The background of the slide is a light gray gradient, decorated with several realistic water droplets of various sizes. The droplets are rendered with soft shadows and highlights, giving them a three-dimensional appearance. They are scattered across the page, with a higher concentration in the top-left and bottom-right corners.

INFORMAÇÃO E OFERTA DE SERVIÇOS PARA O TRATAMENTO E ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO DISTRITO FEDERAL.

PESQUISADORAS: MÔNICA MACAU E NADJARA VIEIRA

RESUMO

Este trabalho faz parte de um breve estudo sobre o câncer de colo de útero realizado no Distrito Federal. Foram levantadas as ações para o enfrentamento e tratamento do câncer do colo do útero, tomando como referência o período de 2008 a 2012, bem como conhecer a estrutura disponibilizada para o atendimento na rede assistencial nos três níveis de atenção.

Metodologia

A metodologia adotada foi dividida em duas partes:

Inicialmente, para subsidiar o artigo, foram selecionados 40 artigos sobre o tema, utilizando os descritores, Neoplasias do Colo do Útero; Colo do Útero, Câncer Uterino; Mortalidade por Câncer. Desses artigos, fizemos um recorte, que agregados a portarias, artigos e documentos relacionados, trouxeram a contribuição de 35 referências.

Alguns desses documentos foram obtidos no levantamento da situação de saúde, após análise dos dados provenientes do Departamento de Informática do SUS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

Posteriormente, por tratar-se de um estudo descritivo da oferta de serviços para o diagnóstico precoce no Distrito Federal foi possível analisar o nº de exames citopatológicos e anatomopatológicos realizados, descrevendo o percentual de seguimento e identificar os principais entraves no território.

O caráter descritivo foi escolhido por ter como norte da pesquisa, a descrição exata dos fatos e dos fenômenos em dada realidade, ou seja, descrever e identificar as características de determinada oferta e situação em saúde na população residente no Distrito Federal.

Introdução

Diversos autores (GADELHA ET al., 1992; MS, 2007; FACINA, 2014) concordam que o câncer se mantém, até os dias de hoje, como prioridade quanto ao seu controle e prevenção. Sua abordagem enquanto um problema sanitário passou a merecer a atenção pelo estado, a partir da década de 1930 por meio da influência de pesquisadores como Mário Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de AZEVEDO. Todavia, o chamado “controle do câncer” em nível nacional só se materializou com a criação do serviço nacional de câncer (SNC) em 1941, que passou, segundo Parada ET al. (2008), a orientar e controlar a campanha para prevenção em todo o território brasileiro.

Destaca-se que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento para os diversos tipos de câncer, sofreram significativos avanços nos últimos 20 anos. Principalmente na aquisição de modernos métodos de imagem, alta qualidade nas análises bioquímicas e métodos de biologia molecular. Avanços têm permitido não somente um diagnóstico apurado, como também um acompanhamento adequado, repercutindo na melhoria da avaliação do prognóstico dos pacientes.

Enfrentamento do Câncer de Colo do Útero – Medidas adotadas na Saúde Pública no Brasil

Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina é um dos objetivos específicos da política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM). Dentre seus maiores desafios, está o câncer de colo uterino, uma das neoplasias mais comuns em mulheres brasileiras (fig.1), sendo apontado, em termos gerais como o terceiro dentre os demais tipos de câncer para a população em geral. Seu agravo é progressivo, mas passível de tratamento e cura, se diagnosticado a tempo.

