

## A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

**Brazilian cancer control policy and the role of primary care in cancer prevention and control**

Roberto Parada<sup>1</sup>; Mônica de Assis<sup>2</sup>; Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva<sup>3</sup>; Maria Fátima Abreu<sup>4</sup>; Marcos André Felix da Silva<sup>5</sup>; Maria Beatriz Kneipp Dias<sup>6</sup>; Jeane Glauca Tomazelli<sup>7</sup>

### RESUMO

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil e a Política Nacional de Atenção Oncológica foi proposta como estratégia para ações integradas de controle das neoplasias malignas. Dentre essas ações, o controle dos cânceres do colo do útero e de mama é assumido como prioridade nacional pela elevada incidência e possibilidade de redução da morbi-mortalidade mediante o rastreamento populacional. A Coordenação de Prevenção e Vigilância do Instituto Nacional do Câncer tem atuado junto às Secretarias Estaduais de Saúde para contribuir com a organização da rede de atenção oncológica nos Estados. Com base nesta experiência, o artigo objetivou oferecer um panorama do controle do câncer no Brasil e destacar o papel da atenção básica na detecção precoce dos cânceres de mama e do colo do útero. Na conclusão, é apontada a necessidade de engajamento efetivo dos diversos atores na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo do Útero; Neoplasias Mamárias. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Prevenção de Câncer de Mama.

### ABSTRACT

This paper concerns cancer as a public health problem in Brazil and introduces the Brazilian Cancer Control Policy as a strategy to integrate actions or programs for cancer control. Among these activities are the control of cervical and breast cancer, considered national priorities due to their high incidence and the possibility of morbidity and mortality reduction by screening of the population. The Division of Cancer Care of the National Cancer Institute's Cancer Prevention and Surveillance Coordination, has been working with States Secretaries of Health to help with the organization of the network of oncological services of the States. Based on this experience, this paper's goal is to offer a panoramic view of the current cancer control initiatives and highlights the role of primary care in the early detection of cervical and breast cancer in Brazil. Finally, the need is stressed for an effective enlistment of a variety of players in the social production of health and competency building of the healthcare network so that the strategies of cancer control take root and produce results.

**KEY WORDS:** Health Public Policy. Primary Health Care. Uterine Cervical Neoplasms. Breast Neoplasms. Breast Cancer Prevention. Cervix Neoplasms Prevention.

<sup>1</sup> Médico, Chefe da DAO/Conprev/INCA, Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)

<sup>2</sup> Sanitarista, Doutora em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ)

<sup>3</sup> Médico Oncologista Clínico (INCA/MS), Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

<sup>4</sup> Assistente Social, especialista em Serviço Social e Saúde (UERJ)

<sup>5</sup> Mestre em Ensino da Saúde (UNIPLI)

<sup>6</sup> Enfermeira de Saúde Pública, Mestre em Ciências da Saúde (ENSP/FIOCRUZ).

<sup>7</sup> Psicóloga Sanitarista, Mestre em Epidemiologia (ENSP/FIOCRUZ).

Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer / Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer / Divisão de Atenção Oncológica  
Endereço: Rua dos Inválidos 212, 4º and, Centro - Tels: (21) 39797413, 39707412 - Email: atencao\_oncologica@inca.gov.br

## INTRODUÇÃO

A incidência de câncer no Brasil e no mundo vem crescendo nas últimas décadas e tenderá a aumentar com o envelhecimento populacional. No Brasil, o câncer é responsável por cerca de 14% das causas de morte e representa a segunda causa de mortalidade geral, com 147.718 óbitos registrados em 2005. A incidência estimada para o ano de 2008 é de 466.730 mil casos novos de câncer, o que corresponde a cerca de dois casos por ano para cada 1000 habitantes. (BRASIL, 2007a).

O câncer mais incidente entre os brasileiros é o de pele não melanoma, tipo menos agressivo da doença e que pode ser tratado em nível ambulatorial. Excluídos esses casos, as localizações primárias mais comuns de câncer em homens são: na próstata, no pulmão, no estômago, no cólon e reto e na cavidade oral. Em mulheres, os cânceres mais freqüentes são de: mama, colo do útero, cólon e reto, pulmão e estômago. As neoplasias mais letais na população masculina são de: pulmão, próstata e estômago; e, na população feminina, destacam-se os de mama, de pulmão e de intestino (BRASIL, 2006e).

