

TEREZINHA REGINA GIORDANI SERRANO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO
CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA
EM SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Santa Catarina para obtenção do Grau de
Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof^o Dr. Alcides Rabelo Coelho

Florianópolis, agosto de 2002



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO CÂNCER
DE COLO DO ÚTERO E DE MAMA – SANTA CATARINA ”.**

AUTORA: Terezinha Regina Giordani Serrano

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Profª. Dra. Vera Lúcia G. Blank
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho
(Presidente)

Prof. Dr. Emil Kupek
(Membro)

Profª. Dra. Eliana Elizabeth Diehl
(Membro)

Prof. Dr. Bruno Rodolfo Schlemper
(Membro)

Profª. Dra. Sandra Noemi C. Caponi
(Suplente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO
CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA
EM SANTA CATARINA

Terezinha Regina Giordani Serrano

Florianópolis, abril de 2002

**Dedico à minha filha Ioruá para que
sua geração possa desfrutar de
melhores serviços de saúde.**

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Alcides Rabelo Coelho de quem tive o privilégio de ser aluna e, sobretudo de o ter como Orientador nesta dissertação, pela amizade e dedicação com que sempre me distinguiu.

Aos demais professores do Curso de Mestrado em Saúde Pública que colaboraram para minha formação, em especial a coordenadora do curso Professora Vera Lúcia Guimarães Blank.

À Direção do Cepon na pessoa de sua Diretora Dra. Lucilda Cerqueira Lima.

À equipe que integra o Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, pela efetiva colaboração prestada à execução deste trabalho, em especial à Dra. Cristiane Fabiani, por sua atenção, paciência e disposição em ensinar-me os caminhos da oncologia.

Aos meus colegas de trabalho com quem convivo diariamente e de modo especial à Pedagoga Sandra Maria Faraco Neves, à Assistente Social Maria Luiza Baltazar, às Enfermeiras Vera Lúcia Ferreira e Haimee Emerich Lentz Martins, à Terapeuta Ocupacional Laura Martins, mulheres especiais durante esta caminhada.

Ao Giovan da Rosa Matos e João de Farias, pela inestimável ajuda nos assuntos de informática.

À Coordenadora Estadual da Rede Feminina de Combate ao Câncer, Sra. Sônia Mastela.

Aos coordenadores regionais e municipais do Programa Viva Mulher, pelas valiosas informações prestadas.

Ao meu marido Alan e aos meus filhos Pablo e Iorúá pelo carinho e amor a mim dedicados.

PRIMEIRAS PALAVRAS

Era um tempo em que o Brasil fazia sua entrada na era industrial. As vozes de Getúlio Vargas, mesmo morto, e de seu oponente Carlos Lacerda, ainda se ouviam claras. Mulheres já votavam. Brasília estava em construção. João Gilberto cantava nas rádios. O presidente Juscelino Kubitschek era bossa-nova. Preparava-se um país urbano, para ser alfabetizado em quatro décadas, onde a cana e o cacau nordestinos, o café paulista e o leite mineiro não mais fossem a base econômica. O IAPI, o IAPC e o IAPETEC dariam lugar ao INPS e logo ao INAMPS. Os colonos, “prá lá de Lages”, de sotaque italiano, vestindo suas bombachas de brim diamantino, vão à cidade com gûaiacas cheias de cruzeiros, penduradas na cinta. O dinheiro vinha da agricultura de subsistência, da qual realmente subsistiam - e bem -num mundo de pouca oferta e de consumo mínimo. Cruzavam, nas ruas poeirentas, com kaigangues remendados. Logo passaram a cruzar com homens jovens e estranhamente cabeludos, vestindo calças Lee, a marca do nosso *blue jeans*. E logo os primeiros rádios a pilha tocam Roberto Carlos, Erasmo e Vanderléia nos corredores dos postos de saúde do DASP. A rede pública de saúde, onde atendentes recebiam indigentes, entra na era *iê-iê-iê*, sem esquecer Tonico e Tinoco nem Teixeira e Méri Terezinha. Ainda era cedo, e não estava consumado, em Santa Catarina, “o estupro da honorável Medicina Liberal e das dignificantes práticas de Saúde Pública”, relatado por Fiori (1978, p. 21) num histórico livro do Movimento Sanitário, organizado por Reinaldo Guimarães (1978).

Hoje, não há mais colonos, nem agricultura de subsistência. Alguns se integraram às agro-indústrias, que fizeram do antigo mundo rural o novo mundo agrícola tecnicizado, de que fala o geógrafo Milton Santos (1996). Outros migraram para as periferias das cidades.

Naquele tempo, não havia, para mim, Rita Lee, nem o tropicalismo, nem Globosat, nem Reforma Sanitária, nem SUS, nem câncer.

Criei-me em Xanxerê, interior do Estado, em família numerosa. Meus pais eram comerciantes e seus clientes, agricultores. Não conheci avós: todos, maternos e paternos, morreram antes de completar sessenta anos.

Minha família era enorme: meu avós tinham oito ou nove irmãos cada um. Minha mãe tinha treze irmãos. Eu, por minha vez, tive só dois irmãos, e gerei só dois filhos. Eles provavelmente não tentarão me superar no número. Os tempos não são mais de alta fecundidade. Meu pai conseguiu viver um pouco mais do que setenta anos. Minha mãe irá um pouco mais longe. Meus tios vivos são todos septuagenários. Os que já partiram foram levados pelo câncer e pelas doenças cárdio-circulatórias. Passei, pois, pela transição demográfica e epidemiológica. Ou ela passou por mim.

Quando eu tinha dezesseis anos, no colégio das freiras, a gente usava saia pregueada em azul-marinho, blusa branca e gravata borboleta vermelha. Chegou o Dr. Moisés Paciornik, então famoso ginecologista de Curitiba, pedindo às professoras que lhe arrumassem uma menina para secretariá-lo por alguns dias. A Liga Paranaense de Combate ao Câncer já existia e se arriscava a garimpar câncer pelas terras dos índios kaingangues, no interior de Santa Catarina. Seu ônibus, que de vez em quando aportava em Xanxerê, coletava material das mulheres, para prevenção de câncer ginecológico. Até minha mãe o freqüentou. Agora, logo depois da Copa do Mundo de 1970, o cacique da Reserva Indígena Xapecó dera sua autorização: todas as índias seriam examinadas.

Como secretária do Dr. Paciornik, fui treinada para fixar o esfregaço na lâmina. Passei uns poucos dias no ônibus, alcançando-lhe a espátula, por onde passavam rapidamente, uma índia após outra. Eram mulheres de todas as idades, que jamais apresentavam períneo roto. Somente encontramos um caso de câncer, em uma velha índia de oitenta anos. O Dr. Moisés não encontrou os cânceres que procurava. Mas, felizado da serendipidade, encontrou o que não procurava: fazer o parto de cócoras evita ruptura de períneo. E esta foi a sua tese, depois (Paciornik, 1997).

Seu filho Cláudio, anos mais tarde, traz da Alemanha e da França a termografia de mamas à época uma técnica nova. Vou estudar administração - volto a dizer que era filha de comerciantes - em Curitiba, e me é oferecido um emprego na clínica ginecológica destes defensores do nascer de mãe de cócoras.

Freud diria que a figura do velho ginecologista, que me acolheu, talvez me tenha marcado a ponto de influenciar minha escolha vocacional. Ao

terminar o curso de administração, não voltei aos negócios de meus pais: fui a Porto Alegre fazer a pós-graduação em administração hospitalar.

O fim dos anos 70, prenhos de luta democrática e de fé na libertação dos oprimidos, leva-me a conhecer a declaração de Alma Ata e a pensar com o Movimento Sanitário. Professora da faculdade de administração de Chapecó, participei do planejamento do embrião do Hospital Regional daquela cidade (Rossetto, Giordani, Iop, 1979). Mas minha vitória foi passar à Cooperativa Regional Alfa - a maior cooperativa de agricultores do Estado - a idéia de criação de um projeto de saúde comunitária, o primeiro de Santa Catarina e um dos pioneiros do Brasil. Ainda tonta com a aceitação, pela diretoria, planejamos um trabalho supervisionado pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Tínhamos, pois, em Chapecó, algo do SUS antes do SUS. Tínhamos a equipe interdisciplinar e a noção de saúde da família antes dos governos, num tempo em que muitos governantes diziam que aquilo era coisa de Cuba, coisa de comunista. Não estavam totalmente errados. Era o que os comunistas tinham de bom, e era o que de bom o Reino Unido e o Canadá também fizeram. O nosso programa local era apenas rural, mas era muito mais parecido com a rede de saúde inglesa do que o SUS de hoje. Ali nas roças de Chapecó estava o precursor, citado no livro de Pimenta (2000), estrategicamente enraizado na comunidade rural, que os futuros prefeitos, da direita e da esquerda, não poderiam desprezar e nem deixar decair: a herança de um tempo de ideais e de conquistas para a saúde coletiva.

