

PESQUISANDO A PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO EM SANTA CATARINA
RESEARCH ABOUT THE PREVENTION OF GYNECOLOGICAL CANCER IN THE STATE OF SANTA CATARINA
UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO EN SANTA CATARINA

Celina Maria Araujo Tavares¹, Marta Lenise do Prado²

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Aposentada da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Práxis da UFSC.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Graduação e Pós-Graduação da UFSC. Sub-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora Didático-Pedagógica do Doutorado em Enfermagem da UFSC. Orientadora do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do colo uterino. Neoplasias mamárias. Estudos epidemiológicos.

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi compreender a realidade do câncer ginecológico, no Estado de Santa Catarina, através da análise documental dos dados brutos disponíveis no Sistema de Informações do Ministério da Saúde. A metodologia apoiou-se na epidemiologia para analisar séries históricas. Os dados apontaram que houve ampliação no número de exames preventivos do colo uterino, mas os resultados mostraram baixa cobertura relacionada à baixa produtividade dos serviços públicos e à deficiência no registro das informações. Os dados sobre o diagnóstico precoce dos tumores de mama não estavam disponíveis. Os números sobre as Regionais de Saúde deixaram nítida a grande diferença na cobertura da população, na prioridade política dos gestores, na descentralização das unidades de coleta e na relação entre serviços e população a ser atendida, indicando que problemas gerenciais e técnicos têm dificultado a melhoria na qualidade dos serviços e a diminuição dos índices de morbimortalidade.

KEYWORDS: Uterine cervical neoplasms. Breast neoplasms. Epidemiological studies.

ABSTRACT: The objective of this research was to comprehend the reality of gynecological cancer, in the state of Santa Catarina, Brazil, through documental analysis of the raw data available in the Healthy Ministry's Data System. The methodology was based on epidemiology in order to analyze historical series. The data pointed out that there has been an increase in the prevention of cervical-uterine cancer, but the results showed a low coverage related to the low productivity of the public services and a data registry deficiency. Data about the early diagnosis of breast tumors was not available. The numbers about the Health Districts made the great difference in the population's coverage clear, in the policy priorities of politicians, in the decentralization of the cervicovaginal cytology unities and in the relation between services and the population to be attended, indicating that managerial and technical problems have been hindering improvement in the quality of services and a decrease of the morbimortality numbers.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias del cuello uterino. Neoplasias de la mama. Estudios epidemiológicos.

RESUMEN: El objetivo de esta investigación fue comprender la realidad del cáncer ginecológico en el Estado de Santa Catarina, Brasil, a través del análisis documental de los datos del Sistema de Informaciones del Ministerio de la Salud. La metodología se apoyó en la epidemiología para analizar las series históricas. Los datos indicaron que existió un aumento en el número de los exámenes preventivos del cuello uterino, aunque, los resultados mostraron una escasa cobertura con relación a la baja productividad de los servicios públicos y una deficiencia en el registro de dichas informaciones. Los datos sobre el diagnóstico precoz de los tumores de mama, aún no se encontraban disponibles. Los números indicados según las Regionales de la Salud demostraron una gran diferencia en la cobertura de la población, en la prioridad política de los gestores, en la descentralización de las unidades de la colecta y con respecto a la relación entre los servicios y la población atendida, apuntando así, que los problemas gerenciales y técnicos dificultaron en la mejoría de la calidad de los servicios y en la disminución de los índices de la morbi-mortalidad.

Endereço: Celina Maria Araújo Tavares
R. João Pio Duarte Silva, 1070, Bloco E, Ap. 301
88037-001 - Córrego Grande - Florianópolis, SC.
E-mail: tavares@nfr.ufsc.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de maio de 2006.
Aprovação final: 19 de outubro de 2006.

INTRODUÇÃO

Para estudar e compreender a realidade não basta ir à ela com esta determinação, porque sua composição não é facilmente evidenciável, ainda mais se desejamos considerar fatos dos quais temos poucas informações. Na área da saúde, esta dificuldade aumenta a necessidade de investimento na instrumentalização dos profissionais em resolverem problemas que são, além de biológicos, impregnados pelas representações culturais e sociais das pessoas que os apresentam.

Apesar disso, é possível evidenciar em dados epidemiológicos as dimensões implicadas com os esforços, que indiquem ações adequadas ou inadequadas dos gestores e dos profissionais de saúde, para a melhoria do quadro de morbimortalidade por uma patologia em uma dada comunidade, no caso deste trabalho o câncer ginecológico.