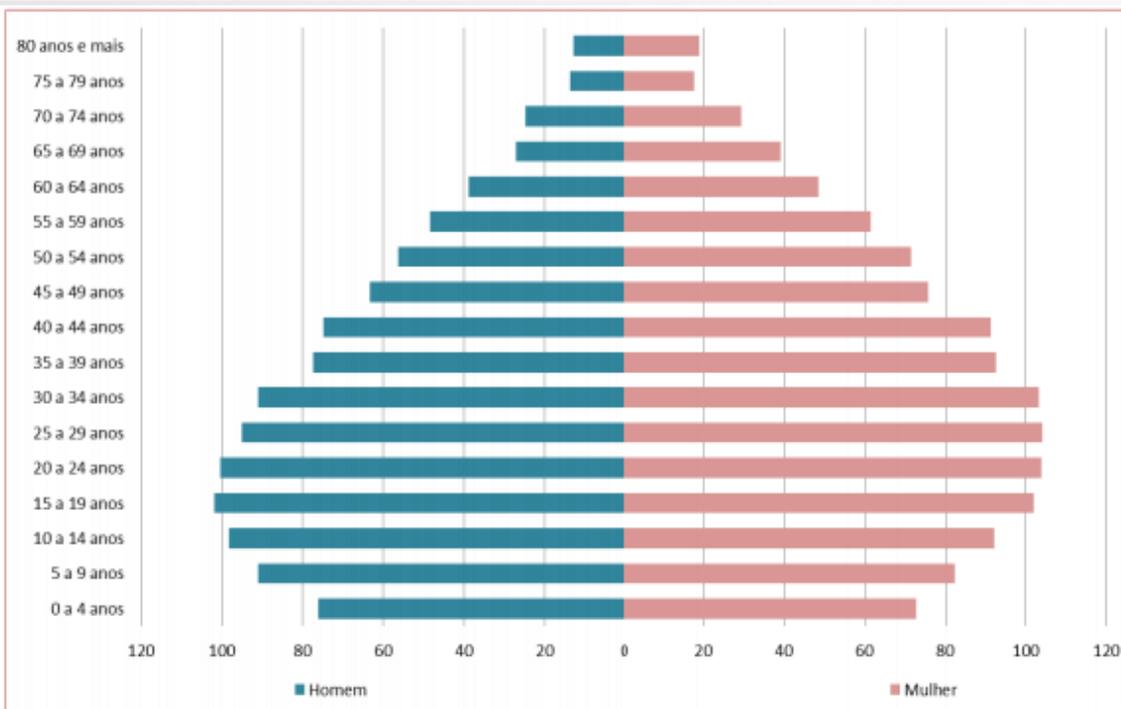
A incidência do câncer de colo de útero aumenta a partir dos 30 anos de idade. Porém, se diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras, o câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura, podendo chegar a 100%.

Todavia, ainda se constitui em importante causa de morte por câncer no mundo e, tomando dados do Brasil, os registros hospitalares de câncer demonstram que em cerca de 50% dos casos, o diagnóstico é realizado em fases avançadas da doença (estádios III e IV)- idem.

- Para Simonato Et al. (1988) apud Malta e Duarte (2015), o óbito por câncer de colo de útero já seria evitável pela prevenção primária, simplesmente pelas ações educativas. Para esta afirmativa, os autores calculam em torno de 30% dos casos. Contudo os outros 70%, aplicam 50% em razão da prevenção secundária pela detecção precoce por meio de rastreamento e encaminhamento oportuno, ficando na prevenção terciária, os 20% restantes, no acesso e na intervenção cirúrgica oportuna.

O Câncer de Colo de Útero é uma doença de desenvolvimento lento, podendo inclusive, ficar assintomático em sua fase inicial, o que pode retardar o diagnóstico. Sua evolução, no entanto, é mais clara, com quadros de sangramento ou secreção vaginal anormal, com dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais.

Aspectos Sociodemográficos do Distrito Federal: Território e Rede Assistencial para o Câncer de Colo de Útero.



Fonte: Codeplan, PDAD, 2010-2011

A população do distrito federal, estimada para 2014 (IBGE, 2015) foi de 2.852.372 habitantes, sendo no último censo (2010), 2.570.160 habitantes. Desse número de habitantes em 2010, as mulheres representam 52,49% do total da população do DF, segundo a PDAD (fig.1), sendo que 758.802 eram mulheres entre 25 a 69 anos no distrito federal (IBGE, 2015).