A Campanha da Fraternidade com o lema Saúde para Todos, Movimento Feminista, reivindicação do fim da ditadura militar e de uma constituinte livre, soberana e democrática, são temas forjadores do Brasil de hoje, onde prefeito é obrigado a fazer planejamento em saúde pública em vez de apenas comprar ambulância para remover o problema aos grandes centros.

Mas o câncer, que saiu pela porta, durante os tempos de Movimento e de Reforma Sanitária, voltou pela janela. Me era empurrado pelos movimentos feministas. Quando a gente corria pelas cidades, em assembléias de mulheres, com Clair Castilhos e tantas outras, eu falava dos direitos das mulheres. Em meio a discursos de igualdade, era-me difícil pensar que havia

enfermidades próprias das mulheres, que as esvaziavam no seu vigor, até extinguí-las. Jovem, me era difícil pensar do que elas morriam.

Porém, o ferro em brasa da epidemiologia não é inócuo aos planejadores de saúde. A globalização arrasta o urbano e o sanitário para novas reflexões (Coelho, 1998). Mais do que nunca, o planejar demanda, estrategicamente, de forma interdisciplinar, a soma de conhecimentos técnicos, prevenção, bioestatística, história, filosofia, ciência política, legislação, epidemiologia e bom senso. É o desafio que enfrento, cotidianamente, no Programa Estadual de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco e no Cepon - Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina.

A história da prevenção das neoplasias malignas do colo uterino e da glândula mamária é, para mim, tão nova, pois me sinto sempre começando, com muito a aprender, num mundo todo a ganhar. E ao mesmo tempo, me é uma história tão antiga, que acompanhou toda a minha existência.

Convido os leitores desta dissertação a compartilhar comigo este aprendizado, lembrando um trecho de uma música de Gilberto Gil :

“... Tempo rei, ó tempo rei, ó tempo rei
Transformai as velhas formas do viver
Ensinai-me, ó pai, o que eu ainda não sei”.

RESUMO

O estudo é uma avaliação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama - Viva Mulher - no Estado de Santa Catarina, durante o ano de 2000. Faz-se um levantamento de dados, nos bancos oficiais de informações em saúde, junto aos municípios catarinenses através da aplicação de questionário e com a observação participativa em encontros de coordenadores municipais e estaduais do programa. Avalia-se o Programa através de indicadores, utilizando-se de seis indicadores de estrutura, nove de processos e dois de resultados. Foram estudadas diversas variáveis tais como: número de unidades de saúde realizando exames preventivos, número de equipes municipais capacitadas, quantidade de exames de Papanicolaou coletados, número e distribuição de mamógrafos e laboratórios de citopatologia, resultados dos laudos citopatológicos emitidos, estadiamento dos tumores diagnosticados, tendências de mortalidade, entre outras. Analisa-se os dados segundo a literatura específica e os padrões de desempenho recomendados pelo Instituto Nacional do Câncer. Os resultados encontrados evidenciam que há uma grande distância entre a concepção teórica do programa e o modelo assistencial existente. As maiores dificuldades encontradas estão no nível secundário, de média complexidade, com uma carência grande de serviços, sendo maior no interior do Estado. Neste nível, pode-se distinguir duas regiões, litoral e interior, em diferentes estágios de organização assistencial. No nível terciário, há também maior concentração de serviços no litoral requerendo uma descentralização para o interior do Estado. O estudo demonstra que, os programas de prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama existentes no Estado não tem causado impacto nos indicadores de morbimortalidade, havendo a necessidade de repensar as tecnologias adotadas.

Palavra chave: Câncer de Colo do Útero, Câncer de Mama, Avaliação de Serviços, Programa Viva Mulher, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

This study evaluates the National Cancer Prevention Program for breast and cervix cancer in Santa Catarina, a Southern Brazilian state, during the year of 2000. It uses six indicators of structure, nine process indicators and two outcome indicators of health services in cancer prevention. The analysis is based on official health data for the municipalities, questionnaire data responded by the municipal and state coordinators of the National Cancer Prevention Program, and participating observation. These data are compared to the guidelines of the National Institute for Cancer with respect to the number of health units which implemented the program, the number of the health teams capacitated for the activities in the program, the number of Papanicolau exams realized, the number and distribution of the mamographs and laboratories for cytological and pathological analysis, the results of these analyses, and mortality trends. The results showed big discrepancies between conceived and achieved program targets. The discrepancy is particularly evident on the secondary level of the health care which includes procedures of medium complexity, largely lacking in the interior of the state. Two geographically distinct areas - the coastal area and the interior of the state - differ considerably in the access to health services in this field, favoring the former. On the third and highest level of complexity of health services for cancer, there is also a heavy concentration of the services in the coastal area. Overall, this work shows that the national program targets regarding breast and cervix cancer have not made sufficient impact on mortality and morbidity indicators, thus demanding a re-thinking of the program's logistics.

Key Word: Breast and Cervix Cancer, National Cancer Prevention Program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER.....	05
2.1. Considerações gerais.....	05
2.2. A ocorrência de câncer no Brasil e no mundo.....	09
2.2.1. O câncer na população feminina do Brasil.....	10
2.2.2. Câncer de colo de útero no mundo.....	13
2.2.3. Câncer de mama no mundo.....	15
2.3. Perspectiva histórica das iniciativas de combate ao câncer no Brasil.....	18
2.4. Políticas de controle do câncer do colo de útero e mama para o Brasil.....	20
2.4.1. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e da mama – Viva Mulher.....	23
2.5. Marco teórico do Programa Viva Mulher.....	32
3. OBJETIVOS.....	35
3.1. Objetivo geral.....	35
3.2. Objetivos específicos.....	35
4. METODOLOGIA.....	36
4.1. Tipo de pesquisa.....	36
4.2. Método.....	36
4.2.1. Indicadores de estrutura.....	37
4.2.2. Indicadores de processo.....	39
4.2.3. Indicadores de resultado.....	41
4.3. Coleta dos dados.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1. Avaliação dos indicadores de estrutura.....	43
5.1.1. Número de treinamentos gerenciais.....	44
5.1.2. Número de Centros de alta complexidade em oncologia (CACONs).....	47
5.1.3. Número de mamógrafos.....	49

5.1.4. Unidades de Saúde Pública que realizam cirurgias de alta frequência - CAF- do trato genital inferior.....	52
5.1.5. Laboratórios de citopatologia e histopatologia por 100.000 mulheres de 25 a 69 anos.....	55
5.1.6. Unidades de Saúde que colhem citopatológico do colo do útero/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.....	61
5.2. Avaliação dos indicadores de processos.....	64
5.2.1. Exames citológicos: exame de papanicolaou (citologia oncótica cervical).....	64
5.2.2. Leitura apresentada do exame citológico.....	68
5.2.3. Diagnósticos apresentados.....	71
5.2.4. Segundo qualidade das amostras.....	74
5.2.5. Cirurgias de alta frequência.....	75
5.3. Avaliação dos indicadores de resultados.....	77
5.3.1. Estadiamento.....	77
5.3.2. Mortalidade.....	81
5.3.2.1. Coeficiente de mortalidade proporcional por todos os tipos de neoplasias em Santa Catarina.....	85
5.3.2.2. Coeficiente de mortalidade por 100 000 para o câncer do colo do útero e mama, em Santa Catarina.....	86
5.3.2.3. Coeficiente de mortalidade por 100 000 para o câncer do colo de útero e de mama segundo macrorregiões de Saúde.....	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
8. ANEXOS.....	105

LISTA DE FIGURAS

Figura nº 1 Fluxograma do Programa Viva Mulher.....	25
Figura nº 2: Participação dos municípios nos treinamentos gerenciais, por Regional de Saúde – SC, 2000.....	46
Figura nº 3: Centro de alta complexidade em oncologia – SC, 20001.....	48
Figura nº 4: Distribuição de mamógrafos por Regional de Saúde segundo tipo de prestador – SC, 2000.....	51
Figura nº 5: Aparelhos de cirurgia de alta frequência – CAF – por Regional de Saúde SC, 2000.....	54
Figura nº 6: Laboratórios de Citologia Públicos e Privados	57
Figura nº 7: Rede Feminina de Combate ao Câncer	63