Foi esta a razão que orientou a proposta de análise dos dados epidemiológicos sobre o câncer ginecológico no Estado de Santa Catarina, numa tentativa de estabelecer um ponto de partida para o delineamento de um trabalho que possibilite a transformação da realidade em que estamos inseridos. Pensar sobre as nossas práticas e avaliar os resultados do nosso trabalho são ações importantes para o exercício de práticas transformadoras e de políticas públicas coerente com as necessidades da população.

O câncer configura-se e se consolida, cada vez mais, como um problema de saúde pública. Ele é um processo comum a um grupo heterogêneo de doenças que diferem em sua etiologia, frequência, manifestações clínicas e prognóstico.^{1,2} A sua incidência cresce progressivamente e muitos óbitos poderiam ser evitados com ações de prevenção e detecção precoce.

Quando estudamos a evolução lenta do câncer ginecológico e a possibilidade de descoberta de lesões precursoras do câncer de colo de útero, com o exame citológico, e de nódulos mamários pequenos com o auto-exame das mamas, vemos que o problema não deveria ter a extensão que ainda possui. Além disso, a prevenção do câncer ginecológico é muitas vezes mais barata que o tratamento de um câncer invasivo, que requer serviço especializado, pessoal altamente qualificado, exames sofisticados, medicamentos e procedimentos de alto custo.^{1, 3-4}

Os custos sociais de reflexo intrafamiliar e na economia do País, com o adoecimento e morte

de mulheres, são de difícil quantificação, mas, sem dúvida, são bastante elevados. Além disso, o constrangimento do significado e das limitações que a doença impõe e o sofrimento físico/emocional da mulher e de sua família são questões que devem ser consideradas ao abordarmos o assunto.⁵

As lesões precursoras do câncer do colo apresentam-se em diferentes graus citológicos, mas são curáveis em até 100% dos casos quando tratadas precoce e adequadamente. A detecção precoce, pela realização do exame citológico de Papanicolau, tem sido uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste câncer. Quando o rastreamento é realizado dentro de padrões de qualidade, apresenta uma cobertura de 80% para o câncer invasor e, se as lesões iniciais são tratadas, a redução da taxa de câncer cervical invasor pode chegar a 90%. Por isso, a implementação de exames colpocitológicos periódicos deve ser priorizada como uma política pública.⁶⁻⁸

No Brasil, em 1997, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher, com o objetivo de reduzir, substancialmente, o número de mortes causadas pelo câncer de colo e de mama, através do acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce, pelo exame de Papanicolau (Colpocitologia Oncótica - CCO) e exame clínico das mamas, além de disponibilizar tratamento adequado para as mulheres que apresentassem tumores.⁴

Para a implementação do Programa foi realizada a sensibilização da sociedade pelos meios de comunicação, a estruturação da rede assistencial nos estados, a centralização nacional do cadastramento dos exames no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), a descentralização das unidades de coleta, a ampliação da rede de laboratórios credenciados, o aumento do número de coletas, a padronização de normas e condutas e, também, a revisão dos valores pagos pelos procedimentos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).⁹

A avaliação feita na Fase de Consolidação evidenciou o aumento do número de exames citopatológicos realizados e a redução no percentual de amostras insatisfatórias, mas os percentuais de exames com alteração, e o grau de comprometimento destes, permaneceu em patamares semelhantes. Com relação ao câncer de mama, o Ministério da Saúde iniciou, em novembro de 2000, a capacitação dos recursos humanos, a distribuição de material para treinamento e organização

da rede de serviços, mas a Fase de Intensificação da Campanha, na qual estava previsto o rastreamento, ainda não foi implementada.¹⁻⁹

As campanhas governamentais de rastreamento das patologias foram importantes, levaram as mulheres a procurar os serviços de saúde, principalmente no período de maior divulgação, entretanto, a conscientização de que o exame preventivo de câncer ginecológico é um exame que se faz de modo sistemático, ainda não está evidente.¹⁰

O atendimento está, geralmente, associado a uma queixa por um processo inflamatório genital com corrimento. O ideal seria um trabalho regular, sistematizado, com pessoal qualificado, que valorizasse, além do exame, a educação e a divulgação da prevenção para a população. O próprio Ministério da Saúde reconheceu que há carência de uma rede hierarquizada de atendimento.⁹ As articulações entre as instituições ainda não estão claras, falta pactuar compromissos para integrar o sistema de saúde; como resultado disso, tem acontecido a descontinuidade e a ineficiência das ações.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se como pesquisa documental sobre o câncer ginecológico no Estado de Santa Catarina, com as informações disponíveis no banco de dados do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).¹¹⁻¹² Foram utilizados dados brutos de domínio público garantindo, assim, o anonimato da clientela. A metodologia apoiou-se na epidemiologia para analisar séries históricas de dez anos (1992 a 2002) e dados mais recentes (2003/2004) sobre a patologia e a prevenção realizada nas Regionais de Saúde do Estado, na divisão administrativa anterior à reestruturação de 2003.