As estratégias para controle do câncer podem ser dirigidas a indivíduos assintomáticos ou sintomáticos (doença local ou doença avançada). As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (*prevenção primária*) como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (*rastreamento*). As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de *diagnóstico precoce*. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de *deteção precoce* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A prevenção primária dos principais tipos de câncer envolve a redução da exposição a agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais. Os fatores de risco conhecidos são: tabagismo, álcool, inatividade física, dieta pobre em frutas, legumes e verduras e rica em gordura animal, obesidade, radiação solar e agentes cancerígenos ambientais e ocupacionais. O risco de câncer numa determinada população está relacionado à interação de fatores que aumentam as chances de desenvolvimento da doença e fatores que diminuem esta possibilidade.

As ações de prevenção primária e detecção precoce podem reduzir a incidência e a mortalidade do câncer em diferentes proporções para alguns tipos de câncer mais comuns. Por exemplo, a incidência do câncer de pulmão pode ser reduzida em até 90% somente com ações de prevenção primária, como o controle do tabagismo. Os cânceres de

mama e do colo do útero, por sua vez, são exemplos do impacto positivo da detecção precoce na morbi-mortalidade, conforme verificado em países que organizaram programas efetivos de rastreamento populacional (INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER, 2004).

O papel estratégico das ações de prevenção primária e detecção precoce ilustra a importância da Atenção Básica à Saúde no controle do câncer no país. Este nível de atenção atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) a Atenção Básica envolve *“ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados.”* (BRASIL, 2005b).

A implantação da Política tem sido o horizonte de trabalho da Divisão de Atenção Oncológica (DAO), da Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tal órgão vem atuando junto às Secretarias Estaduais de Saúde a fim de contribuir para a organização da rede de atenção oncológica nos Estados. As ações envolvem a formulação de políticas e de instrumentos de planejamento e programação, assessoria, avaliação e monitoramento da qualidade e da produção de serviços. Com base nesta experiência, este artigo objetivou oferecer uma visão panorâmica da estruturação do controle de câncer no Brasil e discutir o papel da atenção primária na prevenção dos cânceres de mama e do colo do útero. Espera-se contribuir para a sensibilização dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto ao controle do câncer e, especialmente, no que se refere ao papel fundamental deste nível de atenção na linha de cuidados do câncer de mama e do colo do útero, as neoplasias que mais acometem as mulheres brasileiras.

### O controle do câncer no Brasil: a construção da Política Nacional de Atenção Oncológica

No Brasil, a abordagem do câncer como problema sanitário a ser enfrentado pelo Estado se deu somente a partir da década de 30 do século XX, pela atuação de pesquisadores da área como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. O caráter nacional do controle do câncer viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país.

Em 1954, o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo, organizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Neste evento, foram destacados o câncer como problema de saúde pública

e o conceito de controle como “*meios práticos aplicados às coletividades ou aos indivíduos, capazes de influenciar a mortalidade por câncer*” construído através da prevenção, educação, diagnóstico e tratamento.

Em 1957, foi inaugurado o hospital-instituto (atual INCA), no Rio de Janeiro, que passou a ser sede do SNC. A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006e).

Após um período de retrocesso nas políticas de controle do câncer na década de 70, foi criado, nos anos 80, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), com o objetivo de retomar o controle da doença. A partir da década de 90, com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (*Viva Mulher*) e, em 2000, as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nesta área (BRASIL, 2004a). Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, através dos Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos (BRASIL, 2007a).

Este esforço para consolidar ações nacionais de controle do câncer culminou, no final de 2005, com o lançamento da Portaria 2439/GM (BRASIL, 2005b) que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). De forma inovadora na abordagem integrada de tratar a questão do câncer, esta Política estabeleceu diretrizes para o controle do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos.

A Portaria nº 2439 do Ministério da Saúde propõe e orienta a organização da Rede de Atenção Oncológica nos Estados, uma estratégia de articulação institucional voltada para superar a fragmentação das ações e garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer. Ela prevê o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao câncer: “*Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*” (BRASIL, 2005b, p.1). Dentre seus componentes, destacam-se: vigilância em saúde (ênfase no controle do tabagismo, promoção da alimentação saudável e da atividade física, preservação do meio ambiente e segurança ocupacional), em articulação com a política nacional de promoção da saúde (BRASIL, 2006d); ampliação da cobertura com assistência qualificada conforme os princípios de

universalidade, integralidade e humanização; definição de parâmetros técnicos para avaliação, controle e regulação dos serviços; educação permanente dos profissionais; fortalecimento dos sistemas de informação; avaliação tecnológica e incentivo à pesquisa.