Com área de 5.802 Km², a densidade demográfica da região, segundo dados do governo do DF, é de 354,3 habitantes por Km². Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,844 (escala de 0 a 1) com a taxa de analfabetismo de 3,37 (a menor do país).

Há um enorme contraste entre o chamado Plano Piloto de Brasília e as cidades-satélites (Regiões-Administrativas) que formam o Distrito Federal. Segundo a ONU, Brasília é uma das 20 cidades do mundo que apresentam maiores diferenças de renda entre ricos e pobres. Nesse ranking, Brasília ficou classificada em 16º lugar, em 2011.

Mais de 90% da população tem acesso à água e à rede de esgoto. Apresenta a maior renda per capita do Brasil - mais que o dobro da média nacional, segundo informações do Ipea.

PLANO ONCOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado para atender de uma forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento, que no caso da oncologia requer estratégias de enfrentamento, considerando métodos de promoção da saúde, considerando estilo de vida e hábitos saudáveis bem como tratamento de neoplasia maligna e assim, dentro de uma Rede de Atenção Oncológica, organizada e sob responsabilidade das Secretarias de Saúde estaduais e Municipais.

As portarias que foram publicadas nos últimos 20 anos buscaram suprir algumas lacunas, tais como a Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, a qual estabeleceu critérios para credenciamento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, classificados como I, II e III.

Sendo posteriormente revogada para dar lugar à Política Nacional de Atenção Oncológica - Portaria GM/MS 2.439, de 08/12/2005 – busca qualificar de modo a “aumentar, com a melhoria da qualidade, do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer”. Visa obter-se resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer que perdura por décadas em nosso país. Em 2009, nova portaria objetivou continuar o plano de organização da alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica, atualizando e incluindo novas habilitações.

No Brasil, em 2010, a alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica no Brasil era composta por 41 CACON, 210 UNACON e mais 09 hospitais gerais com cirurgia oncológica. Na época, as habilitações no Distrito Federal eram para serviços de oncologia pediátrica (Tabela 1).

Tabela 1: Estabelecimentos de Assistência à Saúde habilitados em Oncologia no DF.

	Distrito Federal	
Brasília	HOSPITAL DE BASE DO DF	Cacon com Serviço de Oncologia Pediátrica
	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	
	HOSPITAL REGIONAL DE CEILANDIA	
	HOSPITAL REGIONAL DO GAMA	
	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	
	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	
	HOSPITAL DE APOIO ABRACE	

Fonte: Ministério da Saúde. Nota Informativa, 2010.

Atualmente, além dos hospitais habilitados em serviços de oncologia pediátricos (Tabela 3), para o tratamento dos vários tipos de Câncer, referencia como pontos da Rede de Atenção Oncológica do DF, o Hospital de Base de Brasília (CACON) e a Rede SARAH Brasília (UNACON), assim como o Hospital Universitário de Brasília (HUB), sendo este último habilitado como UNACON com Serviço de Radioterapia do hospital (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de Habilitações – códigos 1706, 1707 e 1712 – Distrito Federal

Habilitações - 1706- UNACON	CNES	Estabelecimento
DF	0010510	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA
DF	2673916	SARAH BRASILIA
Habilitações – 1707- UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA	CNES	Estabelecimento
DF	0010510	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA
Habilitações - 1712- CACON	CNES	Estabelecimento
DF	0010456	HBDF HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

Além dessas unidades, há outros estabelecimentos especializados em Oncologia (Tabela 3). Como referência para cuidados paliativos, o Hospital de Apoio de Brasília é habilitado pelo Ministério da Saúde em Cuidados Prolongados - Enfermidades Oncológicas, com 19 leitos para crônicos, e Serviço de Oncologia Clínica de Complexo Hospitalar.

Tabela 3: Unidades que executam Serviço Especializado em ONCOLOGIA /SUS- Brasília.