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 1: Participação dos Municípios nos treinamentos gerenciais – SC, 2000.....	45
Quadro nº 2: Rede de laboratórios que realizam leitura de citopatológicos, por Regional de Saúde.....	58
Quadro nº 3: Unidades de Saúde da rede pública que realizam coleta de material citológico do colo do útero – SC, 2000.....	61
Quadro nº 4: Municípios que informam sua produção de coletas do preventivo do câncer de colo do útero, no sistema de informações ambulatoriais – SIA-SUS - , segundo Regional de Saúde - SC, 2000.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela nº 1: Estimativas para o ano 2000 do número de casos novos e de óbitos por tipo de câncer, em mulheres – Brasil, 2000.....	10
Tabela nº 2: Estimativas para o ano 2000 do número de casos novos e de óbitos por tipo de câncer, em mulheres, segundo Estado.....	12
Tabela nº 3: Relação entre estágio da doença e sobrevida com câncer de mama.....	78

Tabela nº 4: Relação entre estágio da doença e sobrevida com câncer de colo de útero.....	78
Tabela nº 5: Percentual de pacientes com câncer de colo de útero e de mama, atendidas na rede pública estadual segundo estadiamento - SC, 2000.....	80
Tabela nº 6: Mortalidade proporcional por neoplasias SC, 1979 à 2000.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico nº 01: Incidência de Câncer do Colo do Útero em várias regiões do mundo, 2000.....	13
Gráfico nº 02: Incidência de Câncer de Mama em várias regiões do mundo 2000.....	15
Gráfico nº 03: Tendências de incidência e mortalidade para os cânceres de colo de útero e mama.....	17
Gráfico nº 04: Mortalidade proporcional (%) por neoplasias SC, 1979 à 2000.....	86
Gráfico nº 05: Coeficientes de mortalidade por 100.000 para câncer do colo de útero e de mama – SC, 1980 à 2000.....	87
Gráfico nº 06: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Extremo Oeste – 1980 à 2000.....	88
Gráfico nº 07: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Meio Oeste.....	88
Gráfico nº 08: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Planalto Norte.....	88
Gráfico nº 09: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Nordeste.....	88
Gráfico nº 10: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Vale do Itajaí.....	89
Gráfico nº 11: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Planalto Serrano.....	89
Gráfico nº 12: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional do Sul.....	89
Gráfico nº 13: Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, macrorregional de Florianópolis.....	89

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma avaliação do Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama-Viva Mulher- em Santa Catarina no ano de 2000.

A importância crescente das neoplasias malignas como problema de saúde pública e a carência de instrumentos de avaliação para programas de prevenção e controle do câncer, bem como de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em câncer que ofereça estudos, análises e informações para melhor prevenir e controlar esse conjunto de doenças, nos motivou para desenvolvermos este estudo.

Neste sentido, iniciamos o nosso trabalho fazendo algumas considerações sobre o Estado de Santa Catarina e sobre os conceitos de transição demográfica e epidemiológica.

Apresentamos dados sobre incidência e mortalidade dos cânceres de colo de útero e de mama no contexto nacional e mundial e quais foram historicamente as políticas de saúde visando o seu controle, enfocando principalmente o Programa Viva Mulher.

O interesse em avaliar este programa, é o de identificar a influência das intervenções programáticas sobre a saúde das mulheres.

Ao avaliarmos o funcionamento do Programa, esperamos estar contribuindo com elementos importantes para o processo de tomada de decisões dos gestores da saúde, assim como para a definição de estratégias de intervenção que possam imprimir impacto significativo na redução das taxas de morbimortalidade por câncer em nosso Estado.

As questões referentes à qualidade e efetividade dos serviços de saúde passam impreterivelmente pela concepção de saúde dos gestores, pelas suas preocupações básicas e se, para além da retórica, a saúde ocupa algum lugar entre elas. Embora saibamos que a gestão dos serviços de saúde não cobre toda a responsabilidade da direção das instituições, ela constitui-se em elemento muito importante, já que o papel do gestor é conseguir que a instituição, o serviço ou o programa funcione.

Assim, as respostas a essas questões são provavelmente tributárias dos resultados alcançados e de objetivos mensuráveis em termos de saúde que possam ser atribuídos, de forma razoável, às intervenções.

Diante da complexidade que o processo de avaliação de serviços exige, o Programa Viva Mulher elencou um conjunto de indicadores passíveis de serem levantados, para servirem de instrumento de avaliação. A escolha dos indicadores é fruto das discussões da equipe de epidemiologistas do Instituto Nacional do Câncer – INCA, adaptados para a realidade brasileira e que nós adotamos enquanto preconização oficial.

A seleção de indicadores simples que se mostrem aplicáveis de forma sistemática, ainda que visem somente orientar as análises, é que torna as avaliações factíveis (Segura, 1998). Ainda segundo esse autor, deve-se considerar que as avaliações que geram mudanças no sistema de cuidados são as que em certa medida correspondem às necessidades de informação dos gestores, de modo a racionalizar as atividades dos serviços de saúde e imprimir novas práticas.

Neste sentido, a iniciativa do Instituto Nacional do Câncer - INCA - em definir indicadores de avaliação para o Programa Viva Mulher revela-se útil.

A pesquisa tenta ultrapassar os limites confortáveis da precisão cartesiana dos indicadores procurando compreender os fenômenos em sua complexidade para melhor fundamentar as conclusões. Para tanto, foi utilizada uma combinação da avaliação estatística com a observação participante, técnica própria das ciências sociais, em especial da antropologia.

A ausência de registros sobre as práticas de saúde adotadas em relação às políticas voltadas ao controle do câncer em nosso Estado dificultou o nosso trabalho e exigiu maior esforço de nossa parte.

As deficiências encontradas com relação a registros históricos sobre o perfil das pacientes, aos resultados sobre os laudos emitidos dos exames citológicos e ao comportamento das neoplasias estudadas, dificultaram o estabelecimento de parâmetros comparativos que pudessem medir a evolução das políticas de saúde voltadas ao controle do câncer ao longo do tempo.

Neste sentido, a presente pesquisa é pioneira no estabelecimento de uma metodologia que possa ser reaplicada, ao longo do tempo, objetivando o

acompanhamento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias do colo do útero e da mama pelo Sistema Único de Saúde.

Torna-se indispensável, no entanto, que periodicamente sejam incorporadas novas metodologias para que as atividades de avaliação sejam desenvolvidas de forma sistemática e contínua, em que ferramentas e técnicas sejam efetivas, levando à reorganização das práticas e a definição de instrumentos de avaliação sintonizados com as perspectivas de mudança dos serviços (Tanaka, 1994).

De acordo com Malik & Schiesari (1998), a reprodução da assistência propriamente dita ainda se dá de forma desordenada e descontínua, tendo em vista a não utilização e as próprias deficiências dos instrumentos avaliativos disponíveis e aplicáveis, pois em sua quase totalidade eles não garantem um acompanhamento e uma avaliação do ponto de vista da qualidade da intervenção. Para as autoras o crescimento da preocupação gerencial está centrado, prioritariamente, nos custos crescentes da assistência à saúde e na limitação de recursos disponíveis mais do que nos resultados de morbimortalidade apresentados.

Para Silva & Formigli (1994), as ações avaliativas encontram dificuldades pois os obstáculos são relativos à própria prática dos gestores, que rejeitam a adoção de técnicas que exponham as deficiências gerenciais, e às resistências corporativas oriundas da cultura institucional, que não reconhece a necessidade de implementação de instrumentos de avaliação permanentes que os auxiliem na tomada de decisões e na análise dos resultados.

O processo avaliativo portanto, requer um esforço coletivo dos agentes, das instituições e dos pesquisadores da área para a superação das dificuldades.

* Não é mais suficiente a análise isolada dos determinantes de saúde, em um esquema linear de causalidade. O que se tenta é procurar conhecer a multiplicidade desses condicionantes, inclusive assistenciais, nos diferentes níveis de complexidade e na vulnerabilidade de suas articulações. Reconhecer portanto esta complexidade, tornou-se uma via indispensável no processo de avaliação, fundamental para o processo de construção do Sistema Único de Saúde, dotando-o de capacidade para viabilizar um equilíbrio dinâmico entre o

interesse coletivo e individual, o local e o central, a medicina ambulatorial e a hospitalar, o sanitário e o social, a equidade e a eficácia (Hartz, 1997).

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas, vivencia de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e aqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas.

Neste sentido, esta dissertação espera estar contribuindo com os gestores de saúde para que os mesmos avaliem constantemente suas práticas e reorientem suas ações visando a redução dos indicadores de morbimortalidade por câncer do colo de útero e de mama.

2. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

2.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estado de Santa Catarina, no sul do Brasil, foi colonizado por imigrantes europeus no século XIX, tornando-se uma região pequeno-produtora. Inserida numa base latifundiária bem menos arraigada que a do Nordeste do país, a pequena produção mercantilista foi a gênese de sua dinâmica econômica (Vieira, Pereira, 1997:456).

