

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS DA AMAZÔNIA**

**“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA VIVA
MULHER NA TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO NO AMAZONAS - 2001 A 2005”**

JOSELITA CÁRMEN ALVES DE ARAÚJO NOBRE

MANAUS

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ AMAZÔNIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO
MULTIINSTITUCIONAL EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS DA
AMAZÔNIA**

JOSELITA CÁRMEN ALVES DE ARAÚJO NOBRE

**“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA VIVA MULHER
NA TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO NO AMAZONAS – 2001 A 2005”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-Amazônia, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Orientadora local: Enfermeira Marília Muniz Cavalcante de Oliveira

MANAUS

2007

Ficha Catalográfica
Catálogo na fonte pela Biblioteca da
Universidade Federal do Amazonas

XXXXX NOBRE, Joselita Cármen Alves de Araújo.
Avaliação do impacto do Programa Viva Mulher na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas – 2001 a 2005/ Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre. – Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2007.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Pará.

Xx p. ilustr.

1. Câncer de colo de útero 2. Programa Viva Mulher 3. Avaliação da mortalidade

JOSELITA CÁRMEN ALVES DE ARAÚJO NOBRE

“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA VIVA MULHER NA TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO AMAZONAS – 2001 À 2005”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Multiinstitucional de Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará e Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-Amazônia, para obtenção do título de mestre.

Aprovado em 06 de novembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto, Presidente

Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum, Membro

Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Maria da Graça Souza Cunha, Membro

Fundação Alfredo da Matta

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força providencial com a qual rege todo o universo;

Ao meu orientador David Lopes Neto pelo incentivo constante;

A meu marido Pedro Américo e as minhas filhas Tatiana Michelle, Mayana Paula e Anna Beatriz pelo apoio e compreensão naqueles momentos em que deixei de atendê-los;

A Secretaria de Estado da Saúde pela liberação das minhas atividades no decorrer do curso;

Ao Departamento de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON pela colaboração e acesso ao banco de dados;

A Fundação de Vigilância em Saúde nas pessoas do Dr. Bernardino Cláudio de Souza e Cabrinha, pelas informações atualizadas fornecidas com presteza;

Ao estatístico Felicien Vasquez pela paciência e colaboração no desvendar do banco de dados;

Aos colegas de trabalho pelo apoio diário nos momentos de cansaço;

As instituições que ofereceram o curso pela oportunidade concedida;

Aos colegas de turma pelo incentivo mútuo.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”.

Eleanor Roosevelt

RESUMO

Uma vez que o câncer de colo de útero ocupa o primeiro lugar em incidência e em mortalidade entre as mulheres amazonenses este estudo teve por objetivo avaliar o impacto da implantação Programa Viva Mulher no padrão da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas no período de 2001 a 2005, além de mensurar a cobertura da população de risco; estimar a razão entre as LGB e as LAG; verificar a adequabilidade das amostras e proporção de atipias nos resultados dos exames citopatológicos e, verificar os tratamentos oferecidos às mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos portadoras de lesão cervical. Estudo quantitativo, com análise ecológica e temporal. Dados referentes aos métodos diagnósticos tiveram como fonte o IBGE e SISCOLO/DATASUS. Para avaliação do seguimento a amostragem aleatória foi de 671 registros de pacientes, e proporção de casos concluídos, precisão de 3% com IC95% para as proporções e análise de variância (ANOVA) para comparação das médias. Na análise da mortalidade, avaliou-se o período de 1996 a 2005; tendo como fonte o IBGE, SIM, DATASUS e o NUSIM/FVS/AM. A cobertura variou de 75,78% a 78,07% e a realização de exames pela primeira vez de 8,89% a 27,17%. Quanto ao diagnóstico descritivo as atipias variaram entre 5,13% e 1,00% e as amostras insatisfatórias entre 4,3% e 3,45%. A razão entre as LBG e LAG foi de 8,17 e 6,83. Em relação ao seguimento, no diagnóstico inicial a frequência de NIC I foi de 45,5% IC95%(38,7-46,3), 32,8% de ASCUS IC95%(29,3-36,5) e 8,6% de HPV IC95%(6,7-11,1) e as LAG e cânceres representaram 11,5%; destes 49,3% foram submetidos à colposcopia, com 73,6% dos resultados positivos. Os laudos histopatológicos apresentaram 50,0% NIC II, 21,0% NIC I e 13,2% carcinoma escamoso invasor, sendo 18,42% negativos ou indeterminados. Verificou-se que 86,4% das mulheres tiveram acesso a algum tipo de tratamento e 13,7% não realizaram tratamento. A taxa de mortalidade mostrou tendência descendente de 37% de 1998 a 2001, seguida de ascendente de 46% entre 2001 e 2005. A faixa etária de 40-49 anos apresentou tendência decrescente e o Ca útero SOE apresentou tendência descendente no período de 1998 a 2003. A taxa de mortalidade de 9,6/100.000 em 2005 mostra que o câncer de colo de útero ainda é expressiva causa de morte no Amazonas e a tendência decrescente dos óbitos por Ca útero SOE teve influência na variação descendente na mortalidade por neoplasia uterina. Conclui-se que se faz necessário implementar a realização do diagnóstico complementar como estratégia de efetividade comprovada; estimular procedimentos de biópsia com CAF e implementar estratégias associadas ao Programa de Saúde da Família para captação precoce das mulheres visando aumentar a cobertura da população de risco de modo a se atingir o percentual de 80% preconizado pelo MS/INCA e favorecer a mudança do perfil das lesões precursoras e a redução das taxas de mortalidade no Amazonas.

Palavras chave: Câncer de colo de útero, Diagnóstico, Seguimento, Mortalidade feminina, Avaliação.

ABSTRACT

Once the cervical cancer occupies the first place in incidence and mortality among the women from the State of Amazonas, Brazil, this study aimed to evaluate the impact of the implantation of the Viva Mulher Program upon the cervical cancer mortality rate pattern in Amazonas during the period from 2001 to 2005, it also aimed to survey the range on the risk population; estimate the ratio between the low level injury (LLI) and the high level injury (HLI); verify the adequacy of the samples and ratio of atypias in the results of the cytopathologic examinations and, verify the treatments offered to the cervical injury women aged between 20 to 49 years. Quantitative study, with ecological and temporal analysis. Diagnostic methods referring data had - as source - IBGE and SISCOLO/DATASUS. For evaluation of the pursuing, the random sampling was 671 patients' registers, and ratio of concluded cases, precision of 3% with 95% confidence interval (CI) for the ratios and analysis of variance (ANOVA) to compare the averages. In the analysis of mortality, the period from 1996 to 2005 was evaluated; having as source the IBGE, SIM, DATASUS and the NUSIM/FVS/AM. The range varied from 75,78% to 78.07% and the first-time examination procedure from 8,89% to 27,17%. As for the descriptive diagnosis, the atypias varied from 5,13% to 1,00% and the unsatisfactory samples from 4,3% to 3,45%. The ratio between LGI and HGI was 8,17 and 6,83. Concerning to the pursuing, in the initial diagnosis the frequency of cervical intraepithelial neoplasia grade I (CIN I) was 45,5% CI95% (38,7-46,3), 32.8% of atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) CI95% (29,3-36,5) and 8.6% of human papillomavirus (HPV) CI95%(6,7-11,1) and the HGI and cancers had represented 11,5%; 49.3% of the HGI and cancers had been submitted to colposcopy, there were 73,6% positive results. The histopathological findings had presented 50.0% cervical intraepithelial neoplasia grade II (CIN II), 21.0% CIN I and 13.2% invasive vulvar squamous carcinoma, 18.42% indeterminate or negatives. It was verified that 86.4% of the women had access to some kind of treatment and 13.7% had not carried through treatment. The mortality rate showed a descending tendency of 37% from 1998 to 2001, followed by an ascendant tendency of 46% from 2001 to 2005. The aging interval of 40-49 years presented decreasing tendency and the uterus carcinoma unspecified presented descending tendency during the period from 1998 to 2003. The mortality rate 9,6/100.000 in 2005 indicate that the cervical cancer is still a meaningful cause of death in Amazonas and the decreasing tendency of deaths for uterus carcinoma unspecified had influence in the descending variation of the uterine neoplasia mortality. As conclusion, it is necessary to implement the accomplishment of the complementary diagnosis as an effectiveness strategy; to stimulate procedures of LEEP biopsy and to implement strategies associated to the Saúde da Família Program to earlier detection of the women to increase the range of the risk population in order to reach the score of 80% recommended by the MS/INCA and to support the changing profile of the precursory injuries and the reduction of the mortality rates in Amazonas.

Keywords: Cervical cancer, Diagnosis, Pursuing, Female mortality, Evaluation.

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	08
1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	11
1.1 Avaliação de Programas de Saúde	11
1.1.1 Contextualização	11
1.1.2 Avaliação e seus conceitos	11
1.1.3 Avaliação e seus métodos	12
1.1.4 O modelo escolhido	14
1.2 O Programa Viva Mulher	15
1.3 O Câncer de Colo de Útero	18
1.3.1 O que é o câncer de colo de útero?	18
1.3.2 O que fazer para controlar o câncer de colo de útero?	19
1.3.3 Informações sobre o tratamento	21
1.3.4 Informações sobre o seguimento.....	23
1.3.5 Informações sobre a mortalidade	25
2 OBJETIVOS	26
2.1 Geral	26
2.2 Específicos	26
3 ARTIGOS	27
3.1 Artigo 1	27
3.2 Artigo 2	44
3.3 Artigo 3	64
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
APÊNDICES	88

APÊNDICE A – Ofício para autorização da pesquisa na Instituição	89
ANEXOS	90
ANEXO 01 – Fases da Abordagem no Programa Viva Mulher	91
ANEXO 02 – Fluxo do Seguimento no Programa Viva Mulher	92
ANEXO 03 – Descrição das Principais Alterações em Resultado dos Exames Colpocitológicos no Programa Viva Mulher	94
ANEXO 04 – Formulários do SISCOLO	96
ANEXO 05 – Cópia do Protocolo de Autorização do Comitê de Ética da FCECON	101

INTRODUÇÃO

A avaliação na área da saúde tem deixado de ser um interesse puramente acadêmico para passar a ser vislumbrada no orbe profissional como suporte decisório nas três esferas de governo. Os técnicos e administradores, conscientes da responsabilização com os serviços e gastos públicos e atendendo exigências dos financiadores internacionais, passam a demandar estudos avaliativos das políticas sociais e da saúde, em especial dos programas de saúde, buscando resolutividade para as questões emergentes desses setores (BRASIL, 2005b; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Os programas de saúde são processos complexos com objetivos específicos, envolvendo os diversos profissionais que desenvolvem atividades em serviços de saúde para atender uma determinada clientela denominada de população-alvo e, também às demandas que são priorizadas de acordo com os indicadores de saúde (NOVAES, 2000).

Entre os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e implantados no Amazonas na atualidade, será destacado o programa de combate ao câncer de colo de útero, uma doença com alta incidência entre as mulheres brasileiras e com mortalidade expressiva conforme descrito abaixo.

O câncer de colo de útero está na sétima colocação entre as neoplasias, porém, ocupa o segundo lugar nas mulheres de todo o mundo. Em 2002, foram estimados 493.000 casos novos e 274.000 mortes por este tipo de câncer, destacando-se que 83% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, e onde o câncer cervical representa 15% dos casos de cânceres femininos. As mais altas incidências são observadas na África (sub-Saara); Malásia; América Latina; Caribe e região centro-sul e sudoeste da Ásia. As taxas de mortalidade são mais baixas que as de incidência, e permanecem altas nas mesmas regiões (PARKIN, 2005).

Nas Américas, consoante ROBLES (1996), ocorrem mais de 68.000 casos novos de câncer cervical por ano, sendo esta a parte do organismo feminino mais suscetível a câncer na América Latina e Caribe. A América do Norte apresenta a morbi-mortalidade mais baixa e nas demais Américas há grande variabilidade, com alta incidência no Brasil, Paraguai e Peru.

As estatísticas de mortalidade são importantes indicadores de saúde da população, logo, estudo realizado no período de 1960 a 1993 apresentou taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino em 14 países do continente americano. O Canadá apresentou um declínio atingindo 1,4 óbitos/100.000 mulheres, enquanto os países latino-americanos não apresentaram nenhuma redução importante nos 33 anos estudados. Em relação à taxa de

mortalidade, destacaram-se no ano de 1990 Barbados (12,8/100.000), Chile (11,7/100.000) e México (14,5/100.000) (ROBLES, 1996).

No Brasil, este tipo de câncer é a quarta causa de morte, precedido pelo câncer de mama, pulmão, cólon e reto. Estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) quanto a incidência do câncer de colo de útero no Brasil, em 2005, mostra 20.690 casos novos, com um risco estimado na região Norte de 23/100.000 mulheres e uma significativa incidência da doença na faixa etária entre 20 a 29 anos, atingindo o pico em mulheres de 45 a 49 anos (BRASIL, 2005a).

Em Manaus, com a implantação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), no ano de 2001, foi possível conhecer as causas de adoecimento por câncer no Amazonas. Verificando-se que nas mulheres manauaras, o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar em incidência (27,80%) e em estimativa de óbitos (9,89%) (OLIVEIRA, 2003).

Entretanto, o cenário pode ser modificado, uma vez que esta neoplasia tem prognóstico positivo se diagnosticada e tratada precocemente principalmente quando da detecção por meio do exame colpocitológico periódico que tem baixo custo, é simples e eficaz.

Com a adoção de programas de rastreamento estruturados, como já aconteceu em países da Europa, como Finlândia, Dinamarca, Suécia e Reino Unido, é possível reduzir a mortalidade e a incidência desta doença por meio da promoção da saúde e detecção precoce das lesões precursoras com potencial maligno ou carcinoma *in situ* (BRASIL, 2002b).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde em parceria com o INCA implantou o Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama - Programa Viva Mulher, em 1988, o qual "(...) consiste no desenvolvimento de práticas e estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e mama." (PROGRAMA Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama, disponível em <<http://www.inca.gov.br>>: Acesso em 28/06/2005).

Com base nos dados supracitados, escolheu-se o Programa "Viva Mulher" para desenvolver esta pesquisa acreditando em seu papel relevante, haja vista que com ele a prevenção do câncer ginecológico deixou de ser uma atividade campanhista, cujas ações eram voltadas para a realização de grande número de exames, adquirindo nova feição ao estabelecer rotinas de acolhimento, coleta do material, leitura de lâminas, controle de qualidade, sistema informatizado de registro denominado Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero – SISCOLO, busca ativa, tratamento e acompanhamento da paciente por equipe multiprofissional previamente capacitada.

No Amazonas, a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) coordenou a implantação do Programa após realizar o diagnóstico situacional e levantar toda a necessidade de capacitação de pessoal, equipamentos e insumos. Atualmente, o programa desenvolve-se em 72 unidades de saúde, 01 unidade móvel e 01 unidade flutuante na capital e em todos os 62 municípios amazonenses.

No estado, o Departamento de Prevenção e Controle de Câncer (DPCC) controla todos os resultados dos exames preventivos através de programa informatizado, referenciando a clientela com lesões de baixo grau às Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao Centro de Referência/Pólo de Tratamento Secundário a que possui lesões de alto grau e os casos graves a FCECON.

Ressaltamos que as inquietações para realização do estudo foi advinda da participação ativa do início do programa nos idos de 1998, quando o Ministério da Saúde (MS) e o INCA testaram o modelo pela primeira vez em uma campanha nacional.

O estudo teve como objetivo avaliar a implantação do Programa Viva Mulher e o seu impacto no padrão da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, no período de 2001 a 2005, enfocando a seguinte questão norteadora: houve redução da taxa de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade, após as ações do Programa Viva Mulher no Amazonas no período de 2001 a 2005?

Com base nas considerações acima, esta pesquisa se revestiu de importância porque ao avaliar o impacto na evolução da taxa de mortalidade no período definido pode-se oferecer inestimável contribuição ao Programa Viva Mulher por meio das informações que fornecerão subsídios para a implementação das ações para cobertura efetiva da população de risco com tratamento adequado das lesões precursoras, qualidade dos registros e (re)formulação das políticas públicas de saúde na prevenção deste agravo uma vez que o câncer de colo de útero representa 60% de todos os cânceres das mulheres amazonenses sendo a maior causa de mortalidade.

1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

1.1 Avaliação de programas de saúde

1.1.1 Contextualização

O exercício da avaliação é uma atividade antiga e sempre foi utilizada pelos homens de maneira informal, baseada em percepções subjetivas, no instinto, na experiência.

O conceito de avaliação de políticas públicas surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando se implantava o *Welfare State*, momento no qual substituindo o mercado, o estado incorporava as atividades nas áreas da educação, emprego, saúde, etc., e necessitava que a aplicação dos recursos fosse eficaz (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Durante os anos de 1960, estas abordagens mostraram-se insuficientes e a avaliação adotou perspectiva interdisciplinar, consolidando seus aspectos metodológicos com base no financiamento do governo norte-americano, com forte contribuição da *American Evaluation Association* e no Canadá a *Canadian Evaluation Society*. Com o discurso da ideologia neoliberal nos anos de 1970, foi iniciada significativa discussão entre financiadores, políticos e população sobre a validade da aplicação de recursos em programas sociais, reorientando o foco da avaliação para a efetividade desses programas (ROSSI & FREEMAN, 1982; CONTANDRIOPOULOS, 1997).

No Brasil, o interesse pela avaliação em saúde vem sendo despertado nos últimos dez anos, passando a fazer parte do discurso dos gestores. No presente século, vem sendo observada uma maior demanda por cursos de pós-graduação, consultorias e treinamentos na área da avaliação para técnicos interessados em avaliar as atividades dos serviços de saúde. O interesse ultrapassou os limites acadêmicos e o próprio MS tem utilizado a avaliação na sua área de atuação tanto pela conscientização de seus técnicos e dirigentes, como por exigência dos investidores internacionais (NEMES, 2001; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

1.1.2 Avaliação e seus conceitos

São encontradas diferentes definições e significados para a avaliação. Para o dicionarista Aurélio, significa “o ato ou efeito de avaliar; apreciação, análise; valor determinado pelos avaliadores”; donde se pode inferir que avaliar significa mostrar um valor

assumido a partir de um julgamento efetuado, com base em critérios pré-definidos (FERREIRA, 1986).

Segundo Contandriopoulos (1997, p. 21) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Enquanto Donabedian (1984) define a avaliação como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos.” Desta forma, a avaliação pode ser utilizada como um processo organizativo que oportuniza aos dirigentes de qualquer nível o realinhamento das atividades em execução e viabiliza o planejamento futuro direcionado à tomada de decisão.

1.1.3 Avaliação e seus métodos

Historicamente, as primeiras referências sobre a preocupação com a qualidade dos serviços médicos apareceram nos Estados Unidos, em 1910, por meio do Relatório *Medical Education in the United States and Canada* de Abraham Flexner, quando o educador americano fez uma avaliação do ensino médico e concluiu que das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. Este relatório ficou na história como um exemplo da importância da avaliação e do controle de qualidade na área de saúde (SCHWARTZMAN, 1993).

Na década de 1960, ante a necessidade de acompanhamento adequado dos programas de saúde, ampliou-se a construção de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde. O modelo clássico é o de Avedis Donabedian que propõe três categorias avaliativas: estrutura, processo e resultados (PEREIRA, 1995). No Brasil, vários autores discutem estratégias de avaliação (NOVAES, 2000; PEREIRA, 1995; VIEIRA-DA-SILVA & FORMIGLI, 1994; VIEIRA-DA-SILVA, 2005), tendo como base o modelo Donabedian de forma adaptada. Para melhor entendimento deste modelo, é importante conhecer os conceitos primários:

a) estrutura: trata dos recursos humanos, materiais ou insumos utilizados na assistência à saúde;

b) processo: envolve as atividades/procedimentos utilizados para atingir os resultados;

c) resultados ou impactos do processo: correspondem às respostas ou mudanças observadas no indivíduo, população, comunidade.

A realização do julgamento de uma intervenção pode ser entendida como um conjunto de meios organizados em um dado contexto, num dado momento, para produzir bens ou

serviços, visando modificar uma situação problema, podendo ser utilizadas duas abordagens: a **avaliação normativa**, por meio de resultado da aplicação de critérios e normas; e a **pesquisa avaliativa**, elaborada por meio de procedimentos científicos.

A **avaliação normativa** corresponde às funções de controle e acompanhamento, é comum nas organizações ou nos programas e consiste em fazer um julgamento sobre determinada intervenção, comparando os recursos que foram aplicados, sua estrutura, o processo e os resultados obtidos, com critérios e normas (CLEMENHAGEN & CHAMPANGNE, 1986).

Para uma melhor avaliação de resultados, geralmente é empregada a **pesquisa avaliativa** que segundo Contandriopoulos (1997, p.37) “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”; podendo ser utilizados seis tipos de análises: estratégica, de intervenção, da produtividade, da implantação, do rendimento e dos efeitos.

Para decidir a linha metodológica a ser utilizada, é preciso saber o que se quer avaliar e a resposta mais recorrente é querer julgar se a intervenção funcionou e se produz os impactos esperados. Neste foco, utilizou-se a análise de efeitos considerando que o ideal é que os programas tenham bem delineados quais os resultados que pretendem atingir. Em saúde, **resultados** referem-se aos efeitos produzidos em indivíduos e **impacto** refere-se à modificação nos indicadores populacionais decorrente a uma determinada intervenção.

Em avaliação o impacto pode ser interpretado como a diferença observada nos efeitos, isto é, nas modificações do estado de saúde de indivíduos ou da população obtidas por um programa em relação a outro programa ou não.

A mensuração destes resultados poderá ser realizada através da observação longitudinal de indicadores de morbidade ou mortalidade, permitindo a inferência entre causa e efeito de modo a concluir que as mudanças nestes indicadores possam estar associadas à exposição a determinado programa também podendo se realizar através da comparação entre estudos transversais antes e depois da intervenção. Caso haja dificuldade na realização de estudos especiais, esta análise poderá ser efetivada por meio do acompanhamento de séries temporais destes indicadores, que podem fornecer padrões indicativos das modificações esperadas (CARNEIRO, 2002; CONTANDRIOPOULOS, 1997; NEMES, 2001; NOVAES, 2000).

No campo da avaliação em saúde concordam teoricamente Carneiro (2002) e Vieira-da-Silva (2005) que impacto é um conceito utilizado para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo. A

tecnologia é efetiva se, associada à cobertura elevada durante um determinado período, tenha a possibilidade de causar impacto sobre o nível de saúde de uma população com redução da morbidade ou mortalidade de uma doença. Neste estudo, o impacto da implantação do Programa Viva Mulher foi avaliado pela redução do indicador de mortalidade do câncer cérvico-uterino.

1.1.4 O modelo escolhido

Destarte, será realizada uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 42) por meio de uma análise dos efeitos impactantes visando “avaliar a influência dos serviços sobre o estado de saúde” com o fito de “analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dele se beneficiaram”. Por este prisma investigativo, avaliação de resultados, neste contexto, significou levantar a modificação no nível de saúde da coletividade aqui representada como população ativa de mulheres acometidas por câncer de colo de útero utilizando-se alguns indicadores de monitoramento do programa e a taxa de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade.

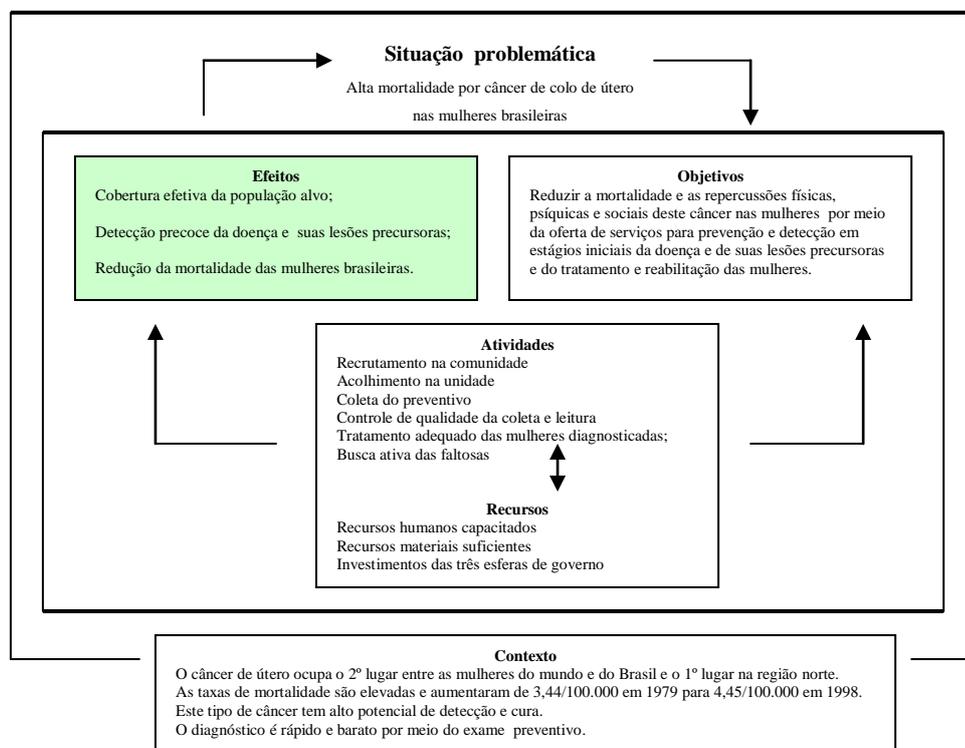


Figura 1 – Componentes de uma intervenção em saúde.

Fonte: Adaptação do Modelo proposto por Contandriopoulos (1997).

Na Figura 1, podemos caracterizar os cinco componentes de uma intervenção: objetivos; recursos; serviços; bens ou atividades; efeitos e contexto. O modelo é uma adaptação do proposto por Contandriopoulos (1997), no qual contextualizou-se cada componente do Programa Viva Mulher e destacando-se o componente **efeito**, visto que a pesquisa avaliativa a ser realizada estará analisando este objeto.

Assim, podemos inferir que a não utilização da avaliação pode ser um dos motivos para as falhas nos programas brasileiros de controle do câncer de colo de útero. Por isso, esta etapa é fundamental no Programa Viva Mulher, estando dividida em duas partes: avaliação de processo e avaliação de resultados. Na avaliação de processo, as etapas do programa são avaliadas continuamente, através de indicadores, permitindo corrigir distorções, quando necessário (BRASIL, 2002 b).

A nosso ver, no caso do Amazonas, para obter o sucesso do programa é necessário garantir a cobertura efetiva a população de risco (mulheres que nunca realizaram o exame e aquelas que se encontram na faixa etária preconizada), a qualidade na coleta e de interpretação do material e o tratamento e acompanhamento adequado. Na avaliação de cobertura será medida a proporção da população de risco que realmente se beneficiou das intervenções utilizando os indicadores para monitoramento do programa (BRASIL, 2002 a; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

1.2 O Programa Viva Mulher

Há mais de um século, em 1904, foi publicado no boletim Brasil-Médico, o trabalho de A. Sodré intitulado “Frequência do Câncer no Brasil”, que descrevia a presença de câncer no país no período de 1894-1898 e já se observava a predominância do câncer uterino (MIRRA, 2005).

Apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países no mundo a utilizar o exame Papanicolau para detecção precoce do câncer cérvico-uterino, os programas de prevenção não obtiveram impacto significativo sobre a mortalidade, provavelmente, devido à baixa organização dos serviços, avaliação inadequada e descontinuidade das ações, sendo também registrado que não era assegurado o tratamento dos casos de alterações detectadas (BRASIL, 1997).

Em 1995, o governo brasileiro participou da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China e assumiu o compromisso de desenvolver um programa nacional de rastreamento do câncer cérvico-uterino. Sem experiência na implantação de programa

nacional de prevenção secundária do câncer, o INCA e o MS, com a consultoria do *Cancer Care International (CCI)*, da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer realizaram levantamento e pesquisa por todo o país sobre a capacidade laboratorial instalada e, de forma amostral, sobre a disponibilidade de recursos humanos e equipamentos existentes nos três níveis de atenção, além de considerar pesquisas sobre atitudes de mulheres frente a prevenção e as razões pelas quais não atendiam ao programa de rastreamento (BRASIL, 2002a).

No intuito de viabilizar um programa factível em todo território nacional, foi implantado um projeto piloto em seis localidades – nas cidades de Belém, Brasília, Recife, Curitiba, Rio de Janeiro e em todo estado de Sergipe – no período de janeiro de 1997 e junho de 1998.

Com a experiência, o MS definiu as cinco etapas fundamentais do Programa Viva Mulher e realizou duas campanhas nacionais de intensificação. As cinco etapas definidas foram: o recrutamento da população-alvo (mulheres entre 35 e 49 anos), a coleta de material para o exame Papanicolau, o processamento da lâmina em laboratório credenciado, o tratamento dos casos e a avaliação.