A pesquisa oportunizou a análise de dados sobre a prevenção de câncer cérvico-uterino, através das variáveis sobre adequabilidade das lâminas, captação de clientela, cobertura do exame citológico para a população feminina e mortalidade pela patologia. A coleta de dados sobre câncer de mama, porém, ficou limitada ao registro da mortalidade pela patologia, pois não estavam disponíveis informações sobre as ações de prevenção, diagnóstico precoce ou morbidade.

Os resultados obtidos foram organizados em tabelas, gráficos e mapas e analisados através de frequência absoluta e relativa, cálculo de coeficientes

de mortalidade e de cobertura da população pelos serviços.¹³ A cópia do relatório da pesquisa foi entregue à Coordenação Estadual de Combate ao Câncer Ginecológico visando contribuir, diante da realidade encontrada, com a implementação de ações de prevenção e de controle da patologia; planejamento, organização e monitoramento de serviços; capacitação de profissionais e com o estabelecimento de políticas públicas.

EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS

Com a análise e o cruzamento de variáveis, foi possível compreender a ocorrência do câncer de colo nas Regionais de Saúde e no Estado, assim como, a maneira como o Sistema Público vem trabalhando o problema através da realização do exame de citologia oncológica cérvico-uterina (CCO). Iniciamos a análise da série histórica procurando compreender como aconteceu a evolução das ações de prevenção, antes e após a introdução do Programa Viva Mulher em Santa Catarina, o impacto na população feminina residente no Estado e a qualificação técnica apresentada para a implementação e sustentação do Programa.

A análise dos dados sobre a adequabilidade das lâminas, classificação utilizada para avaliar a qualidade da lâmina e a fidedignidade do resultado da leitura, permitiu comparar a média anual de lâminas de CCO com coleta satisfatória, insatisfatória ou satisfatória com limitação, sendo que estas duas somaram 32,81% do total de lâminas examinadas. No último ano da série histórica houve um decréscimo desse percentual, mas não foi possível estimar uma tendência de declínio devido à variabilidade dos dados.

Apesar de subestimados nos primeiros anos, os dados revelaram percentuais elevados de lâminas com problemas, por isso foi necessário o aprofundamento do estudo utilizando os dados de março de 2003 a março de 2004. Sua análise revelou a mesma tendência de percentuais altos de lâminas com problemas, média de 36,17% no período. Comparando este percentual com o obtido na série histórica, houve uma diminuição na qualidade das lâminas e a identificação de 6 meses com percentuais acima da média anual. A falta de qualidade do material examinado é, sem dúvida, um dos motivos responsáveis pelos resultados falso-negativos.¹⁴

Para compreender melhor os motivos de tantas lâminas de qualidade limitada, buscamos as causas especificadas pelo padrão laboratorial para este

resultado. Foram analisadas as variáveis de controle de qualidade e os maiores percentuais encontrados foram: ausência de células cervicais (36,16 %), esfregaço purulento (26,57%) e áreas espessas (12,58%). Nas lâminas inadequadas foram: material escasso ou hemorrágico e dessecamento na lâmina (52,87 %). Estas causas poderiam ser explicadas por erros na técnica de coleta e pela influência do quadro clínico das mulheres submetidas à coleta de CCO.

O esfregaço purulento e com áreas espessas denota possibilidade de processos inflamatórios agudos, com presença de leucorréia em abundância. A coleta de CCO em pacientes com cervicites agudas dificulta a obtenção da amostra. Os piócitos em excesso encobrem as células da ectocérvice e da endocérvice, assim como a fixação do material coletado na lâmina, dificultando a sua leitura e interpretação no laboratório. O objetivo do CCO é identificar alterações celulares que levem ao câncer e não fazer diagnóstico microbiológico de processos inflamatórios.

A avaliação feita do Programa em Santa Catarina, constatou que 80,55% dos 293 municípios do Estado receberam treinamento gerencial sobre o Programa, no ano 2000, superando o indicador mínimo de adesão municipal de 60 % proposto pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA).¹⁵ Apesar da adesão especificada, os dados do último ano mostraram que não houve uma mudança significativa neste quadro e que ainda está faltando capacitação técnica dos profissionais para realizar a coleta de CCO, apontando para uma possível deficiência na replicação dos treinamentos no âmbito municipal. A própria autora ponderou, em seu trabalho, que o indicador era sensível às variações no quadro político municipal, pela rotatividade dos profissionais envolvidos no Programa.

