas e metas prioritárias da área no setor saúde.

Inicialmente, a implantação desse convênio teve grande dificuldade na constituição desse grupo executivo local. Algumas unidades resistiam ao plano, o modo de representação das associações de moradores ainda estava indefinido e, enfim, não se sabia ao certo como compor a equipe. Após a superação desse problema, ob-

servou-se a grande necessidade de conhecer a situação das unidades e da questão da saúde na área. Notou-se que as unidades eram verdadeiras ilhas, sem nenhum ponto de contato, a não ser pessoal, entre alguns médicos com mais de um emprego em estabelecimentos distintos.

Somado a isso, uma série de queixas e reivindicações da população em relação aos serviços agilizaram a decisão de se fazer um levantamento das condições de atendimento, capacidade instalada da área, tipo de serviço prestado e principais dificuldades das unidades. A partir de dados de mortalidade teve-se uma idéia do que ocorria em termos de saúde naquela população.

Foi verificada, assim, a necessidade de expansão da rede em áreas específicas: há carências de leitos, por exemplo, em diversas maternidades. Grosso modo, porém, a rede seria razoavelmente satisfatória para atender às necessidades da população. Contudo, grandes problemas com a distribuição de pessoal dificultam o pleno funcionamento das unidades (há algumas que chegam a ter carência de pessoal e outras que o têm em excesso!).

**PRIORIDADES ENFOCADAS PELA
POPULAÇÃO**

Além do levantamento das condições de atendimento e das reuniões do GEL, três Encontros de Saúde nas três regiões administrativas foram realizados para discutir os dados e problemas avaliados com as diversas associações de moradores e representantes dos estabelecimentos de saúde. Nesses Encontros constatou-se a presença

¹Coordenadora CEAP/AP 3.1. Endereço atual para correspondência: Hospital Universitário, Av. Brigadeiro Trompowski, s/n. 5º andar – Sala 05 a 47 – Ilha do Fundão. Rio de Janeiro, RJ. CEP 21941.

de semelhanças e diferenças quanto às opiniões de quais seriam as metas prioritárias a serem atingidas; contudo, essas puderam ser resumidas em cinco grandes medidas: a) melhoria no saneamento básico das áreas, que tem grande relação com a questão saúde, ainda que não vinculada diretamente à atuação das unidades; b) criação de minipostos de atendimento em cada comunidade (há dificuldade de transporte para as unidades e falta de atendimento de emergência); c) ampliação de determinados serviços, basicamente a capacidade de atendimento ambulatorial de pediatria e ginecologia. É importante saber que, das nove unidades laboratoriais existentes, apenas uma desenvolve programa de controle de câncer cérvico-uterino; na maioria delas a principal atividade em relação à mulher é a atenção à gestante; d) implantação de certos programas, como os de reidratação oral, suplementação alimentar, controle de hipertensão arterial e outros relacionados à saúde oral; e) atenção e melhoria da assistência ao grupo materno-infantil.

DIFICULDADES DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES INTEGRADAS NA ÁREA

Apesar de existirem problemas no sentido da integração das unidades e da participação da comunidade na implantação das Ações Integradas na área AP-3.1, certamente o grande dilema

encontrado diz respeito à integração das ações. Uma questão básica é a própria definição do convênio, do financiamento das ações de saúde na área. Não se consegue montar um sistema de referência sem uma revisão da forma de financiamento implantada. Há um repasse de financiamento do INAMPS para o Município e o Estado; o Convênio dos Hospitais Universitários com o INAMPS não paga o não-previdenciário, enquanto o MEC, que ao menos teoricamente deveria financiar o atendimento ao não-previdenciário, não dá a verba suficiente para tal.

A montagem do sistema de referência ainda passa por dificuldades do tipo "quem vai imprimir um formulário comum a todos?" Como estabelecer a rede de referência se ainda há dificuldade em se definir quem financia o quê?

É também difícil operacionalizar o atendimento em termos da rede do INAMPS, das Secretarias do Estado e do Município, onde ainda ocorrem eventuais recusas de atendimento do paciente não previdenciário na Previdência ou previdenciário no município. Quanto ao repasse de pessoal nas unidades da área, surgem problemas devidos a diferenças de remuneração. Pessoas que trabalham no Estado, Município, INAMPS ou Ministério da Saúde não recebem o mesmo pela hora de trabalho, o que impede o desenvolvimento de uma política de pessoal que funcione efetivamente.

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

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL

EDUARDO FAERSTEIN¹

Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, RJ.

A situação de saúde no Brasil, hoje em dia, é complexa e se configura em verdadeiro mosaico epidemiológico. O tipo de desenvolvimento ocorrido no país levou à coexistência de problemas típicos do subdesenvolvimento e aqueles gerados pela urbanização e industrialização. Assim, ao lado da alta mortalidade infantil – cerca de 1/4 dos óbitos ocorridos estão na faixa de menores de um ano – o Brasil apresenta taxas crescentes de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (principalmente cardiovasculares e câncer) e causas externas.

A MORTALIDADE – DADOS BÁSICOS

Entre as mulheres adultas, as neoplasias malignas já se situam como segunda causa de mortalidade proporcional, abaixo apenas das doenças do aparelho circulatório (Tabela 1).

O câncer corresponde a 12% dos óbitos entre as mulheres de todas as idades no conjunto das capitais brasileiras. Desses, o câncer de mama constitui 16% e o cérvico-uterino, quase 9%. Se analisada a distribuição regional dessas proporções, observa-se que no conjunto Norte-Nordeste-Centro-Oeste a participação dos óbitos por câncer de colo uterino é maior do que a média nacional, ocorrendo o inverso em relação ao câncer de mama (Tabela 2).

Trabalhando-se não com proporções, mas com taxas – que indicam o risco de morrer – há, no caso de mortalidade por carcinoma cérvico-uterino, uma taxa média nas capitais de 6,5 por 100.000 mulheres, sendo que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste esta taxa é maior e no Sudeste e Sul, é próxima ou menor. No caso do

câncer de mama, a situação quanto à distribuição regional se inverte, e isto está de acordo com o que se conhece sobre a determinação das duas neoplasias, em relação aos padrões sócio-econômicos (Tabelas 3 e 4).

Se forem tomadas estas taxas de mortalidade e feito o ajuste para a população mundial, para uma comparação internacional, percebe-se que num conjunto de 46 países, a taxa de mortalidade por câncer de mama situa-se em posição intermediária, enquanto que a por câncer de colo ute-

TABELA 1 – Principais grupos de causas de óbito entre mulheres de 15 anos e mais. Valores absolutos e relativos, Brasil 1980.

GRUPOS DE CAUSAS (CID)	Nº	%
D. Aparelho Circulatório	86.734	50,3
Neoplasias Malignas	26.188	15,2
D. Aparelho Respiratório	13.317	7,7
Causas Externas	10.918	6,3
D. Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários	8.136	4,7
Todas as Outras Causas	27.189	15,8
TOTAL*	172.515	100,0

FONTE: Estatísticas de Mortalidade – Brasil 1980 – M. Saúde.
* Excluídos os óbitos classificados em "síntomas, sinais e afecções mal definidas".

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

TABELA 2 – Óbitos totais e por neoplasias malignas no sexo feminino, por neoplasias da mama feminina e do colo uterino, segundo grandes regiões (1) e Brasil (2), 1980.

REGIÕES	ÓBITOS TOTAIS	ÓBITOS POR NEOPLASIAS MALIGNAS		ÓBITOS POR Ca MAMA		ÓBITOS POR Ca COLO UTERINO		RAZÃO ÓBITOS Ca MAMA/COLO UTERINO
		N.º	% (3)	N.º	% (4)	N.º	% (5)	
Norte	6.348	548	8,6	51	9,3	99	18,1	0,5
Nordeste	22.580	2.023	9,0	301	14,9	310	15,3	1,0
Centro-Oeste	5.611	608	10,8	67	11,0	94	15,5	0,7
Sudeste	49.468	6.767	13,7	1.177	17,4	381	5,6	3,1
Sul	6.897	1.118	16,2	177	15,8	83	7,4	2,1
Brasil	90.904	11.064	12,2	1.773	16,0	967	8,7	1,8

FONTE: Estatísticas de Mortalidade – Brasil – 1980 (Ministério da Saúde)

(1) – Somatório das capitais dos Estados de cada Região.

(2) – Somatório das capitais brasileiras.

(3) – % sobre o total de óbitos no sexo feminino.

(4) e (5) – % sobre os óbitos por neoplasias malignas no sexo feminino.

TABELA 3 – Óbitos e coeficientes de mortalidade (por 100.000 mulheres) específicos por grupo etário, por neoplasia de colo uterino, segundo grandes regiões brasileiras*, 1980.

GRUPO ETÁRIO	NORTE		NORDESTE		CENTRO- OESTE		SUDESTE		SUL		BRASIL	
	N.º	COEF.	N.º	COEF.	N.º	COEF.	N.º	COEF.	N.º	COEF.	N.º	COEF.
Abaixo de 20	–	–	–	–	–	–	2	0,06	–	–	2	0,03
20 – 29	3	1,51	6	0,91	5	1,90	6	0,36	–	–	20	0,65
30 – 39	19	16,87	36	8,98	15	9,34	37	3,25	10	5,87	117	5,90
40 – 49	27	36,40	82	29,44	22	22,42	99	11,70	18	14,24	248	17,42
50 – 64	26	40,31	105	40,19	40	54,55	125	14,68	32	25,54	328	23,84
65 +	23	69,55	79	58,65	12	42,12	112	26,45	22	35,92	248	36,42
TOTAL	98	9,51	308	9,22	94	7,67	381	4,74	82	6,71	961	6,47

FONTE: Estatísticas de Mortalidade – Brasil – 1980 (Ministério da Saúde).

* Somatório das capitais.

rino fica numa posição bastante elevada (Figura 1). Quanto a este último, é importante frisar que as taxas e proporções estão muito subestimadas, pois muitos óbitos por câncer cérvico-uterino são declarados e classificados como câncer de útero, não especificado. Levando-se em conta o que foi encontrado na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância, há 20 anos atrás, pode-se estimar que a mortalidade real

seria pelo menos 50% maior, no caso do câncer de colo-uterino.

A MORBIDADE – DADOS BÁSICOS

Se do total dos diagnósticos histopatológicos coletados de 1976 a 1980 pelo Registro Nacional de Patologia Tumoral foram excluídas as neoplasias de pele (em sua grande maioria, de

TABELA 4 – Óbitos e coeficientes de mortalidade (por 100.000 mulheres) específicos por grupo etário, por neoplasia da mama feminina, segundo grandes regiões brasileiras*, 1980.

GRUPO ETÁRIO	NORTE		NORDESTE		CENTRO-OESTE		SUDESTE		SUL		BRASIL	
	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.	Nº	COEF.
Abaixo de 20	—	—	2	0,12	—	—	1	0,03	—	—	3	0,05
20 – 29	—	—	2	0,30	2	0,76	10	0,59	1	0,39	15	0,49
30 – 39	7	6,21	39	9,72	12	7,47	83	7,28	18	10,57	159	8,01
40 – 49	15	20,22	55	19,75	15	15,29	264	31,20	32	25,31	381	26,77
50 – 64	13	20,15	117	44,78	24	32,73	446	52,37	65	51,87	665	48,32
65 +	15	45,36	85	63,11	14	49,14	372	87,86	60	97,95	546	80,19
TOTAL	50	4,85	300	8,99	67	5,47	1.176	14,64	176	14,41	1.766	11,89

Fonte: Estatísticas de Mortalidade – Brasil – 1980 (Ministério da Saúde).

* Somatório das capitais.