A primeira campanha foi em 18 de agosto de 1998, com a adesão de 97,9% dos municípios brasileiros, sendo realizados 3.177.740 exames preventivos. Em março de 2002, foi deflagrada a segunda fase de intensificação, tendo como população-alvo mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos que nunca tinham realizado o exame preventivo, ou que o haviam realizado há mais de três anos. Foram examinadas 3.856.650 mulheres de todas as idades, sendo, 2.173.285 mulheres na faixa etária da população-alvo, atingindo 84,94% da meta programada (BRASIL, 2002a).

A partir de 1999, o programa foi implantado, consolidando suas ações em todo o território nacional durante o ano 2000. O MS em parceria com o INCA implantou o Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama - Programa Viva Mulher, o qual “(...) consiste no desenvolvimento de práticas e estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e mama.” (PROGRAMA Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama, disponível em <http://www.inca.gov.br>). Acesso em: 28/06/2005).

Em 1998, o INCA e o MS juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) responsabilizaram a FCECON, para coordenar o Programa Viva Mulher no estado. Afirma Oliveira (2003), que, em março de 1999, a fundação incluiu na sua estrutura organizacional a Coordenadoria dos Programas de Prevenção do Câncer (COOPREVCC), hoje denominado

Departamento de Prevenção e Controle do Câncer, como estratégia para auxiliar os gestores e profissionais de saúde na condução de políticas de controle e tratamento do câncer. Suas primeiras atividades foram com o Programa Viva Mulher, por meio do estímulo à população para mudança de comportamento, utilizando três canais comunitários: ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde. Os profissionais de saúde foram sensibilizados a agir no papel de educadores, recebendo as instruções sobre os fatores externos de risco do câncer e orientados para a inclusão de novas rotinas no atendimento.

Como estratégia de implantação do programa foram realizados diagnósticos situacionais em todos os 62 municípios do Amazonas, levantando-se a capacidade instalada, disponibilidade de recursos humanos e materiais, necessidade de capacitação gerencial e profissional em todos os níveis. Produziu-se material educativo. Foram estabelecidas cotas de exames para as unidades de saúde e laboratórios além de fornecimento dos insumos (*kit* ginecológico, fixador, formulários), leitura de controle de qualidade e supervisão contínua.

Em 2001, foi implantado SISCOLO, que permitiu o controle de todos os exames colpocitológicos do estado, viabilizando a identificação das lesões de baixo e alto grau, o seguimento das mulheres, o cadastramento dos profissionais treinados. Neste mesmo ano, a SUSAM instituiu o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP/Amazonas), sistema que gera dados para fornecer a incidência do câncer no estado.

De acordo com os relatórios da COOPREVCC o programa está implantado nos 62 municípios e em 72 unidades de saúde da capital amazonense. Existem 10 laboratórios prestadores de serviço e o controle de qualidade é realizado pelo laboratório da própria fundação. Os 10 pólos de tratamento secundário não atuam em sua capacidade operativa, por falta de compromisso de gestores e profissionais, uma vez que todas as capacitações para a realização de procedimentos foram atendidas e os equipamentos cedidos por comodato (AMAZONAS, 2001, 2002, 2003, 2004).

Segundo os indicadores do Pacto de Atenção Básica, a razão mínima esperada para a realização de exame Papanicolau é de 0,3 mulher/ano. No Amazonas, em 2005, este indicador foi de 0,15. Mas, ressalta-se que 12,7% da população feminina têm cobertura ambulatorial da saúde suplementar, o que pode suprir a responsabilidade na realização destes exames (BRASIL, 2006b).

No novo milênio, emerge no cenário das políticas públicas de saúde da mulher, o “Plano de Ação para Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama 2005-2007”, que evidencia que esta doença continua sendo um problema de saúde pública. Como observamos no Gráfico 1, comparando o coeficiente de mortalidade deste tipo de câncer no período de

1979 a 2002 em todas as faixas etárias, era 4,97/100.000 mulheres e ficou em 5,03/100.000 (BRASIL, 2006).

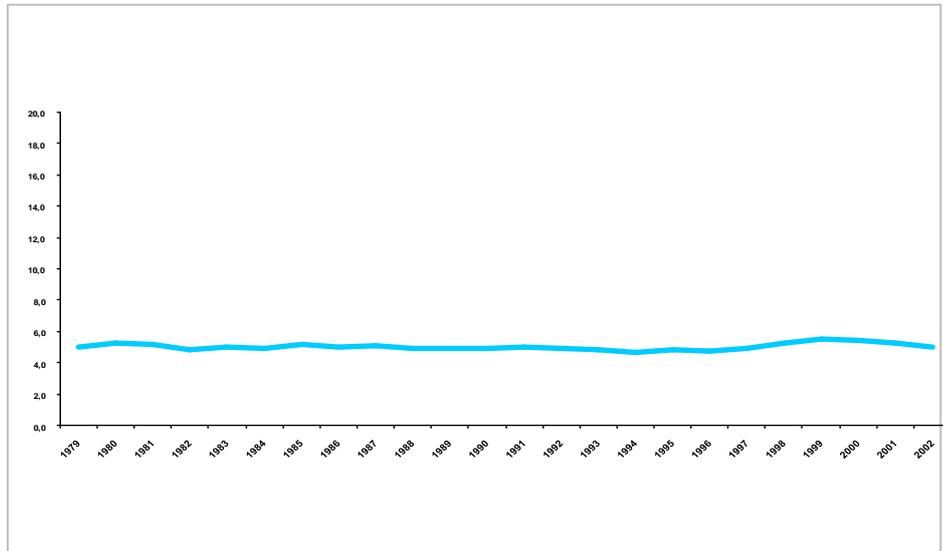


Gráfico 1 -Taxas de mortalidade por câncer de colo do útero, ajustadas por idade*, por 100.000 mulheres. Brasil, 1979 - 2002.

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

* Ajustadas pela População Padrão Mundial, 1960.

1.3 O câncer de colo de útero.

1.3.1 O que é o câncer de colo de útero?

A cérvix uterina é constituída por camadas organizadas de células epiteliais escamosas e o câncer é o resultado de alterações que provocam um crescimento desordenado dessas células, de início progressivo e que levam a transformações intra-epiteliais em um prazo de 10 a 20 anos (BRASIL, 2002b).

Na maioria dos casos de câncer de colo de útero, existem alterações celulares pré-clínicas que são detectadas pela realização do exame colpocitológico, também conhecido como Papanicolau ou preventivo.

Entre os critérios congruentes com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, que possui similaridade com o Sistema Bethesda (2001), utilizada

pelo Programa Viva Mulher até junho de 2006, os diagnósticos são classificados em lesão precursora de baixo grau, de alto grau e câncer. São consideradas lesões precursoras de baixo grau (LBG) as atipias celulares glandulares de significado indeterminado (AGUS), as atipias celulares escamosas de significado indeterminado (ASCUS), as alterações citológicas compatíveis com o papiloma vírus humano (HPV) e as neoplasias intra-epiteliais grau I (NIC I). Como lesões precursoras de alto grau (LAG) são consideradas as neoplasias intra-epiteliais grau II (NIC II) e as neoplasias intra-epiteliais grau III (NIC III) e, finalmente, classificam-se como câncer o carcinoma epidermóide invasor; o adenocarcinoma *in situ*; o adenocarcinoma invasor e outras neoplasias malignas (BRASIL, 2003).

Vários autores declaram que a frequência de HPV nos exames é um indicador de risco de adoecer por câncer cervical, portanto esta infecção destaca-se entre os demais co-fatores associados ao câncer uterino tais como: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo e infecção por HIV (BRASIL, 1999; 2002d; OKADA et al, 2000; PEREYRA & PARELLADA, 2002; NICOLAU, 2004).

Na pesquisa de Santiago e Andrade (2003) a frequência de HPV encontrada foi 32,8% em Paulínia (SP) e 30,4% no serviço de referência em Campinas (SP). Enquanto no Maranhão, Nascimento et al (2001) encontrou o efeito citopático compatível com o HPV em 1,6% dos exames realizados pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino (PNCCU), entre 1999-2000. Observa-se discrepância entre os dados das pesquisas citadas, e sendo o HPV considerado uma doença sexualmente transmissível, pode segundo Follen et al (2006) “ser um fator de risco necessário, mas não suficiente, para a neoplasia cervical”.

1.3.2 O que fazer para controlar o câncer de colo de útero?

A eficiência do programa está associada a taxas de cobertura maiores que 80%. Segundo Gustafson et al (1996) apud Naud (1998), países desenvolvidos como a Finlândia e a Islândia, após alguns anos de implantação do programa de rastreamento do câncer cérvico uterino, tiveram taxa de cobertura de 80% e 75%, e estima-se que esta cobertura esteja associada à baixa de mortalidade em 50%, e principalmente se foram tratados 100% dos casos diagnosticados. De acordo com o Manual Viva Mulher (BRASIL, 2002a), antes da implantação deste programa alguns estudos estimaram a cobertura para o Brasil em 1987, em 7,7%. O inquérito domiciliar realizado pelo INCA em 2002 e 2003 mostrou que a cobertura variou de 74 a 93% em 15 capitais e no Distrito Federal, mas este percentual oscilou de 33 a 64% nos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

Estudos de Pereyra e Parellada (2003) sobre diagnóstico e tratamento de infecção cervical descrevem a colpocitologia oncótica como um teste efetivo e de baixo custo para o rastreamento do câncer cérvico-uterino e de seus precursores. Este teste consegue reduzir em cerca de 80% a incidência de câncer invasivo nas mulheres submetidas freqüentemente ao rastreamento.

Os efeitos citopáticos são característicos nas formas puras de infecção por HPV e nas lesões de baixo grau, diminuindo gradativamente de maneira inversa à gravidade da lesão histológica. A principal alteração celular observada é a coilocitose, que é a modificação em células superficiais e intermediárias, caracterizada por evidente halo claro que circunda o núcleo hipercromático de contornos irregulares (PEREYRA & PARELLADA, 2003).

Assim, a colposcopia é o método de imagem empregado para estudar as variações fisiológicas ou patológicas da mucosa e tecido conjuntivo do Trato Genital Inferior (TGI) com o uso de lentes de aumento e aplicação de corantes específicos. Até o momento, apesar dos recentes avanços na área da biologia molecular, nenhum outro método diagnóstico possui maior sensibilidade para detecção de doença cervical invasiva e pré-invasiva que a colposcopia. Já a histologia tem sido o padrão ouro¹ para a determinação da necessidade de tratamento das lesões do TGI.

A comunidade científica internacional recomenda que antes de repetir o exame colpocitológico em uma mulher, deve ser garantida a realização de um exame preventivo em toda a população-alvo do programa (BRASIL, 2006b).

Além de constituir padrão internacional de rastreamento nos países desenvolvidos (Roberto Neto et al, 2001), a realização de uma análise conjunta dos exames papanicolau, colposcopia e histopatologia pode verificar a coerência entre os resultados, e a freqüência em que os exames preconizados foram disponibilizados as mulheres. No estudo de Stival et al (2005) a proporção de concordância entre o exame citopatológico alterado e a colposcopia positiva foi de 92% e entre o citopatológico e o histopatológico foi de 69%.

Estudo realizado em São Paulo (SP) (PINHO et al, 2003), no qual foi reavaliada situação de cobertura do teste Papanicolau, após a primeira campanha de intensificação em 1998, foi detectado que 86,1% das mulheres relataram que já haviam realizado o teste uma vez na vida. Enquanto que no Maranhão, Nascimento et al (2001) verificou que somente 48,89% das mulheres avaliadas apresentaram dados de citologia anterior.

¹ De acordo com SOUZA, E. R. et al “padrão-ouro” é jargão que indica que o exame já foi validado e considerado bom em termos de sensibilidade e especificidade para detecção de uma doença; no caso em tela para a detecção de lesões precursoras de câncer de colo de útero e do próprio câncer uterino.

O índice de atipias como indicador é uma medida indireta para a avaliação da qualidade das etapas de coleta e leitura das lâminas, por este motivo, dificulta a avaliação isolada da qualidade do processo. Como parâmetro de avaliação é recomendável que os diagnósticos de ASCUS e AGUS não ultrapasse 5% do total de diagnósticos em um mesmo laboratório (BRASIL, 2002b; 2006b).

Pesquisa realizada por Roberto Neto et al (2001), avaliando os métodos empregados no programa em Naviraí (MS), detectou que 12,51% das citologias colhidas resultaram em insatisfatório. No Brasil, em alguns estados, mais de 30% dos municípios apresentaram este índice maior que 5% (BRASIL, 2006b).

A avaliação da adequabilidade da amostra, pelo Sistema Bethesda (2001), é disposta em um sistema binário “satisfatório e insatisfatório” para caracterizar a visão microscópica da colheita. São consideradas “satisfatórias” as amostras que apresentam quantidade representativa de células, bem distribuídas, fixadas e coradas, de modo a facilitar o diagnóstico. “Insatisfatórias” são as amostras cujas leituras são prejudicadas pela escassez celular ou presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, superposição celular e presença de contaminantes externos (BRASIL, 2003).

Quando o programa de rastreamento está implantado de maneira eficaz, espera-se que a razão entre as lesões de baixo grau e aquelas de alto grau seja crescente, indicando que as lesões precursoras são detectadas precocemente, o que permite também levantar a prevalência das lesões precursoras de baixo e alto grau. No Chile, o Ministério da Saúde estabelece que esta razão deve ser inferior a 2. O INCA apresenta dados referentes a alguns municípios do Brasil antes da implantação do Programa Viva Mulher, em 1998, aparece Recife (PE) com a razão de 2,0 e Belém (PA) com a razão de 2,1(BRASIL, 2002a).

1.3.3 Informações sobre o tratamento

Nas diretrizes do Programa Viva Mulher é preconizado que 100% dos resultados positivos deverão submeter-se a acompanhamento, quer seja para realizar procedimentos diagnósticos complementares e/ou terapia imediata. A conduta terapêutica é individualizada, podendo variar desde o acompanhamento criterioso com a repetição da coleta após seis meses, até a utilização de outros procedimentos, cuja escolha é baseada no diagnóstico, localização, tipo histológico, estadiamento, idade, gestação e condições clínicas da mulher (BRASIL, 2002a; 2002b).

Em relação ao tratamento químico, as substâncias utilizadas são ácido tricloroacético (ATA), fluorouracil (5FU), podofilina e os interferons como coadjuvante ao tratamento físico. As LAG são tratadas com métodos ablativos, as técnicas mais populares são crioterapia, eletrocauterização, *laser* e o procedimento de excisão cirúrgica com alça (LEEP) também conhecido com cirurgia de alta frequência (CAF) e extirpam uma área mais superficial. A utilização da CAF permite realizar uma biópsia ampliada servindo para diagnóstico e tratamento, denominado método Ver e Tratar. Ensaio randomizado mostrou que a taxa de insucesso nos três tratamentos é de 15% (BRASIL, 1999; 2002b; FOLLEN et al, 2006; JONES et al, 1996).

A conização é obrigatória para as LAG se nos três testes diagnósticos houver suspeita de invasão, remove-se o canal endocervical e área ectocervical ajudando no diagnóstico e sendo concomitante um tratamento. Pode ser realizada por vários métodos: usando bisturi (cone a frio), eletrocautério, *laser* e LEEP; a vantagem deste último é poder ser realizado em ambulatório, com anestesia local, em menos de cinco minutos e a taxa de sucesso é igual para os três métodos. Opções futuras podem incluir quimioprevenção e as vacinas anti HPV administradas antes da sexarca por meio de programa de vacinação de base populacional (FOLLEN et al, 2006).

Nos casos de câncer de colo de útero, as formas primárias de tratamento são cirurgia, radioterapia e terapia multimodal. Nos microinvasivos em mulheres jovens, pode ser utilizada a conização para preservar a fertilidade; em caso de invasão é indicado a histerectomia radical como tratamento padrão e se necessário acompanhada de radioterapia ou terapia multimodal. Alternativas cirúrgicas preservando o corpo do útero são importantes para que a paciente possa engravidar posteriormente (FOLLEN et al, 2006, STIVAL et al, 2005). Em estudo realizado em Paulínia e Campinas (SP) executou-se 16,1% e 22,7% conizações, respectivamente (SANTIAGO & ANDRADE, 2003).

Radiação e quimioterapia combinadas são indicadas para mulheres em estágios avançados da doença. O tratamento radioterápico ocorre em duas fases, primeiramente a aplicação externa na região pélvica e a seguir a colocação de dois implantes intracavitários para a braquiterapia. A quimioterapia é usada nos casos recorrentes, para reduzir a dor, sendo considerada tratamento paliativo. A terapia paliativa tem grande importância, pois visa o cuidado global do paciente, oferecendo o controle da dor, das infecções e falência renal; mas também trabalhando o lado emocional e espiritual do paciente e da sua família. (FOLLEN et al, 2006; AMAZONAS em tempo, 2007).

1.3.4 Informações sobre o seguimento

Para que programas de prevenção de câncer sejam eficazes é necessário, na ação seguimento, o completo procedimento diagnóstico associado a um adequado tratamento de cada caso, além da observação dos vários desfechos, sejam eles favoráveis (tratamento e cura) ou desfavoráveis (recidiva, progressão e óbito) (BRASIL, 2002a).

Seguimento é definido no dicionário Aurélio como ato ou efeito de seguir. Seguir significa ir atrás de; acompanhar, observar a evolução; aderir; continuar; prosseguir. Adesão é ato ou efeito de aderir, concordância (PROGRAMA Viva Mulher, 1997).

Após o primeiro preventivo as estratégias de seguimento são diferentes para cada mulher. Nos resultados dentro dos limites da normalidade, o exame deve ser repetido após um ano e, permanecendo normal, orienta-se para nova coleta após três anos. Na amostra insatisfatória, o exame deverá ser repetido imediatamente. A mulher com esfregaço alterado é contactada para acompanhamento de acordo com o resultado. Nas LBG, deve retornar em 6 meses para nova coleta. Permanecendo alguma alteração, indica-se a colposcopia. Nos resultados com LAG está indicada a biópsia dirigida por colposcopia (BRASIL, 2002b; 2002c).

Caso a mulher não compareça a unidade para buscar o resultado do exame, realiza-se busca ativa através de vários mecanismos: aerograma, telefone, agente comunitário de saúde (ACS) em visita domiciliar, rádio e TV. Em último caso, o coordenador pode ativar outro mecanismo de busca (BRASIL, 2002c).

A divulgação da hierarquização da rede de assistência estabelecendo-se o fluxo de referência e contra-referência é essencial para garantir o acesso a população feminina referenciada. As UBS são portas de entrada realizando o primeiro exame, acompanhando as pacientes com exames normais e realizando busca ativa de faltosas. No caso de resultado alterado, referencia a unidade de saúde secundária para avaliação colposcópica e procedimento de diagnose e tratamento. Após o tratamento, a mulher deve ser contra-referenciada a UBS. Caso necessite de tratamento oncológico, é encaminhada à unidade terciária de saúde para realizar tratamento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia, incluindo cuidados paliativos (BRASIL, 2002a; 2002c).

Os instrumentos de acompanhamento variam de acordo com a gravidade da lesão. Os exames insatisfatórios devem ser registrados em fichas de acompanhamento, “livro preto” e outros mecanismos. Para as lesões precursoras e os cânceres é utilizado o SISCOLO, que

importa os diagnósticos positivos de sua base geral para uma base exclusiva do seguimento denominada SISCAM, separando os dados em grupos de baixo e alto grau e emitindo relatórios com o registro de procedimentos diagnósticos, tratamentos, faltas, abandono e óbito (BRASIL, 2002a).

Na implantação de um programa de rastreamento populacional é essencial a capacitação dos profissionais para coleta, leitura, interpretação de imagens, realização de exames diagnósticos com biópsia, conização e histerectomia. Investir em equipamentos é primordial (SANTIAGO & ANDRADE, 2003). A Portaria 095/99 dizia que a coleta de Papanicolau poderia ser realizada pelo médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (AMAZONAS, 2001).

Segundo Santiago & Andrade (2003) a distribuição da faixa etária quando da inscrição no programa permite avaliar o acesso ao diagnóstico precoce da patologia cervical. De acordo com Roberto Neto et al (2001) em Naviraí (MS) a média de 29,7 anos de idade das pacientes com LBG e 36,3 anos com LAG demonstrou que as lesões precursoras ocorrem em faixa etária inferior à prevista como prioritária pelo Viva Mulher, que era de 35 a 40 anos; corroborando estudo internacional sobre o aumento da incidência de LAG em mulheres jovens com 20 a 34 anos de idade, sugerindo a redução da faixa etária prioritária (COPPELL, PAUL E COX, 2000, apud ROBERTO NETO et al, 2001, p 214).

Diz Santiago (2003) que nos casos diagnosticados, a dificuldade de acesso a serviços especializados pode gerar a progressão das lesões precursoras para formas invasivas. Enquanto a taxa de abandono do tratamento no serviço especializado em Campinas (SP) foi de 60% (PINOTTI & ZEFERINO, 1987).

Na avaliação do Viva Mulher na comunidade de Calafete, em Salvador (BA), o percentual de mulheres que procurou assistência foi semelhante (74,2%), das quais 52,2% alegaram ter recebido prescrição de tratamento e destas 8,7% não o efetivaram (OLIVEIRA & LOPES, 2003). Segundo Guedes et al (2005) as barreiras para o não acompanhamento dessas mulheres são múltiplas, indo do número reduzido de postos de coleta, burocracia, filas, demora na entrega do resultado dos exames. Tais dificuldades são ratificadas por Oliveira e Lopes (2003), haja vista 29,7% das mulheres que não receberam o resultado do exame apontaram como motivos o não comparecimento à unidade de saúde e a demora para a entrega do resultado. Em relação à não terem procurado assistência, a justificativa foi a dificuldade de acesso e ausência de sintomatologia.

Tais dificuldades corroboram com o que diz Silva et al (2004), quando destaca que no Brasil as dificuldades para o desenvolvimento dos programas passam tanto por problemas

econômicos quanto políticos, incluindo a indefinição e/ou sobreposição de atribuições, ausência de metas a serem atingidas, falta de modernização das tecnologias médicas e precariedade dos sistemas de informação.

Tavares e Prado (2006) afirmam que o programa de rastreamento ideal deveria ser um “trabalho regular, sistematizado, com pessoal qualificado, que valorizasse, além do exame, a educação e a divulgação da prevenção para a população” Em sua pesquisa, sobre a realidade do câncer ginecológico em Santa Catarina, percebeu que o deslocamento das mulheres da zona rural pode ter sido um dos entraves à assistência.

1.3.5 Informações sobre mortalidade

Diversos estudos realizados mostram as tendências temporais e padrões regionais da mortalidade por câncer no Brasil. Na Região Norte, a taxa de mortalidade padronizada feminina teve variação percentual ascendente de 20% (6,5-7,8/100.000), no período de 1980-1995 (WUNSCH FILHO & MONCAU, 2002). No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade no período de 1993 a 2002 apresentou pequena variação, atingindo 6,7/100.000 no último ano, mantendo estabilidade mesmo após o Viva Mulher (SEÇÃO de Saúde da Mulher, 2007). Em Campinas (SP), numa análise temporal de 1990 a 2004, observa-se oscilações, com tendência ascendente na década de 1980 seguida por tendência descendente com menor valor em 2002, abaixo de 5/100.000 (ALMEIDA et al, 2004). Pesquisa sobre a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina (1999-2001) mostrou pequeno declínio na taxa de mortalidade que variou de pouco mais de 15/100.000 óbitos por câncer de colo de útero em 1999, para próximo dos 13/100.000, em 2001 (TAVARES e PRADO, 2006).

Segundo Wunsch Filho e Moncau (2002), quando uma neoplasia uterina é detectada em estágio avançado, existe dificuldade em definir se a lesão primária foi originada no colo do útero ou no endométrio, de forma que a maior parte destes óbitos são classificados como tumores de útero não especificados e/ou de outras partes do útero. Haddad e Silva (2001) concordam na relação entre os dois tipos de câncer e detectaram que seus coeficientes estavam em segundo lugar nas causas de mortes das mulheres em idade reprodutiva no estado de São Paulo.

Pesquisas realizadas em São Paulo (SP) por Fonseca et al (2004) e em Belém do Pará (Nunes et al 2004) ratificaram a necessidade de se levar em conta o padrão da mortalidade por neoplasia de corpo de útero e de porção não especificada de útero, quando se for analisar a

tendência de mortalidade por câncer cérvico-uterino em uma comunidade. Verifica-se que a queda da mortalidade por estes cânceres pode sinalizar uma melhora na precisão do diagnóstico clínico e na qualidade do preenchimento do atestado de óbito, além de indicar o aumento da cobertura do teste Papanicolau. Uma das possíveis causas do sub-registro é a falta de identificação deste câncer como causa básica do óbito quando ele atinge em outras partes do organismo (DERROSI et al, 2001).

Pesquisa realizada em Salvador (BA) por Derrosi et al (2001) descreve o aumento na taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero coincidindo com a segunda campanha de intensificação do Programa Viva Mulher em 2002, no qual conclui que um fator que poderia ter influenciado na evolução ascendente da mortalidade seriam as campanhas massivas iniciadas com a segunda etapa de intensificação, em 2002, onde o acesso à informação sobre a importância do cuidado com a saúde e a prevenção e a descentralização dos postos de atendimento podem ter facilitado o acesso à coleta dos preventivos.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o impacto da implantação do Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e de Mama - “Programa Viva Mulher” - no padrão da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, no período de 2001 a 2005.

2.2 Específicos

- Mensurar a cobertura efetiva da população de risco estimada em 80% das mulheres na faixa etária de 20 anos a 49 no período de 2001 a 2005;
- Estimar a razão entre o número de lesões de baixo grau e as lesões de alto grau;
- Verificar a adequabilidade das amostras, proporção do diagnóstico de atipias nos resultados dos exames colpocitopatológicos e tipos de tratamentos oferecidos às mulheres portadoras de lesão cervical ;
- Descrever a evolução da taxa de mortalidade por causa específica e idade – neoplasia maligna de colo de útero, em 5 anos antes e após a implantação do Programa Viva Mulher por meio do SISCOLO e do SIM.

3 METODOLOGIA

3.1 Definição do Tipo de Pesquisa

Estudo quantitativo, com análise ecológica (que utiliza medidas agregadas em nível municipal) e temporal dos casos de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, no período de 1995 a 2005; e avaliação dos resultados do Programa Viva Mulher relativos ao seguimento e ao tratamento oferecidos às mulheres portadoras de lesão cervical, provenientes do Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero –SISCOLO, no período de 2001 a 2005. Este período foi assim determinado, haja vista o Programa Viva Mulher apesar de ter sido implantado em 1999, só no início de 2001 passou a contar com registros adequados no SISCOLO.

3.2 Fonte de Dados e caracterização da área de pesquisa

O Amazonas é o maior estado federado em extensão territorial, composto de 62 municípios, com uma população, em 2005, de 3.232.330 habitantes. A população feminina era de 1.608.065 mulheres, sendo que na faixa etária de 20 a 49 anos totalizaram 640.793. Sua capital – Manaus – tem uma característica peculiar, abriga cerca de 50% da população do estado, tendo, em 2005, um total de 1.644.690 habitantes.

Para a coleta de dados foram considerados os dados relativos à população feminina de todos os 62 municípios do estado e tiveram como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (censo, contagem populacional e estimativas). As informações relativas à cobertura da população-alvo, adequabilidade das amostras, proporção de atípicas, lesões precursoras de baixo grau (LBG), lesões precursoras de alto (LAG) e de exames nos limites da normalidade foram colhidas no banco de dados do SISCOLO e Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para os dados relativos aos óbitos de mulheres residentes utilizou-se duas fontes: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), acessado pelo DATASUS, para o período de 1996 a 2004 e o Núcleo de Sistema de Informação (NUSIM/AM), da Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas (FVS/AM), para o ano de 2005.

Na avaliação do seguimento a população de estudo foi formada pelas mulheres cadastradas no período de 2001 a 2005 no Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo

de Útero e de Mama, conhecido como Programa Viva Mulher. Os dados são provenientes do SISCOLO, abrigado na FCECON, no qual estão registrados os atendimentos realizados à clientela feminina portadora de lesões precursoras de baixo e alto grau, que realizaram tratamento e acompanhamento nas unidades de saúde vinculadas ao Centro de Referência.

Em sua versão atual, o SISCOLO não permite a identificação do número das mulheres examinadas e sim a quantidade de exames realizados, o que impede a avaliação precisa das taxas de captação e cobertura. O mesmo ocorre com o Sistema de Informática do Câncer da Mulher (SISCAM), por isso trabalhou-se com amostragem, cuja composição foi realizada de forma aleatória e no seu cálculo foi levada em consideração a população na faixa etária de 20 a 49 anos ($N = 7.700$) e proporção de casos com seguimento concluído (78,0%). A precisão foi de 3% com confiança de 95%, totalizando 671 pacientes, conforme equação¹⁴.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p(1-p)}$$

Para ampliar o cenário da análise, levantaram-se as causas básicas de morte por câncer em outras topografias uterinas pois o estudo realizado por Rouquayrol e Almeida (1994) em São Paulo apud Derossi¹⁴, apontou que 25 % delas se referiam a câncer de colo de útero. Utilizando-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID BR 10) e detalhando-as em câncer de colo de útero (Ca colo) e câncer de útero sem outra especificação (Ca útero, SOE) para o câncer de corpo de útero e câncer de outras partes do útero, correspondem aos códigos C 53, C 54 e C 55, respectivamente.

