

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E A POLÍTICA DE PREVENÇÃO

Joselito Santos¹, Vânia de Vasconcelos Gico²

¹Mestrando em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor. Faculdade Santa Maria, Cajazeiras - PB jslito@yahoo.com.br

²Orientadora. Doutora em Ciências Sociais. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Resumo - O objetivo deste trabalho é focar a importância da prevenção do câncer do colo do útero e refletir sobre a difícil tarefa de enfrentamento do problema pela parcialidade dos programas preventivos de combate à doença. Para desenvolvê-lo, dirige-se a discussão para a realidade do município de Campina Grande, no qual os serviços de prevenção ainda não conseguem cumprir a preconização de ações preventivas efetivas e duradouras, ao mesmo tempo em que não se percebe a mobilização social e profissional para reivindicar uma política de efetivo combate à doença no nível local. Tomando por base a uma pesquisa realizada em 2002, o trabalho é desenvolvido na perspectiva das políticas públicas e da qualidade em saúde.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero; prevenção; políticas públicas.

Área do conhecimento: IV - Ciências da Saúde

Introdução

No Brasil, estimou-se para o ano 2001, 16.270 novos casos e 3.725 óbitos [1]. Para Nordeste a estimativa foi de 780 óbitos e 3.960 novos casos de câncer do colo do útero e, para a Paraíba, a estimativa foi de 30 óbitos e 160 casos novos. No Nordeste a taxa de incidência foi de 16,25/100.000 e a de mortalidade corresponde a 3,12/100.000 e na Paraíba, as taxas de incidência e de mortalidade estimadas foram 8,93/100.00 e 1,79/100.000 respectivamente [2].

Na detecção do câncer, o Programa Viva Mulher, abrange o controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama e tem como objetivo a organização de uma prestação de serviços para atender à demanda de mulheres que desejem se submeter aos exames e tratamentos indicados. Lançado em 1996, o Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino entrou, em 1999, em sua fase de intensificação, após a campanha de 1998 [3].

Considerando o câncer do colo do útero como sério problema de saúde em nosso meio, objetivo deste trabalho é focar a importância da prevenção desta patologia e refletir sobre a difícil tarefa de enfrentamento do problema pela parcialidade dos programas preventivos de combate à doença.

Procedimento metodológico

Este trabalho resulta de nossas reflexões em torno de uma pesquisa, intitulada Serviços de prevenção do câncer do colo do útero na perspectiva de gerentes, profissionais e usuárias de unidades de saúde em Campina Grande – Paraíba, realizada em 2002. A análise da mencionada pesquisa trata da problemática sobre

a ótica das políticas públicas e da qualidade em saúde, com foco na satisfação das usuárias. Deste modo, este artigo baseia-se nas conclusões que dela emergiram, como condição para construção desta proposta. Para desenvolvê-la, a política de controle do câncer do Ministério da Saúde é revisada de modo a permitir a visibilidade da importância que essa política comporta para a saúde da mulher no Brasil.

A política de controle do câncer do colo do útero

A introdução do Viva Mulher foi um avanço para o controle do câncer ginecológico, já que durante muitos anos a realização do exame citopatológico, no Brasil, ocorreu fora do contexto de um programa organizado, não havendo qualquer mecanismo que estimulasse a procura e garantisse o acesso das mulheres aos serviços de saúde, especialmente aquelas que se encontravam sob maior risco de desenvolver o câncer do colo do útero. Muitos programas apresentavam falhas e seu impacto não se refletia sobre a mortalidade, em face da falta de organização e continuidade, bem como pela não garantia de tratamento adequado dos casos diagnosticados, tampouco contavam com uma avaliação adequada das suas várias etapas e dos resultados finais. Fazia-se necessário a criação de um programa estruturado de métodos e medidas contínuas capazes de controlar a doença [4]

Foi, sobretudo, a partir da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada na China, em 1995, que o Governo Brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero. Em 1997 e 1998, o Instituto Nacional do Câncer, com o projeto "Viva Mulher", ainda em fase de teste, em

cinco municípios (Belém, Curitiba, Distrito Federal, Recife, e Rio de Janeiro) e no estado do Sergipe, tinha o objetivo de fazer uma avaliação geral das estratégias até então utilizadas no Brasil e testar a viabilidade da execução de um programa organizado, considerando-se as diferenças sócio-econômicas e epidemiológicas regionais [4, 5].