As proposições desta Política estão em consonância com o ideário do SUS de constituição de um modelo assistencial voltado para a melhoria da qualidade de vida, através do investimento na promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização do rastreamento dos cânceres do colo do útero e mama tem sido a linha de frente do processo de estruturação da rede assistencial.

### **Controle dos cânceres de colo do útero e de mama como prioridades nacionais**

Os cânceres de mama e do colo do útero são os mais incidentes na população feminina brasileira, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. Para o ano de 2008, foram estimados 49.400 casos novos de câncer de mama e 18.680 casos novos de câncer do colo do útero. As taxas de incidência correspondentes para este mesmo ano foram de 51/100 mil mulheres para o câncer de mama e 19/100 mil mulheres para o câncer do colo do útero. (BRASIL, 2007a).

De acordo com dados da Divisão de Informação da CONPREV/INCA, a mortalidade por câncer de mama é elevada, ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira (12,06/100 mil mulheres em 2005). O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com taxa de mortalidade ajustada pela população padrão mundial de 5,29/100 mil mulheres, em 2005. Este patamar tem se mostrado praticamente estável nos últimos anos, o que não refletiu, ainda, o potencial efeito das ações de controle em curso no país.

As referidas neoplasias são consideradas questões de saúde pública no Brasil por sua elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce. Em 2006, o câncer de mama e o câncer do colo do útero foram assumidos no Pacto pela Saúde como prioridades nacionais no conjunto de ações de controle propostas em defesa da vida (BRASIL, 2006a). A inclusão desta temática na agenda pública da saúde já estava presente na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c), na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b), desde seu lançamento em 1984, e na Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999), o que ilustra a transversalidade das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama.

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas através do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões escamosas intra-epitelial de alto grau, precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população-alvo em torno de 80 a 100% pelo exame de *papanicolaou* e uma rede organizada para diagnóstico e seguimento adequados, é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002).

A estratégia de rastreamento adotada no Brasil baseia-se na oferta do exame de *papanicolaou* para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, considerada a de maior risco. A recomendação é que todas as mulheres com vida sexual ativa, especialmente na faixa indicada, façam tal exame com a periodicidade de três anos, após dois resultados normais consecutivos, com intervalos de um ano (BRASIL, 2003).

O câncer de mama também é sensível à adoção de estratégias de detecção precoce. Quando o tumor é identificado em estádios iniciais, o prognóstico é mais favorável e a cura pode chegar a 100% nos casos de doença localizada. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por este tipo de câncer tem apresentado notável redução. Estima-se que cerca de 30% das mortes por câncer de mama podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (UICC, 2004).

A principal estratégia para a detecção precoce do câncer de mama é o rastreamento populacional dirigido às mulheres nas faixas etárias de maior risco. O programa brasileiro de controle do câncer de mama propõe a realização do exame clínico anual das mamas para mulheres acima de 40 anos e a mesma rotina, acrescida de mamografia bianual, para mulheres de 50 a 69 anos. Para as mulheres com história familiar para esta patologia, o rastreamento com mamografia e exame clínico das mamas deve ser iniciado a partir dos 35 anos e ter periodicidade anual (BRASIL, 2004b).

O impacto esperado das ações de controle dos cânceres de mama e do colo do útero depende do alcance das ações do rastreamento. No Brasil, ainda é baixa a cobertura do rastreamento dessas duas patologias. A oferta de exames de *papanicolaou* para uma cobertura de 80% da população-alvo pode ser estimada pela razão entre exames citopatológicos nesta população e número total de mulheres desta faixa etária. Espera-se que esta razão seja de no mínimo 0,3 exames/mulher ano. A razão encontrada para o Brasil em

2005, sem excluir a população coberta pela Saúde Suplementar, foi de 0,17 exames/mulher ano. Até o momento, nenhum estado apresentou este patamar mínimo de oferta (BRASIL, 2006e).