Hoje o estado se caracteriza por uma urbanização equilibrada, regional e sem uma grande metrópole própria.

Regiões de mínima densidade demográfica na primeira década do século XX, onde o sertanejo, habitante das terras do Contestado, e os índios kaingang, xókleng e guarani viviam sem conhecer as instituições do estado, a produção e o comércio modernos, integraram-se, abruptamente, em menos de oitenta anos no meio técnico-científico-informacional, que Milton Santos chama de "a nova cara do espaço e do tempo" (Santos, 1998).

É neste meio técnico-científico-informacional que se instalam as atividades hegemônicas, que tem relações mais longínquas e participam do comércio internacional, fazendo com que determinados lugares se tornem mundiais (Santos, 1998:45). Esse é o ambiente em que se redobram as preocupações de cada ser humano, cotidianamente, com seu espaço, com o tempo e com a sobrevivência.

Talvez possamos afirmar que, no apagar das luzes do século XX, assistimos nos cem últimos anos a mais significativa transformação das condições de saúde da população humana na história. O Planeta azul mudou. A estrutura demográfica se alterou e com ela os padrões de morbimortalidade.

A atenção da epidemiologia que classicamente, era voltada a um único processo causal de morbidade ou mortalidade e a um contexto sócio-demográfico de cada vez, com o conceito de transição epidemiológica volta-se aos fatores multicausais que levam às doenças, necessitando de uma visão interdisciplinar mais ampla.

O processo de modificação dos padrões de morbimortalidade que ocorre em estágios sucessivos e seguindo a trajetória de um padrão tradicional para um padrão moderno foi denominado por Omran (1971) de transição epidemiológica. Cada sociedade tem seus padrões característicos de morbidade e de mortalidade, numa relação íntima com seus padrões demográficos. A modernização, marcada por melhorias na situação sócio-econômica e cultural tem trazido, em todas as partes do mundo, redução das pandemias e endemias infecciosas, aumento das doenças crônico-degenerativas e aumento da mortalidade causada pelo homem (decorrentes do que Omran (1971) chama pela expressão "*man-made diseases*"), (Serrano, 2002).

A transição epidemiológica é resultado de transformações demográficas e culturais. Os principais elementos demográficos e sociais implicados neste processo são: a queda da mortalidade, a diminuição da fecundidade, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população (Waldman, 2000:10).

O aumento da longevidade e da proporção de pessoas idosas na população mundial é um dos mais marcantes fenômenos demográficos deste século, com importantes repercussões sociais e econômicas.

Este processo de envelhecimento populacional decorre, basicamente, da transição de um padrão demográfico com altas taxas de natalidade e mortalidade para outro com baixas taxas de fecundidade e de mortalidade e vem ocorrendo em praticamente todos os países do mundo.

A expectativa de vida ao nascer tem crescido nos últimos 25 anos na maioria dos países do mundo, para ambos os sexos, enquanto que as taxas de fecundidade têm sofrido importante declínio (Chaimowicz, 1997).

Segundo o relatório das United Nations (1999) , estima-se que no ano 2025 a maioria dos países terá taxa de fecundidade total próxima ou mesmo abaixo dos níveis de reposição populacional.

O Brasil, pela sua dimensão continental e as características de sua população, tem um papel de destaque no cenário do envelhecimento mundial. Durante as quatro primeiras décadas do século XX a população brasileira

apresentou relativa estabilidade na sua estrutura etária, principalmente devido às pequenas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade.

A partir de 1960, observa-se um declínio na taxa de fecundidade total e conseqüentemente uma redução no ritmo de crescimento.

Se no início do século a proporção dos indivíduos que conseguiam alcançar os 60 anos se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e de 65% entre os homens, com expectativa de vida superior a 65 anos (Berquó,1999:232).

Contribuem ainda para o processo de transição epidemiológica as miscigenações, as migrações, as formas de ocupação do solo, a urbanização, a concentração populacional, os modelos de desenvolvimento econômico e de produção, os hábitos alimentares, a ampliação do acesso à água e à educação, o ingresso maciço da mulher no mundo do trabalho, a existência de ciências e de técnicas à disposição do homem que vão desde a conservação facilitada de alimentos, até os modos de vida sedentários, passando pela existência de remédios e cirurgias que alteram a vida e escamoteiam a morte (Serrano, 2002).

A América Latina tem um modelo dito polarizado de transição (Barreto,Carmo:1995:19): ao lado de uma relativa redução das doenças infecciosas, nota-se o recrudescimento de algumas delas, convivendo com as doenças crônico-degenerativas. Ambos os grupos são causas importantes de óbitos. No Brasil, a aplicação deste modelo polarizado é procedida por Araújo (1992) e Prata (1992), que verificam a existência de distintos padrões para as diversas regiões.

A teoria da transição epidemiológica tem sido criticada por Barreto (1995), identificando que esta tem por base conceitual um enfoque neo-evolucionista da modernização e entende a transformação do modo de viver tradicional para o moderno como conseqüente à incorporação de tecnologias. Para Araújo(1992), há o estabelecimento de uma falsa dicotomia entre a utilização de tecnologia e a realização do processo de desenvolvimento econômico.

As mudanças nos padrões epidemiológicos apontam para a necessidade de construção de novos modelos conceituais integrativos para dar conta da complexidade dos níveis de determinação. Modelos lineares de

explicação (teoria da transição epidemiológica), bem como das diversas teorias que se propõem a explicar componentes específicos do processo de determinação das doenças (infeccioso, estilo de vida, ambiente, gens), parecem insuficientes não só para explicar as causas das doenças mas sobretudo para propor medidas que tenham efetividade na resolução de problemas.

No Brasil, a progressiva ascensão da mortalidade por doenças crônicas degenerativas, impõe a elaboração de um sistema de avaliação e controle destas doenças, capaz de nortear o planejamento em saúde e imprimir impacto significativo.

Todas estas formas de óbito estão ligadas a estilos de vida e a etiologias complexas e multideterminadas. Tais etiologias não encontram explicações causais simples e diretas. É necessário construir uma abordagem "integrada", explicando a tendência decrescente da mortalidade como consequência do acúmulo, em sucessivos períodos históricos, de investimentos sociais, melhorias nas condições de vida, melhorias ambientais, entre outros avanços, que estariam ocorrendo na maioria das sociedades.

Estas formas de óbito eventualmente requerem uma epidemiologia dita das "caixas pretas" e "das metáforas" (Almeida Filho, 1998) e suscitam um debate sobre uma crise da saúde coletiva própria do início do século XXI (Paim, Almeida Filho, 2000).

Neste contexto, as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada pelo aumento de sua prevalência, por utilizarem grande volume de recursos financeiros, por representarem importante ônus social e institucional e por sua crescente importância como causa morte no país.

A primeira referência de câncer na espécie humana ou doença similar data de mais de cinco mil anos. O câncer acomete predominantemente indivíduos de idade avançada e a frequência aumenta com a idade. É uma doença crônico-degenerativa cuja incidência tem crescido, ocupando progressivamente os primeiros lugares em relação às outras doenças (Mendonça, Teixeira, 1998:155).

Para fins de classificação e comparação, as neoplasias malignas são todas as afecções que estão incluídas no Capítulo II da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão.

2.2. A OCORRÊNCIA DE CÂNCER NO BRASIL E NO MUNDO

Os dados epidemiológicos disponíveis no momento permitem configurá-lo como um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta. Os estudos e as publicações sobre incidência das doenças mostram que o câncer atingirá, no século XXI, o primeiro lugar na mortalidade por doença.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer-INCA- (Brasil, 1999), são dois os indicadores que caracterizam o câncer como problema de saúde pública no Brasil: o aumento gradativo da incidência e mortalidade e o desafio que isso representa ao SUS no sentido de garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento da doença.

Os custos sociais do câncer, ainda que de difícil quantificação, são seguramente elevados. Para Rice & Hodgson (1980), as implicações para os doentes, a família e a sociedade em geral são a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte, representando anos de vida perdidos. Para a sociedade, além do sentimento de perda ainda representam elevados recursos econômicos gastos e uma redução do potencial de trabalho humano.

Os gastos com assistência aos pacientes com neoplasias pelo SUS, no ano de 2000, foram de aproximadamente R\$ 713 milhões, representando 6,44% do total de gastos com assistência médica. O atendimento ambulatorial de alta complexidade oncológica absorveu 67% dos recursos, compreendendo os tratamentos com quimioterapia(55,2%)e radioterapia (11,8%). Os demais recursos foram gastos com internações hospitalares (SBOC,2000).