3.3 Variáveis a serem utilizadas:

Para atingir o objetivo proposto na avaliação da efetividade/impacto do Programa Viva Mulher, calculou-se as taxas de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade. A mortalidade por câncer é expressa em mortes por 100.000 mulheres por ano.

Na avaliação de cobertura e dos métodos diagnósticos, utilizou-se os indicadores para monitoramento do Programa Viva Mulher com adequações, dado que a população-alvo do programa são as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos mas, segundo o INCA, a população de risco está situada na faixa etária entre 20 e 49 anos, que passará a ser designada nesta pesquisa de população-alvo.

A seguir, relacionaremos os indicadores que foram utilizados para atingir os objetivos propostos:

- a. Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade que fizeram o exame colpocitológico pela primeira vez. (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos que realizaram o exame colpocitológico pela 1.ª vez x 100

N.º de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos que realizaram o exame colpocitológico

- b. Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade que fizeram o exame colpocitológico. (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos que realizaram o exame colpocitológico x 100

N.º de exames colpocitológicos registrados

- c. Percentual de exames colpocitológicos dentro da normalidade dentre os exames colpocitológicos registrados. (*Fonte: SISCOLO*)

N.º de exames colpocitológicos dentro dos limites da normalidade x 100

N.º de exames colpocitológicos registrados

- d. Percentual de exames colpocitológicos com adequabilidade do material insatisfatória dentre os exames colpocitológicos registrados. (*Fonte: SISCOLO*)

N.º de exames colpocitológicos com adequabilidade do material insatisfatória x 100

N.º de exames colpocitológicos registrados

- e. Razão entre o número de exames colpocitológicos com lesões precursoras de baixa malignidade e o número de exames colpocitológicos com lesões precursoras de alta malignidade. (*Fonte: SISCOLO*)

N.º de lesões precursoras de baixo grau de malignidade

N.º de lesões precursoras de alto grau de malignidade

- f. Percentual de atipias (ASCUS e AGUS) não devem ultrapassar 5% do total de exames realizados no laboratório e de todos os exames realizados.

N.º de exames colpocitológicos com presença de atipias x 100

N.º de exames colpocitológicos registrados

- g. Taxa de mortalidade específica por câncer de colo de útero. (*Fonte: SIM e FVS/NUSIM-AM*)

N.º de óbitos por câncer de colo de útero no Amazonas no período t na faixa etária y x 10.000

População feminina no Amazonas no período t

- h. Seguimento: Neste contexto, seguimento significa o acompanhamento e/ou tratamento das mulheres que apresentaram alterações nos resultados dos exames preventivos, por meio de um conjunto de estratégias utilizadas pelo Programa Viva Mulher.

Percentual de busca ativa realizadas nas mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos localizadas por busca ativa x 100

N.º de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras sem tratamento

Percentual de tratamentos realizados nas mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos que realizaram tratamento x 100

N.º de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras

Percentual de tratamentos realizados nas mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico com indicação específica: cirurgia de alta frequência – CAF, conização, histerectomia, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, outros. (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos que realizaram o tratamento Y x 100

N.º de tratamentos realizados em mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras

Percentual de conclusão de seguimentos nas mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

$$\frac{\text{N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos com seguimento concluído}}{\text{N.º de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras incluídas no SISCOLO no período X}} \times 100$$

Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico que encontram-se em seguimentos (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

$$\frac{\text{N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos em seguimento}}{\text{N.º de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras incluídas no SISCOLO no período X}} \times 100$$

Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico que encontram-se sem seguimento pelos motivos de ausência de dados, informações incompletas, informações incorretas (*Fonte: SISCOLO, com adaptação da faixa etária*)

$$\frac{\text{N.º de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos sem seguimento pelo motivo Y}}{\text{N.º de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras incluídas no SISCOLO no período X}} \times 100$$

3.4 Consolidação de dados

Foi solicitado por meio de documento oficial, a permissão junto a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON, para a realização da pesquisa no banco de dados do SISCOLO, no qual estão registrados os atendimentos realizados à clientela feminina portadora de lesões precursoras de baixo e alto grau e que realizaram tratamento e acompanhamento no Programa Viva Mulher nas unidades de saúde vinculadas ao Centro de Referência.

Os bancos foram manipulados para tornar viável a análise, considerando a possibilidade de criação de novas variáveis. Tendo em vista a possibilidade de dados incompletos, estes foram contados e analisados e verificada a sua adequabilidade ou não aos critérios de inclusão.

3.5 Aspectos éticos

Por questões éticas na pesquisa envolvendo seres humanos indiretamente, considerando que se trata de um estudo em banco de dados, foi solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido, cabendo-nos a solicitação de autorização aos dirigentes da instituição locus da investigação.

3.6 Procedimento para análise dos dados.

Os dados foram armazenados no Programa Microsoft Office Excel[®] e analisados no Programa Epi-Info[®], com abordagem exploratória e distribuição em tabelas de frequência para os dados categóricos e; calculada a média, desvio-padrão (DP) e mediana para os dados quantitativos. Na análise utilizou-se o intervalo de confiança ao nível de 95% para as proporções (IC95%) e análise de variância (ANOVA) para a comparação das médias.

4 ARTIGOS

4.1 Artigo 1

AVALIAÇÃO DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS PELO PROGRAMA VIVA MULHER NO AMAZONAS, NORTE DO BRASIL DE 2001 A 2005

Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre²
David Lopes Neto³

O estudo tem por objetivo avaliar os métodos diagnósticos utilizados pelo programa no período de 2001 a 2005; **mensurar a cobertura efetiva da população de risco**; estimar a razão entre o número de lesões de baixo grau e as lesões de alto grau; verificar a adequabilidade das amostras e a proporção do diagnóstico de atipias nos resultados dos exames citopatológicos. Estudo quali-quantitativo, descritivo, com análise ecológica e temporal dos métodos utilizados pelo programa, tendo como fonte de dados o IBGE e o SISCOLO/DATASUS. Os dados foram armazenados no programa Excell e analisados no Programa Epi-Info. A proporção da taxa de cobertura da população-alvo variou de 75,78% a 78,07%; a realização de exames pela primeira vez oscilou de 8,89% a 27,17%. Quanto ao diagnóstico descritivo, os resultados dentro da normalidade foram de 1,86% em 2001 e 2,23% em 2005; as atipias variaram entre 5,13% e 1,00% e as amostras insatisfatórias entre 4,3% e 3,45%. A razão entre as LBG e LAG foi de 8,17 e 6,83. A taxa de cobertura da população alvo encontra-se de acordo com o padrão nacional, porém ainda abaixo dos padrões dos países desenvolvidos; o percentual desta população que informou ter realizado o exame pela primeira vez manteve-se estável, contudo a redução da resposta “não sabe” e a elevação da resposta positiva para exame anterior insinua a boa performance do programa quanto a acessibilidade e informação; os diagnósticos descritivos mostraram elevação de exames no limite da normalidade e redução das atipias celulares. A razão entre as LBG e as LAG mostrou tendência de queda, destacando-se um decréscimo no número de diagnósticos das primeiras e estabilidade das segundas, demonstrando serem necessárias medidas para a mudança do perfil das lesões precursoras.

Palavras chave: Neoplasias de colo de útero. Diagnóstico. Avaliação

METHODS DIAGNOSIS EVALUATION USED BY PROGRAMA VIVA MULHER IN AMAZONAS, NORTE OF BRAZIL FROM 2001 TO 2005

The study has for goal evaluate the methods diagnosis used by the program in the period from 2001 to 2005; Esteem the reason between number of low degree lesions and the high degree lesions; verify for adaptation of the samples and atypical diagnosis proportion in the exams cythopatological results. Quantitative and qualitative study, descriptive, with ecological analysis and methods temporal bone used by the program, using as source of given the IBGE and SISCOLO/DATASUS. The data were stored in program excell and analyzed in the Epi-Info. The coverage rate proportion of the population target varied from 75,78% to 78,07%; The exams accomplishment for the first time oscillated from 8,89% to 27,17%. Regarding the descriptive diagnosis, the results inside the normality went of 1,86% in the first year and 2,23% in the last; atypical varied between 5,13% and 1,00% and the unsatisfactory samples between 4,3% and 3,45%. The reason among low grade-SIL and high grade-SIL belonged to 8,17 and 6,83. The population target coverage rate meets according to the national standard, however still below countries standards developed; The percentile of this population that informed have accomplished the exam for the first time kept discreet, however the answer reduction “ does not know” and the elevation of the positive answer for previous exam insinuates the good program performance regarding accessibility and information; The descriptive diagnoses showed exams elevation in atypical normality and reduction limit cellular. The reason among low grade-SIL and high grade-SIL showed fall tendency, standing out

² Mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz /Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará; Enfermeira. Diretora geral da Policlínica Codajás em Manaus/AM. E-mail: joselita@policodajas.am.gov.br

³ Doutor em Enfermagem. Professor e Diretor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas. E-mail: davidnetto@ufam.edu.br

a decrease in the number of first and stability diagnosis's of the seconds, demonstrating are necessary measures for the profile change of the precursory lesions.

Keywords: *Uterus lap neoplasias. Diagnosis. Evaluation*

EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR EL PROGRAMA VIVA MULHER EN AMAZONAS, NORTE DE BRASIL DE 2001 A 2005

El estudio tiene por objetivo evaluar los métodos diagnósticos utilizados por el programa en el período de 2001 a 2005; estimar la razón entre el número de lesiones bajero grado y las lesiones de alto grado; verificar a adecuación de las muestras y la proporción del diagnóstico de atipias en los resultados de los exámenes citopatológicos. Estudio cuantitativo y cualitativo, descriptivo, con análisis ecológico y temporal de los métodos utilizados por el programa, teniendo como fuente de datos el IBGE y el SISCOLO/DATASUS. Los datos fueron almacenados en el programa Excell y analizados en el Epi-Info. La proporción de la tasa de cobertura de la población blanco varió del 75,78% a 78,07%; la realización de exámenes por la primera vez osciló del 8,89% a 27,17%. En cuanto al diagnóstico descriptivo, los resultados adentro de la normalidad fueron del 1,86% en el primer año y 2,23% en el último; las atipias variaron entre 5,13% y 1,00% y las muestras sin satisfacción entre 4,3% y 3,45%. La razón entre las LBG y LAG fue de 8,17 6,83. La tasa de cobertura de la población blanco se encuentra de acuerdo con la calidad nacional, sin embargo aún abajo de las calidades de los países crecidos; el percentual de esta población que informó haber realizado el examen por la primera vez mantuvo discreta, sin embargo la reducción de la respuesta “no sabe” y la elevación de la respuesta positiva para examen anterior insinúa la buena performance del programa en cuanto la accesibilidad e información; los diagnósticos descriptivos mostraron elevación de exámenes en el límite de la normalidad y reducción de las atipias celulares. La razón entre las LBG y las LAG mostró inclinación de caída, destacándose un decrecimiento en el número de diagnósticos de las primeras y estabilidad de las segundas, demostrando ser necesarias medidas para el cambio del perfil de las lesiones precursoras.

Palabras Clave: *Neoplasias de cuello de útero. Diagnóstico. Evaluación*

Introdução

Apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar o exame Papanicolau para detecção do câncer de colo uterino, os dados estatísticos mostram que este tipo de câncer continua sendo um caso de saúde pública no Brasil.

Há mais de um século, em 1904, foi publicado no Boletim Brasil-Médico, o trabalho de A. Sodré intitulado “Frequência de Câncer no Brasil”, que descrevia a presença de câncer no país no período de 1894 a 1898 e já observava a predominância do câncer uterino¹.

Estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para a incidência deste agravo em 2005, mostrava 20.690 casos novos, num risco estimado para a Região Norte de 23/100.000 mulheres da população geral, começando a aparecer na faixa etária de 20 a 29 anos e atingindo o pico entre mulheres na faixa etária de 45 e 49 anos. Os números acima demonstram que os programas de prevenção não obtiveram impacto significativo sobre a mortalidade, provavelmente, devido à baixa organização, avaliação inadequada e

descontinuidade das ações, sendo também registrado que não era assegurado o tratamento dos casos de alterações detectadas^{2,3}.

Entretanto, este cenário pode ser modificado. Primeiro, porque a adoção de programas estruturados de rastreamento pode reduzir a mortalidade e a incidência desta patologia, por meio da promoção da saúde e detecção precoce das lesões precursoras com potencial maligno ou carcinoma *in situ*; mas, principalmente porque a detecção por meio do exame colpocitológico periódico tem baixo custo, é simples, eficaz e, é importante assumir que medidas para controlar as infecções pelo HPV ajudarão a reduzir a incidência deste tipo de câncer^{4,5}.

Em 1995, o governo brasileiro participou da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China e assumiu o compromisso de desenvolver um programa nacional de rastreamento do câncer cérvico-uterino. Sem experiência na implantação de programa nacional de prevenção secundária do câncer, o INCA e o Ministério da Saúde (MS), com a consultoria do *Cancer Care International - CCI*, da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer; realizou levantamento e pesquisa por todo o país sobre a capacidade laboratorial instalada e, de forma amostral, a disponibilidade de recursos humanos e equipamentos existentes nos três níveis de atenção, além de considerar pesquisas sobre atitudes de mulheres frente à prevenção e as razões pela quais não atendiam ao programa de rastreamento⁶.

No intuito de viabilizar um programa factível em todo território nacional, foi implantado um projeto piloto em seis localidades – nas cidades de Belém, Brasília, Recife, Curitiba, Rio de Janeiro e em todo estado de Sergipe – no período de janeiro de 1997 e junho de 1998.

Com a experiência, o MS definiu as cinco etapas fundamentais do Programa Viva Mulher e realizou duas campanhas nacionais de intensificação. As cinco etapas definidas foram: o recrutamento da população alvo (mulheres entre 35 e 49 anos), a coleta de material para o exame Papanicolau, o processamento da lâmina em laboratório credenciado, o tratamento dos casos e a avaliação.

A primeira etapa da campanha foi em 18 de agosto de 1998, com a adesão de 97,9% dos municípios brasileiros sendo realizados 3.177.740 exames preventivos. Em março de 2002 foi deflagrada a segunda fase de intensificação, tendo como população-alvo mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos que nunca tinham realizado o exame preventivo, ou que o haviam realizado há mais de três anos. Foram examinadas 3.856.650 mulheres de todas as idades,

sendo 2.173.285 mulheres na faixa etária da população-alvo, atingindo 84,94% da meta programada⁶.

A partir de 1999 o programa foi implantado, consolidando suas ações em todo o território nacional durante o ano 2000. O Ministério da Saúde em parceria com o INCA implantou o Programa Viva Mulher, que “(...) consiste no desenvolvimento de práticas e estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e mama⁷.”

Em 1998, o INCA e o MS juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) responsabilizaram a Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas (FCECON) para coordenar o Programa Viva Mulher no estado. Afirma Oliveira⁸, que, em março de 1999, a fundação incluiu na sua estrutura organizacional a Coordenadoria dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer (COOPREVCC), como estratégia para auxiliar os gestores e profissionais de saúde na condução de políticas de controle e tratamento do câncer. Suas primeiras atividades foram com o Programa Viva Mulher, por meio do estímulo à população para mudança de comportamento, utilizando três canais comunitários: ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde. Os profissionais de saúde foram sensibilizados a agir no papel de educadores, recebendo as instruções sobre os fatores externos de risco do câncer e orientados para a inclusão de novas rotinas no atendimento.

Como estratégias de implantação do programa foram realizados diagnósticos situacionais em todos os 62 municípios do Amazonas, levantando-se a capacidade instalada, disponibilidade de recursos humanos e materiais e necessidade de capacitação gerencial e profissional em todos os níveis. Produziu-se material educativo. Foram estabelecidas cotas de exames para as unidades de saúde e laboratórios além de fornecimento dos insumos (*kit* ginecológico, fixador, formulários), leitura de controle de qualidade e supervisão contínua.

Em 2001, foi implantado Sistema de Informação de Câncer de Colo de Útero (SISCOLO), que permitiu o controle de todos os exames colpocitológicos do estado, viabilizando a identificação das lesões de baixo e alto grau, o seguimento das mulheres, o cadastramento dos profissionais treinados. Neste mesmo ano, a SUSAM instituiu o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP/Amazonas), sistema que gera dados para fornecer a incidência do câncer no estado⁹.

De acordo com os relatórios da COOPREVCC o programa está implantado nos 62 municípios e em 72 unidades de saúde da capital. Existem 10 laboratórios prestadores de serviço e o controle de qualidade é realizado pelo laboratório da própria fundação. Os 10 pólos de tratamento secundário, são unidades de referência, sendo 05 localizadas na capital e

05 nos municípios-pólos do interior do estado, não atuam em sua capacidade operativa, por falta de compromisso de gestores e profissionais, uma vez que todas as capacitações para a realização de procedimentos foram atendidas e os equipamentos cedidos por comodato^{9,10,11,12}.

Este estudo tem como objetivo avaliar os métodos utilizados no Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e de Mama - “Programa Viva Mulher” - no período de 2001 a 2005, de acordo com seus indicadores de monitoramento que irão mensurar a cobertura efetiva da população de risco estimada em 80% das mulheres na faixa etária de 20 anos a 49; estimar a razão entre o número de lesões de baixo grau e as lesões de alto grau; verificar a adequabilidade das amostras e a proporção do diagnóstico de atipias nos resultados dos exames colpocitopatológicos.

Materiais e métodos

Estudo quantitativo, com análise ecológica (que utiliza medidas agregadas em nível municipal) e temporal dos dados de resultados do Programa Viva Mulher, no período de 2001 a 2005. Este período foi assim determinado haja vista o programa ter sido implantado em 1999, mas só no início de 2001, passou a contar com registros adequados no SISCOLO.

O Amazonas é o maior estado federado em extensão territorial, composto de 62 municípios, com uma população, em 2005, de 3.232.330 habitantes. A população feminina era de 1.608.065 mulheres, sendo que na faixa etária de 20 a 49 anos totalizaram 640.793. Sua capital – Manaus – tem uma característica peculiar, abriga cerca de 50% da população do estado, tendo, em 2005, um total de 1.644.690 habitantes.

Para a coleta de dados foram considerados os dados relativos à população feminina de todos os 62 municípios do estado e tiveram como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (censo, contagem populacional e estimativa). As informações relativas à cobertura da população-alvo, adequabilidade das amostras, proporção de atipias, lesões precursoras de baixo grau (LBG), lesões precursoras de alto (LAG) e de exames nos limites da normalidade foram colhidas no banco de dados do SISCOLO e Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Na avaliação, utilizaram-se os indicadores para monitoramento do Programa Viva Mulher com adequações, dado que a população-alvo do programa são as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos mas, segundo o INCA, a população de risco está situada na faixa etária

entre 20 e 49 anos, que passará a ser designada nesta pesquisa de população-alvo. Os indicadores utilizados para atingir os objetivos propostos foram:

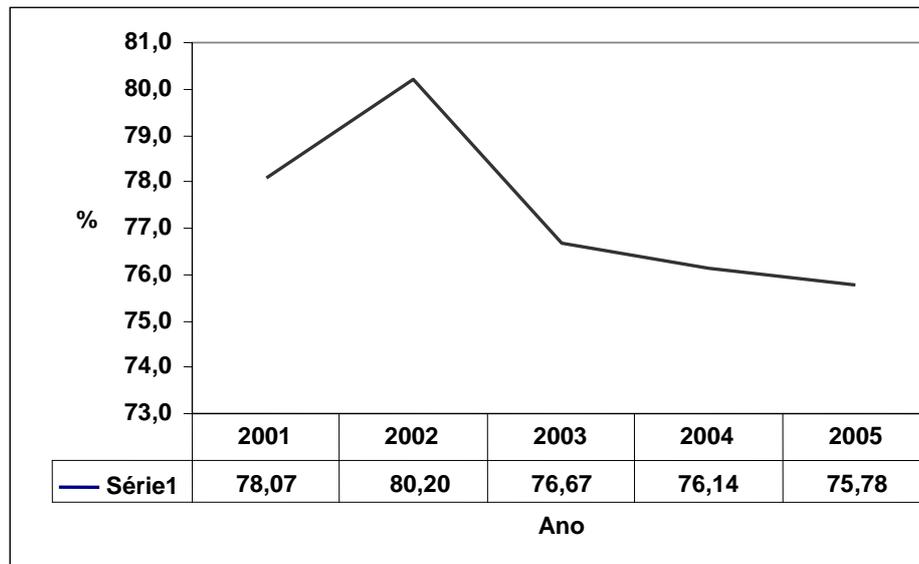
- i. Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, que fizeram o exame colpocitológico pela primeira vez, no período de 2001 a 2005;
- j. Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, que fizeram o exame colpocitológico, no período de 2001 a 2005;
- k. Percentual de exames colpocitológicos dentro da normalidade, dentre os exames colpocitológicos registrados, no período de 2001 a 2005;
- l. Percentual de exames colpocitológicos com adequabilidade do material insatisfatória, dentre os exames colpocitológicos registrados, no período de 2001 a 2005;
- m. Razão entre o número de exames colpocitológicos com lesões precursoras de baixa malignidade e o número de exames colpocitológicos com lesões precursoras de alta malignidade, no período de 2001 a 2005.

Os dados foram armazenados no programa Excel e analisados no programa Epi-Info, onde se realizou a análise descritiva e o cálculo dos indicadores, por meio de tabelas e gráficos.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, intitulada “Avaliação do impacto do Programa Viva Mulher na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero – 2001 a 2005”, com projeto submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON).

Resultados

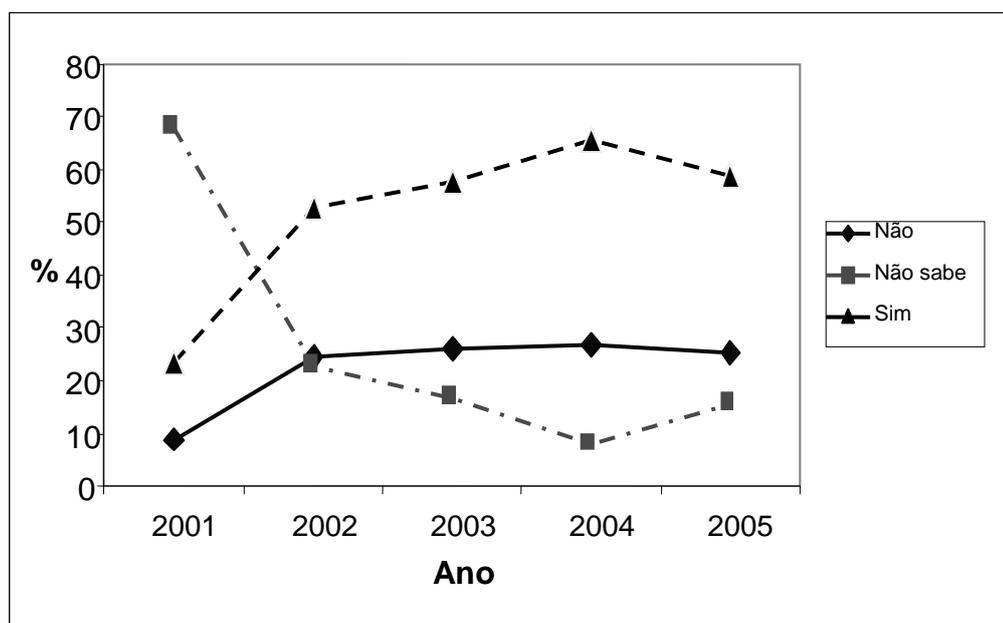
No período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2005 realizou-se em todo o estado do Amazonas 570.187 exames colpocitológicos. Destacando-se, deste total, a população alvo de 20 a 49 anos, observa-se no Gráfico 1 que no ano de 2001, coletou-se 12.110 (78,07%) exames em mulheres deste grupo etário; em 2002, realizou-se 87.737 (80,20%) coletas entre a população-alvo; em 2003, o total de exames neste grupo foi de 64.031 (76,67%); em 2004, atingiu-se 72.031 (76,14%) exames e; em 2005, realizou-se 74.356 (75,78%) coletas.

Gráfico 1 - Percentual de cobertura da população-alvo no Amazonas, 2001-2005

Fonte: DATASUS.

Obs.: (1) Período: Jan-Abr/2001, Set-Dez/2001.

Analisando o Gráfico 2, observa-se que, em 2001 apenas 8,89% da população-alvo referiu estar realizando o seu primeiro exame preventivo, no ano seguinte, este percentual apresentou uma elevação atingindo 24,61%. Esta tendência de elevação permaneceu em 2003, 2004 e 2005, quando respectivamente 25,77%, 26,53% e 27,17% das mulheres informaram não ter realizado exame colpocitológico anterior.

Gráfico 2 - Percentual de exames da população-alvo por citologia anterior no Amazonas, 2001 a 2005.

Fonte: DATASUS.

Obs.: (1) Período: Jan-Abr/2001, Set-Dez/2001.

Na análise dos diagnósticos descritivos dos exames realizados, Tabela 1, no ano de 2001, verifica-se 1,66% dos exames dentro dos limites da normalidade; em 2002, o percentual reduziu para 1,61%; a partir de 2003 o percentual de exames considerados normais eleva-se para 2,20%; no ano seguinte, 2,28% das lâminas avaliadas não apresentou qualquer sinal de anormalidade. Esta tendência permanece no ano de 2005, quando 2,23% dos exames realizados nas mulheres amazonenses estavam dentro dos limites considerados normais.

Tabela 1 - Distribuição dos diagnósticos descritivos dentro dos limites da normalidade, no Amazonas, no período de 2001-2005

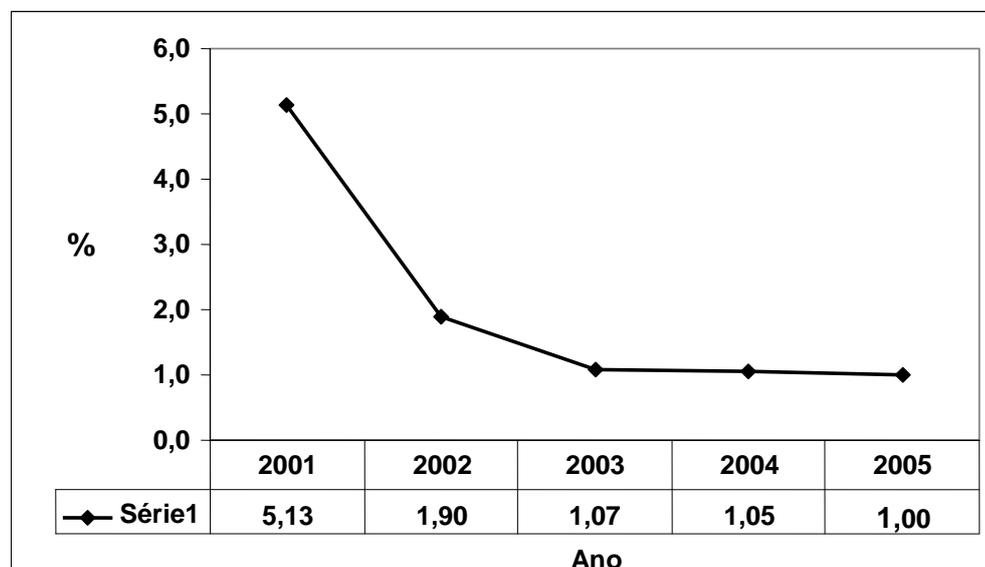
Exames realizados	2001¹	2002	2003	2004	2005
Limites normalidade	258	1.761	1.844	2.154	2.191
Geral	15.512	109.461	83.737	94.606	98.118
% Exames normais	1,66	1,61	2,20	2,28	2,23

Fonte: DATASUS.

Obs.: (1) Período: Jan-Abr/2001, Set-Dez/2001.

Analisando a distribuição dos diagnósticos descritivos de atipias celulares dos exames realizados no período pesquisado, observa-se, no Gráfico 3, que o percentual de presença de atipias, em 2001, correspondeu a 5,13% das lâminas examinadas; em 2002, este percentual reduziu para 1,90%. Esta tendência continuou nos anos seguintes, sendo que, em 2003, o resultado apresentado foi de 1,07%, com decréscimo em 2004 (1,05%) e em 2005 (1,00%).

Gráfico 3 - Percentual de atipias celulares nos exames colpocitológicos realizados no Amazonas, 2001-2005



Fontes: DATASUS para os anos 2002 a 2005.

Relatório das Atividades em 2001 da Gerência dos Programas de Prevenção e Controle de Câncer do Amazonas.