O acompanhamento do rastreamento para o câncer de mama é ainda limitado pela inexistência de um Sistema de Informações específico, o SISMAMA, em fase de implementação pelo INCA. Entretanto, é possível afirmar que as ações de rastreamento para o câncer de mama estão ainda em processo de organização, pois as definições políticas, nesta área, são relativamente recentes e a oferta de mamografia no âmbito do SUS é limitada.

Como forma de impulsionar a organização das redes estaduais e municipais de saúde e o alcance de resultados em problemas de saúde prioritários, o Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006a) propõe a pactuação anual de uma série de indicadores de saúde. Quanto ao controle do câncer do colo do útero, os indicadores pactuados com estados e municípios foram a razão entre exames citopatológicos e a população-alvo, anteriormente apontada, e, como indicador complementar, o índice de amostras citológicas insatisfatórias, uma importante medida de qualidade do processo. Para o câncer de mama, não há ainda indicadores pactuados em função da implementação em curso do Sismama (Sistema de Informação do Câncer de Mama).

O papel da atenção primária à saúde no controle dos cânceres de mama e do colo do útero é apresentado a seguir, com destaque para algumas ações que precisam e devem ser desenvolvidas neste nível de atenção.

### **A Atenção Primária e o controle dos cânceres de colo do útero e mama**

Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença.

A prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer e de estratégias para diminuir a exposição aos mesmos. Esta prevenção perpassa todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde. A promoção em saúde propõe que “(...) as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e



*aquelas que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.”* (BRASIL, 2006d, p.11)

As ações de detecção precoce, tal como as de prevenção primária, podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que as ações de detecção precoce se concentrem na atenção básica. É neste nível que os métodos de rastreamento devem ser disponibilizados e fazer parte da rotina de atenção à saúde conforme as diretrizes preconizadas. O acesso aos exames deve se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço.

As ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária, e envolvem não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado, inegáveis para tratamento curativo ou com essa possibilidade esgotada, mas também o cuidado aos indivíduos no início da doença, através de orientação, encaminhamento e suporte adequado. Os profissionais da atenção básica têm papel relevante no acompanhamento tanto de indivíduos sob tratamento (controle das reações adversas do tratamento), como de indivíduos em estágio terminal da doença (suporte multidimensional) (SMITH; TOONEN, 2007).

Em 2006, em parceria com o INCA, o Ministério da Saúde lançou um número da publicação *Cadernos de Atenção Básica* específico sobre o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, destacando-se como documento orientador das competências e dos conhecimentos necessários para este nível de atenção (BRASIL, 2006b). O Caderno apresenta a descrição das atribuições específicas dos profissionais e as que são comuns a toda equipe da Atenção Básica. Estas são:

- a) Conhecer as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama;*
- b) Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;*
- c) Realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, de acordo com este Caderno: promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;*
- d) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (Sistema de Informação da Atenção Básica – SLAB,*

- Siscolo e outros), para planejar, programar e avaliar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama;*
- e) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade;*
- f) Acolher as usuárias de forma humanizada;*
- g) Valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;*
- h) Trabalhar em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;*
- i) Prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);*
- j) Identificar usuárias que necessitem de assistência ou intervenção domiciliar (onde houver disponibilidade desse serviço) e co-responsabilizar-se, comunicando os demais componentes da equipe;*
- k) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras;*
- l) Desenvolver atividades educativas, individuais ou coletivas.”* (BRASIL, 2006c, p. 19)

Na experiência de assessoria ao processo de organização da rede de atenção oncológica nos estados, têm sido constatadas diversas questões que têm dificultado a efetividade das ações de rastreamento e controle do câncer. No que diz respeito à atenção primária, alguns aspectos que devem ser ressaltados e/ou melhor equacionados quanto à promoção da saúde, prevenção e detecção precoce destes cânceres serão tratados a seguir.

### **Câncer de mama**

A prevenção primária do câncer de mama ainda não prevê estratégias específicas em função do conhecimento hoje disponível sobre a causalidade da doença. O câncer de mama tem, na idade, um dos seus principais fatores de risco, ao lado da herança genética. Fatores hormonais (menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade), exposição à radiação ionizante, obesidade pós-menopausa e consumo de álcool também estão associados à ocorrência da doença, estes últimos de forma mais geral em relação a outras doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004b).