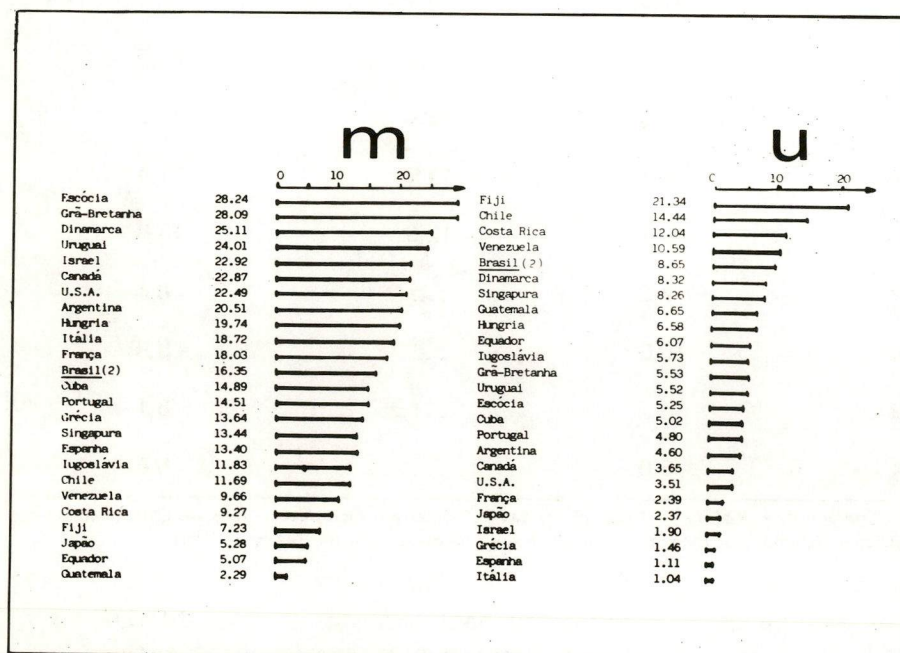


Figura 1 – Taxas de mortalidade por câncer da mama (m) e colo de útero (u) – 1978 (1)

(1) – Padronizadas por idade pela população mundial de Segi. Adaptado de "Age adjusted death rates for cancer of selected sites (A – classification) in 46 countries in 1978" – February 1984. Segi Institute of Cancer Epidemiology. (2) – Ano de 1980. Ministério da Saúde.

pouca gravidade), percebe-se a importância relativa do câncer cérvico-uterino e de mama; eles são responsáveis por mais da metade de todos os diagnósticos histopatológicos de câncer realizados em mulheres em todo o país. Considerando-se as regiões brasileiras, o quadro observado na mortalidade aqui se repete: no conjunto Norte-Nordeste-Centro-Oeste o peso da morbidade por câncer de colo uterino é mais importante que o de mama; nas regiões Sudeste e Sul o inverso ocorre (Tabela 5).

Os dados do Registro Nacional de Patologia

Tumoral não revelam exatamente a incidência, já que diferentes localizações têm graus diversos de confirmação histopatológica. Os dados dos Registros de Câncer de base populacional de São Paulo, Fortaleza, Recife e Rio Grande do Sul fornecem informações mais confiáveis quanto ao risco de adoecer. E aqui, novamente, se forem excluídas as neoplasias de pele, fica evidenciado que o câncer cérvico-uterino e o de mama são as neoplasias mais incidentes nas mulheres dessas capitais (Tabela 6).

As taxas de incidência, quando padronizadas

TABELA 5 – Freqüências relativas (%) dos diagnósticos histopatológicos de câncer de colo do útero e da mama feminina, Brasil e grandes regiões – 1976/1980.

DIAGNÓSTICO	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL	TOTAL
Colo do útero (CID 180)	54,0	45,5	47,4	25,9	23,4	30,9
Mama (CID 174)	11,5	19,1	15,6	23,1	22,7	21,6

FONTE: Câncer no Brasil – Dados Histopatológicos – 1976/80 – Registro Nacional de Patologia Tumoral – Brumini e cols./MS, 1982.

OBS.: Freqüências relativas calculadas sobre total de 152.662 diagnósticos realizados em mulheres excluídas neoplasias de pele (CID 173).

TABELA 6 – Coeficientes da incidência (por 100.000 mulheres), ajustados pela população mundial, por algumas neoplasias malignas.

LOCALIZAÇÃO (CID)	SÃO PAULO 1973	FORTALEZA 1978/1980	RECIFE 1972/1977	RIO GRANDE DO SUL 1979
Mama (174)	56,2	56,0	36,9	36,2
Pele (173)	47,5	40,7	27,6	22,7
Colo útero (180)	37,5	52,9	68,4	22,2
Estômago (151)	19,0	20,1	11,9	11,4
Corpo útero (182)	12,5	8,1	12,8	13,8
Cólon (153)	9,7	7,2	...	8,4
Ovário (183)	8,0	10,0	...	5,8
Reto (154)	6,9	...	...	5,1
Pulmão (162)	6,4	5,0	...	8,5

FONTE: São Paulo – Cancer Incidence in Five Continents – Vol. IV – 1982. Fortaleza – Câncer em Fortaleza – Reg. de Câncer do Ceará – 1982. Recife – Distribuição das Neoplasias Malignas por localização, idade e sexo na população de Recife – 1980.

em relação à população mundial e comparadas com dados de outras realidades colhidas na publicação "Cancer Incidence in Five Continents", mostram, por exemplo, que Recife teria a maior taxa conhecida de incidência de carcinoma cervico-uterino e, em relação a Fortaleza, São Paulo e Porto Alegre – esta última com 1/3 da taxa apresentada por Recife – as taxas são igualmente importantes (Tabela 7).

Em relação ao câncer de mama, não observamos no Brasil o que ocorre em outras realidades, onde aparentemente há uma relação nitidamente inversa à incidência desta neoplasia e a de câncer de colo-uterino. Ter-se-iam aqui populações dis-

tintas (ou não) expostas a riscos diferenciados, fazendo com que as duas localizações sejam bastante expressivas quanto à sua incidência (Tabela 8).

O resultado dos exames citopatológicos realizados no país em 1982 revelam que, dos carcinomas diagnosticados, o estágio invasivo representou praticamente o dobro dos casos diagnosticados em etapa "in situ", o que demonstra, em termos nacionais, baixa efetividade das atividades atualmente desenvolvidas.

Esses dados demonstram a magnitude do problema e das tarefas a serem executadas no caso de se conferir ao controle dessas neoplasias maior prioridade, nos serviços de saúde.

TABELA 7 — Coeficientes padronizados de incidência (por 100.000 mulheres), por câncer da mama feminina, em algumas cidades e países, década de 70.

LOCAL	COEF. PADRONIZADO
Havaí	87,5
Connecticut, EUA	77,9
Br. Columbia, Canadá	72,8
Israel	59,9
Porto Alegre, Brasil	56,7
São Paulo, Brasil	56,2
Fortaleza, Brasil	51,7
Finlândia	40,1
Kingston, Jamaica	39,0
Navarra, Espanha	38,2
RDA	37,4
Recife, Brasil	36,9
Cali, Colômbia	33,2
Cuba	28,5
Bombaim, Índia	21,2
Dacar, Senegal	11,8

FONTE: Cancer Incidence in Five Continents, vol. IV. Registros de Câncer de Recife, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo.
* Padronização pela população mundial de Segi.

TABELA 8 — Coeficientes padronizados de incidência (por 100.000 mulheres), por câncer do colo uterino, em algumas cidades e países, década de 70.

LOCAL	COEF. PADRONIZADO
Recife, Brasil	68,4
Cali, Colômbia	52,9
Fortaleza, Brasil	48,2
São Paulo, Brasil	37,5
RDA	30,1
Kingston, Jamaica	29,8
Bombaim, Índia	23,3
Porto Alegre, Brasil	22,4
Havaí	17,8
Dacar, Senegal	17,2
Cuba	17,1
Br. Columbia, Canadá	12,2
Finlândia	8,5
Connecticut, EUA	8,4
Israel	4,9
Navarra, Espanha	3,9

FONTE: Cancer Incidence in Five Continents, vol. IV. Registros de Câncer de Recife, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo.
* Padronização pela população mundial de Segi.

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

**CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DE POPULAÇÕES DE RISCO
E DA PERIODICIDADE DOS EXAMES**

ALAN R. HUTCHINSON¹

Vancouver UBC area – British Columbia, Canadá.

O VALOR DOS EXAMES DE "SCREENING"

Antes de mais nada, gostaria de dizer que não sou um epidemiologista. Assim, minhas abordagens referir-se-ão mais a fatores econômicos, custos, organização e viabilidade das operações. O governo de British Columbia sabe que os gastos com exames de "screening" são válidos para o cuidado da saúde; como temos uma quantia limitada de dinheiro para investir no setor, temos ciência de que gastá-la em exames de "screening" de câncer cérvico-uterino é um meio eficaz para garantir bons resultados.

Em British Columbia temos realizado "screening" para câncer cérvico-uterino há mais de 35 anos, observando-se uma diminuição da mortalidade de cerca de 66%. Calculamos que talvez 6.000 mortes prematuras de mulheres foram evitadas neste período. Como o Brasil possui uma população 50 vezes maior que a nossa, o potencial daqui é de se salvar em torno de 300.000 pacientes num período similar. Um número de pessoas suficiente para ocupar uma cidade de tamanho razoável.

Apesar de inúmeros problemas a serem transpostos, a possibilidade de se salvar tão grande número de vidas dá validade aos programas de controle de câncer. Além disso, a perda dessas mulheres, tão importantes socialmente, poderia causar graves danos à comunidade (lares destruídos, incremento do número de órfãos, etc.) — e maiores despesas.

Um programa de "screening" reduz o custo do câncer cérvico-uterino para uma sociedade. Tratar um carcinoma "in situ", por exemplo,

que pode ser identificado através de um simples exame, custa 1/10 do tratamento de câncer em estágio mais avançado. Observando-se um programa como um investimento, há um potencial bastante vantajoso de retorno nele investido.

O custo de um programa deve ser baixo se for realmente efetivo, se mantivermos laboratórios com bom atendimento e exatidão nos exames (falsos-positivos implicam em novas investigações e em maior verba gasta inutilmente), com pessoal o mais barato e mais produtivo possível.

POPULAÇÕES DE RISCO E PERIODICIDADE DOS EXAMES

Podem-se observar questões relativas às populações de risco e periodicidade de vários modos: do ponto de vista epidemiológico, do ponto de vista do que é melhor para as mulheres em termos de menores riscos de ter câncer ou do ponto de vista pragmático, levando-se em consideração o comportamento humano e a viabilidade. Em British Columbia dirigimos nosso programa de "screening" a todas as mulheres que já tiveram relações sexuais e que ainda possuem cérvix. Isso significa basicamente todas as mulheres, pois não há muitas que tenham feito histerectomia ou mantido celibato.

Quanto às mulheres mais velhas, se observarmos a pirâmide populacional brasileira, vemos que nela, esse segmento etário é muito pequeno. Muitas destas mulheres sequer chegaram a realizar algum exame de colo uterino. Assim, não me parece sensato preocupar-se tanto com a exclusão destas senhoras, pois não são muitas e, se

¹ Diretor. Endereço para correspondência: Ministry of Health Province of British Columbia. 1515 Blanchard street. Victoria. British Columbia. Canadá V8W 3C8.

nunca foram examinadas, serão ao menos uma vez.

Temos feito "screening" há muito tempo. Há muitas mulheres em nossa população que tiveram exames negativos e seus médicos lhes dizem para não se preocuparem em fazer outro durante alguns anos. Contudo, no Brasil, quando somente 2% das mulheres estão sendo examinadas, é provavelmente confuso e contraproducente inquietar-se quanto a quem deveria ser excluído. O importante é conseguir o máximo de pessoas possível, já que o primeiro exame é o mais efetivo.

Em relação à identificação dos grupos de alto risco, um dos maiores é o das mulheres com vida sexual promíscua. Mas, como identificar essas pessoas? Inquirindo-as? Programas de câncer cervico-uterino possuem certas sutilezas, obstáculos a serem transpostos sem vacilação.

O que realizamos em British Columbia em relação à periodicidade dos exames é a reunião de todos os esforços para aconselhamos as pessoas a realizarem seus exames anualmente. Isso facilitaria o programa, pois dificilmente se esquecem acontecimentos anuais — como Natal, aniversário, etc. É fácil, portanto, adquirir o hábito. Mi-

nha recomendação para um programa que engatinha é apelar para o exame anual em todas as mulheres sexualmente ativas ou que já foram sexualmente ativas.

Para se ter um bom programa de "screening" é preciso alcançar um nível em que seu custo e o custo de tratamento para aqueles que dele necessitem sejam menores que o custo do tratamento da doença não-examinada.

É preciso que colaborem com o governo, que é o financiador de nossos programas, convencê-lo de que estes são essenciais e que o dinheiro empregado será sabiamente aproveitado. Contudo, para que possamos dialogar com o governo, é necessária a união de todos os profissionais envolvidos. Se cada grupo tiver seus próprios argumentos e opiniões, não teremos êxito algum.

As questões organizacionais e econômicas devem ser resolvidas (as questões técnicas parecem bem estabelecidas). Não se pode encará-las como problemas, mas como desafios de soluções não tão rápidas (haja vista o programa de British Columbia que tem lutado há 35 anos!). É um trabalho árduo — mas tudo é válido para se salvar a vida de milhares de mulheres.

*Schering**

*Pioneira na pesquisa de
Interferon Recombinante*

* Subsidiária da Schering/Plough

*Schering**

*Pioneira na pesquisa de
Interferon Recombinante*

* Subsidiária da Schering/Plough

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

MÉTODOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

DAVID BOYES¹

Cancer Control Agency — British Columbia, Canadá.

INÍCIO DO PROGRAMA EM BRITISH COLUMBIA (B. C.)

Quando começamos nosso programa do câncer cérvico-uterino em B. C. (1949), solicitamos apoio à Associação Médica através das seções de Patologia e Ginecologia. Se todos fôssemos com um mesmo ideal pedir auxílio ao Governo, provavelmente conseguiríamos os recursos necessários para a execução do programa. Os ginecologistas eram nossos aliados; contudo, alguns patologistas estavam relutantes, já que viam a possibilidade de ganhar algum dinheiro extra realizando exames citológicos.