Os dados apontaram que 97,31 % das lâminas examinadas estavam dentro dos padrões celulares de normalidades ou com alterações celulares benignas; 2,34 % apresentando lesões de baixo grau e 0,35 % lesões de alto grau. Entre as lâminas com alterações citológicas houve o predomínio de Lesões de Baixo

Grau*, indicando que 86,99 % dos casos descobertos estavam em um estágio passível de terapêutica com total sucesso, que é o objetivo da prevenção do câncer ginecológico. Por isso, a necessidade de suporte para o acompanhamento dos casos, com a realização de colposcopia[†] e de cirurgias de alta frequência do trato genital inferior[‡] (CAF) nos serviços públicos do Estado.

Entretanto, o cálculo da razão média entre o número de lesões de baixo grau e as de alto grau chamou a atenção, indicando que para cada 6,68 mulheres identificadas com alteração nos resultados do CCO, nos dez anos estudados, uma delas estava com lesão de alto grau e/ou câncer invasivo. Mais uma vez, os dados reforçaram a necessidade de ampliação da cobertura da população feminina, através do exame preventivo, e de suporte em serviços de nível secundário com atendimento especializado.

Houve o predomínio de processos inflamatórios e atrofia inflamatória (86,80 %) nas mulheres que realizaram exame de CCO no sistema público do Estado, nos 10 anos estudados. Os exames sem nenhuma alteração significaram, somente, 9,96 % do total de resultados das lâminas. Esta informação, complementada com as da adequabilidade, corrobora a explicação que os erros identificados na leitura das lâminas estavam ligados, também, à coleta de citologia em mulheres com processos inflamatórios agudos.

Já que a maioria das mulheres que se submeteu ao exame de CCO tinha processo inflamatório, procuramos identificar, no resultado microbiológico dos exames de CCO, os principais agentes etiológicos responsáveis por esses processos. Os bacilos, os cocos e a *Gardenerella* somaram 92,85 % nos resultados obtidos. Este tipo de análise foi importante para auxiliar os gestores na disponibilização de terapêutica para as mulheres que procuram os serviços públicos e para auxiliar na escolha de tratamentos adequados aos processos inflamatórios mais encontrados.

A estratégia proposta no Programa Viva Mulher é ampliar o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce, por isso procuramos analisar os dados

* *Lesões de Baixo Grau: Células Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS); Lesões Escamosas Intra-epiteliais de Baixo Grau (LSIL) abrangendo - Papiloma Vírus Humano (HPV), Neoplasia Cervical Intra-Epítelial (NIC I).*¹¹

† *Exame ginecológico realizado com o aparelho colposcópico dotado de um sistema de lentes que permitem um aumento de 6 a 40 vezes e auxilia na visualização detalhada do tecido do colo, salienta as formações vasculares pelo acoplamento de filtros nas lentes, possibilitando um diagnóstico mais acurado da lesão e a escolha das áreas para a realização de biópsia.*¹⁴

‡ *Cauterização ou retirada do tecido com alteração através de eletrocantéiro.*¹⁴

referidos pelas clientes sobre a realização de exames citológicos anteriores. Em Santa Catarina só encontramos este dado a partir do ano 2000. No período de 2000 a 2004, os percentuais de mulheres que foram submetidas à coleta de CCO pela primeira vez variaram muito, por isso não foi possível concluir se houve uma ampliação significativa e constante de novas clientes ou se existiu deficiência nos registros dessa variável até 2002.

Chamou atenção o percentual elevado (14,57%) de mulheres que não souberam informar se já haviam realizado este tipo de exame anteriormente. Este número poderia ser decorrente da desinformação da mulher, sobre a realização da coleta de CCO durante o exame ginecológico, ou pelo preenchimento incompleto das fichas para o exame laboratorial e cadastro no SISCOLO. Esta segunda explicação sinaliza deficiência no processo de trabalho e necessidade de capacitação dos profissionais sobre o Programa e o seu sistema de informações.

Analisando os exames coletados nas Regionais de Saúde de Santa Catarina que foram enviados para pagamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1999 a 2003, ficou evidente a ampliação do número de exames coletados no período. Todas as regionais tiveram um aumento significativo no número de coletas realizadas, no entanto devemos ressaltar que os números apresentados em 1999 são extremamente baixos, não sendo possível concluir se houve um grande aumento da coleta ou se houve um maior registro do que foi realizado. Parece-nos que as duas coisas ocorreram, pois o sub-registro de informações e de procedimentos é encontrado, com frequência, na área da saúde.