Em relação à classificação binária de adequabilidade das amostras, em 2001, o percentual de 4,37% exames analisados foi considerado insatisfatório. Já em 2002, esse percentual atingiu 5,01%, voltando a baixar em 2003 para 4,68%. Em 2004, 3,06% das amostras examinadas foram consideradas insatisfatórias e, finalmente em 2005, 3,45% das coletas tiveram resultados insatisfatórios (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos resultados dos exames colpocitológicos de acordo com a classificação de adequabilidade no Amazonas no período de 2001-2005

Classificação de adequabilidade	2001 (1)	2002	2003	2004	2005
Insatisfatório	2.143	6.783	5.345	4.136	4.136
Satisfatório	46.883	128.543	108.791	131.190	115.676
Geral	49.026	135.326	114.136	135.326	119.812
% de exames insatisfatórios	4,37	5,01	4,68	3,06	3,45

Fonte: DATASUS.

Obs.: (1) Período:Jan-Abr/2001,Set-Dez/2001.

Quanto à razão entre as LBG e as LAG, observou-se que, em 2001, esta foi de 8,17; apresentando, em 2002, uma significativa redução (5,83); todavia, voltando a elevar-se para 8,59, em 2003. Em 2004, houve um declínio (6,97), mantendo esta tendência também em 2005 (6,83), conforme a Tabela 3 e o Gráfico 4.

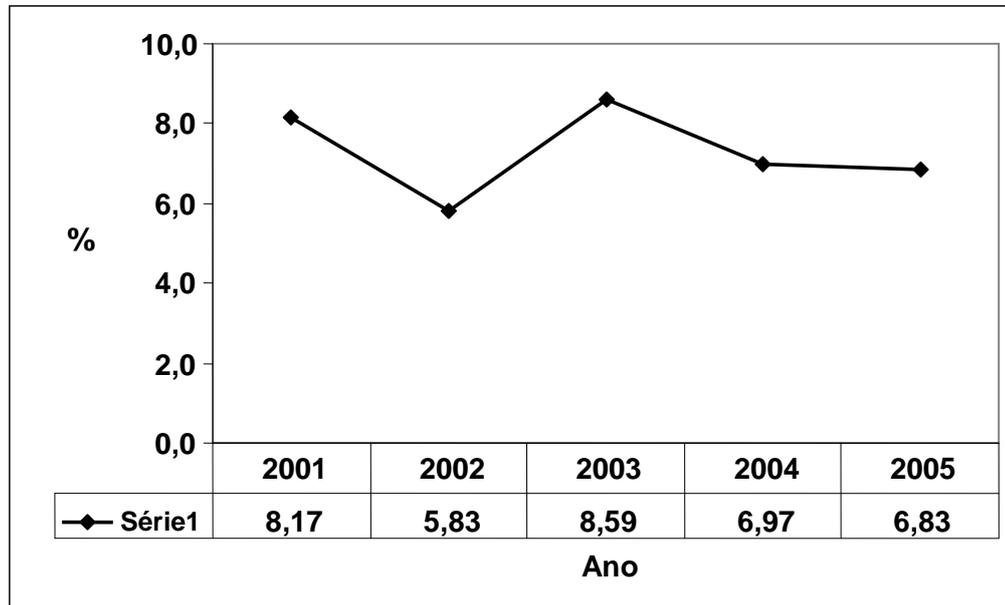
Tabela 3 – Distribuição das LBG E LAG nos resultados dos exames colpocitológicos realizados no Amazonas, 2001-2005

Discriminação	2001*	2002	2003	2004	2005
LBG	3.098	3.428	2.630	2.224	2.314
LAG	379	588	306	319	339
Razão	8,17	5,83	8,59	6,97	6,83

Fontes: DATASUS para os anos 2002 a 2005.

Obs.: * Relatório das Atividades em 2001 da Gerência dos Programas de Prevenção e Controle de Câncer do Amazonas.

Gráfico 4 – Razão entre as lesões de baixo grau (LBG) e as lesões de alto grau (LAG) nos resultados dos exames realizados no Amazonas, 2001 a 2005



Fontes: DATASUS para os anos 2002 a 2005.

Relatório das Atividades em 2001 da Gerência dos Programas de Prevenção e Controle de Câncer do Amazonas.

Discussão

O sucesso de um programa de rastreamento está relacionado a vários fatores, como: cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados. Com base nos levantamentos supracitados avaliou-se os métodos utilizados pelo Programa Viva Mulher no Amazonas através da comparação de seus resultados, com alguns dos indicadores de monitoramento definidos no Manual Viva Mulher^{6,13}.

A eficiência do programa está associada a taxas de cobertura maiores que 80%. Segundo Gustafson et al (1996) *apud* Naud¹⁴ países desenvolvidos como a Finlândia e Islândia, após alguns anos de implantação do programa de rastreamento do câncer cervicouterino, tiveram taxa de cobertura de 80% e 75%. De acordo com o Manual Viva Mulher⁶, antes da implantação deste programa alguns estudos estimaram a cobertura para o Brasil em 1987, em 7,7%. O inquérito domiciliar realizado pelo INCA em 2002 e 2003 mostrou que a cobertura variou de 74 a 93% em 15 capitais e no Distrito Federal, mas este percentual oscilou de 33 a 64% nos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵.

No Amazonas, a cobertura de exame colpocitológico da população-alvo no período estudado (Gráfico 1) variou entre 75,78% e 80,20%. A elevação deste percentual, no ano de 2002, pode ser explicada pela realização da campanha nacional, denominada de segunda fase de intensificação, que massificou a divulgação do evento na mídia. Nos anos seguintes, percebe-se uma discreta tendência de estabilização deste percentual que se mantém dentro das taxas do inquérito domiciliar divulgado pelo INCA, mas, ainda abaixo do padrão dos países desenvolvidos.

Segundo os indicadores do Pacto de Atenção Básica, a razão mínima esperada para a realização de exame Papanicolau é de 0,3/mulher/ano. No Amazonas, em 2005, este indicador foi de 0,15. Mas, ressalta-se que 12,7% da população feminina têm cobertura ambulatorial da saúde suplementar, o que pode suprir a responsabilidade na realização destes exames¹⁶.

A comunidade científica internacional recomenda que, antes de repetir o exame colpocitológico em uma mulher, deve ser garantida a realização de um exame preventivo em toda a população-alvo do programa¹⁶. Atendendo a esta recomendação, observa-se que, no estado do Amazonas, houve uma alteração significativa nas informações sobre a realização de exame colpocitológico anterior. Primeiro, porque o percentual de mulheres informando estar realizando o preventivo pela primeira vez oscilou entre 8,89%, em 2001, e 27,17%, em 2005. Depois, com a importante redução na informação “não sabe”, que baixou de 67,83%, em 2001, para 5,65%, em 2005, sugere-se melhor qualidade nos registros realizados pelos profissionais envolvidos no processo. Por último, com a elevação do percentual de “sim” (realizou exame anterior), que induz a suposição de uma melhor adesão das mulheres ao programa de prevenção.

Estudo realizado em São Paulo¹⁷, no qual foi reavaliada situação de cobertura do exame Papanicolau, após a primeira campanha de intensificação em 1998, foi detectado que 86,1% das mulheres relataram que já haviam realizado o teste uma vez na vida. Enquanto no Maranhão¹⁸, verificou-se que somente 48,89% das mulheres avaliadas apresentaram dados de citologia anterior. Comparando os índices acima expostos, observa-se que houve um incremento na proporção de mulheres com informação de exame citopatológico anterior no Amazonas, de 23,29%, em 2001, para 67,18%, em 2005; estando acima dos valores encontrados no Maranhão, porém muito abaixo daquele encontrado em São Paulo.

Entre os critérios congruentes com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, que possui similaridade com o Sistema Bethesda (2001), utilizada pelo Programa Viva Mulher até junho de 2006, os diagnósticos são classificados em lesão precursora de baixo grau, de alto grau e câncer. São consideradas lesões precursoras de baixo

grau (LBG) as atipias celulares glandulares de significado indeterminado (AGUS), as atipias celulares escamosas de significado indeterminado (ASCUS), as alterações citológicas compatíveis com o papiloma vírus humano (HPV) e as neoplasias intra-epiteliais grau I (NIC I). Como lesões precursoras de alto grau são consideradas as neoplasias intra-epiteliais grau II (NIC II) e as neoplasias intra-epiteliais grau III (NIC III) e, finalmente, classificam-se como câncer o carcinoma epidermóide invasor, o adenocarcinoma *in situ*, o adenocarcinoma invasor e outras neoplasias malignas¹⁹.

O índice de atipias como indicador é uma medida indireta para a avaliação da qualidade das etapas de coleta e leitura das lâminas, por este motivo dificulta a avaliação isolada da qualidade do processo. Como parâmetro de avaliação é recomendável que os diagnósticos de ASCUS e AGUS não ultrapassem 5% do total de diagnósticos em um mesmo laboratório. Levando este índice para a totalidade dos exames realizados pelo SUS no período estudado, espera-se que os percentuais de atipias descritos fiquem dentro deste patamar. O que se observou no Amazonas, foi uma redução de 5,13%, em 2001, para 1,00%, em 2005, demonstrando que o nível no estado está muito abaixo do preconizado. Enquanto no país o índice de ASCUS aumentou em 8,6% entre os exames alterados, implicando na necessidade do sistema de saúde oferecer maior número de exames para repetição da investigação diagnóstica^{5,16}.

A avaliação da adequabilidade da amostra, pelo Sistema Bethesda (2001), é disposta em um sistema binário “satisfatório e insatisfatório” para caracterizar a visão microscópica da colheita. São consideradas “satisfatórias” as amostras que apresentam quantidade representativa de células, bem distribuídas, fixadas e coradas, de modo a facilitar o diagnóstico. “Insatisfatórias” são as amostras cujas leituras são prejudicadas pela escassez celular ou presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, superposição celular e presença de contaminantes externos¹⁹. No Amazonas, a distribuição deste indicador no período estudado apresentou uma variação de 4,37% de exames classificados como insatisfatórios em 2001, e 3,45%, em 2005. Pesquisa realizada em Naviraí – MS²⁰, avaliando os métodos empregados no programa, detectou que 12,51% das citologias colhidas resultaram em “insatisfatório”.

Respeitando as diferenças das regiões em análise, os números de amostras insatisfatórias encontradas no Amazonas estão abaixo do percentual de 5% preconizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no ano 2000, refletindo uma provável melhora nas técnicas de coleta do Papanicolau e na conservação das amostras. Índices mais baixos deste indicador reduzem custos para o sistema de saúde, além de evitarem transtornos nas

mulheres pela necessidade de repetição da coleta. No Brasil, em alguns estados, mais de 30% dos municípios apresentaram este índice maior que 5%^{16,21}.

Quando o programa de rastreamento está implantado de maneira eficaz, espera-se que a razão entre as lesões de baixo grau e aquelas de alto grau seja crescente, indicando que as lesões precursoras são detectadas precocemente, o que permite também levantar a prevalência das lesões precursoras de baixo e alto grau. No Chile, o Ministério da Saúde estabelece que esta razão deve ser inferior a 2. O INCA apresenta dados referentes a alguns municípios antes da implantação do Programa Viva Mulher, em 1998, aparece Recife (PE), com a razão de 2,0 e Belém (PA) com a razão de 2,1⁶. Neste estudo, observa-se que a razão variou de 8,17, em 2001, para 6,83, em 2005, aparecendo no Gráfico 4 uma leve tendência de queda neste indicador. Entretanto, ao analisar a Tabela 3, verifica-se no período uma redução no diagnóstico das LBG de 3.098, em 2001, para 2.314, em 2002 e uma estabilização no diagnóstico das lesões de alto grau de 306, em 2003, para 339, em 2005.

Conclusão

Pela presente pesquisa, com o objetivo a avaliar os métodos diagnósticos utilizados pelo Programa Viva Mulher no estado do Amazonas, no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2005, conclui-se que:

- a taxa de cobertura da população-alvo, com variação de 78,07% de 2001 a 75,78% em 2005, encontra-se de acordo com o padrão nacional diagnosticado pelo inquérito domiciliar do INCA, estando abaixo dos 80% que é o indicador do Ministério da Saúde.
- a elevação do percentual da população que informou ter realizado o exame pela primeira vez manteve o nível estabilizado, associada à redução daquelas que não sabiam informar algum exame prévio. A elevação da resposta positiva para exame anterior insinua a boa performance do programa quanto a acessibilidade, registro e informação.
- os diagnósticos descritivos mostraram uma elevação de exames no limite da normalidade de 1,86%, em 2001, para 2,23%, em 2005; uma redução das atipias celulares de 5,13%, em 2001, para 1,0%, em 2005; uma redução de amostras insatisfatórias de 4,3%, em 2001, para 3,45%, em 2005, vislumbrando um envolvimento positivo dos profissionais que executam as atividades de coleta e leitura das lâminas.
- a razão entre as lesões precursoras de baixo grau e as de alto grau mostrou uma tendência de queda mas, destaca-se um decréscimo no número de diagnósticos de LBG e uma estabilidade

nos de LAG, demonstrando serem necessárias medidas de implementação para a mudança do perfil das lesões precursoras, uma vez que a detecção precoce por meio de rastreamento populacional oferece maiores chances de cura, de sobrevivência, de qualidade de vida e melhor relação custo/efetividade.

Para execução de um programa desta magnitude devem ser definidas as atribuições em todos os níveis de serviços, acompanhada de qualificação formal, treinamentos, monitoramento e motivação. Tais dados deixam transparecer que os profissionais que atuam nas etapas de recrutamento da população-alvo, na coleta de material para o exame Papanicolau e no processamento das lâminas nos laboratórios credenciados estão correspondendo às expectativas de desempenho, superando as peculiaridades regionais deste imenso estado. Em contrapartida, a participação das mulheres pode exprimir a consolidação deste programa de prevenção, haja vista que a elevação do número de repetição do Papanicolau associado à queda da informação “não sabe” pode representar a redução da dificuldade de acesso, melhores registros, a desmistificação e a melhor divulgação sobre a importância deste exame.

Referências Bibliográficas

1. MIRRA, Antonio Pedro. **Registro de Câncer no Brasil e sua História**. São Paulo: Tomgraf, 2005.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estimativas de Incidência da Mortalidade de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2005.
3. Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2: abr-mai-jun, 1997.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual anual de controle das DST**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Falando sobre Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002a.
6. _____. **Viva Mulher**. Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002b.

7. PROGRAMA Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama, disponível em <<http://www.inca.gov.br>> . Acesso em 28/06/2005.
8. OLIVEIRA, M. M. C. de. **Prevenção e Controle de Câncer no Estado do Amazonas**. Manaus: 2003. Disponível em: <<http://saudebrasilnet.com.br>>. Acesso em: 23/06/2005.
9. AMAZONAS, Fundação de Controle em Oncologia, Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. **Relatório Anual**. MANAUS: 2001.
10. _____. **Relatório Anual**. MANAUS: 2002.
11. _____. **Relatório Anual**. MANAUS: 2003.
12. _____. **Relatório Anual**. MANAUS: 2004.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**: Manual Técnico - Profissionais de Saúde. Brasília: 2002c.
14. NAUD, P. **Detecção precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervicai**. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 1998. (Tese de Doutorado em Clínica Médica).
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006.
16. _____. **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006.
17. PINHO AA, FRANÇA JÚNIOR I, SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL. Cobertura e Motivos para Realização ou não dos Testes de Papanicolau no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 19, n. 2, p. 303 – 313, mar-abr 2003.
18. NASCIMENTO MDSB, PEREIRA ACS, SILVA AMN, SILVA LM, VIANA GMC. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Uterino: Análise de Aspectos Citológicos e Epidemiológicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 04, 2001.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2003.

20. ROBERTO NETO A, RIBALTA JCL, FOCHI J, BARACAT EC. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, 2001.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Organizando a Assistência**. Brasília: 2002.

4.2 Artigo 2

AVALIAÇÃO DO SEGUIMENTO DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA VIVA MULHER NO AMAZONAS DE 2001 A 2005

Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre⁴
David Lopes Neto⁵
Marília Muniz Cavalcante de Oliveira⁶

RESUMO

Uma vez que o câncer de colo de útero ocupa o primeiro lugar em incidência e em mortalidade entre as mulheres amazonenses este estudo avalia a atuação do Programa Viva Mulher no acompanhamento de mulheres cadastradas no módulo seguimento do SISCOLO, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, e verifica os tipos de tratamentos oferecidos. Estudo quantitativo, com análise ecológica e temporal dos métodos utilizados pelo programa, utilizando dados do IBGE, SISCAM e SISCOLO. A amostragem aleatória foi de 671 registros de pacientes, na faixa etária de 20-49 anos e proporção de casos concluídos, sendo os dados analisados no Epi-Info, com cálculo da média, desvio-padrão e mediana para dados quantitativos e precisão de 3% com IC95% para as proporções e análise de variância (ANOVA) para comparação das médias. Na amostra estudada, no diagnóstico inicial a frequência de NIC I foi de 45,5% IC95%(38,7-46,3), 32,8% de ASCUS IC95%(29,3-36,5) e 8,6% de HPV IC95%(6,7-11,1) e os laudos de NIC II, NIC III e Ca escamoso invasor representaram 11,5%; destes 49,3% foram submetidos a colposcopia, com 73,6% dos resultados positivos. Os laudos histopatológicos apresentaram 50,0% NIC II, 21,0% NIC I e 13,2% carcinoma escamoso invasor, sendo 18,42% negativos ou indeterminados. Verificou-se que 86,4% das mulheres tiveram acesso a algum tipo de tratamento, destacando-se o clínico (92,1%) e o inicial ignorado (13,7%); este último direcionado para tratamento clínico após a busca ativa e, 13,7% não realizaram tratamento. Conclui-se que se faz necessário implementar a realização do diagnóstico complementar como estratégia de efetividade comprovada; estimular procedimentos de biópsia com CAF e implementar estratégias associadas ao Programa de Saúde da Família para captação precoce das mulheres.

Neoplasias de colo de útero; Diagnóstico; Seguimento.

ABSTRACT

EVALUATION WOMEN SEGMENT ATTENDED BY THE VIVA MULHER PROGRAM IN AMAZONAS FROM 2001 TO 2005

The study evaluates the promoted segment by VIVA MULHER PROGRAM in Amazonas, from January of 2001 through December of 2005 and verifies the treatment offered to the women carriers of cervical lesion registered in SISCAM/SISCOLO. Quantitative study, with ecological and temporal analysis of the methods used by the program, used data of IBGE, SISCAM and SISCOLO. The aleatory sampling was based on 671 patients, in the of age band of 20-49 years and proportion of concluded cases, the data were analyzed in Epi-Info program, and precision of 3% with IC95% for the variance analysis and proportions (ANOVA) for averages comparison. In total it registered 12.447 women with alterations in the cytopathological exams, 75,85% with concluded segment and 20,28% without segment for several reasons. In the sampling, studied, in the initial diagnosis cervical intra-epithelial neoplasia (NIC I) frequency was of 45,5% IC95%(38,7-46,3), 32,8% of ASCUS IC95%(29,3-36,5) and 8,6% of HPV IC95%(6,7-11,1). It concludes how necessary it is to implement the accomplishment of the

⁴ Mestranda em Saúde, Sociedade Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz /Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará; Enfermeira. Diretora geral da Policlínica Codajás em Manaus/AM. E-mail: joselita@policodajas.am.gov.br

⁵ Doutor em Enfermagem. Professor e Diretor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas. E-mail: davidnetto@ufam.edu.br

⁶ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica e Administração Hospitalar, Diretora do Departamento de Prevenção e Controle do Câncer da Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas-FCECON. Email: dpcc@yahoo.com.br

complementary diagnosis as strategy of proved effectiveness; stimulate biopsy procedures with LEEP and implement strategies associated to the Family Health Program of Brazil.

Uterus lap neoplasias; Diagnosis; Segment.

Introdução

Os programas de saúde são processos complexos com objetivos específicos, envolvendo os diversos profissionais que desenvolvem atividades em serviços de saúde para atender uma determinada clientela denominada de população-alvo, e também às demandas que são priorizadas de acordo com os indicadores de saúde¹.

Entre os programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e implantados no Amazonas na atualidade, destacamos o Viva Mulher, programa de combate ao câncer de colo de útero, uma doença com alta incidência entre as mulheres brasileiras e com mortalidade expressiva. No Brasil, este tipo de câncer é a quarta causa de morte, precedido pelo câncer de mama, pulmão, cólon e reto. Estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), quanto à incidência do câncer de colo de útero no Brasil, em 2005, mostra 20.690 casos novos, com um risco estimado na região Norte de 23/100.000 mulheres e uma incidência da doença evidenciando-se na faixa etária entre 20 e 29 anos, atingindo o pico em mulheres entre 45 e 49 anos².

Com base nos dados supracitados, escolheu-se o Programa Viva Mulher para desenvolver esta pesquisa acreditando em seu papel relevante, haja vista que com ele a prevenção do câncer ginecológico deixou de ser uma atividade campanhista, cujas ações eram voltadas para a realização de grande número de exames, adquirindo nova feição ao estabelecer rotinas de acolhimento, coleta do material, leitura de lâminas, controle de qualidade, sistema informatizado de registro denominado Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO), busca ativa, tratamento e acompanhamento da paciente por equipe multiprofissional previamente capacitada.

No Amazonas, a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) coordenou a implantação do programa após realizar o diagnóstico situacional e levantar toda a necessidade de capacitação de pessoal, equipamentos e insumos. Atualmente, o programa desenvolve-se em 72 unidades de saúde, 01 unidade móvel e 01 unidade flutuante na capital e em todos os 62 municípios amazonenses³.

No estado, o Departamento de Prevenção e Controle de Câncer controla os resultados dos exames preventivos através de programa informatizado, referenciando a clientela com casos de lesão de baixo grau às Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao Centro de

Referência/Pólo de Tratamento Secundário a que possui lesões de alto grau e os casos graves à própria FCECON⁴.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o seguimento promovido pelo Programa Viva Mulher no Amazonas, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, e verificar os tipos de tratamentos oferecidos às mulheres portadoras de lesão cervical, cadastradas no módulo seguimento do SISCOLO.

Historicamente, as primeiras referências sobre a preocupação com a qualidade dos serviços médicos apareceram nos Estados Unidos, em 1910, por meio do Relatório de Flexner, quando o educador americano fez uma avaliação do ensino médico e concluiu que das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. Este relatório ficou na história como um exemplo da importância da avaliação e do controle de qualidade na área de saúde⁵.

O conceito de avaliação de políticas públicas surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando se implantava o *Welfare State*, momento no qual substituindo o mercado, o estado incorporava as atividades nas áreas da educação, emprego, saúde, e necessitava que a aplicação dos recursos fosse eficaz⁶.

Na década de 1960, ante a necessidade de acompanhamento adequado dos programas de saúde, ampliou-se a construção de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde. O modelo clássico é o de Avedis Donabedian, que propõe três categorias avaliativas: estrutura, processo e resultados⁶. No Brasil, vários autores discutem estratégias de avaliação, tendo como base o modelo Donabedian de forma adaptada^{1,7,8,9}. Para melhor entendimento deste modelo, é importante conhecer os conceitos primários:

- **estrutura:** trata dos recursos humanos, materiais ou insumos utilizados na assistência à saúde;
- **processo:** envolve as atividades e procedimentos utilizados para atingir os resultados;
- **resultados ou impactos do processo:** correspondem às respostas ou mudanças observadas no indivíduo, população, comunidade.

A realização do julgamento de uma intervenção, pode ser entendida como um conjunto de meios organizados em um dado contexto, num dado momento, para produzir bens ou serviços, visando modificar uma situação problema, podendo ser utilizadas duas abordagens: a **avaliação normativa**, por meio de resultado da aplicação de critérios e normas; e a **pesquisa avaliativa**, elaborada por meio de procedimentos científico.

A **avaliação normativa** corresponde às funções de controle e acompanhamento, é comum nas organizações ou nos programas e consiste em fazer um julgamento sobre determinada intervenção, comparando os recursos que foram aplicados, sua estrutura, o processo e os resultados obtidos, com critérios e normas¹⁰.

Durante os anos de 1960, estas abordagens mostraram-se insuficientes e a avaliação adotou perspectiva interdisciplinar, consolidando seus aspectos metodológicos com base no financiamento do governo norte-americano, com forte contribuição da *American Evaluation Association* e no Canadá a *Canadian Evaluation Society*. Com o discurso da ideologia neoliberal nos anos de 1970, foi iniciada significativa discussão entre financiadores, políticos e população sobre a validade da aplicação de recursos em programas sociais, reorientando o foco da avaliação para a efetividade desses programas^{6,11}.

No Brasil, o interesse pela avaliação em saúde vem sendo despertado nos últimos dez anos, passando a fazer parte do discurso dos gestores. No presente século, vem sendo observada uma maior demanda por cursos de pós-graduação, consultorias e treinamentos nesta área para técnicos intencionados em avaliar as atividades dos serviços de saúde. O interesse ultrapassou os limites acadêmicos e o próprio MS tem utilizado a avaliação na sua área de atuação tanto por meio da conscientização de seus técnicos e dirigentes, como por exigência dos investidores internacionais^{9,12}.

Apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países no mundo a utilizar o teste Papanicolau para detecção precoce do câncer cérvico-uterino, os programas de prevenção não obtiveram impacto significativo sobre a mortalidade, provavelmente, devido à baixa organização, avaliação inadequada e descontinuidade das ações, sendo também registrado que não era assegurado o tratamento dos casos de alterações detectadas¹³.

Assim, podemos inferir que a não utilização da avaliação pode ser um dos motivos para as falhas nos programas brasileiros de controle do câncer de colo de útero. Por isso, esta etapa é fundamental no Programa Viva Mulher, estando dividida em duas partes: avaliação de processo e avaliação de resultados. Na avaliação de processo, as etapas do programa são avaliadas continuamente, através de indicadores, permitindo corrigir distorções, quando necessário¹³.

Materiais e Métodos

A abordagem utilizada foi a da avaliação de resultados é feita por meio de estudo quantitativo, com análise ecológica e temporal dos dados do Programa Viva Mulher relativos ao seguimento e ao tratamento oferecidos às mulheres portadoras de lesão cervical.

A população de estudo é formada pelas mulheres cadastradas no período de 2001 a 2005 no Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, conhecido como Programa Viva Mulher. Os dados são provenientes do SISCOLO, abrigado na FCECON, no qual estão registrados os atendimentos realizados à clientela feminina portadora de lesões precursoras de baixo e alto grau, que realizaram tratamento e acompanhamento nas unidades de saúde vinculadas ao Centro de Referência.

Em sua versão atual, o SISCOLO não permite a identificação do número das mulheres examinadas e sim a quantidade de exames realizados, o que impede a avaliação precisa das taxas de captação e cobertura. O mesmo ocorre com o Sistema de Informática do Câncer da Mulher (SISCAM), por isso trabalhou-se com amostragem, cuja composição foi realizada de forma aleatória e no seu cálculo foi levada em consideração a população na faixa etária de 20 a 49 anos ($N = 7.700$) e proporção de casos com seguimento concluído (78,0%). A precisão foi de 3% com confiança de 95%, totalizando 671 pacientes, conforme equação¹⁴.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p(1-p)}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p(1-p)}$$

Para atingir os objetivos propostos na avaliação do seguimento do Programa Viva Mulher com mulheres na faixa etária de risco, de 20 a 49 anos, utilizou-se os indicadores abaixo relacionados:

- a) Percentual de buscas ativas realizadas nas mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras: células atípicas de significado indeterminado glandulares (AGUS), células atípicas de significado indeterminado escamosas (ASCUS), neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I), neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II), neoplasia intra-epitelial cervical grau III (NIC III) e câncer no resultado do exame colpocitológico;
- b) Percentual de tratamentos realizados nas mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico;

- c) Percentual de tratamentos realizados nas mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico com indicação específica: cirurgia de alta frequência (CAF), conização, histerectomia, radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, outros;
- d) Percentual de conclusão de seguimentos nas mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico;
- e) Percentual de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico que se encontram em seguimento;
- f) Percentual de mulheres na faixa etária com presença de lesões precursoras no resultado do exame colpocitológico que se encontram sem seguimento pelos motivos de ausência de dados, informações incompletas, informações incorretas.

Neste contexto, seguimento significa o acompanhamento e/ou tratamento das mulheres que apresentaram alterações nos resultados dos exames preventivos, por meio de um conjunto de estratégias utilizadas pelo Programa Viva Mulher.

Os dados foram analisados no Programa Epi-Info com abordagem exploratória e distribuição em tabelas de frequência para os dados categóricos e; calculada a média, desvio-padrão (DP) e mediana para os dados quantitativos. Na análise utilizou-se o intervalo de confiança ao nível de 95% para as proporções (IC95%) e análise de variância (ANOVA) para a comparação das médias.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, intitulada “Avaliação do impacto do Programa Viva Mulher na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero – 2001 a 2005”, com projeto submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON).