O Governo, apesar desses percalços, nos ajudou. Pedimos um laboratório central para ter um programa eficiente e válido. Em meados de 1955 começamos a treinar os médicos e técnicos para o serviço e, em 1960, conseguimos o apoio da Sociedade de Câncer (que possui unidades em todo o país) no que tange ao recrutamento de pacientes.

Um fator que ajudou a consolidação foi a introdução das pílulas anticoncepcionais, em 1962. Como não sabíamos se o uso delas propiciava o surgimento do câncer (assim como a utilização do DIU), sugerimos à Associação Médica que se fizessem exames citológicos nas mulheres que se valessem desses métodos anticoncepcionais. Hoje o programa está estável, alcançando cerca de 85% de nossa população. Temos uma base de 4.000 médicos enviando amostras para nosso laboratório, e 20 clínicas de colposcopia. Treinamos nossos colposcopistas com relação ao fornecimento de informações necessárias para nosso sistema de registro computadorizado.

Concentramo-nos no combate ao câncer cérvico-uterino e realizamos um serviço tão eficiente quanto pudemos, com o apoio da Sociedade de Câncer. Temos a Campanha da Primavera onde, a cada ano, enfatizamos a necessidade do exame citológico anual, recomendação nem sempre seguida; na prática, a maioria das mulheres faz seu exame de dois em dois anos.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS — DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

Alguns números podem exemplificar como nosso programa tem se desenvolvido e produzido grandes vitórias em relação ao combate ao câncer. Se, de 1949 a 1954 observávamos apenas cerca de 21.000 mulheres, de 1980 a 1983 esta cifra chegou a quase dois milhões de exames (Tabela 1).

A incidência de carcinoma invasivo em mulheres acima de 20 anos (Tabela 2 e Figura 1) era, no início do programa, de 28,4 em cada 100.000 pacientes examinadas. Em 1983, conseguimos reduzi-la para 6,9. Quanto à mortalidade, este índice é bem menos exato que a incidência e leva muito mais tempo para se alterar significativamente. Se for observado o registro de mortalidade, percebe-se um grande número de erros e omissões. Devido a este fato reforçamos a necessidade vital de aperfeiçoamento no sentido de minorar essas falhas, prejudiciais para uma perfeita avaliação da doença. Em 1983 chegamos a ter uma taxa de 3,3 óbitos por 100.000 mulheres acima de 20 anos, por câncer cérvico-uterino; em 1958, a taxa era de 11,4 (Tabela 3 e Figura 2).

¹ Diretor. Endereço para correspondência: 600 west 10th Avenue. Vancouver — British Columbia. Canada. V5Z 4E6.

TABELA 1: Casos de carcinoma "in situ" e carcinoma invasivo pré-clínico detectado em B. C.

ANO	CASOS DO "SCREENING"	CARCINOMA "IN SITU"	"IN SITU" COM MICROINVASÃO	CARCINOMA INVASIVO OCULTO	CARCINOMA MICRO-INVASIVO E OCULTO
1949-54	21.593	111	6	9	13,5%
1955-59	114.250	506	33	21	10,7%
1960-64	500.626	1.541	109	105	13,9%
1965-69	1.055.626	3.158	140	160	9,5%
1970-74	1.718.894	3.926	96	142	6,1%
1975-79	2.462.733	7.510	103	112	2,9%
1980-83	1.854.898	6.893	103	71	2,5%
TOTAL	7.728.620	23.645	590	620	5,5%

TABELA 2: Incidência do carcinoma epidermóide invasivo do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos em B. C.

ANO	POPULAÇÃO EM MILHARES	TOTAL DE CASOS	INCIDÊNCIA POR 100.000
1955	422.9	120	28.4
1962	503.0	78	15.5
1967	592.4	85	14.3
1972	713.1	66	9.2
1977	845.5	64	7.6
1983	1.023.4	71	6.9

SEGUIMENTO DOS CASOS

No início do programa verificamos que tínhamos a obrigação de seguir nossos casos por muito tempo a fim de saber se nosso tratamento era apropriado: devemos acompanhar nossas pacientes pelo resto de suas vidas, se é que queremos um serviço de prevenção eficiente.

Quando começamos a observar e descobrir os tipos de câncer invasivo e pré-clínico, não sabíamos como tratá-los. A solução foi classificá-los e acompanhar seu comportamento. Temos tratado alguns com histerectomia, outros com cone, de forma moderada (no passado utilizávamos his-

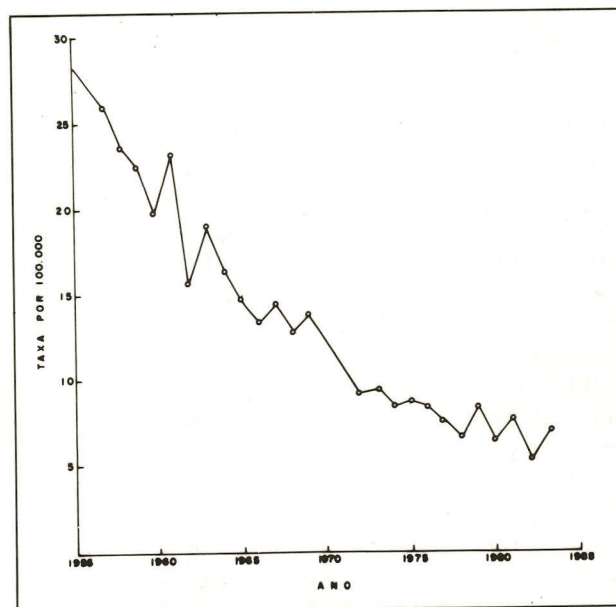


Figura 1 — Incidência do carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos.

terectomias de modo bastante radical). Os resultados obtidos foram, até agora, satisfatórios (Tabelas 4, 5 e 6).

CONTROLE DE QUALIDADE

Em relação aos exames citopatológicos, vemos que a porcentagem de falsos-positivos aceitável gira em torno de 3 ou 4% dos exames analisados. Em B. C. essa taxa foi alcançada; confirmamos todas as suspeitas de casos positivos e dúvidas só persistem em casos extremados, como no caso de uma paciente possuir doença cardíaca e não permitir uma biópsia para confirmação.

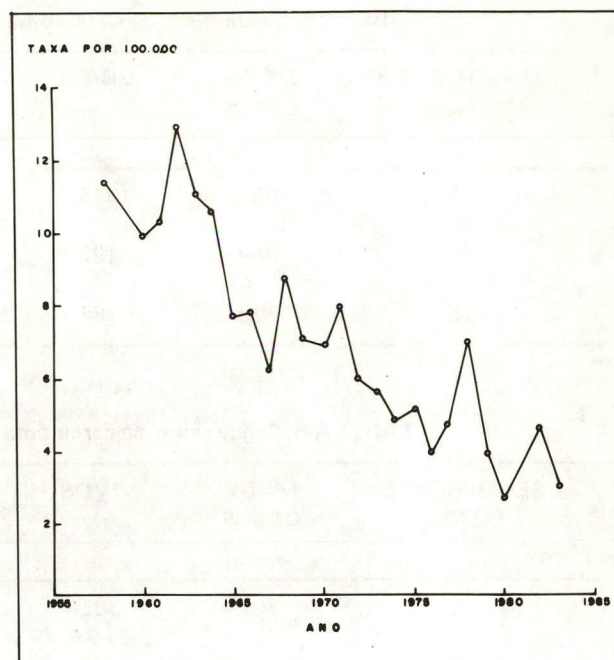
TABELA 3: Taxas de mortalidade por carcinoma epidermóide do colo uterino em B. C.

ANO	POPULAÇÃO EM MILHARES ACIMA DE 20 ANOS DE IDADE	Nº DE MORTES	TAXAS POR 100.000
1958	473,0	54	11,4
1962	503,0	65	12,9
1967	592,4	38	6,4
1972	713,1	43	6,0
1977	846,4	40	4,7
1983	1.023,4	34	3,3

O que fazemos com a taxa de falsos-negativos é utilizar o número de carcinomas "in situ" diagnosticados num determinado ano como denominador. Como numerador, usamos aqueles que tinham a doença durante o ano em que se coletou o denominador, mas descobriu-se depois.

É necessário um laboratório com um bom controle de qualidade, na proximidade de 5% de falsos-negativos. Isto depende da efetividade de seu registro e do cuidado em se verificar e analisar os erros obtidos. O exame citológico é, sem dúvida, um teste surpreendentemente exato.

Para controle de qualidade, cada nível técnico

**Figura 2 — Mortalidade do carcinoma epidermóide do colo uterino em mulheres com mais de 20 anos em B. C.**

"checa" o outro, evitando a continuação dos erros. A cada dia há revisão de casos atípicos e dos casos normais, para maior certeza. O sistema de registro também é usado para ver se a proporção de exames atípicos classificados por um técnico é semelhante à proporção dos outros técnicos. Acharmos que, no Brasil, o problema maior com relação a um programa de prevenção do câncer está mais ligado ao fator organização. Há grande habilidade técnica em termos de diagnóstico e tratamento, e uma maior preocupação em relação ao problema propiciaria a formação de um eficiente programa.

TABELA 4: Tipo e localização de 67 casos de doença subsequente encontrados no seguimento de 3.688 casos de carcinoma epidermóide "in situ" do colo uterino

MÉTODO DE TRATAMENTO	Nº DE CASOS	CARCINOMA "IN SITU"		CARCINOMA "IN SITU" COM FOCOS INVASIVOS MICROSCÓPICOS		CARCINOMA INVASIVO OCULTO		CARCINOMA CLINICAMENTE INVASIVO		
		COLO UTERINO	VAGINA	COLO UTERINO	VAGINA	COLO UTERINO	VAGINA	COLO UTERINO	VAGINA	OUTROS
Biópsia marginal	9	6*	0	1	0	2	0	0	0	0
Biópsia em cone	31	28*	0	0	0	1	0	1	1	0
Histerectomia	24	0	19 [†]	0	0	0	2	0	1	2 [‡]
Radioterapia	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0
TOTAIS	67	35	20	1	0	3	2	2	2	2

* Um caso envolvendo colo uterino e vagina — † Dois casos envolvendo também os lábios — ‡ Um caso tinha metástase na parede pélvica e um caso tinha um novo foco de doença na região perianal

TABELA 5: Seguimento de Carcinoma "in situ" com focos microscópicos de invasão

SEGUIMENTO (ANOS)	Nº DE CASOS	VIVOS	MORTES PELA DOENÇA	MORTES POR OUTRA DOENÇA	SEM SEGUIMENTO
5	353	316	1	17	19
10	249	192	1	24	32
15	120	80	—	19	21

TABELA 6: Seguimento de carcinoma epidermóide invasivo oculto do colo uterino

SEGUIMENTO (ANOS)	Nº DE CASOS	VIVOS	MORTES PELA DOENÇA	MORTES POR OUTRAS DOENÇAS	SEM SEGUIMENTO
5	391	335 85,7%	24 6,1%	18 4,6%	14 3,6%
10	252	184 73,0%	17 6,7%	35 13,9%	16 6,4%
15	102	65 63,7%	9 8,8%	22 21,6%	6 5,9%

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).

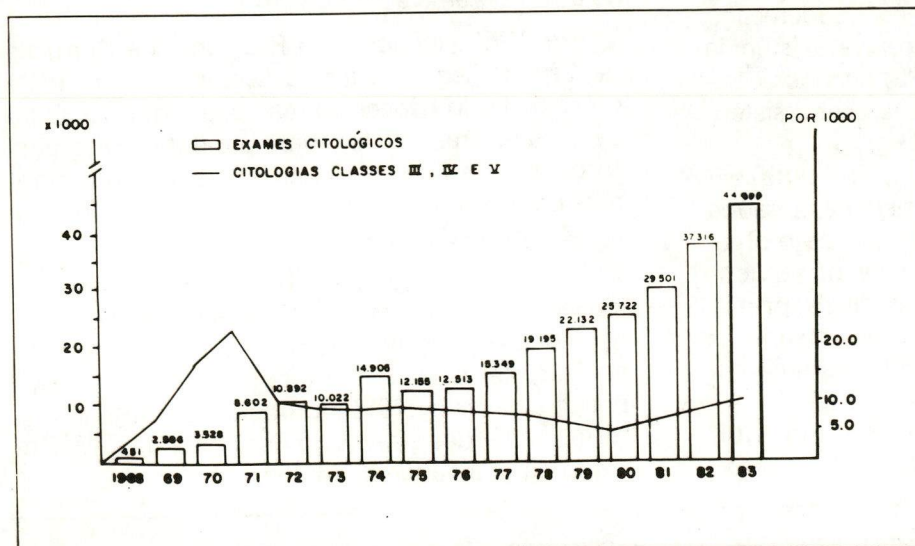


Figura 1 — Número de exames citológicos do colo uterino realizados anualmente e frequência (por 1000) de citologias classes III, IV e V. Período 1968-1983. (Campinas — SP.)