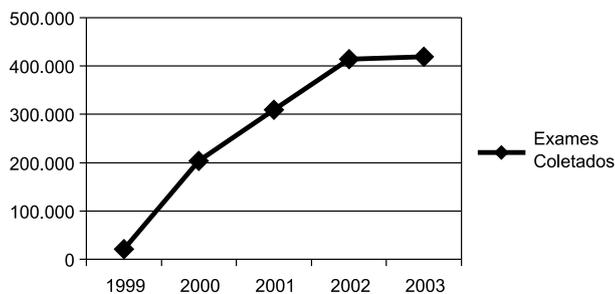


Figura 1 - Número de CCO coletados em mulheres com idade ≥ 15 anos, no período de 1999 a 2003 no Estado de Santa Catarina, e encaminhados para financiamento pelo SUS. Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – Produção Ambulatorial.¹²

A Figura 1 representa o crescimento no número de coletas, entretanto, de 2002 para 2003, ocorreu uma horizontalização do traçado, indicando uma possível estagnação na oferta do serviço. Este dado pode estar indicando uma saturação na capacidade instalada dos serviços de atendimento público, por falta de investimento ou de recursos humanos capacitados.

Obtendo o número da população feminina, com 15 anos ou mais de idade, residente no Estado, nas suas Regionais de Saúde, foi possível calcular a cobertura da população na realização de citologia oncológica nos serviços públicos, no período de 1999 a 2003. A ampliação da cobertura referenda os dados obtidos anteriormente, mas quando analisados os percentuais globais do Estado, eles indicam uma baixa cobertura no período (de 1,20 a 20,54%), apesar de toda a ampliação na oferta do serviço.

Ao tentar analisar a cobertura dos exames de citologia oncológica da população alvo do Programa Viva Mulher (25 a 59 anos), aparentemente ela sofreu uma ampliação. No entanto, estes números têm um viés, pois não foi possível obter dados sobre o número de coletas por faixa etária na planilha do DATASUS sobre a Produção Ambulatorial, impossibilitando o cálculo comparativo da cobertura específica nesta faixa etária. Só foi possível obter dados anuais pelo SISCOLO, nos anos de 2002 e 2003, entretanto seus números não foram coincidentes com os obtidos no outro banco de dados.

Como foi baixa a cobertura da população, pelos serviços públicos de saúde, tivemos o interesse em obter dados sobre as mulheres que realizaram exame de CCO sem o financiamento do SUS, mas só conseguimos obter alguns dados na área de abrangência de Florianópolis. A cobertura efetivada por dois convênios manteve-se estável variando, no máximo, em 1,77 pontos percentuais. Fazendo uma análise comparativa destes dados com os encaminhados para o SUS, foi possível inferir que o crescimento da cobertura, observado de 2000 a 2003, deveu-se à ampliação na oferta do procedimento financiado pelo SUS na rede básica.

A regional de saúde que realizou maior número de coletas, na somatória dos dez anos, foi a de Chapecó, embora seja somente a quinta em número populacional. Analisando os dados de cobertura da população feminina com idade igual ou maior que 15 anos, nas Regionais de Saúde do Estado em 2003 (Figura 2) identificamos que Concórdia, Chapecó,

Videira, Araranguá e Xanxerê foram as regionais que apresentaram, respectivamente, as maiores coberturas e as menores coberturas foram identificadas em Lages, Itajaí, Joinville, Blumenau e Florianópolis.

Para estimar a capacidade de atendimento nas regionais, verificamos o número de unidades de coleta de CCO/Regional e a sua relação com o total

da população feminina ≥ 15 anos, porém, os dados não nos permitiram indicar uma relação direta entre baixa cobertura e maior quantidade de população a ser atendida por unidade de coleta. Outras variáveis deveriam estar influenciando de maneira mais forte este indicador, cabendo um aprofundamento da questão pelos gestores de saúde.