As ações, nesta área, envolvem a adoção de estratégias de comunicação e educação em saúde sobre a importância do problema, a possibilidade de detecção precoce e a rotina do rastreamento. É importante reconhecer que a informação é apenas uma etapa neste processo educativo e que ela deve ser tratada de maneira culturalmente sen-

sível e participativa, de acordo com o perfil da população feminina da área de abrangência das Unidades de Saúde (WHO, 2006). Por esta razão, as iniciativas locais devem ser valorizadas e a produção de materiais informativos realizada preferencialmente com envolvimento das comunidades, através de metodologias dialógicas e comprometidas com o fortalecimento da participação popular. De modo geral, predomina a centralização na produção de materiais impressos e, como afirma VASCONCELOS (2004), as práticas educativas tendem a ser excessivamente normatizadoras, centradas na difusão de hábitos saudáveis e distanciadas da realidade sociocultural da população.

Em relação à detecção precoce, a realização do exame clínico das mamas nas mulheres das faixas etárias preconizadas ainda não foi plenamente incorporada pela Atenção Básica. O exame clínico das mamas integra as estratégias de rastreio e deve ser realizado anualmente nas mulheres de 40 a 69 anos e no grupo de mulheres acima de 35 anos consideradas de alto risco. Entretanto, há profissionais que negligenciam esta ação e limitam-se à recomendação da mamografia, freqüentemente fora da faixa etária preconizada pelas recomendações nacionais.

De acordo com dados do inquérito nacional realizado pelo INCA em capitais brasileiras, no ano de 2003, o percentual de mulheres de 50 a 69 anos que informou ter realizado o exame clínico das mamas nos últimos dois anos variou de 39,8% em Manaus a 81,2% em Vitória (BRASIL, 2003). Apesar da falta de dados mais abrangentes de cobertura deste método, identifica-se a necessidade de atualização dos profissionais quanto ao Consenso do Câncer de Mama e de estratégias motivadoras para a efetiva incorporação do exame clínico das mamas no atendimento à mulher.

A importância da atualização técnica é também sentida quanto à recomendação da mamografia. É necessário se avançar também na padronização da descrição dos achados no exame clínico das mamas, bem como disseminar práticas que garantam a qualidade da mamografia e a utilização do sistema de classificação BI-RADS® nos achados mamográficos, conforme recente publicação institucional (BRASIL, 2007b). A questão do acesso é também relevante dada a ainda incipiente organização da rede de serviços para a oferta do exame mamográfico pelo SUS, diante da necessidade estimada para o alcance populacional.

### Colo do Útero

A prevenção primária do câncer do colo do útero está principalmente relacionada à prevenção da infecção pelo HPV (*human papillomavirus*). A infecção crônica e persistente por alguns tipos oncogênicos deste vírus, sobretudo os do

tipo 16 e 18, é o principal fator de risco para o câncer do colo do útero. Outros fatores de risco são multiparidade, tabagismo, co-infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis e uso prolongado de contraceptivos orais (WHO, 2006).

A ampliação das estratégias de comunicação sobre o uso de preservativos para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) é fundamental na atenção primária. O câncer cérvico-uterino não é diretamente prevenível pelo uso de preservativos, já que o HPV é transmissível pelo contato íntimo com a pele do períneo, porém o controle das DSTs minimiza o risco de desenvolvimento do câncer. Por outro lado, a disponibilidade de informações sobre os malefícios à saúde pelo uso do tabaco, assim como a organização de serviços de apoio e tratamento do fumante, também são fundamentais no processo de motivar a mulher a parar de fumar. No site do INCA, há subsídios para organização dessas ações ([www.inca.gov.br/](http://www.inca.gov.br/) tabagismo).

As ações educativas devem se orientar pelos princípios anteriormente comentados e contemplar as barreiras socioculturais e econômicas relacionadas à prevenção e à detecção precoce. Os estigmas relacionados a valores morais, religiosos e culturais devem ser trabalhados, abrindo-se espaço para debater questões de gênero que impactam a sexualidade, a saúde e a adesão ao exame citopatológico. Estratégias para facilitar o retorno da mulher para buscar o resultado também devem ser pensadas, pois se trata de um problema comumente observado no cotidiano dos serviços (GREENWOOD *et al.*, 2006). Igualmente importante é a comunicação clara e bem cuidada quanto às alterações encontradas nos resultados, suas implicações e possibilidades de reversão e/ou cura mediante um percurso terapêutico adequado.