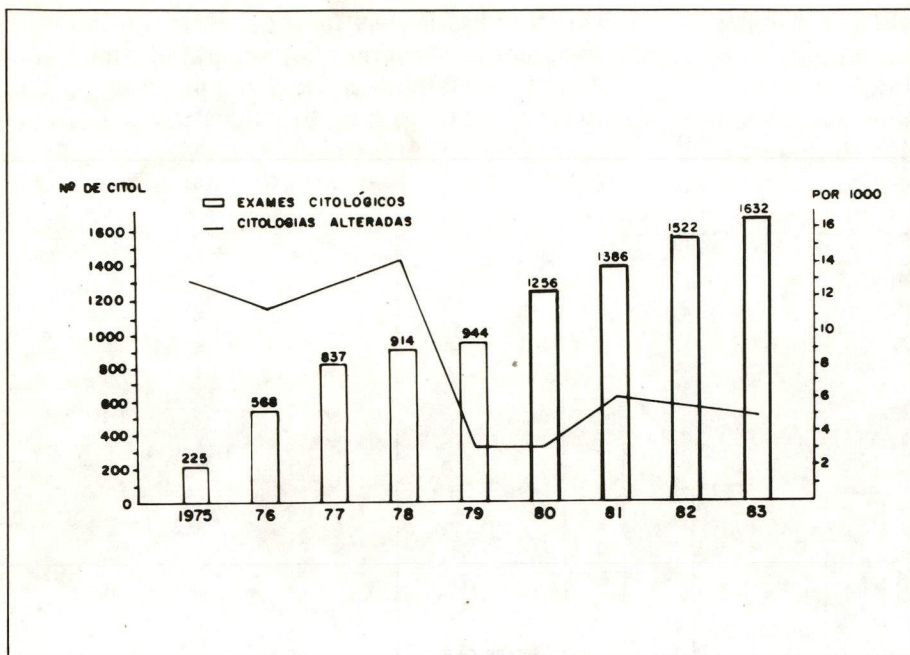


Figura 2 — Número de exames citológicos do colo uterino realizados anualmente e a freqüência (por 1000) de citologias alteradas. (Paulínia — SP.)

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

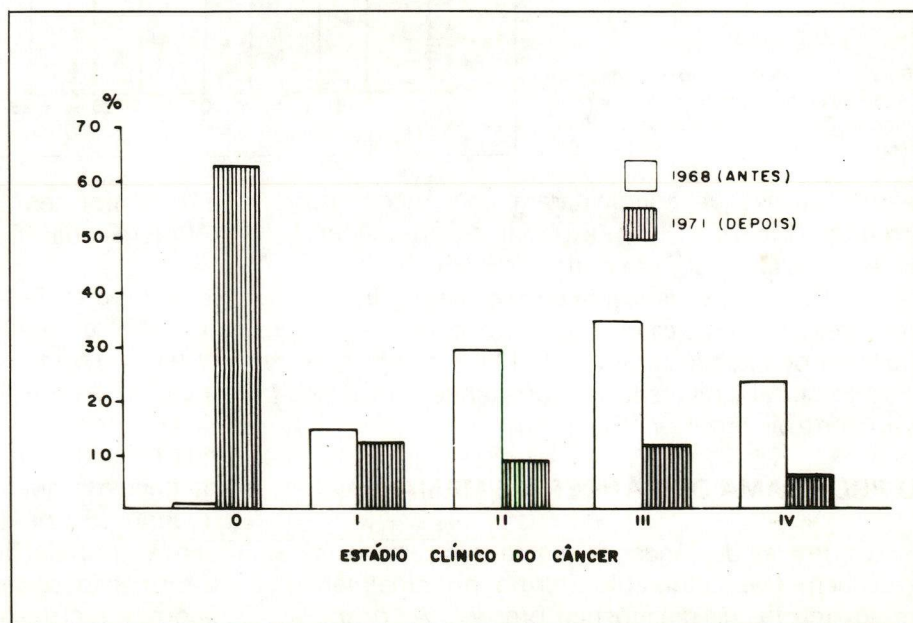


Figura 3 — Distribuição do estágio do câncer cervical antes (1968) e depois (1971) do início do programa de detecção do câncer cervical. (Campinas — SP.)

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-

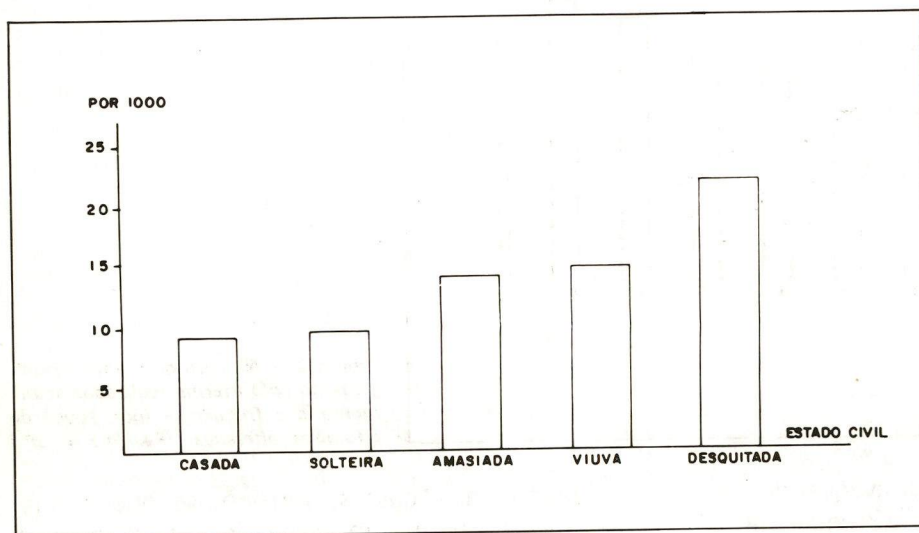


Figura 4 — Relação entre o estado civil e a frequência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

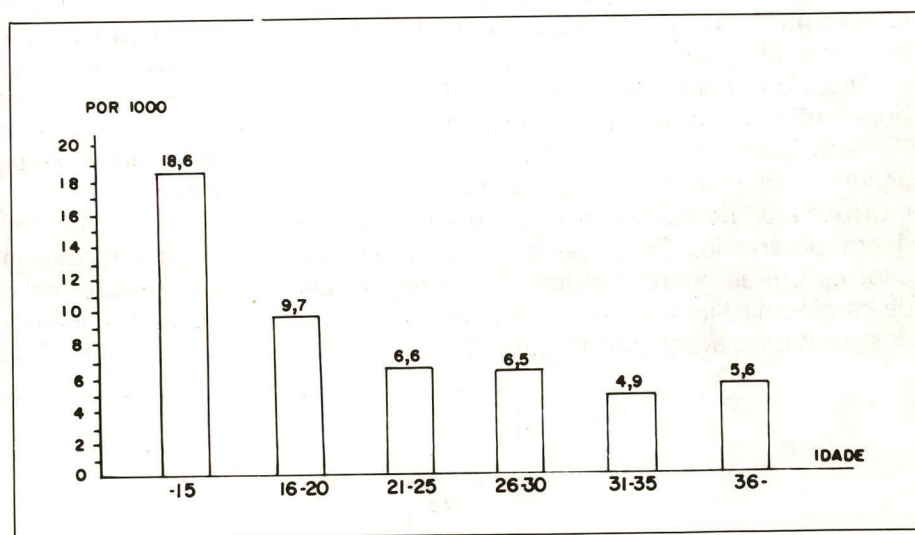


Figura 5 — Relação entre a idade do início da atividade sexual e a incidência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

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

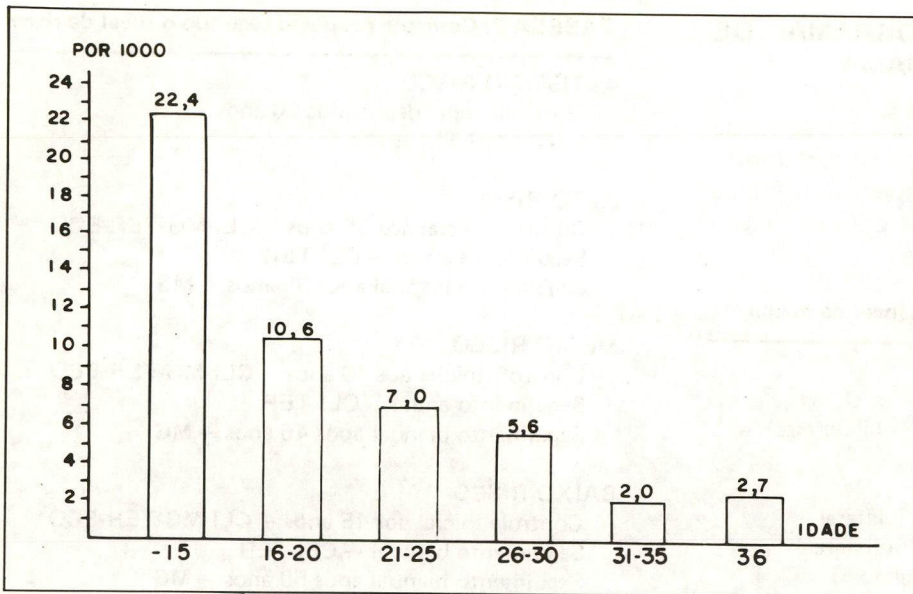


Figura 6 - Relação entre a idade da primeira gravidez e a freqüência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

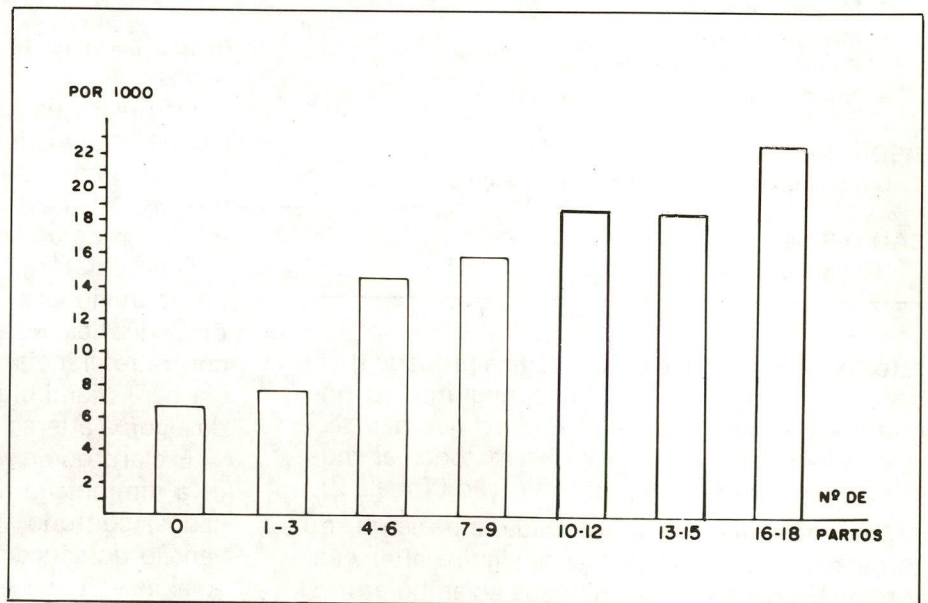


Figura 7 - Relação entre o número de partos e a freqüência (por 1000) de colpocitologias alteradas.

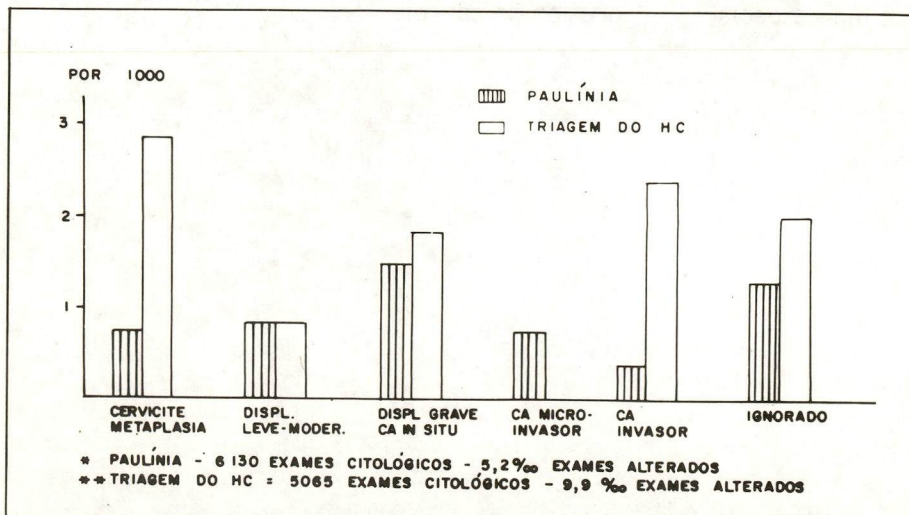


Figura 8 - Diagnóstico de patologias cervicais através do Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino em duas populações diferentes.