Atualmente o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença no Brasil. Somente na região Nordeste é que as neoplasias representam a terceira causa de morte por doença, ficando apenas 0,02% depois das doenças infecciosas e parasitárias.À medida que nos deslocamos para o sul do País, as doenças cardio-vasculares constituem-se na primeira causa de morte e os neoplasmas a segunda (Brasil,1999). Em Santa Catarina, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, as neoplasias representam a segunda causa morte por causas definidas desde 1997, seguindo a tendência nacional (SES, 2000).

Para o ano 2000, o Ministério da Saúde estimou que, em todo o país ocorreram 284.205 casos novos e 113.959 óbitos por câncer. Entre os tipos de neoplasias, a primeira causa registrada de óbito, para ambos os sexos, foi a neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões, com 12,26%; em segundo lugar a de estômago, com 9,67%; e em terceiro lugar a de mama feminina, com 7,26% (Brasil, 2000 a).

2.2.1. O CÂNCER NA POPULAÇÃO FEMININA DO BRASIL

As estimativas do número de casos novos de câncer na população feminina para o ano 2000 no Brasil, apontam o câncer de mama em primeiro lugar com 28.330 casos, em segundo lugar as neoplasias malignas da pele não melanoma com 20.410 casos e o câncer de colo uterino em terceiro lugar com 17.251 casos novos (Brasil, 2000 a). A mortalidade estimada para o mesmo ano, entre as mulheres, indica em primeiro lugar o câncer de mama, com 8 245 óbitos (9,788/100.000), em segundo lugar as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmão com 4.232 casos e o câncer do colo de útero e terceiro lugar com 3.625 óbitos (4,25/100.000), (Brasil, 2000 a).

Tabela nº 1 - Estimativas para o ano 2000 do número de casos novos e de óbitos por tipo de câncer, em mulheres – Brasil, 2000.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	ESTIMATIVAS DOS CASOS NOVOS		ESTIMATIVAS DOS ÓBITOS	
	Nº DE CASOS	TAXA BRUTA	Nº DE ÓBITOS	TAXA BRUTA
Neoplasia Maligna De Pele Não Melanoma	24.410	24,17	267	0,31
Neoplasia Maligna De Mama Feminina	28.340	33,58	8.245	9,78
Neoplasia Maligna De Traquéia, Brônquios E Pulmão	5.622	6,66	4.232	4,97
Neoplasia Maligna Do Estômago	6.180	7,30	3.610	4,24
Neoplasia Maligna Do Colo Do Útero	17.251	20,48	3.625	4,25
Neoplasia Maligna Do Cólon E Reto	6.074	7,19	3.563	4,24
Neoplasia Maligna Do Esôfago	2.333	2,74	1.194	1,40
Leucemias	3.000	3,52	1.880	2,19
Neoplasia Maligna Da Boca	2.608	3,05	606	0,73
Outras Localizações	53.632	63,55	25.215	29,88
TOTAL	149.450	172,24	52.437	61,99

Fonte: Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - INCA, 2000 b. Taxa Bruta por 100 000 hab.

A tabela nº 1 , identifica os principais tumores de que são vítimas as mulheres brasileiras, ressaltando a magnitude e a importância dos tumores do colo do útero e da mama para a população feminina do país, objeto deste trabalho.

O câncer de mama feminina, em especial, apresentou um aumento significativo da taxa de mortalidade no Brasil entre 1980 a 1997, passando de 6,14/100.000 a 9,31/100.000 . Esta tendência também é observada em países considerados desenvolvidos, em que a urbanização levou ao aumento da prevalência de fatores de risco para o câncer de mama, como por exemplo, a idade tardia da primeira gravidez, nulíparas, história familiar de câncer entre outros (Brasil, 2000 c).

As crescentes taxas de mortalidade por câncer de mama também nos apontam para algumas evidências de que este problema não está sendo devidamente enfrentado, uma vez que a detecção precoce do câncer de mama, proporciona elevadíssimas chances de cura para a paciente e, na maior parte dos casos, permite oferecer tratamento não mutilador, preservando a integridade física da paciente.

O câncer de colo de útero, no Brasil, apresenta taxas de mortalidade elevadas, e do ponto de vista temporal relativamente estáveis desde 1985, contrariando uma tendência de queda nos países mais desenvolvidos (Brasil 2000 d).

O Brasil na década de 40 foi um dos primeiros países a utilizar a colposcopia associada ao exame citopatológico (técnica de Papanicolaou) para a detecção precoce do câncer do colo do útero. Apesar desta tecnologia eficaz para a prevenção e a detecção precoce estar disponível no Brasil, há mais de 5 décadas, ainda é um dos países com as mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer, não registrando queda nos últimos 20 anos (Brasil, 1998).

A neoplasia de colo uterino, no entanto, por apresentar um crescimento indolente na maioria das lesões, por apresentar uma lesão precursora definida e por ter a medicina descoberto um método efetivo de detecção precoce, o exame de Papanicolaou, é considerada uma doença prevenível que apresenta um dos mais altos potenciais de cura não se justificando , portanto, um coeficiente de mortalidade crescente.

A idade, o controle dos fatores de risco e a periodicidade dos exames preventivos têm garantido melhores prognósticos às mulheres em diferentes locais do mundo. Outros marcadores de risco de relevância são o nível socioeconômico, a infecção pelo HIV, o tabagismo, a atividade sexual precoce, múltiplos partos e história familiar de câncer. É fundamental que todas as mulheres, a partir do início de sua atividade sexual ou acima de 20 anos de idade, tenham acesso ao exame colpocitológico, como forma de prevenir e diagnosticar precocemente este tumor, elevando assim suas chances de cura.

A Tabela nº 2 identifica as estimativas de incidência e de mortalidade para os tumores de Mama e de colo do Útero, nas capitais brasileiras, chamando atenção que Santa Catarina está em 10º lugar em número de casos novos para câncer de mama e o 6º em mortalidade para a mesma neoplasia. O câncer do colo do útero em Santa Catarina ocupa a 17ª posição em número de casos novos e a 9ª posição em mortalidade, entre as capitais brasileiras. Não há estudos, até o presente momento, que expliquem as diferenças regionais de maior incidência e mortalidade.

Tabela nº 2 - Estimativas para o ano 2000 do número de casos novos e de óbitos por tipo de câncer, em mulheres, segundo Estado.

ESTADO	CÂNCER DE MAMA				CÂNCER DO COLO DO ÚTERO			
	EST. CASOS NOVOS		EST. DE ÓBITOS		EST. CASOS NOVOS		EST. DE ÓBITOS	
	Nº	TAXA BRUTA	Nº	TAXA BRUTA	Nº	TAXA BRUTA	Nº	TAXA BRUTA
ACRE	10	4,53	5	1,85	60	21,38	20	5,7
AMAPÁ	10	4,17	5	1,7	60	27,71	20	7,39
AMAZONAS	90	7,13	40	2,91	250	18,75	70	5
PARÁ	210	7,23	90	2,95	460	15,38	120	4,1
RONDÔNIA	30	3,9	10	1,59	70	10,95	20	2,92
RORAIMA	10	8,28	5	3,38	20	13,43	5	3,58
TOCANTINS	30	4,63	10	1,89	40	6,86	10	1,83
ALAGOAS	150	10,69	40	2,89	160	11,07	30	1,76
BAHIA	1110	16,69	300	4,51	1140	17,05	180	2,71
CEARÁ	700	18,87	190	5,1	570	15,35	90	2,44
MARANHÃO	170	6,29	50	1,7	560	20,25	90	3,22
PARAÍBA	230	13,02	60	3,52	200	11,32	30	1,8
PERNAMBUCO	1160	29,27	310	7,91	1280	32,39	200	5,15
PIAUI	110	7,62	30	2,06	220	15,54	40	2,47
RIO GDE DO NORTE	340	24,64	90	6,66	360	25,79	60	4,1
SERGIPE	140	15,8	40	4,27	220	24,78	40	3,94
DISTRITO FEDERAL	370	35,51	100	9,92	180	17,12	50	4,64
GOIÁS	510	20,62	140	5,76	440	17,75	120	4,81
MATO GROSSO	160	13,5	40	3,77	190	15,94	50	4,32
MATO GROSSO DO SUL	280	27,71	80	7,74	210	20,48	60	5,55
ESPIRITO SANTO	450	29,89	120	8,1	371	24,7	71	4,76
MINAS GERAIS	2780	34,4	750	8,51	1450	16,4	280	3,16
RIO DE JANEIRO	5280	72,73	1430	19,71	2110	29,06	410	5,6
SÃO PAULO	9860	53,36	2670	14,46	4070	22,01	780	4,24
PARANÁ	1230	25,68	490	10,15	920	19,07	270	5,66
RIO GDE DO SUL	2270	44,22	900	17,48	1210	23,52	360	6,98
SANTA CATARINA	640	24,82	250	9,81	430	16,41	130	4,87
TOTAL	28330		8245		17251		3606	