CNES	Estabelecimento
2649527	HAB
10456	HBDF HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL
6876617	HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB
10510	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA
10464	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE
10472	HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
2673916	SARAH BRASILIA

Resultados:

1. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO – ACESSO AOS SERVIÇOS EM ONCOLOGIA:

Segundo o censo de 2010 (IBGE, cidades), há no DF, 1.341.280 mulheres residentes, estando 730.219 mulheres no grupo correspondente as idades entre 25 e 59 anos (53%).

Observa-se que no Distrito Federal, entre 2008 e 2013 houve 354 óbitos, sendo a taxa bruta menor (> 36%) que as taxas, Mundial e Brasil, respectivamente, 5,12 e 5,54% (Brasil, 2015).

Em se tratando de acesso, este é facilitado para prevenção do câncer de colo de útero, em razão do agendamento nas Unidades Básicas de saúde. De forma sumarizada, as unidades que compõe a linha de cuidado, são organizadas segundo suas atribuições, de acordo com o nível de atenção.

Para a atenção primária, responsável pelo rastreamento do colo do útero, o Distrito Federal disponibiliza 185 unidades com ginecologia.

Destaca-se que na página da Secretaria de Estado de Estado, há um informativo das mulheres que precisam retornar à unidade de saúde para tratamento, tendo em vista seus exames apresentarem citologia alterada. Este retorno gera o encaminhamento para o exame anatomopatológico (Tabela 6).

Desde o dia 01 de janeiro de 2014 o SISCAM é obrigatório no DF.

E, apesar de o exame citopatológico ser realizado nas unidades básicas de saúde, o tratamento em caso de lesões malignas não é bem acompanhado na rede, tendo em vista que das mulheres que fizeram o anátomo patológico (aproximadamente 30%), se perderam no Sistema de Informação. Nos casos positivos para lesões, o tratamento foi cirúrgico, com a retirada do útero.

Vale ressaltar que o Governo do Distrito Federal tem um programa denominado “Carreta da Mulher”, que de março de 2012 a 22 de fevereiro de 2013, com a primeira carreta, realizou 32.614 exames em 22 regiões do Distrito Federal. São no total, cinco unidades móveis para a realização de mamografias, ecografias e preventivos do câncer de colo uterino. A capacidade máxima de realizar 150 exames diariamente em três procedimentos (mamografia, ecografias e Papanicolau) previamente solicitados por um médico. Contudo, para mulheres acima de 50 anos (idade de risco), porém, o exame pode ser feito sem o pedido.

Para fazer o requerimento, a paciente deve ir ao centro de saúde mais próximo à sua residência. O resultado da ecografia fica pronto em alguns minutos após a conclusão do exame. Já o da mamografia fica pronto em até sete dias, e o Papanicolau requer 30 dias.

No período proposto para a coleta e análise das informações, no SUS, 636.189 exames citopatológicos foram realizados no Distrito Federal (Tabela 4).

Tabela 4. Número de coletas de Material P/ Exame Citopatológico de Colo Uterino – DF

Produção Ambulatorial do SUS - por local de atendimento Qtd. aprovada por Região de Saúde (CIR) e Ano atendimento						
Procedimento: 0201020033 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO						
ESTADO	2008	2009	2010	2011	2012	Total
DF	114.927	146.720	138.193	102.256	134.093	636.189

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Tabela 5. Seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais.

Município de Residência	ANO	Sem Seguimento				Em Seguimento		Seguimento Concluído						Recusa / Abandono		Total	
		Não Localizada		Sem Informação				Alta/Cura		Transferência		Obito					
		Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%
BRASILIA	2008	13	3,32	213	54,48	136	34,78	9	2,30	18	4,60	0	0,00	2	0,51	391	100
	2009	0	0	307	64,77	164	34,6	2	0,42	1	0,21	0	0	0	0	474	100
	2010	26	6,62	105	26,72	250	63,61	3	0,76	5	1,27	3	0,76	1	0,25	393	100
	2011	7	1,27	189	34,36	347	63,09	1	0,18	0	0	3	0,55	3	0,55	550	100
	2012	3	0,59	224	43,84	276	54,01	4	0,78	0	0	2	0,39	2	0,39	511	100
	Total	49	2,1	1038	44,76	1173	50,58	19	4,44	24	6,08	8	1,7	8	2	2319	500

Fonte: DATASUS.SISCOLO, 2015. Ajuste do ano de 2008 pelo (LIAG) - Distrito Federal.