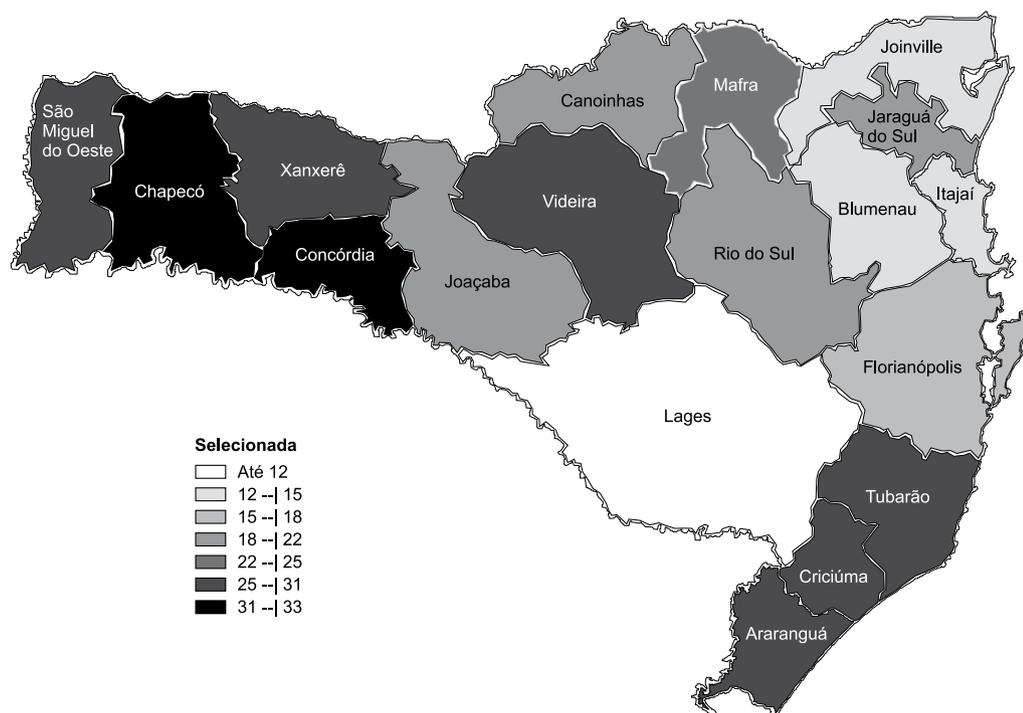


Figura 2 - Cobertura da População Feminina com idade ≥ 15 anos, nas Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina, segundo a realização de CCO no ano 2003. Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – Produção Ambulatorial.¹²

Para procurar esta compreensão, pelo menos em parte, analisamos o número de unidades de coletas registradas, por município e regional. Associando estes dados com o total de coletas realizadas em 2003, foi possível identificar que a produtividade média estava muito baixa, a anual de 240 coletas/unidade e mensal de 20 coletas/unidade. As Regionais com menor produtividade foram, respectivamente, Lages, Concórdia, Itajaí, Criciúma e Florianópolis.

Este dado tem grande importância para os gestores, pois refuta a explicação de capacidade instalada esgotada ou de falta de recursos humanos. Como a produtividade foi muito baixa, a sua ampliação para o dobro, por exemplo, ampliaria a cobertura sem significar uma sobrecarga de trabalho para os profissionais envolvidos.

Outra variável analisada, para compreender a capacidade instalada nas Regionais, foi a distribuição das unidades de coleta por município. Nela identificamos que a concentração de unidades de coleta nos Municípios Sede foi elevada. A concentração de unidades de coleta e de pessoal capacitado deve ser um outro fator na explicação da baixa cobertura. A divulgação e sensibilização para a realização do exame e o deslocamento das mulheres, principalmente as da zona rural, foi, provavelmente, um grande entrave à ampliação da assistência e aponta que a descentralização das ações ainda não foi implementada de maneira satisfatória no Estado.

Como falamos no início deste trabalho, o Programa Viva Mulher foi lançado com o objetivo de reduzir, substancialmente, o número de mortes causadas

pelo câncer de colo e de mama. Por isso, procuramos analisar os dados sobre a mortalidade por essas patologias nas Regionais de Saúde do Estado. Encontramos disponíveis os dados do período de 1999 a 2001.

Com relação à mortalidade por câncer de mama, identificamos coeficientes altos com média anual entre 26 e 28 casos/100.000 mulheres. Foi constante, também, a ocorrência de coeficientes acima da média, até 47,42 casos/100.000 mulheres. Além disso, os coeficientes de mortalidade por câncer de mama no Estado não apresentaram sinais de declínio no triênio. Aumenta a importância deste dado quando consideramos que as informações, sobre as atividades que estão sendo realizadas na rede básica, não estavam disponíveis.

Com relação ao coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino, observamos que houve, ao longo dos 3 anos analisados, uma tendência de declínio nas médias dos coeficientes do Estado (Figura 3). Se compararmos este pequeno declínio com o aumento no número de CCC em 13 vezes, no mesmo período, vemos a necessidade de ampliação das ações para que elas ocasionem maior impacto na mortalidade pela patologia.

Vale ressaltar, também, que as Regionais de Lages e de Itajaí mantiveram, no período estudado, coeficientes de mortalidade sempre acima da média para o Estado. Este dado aponta a associação positiva entre os municípios com as menores coberturas e a manutenção de coeficientes de mortalidade sempre acima da média estadual.