FUNIONAMENTO 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.

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

BREVE INTRODUÇÃO AO TEMA

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI¹
UNICAMP – Campinas, SP.

INTEGRAÇÃO DOS NÍVEIS PRIMÁRIO, SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO

O problema do controle do câncer ginecológico tem no diagnóstico e detecção precoce um de seus fatores mais importantes; contudo é claro que um controle efetivo não se faz somente com isso: é necessário que as ações tenham seqüência e, portanto, torna-se fundamental a relação entre atividades de atenção primária e seu apoio pelos setores secundário e terciário.

Se analisarmos nosso país e demais nações em desenvolvimento, em sua maioria, notamos que, enquanto suas ações de nível secundário e terciário (principalmente as terapêuticas) quase se equiparam em qualidade às dos países desenvolvidos, o inverso ocorre em relação ao nível primário, onde são realizadas as ações menos complexas e que fazem parte do conjunto de ações para o controle do câncer.

Assim, a problemática referente ao controle do câncer — particularmente o ginecológico — se agrava, pois sua solução somente se dará quando se reorganizar e valorizar a atenção primária. Um programa como o de Atenção Integral à Saúde da Mulher é, nesse estado de coisas, uma espécie de vetor de organização e um modelo para esse nível tão abandonado.

REESTRUTURAÇÃO DO SETOR PRIMÁRIO E A QUESTÃO DA MULHER

Particularizando a questão do câncer dentro da atenção à mulher, não há dúvida de que se torna muito mais fácil organizar um programa

de controle de câncer ginecológico se houver um programa de atenção integral à mulher no país. É claro que o perfeito funcionamento desse programa é um processo gradual e esse é o momento propício para tal, devido ao grande interesse e apoio para que se organize o setor primário e para que nele seja priorizada a questão da mulher de modo diferente de como vem sendo abordada. Os próprios programas de atenção materno-infantil são um exemplo de valorização da mulher apenas por sua capacidade reprodutora. Ela é esquecida no período interpartal, na adolescência, na menopausa e na velhice.

Não é esse o enfoque do Programa de Atenção Integral à Mulher, que visa englobar todos os itens relativos à saúde feminina e valorizar a mulher como um todo.

Assim como devemos valorizar a mulher como um ser integral e encarar a questão do câncer como um de seus problemas, não devemos verticalizar em demasia programas na área do câncer. Toda tentativa de modernizar e estruturar o nível primário pretende dar uma atenção integrada, evitando o quanto possível os programas verticais. Pode-se, através de ações extremamente simples, procurar uma abordagem integral a certas questões relativas à detecção precoce e diagnóstico do câncer que englobem, pelo menos, as principais neoplasias malignas femininas — tudo de modo rápido e eficiente. Assim, não é preciso que a paciente volte inúmeras vezes à unidade de saúde para realizar exames diversos.

¹ Reitor. Endereço para correspondência: Cidade Universitária — Rua Zeferino Vaz, s/n. Barão Geraldo. Caixa Postal 1170. Campinas, SP. CEP 13100.

CARACTERIZAÇÃO DO SETOR PRIMÁRIO

Quando se pretende organizar um programa de controle de câncer cérvico-uterino e de mama, deve-se dividir claramente as atribuições dos níveis primário, secundário e terciário. Há, contudo, um erro freqüente ao se confundir setor primário com ações de prevenção e diagnóstico precoce. Ora, ele se caracteriza não pelo tipo de problema, mas pela simplicidade das ações que envolvem seu diagnóstico, prevenção e tratamento. É perfeitamente possível dar resolutividade ao nível primário desde que haja as condições mínimas necessárias (a própria cauterização de colo uterino pode ser uma ação deste nível devido à sua simplicidade).

Não se pode querer determinar numa região as ações a serem feitas. Alguns postos de saúde, por exemplo, possuem recursos humanos e materiais suficientes para realizarem uma série de atividades; outros, não. O limite é muito variável e deve ficar a critério de cada médico no trato com seus pacientes. É por isso que fatores como a regionalização, referência e contra-referência são essenciais para o pleno funcionamento e organização do setor primário, não só no sentido de marcar consultas, mas no sentido da troca de informações. O setor primário precisa ter a certeza de que pode referir uma paciente para um determinado hospital e que ela receba o devido tratamento.

Em geral, os médicos que trabalham no nível primário são desprezados, enquanto que os mé-

dicos de hospitais universitários nem ao menos se dignam a dar sugestões no que tange àquele setor. É mais do que necessário valorizar o nível primário e o único modo de se fazer isto é reciclando seus profissionais. Hoje em dia, infelizmente, só se faz construir novos centros de saúde que terminam tão inoperantes quanto os já existentes. É preciso reavaliar as atividades dos postos em funcionamento e reciclar e valorizar o pessoal da atenção primária — inclusive em termos de melhor remuneração.

PROBLEMAS NO NÍVEL TERCIÁRIO

O setor terciário está tecnologicamente preparado para atender os casos de câncer diagnosticados. O que ele precisa, contudo, é se preparar de forma diferente para atender a uma demanda organizada da atenção primária. Antes de mais nada, ele precisa se desburocratizar. Sabemos que grande parte dos pacientes não completam seu tratamento graças à imensa burocracia do atendimento secundário e terciário.

Ora, se a mulher não sente nenhum sintoma — mesmo possuindo um câncer "in situ" no colo do útero — e é obrigada a passar por uma série de questões burocráticas, é natural que acabe desistindo de seu tratamento. A desburocratização é a modificação básica a ser feita na atenção terciária, principalmente, para que ela possa servir como um eficiente suporte para os outros setores.

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.

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

**PROGRAMA INTEGRADO DE TECNOLOGIA EM CITOPATOLOGIA:
UMA EXPERIÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DO APOIO LABORATORIAL**

MÁRIO JACONIANI¹

Programa Integrado de Tecnologia em Citopatologia — Rio de Janeiro, RJ.

Minha vinda a esse Seminário deve-se à experiência de um programa integrado de citopatologia voltado para o apoio laboratorial às unidades que dele necessitem. O INAMPS não possui nenhum índice de documentação em relação à citopatologia; apesar de possuir um enorme mecanismo de informação — o DATAPREV — ele programou um sistema de registro de tudo o que possui, anexando a citopatologia num espaço do laboratório de patologia clínica, no qual consta como "outros exames".

Assim, o INAMPS não tem condições de fornecer uma estatística de prevenção de câncer de exames citológicos. Contudo, ele já vem realizando esta atividade há muito tempo, sendo que em algumas unidades este trabalho é efetivo, em outras é incipiente ou mesmo inexistente. A partir de 1966, quando os institutos se reuniram, começou a haver um aumento percentual de atendimento citológico que veio num crescendo até 1978. A partir daí, houve no laboratório onde trabalho uma necessidade de aumentar seus recursos, já que outras unidades do INAMPS passaram a solicitar exames citológicos.

Não tínhamos condições de atender à grande demanda de nossos serviços. Realizamos um levantamento do que estava ocorrendo nos ambulatórios do INAMPS da cidade do Rio de Janeiro e chegamos à conclusão de que eles realizavam em torno de 397.600 consultas ginecológicas anuais. Diante desse problema, mostramos à Campanha Nacional de Combate ao Câncer e à Superintendência Regional do INAMPS a necessidade de se dar um suporte a isso — solução encontrada através de um projeto que daria apoio às unidades. Estabeleceram-se bases para um

convênio entre o INAMPS e a Campanha, cabendo a eles a locação de recursos materiais e humanos, compondo uma situação em que se pudesse agir com rapidez.

Isso foi facilitado, pois quatro unidades já trabalhavam com Citopatologia. A unidade central ficaria, pois, encarregada do desenvolvimento de ações estratégicas e táticas e apoio de recursos humanos e materiais. Três pólos de diferentes capacidades executavam os exames: o primeiro realizava cerca de 10.000 citologias anuais; o segundo, de 12 a 16.000 e o terceiro, atualmente em início de operacionalização, perto de 1.000 exames mensais.

Esse programa de citopatologia de apoio — o PITEC — iniciado em janeiro desse ano, prevê até o fim de 1985 atendimento diagnóstico de 200.000 pacientes — o equivalente a 50% da população atendida pelos ambulatórios do INAMPS. Sua meta é alcançar um índice de 70% dos ambulatórios do INAMPS, que são 15 postos com ambulatório de ginecologia (o INAMPS do Rio de Janeiro possui 22 unidades, mas apenas 17 fazem atendimento ginecológico).

Nosso posto vem atendendo a 12 dessas unidades, sendo três maternidades e dois postos do município. A questão da integração dos serviços de citopatologia em relação às unidades de saúde do município já foi, portanto, por nós iniciada. Pretendemos a curto prazo, através de negociações entre INAMPS, CNCC, Município e Estado do Rio de Janeiro, levar esse atendimento a todos os postos do município.

Todas as áreas foram receptivas ao PITEC. Os médicos das unidades, que não recebiam os resultados de seus trabalhos, passaram a receber

¹Coordenador: Endereço para correspondência: PAM — 13 de maio. Laboratório de Citopatologia, Rua Evaristo da Veiga, 16 — 4º andar. Rio de Janeiro, RJ.

mensalmente as estatísticas, que também são fornecidas à Campanha e à Superintendência do INAMPS. Cada unidade recebe, pois, o que ela nos remete, para que seu centro de estudo divulgue através dos médicos as ocorrências.

O arquivo de informações receberá os resultados de todas as unidades, constituindo-se também num bom meio de divulgar aos médicos os dados necessários sobre o andamento do sistema de prevenção do Rio de Janeiro.

Todos os resultados são encaminhados para os postos. **Os exames** são processados, lidos, classi-

ficados, registrados e é feita uma lista de remessa desses resultados por ordem alfabética e por médico, evitando possíveis enganos. Um Sistema de Comunicação é, portanto, fator fundamental para um efetivo funcionamento desse programa. É necessário o entendimento entre a unidade central, seus pólos e unidades. Colocamos em cada uma das unidades uma pessoa-contato para servir de elo na discussão de problemas internos de seu posto, tudo isso feito através de simples telefonemas (conseguiram-se linhas telefônicas diretas para a perfeita viabilidade do serviço).

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

**SISTEMA INTEGRADO DE CONTROLE DO CÂNCER:
PERSPECTIVA DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM CÂNCER**

LUIZ FELIPE MOREIRA LIMA¹

Campanha Nacional de Combate ao Câncer — Rio de Janeiro, RJ.

HISTÓRICO E OBJETIVOS DO SICC

Há cerca de quatro anos atrás verificou-se que os hospitais de câncer passavam por graves problemas. Antes de mais nada, estavam empobrecidos devido à crise geral do país, ao alto custo do tratamento do câncer e à desorganização da Previdência Social em relação ao pagamento dos hospitais. Em consequência disso, muitos desses hospitais passaram a não se dedicar exclusivamente ao câncer, voltando-se para o atendimento geral numa tentativa de recuperar aquela capacidade financeira perdida.

A dispersão do esforço para o controle do câncer no país promoveu uma queda no nível de tratamento e um desperdício de recursos humanos na área de cancerologia, já que seus profissionais partiam para outros setores por questão de sobrevivência. Não havia ainda no âmbito governamental uma política de saúde específica para a área de cancerologia que atentasse para estes problemas.

Com o agravamento destas questões e com a reativação da CNCC, permitiu-se a entrada de mais recursos para o setor câncer e novas idéias começaram a surgir. Assim, há cerca de três anos, criou-se o Sistema Integrado de Controle de Câncer — o SICC — um conjunto de instituições independentes, públicas e privadas, atuando coordenadamente em nível nacional com o objetivo comum de fornecer assistência médica aos portadores de neoplasias e doenças correlatas. Promovendo a melhoria da gestão administrativa, financeira e técnica dessas entidades participantes e a execução de planos e programas de desenvolvimento técnico e administrativo, o

SICC buscaria a integração, a normalização e a maior eficiência do sistema de tratamento de câncer no país.

ESTRUTURA DO SICC

Imaginou-se para estruturar funcionalmente o Sistema Integrado o seguinte quadro: INAMPS e INCa formariam uma espécie de direção geral do Sistema; a CNCC, junto com os representantes de cada uma das entidades participantes, formariam um Conselho de Representantes, uma direção executiva. A partir daí, elaborar-se-ia um plano de trabalho executado pelas instituições.

Existe em praticamente todos os estados do país uma instituição ligada ao SICC. Essa instituição é o ponto de referência dessa rede básica de detecção e diagnóstico precoce. Os mecanismos de referência e contra-referência teriam seu ponto de referência máximo nessa entidade. Contudo, isso ainda não está organizado; atualmente só existem as portarias, algumas estabelecendo formas diferenciadas de pagamento a essas instituições (para que recuperem sua capacidade financeira) e outras determinando às Superintendências regionais a não restrição ao encaminhamento de pacientes para essas unidades e mesmo a igualdade de tratamento para pacientes das áreas urbana e rural. A estruturação, portanto, ainda está em andamento.