Resultados

No período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005, verificou-se o cadastramento no SISCAM de 12.447 mulheres com alterações nos resultados de seus exames colpocitológicos, destas 75,85% tiveram os seguimentos concluídos até o ano de 2005, 0,56% continuado em seguimento em 2006 e 20,28% ficou sem seguimento por motivos diversos. Recusa ou

abandono do tratamento representou 0,06% e não se localizou 0,01% das mulheres. O óbito por câncer de colo de útero representou 0,27% dos desfechos no período pesquisado (Tabela 1).

Tabela 1 - Consolidação de seguimento dos colpocitológicos alterados cadastrados no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Situação	N	%
Em seguimento	70	0,56
Sem seguimento	2.524	20,28
Seguimento concluído	9.441	75,85
Recusa/abandono	7	0,06
Não localizada	1	0,01
Óbito	33	0,27
Total	12.447	100

Analisando os dados do seguimento da amostra em estudo, observa-se em relação ao diagnóstico inicial (primeiro exame realizado) que a frequência de laudos NIC I foi de 42,5% com IC95%(38,7-46,3), seguido de ASCUS com 32,8% com IC95%(29,3-36,5) e de alterações citopatológicas compatíveis com HPV 8,6% com IC95%(6,7-11,1) (Tabela 2).

Comparando a realização conjunta dos exames preconizados, verifica-se que das 671 mulheres com os preventivos alterados, apenas 11% (75) submeteram-se a colposcopias, destas 41,34% (31) tiveram resultados positivos e 58,66% (44) negativos. Os laudos de NIC II, NIC III e Ca escamoso invasor forma 7,0% (47/671), 3,4% (23/671) e 0,9% (6/671) respectivamente, representando 11,5% (77/671) dos diagnósticos iniciais; destes apenas 49,3% (38/77) realizaram a colposcopia, tendo apresentado 73,6% dos resultados positivos. Das 38 biópsias realizadas, 50,0% (19) laudos histopatológicos diagnosticaram NIC II, seguido por 21,0% (8) resultados NIC I e 13,2% (5) carcinoma escamoso invasor, destacando que 7 18,4% resultados foram negativos ou indeterminados (Tabela 2).

Quanto aos tratamentos realizados no período pesquisado, verifica-se que dos 539 tratamentos clínicos, destacam-se 43,0% nos casos de NIC I e 34,7% nas portadoras de ASCUS. Em relação aos demais tratamentos, realizou-se 42,% conizações, seguida de 1,8% CAFs e 0,8% histerectomias, as radioterapias representaram 0,8%. Observou-se que em 13,8% pacientes, o tratamento inicial era ignorado. Ressalta-se que na amostra estudada,

nenhum tratamento quimioterápico foi aplicado no período e não se realizou tratamento em 13,5% mulheres (Tabela 3).

A média de idade das mulheres cadastradas por ocasião do primeiro exame foi semelhante nos 5 anos pesquisados, ficando entre 31,94 (DP = 7,67) em 2005 e 33,44 (DP=8,54) em 2002 (p valor = 0,506) (Tabela 4).

Tabela 2 Frequência dos diagnósticos iniciais com os resultados das colposcopias e biópsias, das mulheres cadastradas no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Diagnóstico Inicial	N %		Resultado Colposcopia				Resultado Biópsia													
			(+) %	(-) %	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %									
AGUS	32	4,8		4	9,1												1	100,0		
HPV	58	8,6		3	6,8															
ASCUS	220	32,8		13	29,5		1	12,5	1	5,3										
NIC I	285	42,5	3	9,7	14	31,8	1	33,3	2	25,0										
NIC II	47	7,0	13	41,9	6	13,6		3	37,0	6	31,6		3	60,0	4	57,2				
NIC III	23	3,4	12	38,7	4	9,1	2	66,7	1	12,5	12	63,2		1	20,0	3	42,8			
Ca esc inv*	6	0,9	3	9,7					1	12,5			1	100,0	1	20,0				
TOTAL	671	100	31	100,0	44	100,0	3	100,0	8	100,0	19	100,0	1	100	5	100	7	100,0	1	100,0

Obs.: Resultado biópsia : (1) HPV-NIC I, (2) NIC II, (3) NICIII, (4) Carcinoma escamoso microinvasor, (5) Carcinoma escamoso invasor, (6) Resultado negativo ou indeterminado, (7) Adenocarcinoma invasor.

* Ca esc inv: carcinoma escamoso invasor.

Tabela 3 - Tratamentos realizados pelas mulheres cadastradas no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Diagnóstico Inicial	N %		Tratamentos Realizados (n= 585)																	
			1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %										
AGUS	31	4,6	31	5,8																
Aden inv*	1	0,1						1	20,0											
HPV	58	8,6	51	9,5									7	7,5					7	7,7
ASCUS	220	32,8	187	34,7	1	4,0							33	35,5					33	36,3
NIC I	285	42,5	232	43,0	2	8,0							53	57,0					51	56,0
NIC II	47	7,0	32	5,9	11	44,0	5	45,5	1	20,0	1	20,0								
NIC III	23	3,4	5	0,9	10	40,0	6	54,5	2	40,0	2	40,0								
Ca esc inv**	6	0,9	1	0,2	1	4,0			1	20,0	2	40,0							1	100,0
TOTAL	671	100,0	539	100,0	25	100,0	11	100,0	5	100,0	5	100,0	93	100,0	1	100,0	91	100,0	1	100,0

Obs.: Tratamentos realizados : (1) Clínico, (2) Conização, (3) Cirurgia de alta frequência, (4) Radioterapia (5) Histerectomia, (6) Tratamento inicial ignorado, (7) Óbito, (8) Não realizou tratamento.

* Diag Inicial: diagnóstico inicial (primeiro exame colpocitológico).

**Aden inv: Adenocarcinoma invasor.

*** Ca esc inv: carcinoma escamoso invasor.

Tabela 4 - Demonstrativo da média de idade das mulheres na data do exame inicial, cadastradas no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Ano do Exame	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
2001	54	32,15	8,17	31	21	49
2002	242	33,44	8,54	33	20	49
2003	162	33,35	8,95	33	20	49
2004	97	33,22	8,26	32	20	49
2005	112	31,94	7,67	32	20	49

p valor = 0,506; análise de variância (ANOVA).

De acordo com a análise da data do último seguimento registrado no SISCAM, observa-se na Tabela 5 que, em 2002, encerrou-se o acompanhamento de 128 mulheres (19.1%), em 2003, concluiu-se 124 (18,5%) seguimentos. O ano de 2004 aparece com o maior número de encerramentos, com 267 (39,8%) registros. Em 2005, concluiu-se apenas 57 (8,5%) e verificou-se, ainda, que 95 (14,2%) permaneceram em seguimento no ano de 2006.

Tabela 5 - Seguimentos realizados às mulheres cadastradas no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Data do último seguimento	Frequência	%
2002	128	19,1%
2003	124	18,5%
2004	267	39,8%
2005	57	8,5%
2006	95	14,2%
Total	671	100,0%

O tempo médio de permanência em seguimento foi de 10,43 meses (DP = 8,83). O menor período registrado foi de 1 mês e o maior período de 39 meses. Para consolidar as informações de seguimento utilizaram-se várias estratégias, conforme verifica-se na Tabela 6 que demonstra que o maior número de dados (72,9%) teve origem nas unidades de saúde, seguida, respectivamente, pela busca ativa por meio de correspondência (19,4%) e outras estratégias (7,7%). Ressalta-se que na amostra do estudo não foi realizada visita domiciliar.

Tabela 6 - Estratégia para obtenção de informações sobre o seguimento das mulheres cadastradas no SISCAM, Amazonas, no período de 2001 a 2005.

Estratégia para obtenção de informação	n	%
Dados fornecidos pela unidade de saúde	489	72,9
Através de correspondência	130	19,4
Através de visita domiciliar	0	0,0
Outras	52	7,7
Total	671	100,0

Discussão

Para que programas de prevenção de câncer sejam eficazes é necessário na ação seguimento, o completo procedimento diagnóstico associado a um adequado tratamento de cada caso, além da observação dos vários desfechos, sejam eles favoráveis (tratamento e cura) ou desfavoráveis (recidiva, progressão e óbito)¹⁵.

Seguimento é definido no dicionário Aurélio como ato ou efeito de seguir. Seguir significa ir atrás de; acompanhar, observar a evolução; aderir; continuar; prosseguir. Adesão é definida como ato ou efeito de aderir, concordância¹⁶.

Após o primeiro preventivo as estratégias de seguimento são diferentes para cada mulher. No resultado dentro dos limites da normalidade, o exame deve ser repetido após um ano e permanecendo normal, orienta-se nova coleta após três anos. Na amostra insatisfatória, o exame deverá ser repetido imediatamente¹³. A mulher com esfregaço alterado é contatada para acompanhamento de acordo com o resultado. Nas LBG, deve retornar em 6 meses para nova coleta. Permanecendo alguma alteração, indica-se a colposcopia. Nos resultados com LAG está indicada a biópsia dirigida por colposcopia¹⁷.

Na amostra estudada, o diagnóstico inicial de LBG (AGUS, ASCUS, HPV e NIC I) correspondeu a 594 (88,7%) dos casos registrados, sendo submetidas a colposcopia 37 mulheres, destas 91,89% com resultados negativos. Cadastrou-se 77 (11,3%) mulheres com LAG (NIC II, NIC III) e carcinoma escamoso invasor, destas 50,6% foram submetidas a colposcopia, com resultado positivo em 73,68% dos procedimentos. Observa-se na Tabela 2

que se realizou biópsia dirigida do colo em 100% das pacientes com diagnóstico inicial de NIC II, NIC III e Ca escamoso invasor, com resultado positivo na colposcopia, conforme preconiza o INCA e MS¹⁷.

Caso a mulher não compareça a unidade para buscar o resultado do exame, realiza-se busca ativa através de vários mecanismos: aerograma, telefone, agente comunitário de saúde (ACS) em visita domiciliar, rádio e TV. Em último caso, o coordenador pode ativar outro mecanismo de busca¹⁷.

No Amazonas, conforme a Tabela 6, a estratégia que se destacou para alimentar o cadastro do SISCAM foi oriunda de dados fornecidos pelas unidades de saúde (72,9%). Realizou-se busca ativa após análise do relatório mensal do SISCOLO, enviando correspondência às mulheres com resultado alterado (19,4%), comunicando-se os passos a seguir. A resposta foi quase sempre imediata, buscando maiores informações, com a atuação da psicóloga da coordenação. Devolvida a correspondência, utilizaram-se outras estratégias para obter informações (7,7%): contato com as secretarias municipais de saúde no interior e visita domiciliar pelo ACS; na capital um funcionário da coordenação fez rastreamento com o veículo do programa. Em último caso, utilizou-se a imprensa. Não foi realizada nenhuma visita domiciliar no grupo pesquisado^{3,4}.

A divulgação da hierarquização da rede de assistência estabelecendo-se o fluxo de referência e contra-referência é essencial para garantir o acesso a população feminina referenciada^{15,17}. As UBS são portas de entrada realizando o primeiro exame, acompanhando as pacientes com exames normais e realizando busca ativa de faltosas. No caso de resultado alterado, referencia a unidade de saúde secundária para avaliação colposcópica e procedimento de diagnose e tratamento. Após o tratamento, a mulher deve ser contra-referenciada a UBS. Caso necessite de tratamento oncológico, é encaminhada à unidade terciária de saúde para realizar tratamento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia, incluindo cuidados paliativos¹⁵.

Em 2001, foi estabelecida a rede hierarquizada no estado, o programa foi implantado nos 62 municípios e em 72 unidades de saúde da capital. Definiu-se 10 locais de tratamento secundário, sendo 5 na capital e 5 em municípios pólo; distribuindo equipamentos e capacitando profissionais. A atenção oncológica é realizada na FCECON³.

Os instrumentos de acompanhamento variam de acordo com a gravidade da lesão. Os exames insatisfatórios devem ser registrados em fichas de acompanhamento, “livro preto” e outros mecanismos. Para as lesões precursoras e os cânceres é utilizado o SISCOLO, que importa os diagnósticos positivos de sua base geral para uma base exclusiva do seguimento

denominada SISCAM, separando os dados em grupos de baixo e alto grau e emitindo relatórios com o registro de procedimentos diagnósticos, tratamentos, faltas, abandono e óbito¹⁵.

Nas unidades de saúde do Amazonas utiliza-se o “livro preto” para o controle dos resultados das alterações. O SISCOLO foi implantado em todos os laboratórios credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para leitura e registro dos exames. O SISCAM é o instrumento de acompanhamento das mulheres com LBG e LAG e de cadastramento dos participantes dos treinamentos, facilitando a localização e oferecendo melhor controle do número de profissionais capacitados. Até o período pesquisado, o SISCAM estava sendo utilizado apenas na FCECON^{3,4}.

Na implantação de um programa de rastreamento populacional é essencial a capacitação dos profissionais para coleta, leitura, interpretação de imagens, realização de exames diagnósticos com biópsia, conização e histerectomia. Investir em equipamentos é primordial¹⁸.

A coordenação estadual iniciou a organização da rede em 1999, estruturando-a com recursos humanos e materiais. Esta coordenação realizou capacitações dos profissionais das várias categorias, visando descentralizar a assistência e uniformizar normas, procedimentos de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e terapêutica do câncer. Utilizou a mobilização social visando estabelecer rede de comunicação para as atividades desenvolvidas nas várias etapas do programa de forma a motivar e engajar a mulher. Para divulgação do programa, criou-se um logotipo que foi impresso em camisetas, *folders*, livretos, bolsas, cartazes, pastas e impressos. Implantou-se o programa de Controle de Qualidade para os prestadores de serviços. No Amazonas, mais de 50% das coletas são realizadas pela equipe de enfermagem atendendo à Portaria 095/99 que diz que a coleta de Papanicolau pode ser realizada pelo médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem^{3,4, 19}.

Definiu-se, através da coordenação estadual, a distribuição de cotas de preventivo com teto mensal de 14.470 exames (9.380 na capital e 5.090 no interior), sendo estabelecidas cotas para UBS e para laboratórios credenciados. Distribuíram-se kits descartáveis para coleta do preventivo e fixadores, formulários para o registro dos exames citopatológico e histopatológico, para evitar descontinuidade nas atividades e conseqüente descrédito do programa.

A distribuição da faixa etária quando da inscrição no programa permite avaliar o acesso ao diagnóstico precoce da patologia cervical¹⁸. No grupo estudado, observa-se que a média de idade das mulheres amazonenses por ocasião do primeiro exame foi semelhante nos cinco anos pesquisados, situando-se no início da quarta década de vida. Em Naviraí (MS)²⁰ a

média de 29,7 anos de idade das pacientes com LBG e 36,3 anos com LAG demonstrou que as lesões precursoras ocorrem em faixa etária inferior à prevista como prioritária pelo Viva Mulher, que era de 35 a 40 anos; corroborando estudo internacional de Coppell, Paul e Cox (2000) apud Roberto Neto et al²⁰ sobre o aumento da incidência de LAG em mulheres jovens com 20 a 34 anos de idade, sugerindo a redução da faixa etária prioritária.

Vários autores declaram que a frequência de HPV nos exames é um indicador de risco de adoecer por câncer cervical, portanto, esta infecção destaca-se entre os demais co-fatores associados ao câncer uterino entre os quais início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo e infecção por HIV^{20,21,22,23,24,25}.

Nesta pesquisa a frequência de HPV na população em estudo foi de 8,6% (58/671) com IC95% (6,7-11,1). Na pesquisa em Paulínia (SP) a frequência de HPV encontrada foi de 32,8% e 30,4% no serviço de referência em Campinas (SP)¹⁸. Enquanto no Maranhão²⁶ foi encontrado o efeito citopático compatível com o HPV em 1,6% dos exames realizados pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino (PNCCU), entre 1999 e 2000. Observa-se discrepância entre os dados do Amazonas e os das pesquisas citadas, pois sendo o HPV considerado uma doença sexualmente transmissível, pode “ser um fator de risco necessário, mas não suficiente, para a neoplasia cervical²⁷.”

Na amostra pesquisada a concordância entre a citopatologia e a colposcopia foi de 41,3%. Nos laudos com NIC II apenas 40,4% (19/47) realizou colposcopia sendo que os 68,4% (13/19) com resultados positivos foram submetidos a biópsia dirigida, e 76,9% (10/13) dos laudos histopatológicos apresentados subestimados na citopatologia. Realizou-se colposcopia e biópsia dirigida em 69,5% dos laudos NIC III, encontrando-se 75,0% de coerência com o diagnóstico original. Nos resultados de carcinoma escamoso invasor, realizou-se colposcopia e biópsia dirigida em 50,0% confirmando-se o diagnóstico de carcinoma micro-invasor ou invasor em 66,66% dos laudos histopatológicos.

Tais informações mostram que não foi realizada análise conjunta dos exames Papanicolau, colposcopia e histopatologia para verificar a coerência entre os resultados, conforme se constitui o padrão internacional de rastreamento nos países desenvolvidos²⁰. Observa-se também que a proporção de concordância entre o exame citopatológico alterado e a colposcopia positiva está abaixo daquele encontrado em outro estudo que foi de 92,0% e entre o citopatológico e o histopatológico que foi de 69,0%²⁸.

Nas diretrizes do programa Viva Mulher é preconizado que 100% dos resultados positivos devem submeter-se a acompanhamento, quer seja para realizar procedimentos diagnósticos complementares e/ou terapia imediata. A conduta terapêutica baseia-se no

diagnóstico, localização, tipo histológico, estadiamento, idade e condições gerais da mulher^{13,15}.

Verificou-se que nas mulheres portadoras de alterações em seu exame Papanicolau 86,4% das mulheres teve acesso a algum tipo de tratamento, destacando-se o clínico (92,1%) e o tratamento inicial ignorado (13,7%); este último direcionado para tratamento clínico após a busca ativa. Foram realizados 2 procedimentos em 6,3% das portadoras de NIC II (CAF e conização) e em 8,6% daquelas com diagnóstico de NIC III (CAF e conização e/ou conização e radioterapia). Muitas vezes o tratamento da microbiologia identificada nos exames preventivos não foi realizado por falta de medicamentos específicos, ocorrendo o risco da evolução das doenças sexualmente transmissíveis (DST), onde está incluído o HPV, para um câncer. Na população estudada 13,7% das mulheres não realizaram tratamento e/ ou foram a óbito³.

Alternativas cirúrgicas preservando o corpo do útero são importantes para que a paciente possa engravidar posteriormente²⁸. Nesta pesquisa, realizou-se 90% dos procedimentos cirúrgicos de forma a permitir futura gravidez. Em relação ao total de tratamento, os métodos ablativos representaram 6% sendo 3,7% conizações, 1,6% CAFs e 0,6% histerectomias. Em estudo realizado em Paulínia e Campinas (SP) executou-se 16,1% e 22,7% conizações, respectivamente¹⁸. Esta disparidade pode sugerir a falta de comprometimento dos profissionais da rede assistencial na realização dos procedimentos, sobrecarregando a FCECON.

O cruzamento da data do diagnóstico original com o último registro de seguimento mostra o tempo de permanência das pacientes no programa. Este período pode subsidiar a análise de adesão ao cuidado. Na Tabela 5, observa-se que o ano de 2004 apresentou o maior percentual de conclusão de tratamentos (39,8%) e 2005 o menor percentual (8,5%), tendo 14,2% das mulheres continuado em seguimento em 2006. O tempo médio de permanência em tratamento foi de 10,4 meses (DP = 8,82), compatível com o período de tratamento clínico, que teve a maior ocorrência (79,5%) entre aqueles realizados (Tabelas 2 e 6).

Na amostra estudada 13,7% não realizou algum tipo de tratamento, e analisando o seguimento da população cadastrada no SISCAM, observa-se que 75,8% das mulheres tiveram o seguimento concluído, mas a proporção de 20,28% de mulheres sem seguimento é preocupante. Na avaliação do Viva Mulher na comunidade de Calafete, em Salvador (BA), o percentual de mulheres que procurou assistência foi semelhante (74,2%), das quais 52,2% alegaram ter recebido prescrição de tratamento e destas 8,7% não o efetivaram³⁰. Nos casos diagnosticados, a dificuldade de acesso a serviços especializados pode gerar a progressão das

lesões precursoras para formas invasivas¹⁸. Em Campinas (SP), a taxa de abandono do tratamento no serviço especializado foi de 60%³¹.

Nos relatórios anuais da coordenação do programa Viva Mulher estão descritas as principais dificuldades para operacionalização que podem ter várias origens: a falta de compromisso político, a não adesão dos profissionais a padronização de informações e procedimentos, o preenchimento inadequado dos formulários prejudicando o seguimento, a dificuldade de deslocamentos das mulheres interioranas, o difícil acesso geográfico para supervisão municipal, a dificuldade de locomoção geográfica que retarda o envio das lâminas para leitura em Manaus, cujo transporte fluvial é de até 15 dias, a indefinição na responsabilidade para a aquisição do kit ginecológico descartável para o exame, o atraso dos laboratórios credenciados ao SUS na emissão de laudos dos exames e dificuldade de referência e contra-referência para tratamento, agravado pelo fato de que nenhuma Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Amazonas implantou o módulo seguimento, as UBS não possuem computador^{3,4}.

Diversos autores^{31,32,33,34} corroboram tais dificuldades, pois afirmam que as barreiras para o não acompanhamento dessas mulheres são múltiplas, passando tanto por problemas econômicos quanto políticos, entre os quais destacam-se: número reduzido de postos de coleta, burocracia, filas, demora na entrega do resultado dos exames, indefinição e/ou sobreposição de atribuições, ausência de metas a serem atingidas, falta de modernização das tecnologias médicas e precariedade dos sistemas de informação.

A partir de 2002, o programa começou a atingir a população feminina residente nas comunidades de difícil acesso geográfico da região amazônica, que nunca realizou o preventivo, dentre elas, muitas indígenas. Em 2004 realizou-se 114.882 exames com distribuição de apenas 70.342 kits, o número de kits distribuídos foi menor do que o de exames realizados o que demonstra maior comprometimento das UBS com as atividades, investindo na aquisição do material para a coleta. A assistência nos três níveis ficou mais integrada, facilitando a referência do tratamento e seguimento de todas as mulheres com LBG e LAG^{19,35}.

Conclusão

A etapa seguimento é fundamental para a eficácia de um programa de prevenção de câncer ginecológico, o que vai ao encontro das diretrizes norteadoras do Programa Viva Mulher.

De acordo com a pesquisa realizada conclui-se que:

- 1) A implantação da base de dados exclusiva do seguimento denominado SISCAM proporcionou ao gestor o controle mais efetivo dos dados, visto que seus relatórios permitem o acompanhamento dos procedimentos diagnósticos, tratamentos, faltas, abandono e óbito. Entretanto, o programa precisa ser aperfeiçoado para evitar a duplicidade de informações, uma vez que os registros são efetuados por exame realizado, ao invés de serem cadastrados por usuária. A centralização das informações na FCECON ocorre pelo descaso das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Amazonas em viabilizar a implantação do *software* em outras instituições o que reduz a agilidade das informações e dificulta a avaliação do programa.
- 2) Os dados analisados demonstram que 98,6% da população pesquisada teve acesso a algum tipo de tratamento. Contudo, o percentual de 20,3% do total de mulheres cadastradas sem seguimento é preocupante, corroborando o relato da coordenação estadual quando cita em seus relatórios que as dificuldades de cobertura e seguimento poderiam ser atribuídas a falta de compromisso político, profissional e à geografia do nosso estado sendo necessário implementação de políticas para ampliar o acesso, estímulo à adesão ao tratamento e o envolvimento da equipe multiprofissional que atua no programa.
- 3) Em relação a complementação diagnóstica das LBG, verifica-se que realizou-se colposcopia em apenas 6,22% (37/594) dos casos e que foi realizado colposcopia e biópsia dirigida em 50,6% (38/77) das LAG.
- 4) O programa sugere o método Ver e Tratar, no momento da realização da biópsia dirigida, todavia, apenas 45,83% dos casos com resultados NIC I e II foram submetidos a CAF. Este dado pode sugerir que os equipamentos distribuídos em comodato pelo MS e INCA aos 10 pólos secundários estejam subutilizados pelos profissionais capacitados pela coordenação.
- 5) Quanto ao diagnóstico precoce, os dados revelam que apesar da faixa etária de risco de desenvolvimento do câncer cervical iniciar a partir dos 20 anos, a média de idade por ocasião do primeiro exame manteve-se no início da quarta década de vida. Esta informação poderá levar a suposição de que a realização do exame ainda está associada à procura da unidade por outros motivos e não prioritariamente na prevenção.
- 6) O percentual de buscas ativas de 27,1% encontrado na amostra está abaixo dos 40% relatados pelo MS, vislumbrando duas possibilidades: a não realização desta busca a todas as faltosas ou que as orientações fornecidas por ocasião da coleta do preventivo têm sido positivas para a adesão ao programa. É importante destacar a rotina utilizada pela coordenação estadual de enviar correspondência para todas as mulheres com resultados

alterados após o acesso as informações do SISCOLO, antes do resultado do exame ter sido enviado a unidade de origem.

7) Nos relatórios anuais da coordenação estadual ficou evidenciado que 100% dos municípios receberam treinamento gerencial. Realizou-se dezenas de capacitações durante os cinco anos pesquisados. As dificuldades no desenvolvimento das atividades podem ser interpretadas como consequência da alta rotatividade de médicos e enfermeiros nas cidades do interior e a uma deficiente replicação dos treinamentos.

Por fim, com as conclusões supracitadas, faz-se necessário implementar a realização do diagnóstico complementar como estratégia de efetividade comprovada; estimular a realização do procedimento de biópsia ampliada do colo com CAF (método Ver e Tratar) visando reduzir custos e encaminhamentos desnecessários a unidade terciária; e implementar estratégias associadas ao Programa Saúde da Família com vista a captação precoce das mulheres que nunca tiveram acesso ao exame Papanicolau e redução da data de início do primeiro exame.

Referências Bibliográficas

1. NOVAES HMD. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 544-59, 2000.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estimativas de Incidência da Mortalidade de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2005.
3. AMAZONAS, Fundação de Controle em Oncologia, Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. **Relatório Anual**. MANAUS: 2001.
4. _____. **Relatório Anual**. MANAUS: 2003.
5. SCHWARTZMAN S. **A Qualidade no espaço universitário**: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho preparado para o Congresso Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1993.
6. PEREIRA MG. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
7. VIEIRA-DA-SILVA LM, FORMIGLI VLA. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan-mar, 1994.

8. VIEIRA-DA-SILVA LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA, LM (Coord). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA/Ed Fiocruz, 2005.
9. CLEMENHAGEN C, CHAMPAGNE F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical departments heads. **Quality Review Bulletin**, 1986.
10. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT RA. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ ZMA (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1997.
11. ROSSI PH, FREEMAN HE. **Evaluation. A Systematic Approach**. 2. ed. London: Sage, 1982.
12. NEMES MIB. **Avaliação em Saúde: Questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed ABIA, 2001.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Falando sobre Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002.
14. WAYNE WD. **Biostatistics: a foundation for analysis in the Health Sciences**, 5 ed, John Wiley & Sons, 1987.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002.
16. Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, abr-mai-jun, 1997.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Organizando a Assistência**. Brasília: 2002.
18. SANTIAGO SM, ANDRADE MGG. Avaliação de um Programa de Controle ao Câncer Cérvico-Uterino em Rede Local de Saúde da Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571-578, mar-abr 2003.
19. AMAZONAS, Fundação de Controle em Oncologia, Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. **Relatório Anual**. MANAUS: 2002.

20. ROBERTO NETO A, RIBALTA JCL, FOCCHI J, BARACAT EC. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, 2001.
21. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual anual de controle das DST**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Profissionais de Saúde**. Brasília: 2002.
23. OKADA, MMK, GONÇALVES MAG, GIRALDO PC. Epidemiologia e Patogênese do Papilomanírus Humano (HPV). In: CARVALHO JJ, OYAKAMA N. (Coord). **I Consenso Brasileiro de HPV**. São Paulo: BG Cultura, 2000.
24. PEREYRA EAG, PARELLADA, CI. **Diagnóstico e Tratamento da Infecção Genital pelo Papilomavírus**. São Paulo: Artsmed, 2003.
25. NICOLAU SM. (Coord.). **Rastreamento do Câncer cervical e o Uso da Captura Híbrida**. Instituto de Pesquisa em Oncologia Ginecológica. 2004. Disponível em: <<http://www.ipog.com.br>>. Acesso em: 20/06/2005.
26. NASCIMENTO MDSB, PEREIRA ACS, SILVA AMN, SILVA LM; VIANA GMC. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Uterino: Análise de Aspectos Citológicos e Epidemiológicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 04, 2001.
27. FOLLEN M, TORTORELO-LUNA G, VLASTOS AT, BODURKA DC. Câncer de Colo de Útero e Lesões Precursoras. In: POLLOCK, Raphael E. M. et al (Editor). **Manual de Oncologia Clínica da UICC**; 8 ed, São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. p 537-558.
28. STIVAL CO, LAZZAROTTO M, RODRIGUES YB, VARGAS VRA. Avaliação Comparativa da Citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Cancer de Colo de Útero. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro: v. 37, n.4, p 215-218, 2005.
29. ARAÚJO CLC. **Oncologia: Câncer Ginecológico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
30. OLIVEIRA CMS, LOPES RLM. Prevenção do Câncer de Colo e Participação Feminina no Viva Mulher. **Revista Bahiana de Enfermagem**, v. 18, n 1/2, p. 19-28, jun-ago 2003.