No período estudado, dos 740.664 exames citopatológicos realizados no DF, foram diagnosticadas lesões intraepiteliais sugestivas de câncer de colo de útero em 2.260 mulheres, sendo que após o diagnóstico, 1.087 não estiveram em seguimento (48%), perdendo-se na rede assistencial. Das que tiveram o seguimento, 19 receberam alta por cura, 8 óbitos (Tabela 5).

- O total de mulheres que se perderam no SISCOLO, no período de 2008 a 2012 foram de 1.087, representando 46,86% (Tabela 5), mas “recuperadas” no SIA/SUS (Tabela 6), cerca de 20%, ou seja, 457 fizeram o anatomopatológico mesmo sem estarem sendo “seguidas” na rede assistencial. Perda mesmo, foi de aproximadamente 30% das mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais.

Tabela 6. Número de Exames Anatomopatológico de Colo Uterino – Brasília DF

Ano de Competência	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Total/ano
2008	16	20	16	20	9	10	-	91
2009	26	21	14	18	14	8	8	109
2010	19	32	27	22	15	7	11	133
2011	109	131	92	111	65	36	29	573
2012	104	122	117	104	87	40	36	724
Total	274	326	266	275	190	101	84	1630

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Conforme o período, o número de mulheres que realizaram exames anatomopatológico de colo uterino representou o mesmo quantitativo da histerectomia em razão do câncer – DF.

TABELA 7. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Distrito Federal - histerectomias em oncologia no DF no período de 2008 a 2012, segundo AIH aprovadas por procedimento e ano processamento.

Ano de Competência	Entre 25 a 29 anos	Entre 30 a 34 anos	Entre 35 a 39 anos	Entre 40 a 44 anos	Entre 45 a 49 anos	Entre 50 a 54 anos	Entre 55 a 59 anos	Total/ano
2008	16	20	16	20	9	10	-	91
2009	26	21	14	18	14	8	8	109
2010	19	32	27	22	15	7	11	133
2011	109	131	92	111	65	36	29	573
2012	104	122	117	104	87	40	36	724
Total	274	326	266	275	190	101	84	1630

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);

Notas: Situação da base de dados nacional em 24/07/2015

PROTOCOLO - SUS

Mas, segundo as orientações do SUS e o protocolo adotado no país, após confirmação colposcópica ou histológica, faz-se o tratamento excisional das lesões intraepiteliais escamosas de alto grau, por meio de exérese da zona de transformação (EZT) por eletrocirurgia (INCA, 2010).

Neste procedimento, sendo satisfatório, compatível com a citologia, restrito à ectocérvice¹ ou até o primeiro centímetro do canal endocervical², o procedimento deve ser realizado ambulatorialmente, nas unidades de nível de atendimento secundário, permitindo o tratamento imediato das lesões.

Do contrário, ou seja, insatisfatório, ou quando a lesão ultrapassa o primeiro centímetro do canal, o tratamento preconizado é a conização*, preferencialmente, por técnica eletrocirúrgica.

Somente no nível terciário será determinada a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

***A RETIRADA DE UMA CONE DO COLO ABRANGENDO A ECTOCÉRVICE E CANAL ENDOCERVICAL. TRATA-SE DE PROCEDIMENTO PROPEDÊUTICO E TERAPÊUTICO PARA AS NEOPLASIAS INICIAIS DO COLO UTERINO . PROCEDIMENTO FEITO COM ANESTESIA LOCAL OU BLOQUEIO PERIDURAL.**

Estudo da Mortalidade por CA de Colo de Útero - DF

TABELA 8. Mortalidade por câncer de colo de útero - raça/cor, no período de 2008 a 2012.