Para subsidiar um programa deste porte, foram realizados inúmeros estudos sobre a capacidade laboratorial instalada no país, o número e a disponibilidade de pessoal e equipamentos nas unidades de atenção primária, secundária e terciária em alguns municípios amostrais. Outros dados também foram considerados, como a atitude das mulheres brasileiras em relação à prevenção e razões pelas quais elas não atendem aos programas de rastreamento [4].

O Programa foi estruturado em cinco etapas: o recrutamento da população, a coleta do material para o exame de Papanicolaou, o processamento desse material no laboratório de citopatologia, o tratamento dos casos diagnosticados e a avaliação.

A experiência obtida com o Viva Mulher permitiu que, em agosto de 1998, fosse dado o primeiro passo para a expansão nacional do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero. Essa fase representou uma intensificação das ações de prevenção e ocorreu no período de 48 dias (18 de agosto a 30 de setembro), tendo como grupo alvo mulheres de 35 a 49 anos de idade. Em virtude da grande mobilização nacional gerada, a população foi ampliada para outras faixas etárias. A meta do governo era atingir, até o ano 2000, 12 milhões de mulheres desta faixa etária, visando reverter o quadro epidemiológico do câncer do colo do útero no país [4].

Desde esse período, as diretrizes e estratégias elaboradas para o programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico; a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas do programa. A capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede assistencial para o controle do câncer, além dos planos de vigilância e avaliação [3, 4].

Dentre as estratégias para assegurar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, a educação tem papel relevante. Os profissionais de saúde precisam conhecer e aplicar bem as diretrizes do programa, além de saber lidar com as mulheres. É preciso educar líderes comunitários e outros

voluntários para torná-los agentes multiplicadores das informações. Outra estratégia indicada é a identificação dos meios de comunicação mais eficazes e as mensagens adequadas para atingir e sensibilizar as mulheres a aderir ao programa [4].

O programa tem como população-alvo a mulher que tem ou teve vida sexual ativa que deseje submeter-se ao exame citopatológico. Contudo, sem deixar de garantir o acesso ao exame a todas as mulheres, o Programa orienta que os esforços das ações de comunicação social para capacitação e motivação das mulheres sejam dirigidas às faixas etárias de maior risco (de 35 a 49 anos), especialmente aquelas que nunca se submeteram ao exame citopatológico.

A periodicidade recomendada é da realização do exame citopatológico a cada três anos, após a realização de dois exames anuais consecutivos com resultados negativos [5]. Essa periodicidade é considerada ideal, porém o programa teve como objetivo inicial é a realização de, pelo menos, um exame citopatológico em cada mulher pertencente à população-alvo e, após isso, repetir o exame citopatológico naquelas que já se submeteram a pelo menos um exame. Desse modo, durante a Fase de Intensificação, a recomendação depois de um exame citopatológico negativo foi a repetição após três anos de modo que, com a continuidade do programa, se conseguisse aumentar a cobertura do exame citopatológico no prazo de 3 anos e, então, iniciar repetição periódica das coletas entre as mulheres [6].

A programação da ação de controle do câncer do colo do útero e sua ratificação nos seus respectivos Conselhos de Saúde tem como base a construção de redes regionais que permitam a operacionalização com custos racionalizados. A tarefa de harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais de saúde, buscando a sua adaptação aos requisitos básicos da implementação da ação, compete ao Poder Público Estadual, cabendo ao Federal promovê-las entre as Unidades da Federação [7].

A distribuição das atribuições nas três esferas executivas leva em consideração o desenvolvimento da ação na sua integralidade, desempenhando papéis de acordo com as suas competências. O sistema de atendimento necessário para a execução da ação se estrutura na forma de uma rede que opera em níveis de atendimento que possibilitam a integração e racionalização dos serviços, conferindo-lhe maior presteza e eficiência. Os níveis, de acordo com O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, são estruturados da seguinte forma [7].