A oferta do exame citopatológico tem crescido no Brasil, mas ainda é aquém da necessidade para cobertura adequada da população-alvo. A situação parece melhor nas capitais. De acordo com dados do inquérito nacional realizado pelo INCA em 13 capitais brasileiras, no ano de 2003, o percentual de mulheres de 25 a 59 anos que informou ter realizado pelo menos um exame de *Papanicolaou* nos últimos três anos foi em torno de 80% (BRASIL, 2003).

Para ampliar e facilitar o acesso da mulher a estes serviços, a organização da recepção nas Unidades Básicas de Saúde é fundamental. Estratégias como atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame colpocitológico na vida, devem ser avaliadas e implementadas. O rastreamento oportunístico, isto é, a

oferta do exame para a população que se apresenta aos serviços de saúde, tem sido a prática predominante. Entretanto, o desafio é efetivar o rastreamento populacional com alcance de pelo menos 80% da população-alvo, uma condição capaz de ter impacto na redução da morbi-mortalidade.

A expansão da cobertura, considerando a periodicidade recomendada do exame, deve vir associada a iniciativas que garantam a qualidade no processo de coleta e análise do material, bem como a adoção de condutas recomendadas para as lesões identificadas, conforme a Nomenclatura Brasileira recentemente revisada (BRASIL, 2006f). Uma das principais questões, neste caso, é estruturar a linha de cuidado e garantir o seguimento das mulheres que apresentam alterações no exame. A oferta de serviços no nível da média complexidade e o processo de regulação do acesso são ainda insuficientes, comprometendo o alcance dos resultados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental no rastreamento dos cânceres de colo do útero e de mama e, dentre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos atores para que se possam garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas e limites a serem corrigidos no processo.

As questões ressaltadas quanto ao controle do câncer do colo do útero envolvem desde a necessidade de se ampliar o alcance do rastreamento, mediante acesso facilitado a serviços de qualidade e estratégias educacionais participativas, até a organização da rede para o seguimento adequado das mulheres com exames alterados. A referência para a atenção de média complexidade, com garantia de ações adequadas de diagnóstico e tratamento, tem sido um nó crítico para a organização da linha de cuidado.

Problemas similares ocorrem em relação ao controle do câncer de mama, com a peculiaridade de ser esta uma área mais recente em termos de organização da rede e construção de parâmetros e ferramentas para planejamento e monitoramento. Persistem como nós críticos o acesso aos exames de rastreamento e as referências para diagnóstico (média complexidade) e tratamento (alta complexidade). A dificuldade de articulação entre os níveis de atenção se reflete nos elevados índices de diagnóstico tardio e mortalidade pela doença.

Em relação às ações de promoção, é preciso fortalecer o eixo da mobilização social para que os fatores relacio-

nados à ocorrência dos cânceres de colo do útero e de mama possam ser conhecidos e debatidos publicamente. A informação sobre redução da exposição aos riscos e formas de proteção deve estar articulada a um conjunto de fatores relacionados a oportunidades para práticas saudáveis e acesso a serviços de qualidade, em um contexto educativo que privilegie a interação, a participação e o diálogo.

Para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital também que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos cânceres de colo do útero e de mama no Brasil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006e. 120p

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 13/09/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer do colo do útero. Normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p.205, out./dez., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 90p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 13.** Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 132p.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama:** Documento do Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004a. 32p.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2008 Incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2007a. 94p.

\_\_\_\_\_. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis.** Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 13/09/2007.

\_\_\_\_\_. **Mamografia:** da prática ao controle. Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007b. 109p.

\_\_\_\_\_. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006f. 56p.

\_\_\_\_\_. **Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama 2005-2007.** Rio de Janeiro, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº2439/GM de 08/12/2005.** Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasil: Ministério da Saúde, 2005b. 3p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60p.

GREENWOOD, S. A. *et al.* Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame de *Papanicolaou*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p.503-9, jul./ago. 2006.

INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER (UICC). **Evidence-Based Cancer Prevention:** Strategies for NGOs. Geneve: UICC, 2004. p.180-193.

SMITH, G. F.; TOONEN, T. R. Primary Care of the Patient with Cancer. **American Family Physician**, v.75, n.8, p.1207-1214, Apr. 2007.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS** Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 67-83, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO, 2002. 216 p.

\_\_\_\_\_. **Comprehensive cervical control:** a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2006. 282 p.

---

Submissão: janeiro de 2008

Aprovado: abril 2008

---