Faixa Etária OPS	2008	2009	2010	2011	2012	Total
25 a 34 anos	5	4	4	12	-	25
35 a 44 anos	10	7	12	8	19	56
45 a 54 anos	18	16	24	11	16	85
55 a 64 anos	12	15	8	9	12	56
Total	45	42	48	40	47	222

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 9. Mortalidade por câncer de colo de útero - idade, no período de 2008 a 2012.

Cor/raça	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Branca	22	14	23	15	21	95
Preta	1	2	3	4	2	12
Parda	22	25	22	20	24	113
Indígena	-	1	-	-	-	1
Ignorado	-	-	-	1	-	1
Total	45	42	48	40	47	222

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Verifica-se que o maior número de casos ocorreu em 2010 e a faixa de idades com maior número foi a de 45 a 54 anos. No total percebemos que há mínima diferença entre as raças visto que 50,9% das mortes ocorreram com mulheres da raça/cor parda, seguido da raça/cor branca (42,8%).

Conclusão:

- Compreende-se que no período de 2008 a 2012, no Distrito federal, foram realizados 636.189 citopatológicos no SUS, seguindo de 1.630 exames anatomopatológicos, em razão da presença de lesões.

Dessas pacientes com lesões diagnosticadas, 1087 (46,86%) foram perdidas no SISCOLO, não sendo acompanhado o desfecho da morbidade, com exceção das que foram recuperadas no SIA/SUS (cerca de 20%), ou seja, 457 fizeram o anatomopatológico mesmo sem estarem sendo “seguidas” na rede assistencial. Esses valores representam, aproximadamente 30% das mulheres com diagnóstico de lesões intra-epiteliais “perdidas” em ambos os sistemas.

Tendo em vista a oferta para a demanda encontrada, há disponibilidade de serviços em todos os níveis, mas não foi encontrado no nível terciário, tratamento mais conservador, sendo 100% das mulheres com lesões intraepiteliais foram submetidas a histerectomia.



A perda significativa de seguimento das pacientes na rede assistencial, é um dos entraves relacionados à informação imprecisa, detectada no período estudado. Portanto, a necessidade de a informação ser mais bem apurada e inserida com responsabilidade no SISCOLO é fundamental para adoção de medidas resolutivas em tempo oportuno.

Questiona-se os números inseridos no SISCOLO, no período estudado, de mulheres cujo tratamento foi a histerectomia sendo igual ao total de mulheres diagnosticadas com lesões, o que suscita maior aprofundamento dos motivos para a não intervenção menos invasivas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Visto que as ações de saúde vão desde a formulação de políticas até a avaliação, passando pelo monitoramento da qualidade e da produção de serviços, não há como deixar de pensar em doenças que finalizam em mortes consideradas evitáveis, como é o caso do Câncer de Colo de Útero. Este é passível de análise e antecipação de ações por meio do planejamento em saúde, contemplando o conhecimento dos fatores de risco, em particular os relacionados ao contexto histórico e sociocultural.

Mas não somente implementar ações de atenção integral à saúde da mulher, mas pensar também no acesso às medidas preventivas e curativas para esse tipo de câncer, identificando as fragilidades individuais e coletivas por grupos de risco, mapeando a rede e a resolutividade das ações ofertadas.

E, uma vez que as ações para seu controle permitam que a cura, claramente possível em aproximadamente 100% dos casos diagnosticados na fase inicial, compreender que muito há por fazer no Distrito Federal, principalmente em relação às ações educativas e ao fortalecimento do rastreamento de forma mais efetiva nas unidades básicas de saúde, buscando dar resolutividade às demandas por exames e tratamento em casos comprovadamente positivos.

Os resultados encontrados levam à necessidade de melhorar a condução da saúde por meio da organização de ações de prevenção e de acompanhamento que atendam às necessidades de saúde da população.

The image features a light gray background with a subtle gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic water droplets of various sizes, rendered with soft shadows and highlights to give them a three-dimensional appearance. The word "OBRIGADA!" is centered in the middle of the page in a bold, black, sans-serif font.

OBRIGADA!