No nível Primário deve ser realizado o exame clínico ginecológico e a coleta de material para o exame citopatológico. Nesta ocasião, serão prestadas informações sobre promoção de saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, na

perspectiva multidisciplinar. Para a realização desta etapa, é necessário pessoal de nível médio ou técnico, envolvido em qualquer atividade de saúde pública ou comunitária, um ginecologista ou clínico geral, podendo, na falta deste, utilizar-se um enfermeiro. O espaço adequado se resume a um consultório médico de posto de saúde, de escolas, igrejas, centros comunitários e, dependendo da região e da necessidade, um local adaptado para este fim.

No nível secundário é possível realizar o diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão detectada por meio da colposcopia e da Cirurgia de Alta Frequência (CAF), quando indicada. Os recursos necessários à implementação dessa etapa abrangem um profissional de nível superior, com especialização em ginecologia, com treinamento em colposcopia e CAF. As instalações físicas devem estar localizadas em centros de saúde, unidades mistas, clínicas, ambulatórios e consultórios médicos. Para locais mais distantes, deverão ser utilizados barcos, ônibus e trailers adaptados para este fim, que tenham alguma referência hospitalar.

No nível terciário/quaternário é realizado o tratamento de lesões cirúrgicas que não podem ser tratadas no nível secundário. Para a sua realização é necessário uma equipe multiprofissional, habilitada para a execução de exame do colo e diagnóstico clínico de mamas e colo uterino, colposcopia, diagnóstico patológico e estadiamento; biópsia, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, seguimento dos casos de lesões malignas, orientação e reencaminhamento da volta das pacientes ao nível secundário ou primário, bem como a reabilitação física, psicológica e a reintegração da paciente nos seus ambientes familiar, social e ocupacional.

O perfil profissional exigido corresponde a um cirurgião oncológico ou geral, ou ainda mastologista, radioterapeuta, oncologista clínico, cirurgião plástico e psicólogo. As instalações físicas devem corresponder às dos hospitais gerais com serviços de cirurgia geral, para tratamento de casos de tumores benignos ou hospitais gerais com serviço de oncologia, radioterapia e cirurgia plástica. Para que uma unidade seja considerada apta para o atendimento em qualquer um desses níveis, é preciso que esteja dentro dos critérios e requisitos próprios de cada nível, com competência técnica que este lhe confere e devendo ser classificado conforme o nível de complexidade de atendimento.

Discutindo a problemática

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades, a assistência clínico-ginecológica, com ênfase na prevenção e no diagnóstico do câncer cérvico-uterino [8]. Esta doença apresenta

altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível sócio econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas, e estas mulheres, quando doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seus papéis no mercado de trabalho e as priva do convívio familiar, acarretando prejuízo social considerável, além de representar um grande ônus institucional [9], sendo necessário um esforço conjunto e integrado para enfrentar a questão, cujo combate, deve ser travado por diversos ângulos, ações e disciplinas, o que representa um desafio para a Saúde Pública.

Para a política de combate ao câncer de colo de útero, a prática preventiva é imprescindível, sobretudo se houver sua concretização sob princípios de integralidade. Entretanto, quando da realização da pesquisa [10] os serviços apresentavam, tal como ocorre no presente, uma série de dificuldades, cujo ponto principal incidia na não integração das ações desenvolvidas nos Serviços de Prevenção do Câncer do Colo do Útero, nos quais os profissionais desenvolviam um trabalho individualizado, contradizendo o esforço supostamente estruturado para integrar a todos na assistência à saúde da mulher.

O controle do câncer do colo do útero consiste no desenvolvimento e na prática de ações que permitam um controle mais amplo e efetivo da doença, que continua a ser, em todo o território nacional, um caso de saúde pública. Consiste da promoção da saúde e na detecção do câncer em fase inicial, vinculadas à vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer), visando reduzir os índices de incidência e mortalidade pela doença [12].