PROBLEMAS RELATIVOS AO SICC

As idéias para a configuração final do Sistema

¹ Assessor técnico. Endereço atual para correspondência: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, Avenida Brasil, 4.036 — sala 813. Rio de Janeiro, RJ. CEP 21040.

diziam respeito à maior aproximação dos planos e programas em benefício da comunidade a que se vai servir. Esse fato nunca ocorreu antes devido à má organização do setor público e privado, na área do setor saúde. Vários problemas e distorções do próprio sistema começaram a ocorrer em virtude disso, como a questão da burocracia — que centralizou de tal modo as decisões que passou a impedir qualquer tipo de iniciativa local.

Essa burocracia, que ofuscou a criação de programas a nível regional, possuía um motivo específico: ela era o ponto vital para toda a sorte de interesses existentes dentro do serviço público, principalmente na área da assistência médica. Quando o Instituto Nacional de Câncer começou a funcionar, por exemplo, uma das coisas que mais se temia era justamente essa gama de interesses corporativistas, que poderiam impedir o desenvolvimento da organização.

Outro problema observado diz respeito à dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e a comunidade e entre a direção e os profissionais. É importante reaprender a trabalhar com a clientela, saber o que o paciente deseja e mantê-lo informado, uma vez que um programa tem uma contra-referência também a nível do usuário. Não deve haver restrições de acesso do paciente ao programa, nem segredos acerca desse tratamento. Toda informação deve ser difundida entre os participantes do Sistema Inte-

grado, com troca de experiência e renovação cultural.

Nos planos e programas governamentais percebe-se ainda uma certa acomodação dos profissionais e usuários no sentido de que o Estado seria capaz de resolver todos os problemas. Ora, é necessário dividir essa responsabilidade entre todos, para que saibamos de nosso papel e importância nesse Sistema. Isso impedirá, por exemplo, que a rede básica procure o hospital de referência para pedir um favor, fazendo-o, sim, para cobrar seu serviço.

A última — e polêmica — questão diz respeito ao setor privado e público na consecução desses programas. Esse problema é de suma importância principalmente no momento atual, onde se pretende realizar algumas mudanças na estrutura ministerial, com a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. Os diferentes setores que trabalham nessa área não têm conseguido apresentar uma proposta harmônica que atenda aos interesses do cidadão. Isso pode vir a ser um ponto de atrito e no Sistema, na área hospitalar, nós de certa forma conseguimos contornar esse problema: não há relevância quanto ao fato do indivíduo ou entidade que vai trabalhar nesse sistema ser privado ou público, na medida em que as diretrizes básicas e a administração dos recursos desse programa estão mais próximas dos usuários. No momento em que a burocracia é desmantelada, questões como essa deixam de ter maior importância.

Simpósio IV: "Novas Estratégias de Capacitação das Equipes de Saúde de Ações Educativas Junto à População: Experiências Regionais"

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

ELIANA TADDEI¹

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança – Ministério da Saúde, DF.

Devemos nos orientar para que todas essas ações desenvolvidas na rede básica possam ser um momento de apropriação de saber por parte da clientela. Gostaria de fazer um comentário sobre como pensamos em reorientar essa prática da assistência e o que há por trás de nosso apoio a esses tipos de experiências.

A atual relação médico-paciente e a própria organização dos serviços de saúde têm a ver com um processo maior do modo como se desenvolveu a organização do saber médico. Houve uma tendência marcante não só da especialização, como de uma neutralidade, uma desumanização na relação profissional de saúde/paciente. Isso vem sendo revisto.

Hoje estamos falando da importância, por exemplo, do aleitamento materno, do alojamento conjunto, da humanização do parto. Estamos num movimento de revisão do modo como se organizou essa prestação de serviços pelos profissionais.

Ginecologia e obstetrícia são especialidades muito recentes na história da medicina. Quem sempre cuidou das mulheres foram as mulheres, quem executava os partos eram as parteiras, quem resolvia seus males eram as comadres, quem as ajudava a amamentar eram outras mu-

lheres que tinham amamentado. Havia, pois, um sentimento de solidariedade em relação às questões que diziam respeito à saúde da mulher.

Pouco a pouco, as mulheres foram sendo espoliadas desse saber, na medida em que o saber médico passou a ocupar esse espaço. Contudo, muitos profissionais, no início desse processo, assumiram o poder de serem os depositários desse saber, sem muitas vezes o possuírem realmente (muitos, por exemplo, nada sabem sobre questões cotidianas da mulher que amamenta). Assim, estamos num momento em que deve ser repensada essa superespecialização médica que fragmenta, e despersonaliza a relação com a paciente. Quando se fala em saúde pública, o mesmo ocorre: de que adianta falar em cobertura ou planejamento sem situá-los nessa dimensão que está nos faltando? *Resgatar* é a palavra-chave: a população deve resgatar o saber que lhe foi retirado; deve-se recuperar também a relação profissional de saúde-paciente.

Esse é o quadro maior em que estamos trabalhando para a prestação de assistência à mulher. Isso tem um impacto importante na própria organização dos serviços. É o momento de valorizar nosso potencial de trabalho e estabelecer uma nova relação com as pessoas.

¹Coordenadora. Endereço atual para correspondência: Secretaria de Planejamento/MS. Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 4º andar. Brasília, DF. CEP 70058.

Simpósio IV: "Novas Estratégias de Capacitação das Equipes de Saúde de Ações Educativas Junto à População: Experiências Regionais"

A EXPERIÊNCIA DE SÃO PAULO

ELIZABETH MELONI VIEIRA¹

Secretaria Estadual de Saúde — São Paulo, SP.

Vou tentar relatar um pouco da experiência que estamos iniciando em São Paulo, usando material educativo da Fundação Carlos Chagas. A utilização desse material, criado em 1981 por uma equipe de pesquisadores da Fundação junto a alguns grupos de mulheres de São Paulo — principalmente as do clube de mães de Diadema (cidade operária da região do Grande ABC) foi solicitada por vários profissionais da Secretaria de Saúde, que dele tinham conhecimento.

Com o objetivo de atender aos grupos de mulheres que não possuíam subsídios ou material para discutir sobre corpo, saúde e sexualidade, o material da Fundação é composto de cinco folhetos, cada um com um determinado tema:

- o corpo
- a opção da maternidade e dos métodos anticoncepcionais (encarando a maternidade não só como uma função biológica, mas também como uma questão social)
- educação sexual das crianças
- relações sexuais e orgasmo
- o exame ginecológico, a relação médico-paciente e as dificuldades das mulheres ao enfrentar o serviço de saúde.

Essa demanda de se discutir sobre essas questões apareceu nos vários congressos e encontros de mulheres realizados a partir de 1975 em todo o Brasil. Atualmente, o material já rodou todo o país, atendendo a mais de cem grupos de mulheres. A partir de 1983 ele começou a ser solicitado por outras instituições que prestam serviço educativo — como escolas, Secretarias de Bem-

estar e Centros de Saúde — e a partir do ano passado a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo resolveu assumir esse tipo de trabalho com o uso dos folhetos.

O material educativo também tem servido na Secretaria de Saúde para que seus profissionais discutam sobre temas geralmente esquecidos na maioria dos treinamentos — questões como os valores que os profissionais de saúde têm em relação ao corpo feminino, a relação médico-paciente, o atendimento autoritário do serviço de saúde, etc. Isso tem sido uma experiência interessante, já que a maioria dos profissionais de saúde são mulheres.

Os debates propostos estão sensibilizando os profissionais para a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, pois a discussão da condição feminina e de suas dificuldades com seu corpo está servindo para que se comece a repensar a necessidade de reformular o atendimento às pacientes.

Usamos uma metodologia bem simples, que é a leitura conjunta e posterior discussão — esse material não é um material informativo, mas um roteiro de debates. Temos realizado cerca de quatro reuniões de no mínimo duas horas e meia com os profissionais de cada regional, retornando sempre após dois meses, que é o tempo para terminarem a leitura e discussão do material sozinhos. Começamos, então, um trabalho de supervisão e planejamento da continuidade dessas atividades.

¹Endereço para correspondência: Secretaria de Estado de Saúde — Divisão Técnico-Normativa, Av. Dr. Arnaldo, 351, 12º andar, São Paulo, SP.

Questões freqüentes são observadas nessas reuniões, como a hierarquia bem delimitada da Instituição — como as relações de poder lá ocorrem de forma tão clara. Muitas vezes, por exemplo, estamos trabalhando com o pessoal do nível técnico, enquanto poderíamos estar trabalhando também com o pessoal do nível auxiliar; contudo, há uma dificuldade muito grande para o nível técnico aceitar a convivência com seus

subalternos.

Das 17 regionais do Estado de São Paulo, já atendemos a 6 regionais e estamos formando grupos de multiplicadores com o objetivo de difundir esse trabalho que vem se encaminhando. Estamos tentando formar também grupos de auxiliares para comparar seu efeito multiplicador com o dos grupos de técnicos já existentes.

Simpósio IV: "Novas Estratégias de Capacitação das Equipes de Saúde de Ações Educativas Junto à População: Experiências Regionais"

A EXPERIÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

LYGIA PRATINI DE MORAES¹

Liga Feminina de Combate ao Câncer – Porto Alegre, RS.

INTRODUÇÃO

Os principais problemas de saúde de nosso povo provêm do subdesenvolvimento global que nos assola. Por falta de instrução, estruturas adequadas e recursos técnicos suficientes, grande parte de nossa população vive em condições precárias de saúde e não sabe o que fazer para melhorar o atual estado de coisas.

A proteção da saúde pública não é problema apenas governamental, mas diz respeito a todos os cidadãos, que devem assumir iniciativas em benefício próprio e de sua comunidade para tentar solucionar os problemas. É por isso que é necessário um programa de ação integrada a nível educacional de saúde envolvendo o poder público, a população e entidades particulares.

Embora os governos mantenham uma infraestrutura sanitária adequada, ela não é suficiente, sobretudo em relação ao controle do câncer. Muitas vezes eles são impedidos de financiar programas de saúde; nestas condições, os recursos humanos das entidades voluntárias, mais que os recursos financeiros, podem ajudar com eficácia a execução destes programas, principalmente daqueles educativos, junto à comunidade.

Nenhum problema de saúde possui uma ressonância emocional tão profunda como o câncer. Todos os países, mesmo os desenvolvidos, tentam hoje somar recursos e esforços para pesquisa com a finalidade de identificar o porquê de sua tão grande incidência na humanidade. Além disso, pessoas de todas as regiões têm se motivado para se associarem às instituições de caráter voluntário no combate ao câncer. Essa

motivação é o centro de interesse de todo o processo educativo e seu fator impulsionador.

A LIGA FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER

A partir de 30 de abril de 1954, incorporou-se mais uma força na luta contra o câncer: a Liga Feminina de Combate ao Câncer visava dar assistência gratuita ao doente de câncer carente não inscrito na Previdência Social (não só da capital, como dos outros municípios gaúchos), ajudar a construção e a manutenção do Hospital Santa Rita e, sobretudo, motivar e conscientizar a população sobre a luta e a prevenção da doença.

A Liga Feminina fundou núcleos em 57 municípios do Rio Grande do Sul e conta com 2.500 voluntárias ativas, além das associadas contribuintes. Em 27 municípios, onde há núcleo da liga, existe ambulatório de prevenção do câncer ginecológico, mantido em geral pela Secretaria de Saúde do Estado. A meta prioritária da entidade, estabelecida em 1972, na gestão da atual diretoria, é o desenvolvimento do setor educacional. Sua finalidade de realizar palestras sobre o câncer e sua prevenção em diversos lugares (escolas, fábricas, paróquias, associações de moradores, etc.) visa sobretudo uma mudança de mentalidade, hábitos e atitudes em relação à doença.

Procuramos usar em nossas palestras depoimentos de senhoras presentes que já tenham se submetido a exames de prevenção de câncer ou mesmo pessoas curadas. Cartazes, filmes, audio-

¹Presidente. Endereço para correspondência: Rua Sarmiento Leite, 187. Porto Alegre, RS. CEP 90000.

visuais e outros recursos também são utilizados para informar sobre os locais dos exames gratuitos e motivar a população para lá se dirigir. Folhetos educativos de alerta e auto-exame das mamas são distribuídos e nas escolas procura-se atingir os familiares através dos alunos.

O APOIO DOS JOVENS

Observamos, durante as palestras, que o interesse de conseguir maiores informações sobre o câncer e sua prevenção era muito maior entre os jovens que entre os adultos. Assim, resolvemos ampliar nossos objetivos, firmando em outubro de 1975 um convênio entre a Liga e a Secretaria de Educação do Estado para uma ação integrada que atingisse maior número de estudantes, que levasse às escolas estaduais um programa de educação preventiva do câncer.