31. PINOTTI JA, ZEFERINO LC. **Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino**. Campinas: Editora UNICAMP, 1987.
32. GUEDES TG, PORDEUS AMJ, ROCHA MA, DIÓGENES. Análise Epidemiológica do Câncer de Colo Útero em Serviço de Atendimento Terciário no Ceará - Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n 4, p. 205-210, 2005.
33. SILVA IMR, BRENNAN SMF, MORIWAKI OM, MARIANI NETO C. Avaliação dos Programas Brasileiros para Controle do Câncer Genital.. **Revista de Administração de Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 97-102, jul-set, 2004.
34. TAVARES CMA, PRADO ML. Pesquisando a Prevenção do Câncer Ginecológico em Santa Catarina. **Texto Context Enferm**, Florianópolis: v. 15, n 4, p. 578-586, out-dez, 2006.
35. AMAZONAS, Fundação de Controle em Oncologia, Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. **Relatório Anual**. MANAUS: 2004

4.3 Artigo 3

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA VIVA MULHER NO AMAZONAS, NORTE DO BRASIL, DE 1996 A 2005

Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre⁷
David Lopes Neto⁸

O estudo teve por objetivo avaliar o impacto da implantação do Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e de Mama – Programa Viva Mulher – no padrão da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas no período de 2001 a 2005. Estudo exploratório-descritivo, com análise ecológica e temporal dos casos de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, no período de 1996 a 2005; utilizando como fonte de dados o IBGE, SIM, DATASUS e o NUSIM/FVS/AM. A análise da taxa de mortalidade por câncer cérvico-uterino no período mostra uma tendência descendente de 37% no período de 1998 a 2001, seguida de variação ascendente de 46% entre 2001 e 2005. A faixa etária de 40-49 anos apresentou tendência decrescente e o câncer de útero sem outras especificações apresentou tendência descendente no período de 1998 a 2003. A taxa de mortalidade por câncer de colo de útero de 9,6/100.000 em 2005 ainda é importante causa de morte no Amazonas. A tendência decrescente da mortalidade por câncer de útero sem outras especificações teve importante influência na variação descendente na taxa de mortalidade por neoplasia uterina. Conclui-se que para a redução das taxas de mortalidade no Amazonas são necessárias medidas que visem aumentar a cobertura da população de risco de modo a se atingir o percentual de 80% preconizado pelo MS/INCA.

Palavras chave: Câncer de útero. Mortalidade feminina. Diagnóstico.

TENDENCY MORTALITY FOR UTERUS LAP CANCER AFTER IMPLANTATION OF THE PROGRAMA VIVA MULHER IN AMAZONAS, NORTH OF BRAZIL FROM 1996 TO 2005

The study had for objective evaluate the impact of the National Combat Program implantation to the Cervical Uterine and Mamma Cancer - of *Viva Mulher* Program – in the mortality rate standard for uterus lap cancer in Amazonas-North of Brazil, in the period from 2001 to 2005. Exploratory-descriptive study, with ecological and temporal analysis of the mortality cases for uterus lap cancer in Amazonas, of women in the of age band from 20 to 49 years, in the period from 1996 to 2005; using as data source IBGE, SIM/DATASUS and NUSIM/FVS/AM. The mortality rate analysis for cervical-uterine cancer in the period shows a descending tendency of 37% in the period from 1998 to 2001, followed by ascending variation of 46% between 2001 and 2005. In the of age band of 40-49 years presented decreasing tendency and the uterus cancer without other specifications presented descending tendency in the period from 1998 to 2003. The mortality rate for uterus lap cancer of 9,6/100.000 in 2005 is still death important cause in Amazonas. The decreasing tendency of the mortality for uterus lap cancer without other specifications had important influence in the descending variation in the mortality rate for uterine neoplasia. It concludes that for the mortality rates reduction in Amazonas measures that aim increase the risk population coverage so as to reach the percentage of 80% are necessary praised by MS/INCA.

Keywords: Uterus cancer. Feminine mortalit. Diagnosis.

⁷ Mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz /Universidade Federal do Amazonas/ Universidade Federal do Pará; Enfermeira. Diretora geral da Policlínica Codajás em Manaus/AM. E-mail: joselita@policodajas.am.gov.br

⁸ Doutor em Enfermagem. Professor e Diretor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas. E-mail: davidnetto@ufam.edu.br

INCLINACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO DESPUES A IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA VIVA MULHER EN AMAZONAS, NORTE DE BRASIL DE 1996 A 2005

El estudio tuvo por objetivo evaluar el impacto de la implantación del Programa Nacional de Combate al Cáncer Cérvico Uterino y de Mama – “Programa Viva Mulher” – en la calidad de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero en Amazonas, en el período de 2001 a 2005. Estudio exploratorio-descriptivo, con análisis ecológico y temporal de los casos de mortalidad por cáncer de cuello de útero en Amazonas, de mujeres en la banda etária de 20 a 49 años, en el período de 1996 a 2005; utilizando como fuente de datos el IBGE, el SIM/DATASUS y el NUSIM/FVS/AM. El análisis de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino en el período muestra una inclinación descendente del 37% en el período de 1998 a 2001, seguida de variación ascendente del 46% entre 2001 a 2005. En la banda etária de 40-49 años presentó inclinación decreciente y el cáncer de útero sin otras especificaciones presentó inclinación descendente en el período de 1998 a 2003. La tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero de 9,6/100.000 en 2005 aún es importante causa de muerte en Amazonas. La inclinación decreciente de la mortalidad por cáncer de útero sin otras especificaciones tuvo importante influencia en la variación descendente en la tasa de mortalidad por neoplasia uterina. se concluye que para la reducción de las tasas de mortalidad en Amazonas son necesarias medidas que visen aumentar la cobertura de la población de riesgo de modo a si alcanzar el percentual del 80% preconizado por el MS/INCA.

Palabras clave: Cáncer de útero. Mortalidad femenina. Diagnóstico.

Introdução

O câncer de colo de útero está na sétima colocação entre as neoplasias, porém ocupa o segundo lugar nas mulheres de todo o mundo. Em 2002, foram estimados 493.000 casos novos e 274.000 mortes por este tipo de câncer, destacando-se que 83% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, onde o câncer cervical representa 15% dos casos de cânceres femininos. As mais altas incidências são observadas na África (sub-Saara), Malásia, América Latina; Caribe e região centro-sul e sudoeste da Ásia. As taxas de mortalidade são mais baixas que as de incidência, e também são altas nas mesmas regiões¹.

Nas Américas, consoante Robles², ocorrem mais de 68.000 casos novos de câncer cervical por ano, sendo esta a parte do organismo feminino mais suscetível a câncer na América Latina e Caribe. A América do Norte apresenta a morbi-mortalidade mais baixa e nas demais Américas há grande variabilidade, com alta incidência no Brasil, Paraguai e Peru.

As estatísticas de mortalidade são importantes indicadores de saúde da população, logo, estudo realizado no período de 1960 a 1993 apresentou taxa de mortalidade por câncer cérvico uterino em 14 países do continente americano. O Canadá apresentou declínio atingindo 1,4 óbitos/100.000 mulheres, enquanto os países latino-americanos não apresentaram nenhuma redução importante nos 33 anos estudados. Em relação à taxa de mortalidade, destacaram-se no ano de 1990 Barbados (12,8/100.000), Chile (11,7/100.000) e México (14,5/100.000)².

No Brasil, este tipo de câncer é a quarta causa de morte, precedido pelo câncer de mama, pulmão, cólon e reto. Estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para a incidência do câncer de colo de útero no Brasil em 2005 mostra 20.690 casos novos, com um risco estimado na região Norte de 23/100.000 mulheres e uma significativa incidência desta doença evidenciando-se na faixa etária de 20 a 29 anos, atingindo o pico entre 45 e 49 anos³.

Em Manaus, com a implantação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), no ano de 2001, foi possível conhecer as causas de adoecimento por câncer no Amazonas. Verificando-se que nas mulheres manauaras, o câncer de colo uterino ocupa o primeiro lugar em incidência (27,80%) e em estimativa de óbitos (9,89%)⁴.

Entretanto, o cenário pode ser modificado, uma vez que esta neoplasia tem prognóstico positivo se diagnosticada e tratada precocemente principalmente quando da detecção por meio do exame colpocitológico periódico que tem baixo custo, é simples e eficaz.

Com a adoção de programas de rastreamento estruturados, como já aconteceu em países da Europa, como Finlândia, Dinamarca, Suécia e Reino Unido, é possível reduzir a mortalidade e a incidência desta doença por meio da promoção da saúde e detecção precoce das lesões precursoras com potencial maligno ou carcinoma *in situ*. A Finlândia e a Islândia tiveram cobertura de 75% a 85% da população e apresentaram redução da mortalidade por esta doença em 17% a 32%, dependendo da faixa etária⁵.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com o INCA implantou o Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama - Programa Viva Mulher, em 1998, o qual “(...) consiste no desenvolvimento de práticas e estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e mama⁶.”

O estudo teve por objetivo avaliar o impacto da implantação do Programa Viva Mulher no padrão da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, no período de 2001 a 2005, descrevendo a evolução desta taxa por causa específica (neoplasia maligna de colo de útero) e idade, 5 anos antes e após a implantação do programa por meio do Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) enfocando a seguinte questão norteadora: houve redução da taxa de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade após as ações do Programa Viva Mulher no Amazonas no período de 2001 a 2005?

Com base nas considerações acima, esta pesquisa se revestiu de importância porque ao avaliar o impacto na evolução da taxa de mortalidade no período definido pode-se oferecer inestimável contribuição ao Programa Viva Mulher por meio das informações que podem

subsidiar a implementação das ações para cobertura efetiva da população de risco, com tratamento adequado das lesões precursoras, qualidade dos registros e (re)formulação das políticas públicas de saúde na prevenção deste agravo uma vez que o câncer de colo de útero representa 60% de todos os cânceres das mulheres amazonenses sendo a maior causa de mortalidade.

Segundo Contandriopoulos⁷ “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Enquanto Donabedian⁸ define a avaliação como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”. Desta forma, a avaliação pode ser utilizada como um processo organizativo que oportuniza aos dirigentes de qualquer nível o realinhamento das atividades em execução e viabiliza o planejamento futuro direcionado à tomada de decisão.

Na década de 1960, ante a necessidade de acompanhamento adequado de programas de saúde, ampliou-se a construção de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde. O modelo clássico é o de Avedis Donabedian que propõe três categorias avaliativas: estrutura, processo e resultados⁹.

Para uma melhor avaliação de resultados, geralmente é empregada a **pesquisa avaliativa** que segundo Contandriopoulos⁷ “consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos”; podendo ser utilizados seis tipos de análises: estratégica, de intervenção, da produtividade, da implantação, do rendimento e dos efeitos.

Para decidir a linha metodológica a ser utilizada, é preciso saber o que se quer avaliar e a resposta mais recorrente é querer julgar se a intervenção funcionou e se produziu os impactos esperados. Neste foco, utilizou-se a análise de efeitos considerando que o ideal é que os programas tenham bem delineados quais os resultados que pretendem atingir. Em saúde, **resultados** referem-se aos efeitos produzidos em indivíduos e **impacto** refere-se à modificação nos indicadores populacionais decorrente a uma determinada intervenção.

Em avaliação, o impacto pode ser interpretado como a diferença observada nos efeitos, isto é, nas modificações do estado de saúde de indivíduos ou da população obtidas por um programa em relação a outro programa ou não.

A mensuração destes resultados poderá ser realizada através da observação longitudinal de indicadores de morbidade ou mortalidade, permitindo a inferência entre causa e efeito de modo a concluir que as mudanças nestes indicadores possam estar associadas à exposição a determinado programa também podendo se realizar através da comparação entre

estudos transversais antes e depois da intervenção. Caso haja dificuldade na realização de estudos especiais, esta análise poderá ser efetivada por meio do acompanhamento de séries temporais destes indicadores, que podem fornecer padrões indicativos das modificações esperadas^{7, 10, 11, 12}.

No campo da avaliação em saúde, concordam teoricamente Carneiro¹⁰ e Vieira-da-Silva¹³ que impacto é um conceito utilizado para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo. A tecnologia é efetiva se, associada à cobertura elevada durante um determinado período, tenha a possibilidade de causar impacto sobre o nível de saúde de uma população com redução da morbidade ou mortalidade de uma doença. Neste estudo, o impacto da implantação do Programa Viva Mulher foi avaliado pela redução do indicador de mortalidade do câncer cérvico uterino.

Destarte, foi realizada uma pesquisa avaliativa⁷ por meio de uma análise dos efeitos impactantes visando “avaliar a influência dos serviços sobre o estado de saúde” com o fito de “analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dele se beneficiaram”. Por este prisma investigativo, avaliação de resultados, neste contexto, significou levantar a modificação no nível de saúde da coletividade aqui representada como população ativa de mulheres acometidas por câncer de colo de útero utilizando a taxa de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade.

Na Figura 1, podemos caracterizar os cinco componentes de uma intervenção: objetivos; recursos; serviços; bens ou atividades; efeitos e contexto. O modelo é uma adaptação do proposto por Contandriopoulos⁷, no qual contextualizou-se cada componente do Programa Viva Mulher e destacando-se o componente **efeito**, visto que a pesquisa avaliativa a ser realizada estará analisando este objeto.

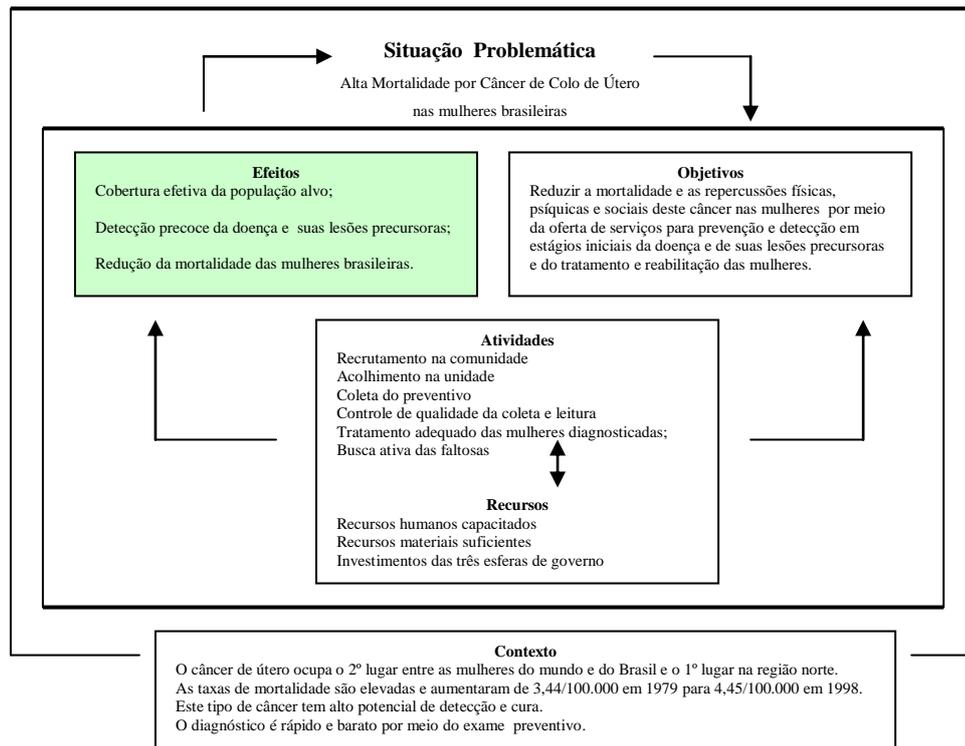


FIGURA 1 – Componentes de uma intervenção em saúde.

Fonte: Adaptação do Modelo proposto por Contadriopoulos (1997)

Materiais e Métodos

Estudo exploratório-descritivo, quantitativo, com análise ecológica (que utiliza medidas agregadas em nível municipal) e temporal dos casos de mortalidade por câncer de colo de útero no Amazonas, em mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, no período de 1996 a 2005. Este período foi assim determinado, haja vista o Programa Viva Mulher apesar de ter sido implantado em 1999, só no início de 2001 passou a contar com registros adequados no SISCOLO.

O Amazonas é composto por 62 municípios, com uma população em 2005 de 3.232.330 habitantes. Sua capital – Manaus – tem uma característica peculiar, que é a de abrigar cerca de 50% da população do estado tendo, em 2005, um total de 1.644.690 habitantes. A população feminina era de 1.608.065 mulheres àquela época, sendo que, na faixa etária de 20 a 49 anos totalizou-se 640.793.

Para a coleta foram considerados os dados relativos à população feminina de todos os 62 municípios do estado do Amazonas, tendo como fonte as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (censo, contagem populacional e estimativa).

Para os dados relativos aos óbitos de mulheres residentes utilizou-se duas fontes: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), acessado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o período de 1996 a 2004; e o Núcleo de Sistema de Informação (NUSIM/AM), da Fundação de Vigilância à Saúde do Amazonas (FVS/AM), para o ano de 2005.

Para ampliar o cenário da análise, levantaram-se as causas básicas de morte por câncer em outras topografias uterinas pois o estudo realizado por Rouquayrol e Almeida (1994) em São Paulo apud Derossi¹⁴, apontou que 25 % delas se referiam a câncer de colo de útero. Utilizando-se a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID BR 10) e detalhando-as em câncer de colo de útero (Ca colo) e câncer de útero sem outra especificação (Ca útero, SOE) para o câncer de corpo de útero e câncer de outras partes do útero, correspondem aos códigos C 53, C 54 e C 55, respectivamente.

Para atingir o objetivo proposto na avaliação da efetividade/impacto do Programa Viva Mulher, calculou-se as taxas de mortalidade por causa específica (neoplasia de colo de útero) e idade, com adequações dado que a população alvo do programa são mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos mas, segundo o INCA, a população de risco situa-se na faixa etária entre 20 e 49 anos. A mortalidade por câncer é expressa em mortes por 100.000 mulheres por ano.

Os dados foram armazenados no programa Excel e analisados no Programa Epi-Info, onde se realizou análise descritiva e cálculo dos indicadores por meio de tabelas e gráficos.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, intitulada “Avaliação do impacto do Programa Viva Mulher na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero – 2001 a 2005”, com projeto submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON).

Resultados

As taxas de mortalidade por câncer de colo de útero na população feminina do Amazonas, variaram de 7,89/100.000 (1996) a 10,59/100.000 mulheres (1998), antes da implantação do Programa Viva Mulher. Após o início do programa, revela-se uma tendência descendente de 37% no período de 1998 a 2001, apresentando menor valor de 6,63/100.000 em 2001. Contudo, nos anos de 2001 a 2003, observa-se ligeira variação seguida de curva ascendente que atinge 46% entre 2001 e 2005 (Tabela 1 e Gráfico 1).

Tabela 1. Mortalidade por câncer de colo uterino e de útero sem outra especificação em mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.

Ano do Óbito	População 20 - 49 anos	Ca colo		Ca útero SOE		Ca de útero	
			CM		CM		CM
1996	456.164	36	7,89	10	2,12	46	10,08
1997	469.890	28	5,96	8	1,70	36	7,66
1998	481.439	51	10,59	15	3,12	66	13,71
1999	493.009	46	9,33	17	3,45	63	12,78
2000	555.308	47	8,46	12	2,16	59	10,62
2001	572.904	38	6,63	13	2,27	51	8,90
2002	585.494	48	8,20	3	0,51	51	8,71
2003	599.500	44	7,34	5	0,83	49	8,17
2004	613.485	54	8,80	17	2,77	71	11,57
2005	640.793	62	9,68	11	1,72	73	11,39

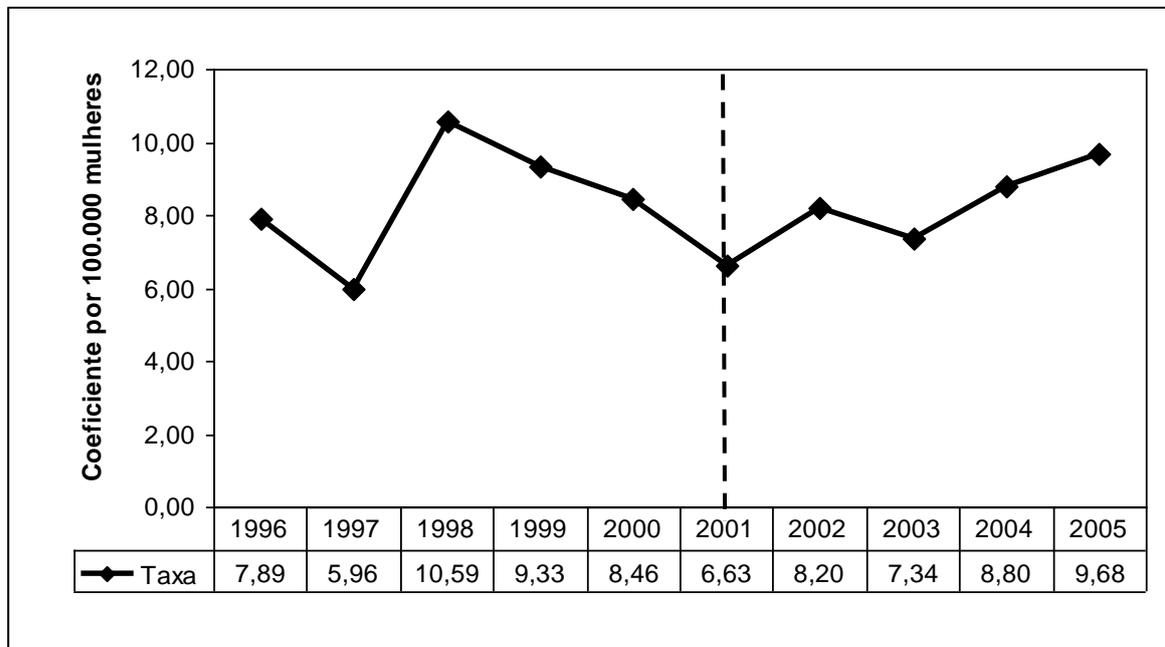
Fontes: IBGE para os dados populacionais.

SIM/DATASUS para os dados de mortalidade dos anos 1996 a 2004.

NUSIM/FVS para os dados de mortalidade referentes ao ano 2005.

Observações: Ca colo: Câncer de colo de útero, CM: Coeficiente de Mortalidade, Ca útero SOE: Câncer de útero sem outra especificação ; Ca útero: Câncer de colo de útero e Câncer de útero sem outra especificação.

Gráfico 1. Mortalidade por câncer de colo uterino em mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.



Fontes: IBGE para os dados populacionais.

SIM/DATASUS para os dados de mortalidade dos anos 1996 a 2004.

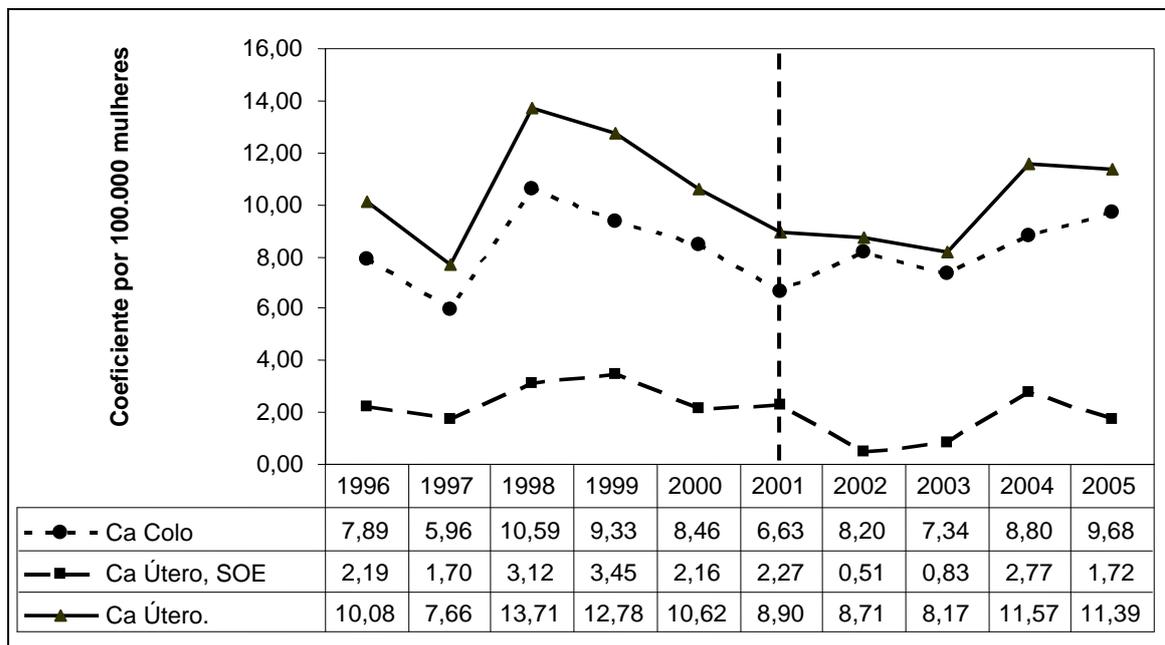
NUSIM/FVS para os dados de mortalidade referentes ao ano 2005.

Ao se analisar a tendência da taxa de mortalidade de acordo com a topografia do tumor, verifica-se que o registro de óbitos por Ca de útero SOE apresenta-se estável por toda a década, com exceção dos anos de 2002 e 2003, nos quais observa-se as menores taxas, de 0,51 e 0,83/100.000 mulheres, respectivamente, verificando-se uma elevação que se mantém estável em 2004 e 2005 (Tabela 1 e Gráfico 2). No intuito de ampliar o cenário da observação, levantou-se as causas de morte que tiveram o Ca de útero (Ca de colo de útero e de útero, SOE) como causa principal observando-se uma tendência descendente de 40,38% no período de 1998 a 2003 (Gráfico 2).

Quando estratifica-se as mulheres de acordo com as faixas etárias, evidencia-se que apesar das taxas de mortalidade por esta neoplasia serem muito baixas no grupo etário de 20 a 29 anos, houve uma queda de 3,03/100.000 em 1996 para 1,37/100.000 mulheres em 2005. Estas taxa apresentam variação significativa com o aumento da idade, mostrando taxas mais elevadas na faixa etária de 40-49 anos. Apesar de ocorrer uma discreta variação no sentido ascendente no ano de 2005, este grupo foi o que mostrou tendência decrescente de 38,87% após a implantação do programa Viva Mulher (Gráfico 3).

Na análise dos óbitos por residência, por câncer de colo de útero, segundo município e por ano de óbito, no período e faixa etária pesquisada, a capital Manaus aparece com a proporção de mortalidade superior a 80%, tendo nos anos de 1996 e 2003 atingido 94,44% e 90,91% de óbitos por este tipo de câncer (Gráfico 4). Ampliando a observação para todas as neoplasias uterinas, observa-se esta mesma tendência com percentuais superiores a 76%, destacando-se o ano de 2003 com 87,5% das ocorrências de morte no (Gráfico 5).

Gráfico 2. Mortalidade por tipo de lesão uterina em mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.