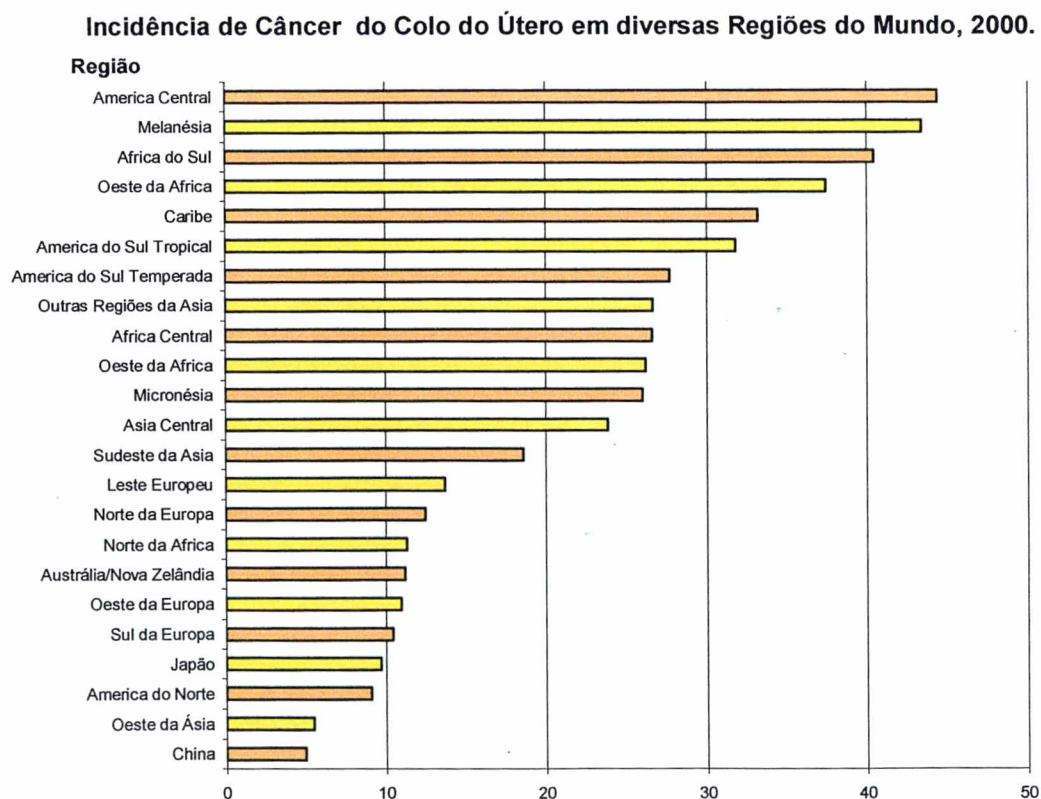
Fonte: Estimativas da incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil- INCA 2000. Taxa bruta por 100 000 hab

2.2.2. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO MUNDO

O câncer de colo de útero ocupa a 7ª. posição mundial entre todos os tumores e o 3º mais comum entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, ocorrem 78% dos casos sendo o mais comum entre os tumores, representando 15% dos cânceres femininos. Nos países desenvolvidos, representa somente 4,4% dos cânceres novos (Parkin, Pisani, Ferlay, 1999).

No gráfico nº 1, observa-se que as taxas de maior incidência de câncer do colo do útero são encontradas na América Central, Melanésia, África do Sul, Caribe e na Ásia (Sul e Sudeste), países considerados em desenvolvimento e, são geralmente baixas nos países desenvolvidos.

Gráfico nº 1 - Incidência de Câncer do Colo do Útero em várias regiões do mundo, 2000.



Fonte: Parkin et al., 1999.

A China chama atenção por ser um país em desenvolvimento onde tem-se observado uma queda significativa nas taxas de incidência e mortalidade. Mundialmente, a razão entre mortalidade e incidência é de 51%. Nos países considerados em desenvolvimento, apesar dos casos em geral serem detectados em estágios mais avançados, as taxas de sobrevivência giram em torno de 48% (Parkin, Pisani, Ferlay, 1999).

O câncer cervical está mais presente nos países em desenvolvimento, onde é responsável por 15% de todas as neoplasias femininas, sendo a que mais frequentemente ocorre (Parkin, 1998). Nos países desenvolvidos, por sua vez, este câncer é responsável por apenas 5% de todas as neoplasias femininas. Por este motivo, o câncer cervical tem sido descrito como um indicador do desenvolvimento econômico e social de uma nação.

Devido a estas tendências, o câncer de colo de útero cedeu o seu lugar de líder dos cânceres em países desenvolvidos para o câncer de mama e, somente na África Sub-Saariana, América Central, Ásia (centro e sul) e Melanésia, ele é atualmente o principal câncer entre as mulheres.

A mortalidade por câncer cervical tem diminuído em várias populações do mundo após a introdução de programas de *screening* com o uso do Papanicolaou, (Leoneti, 2000:20).

Os índices de redução são um reflexo do engajamento das equipes de saúde, dos médicos, da população, da frequência e qualidade das coletas e leituras dos exames, e de um sistema de cuidados e serviços que permita às pacientes, que tiveram seus diagnósticos com alterações, dar seguimento ao tratamento necessário.

Esta eficácia ficou demonstrada, no Brasil, pelo estudo de caso-controle de carcinoma invasor de colo uterino, que mediu o efeito de proteção que o exame Papanicolaou exercia sobre as mulheres. O referido estudo concluiu que as mulheres paulistanas que nunca haviam se submetido ao exame tinham risco 1,0, enquanto que o risco das que fizeram um ou dois exames ao longo de sua vida foi de 0,41, o das que tiveram 3 a 5 exames foi 0,22 e o daquelas que tiveram 6 ou mais exames de Papanicolaou foi de 0,08 (Eluf-Neto, et al, 1994). A literatura documenta com clareza a diferença marcante entre a queda da incidência e a mortalidade por carcinomas de colo uterino nas regiões em

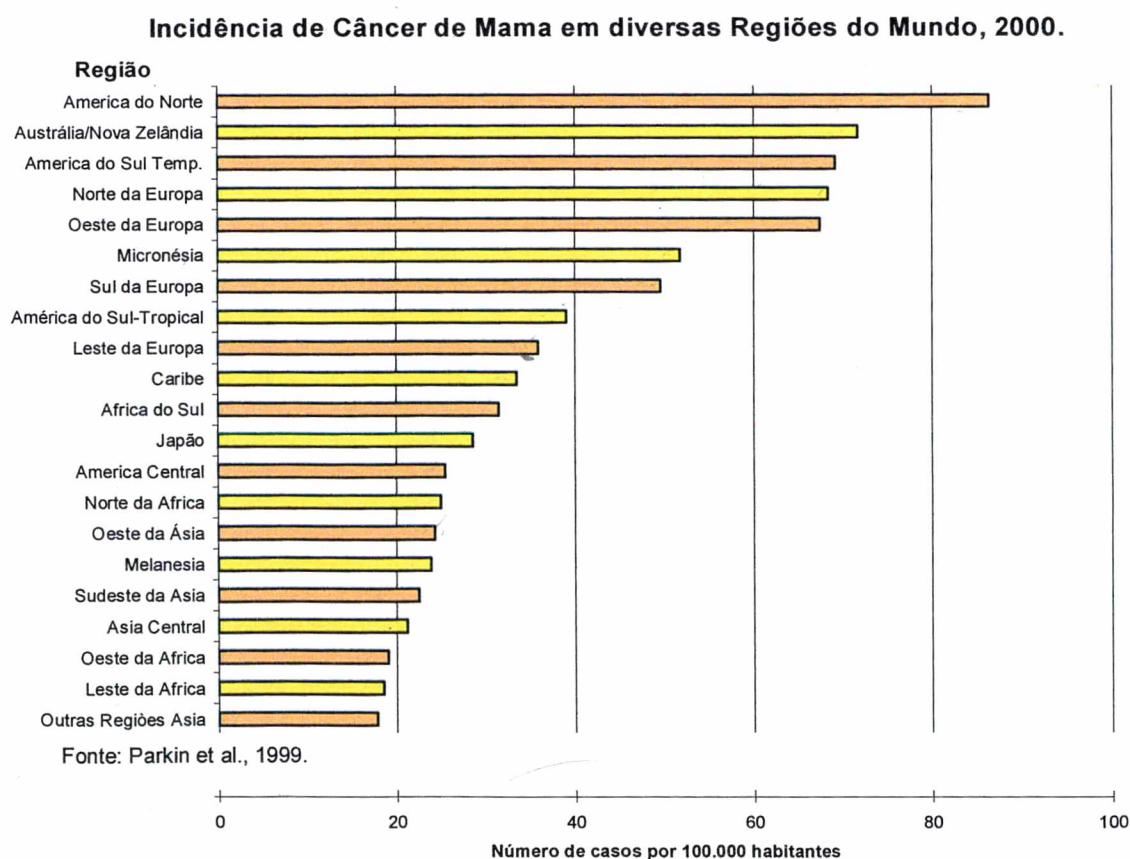
que um adequado programa de detecção é desenvolvido de modo contínuo e nas regiões com epidemiologia similar mas que não contam com programas estruturados. Estes dados evidenciam que as políticas de saúde que priorizam o controle e programação sistemática das ações de prevenção, voltadas ao controle do câncer do colo do útero, imprimem impacto significativo no quadro de morbimortalidade por esta patologia em suas populações (Eluf-Neto, et al, 1994).