Entretanto, a mesma pesquisa [10] apontava que os serviços ainda reproduziam, tal qual o sistema de saúde durante toda a nossa história republicana, modelos de assistência à saúde mais autoritários que participativos, mais emergenciais que duradouros, mais numéricos que qualitativos, sentido-se, não diferentemente do estado atual, ausência de políticas públicas de saúde efetivas, uma vez que haviam no período repercutiam em resultados paliativos.

Também foi constatado que os serviços de prevenção do câncer do colo do útero não estavam estruturados conforme premissas do programa de prevenção, tendo sido observada a necessidade de um redirecionamento dos seus objetivos, metas e estratégias. Além disso, foi apontada a necessidade de investimento em programa de capacitação dos recursos humanos, tendo em vista não realizar-se como atividade contínua, mas de forma esporádica.

Constatou-se uma falta de mobilização da comunidade e dos próprios profissionais, no sentido do empreendimento de uma extensa agenda de discussão em torno da questão. Este aspecto também revela a lacuna entre a

preconização de um controle social do sistema de saúde, na perspectiva de uma maior participação social, que viabilizasse a consolidação das propostas do sistema de saúde e dos serviços e ações de prevenção no município de Campina Grande.

Considerações finais

Nos países com serviços de saúde organizados e que investiram na prevenção do câncer do colo do útero, houve uma sensível redução da taxa de mortalidade, como os Estados Unidos e Canadá, cuja faixa de redução é de 5% ao ano [12].

Para reduzir o problema, algumas ações podem ser desenvolvidas, como colocar ao alcance da população feminina exames preventivos e ações educativas para identificar as mulheres que possam vir a ter o câncer [12], bem como, desenvolver ações para motivá-las a realizarem os exames. Para isso, é necessária a implantação e/ou implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde.

Como essa implantação ainda não concretizada em nossa realidade, há uma quase interminável necessidade de rever até onde avança ou retrocede a política de saúde. Em suma essa necessidade é sempre eminente, especialmente em se tratando de uma doença ainda tão estigmatizada e fatal como o câncer do colo do útero, que mutila e mata milhares de mulheres anualmente.

Profundamente marcadas pela descontinuidade, as políticas, programas e ações são operadas de modo fragmentando e cambiantes, amarradas a um pesado sistema de saúde e à imobilidade social e profissional, tornando cristalizadas posturas que até alguns anos acreditávamos revogadas por um passado de lutas.

Referências

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. 2001. Disponível em: <http://www.inca.org.br> Acesso em: 21 de agosto de 2001.

[2] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. 2001. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001> Acesso em: 27 de agosto de 2001.

[3] KLIGERMAN, J. O papel do INCA na Prevenção e Controle do Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, n. 1, 5-7, 2001.

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do Instituto Nacional de Câncer/MS. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 46, n. 1, 23-33, 2000.

[5] MORAES, M. F. Programa Viva Mulher. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 43, n. 2, abr./mai./jun., 1997.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do Instituto Nacional de Câncer/MS. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 46, n. 1, 23-33, 2000.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino. Controle do Câncer de Colo do Útero. 2001. Disponível em: <http://www.saude.org.br> Acesso em: 19 de dezembro de 2001.

[8] LOPES, R. L. M.; DINIZ N. M. F.; GESTEIRA, S. M. A. et al. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 45, n.4, 35-43, 1999.

[9] KLIGERMAN, J. O papel do INCA na Prevenção e Controle do Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 47, n. 1, 5-7, 2001.

[10] SANTOS, J. Serviços De Prevenção Do Câncer Do Colo Do Útero Na Perspectiva De Gerentes, Profissionais E Usuárias De Unidades De Saúde Em Campina Grande – Paraíba. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, 2002.

[11] BRASIL. Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. Ministério da Saúde. INCA, 2000. Disponível em: <http://www.inca.org.br/cancer/cancer.html> Acesso em: 9 de fevereiro de 2000.

[12] ROBLES, S. C. et al. Tendências de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Washington, DC, EUA: Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, v. 121, n. 6, 479-490, dez., 1996.