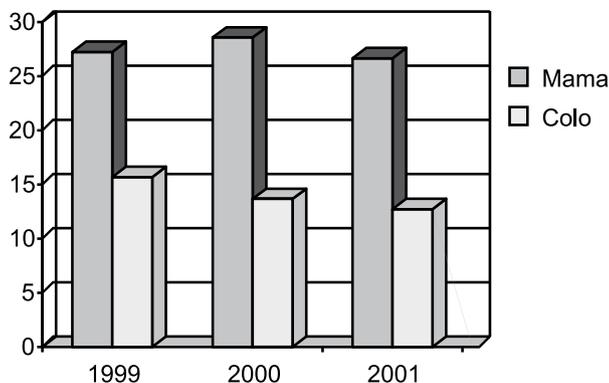


Figura 3 - Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo Uterino por 100.000 mulheres, no Estado de Santa Catarina, no período de 1999 e 2001. Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS – Produção Ambulatorial.¹²

Para finalizar este estudo, levantamos os dados sobre mortalidade por câncer de mama e de colo no

Brasil e na Região Sul do País, no mesmo período, para compararmos com os dados encontrados no Estado (Figura 4). Com relação ao câncer de colo uterino foi possível observar que somente Santa Catarina apresentou uma tendência de declínio nos coeficientes e que, também, manteve números sempre abaixo dos encontrados na Região Sul.

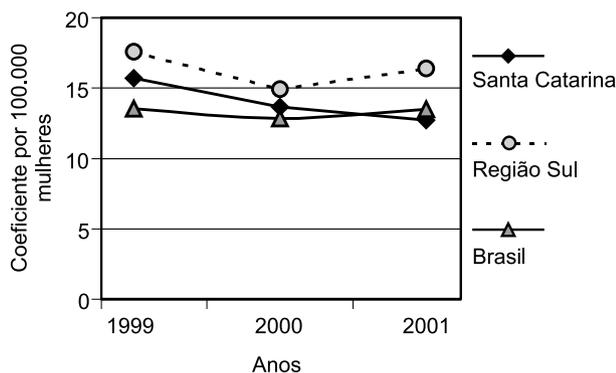


Figura 4 - Distribuição do Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Colo Uterino por 100 000 mulheres, no Estado de Santa Catarina, Região Sul e Brasil, no período de 1999 e 2001. Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – Produção Ambulatorial.¹²

Na Figura 5, comparando os coeficientes de mortalidade por câncer de mama no Estado com os coeficientes da Região Sul, foi possível observar que eles estiveram sempre abaixo da média regional. Comparando com os do Brasil mantiveram-se iguais ao da média nacional, com ligeira elevação no ano 2000. Ficou evidente, também, que não houve tendência de declínio nesse coeficiente.

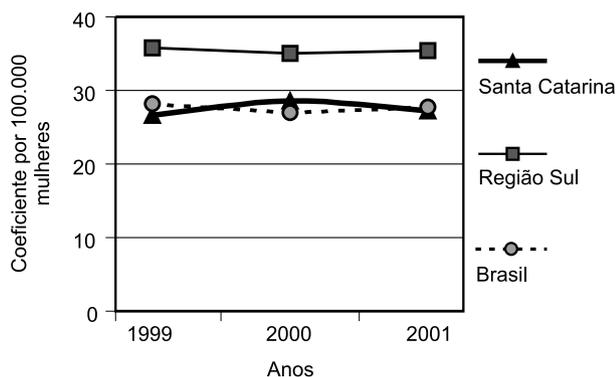


Figura 5 - Coeficiente de Mortalidade por Câncer de Mama por 100 000 mulheres, no Estado de Santa Catarina, Região Sul e Brasil, no período de 1999 e 2001. Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS – Produção Ambulatorial ¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste trabalho apontaram que houve, nos últimos anos, um grande esforço nos serviços públicos de saúde do Estado de Santa Catarina para a ampliação da cobertura de exames preventivos de colo uterino, mas os números mostram-se muito aquém do mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, a estagnação no crescimento da cobertura e a variação na captação de novas clientes reforçaram a percepção que ainda não está sedimentada a importância da regularidade na realização de exames preventivos.

Ficou evidente que ocorreu um incremento no registro dos procedimentos realizados, pois eles se encontravam subestimados no início da série histórica estudada. Ademais, observamos que os bancos de dados pesquisados possuíam diferentes números, indicando que existe uma inconsistência nas informações, o que prejudica a sua confiabilidade. Este fato enfatiza a necessidade de um registro fidedigno e atualizado dos procedimentos realizados, da capacidade instalada, das ações implementadas e das características de morbimortalidade das patologias no Estado.