2.2.3. CÂNCER DE MAMA NO MUNDO

A incidência mundial por câncer de mama ocupa a 3ª posição mundial entre os cânceres. É o tumor mais comum entre as mulheres correspondendo a 21% de todos os casos novos, (Parkin, Pisani, Ferlay, 1999).

O gráfico nº 2 nos evidencia a incidência por câncer de mama nas várias regiões do mundo.

Gráfico nº 2 - Incidência de Câncer de Mama em várias regiões do mundo, 2000.



A incidência é menor no norte da África, América do Sul, Ásia Oriental, Sudoeste Asiático e Ásia Ocidental, constituindo-se porém no mais comum entre as mulheres. As taxas são baixas (menos de 30/100 000) na maioria da África Sub-Saariana (exceto África do Sul) e na Ásia. A menor incidência tem sido observada na China. (Parkin, Pisani, Ferlay ,1999).

A razão entre mortalidade e incidência é de 61%. Constitui-se na 5ª causa morte entre todos os cânceres e a maior causa morte entre as mulheres. As taxas de incidência são altas em todas as áreas desenvolvidas do planeta, exceto o Japão onde ele ocupa o 3º lugar, sendo precedido pelos tumores de estômago, cólon e reto. É o tumor com a maior incidência por idade padronizada nos EUA .

Para os tumores mamários, tem-se constatado um aumento persistente na incidência em países desenvolvidos, acompanhado da redução da mortalidade, principalmente na faixa etária maior que 50 anos, devido provavelmente à adoção de políticas de detecção precoce do tumor.

O contrário vem sendo observado na maioria dos países em desenvolvimento, onde o significativo aumento da incidência está acompanhado de um aumento da mortalidade, atribuído, principalmente, ao retardamento do diagnóstico precoce e terapêuticas adequadas (Brasil,2000 c).

A idade das mulheres constitui-se o principal marcador da doença, pois a incidência aumenta à medida que os anos passam.

Outros marcadores são a história familiar, fatores reprodutivos, exposição à radiação ionizante, obesidade, tabagismo e alcoolismo. Estes fatores de risco não são suscetíveis de prevenção primária, sendo o rastreamento a grande arma da saúde pública para o controle do câncer de mama.

Observa-se que as tendências de incidência e mortalidade para os cânceres de colo de útero e de mama apresentam diferentes comportamentos em relação ao estágio de desenvolvimento sócio econômico dos países.

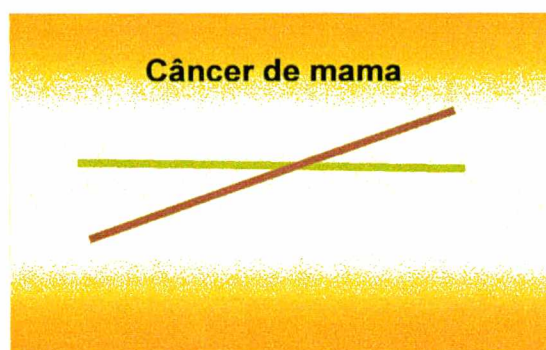
Esta pesquisa não procurou definir o conceito de desenvolvimento, aceitando o que a comunidade econômica mundial adota como referencial de desenvolvimento de um país.

O gráfico nº 3 representa esquematicamente as tendências mundiais de incidência e mortalidade por câncer de mama e de colo do útero, por grupo de países, segundo seu estágio de desenvolvimento. A representação gráfica adotada, é uma forma que a pesquisadora adotou para evidenciar as diferenças, não seguindo portanto o rigor das escalas numéricas.

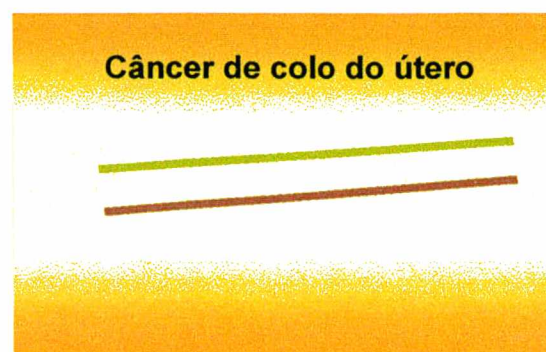
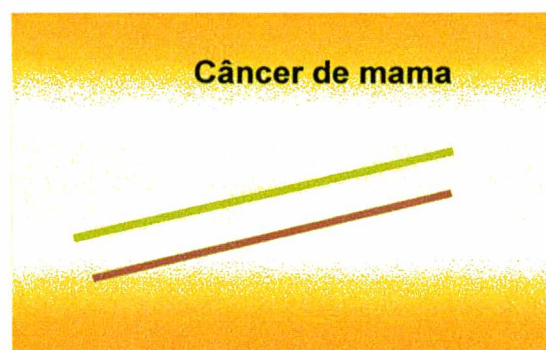
O câncer cervical está mais presente nos países em desenvolvimento e tem sido descrito como um indicador do desenvolvimento econômico e social de uma nação. Para os tumores mamários, tem-se constatado um aumento persistente na incidência em países desenvolvidos, acompanhado da redução da mortalidade (Parkin, 1998).

Gráfico nº 3 - Tendências esquemáticas de incidência e mortalidade para os cânceres de colo do útero e mama, segundo grupo de países.

Países desenvolvidos



Países em desenvolvimento



— Mortalidade — Incidência

2.3. PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS INICIATIVAS DE COMBATE AO CÂNCER NO BRASIL

A história da epidemiologia do câncer tem mais de duzentos anos. Inicia com as observações de Ramazzini, de que o câncer de mama era mais freqüente entre as freiras, e a de Pott, de que o câncer escrotal era mais visto entre limpadores de chaminé (Doll, 1980).

No Brasil, as primeiras iniciativas desenvolvidas objetivando o controle do câncer remontam ao início do século XX e, quase que exclusivamente, voltadas para o diagnóstico e tratamento da doença. A pouca ênfase dada à prevenção se justificava, em parte, pelo pouco conhecimento sobre a etiologia do câncer. Os mecanismos que definem este fenômeno, no entanto, não estão ainda totalmente esclarecidos (Brasil, 1999).

Durante o II Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1924, são apresentados os primeiros estudos comparativos entre o declínio da tuberculose e o aumento do câncer nos centros urbanos do Brasil, a exemplo do que ocorria nos países desenvolvidos. É um marco histórico, pois a partir deste evento, várias iniciativas governamentais e de entidades privadas se voltam para a organização de uma rede de serviços e à formação de médicos cancerologistas e sanitaristas nos EUA e Europa. Nasce as primeiras ligas contra o câncer e os primeiros cursos de extensão universitária sobre cancerologia.

Durante o Governo de Getúlio Vargas (1937), foi criado o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que veio a constituir-se no atual Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 1999:258).

As iniciativas não governamentais também cresceram desde 1929. Destacam-se as Ligas Contra o Câncer, da Bahia em 1942, do Paraná em 1947 e a Associação Paulista de Combate ao Câncer, que angariou fundos e construiu o seu Instituto Central, o Hospital Antonio Cândido Camargo, hoje uma importante referência nacional na área do câncer.

Em 1947 é criado o Serviço Nacional do Câncer, com o objetivo de organizar, orientar e controlar, em todo o país, as ações de combate ao câncer.

A década de 50 é marcada por importantes modificações na política de controle do câncer no Brasil. Houve uma crescente medicalização da atenção. A ênfase era a modernização dos cuidados médicos sanitários pelo uso maciço de medicamentos e de equipamentos hospitalares. A expansão da indústria químico-farmacêutica e dos equipamentos hospitalares influenciam fortemente as políticas voltadas ao controle do câncer dada a complexidade requerida por esta doença desde o diagnóstico até o tratamento.

Desde o início dos anos sessenta, o Serviço Nacional do Câncer procurava institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, com o objetivo de intensificar e coordenar em todo o país as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas ligadas ao combate do câncer.