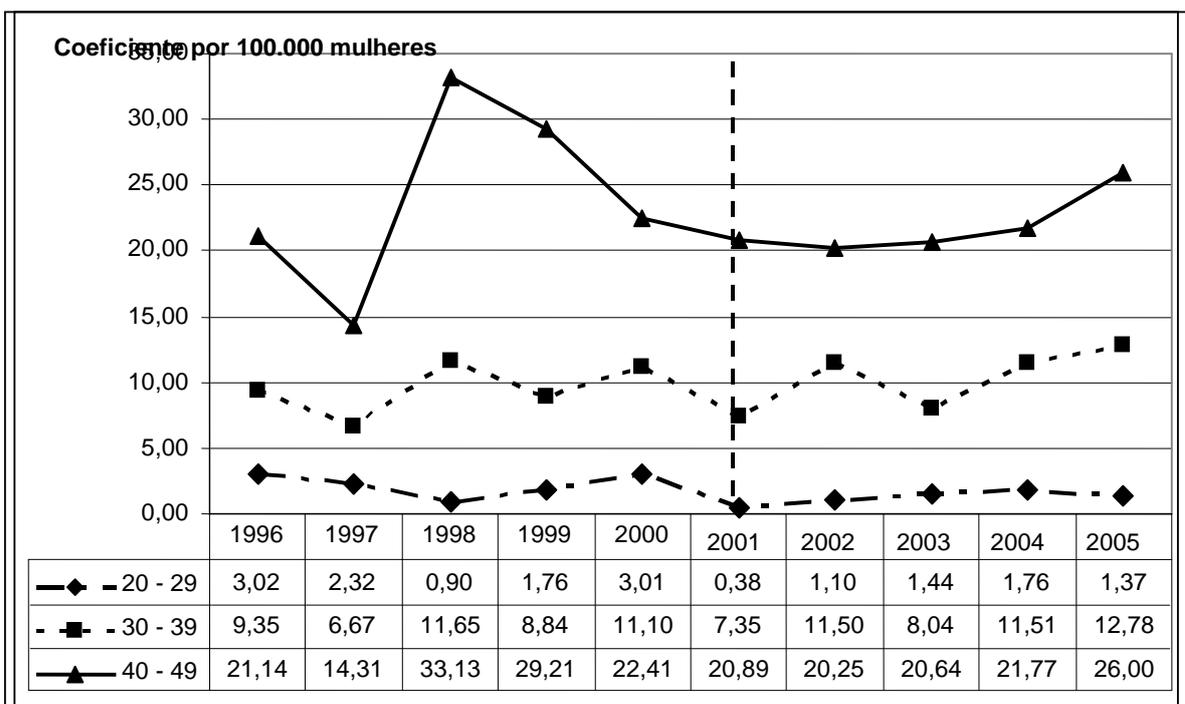


Fontes: IBGE para os dados populacionais.

SIM/DATASUS para os dados de mortalidade dos anos 1996 a 2004.

NUSIM/FVS para os dados de mortalidade referentes ao ano 2005.

Gráfico 3. Mortalidade por câncer de colo uterino em mulheres de acordo com a faixa etária, Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.

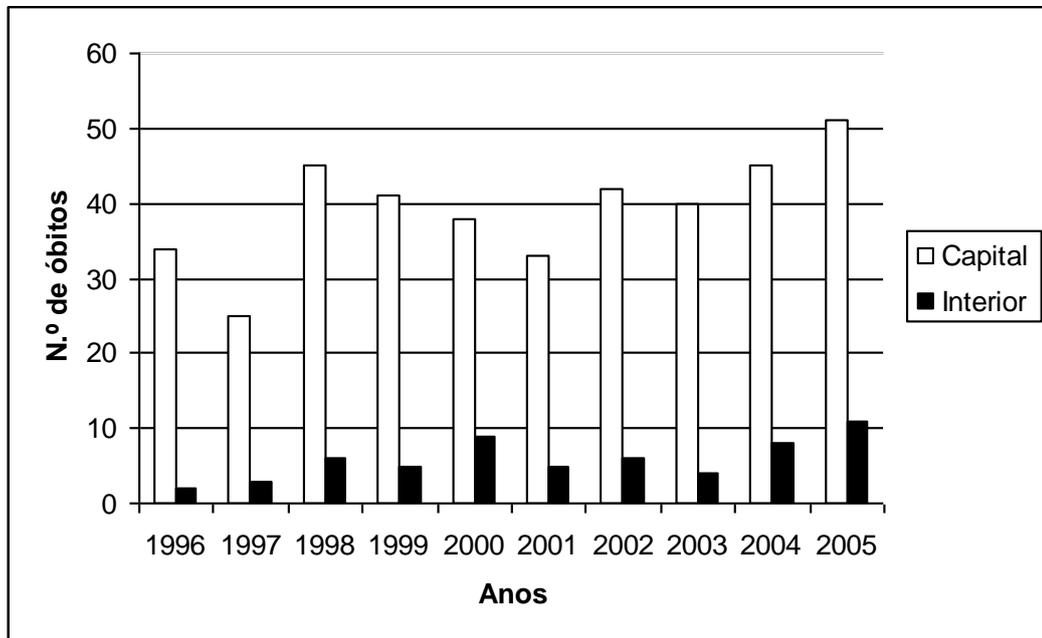


Fontes: IBGE, para os dados populacionais.

SIM/DATASUS para os dados de mortalidade dos anos 1996 a 2004.

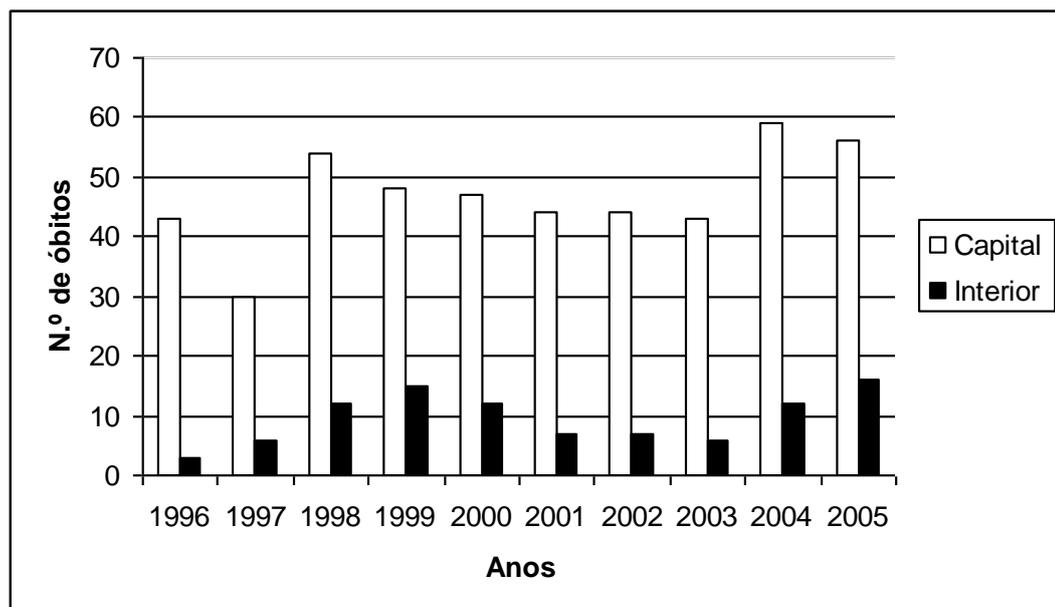
NUSIM/FVS para os dados de mortalidade referentes ao ano 2005.

Gráfico 4. Mortalidade por câncer de colo uterino em mulheres de acordo com a faixa etária, na capital e interior do Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Gráfico 5. Mortalidade por neoplasia uterina em mulheres de acordo com a faixa etária, na capital e interior do Amazonas – Brasil, 1996 a 2005.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Discussão

Há mais de um século, em 1904, foi publicado no Boletim Brasil-Médico o trabalho de A. Sodré intitulado “Frequência do Câncer no Brasil”, que descrevia a presença de câncer no país no período de 1894-1898 e já se observava a predominância do câncer uterino¹⁵.

Apesar do Brasil ter sido um dos primeiros países no mundo a utilizar o exame Papanicolau para detecção precoce do câncer cérvico-uterino, os programas de prevenção não obtiveram impacto significativo sobre a mortalidade, provavelmente, devido à baixa organização dos serviços, avaliação inadequada e descontinuidade das ações, sendo também registrado que não era assegurado o tratamento dos casos de alterações detectadas¹⁶.

No novo milênio, emerge no cenário das políticas públicas de saúde da mulher, o “Plano de Ação para Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama 2005-2007”, que evidencia que esta doença continua sendo um problema de saúde pública. Como observamos comparando o coeficiente de mortalidade deste tipo de câncer no período de 1979 a 2002. Era de 4,97/100.000 mulheres e ficou em 5,03/100.000¹⁷.

No Amazonas, mesmo após a implantação do Programa Viva Mulher, em 1998, o câncer cérvico-uterino ainda é uma causa importante de morte, pois, apesar da variação percentual descendente de 37% no período de 1998 a 2001, ocorreu uma variação ascendente de 46% entre 2001 e 2005, quando o coeficiente de mortalidade foi de 9,6/100.000 mulheres.

Diversos estudos realizados mostram as tendências temporais e padrões regionais da mortalidade por câncer no Brasil. Na Região Norte, a taxa de mortalidade padronizada feminina teve variação percentual ascendente de 20% (6,5-7,8/100.000), no período de 1980-1995¹⁸. No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade no período de 1993 a 2002 apresentou pequena variação, atingindo 6,7/100.000 no último ano, mantendo estabilidade mesmo após o Viva Mulher¹⁹. Em Campinas (SP), numa análise temporal de 1990 a 2004, observam-se oscilações, com tendência ascendente na década de 1980 seguida por tendência descendente com menor valor em 2002, abaixo de 5/100.000²⁰. Pesquisa sobre a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina (1999-2001) mostrou pequeno declínio na taxa de mortalidade que variou de pouco mais de 15/100.000 óbitos por câncer de colo de útero, em 1999, para próximo dos 13/100.000, em 2001²¹.

Pelo acima exposto, observa-se que a taxa de mortalidade por câncer cérvico uterino de 9,6/100.000 mulheres, em 2005, no Amazonas, está acima daquelas encontradas no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Campinas (SP), em 2002. Porém, ficou abaixo do coeficiente detectado em Santa Catarina, principalmente, porque foi evidente a ampliação na

oferta do Papanicolau saindo de 200.000 exames/ano, em 2000, para 300.000 exames/ano até 2003.

Segundo Wunsch Filho e Moncau¹⁸, quando uma neoplasia uterina é detectada em estágio avançado, existe dificuldade em definir se a lesão primária foi originada no colo do útero ou no endométrio, de forma que a maior parte destes óbitos é classificada como tumores de útero não especificados e/ou de outras partes do útero. Haddad e Silva²² concordam na relação entre os dois tipos de câncer e detectaram que seus coeficientes estavam em segundo lugar nas causas de mortes das mulheres em idade reprodutiva no estado de São Paulo.

No Gráfico 2, observa-se que, no Amazonas, as taxas de mortalidade por câncer de útero sem outra especificação apresentaram importante variação após a implantação do Programa Viva Mulher, com o coeficiente de 3,12/100.000, em 1998, atingindo 0,51/100.000, em 2002, cuja redução de 83,6% influenciou diretamente na variação descendente entre 1998 e 2003, quando se analisa a taxa de mortalidade por neoplasias do útero.

Pesquisas realizadas em São Paulo (SP)²³ e em Belém (PA)²⁴ ratificaram a necessidade de se levar em conta o padrão da mortalidade por neoplasia de corpo de útero e de porção não especificada de útero, quando se for analisar a tendência de mortalidade por câncer cervicouterino em uma comunidade. Verifica-se que a queda da mortalidade por estes cânceres pode sinalizar uma melhora na precisão do diagnóstico clínico e na qualidade do preenchimento do atestado de óbito, além de indicar o aumento da cobertura do teste Papanicolau. Uma das possíveis causas do sub-registro é a falta de identificação deste câncer como causa básica do óbito quando ele atinge em outras partes do organismo¹⁴.

Destacamos que a variação ascendente de 46% na mortalidade por neoplasia de colo de útero coincide com a segunda campanha de intensificação do Programa Viva Mulher em 2002, o que vai de encontro ao resultado da pesquisa realizada em Salvador (SP)¹⁴, na qual conclui-se que um fator que poderia ter influenciado na evolução ascendente da mortalidade seriam as campanhas massivas iniciadas com a segunda etapa de intensificação, em 2002, onde o acesso à informação sobre a importância do cuidado com a saúde e a prevenção e a descentralização dos postos de atendimento podem ter facilitado o acesso à coleta dos preventivos.

A alta proporção de óbitos por câncer de colo de útero e de útero na capital amazonense, observada nos Gráficos 4 e 5, carece de análise mais profunda. Manaus é uma capital peculiar, abrigando cerca de 50% da população do estado, tendo 1.644.690 habitantes, em 2005. Pode ser considerada uma metrópole, com um pólo industrial que atrai migrantes do

interior, da região norte e de países vizinhos, tendo grande potencial turístico. Desta forma, pode ser levantada a suposição de que o estilo de vida das mulheres que aqui residem possa favorecer aos fatores de risco associados ao câncer de colo de útero, tais como: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, infecção por HPV e HIV^{25, 26}. Outra possibilidade seria a informação incorreta da residência de origem no momento do preenchimento do atestado de óbito, pois é muito comum na região informar o endereço de parentes ou amigos onde se está hospedado, para registro em prontuários médicos.

Conclusão

A neoplasia do colo de útero, ainda representa 50% das mortes femininas por câncer no Amazonas, sendo curável em 100% dos casos se diagnosticada e tratada em suas fases precursoras ou nos estádio iniciais da doença. Se ações adequadas de prevenção e controle forem efetivamente aplicadas, pode haver um declínio nas taxas de mortalidade, como ocorreu nos países europeus e da América do Norte.

Após a implantação do Programa Viva Mulher no Amazonas a curva da mortalidade por câncer de colo de útero apresentou uma tendência de queda no período que iniciou em 1998 após a primeira campanha nacional, até o ano de 2001, quando apresentou uma variação ascendente que permaneceu até o ano de 2005. Entretanto a taxa de mortalidade de Ca útero SOE (câncer de corpo de útero e câncer de outras partes de útero) apresentou tendência de queda no período de 1999 a 2003, que influiu diretamente na variação descendente da taxa de mortalidade por câncer de útero (Ca de colo e Ca de útero SOE).

Em decorrência do quadro exposto acima, poderá ser levantada a hipótese de que a redução na taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, no período de 1998 a 2001, com discreta oscilação até 2003, poderá ser atribuída à redução da mortalidade (38,7%) observada no grupo etário de 40 a 49 anos. A pesquisa corrobora as informações do INCA quando diz que o pico da doença ocorre entre 45 a 49 anos, sendo, portanto, um grupo etário vulnerável ao óbito por câncer de colo de útero.

A variação descendente de 48,38% das taxas de óbito por câncer de útero sem outras especificações parece ter contribuído para esta variação desce da mortalidade. Entretanto, se faz necessário ampliar a cobertura para poupar vidas de mulheres mais jovens pois há possibilidades de importante redução da mortalidade por este câncer se comparada à taxa de mortalidade do estado com a do país e deste com outros países do mundo.

Levando-se em conta que no ano de 2002 o MS e INCA realizou a segunda campanha de intensificação em todo o país e que a FCECON vem implementado capacitações na capital e interior visando melhorar a coleta e leitura das lâminas, o seguimento, além de manter a distribuição contínuas de kits para coleta de Papanicolau, pode-se levantar a hipótese de que a variação ascendente observada na taxa de mortalidade, a partir de 2002 pode ser resultado da descentralização das coletas facilitando o acesso, melhoria da qualidade da coleta e da leitura das lâminas, melhor acurácia diagnóstica e mesmo o aumento do cuidado no preenchimento dos atestados de óbitos.

Outra hipótese que deverá ser investigada mais profundamente é a veracidade da informação do óbito das mulheres por esta neoplasia por residência para se ter o real impacto dos óbitos da capital em relação aos óbitos totais do estado do Amazonas.

Desta forma, conclui-se que para a redução das taxas de mortalidade no Amazonas e no país a níveis compatíveis com o de países desenvolvidos, ainda são necessárias medidas que visem aumentar a cobertura da população de risco de modo a se atingir o percentual de 80% preconizado pelo MS e INCA como: garantir o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões de baixo grau (LBG), lesões de alto grau (LAG) e câncer de colo de útero; implementar as campanhas de mobilização social; melhorar a qualidade das informações com implantação do SISCOLO e Sistema de Informática do Câncer da Mulher (SISCAM) em outros serviços além da FCECON, para obter uma base de dados atualizada, inclusive corrigindo a distorção do sistema que registra a informação por exame realizado e não por mulher atendida e estimular a realização de pesquisas nesta área para correção das distorções encontradas.

Referências Bibliográficas

1. PARKIN DM, BRAY F, FERLAY J, PISANI P. Global Cancer Statistics, 2002. **CA Cancer J Clin**, v. 55, p. 74-108, 2005.
2. ROBLES SC, WHITE F, PERUGA A. Tendencias de la Mortalidad por Cáncer de Cuello de Útero en las Américas. **Boletim Oficina Sanit Panam**. v. 121, n.6, p. 478-490, 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Estimativas de Incidência da Mortalidade de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2005.

4. OLIVEIRA MMC. **Prevenção e Controle de Câncer no Estado do Amazonas**. Manaus: 2003. Disponível em: <<http://www.saudebrasilnet.com.br>>. Acesso em: 23/06/2005.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Falando sobre Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002.
6. PROGRAMA Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama, disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 28/06/2005.
7. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT RA. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ ZMA. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1997.
8. DONABEDIAN A. Enfoques Básicos para la Avaliación. In: **La Calidad de la Atención Médica**: definición e Métodos de la Avaliación. [S.l]: La Prensa Médica Mexicana, 1984. cap 3, p. 97-157.
9. PEREIRA MG. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
10. CARNEIRO M. Estudos Epidemiológicos na Avaliação de Efetividade do Programa de Controle de Doença de Chagas: discussão metodológica. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 5, n. 1, p. 129 -141, 2002.
11. NEMES MIB. **Avaliação em Saúde: Questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed ABIA, 2001.
12. NOVAES HMD. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 544-59, 2000.
13. VIEIRA-DA-SILVA LM. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM (Coord). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Ed Fiocruz, 2005.
14. DEROSI SA, PAIM JS, AQUINO E, VIEIRA-DA-SILVA LM. Evolução da Mortalidade e Anos Potenciais de Vida Perdidos por Câncer Cérvico-Uterino em Salvador (BA), 1979-1997. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 2, p. 163-170, 2001.
15. MIRRA AP. **Registro de Câncer no Brasil e sua História**. São Paulo: Tomgraf, 2005.
16. Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2: abr-mai-jun, 1997.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano de Ação para Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama**: diretrizes estratégicas. [S.l.]: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13/02/2006.
18. WÜNSCH FILHO VW, MONCAU JE. Mortalidade por Câncer no Brasil 1980-1995: Padrões Regionais e Tendências Temporais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** V.48, n. 3, p. 250-257, 2002.
19. SEÇÃO de Saúde da Mulher. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Mortalidade por Câncer de Colo de Útero, Rio Grande do Sul, 1990 a 2001**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2007.
20. TAVARES CMA, PRADO ML. Pesquisando a Prevenção do Câncer Ginecológico em Santa Catarina. **Texto Context Enferm**, Florianópolis: v. 15, n. 4, p. 578-586, out-dez, 2006.
21. ALMEIDA SM, RESTITUTTI MC, MARQUES TG, BARROS MBA, MÁRIN-LEÓN L. Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo de Útero. **Boletim de Mortalidade**. Campinas, n 36, jul-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.antigo.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2007.
22. HADDAD N, SILVA MB. Mortalidade por Neoplasmas em Mulheres em Idade Reprodutiva – 15 a 49 anos - no Estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. **Revista da Associação Médica do Brasil**, v. 47, n. 3, p. 221-230, 2001.
23. FONSECA LAM, RAMACCIOTTI AS, ELUF NETO J. Tendência da Mortalidade por Câncer de Colo de Útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 136 -142, jan-fev. 2004.
24. NUNES J, KOIFMAN RJ, MATTOS IE, MONTEIRO GTR. Confiabilidade e Validade das Declarações de Óbito por Câncer de Útero no Município de Belém, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1262-1269, set-out. 2004.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero**: Manual Técnico - Profissionais de Saúde. Brasília: 2002.
26. NICOLAU SM (Coord.). **Rastreamento do Câncer cervical e o Uso da Captura Híbrida**. Instituto de Pesquisa em Oncologia Ginecológica. 2004. Disponível em: <<http://www.ipog.com.br>>. Acesso em: 20/06/2005.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. M. et al Mortalidade por Câncer de Mama e de Colo de Útero. **Boletim de Mortalidade**. Campinas, n 36, jul-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.antigo.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2007.

AMAZONAS, Fundação de Controle em Oncologia, Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. **Relatório Anual**. MANAUS: 2001

_____ . **Relatório Anual**. MANAUS: 2002

_____ . **Relatório Anual**. MANAUS: 2003

_____ . **Relatório Anual**. MANAUS: 2004

ARAÚJO, C. L. C. **Oncologia: Câncer Ginecológico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual anual de controle das DST**. 3.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Viva Mulher. Câncer do Colo do Útero: informações técnico - gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002a.

_____ . **Falando sobre Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002b.

_____ . **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Organizando a Assistência**. Brasília: 2002c.

_____ . **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Profissionais de Saúde**. Brasília: 2002d.

_____. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2003.

_____. **Estimativas de Incidência da Mortalidade de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2005a.

_____. **Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: 2005b.

_____. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006a.

_____. **A Situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Plano de Ação para Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama: diretrizes estratégicas.** [S.l]: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13/02/2006.

CARNEIRO, M. Estudos Epidemiológicos na Avaliação de Efetividade do Programa de Controle de Doença de Chagas: discussão metodológica. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 5, n. 1, p. 129 -141, 2002.

CAVALCANTE, E. Dia Nacional da Saúde, Data de Conquistas e de Buscas. **Jornal Amazonas em Tempo**, Manaus, p.B5, 05 ago 2007. Editoria Saúde.

CLEMENHAGEN, C; CHAMPANGNE, F. Quality assurance as part of Program Evaluation: Guidelines for managers and clinical departments heads. **Quality Review Bulletin**, 1986.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira M. de A. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1997.

COSTA, J. S. D da et al. Cobertura do Exame Colpocitológico na Cidade de Pelotas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health**. v. 3, n. 5, p. 308-313, 1998.

DEROSSO, S. A et al. Evolução da Mortalidade e Anos Potenciais de Vida Perdidos por Câncer Cérvico-Uterino em Salvador (BA), 1979-1997. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 2, p. 163-170, 2001.

DONABEDIAN, A. Enfoques Básicos para la Avaliación. In: **La Calidad de la Atención Médica: definición e Métodos de la Avaliación**. [S.l]: La Prensa Médica Mexicana, 1984. cap 3, p. 97-157.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOLLEN, M et al. Câncer de Colo de Útero e Lesões Precursoras. In: POLLOCK, Raphael E. M. et al(Editor). **Manual de Oncologia Clínica da UICC**; 8 ed, São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006. p 537-558.

FONSECA, L. A.M. et al. Tendência da Mortalidade por Câncer de Colo de Útero no Município de São Paulo entre 1980 e 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 136 -142, jan-fev. 2004.

GUEDES, T. G et al. Análise Epidemiológica do Câncer de Colo Útero em Serviço de Atendimento Terciário no Ceará – Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 205-210, 2005.

HADDAD, N., SILVA, M. B. Mortalidade por Neoplasmas em Mulheres em Idade Reprodutiva – 15 a 49 anos - no Estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. **Revista da Associação Médica do Brasil**, v. 47, n. 3, p. 221 -230, 2001.

JONES, H.; WENTZ, A.; BURNETT, L. **Tratado de Ginecologia**. [Sl.:sn], 1996.

MIRRA, A. P. **Registro de Câncer no Brasil e sua História**. São Paulo: Tomgraf Editora, 2005.

NASCIMENTO, M. D. S. B. et al. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Uterino: Análise de Aspectos Citológicos e Epidemiológicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 04, 2001.

NAUD, P. **Deteção precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervical**. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 1998. (Tese de Doutorado em Clínica Médica).

NEMES, M. I. B. **Avaliação em Saúde: Questões para o Programa de DST/AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed ABIA, 2001.

NICOLAU, S. M. (Coord.). **Rastreamento do Câncer cervical e o Uso da Captura Híbrida**. Instituto de Pesquisa em Oncologia Ginecológica. 2004. Disponível em: <<http://www.ipog.com.br>>. Acesso em: 20/06/2005.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 544-59, 2000.

NUNES, J. et al. Confiabilidade e Validade das Declarações de Óbito por Câncer de Útero no Município de Belém, Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1262 -1269, set-out. 2004.

OKADA, M. M. K et al. Epidemiologia e Patogênese do Papilomanírus Humano (HPV). In: CARVALHO, J. J; OYAKAMA, N. (Coord). **I Consenso Brasileiro de HPV**. São Paulo: BG Cultura, 2000.

OLIVEIRA, C. M. de S; LOPES, R. L.M. Prevenção do Câncer de Colo e Participação Feminina no Viva Mulher. **Revista Bahiana de Enfermagem**, v. 18, n. 1/2, p. 19-28, junho 2003.

OLIVEIRA, M. M. C. de. **Prevenção e Controle de Câncer no Estado do Amazonas**. Manaus: 2003. Disponível em: <<http://saudebrasilnet.com.br>>. Acesso em: 23/06/2005.

PARKIN, D. M et al. Global Cancer Statistics, 2002. **CA Câncer J Clin**, v. 55, p. 74-108, 2005.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREYRA, E. A. G; PARELLADA, C. I. **Diagnóstico e Tratamento da Infecção Genital pelo Papilomavírus**. São Paulo: Artmed, 2003.

PINHO, A. de A. et al. Cobertura e Motivos para Realização ou não dos Testes de Papanicolau no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 19, n. 2, p. 303 – 313, mar-abr 2003.

PINOTTI, J. A; ZEFERINO, L. C. **Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino**. Campinas: Editora UNICAMP, 1987.

Programa Viva Mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, abr-mai-jun, 1997.

ROBERTO NETO, A. et al. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 4, 2001.

ROBLES, S. C et al. Tendencias de la Mortalidad por Cancer de Cuello de Utero en las Américas. **Boletim Oficina Sanit Panam**. v. 121, n.6, p. 478-490, 1996.

ROSSI, P. H; FREEMAN, H. E. **Evaluation. A Systematic Approach**. 2. ed. Londres: Sage, 1982.

SANTIAGO, S. M; ANDRARE, M. M. G. Avaliação de um Programa de Controle ao Câncer Cérvico-Uterino em Rede Local de Saúde da Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 571-578, mar-abr 2003.

SCHWARTZMAN, S. **A Qualidade no espaço Universitário**: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho preparado para o Congresso Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1993.

SEÇÃO de Saúde da Mulher. Secretaria de saúde do estado do Rio Grande do Sul. **Mortalidade por Câncer de Colo de Útero, Rio Grande do Sul, 1990 a 2001**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 15/08/2007.

SILVA, I. M. Rodrigues da et al. Avaliação dos Programas Brasileiros para Controle do Câncer Genital. **Revista de Administração em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 97-102, jul-set, 2004.

SOUZA, E. R. et al. Construção dos Instrumentos Qualitativos e Quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (Org). **Avaliação por Triangulação de Métodos**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

STIVAL, C. O et al. Avaliação Comparativa da citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero. **Revista Brasileira de Análise Clínica**. Rio de Janeiro: v. 37(4): 215-218, 2005.

TAVARES C. M. A; PRADO, M. L do. Pesquisando a Prevenção do Câncer Ginecológico em Santa Catarina. **Texto Context Enferm**, Florianópolis: v. 15, n. 4, p.578-586, out-dez, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M; FORMIGLI, V. L.A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan-mar, 1994.

VIEIRA-DA-SILVA. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Zulmira M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia M (Coord). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Ed Fiocruz, 2005.

WAYNE W. D., **Biostatistics: a foundation for analysis in the Health Sciences**, 5. ed, John Wiley & Sons, 1987.

WÜNSCH FILHO, V. W et al. Mortalidade por Câncer no Brasil 1980-1995: Padrões Regionais e Tendências Temporais. **Rev. Assoc. Med. Bras.** V.48, n. 3, p. 250-257, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Ofício para autorização da pesquisa na Instituição

Ilmo. Sr. Diretor Presidente da Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON

JOSELITA CÁRMEN ALVES DE ARAÚJO NOBRE, brasileira, casada, funcionária pública federal, aluna do curso de Mestrado Multiinstitucional da UFAM, FIOCRUZ e UFPA; vem mui respeitosamente por meio deste solicitar autorização deste órgão para realizar uma pesquisa referente a sua Dissertação.

A pesquisa supracitada tem como tema “Avaliação do Impacto do Programa Viva Mulher na Taxa de Mortalidade por Câncer de Colo de Útero no Amazonas – 2001 a 2005:.. Para tanto pretende investigar junto ao banco de dados do SISCOLO as informações das mulheres cadastradas no período de janeiro 2001 à dezembro 2005.

Para melhor tratamento dos dados, solicitamos também que uma cópia do banco de dados no período de 2001 a 2005 nos seja cedida, para que possamos tratar os dados e criar novas variáveis para tornar viável o cruzamento dos dados em estudo.

Nestes Termos,

Pede Deferimento

.....

Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre, Mestranda em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, portadora do CPF – 215.083.564-91 e do R.G. – 1.640.121 PE e COREN 22.200, enfermeira da Policlínica Codajás. Fone para contato: (92) 3646 2157 / 9602 3353

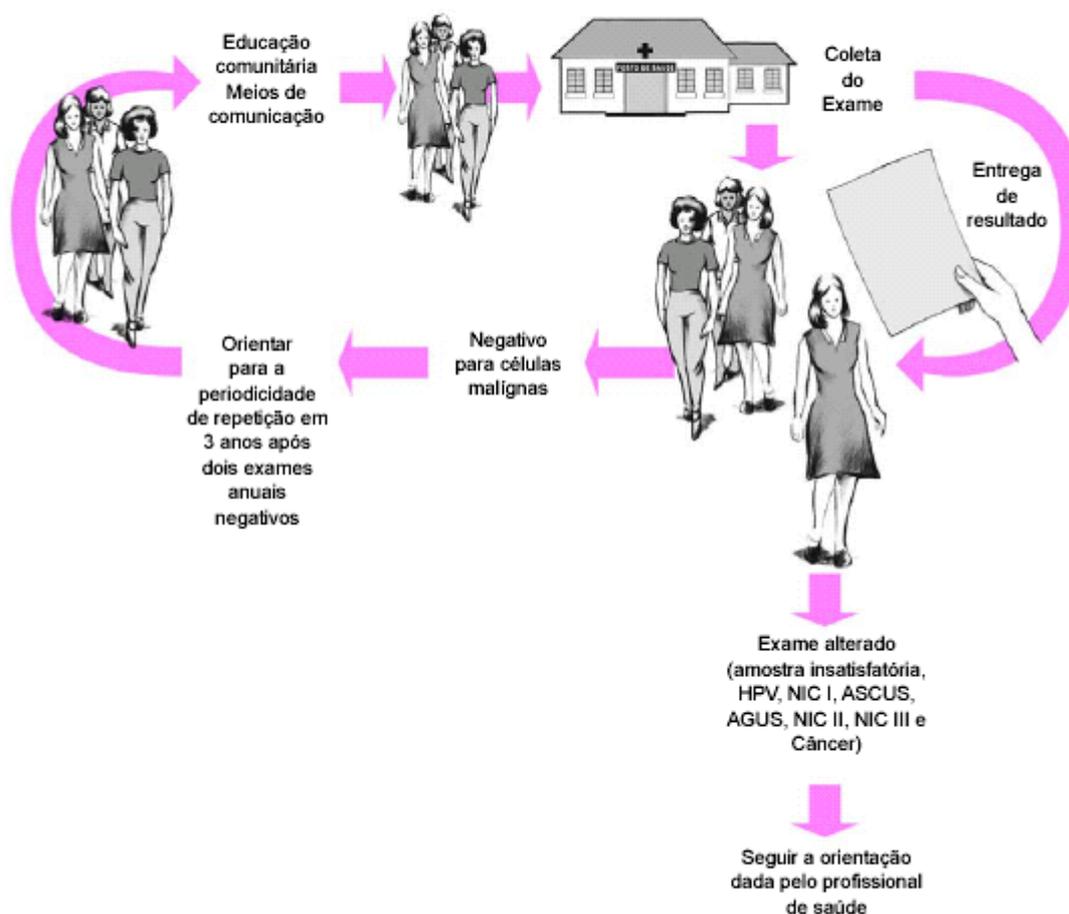
ANEXOS

ANEXO 01 – Fases da Abordagem no Programa Viva Mulher



Fonte: Manual Falando sobre o Câncer de Colo de Útero p 28
MS/INCA, 2002b

ANEXO 02 – Fluxo do Seguimento no Programa Viva Mulher



Fonte: Manual Falando sobre o Câncer de Colo de Útero p 30
MS/INCA, 2002b

Quando a mulher retorna para buscar o resultado, este deve ser entregue sempre por um profissional treinado e deve-se proceder da seguinte forma:

- anotar no livro de registro a data de retirada do resultado e, se for o caso, o encaminhamento dado à mulher;
- dar à mulher todos os detalhes pormenorizados para que não haja temores e para garantir a sua autoconfiança;
- se o resultado estiver dentro dos limites da normalidade, ou seja, negativo para câncer, orientar seu retorno de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (após 2 resultados negativos em anos consecutivos, um novo exame deve ser coletado a cada 3 anos). Esta periodicidade não exclui o retorno da mulher para exame clínico das mamas anualmente ou para qualquer outro problema ginecológico que lhe acometa;
- se a amostra for insatisfatória, caso a mulher esteja preparada, deve-se coletar imediatamente uma nova amostra;

- nos resultados de ASCUS, AGUS, NIC I ou compatível com HPV, a mulher deve ser orientada a retornar à unidade em 06 meses para a coleta de novo exame citopatológico. Caso, nesta repetição, haja de novo alguma alteração, a mulher deve ser encaminhada à colposcopia para continuação de sua investigação;
- nos resultados de NIC II, NIC III, Carcinoma Invasor, Adenocarcinoma in situ, Adenocarcinoma Invasor ou outras neoplasias malignas, a mulher deve ser encaminhada para a realização da colposcopia. Tentar descobrir se existe algum problema que impeça a mulher de comparecer ao local encaminhado e tentar resolvê-lo. É importante, além da marcação da consulta, o relato do caso em ficha específica de referência ou em receituário com carimbo e assinatura do profissional que encaminhou;
- em qualquer dos casos, o preenchimento do prontuário das mulheres é obrigatório e deve ser ressaltado junto aos profissionais que realizam o procedimento da coleta.

Quando a mulher não retorna para buscar o resultado:

Caso as mulheres não retornem à Unidade para buscar seu resultado, é importante que se crie uma rotina de verificação das faltas e que se crie um mecanismo de busca ativa, fazendo revisão semanal do livro de registro, para conhecimento de quais mulheres que não compareceram para apanhar o resultado do exame citopatológico.

Para os casos de resultados negativos, pode-se esperar que as mulheres retirem os resultados espontaneamente.

No restante dos casos em que as mulheres requeiram outro exame, pode-se proceder da seguinte forma:

- enviar um aerograma a todas as mulheres, anotando-se a data do envio do aerograma no livro de registro;
- convocar as pacientes por telefone, quando for possível, mesmo que estas já tenham sido convocadas por aerograma;
- caso as mulheres não compareçam à Unidade atendendo à solicitação por telefone ou aerograma num prazo de 7 dias, fazer uma lista a partir do livro de registro para distribuição, segundo a zona residencial, entre os agentes de saúde e os agentes comunitários para realização de visitas domiciliares; anotar na listagem quem efetuou a visita e a data em que a mesma ocorreu;
- se, apesar da visita, a mulher não comparecer à Unidade, deve ser comunicado o fato ao coordenador local, para a realização de outra visita ou ativação de outro mecanismo de busca.

A instituição de um livro de registros na Unidade de Saúde facilita o estabelecimento da periodicidade de repetição dos exames, mediante a revisão semanal do livro para verificação se as mulheres que requerem um novo exame citopatológico compareceram à Unidade.

Seria importante que o livro fosse anual para facilitar a convocação das mulheres com resultados negativos após 3 anos.

Seria importante que, após a realização do tratamento e respectivo seguimento recomendado para seu caso, a mulher retornasse à sua Unidade de origem (contrareferência), exceto aquelas que, com diagnóstico de Carcinoma invasivo, foram encaminhadas para os hospitais especializados, onde passarão a ter seu seguimento vinculado.

ANEXO 03 – Descrição das Principais Alterações em Resultados dos Exames Colpocitológicos no Programa Viva Mulher

Fonte: Manual Falando sobre o Câncer de Colo de Útero p 41
MS/INCA, 2002b

As principais nomenclaturas associadas às alterações em células epiteliais associadas a processos pré-neoplásicos ou malignos são:

Atipias de Significado Indeterminado em células escamosas (ASCUS) e/ou glandular (AGUS) - sob este diagnóstico estão incluídos os casos em que não são encontradas alterações celulares que possam ser classificadas como neoplasia intra-epitelial cervical, porém existem alterações citopatológicas que merecem uma melhor investigação e que foram introduzidas a partir da classificação de Bethesda. É recomendável que o diagnóstico de ASCUS ou AGUS não ultrapasse 5% do total de diagnósticos em um mesmo laboratório.

Efeito citopático compatível com Vírus do Papiloma Humano (HPV) - são alterações celulares ocasionadas pela presença do Vírus do Papiloma Humano (HPV), que podem se exteriorizar por células paraceratóticas, escamas anucleadas, coilocitose, cariorexix ou núcleos hipertróficos com cromatina grosseira. A citopatologia não determina o tipo do HPV, sendo os métodos moleculares de diagnóstico os recomendados para este fim.

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical I - NIC I (displasia leve) - as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o Vírus do Papiloma Humano (HPV). Este tipo de lesão, junto com as sugestivas de HPV, são classificadas como de baixo grau (Bethesda, 1988) e reflete o conhecimento atual sobre o comportamento biológico dessas lesões.

Neoplasia Intra-Epitelial Cervical II - NIC II (displasia moderada) e Neoplasia Intra-Epitelial Cervical III - NIC III (displasia intensa ou carcinoma *in situ*) - as alterações de diferenciação celular atingem 3/4 do epitélio pavimentoso de revestimento do colo (NIC II) ou atingem toda espessura epitelial, desde a superfície até o limite da membrana basal em profundidade (NIC III). Atualmente essas lesões estão colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas lesões de alto grau.

Carcinoma Escamoso Invasivo - é quando se detecta células escamosas com grande variação de formas e alterações celulares bastante semelhantes às alterações descritas anteriormente. Por isto, a diferenciação citopatológica entre carcinoma *in situ*, microinvasivo ou invasivo pode ser impossível, necessitando da comprovação histopatológica, que irá determinar a invasão quando presente.

Adenocarcinoma *in situ* ou Invasivo - são alterações celulares semelhantes também às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero.

A presença de células endometriais no esfregaço deve ser valorizada de acordo com a época do ciclo e com a presença de atipias nucleares.

FONTE

Seminário sobre nomenclatura dos laudos citopatológicos, 1993, Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Citopatologia.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996, Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, Rio de Janeiro, dezembro.

ANEXO 04 – Formulários do SISCOLO

Módulo - Seguimento Colo do Útero

Pesquisa
AM Nome: Município:

Visualizar
 Todos os registros
 Sem seguimento
 Em seguimento
 Seg. concluído

Óbito
 Não localizada
 Recusa/Abandonado

Diagnóstico Original
 ASCUS
 AGUS
 NIC I e HPV
 NIC II e NIC III
 Cânceres (Carcinoma escamoso invasivo, Adenocarcinoma "in situ" e invasivo)

Exame
 Citopatologia
 Histopatologia

Relatórios

Nome da Paciente	Nome da Mãe da Paciente	Dt.Nasc.

Paciente | **Diagnóstico Original** | **Histórico de Seguimento**

Cartão SUS: Nome:
 Data de nascimento: Idade: Nome da mãe:
 Logradouro: Número: Complemento:
 Bairro: UF: Município: CEP:
 Data do exame: Número do exame: Data de digitação: 28/06/2006

F1 - Ajuda F2 - Novo F4 - Excluir F5 - Salva F6 - Cancelar

Iniciar **SISCAM**

Coordenação Estadual

Seguimento | Relatórios | Rotinas Gerais | Ajuda | Sair

Programa Nacional

Pesquisa de Paciente

Exame **Paciente**

Exame	Tipo do Exame	Paciente

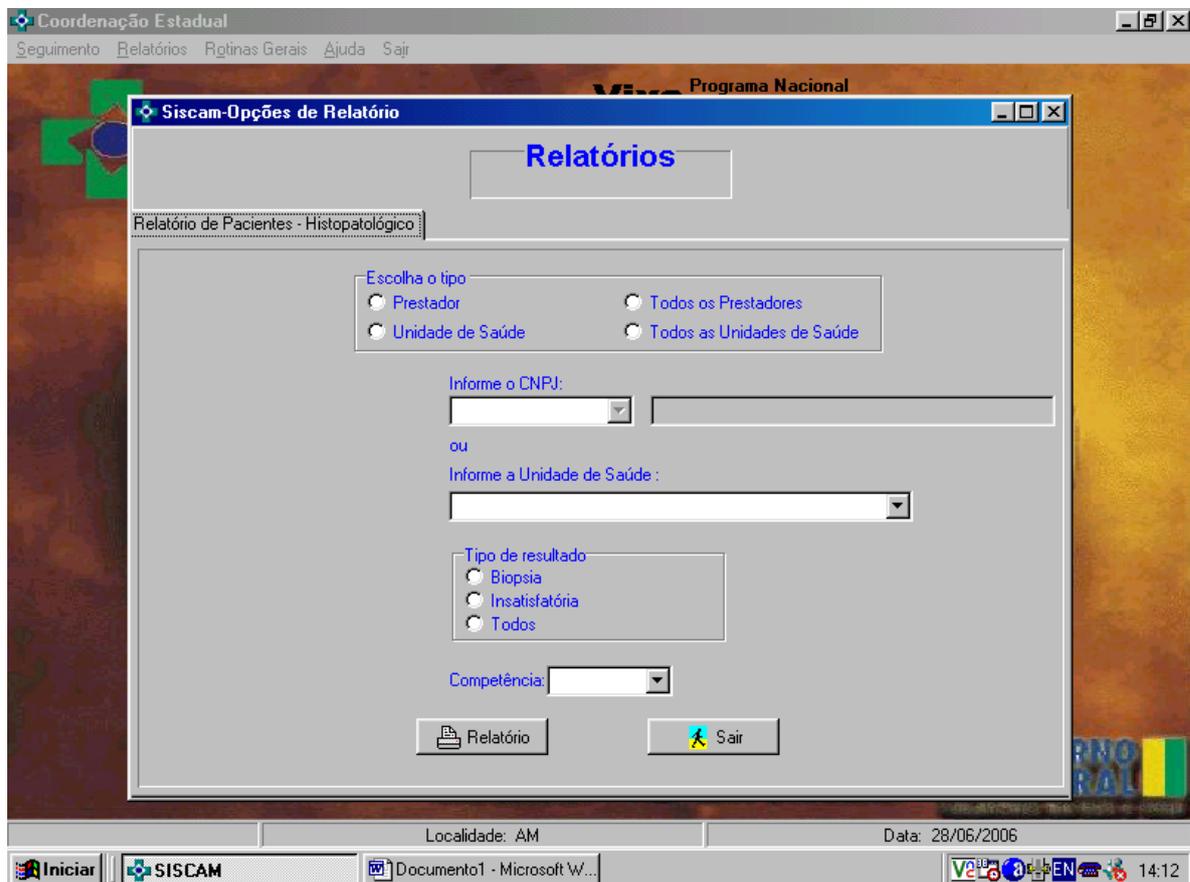
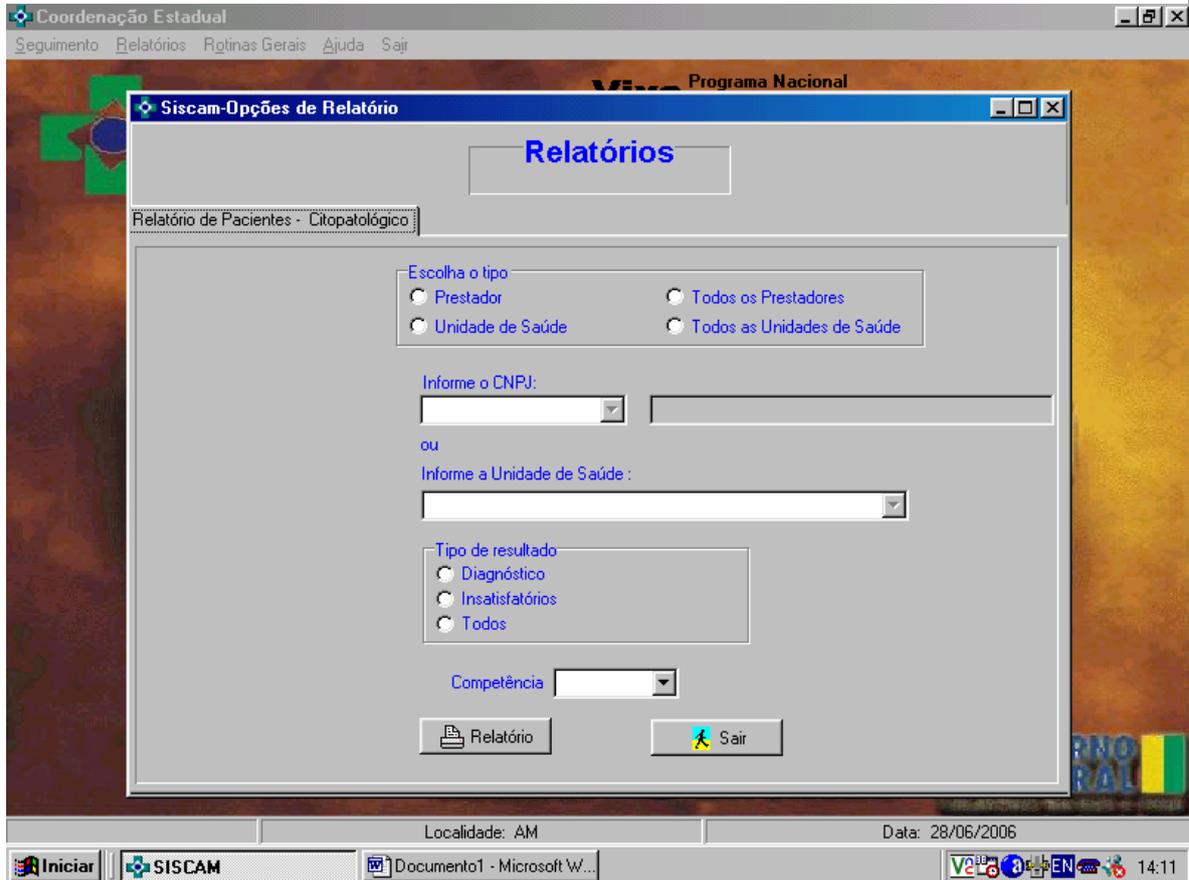
Total de pacientes:

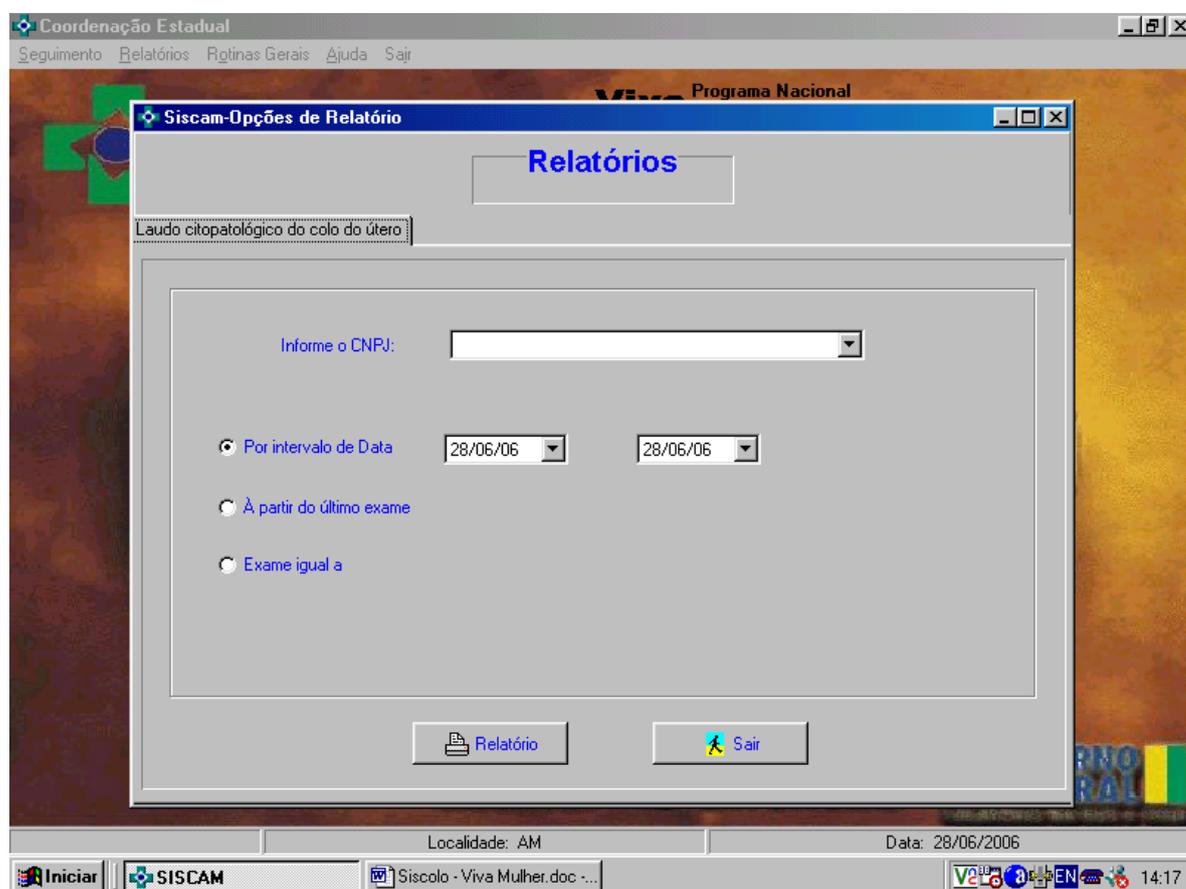
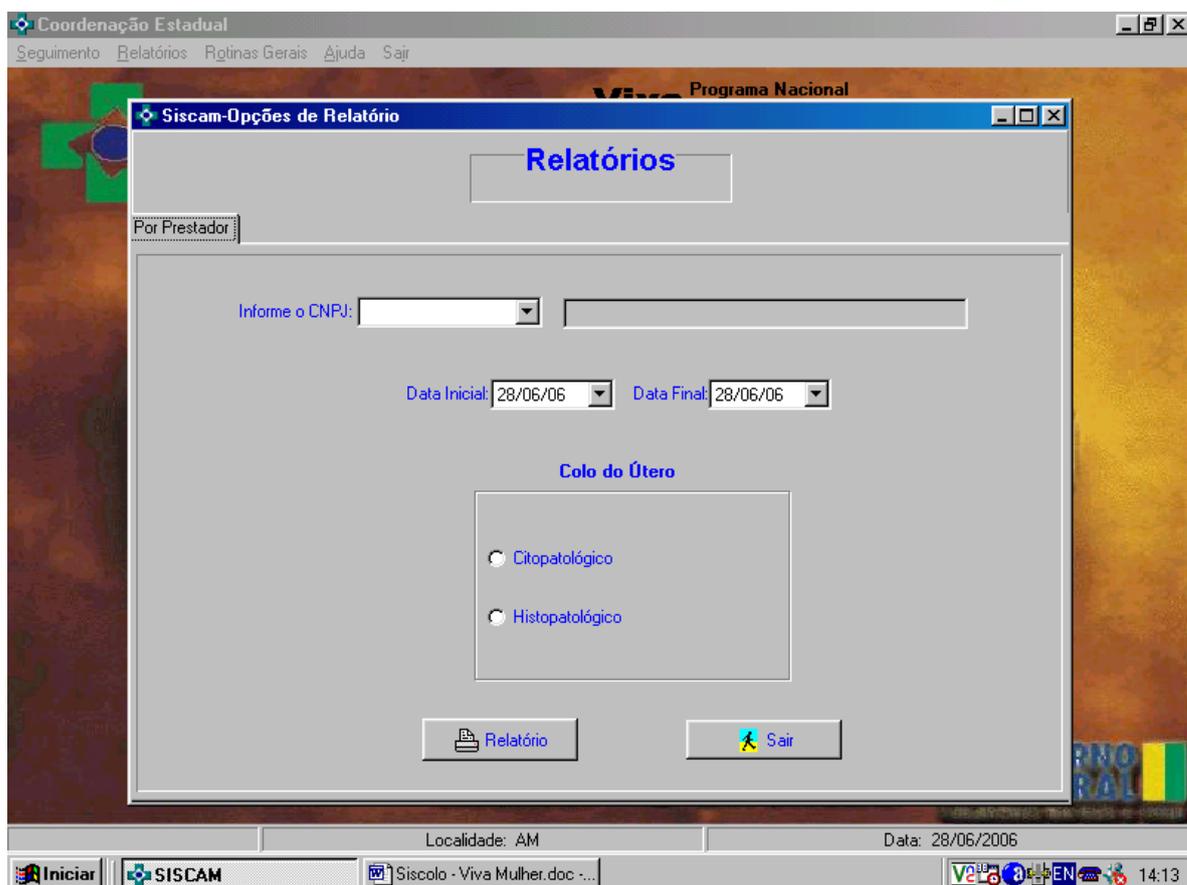
Prestador de serviço:

Exame:
 Paciente:
 Nome da mãe:
 Apelido: Data de Nascimento:
 Endereço: Número: Complemento:
 Bairro: Município: UF:

Localidade: AM Data: 28/06/2006

Iniciar **SISCAM** Documento1 - Microsoft W... 14:10





Histórico de Seguimento

Paciente

Nome da Mãe

Data de Nascimento

Exames Realizados
Colposcopia - Resultado Data do Seguimento

Repetição do Exame Citopatológico (papanicolau)

Resultado da Biópsia

Negativo para Neoplasia
 Compatível com HPV

ASCUS
 NIC não Graduado
 NIC I
 NIC II

NIC III
 Carcinoma Escamoso MicroInvasor
 Carcinoma Escamoso Invasor

AGUS
 Adenocarcinoma In Situ
 Adenocarcinoma Invasor

Outras Neoplasias Malignas
 Espécime Insatisfatório

Seguimento

Não Localizada
Óbito

Sem Tratamento

Encaminhada p/Tratamento
 Recusa/Abandono
 Outros

Tratamento

Conização
 CAF
 Cuidados Paliativos
 Radioterapia

Histerectomia
 Outro
 Quimioterapia

Estratégia de Obtenção de Informações sobre Seguimento

Dados de Unidade de Saúde
 Correspondência
 Visita Domiciliar

Outras

Obs.: N.º Seg.

 Salvar  Cancelar

Modo de Inclusão F1 - Ajuda F5 - Salva F6 - Cancelar

 Iniciar  SISCAM  11:56

Coordenação Estadual

Seguimento Relatórios Rotinas Gerais Ajuda Sair

Vivo Programa Nacional

Relatório de Seguimento - Colo do Útero

UF: AM

Relatório por

Pacientes com seguimento realizado no período 28/06/06 a 28/06/06

Pacientes sem seguimento a mais de mese(s)

Seguimento pelo município da paciente

Seguimento pelo município da Unidade de Saúde

Seguimento pela Unidade de Saúde

Diagnóstico Original

ASCUS NIC I e HPV Cânceres (Carcinoma escamoso invasivo, Adenocarcinoma "in situ" e invasivo)

AGUS NIC II e NIC III

Pacientes

Importadas Incluídas

Sem informação Colposcopia

Sem Tratamento

Encaminhada p/Tratamento Biópsia

Recusa/Abandono Óbito

Outros Não localizadas

Tratadas Todos os registros

Seguimento

Busca ativa

Fechar

Localidade: AM Data: 28/06/2006

Iniciar Candomblé Bantu - Wikipé... SISCAM Documento1 - Microsoft W... 15:21

Laudo de Citopatológico do Colo do Útero

Inteira 100% Largura Primeira Anterior Próxima Última Configurar Imprimir Salvar Abrir Fechar

Unidade de Saúde: PAM - CODAJÁS Data da coleta: 02/08/2005
Município: MANAUS UF: AM
Exame: SC05/016180 Nº do prontuário:

Nome: F
Mãe:
Data do nascimento: 15/02/1982 Idade: 23
Endereço: RUA ACESSO 2 Número: 02
Complemento: Q/18 Bairro: DISTRITO
Município: MANAUS UF: AM Telefone:
Ponto de referência:

Laboratório: INSTITUTO DE PATOLOGIA E HEM. DE MANAUS CNPJ: 04.210.803/0001-21
Município: MANAUS UF: AM Data do recebimento: 03/08/2005

Resultado do Exame

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL
Satisfatória mas limitada por: Presença de sangue

CONCLUSÃO

Alterações Celulares Benignas Reativas ou Reparativas
Infamação.

Microbiologia
Lactobacilos.

Page 1 of 1

Iniciar Candomblé Bantu - Wikipé... SISCAM Siscolo Telas 2.doc - Micr... 15:32

ANEXO 05 – Cópia do Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética da FCECON

Andamento do Projeto - Tatiana

Arquivo Editar Exibir Ir Favoritos Ferramentas Ajuda

http://portal.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato_projeto.cfm?CODIGO=100853

Andamento do projeto - CAAE - 0009.0.252.000-06

Título do Projeto de Pesquisa
 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA VIVA MULHER NA TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NO AMAZONAS - 2001 A 2005

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	17/07/2006 02:38:39	08/08/2006 12:55:21		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	10/07/2006 19:33:53	Folha de Rosto	FR100853	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	17/07/2006 02:38:39	Folha de Rosto	0009.0.252.000-06	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	08/08/2006 12:55:21	Folha de Rosto	0007/06	CEP

Voltar

Concluído

Iniciar

7 Messenger

Andamento do Projet...

Ares 2.0.9.3030 [T...

15:59

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)