Foi elaborado, portanto, um projeto de educação para prevenção do câncer com grande atuação da Liga e de suas regionais em todas as fases, principalmente na mobilização comunitária para treinamento de professores, atendendo às suas necessidades de transporte, alimentação e hospedagem. Cerca de 15.000 professores das escolas públicas do Estado foram treinados nas áreas de biologia e programas de saúde. A Secretaria de Educação preparou e distribuiu todo o material didático, e avaliações e seminários foram posteriormente realizados para uma análise do programa.

A partir de 1977 foram incluídas no *currículo* escolar aulas sobre câncer para alunos de 2º Grau. Hoje, 200.000 alunos recebem as aulas anualmente e, considerando-se o efeito multiplicador, pode-se estimar um número de cerca de um milhão de pessoas recebendo informações sobre o câncer.

Com o trabalho realizado junto aos jovens, notou-se uma grande mudança em relação à formação de hábitos e costumes favoráveis à prevenção do câncer. Tornou-se cada vez maior a procura dos ambulatórios para os exames, houve maior interesse dos pais pelas palestras e solicitações para instalações de novos núcleos da Liga. Toda a comunidade passou a ter maior consciência da importância do diagnóstico precoce para a cura da doença.

O CLUBE DO SIRI

Em 1978 foi elaborado, a partir do programa de educação e prevenção do câncer desenvolvido com alunos do 2º Grau, o projeto do Clube do

Siri, com o objetivo de difundir entre as crianças de 1º Grau conhecimentos sobre a doença, despertar o sentimento de solidariedade humana e arrecadar recursos financeiros para a construção e manutenção de uma enfermaria infantil para crianças carentes com câncer, sem Previdência Social, no Hospital Santa Rita, em Porto Alegre.

De início, travamos contato com a Secretaria de Educação do Estado, Primeira Delegacia de Educação e com a direção de escolas particulares, engajando 45 instituições de ensino. Em seguida, demos aulas expositivas dialogadas, apresentamos audiovisuais, distribuimos a revista "Clube do Siri" e materiais educativos sobre prevenção e cura do câncer, atingindo 39.000 alunos nesse ano.

Ao mesmo tempo, lançamos o Clube do Siri nas escolas. Cada aluno, além das informações, recebe uma carteirinha que dá direito a descontos em lojas e ingressos gratuitos em cinemas e campos de futebol. A criança, ao prestar solidariedade aos carentes, sente-se motivada e orgulhosa por participar desta ação. A idéia do Clube teve grande repercussão e a construção da enfermaria infantil tornou-se possível graças à ajuda da Liga e do Clube do Siri. Hoje ela atende cerca de 500 crianças doentes por ano.

O TRABALHO COM AS MULHERES OPERÁRIAS

Apesar de todos os esforços para o controle do câncer, seu índice no Rio Grande do Sul continua muito elevado. Talvez o problema residisse na falta de informação das mulheres operárias. Procuramos, assim, a direção da Federação das Indústrias do estado, expusemos a questão e sugerimos um trabalho integrado entre o Serviço Social de Indústria e a Liga. Recebemos dela duas unidades móveis para o exame ginecológico gratuito de prevenção de câncer para as operárias.

Dado o primeiro passo, desenvolvemos um programa de ação integrada envolvendo também o poder público para a elaboração do projeto e assinatura do convênio entre a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, o SESI e a Liga Feminina, ocorrida em outubro de 1980. Coube à Liga a coordenação e administração do programa, ao SESI a doação e manutenção das unidades móveis e à Secretaria de Saúde e Meio Ambiente a leitura e resultados dos exames.

Iniciadas as atividades em abril de 1981, houve solicitação por parte dos operários para que as unidades atendessem também as suas esposas e familiares. Com isso, foram examinadas as mo-

radoras de vila, a população de mais alto risco, sem informações, transporte ou renda.

Os exames são precedidos de palestras realizadas pelas voluntárias da Liga, onde se alerta para os problemas do fumo nas gestantes e nos fetos, para o valor do aleitamento materno e do planejamento familiar — além, é claro, de fornecer maiores informações sobre o câncer, sua prevenção e tratamento. Estagiárias de enfermagem treinadas nos ambulatórios da Secretaria de Saúde fazem os exames Papanicolaou e de mamas e distribuem folhetos de orientação para auto-exame de mama. Entrevistas e preenchimento de fichas de identificação, outrora trabalho das voluntárias, ficam hoje a cargo das atendentes em face do novo modelo fornecido pela Secretaria de Saúde, que utiliza o computador.

Em 1983 o programa foi reformulado, passando-se a examinar apenas mulheres que já tenham tido relações sexuais. Em 1984 as unidades móveis continuaram em atividade apenas nas

vilas, já que o SESI assumiu os exames das operárias. Escolas estaduais cedem luz, água, local para palestras e avisam às mães através dos alunos sobre os exames. Estes são entregues na unidade do bairro, que os remete para os postos avançados das vilas. Nos primeiros 261 exames realizados em 1984 constataram-se cinco casos de câncer.

Temos recebido apoio de vários órgãos e instituições, mas esse apoio diz respeito basicamente à orientação de programação, já que nossos recursos financeiros provêm de promoções sociais e culturais. Conseguimos às vezes um apoio do Governo do Estado para um programa específico e também da Secretaria do Trabalho e Ação Social. Quanto mais pessoas e setores da comunidade participarem de programas como o nosso, melhor o seu resultado. Assim é o trabalho da Liga Feminina de Combate ao Câncer, informando e motivando a população para os exames preventivos, dando-lhe o serviço próximo ao seu local de trabalho ou à sua moradia.

Simpósio IV: "Novas Estratégias de Capacitação das Equipes de Saúde de Ações Educativas Junto à População: Experiências Regionais"

A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

REGINA MARIA BARBOSA ADDOR¹
SOS Corpo de Recife — Recife, PE.

O SOS CORPO DE RECIFE

O SOS Corpo é uma entidade sem fins lucrativos que trabalha há quatro anos com as mulheres da periferia do Grande Recife. Somos nove mulheres de diversas áreas profissionais e a origem desse grupo é basicamente de grupos de reflexão feminista, que se reuniram em torno de uma proposta de auto-exame ginecológico. Já realizávamos cada uma de nós trabalhos na periferia do Recife ligados ao clube de mães e de mulheres, à arquidiocese e à associação de moradores. Assim, resolvemos nos juntar para um trabalho mais efetivo e em 1982 nos transformamos juridicamente numa instituição para uma maior autonomia e financiamento das atividades.

Temos três áreas de atuação: pesquisa, documentação e trabalho educativo. Quanto à primeira, realizamos três trabalhos sobre causas e condições de aborto na Região Metropolitana do Recife, esterilização e contracepção. Em termos de documentação possuímos uma brochura, a "Corpo da Mulher", com 7.000 exemplares espalhados no país, outra sobre doenças sexualmente transmissíveis, um livro sobre como evitar filhos e VTs sobre sexualidade na adolescência, esterilização, parto e gestação.

Há cerca de dois anos passamos a encenar uma peça — "Vida de Mulher" — falando do dia-a-dia das mulheres e do modo como elas são oprimidas na sociedade, abordando diversas questões: o atendimento médico à mulher, a violência nas ruas, o tratamento das gestantes no trabalho, a divisão das tarefas na família. Com essa peça chegávamos aos bairros e, conforme a receptividade, oferecíamos cursos com a duração média

de três dias versando sobre corpo e sexualidade, ciclo menstrual, contracepção, gestação e parto, doenças sexualmente transmissíveis, frigidez, educação sexual dos filhos e atendimento médico.

Esses cursos se realizam no espaço cedido pelo bairro — nas casas das mulheres ou nas associações de moradores. Buscamos sempre a partir da brincadeira e da dramatização um relaxamento para que as mulheres possam exprimir melhor seus tabus e temores que envolvem a questão do corpo. Temas como frigidez e virgindade são abordados, com discussões *a posteriori*. O trabalho realizado com a massa de modelar — as mulheres são solicitadas a construir um corpo feminino com o material cedido — também é um recurso por nós usado para demonstrar a grande falta de informação existente sobre os órgãos genitais (vagina e útero, por exemplo, são frequentemente representados por um grande buraco sem fundo), apesar da grande importância a eles dada.

Trabalhamos atualmente com 500 mulheres em 16 bairros de Recife. Um grande encontro entre elas é realizado semestralmente, e aí se trabalham vários temas através da dramatização. Fantasia e preconceitos são expostos nas situações criadas no palco. Em outra reunião semestral reunimos as mulheres de cada bairro para discussão de problemas específicos de sua região. Assim, o município de Paulista, por exemplo, possui uma problemática distinta da Casa Amarela em termos de infra-estrutura e funcionamento de unidades hospitalares. Questões como essa são debatidas e avaliadas.

Com relação ao tema do Seminário, a totali-

¹Endereço atual para correspondência: Rua Saint Hilaire, 118/61 — Jardim Paulista — São Paulo, SP.

dade das mulheres com que trabalhamos vem realizando, semestral ou anualmente, seus exames de prevenção de câncer e vão até mesmo juntas às unidades, uma assiste o exame da outra e assim começam a divulgar o que ocorreu no serviço, tirando o medo infundado das outras mulheres.

A UTILIZAÇÃO DO RÁDIO

Há um ano e meio começamos a fazer um programa de rádio semanal que ocupava dez minutos de um programa de grande audiência em Recife, o do Samir Abuana, que atinge diariamente 200.000 pessoas — sobretudo donas-de-casa e empregadas domésticas. Hoje em dia temos 15 minutos diários e recebemos até mesmo uma proposta para um programa inteiro por toda a manhã.

Com o rádio respondemos às cartas das ouvintes com dúvidas e questões referentes à sexualidade, contracepção e gravidez. Também propomos temas para discussão, como o câncer ginecológico, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o posicionamento desta frente ao exame médico. Assim, questões dos cursos são trabalhadas pelo rádio. Como o número de pessoas em busca de maiores esclarecimentos se torna cada vez maior, estamos atendendo a essa demanda do rádio não só por cartas, mas tam-

bém no plantão que damos na sede do SOS Corpo e por cursos.

NOVOS TRABALHOS E CONVÊNIOS

Estabelecemos alguns "convênios informais" com entidades do setor saúde — como o SEMINI (um instituto de reprodução humana) e o IMIP. Quanto a essa última instituição, há uma verdadeira troca de trabalhos e experiências: damos uma assessoria, por exemplo, para suas pacientes que se queixam de frigidez e, em contrapartida, o IMIP atende as mulheres que para lá mandamos.

Em 1984 começamos a trabalhar também no treinamento de recursos humanos para o Programa de Assistência à Mulher, e ajudamos o Ministério da Saúde na confecção de normas técnicas de exame ginecológico. Um trabalho junto a empresas se inicia. Atendemos durante três meses a um grupo de mulheres operárias da Hering e concluímos que um curso de monitoria seria importante para que elas mesmas pudessem levar nossos esforços adiante.

A última questão a ressaltar, em termos do atendimento no serviço de saúde, diz respeito à necessidade de incorporar à prática médica a realidade da mulher — seus tabus e ilusões. Somente com o entendimento disso é que poderemos prosseguir, entender a mulher como um todo e efetuar uma real integração das ações de saúde e da própria mulher como ela é.

Simpósio IV: "Novas Estratégias de Capacitação das Equipes de Saúde de Ações Educativas Junto à População: Experiências Regionais"

A EXPERIÊNCIA DE GOIÁS

ANA MARIA COSTA¹

Secretaria Estadual de Saúde – Goiânia, GO.

Algumas situações favoráveis para o desenvolvimento de uma nova forma de assistência à mulher são encontradas em Goiás; por exemplo, o próprio engajamento de sua Secretaria de Saúde numa proposta mais comprometida com a saúde da população e a expressão popular, que espera de um governo eleito pelo voto o cumprimento disso. Na prática, esse desenvolvimento se deu através de uma reformulação interna que visou a reunião de todos os setores relativos à mulher num setor único, possibilitando também, pela atuação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, uma visão mais globalizada da mulher.

Com essa proposta de reestruturação, os profissionais de saúde estão sendo privilegiados através de um novo plano de cargos e salários, que lhes vai permitir uma remuneração condizente com seu trabalho. Após uma avaliação do serviço de saúde e da constatação de sua baixa produtividade, concluímos que deveria haver alguma estratégia comum de intervenção (que poderia ser encaminhada globalmente) e outras estratégias específicas para cada serviço.

Não havia em geral uma política de capacitação de recursos compatível com o objetivo almejado, capacitação esta não só a nível técnico, como no sentido de resgatar uma relação mais humanizada entre o profissional de saúde e seu paciente. Começamos, assim, a criar grupos de reflexão sobre a prática médica, que alcançaram tão grande êxito que mesmo os próprios profissionais passaram a solicitar nossos serviços.