A análise dos resultados das lâminas positivas apresentou elevada razão média entre o número de lesões de baixo grau e as de alto grau para o câncer de colo uterino. A análise revelou, também, que existe um grande percentual de lâminas com limitação para leitura. Os problemas identificados pelo laboratório indicam erros na técnica de coleta e a realização de exames em mulheres com processos inflamatórios agudos. Fica, então, como sugestão para o Gestor Estadual do Programa a necessidade de efetivar, como uma das estratégias para a prevenção do câncer cérvico-uterino, parcerias com outros setores da Secretaria Estadual de Saúde e com os municípios para efetivar a ampliação de ações educativas e de prevenção.

As informações sobre o monitoramento da população de risco e o diagnóstico precoce dos tumores de mama não estavam disponíveis nos bancos de dados consultados. Só encontramos dados sobre a mortalidade pela patologia que, apesar de serem menores que a média encontrada na Região Sul, indicaram coeficientes de mortalidade altos e com tendência à manutenção. Este é um achado preocupante, pois o Estado ainda não dispõe de uma política bem definida em relação à redução dos coeficientes de mortalidade pelo câncer de

mama, sendo necessária e urgente a implementação de estratégias para identificar as atividades de diagnóstico precoce, que possam estar sendo desenvolvidas, e para incrementar ações educativas e assistenciais na rede básica de saúde.

Os coeficientes de mortalidade por câncer de colo uterino estavam na média nacional e apresentaram pequena tendência de declínio. Entretanto, a baixa cobertura demonstrou que os esforços realizados até agora ainda não foram suficientes para alcançar o objetivo do Programa de reduzir, substancialmente, o coeficiente de mortalidade pela patologia. Ações para a divulgação do Programa, sensibilização da população e disponibilização de serviços de coleta descentralizados e próximos às comunidades, devem ser viabilizadas pelos gestores municipais, para ampliar a cobertura e interferir positivamente na melhoria dos indicadores.

Os dados das Regionais de Saúde deixaram nítida a grande diferença na cobertura da população, na prioridade política de gestores municipais, no empenho para a descentralização de unidades de coleta e na relação entre serviços disponíveis e população a ser atendida. Ficou evidente que a baixa cobertura do exame de CCO teve relação direta com a baixíssima produtividade dos serviços e a deficiência no registro das informações.

As análises realizadas neste estudo indicaram que problemas gerenciais e técnicos têm dificultado a ampliação e melhoria na qualidade dos serviços ofertados e a diminuição dos índices de morbimortalidade do câncer ginecológico no Estado de Santa Catarina. O estudo indicou como necessidade prioritária o aumento da produtividade dos serviços e da capacitação técnica dos profissionais que prestam assistência às mulheres, antes mesmo de ser pensado ou viabilizado o aumento da capacidade instalada. Além disso, aponta para a necessidade de suporte, em serviços de atendimento especializado, para as mulheres com exames positivos ou suspeitos e para a disponibilização de terapêutica, na rede básica, para os processos inflamatórios genitais mais encontrados.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
- 2 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer (BR). Câncer: programa de epidemiologia e

- vigilância do câncer e seus fatores de risco [acesso em 2002 Set 22]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
- 3 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2003 [acesso em 2003 Jun 21]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
 - 4 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama [acesso em 2002 Ago 21]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; [s.d.]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
 - 5 Oliveira MM, Monteiro ARM. Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência. *Texto Contexto Enferm.* 2004 Jul-Set; 13 (3): 401-8.
 - 6 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia Intra-epitelial cervical – NIC: condutas do INCA/MS. *Rev. Bras. Cancerol.* 2000 Out-Dez; 46 (4): 355-7.
 - 7 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero: condutas do INCA/MS. *Rev. Bras. Cancerol* 2000 Out-Dez; 46 (4): 351-4.
 - 8 Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. *Rev. Bras. Cancerol.* 2002 Jan-Mar; 48 (1): 13-5.
 - 9 Ministério da Saúde (BR). Programa nacional de combate ao câncer do colo uterino: a estratégia brasileira. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 1998.
 - 10 Klingerman J. Editorial: desafios para a oncologia brasileira no novo milênio. *Rev. Bras. Cancerol.* 1999 Out-Dez; 45 (4): 5-6.
 - 11 Ministério da Saúde (BR). SISCAM/SISCOLO [acesso em 2004 Mai 17]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; [s.d.]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
 - 12 Ministério da Saúde (BR). Sistema de informações em saúde [acesso em 2004 Jun 5]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; [s.d.]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
 - 13 Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
 - 14 Souen J, Carvalho JP, Pinotti JA. *Oncologia genital feminina.* 2a ed. São Paulo (SP): Roca; 2001.
 - 15 Serrano TRG. Avaliação do Programa Estadual de Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama em Santa Catarina [dissertação]. Florianópolis (SC): UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2002.