Hoje em dia temos um trabalho mais específico dentro da relação médico-paciente; estamos realizando o psicodrama didático e já temos cerca de 30 profissionais participantes que nos dão

seus depoimentos acerca de como passaram a rever suas vivências e relação com seu ofício. O despertar dessa sensibilidade do profissional, de sua busca de identidade enquanto profissional, produz resultados positivos não só no ato médico propriamente dito, mas em relação a toda a lida com a clientela.

Começamos, então, a nos preocupar com a produção de material para promover um questionamento da clientela. Hoje, a mulher que chega a um de nossos 16 centros de saúde da capital é encaminhada para uma consulta ginecológica onde é colhido material para o exame citopatológico, cujo resultado estará pronto cinco dias após. Nesse intervalo, ela é matriculada em grupos de reflexão, onde passará a tratar de temas como conhecimento maior do corpo, anticoncepção e concepção, livre direito ao exercício da sexualidade e à escolha do número de filhos, etc. Essa dinâmica tem funcionado muito bem, contando com o apoio do Hospital Araújo Jorge, um hospital beneficente de Goiânia que, através de um simples convênio, tem realizado nossas citologias, recebido nossos casos e ajudado em outras atividades.

Todas essas ações têm se dado numa busca constante de alternativas, já que, na verdade, nenhuma instituição do estado possuía alguma experiência com essa nova abordagem da mulher. Estamos apenas iniciando e descobrimos que não dá mais para se enfrentar a saúde pública com aqueles parâmetros estáticos de resolutividade tão-somente, mas comprometendo nossos serviços com um melhor nível de qualidade. Porque somente através de uma qualidade maior de serviço é que se vai atingir uma clientela maior e com maior eficiência.

¹ Gerente da Unidade Operacional da Mulher e da Criança. Endereço atual para correspondência: Divisão de Saúde Materno-Infantil. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/MS. Esplanada dos Ministérios, Bloco G – 7^o andar. Brasília, DF.

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 efetividade

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.

III SIMPÓSIO DE ONCOLOGIA DA PUC Porto Alegre, 29 a 31 outubro 1986

O Simpósio de Oncologia da PUC será realizado no período de 29 a 31 de outubro de 1986, em Porto Alegre.

Além dos convidados, participarão palestrantes escolhidos através de um Concurso de Trabalhos Científicos. Os 10 (dez) melhores trabalhos, selecionados pela Comissão Julgadora, constarão dos temas oficiais e serão apresentados no Simpósio. Ao autor (ou autor principal) de cada trabalho selecionado será fornecido transporte aéreo, hospedagem, inscrição no Simpósio e Certificado. Os trabalhos serão publicados na Revista Brasileira de Cancerologia.

Promoção:

Serviço de Oncologia da PUC
Hospital São Lucas da PUC
Faculdade de Medicina da PUC-RS

Coordenação:

Dr. Adalberto Broecker Neto

Comissão Organizadora:

Dr. Paulo S. Maciel
Dr. J. J. Menezes Martins
Dr. Samuel R. Constant
Dr. Carlos Alt Barcellos
Dr. Ivo Behle

Apoio:

Sociedade de Cancerologia do Rio Grande do Sul
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
Sociedade Brasileira de Cancerologia
Colégio Brasileiro de Radiologia — Setor de Radioterapia

Colaboração:

Laborterápica Bristol

CONCURSO DE TRABALHO CIENTÍFICOS — Regulamento —

- O Concurso é aberto e podem participar médicos de todo o Brasil.
- O tema do trabalho deve ser relacionado com Câncer, tanto na área básica como clínica.
- O trabalho deve ser redigido e apresentado de acordo com as normas de publicação da Revista Brasileira de Cancerologia. Informações com a coordenação do III Simpósio de Oncologia da PUC ou com a Revista Brasileira de Cancerologia, Praça Cruz Vermelha, 23 — Sala 320, 20230, Rio de Janeiro, RJ.
- Devem constar o nome do autor, local onde foi realizado o trabalho, endereço residencial e profissional, telefones. Se forem vários os autores, deve ser indicado o autor que apresentará o trabalho caso o mesmo seja selecionado.
- A data limite para o recebimento dos trabalhos é **15 de julho de 1986**.
- O trabalho deve ser enviado para:
III SIMPÓSIO DE ONCOLOGIA DA PUC
a/c Serviço de Oncologia da PUC
Av. Ipiranga, 6.690 — sala 321
90610 — PORTO ALEGRE — RS

- Serão selecionados, pela Comissão Julgadora, os 10 (dez) melhores trabalhos.
- A Comissão Julgadora é constituída por médicos da Comissão de Publicação da Revista Brasileira de Cancerologia.
- O resultado será publicado no dia 01 de agosto de 1986.
- Os trabalhos não selecionados serão devolvidos.
- Os trabalhos selecionados serão publicados na Revista Brasileira de Cancerologia.
- Os trabalhos selecionados constarão dos temas oficiais do III Simpósio de Oncologia da PUC e serão apresentados pelos próprios autores.
- Ao autor (ou autor indicado, no caso de haver vários autores) de cada trabalho selecionado será fornecido transporte aéreo, hospedagem e a inscrição no Simpósio.
- Será fornecido um Certificado ao(s) autor(es) de cada trabalho selecionado.

**XVIII JORNADA DE RADIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO
IX ENCONTRO DE RESIDENTES EM RADIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO**

Data: 19 a 22 de novembro de 1986

ORGANIZAÇÃO:

Sociedade Brasileira de Radiologia

PATROCÍNIO:

Colégio Brasileiro de Radiologia

TEMAS PRINCIPAIS:

Radiologia Óssea
Radiologia Pediátrica

GRUPOS DE TRABALHO:

Destinados a troca de experiência entre os profissionais interessados em *hipertensão porta e meios de contraste iodados*.

CURSOS DE ATUALIZAÇÃO:

Ultra-sonografia
Avanços em Radiologia do aparelho digestivo

TEMAS LIVRES:

Data limite para recebimento dos trabalhos até 15/08/86

INFORMAÇÕES:

Sociedade Brasileira de Radiologia
Rua Visconde Silva, 52 — sala 902
CEP 22281 — Rio de Janeiro — RJ.
Tel.: (021) 226-8990

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

A Academia Nacional de Medicina distribuirá no ano de 1986 os seguintes prêmios:

Academia Nacional de Medicina — trabalho inédito sobre radiologia
Abreu Filho — Terapêutica ou Farmacologia — afecções oculares.
Alvarenga — Medicina.
Afrânio Peixoto — Medicina Social.

Amália Ferreira — Cardiologia.
Antônio Austregésilo — Neurologia.
Azevedo Sodré — Clínica Médica.
Benjamin Batista — Anatomia Cirúrgica Experimental.
Carlos Chagas — Doenças Tropicais e Infecções.
Castro Peixoto — Ginecologia e Obstetrícia.
Costa Júnior — Cancerologia.

Diogenes Sampaio — Química.
Durocher — Obstetrícia, Ginecologia e Puericultura.
Eduardo de Moraes — Otorrino.
Fernandes Figueira — Pediatria.
Fernando Vaz — Cirurgia.
Frederico Froes — Urologia.
Genival Londres — Ética Médica.
Gustavo Gouveia — Urologia.
Miguel Couto — Patologia Clínica.
Moura Brasil — Oftalmologia.
Nina Rodrigues — Antropologia.
Octávio de Souza — Obstetrícia.
Osolando Machado — Radioterapia.
Almeida Magalhães — Cardiologia.

Sarita Albagli — Medicina Preventiva e Nutrição.

Domingos Niobey — Ciências Aplicadas à Medicina e Farmácia.

O prazo de inscrição, para todos os prêmios, encerra-se às 18:00 horas do dia 15 de março de 1986.

Para maiores esclarecimentos, os interessados devem dirigir-se à Secretaria da Academia Nacional de Medicina, à Avenida General Justo, 365 — 7.º andar, Cx. Postal 459 ou telefone: 240-8673.

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista Brasileira de Cancerologia tem por finalidade de publicar artigos originais que contribuam para o conhecimento sobre o câncer e ciências afins. Publica também artigos para as seções de Atualização, de Revisão e de Notas e Informações. Aceitam-se também matérias encaminhadas como Cartas ao Editor.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Cancerologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da Revista e da decisão do corpo Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos. Os trabalhos aceitos e publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma, sem a autorização da Comissão de Publicações.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redatoriais no seu texto, para adequação do estilo editorial da Revista. No caso do trabalho incluir informações previamente publicadas (tabelas, figuras, etc.) é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos responsáveis pelo *copyright*.

Os trabalhos devem ser endereçados em duas vias (um original e uma cópia) para:

EDITOR
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
PRAÇA CRUZ VERMELHA, 23 – sala 320
20230 – RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL

Devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas datilografadas em uma só face, com máquina de tipo "standard", com espaço duplo, em folha de papel tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3cm. Na página de rosto devem constar o título, nome(s) do(s) autor(es), qualificação profissional e docente de cada um, o local de realização do trabalho e seu endereço. Se o trabalho tiver sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da página; se for subvencionado, indicar o patrocinador e o número do processo.

Cada componente do trabalho deve ser iniciado numa nova página, na seguinte seqüência:

- . Página de Rosto
- . Sumário com Unitermos
- . Texto
- . Agradecimentos
- . Referências Bibliográficas
- . Tabela – Cada tabela completa com título e legenda numa folha separada
- . Legendas para figuras

Cada página deverá incluir um cabeçalho com título em forma reduzida de não mais de 40 caracteres (incluindo letras e espaços) e o sobrenome do autor responsável.

Numerar as páginas consecutivamente começando pela página de rosto.

RESUMOS – Devem ser apresentados dois resumos, um em português e o outro em inglês, no máximo com 300 palavras. Unitermos devem acompanhar os resumos, até o máximo de 10.

TEXTO – O texto dos artigos originais deverá ser, se possível, dividido nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Devem ser apresentadas de acordo com os exemplos abaixo:

– *Artigos de Revista* (listar todos os autores quando sejam seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*).

Ex.: Kroeff M. Câncer e Gravidez. Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. Rev. Bras. Cancerol. 1947; 1: 31-41.

Hersh EM, Mavligit GM, Guterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation of the cancer patient. Med. Clin. North Am. 1976; 60: 623-639.

– *Livros*

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

– *Capítulo de livro*

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

Numerar as referências consecutivamente na ordem nas quais elas são citadas no texto. Use o estilo dos exemplos acima. Os títulos dos jornais deverão ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus. A exatidão das referências bibliográficas é da responsabilidade dos autores.

Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em nota de rodapé.

TABELAS – Deverão ser datilografadas em espaço duplo e em folhas separadas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos seguidas de um título específico. As informações contidas devem ser suficientemente claras e devem suplementar, e não duplicar, o texto.

FIGURAS – Devem ser remetidos os originais e não fotocópias. As fotografias devem ser em preto e branco e em papel brilhante, de pelo menos, 12 x 9cm suficientemente claras para permitir uma boa reprodução. Os desenhos devem ser feitos a nanquim preto e as letras traçadas por normógrafo. As legendas para as figuras deverão ser datilografadas em espaço duplo em folhas separadas.

SEPARATA – De cada trabalho são tiradas 15 separatas, entregues ao autor responsável.

A RBC segue as orientações elaboradas pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part. 1): 766-771) e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida.



Episol*, como um fim de tarde em Itapoã.



...estamos nos divertindo bastante, Itapoã é lindo, o compositor tinha razão quando disse "...um mar que não tem tamanho"... por que o mar aqui é muito grande e muito bonito.

Aqui eu e a filhota acordamos cedo, às 8:30 da manhã, passamos **Episol*** e vamos para a praia. Não precisa se preocupar com a sensibilidade de nossa pele, porque **Episol*** tem índice de proteção 15 e protege contra os efeitos dos raios solares até 7 horas e meia. Com essa proteção toda eu não me preocupo com o horário mais intenso de radiação (entre 10 da manhã e 2 da tarde).

Assim podemos ficar na praia até o entardecer e ver o pôr do sol. Querido, achei ótimo a sua preocupação com a nossa pele, mas **Episol*** recebeu do Comitê de Fotobiologia de Câncer de Pele dos Estados Unidos o título de protetor solar altamente seguro, o que reconhece o alto grau de proteção de **Episol***.

Ontem a saudade apertou, estou com saudades...



Schering

“ Considerando a semelhança entre as CIM's de netilmicina e gentamicina, netilmicina parece apresentar índice terapêutico mais elevado, característica esta importante no tratamento do paciente imunocomprometido.

Nossa pesquisa parece sugerir que netilmicina é tolerada mesmo em doses mais elevadas, com menor incidência de efeitos colaterais, sendo esses discretos. ”

Geisler et al., "Netilmicin therapy of patients with leukaemia or malignant lymphoma".



Netromicina
sulfato de netilmicina injetável

AUMENTA OS BENEFÍCIOS/DIMINUI OS RISCOS

Para maiores informações consulte o DEF ou a Diretoria Médica da Schering.

Pesquisa e Qualidade *Schering* Segurança Terapêutica