As restrições principalmente de ordem financeira limitam a sua atuação e a década de setenta é marcada por estas dificuldades. Foram, no entanto, desenvolvidos dois programas de controle do câncer, um vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pelo financiamento de equipamentos para a rede filantrópica e pela capacitação e treinamento de recursos humanos, e outro, vinculado à Previdência Social, responsável pela articulação e racionalização dos diversos níveis de atendimento no setor.

Reconhecendo que as ações de controle do câncer no plano individual (diagnóstico e tratamento), dissociadas daquelas de cunho coletivo (prevenção e diagnóstico precoce), não alteraram o perfil de mortalidade por câncer no Brasil, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) em 1986, cria o Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC), como estratégia para viabilizar a integração das ações de controle do câncer. Em 1987, é institucionalizado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, com o objetivo de implantar as ações previstas no SIRCC.

Com a Reforma Sanitária ocorrida no país, a nova Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e a Reforma Administrativa, o Ministério da Saúde desativa a Campanha Nacional de Combate ao Câncer e elabora novos organogramas e atribuições para o Instituto Nacional do Câncer, para o qual

foi transferido o Programa de Oncologia (Pro-Onco), agora sob a denominação de Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Brasil, 1999).

Na década de 90 consolida-se no país a liderança do INCA, no controle do câncer no Brasil, ampliando os programas existentes e criando novos programas nacionais de detecção precoce do câncer.

A reformulação do sistema de saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde -SUS-, nos estados da Federação, traz perspectivas de superação de muitos problemas de saúde, inclusive do câncer, na medida em que pretende viabilizar a integração de todas as instituições públicas prestadoras de serviços à população em um sistema regionalizado e hierarquizado, com base em um planejamento integrado das ações de promoção e recuperação da saúde.

As mudanças ocorridas no Sistema de Saúde brasileiro no último quartel do século passado, fruto de uma intensa luta social pelo direito à saúde, levaram à consagração da saúde na Constituição Nacional de 1988 como direito universal, sendo dever do Estado garanti-lo. Entre outros resultados deste processo, destaca-se uma profunda mudança produzida na organização do Sistema de Saúde. Assim, vive-se hoje um momento importante na construção de um modelo assistencial que seja o reflexo da luta democrática e que possa traduzir na prática a efetiva garantia deste direito.

É neste contexto, e orientado pelas diretrizes que norteiam o SUS que o Ministério da Saúde, com a cooperação técnica e científica do Instituto Nacional do Câncer, como seu agente referencial, se propõe a estimular, desenvolver e coordenar as atividades relativas ao controle do câncer no Brasil.

2.4. POLÍTICAS DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E MAMA PARA O BRASIL

Apesar de existir programas de rastreamento de câncer do colo de útero e de mama, espalhados pelo Brasil, tais programas, no entanto, não têm causado impacto significativo no quadro epidemiológico da doença.

As razões apontadas pelo próprio Ministério da Saúde e o INCA são as de que na maioria das vezes estes programas são desorganizados e descontínuos. Não existe uma rede de atendimento hierarquizada por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) com atribuições bem definidas. As articulações entre as várias instituições que trabalham da prevenção ao tratamento do câncer são poucas e claras, os compromissos não são pactuados entre as mesmas, não constituindo-se assim em um sistema de saúde integrado, o que leva à ineficácia e à descontinuidade das ações (Brasil, 1998).

Em Santa Catarina as ações desenvolvidas na área de prevenção e controle dos cânceres estudados, também não estavam organizadas em um programa, estando pulverizadas entre diferentes entidades públicas e privadas.

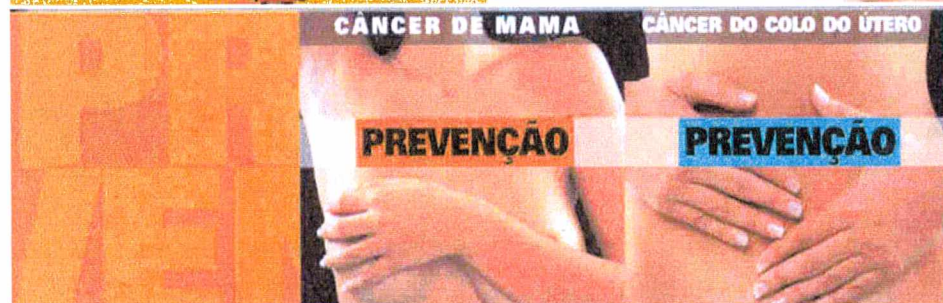
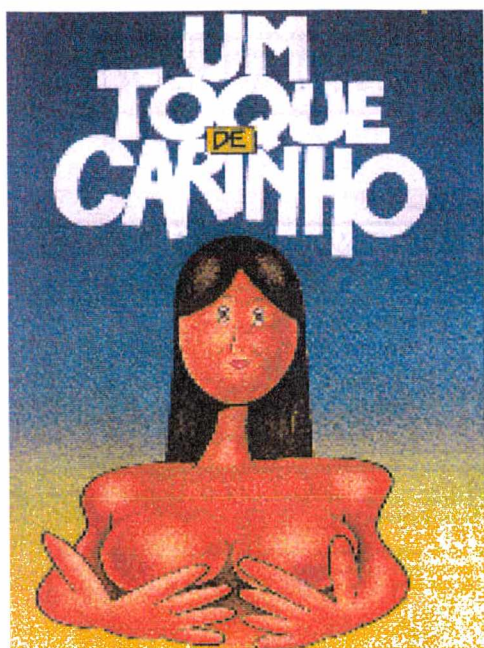
- O Ministério da Saúde e o INCA, considerando que os cânceres de mama e de colo do útero apresentam elevadas taxas de incidência e mortalidade no país, em 1996 iniciam o delineamento de um projeto de âmbito nacional visando a redução da morbi-mortalidade por câncer de colo de útero inicialmente e, mais tarde, estendendo-se ao câncer de mama, uma vez que até então a realização do exame citológico no Brasil ocorria fora do contexto de um programa organizado.

- A partir da Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, inicia-se no Brasil o delineamento de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública.

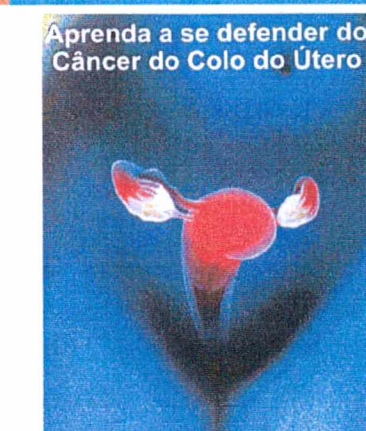
- Uma ação, denominada -Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, é idealizada pela equipe técnica do Ministério da Saúde e do INCA e implantada em todo o país (Brasil, 1998).

- O programa é novo e tem muitas caras em todo o país. A criatividade e as influências culturais de cada região do país, aliadas a inexistência de uma logomarca própria do programa, fez com que cada estado criasse a sua forma de se comunicar e transmitir os objetivos do programa.

As figuras que estão na página seguinte foram coletadas nos encontros nacionais de capacitação, que o INCA organiza, e servem apenas para ilustrar este trabalho.



É NESTE PONTO QUE NÓS QUEREMOS CHEGAR.



2.4.1. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA – VIVA MULHER.

O Viva Mulher foi estruturado com objetivo o de reduzir a morbimortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos tumores de colo de útero e mama na mulher brasileira.

Para o enfrentamento deste problema, a equipe técnica do Ministério da Saúde e do INCA coordenaram um projeto piloto, intitulado Viva Mulher, com o objetivo de fazer uma avaliação geral das estratégias até então usadas no país e testar a viabilidade da execução de uma programa nacional considerando-se as diferenças socioeconômicas e epidemiológicas de cada região (Brasil, 1998).

• O Projeto Piloto foi implantado a partir do primeiro semestre de 1997 em seis localidades brasileiras: Curitiba (janeiro de 1997), Brasília, Recife e Rio de Janeiro (março de 1997), Belém (abril de 1997) e Estado de Sergipe (janeiro de 1998). Ele forneceu as bases técnicas para as outras fases subseqüentes, de intensificação e consolidação e identificou a necessidade de dar ênfase à faixa etária de 35 a 49 anos bem como a consolidação do “Ver Tratar” (tratamento ambulatorial imediato das lesões precursoras do câncer por técnica cirúrgica de Alta Frequência (CAF) e a colposcopia.

Em agosto de 1998, foi iniciada a Fase de Intensificação, para a qual foram convidadas a participar todas as mulheres brasileiras, prioritariamente as de 35 a 49 anos, sendo introduzida, em nível nacional, uma base de dados, o SISCOLO – Sistema de Informações de Controle do Câncer do Colo do Útero, capaz de fornecer subsídios para um planejamento futuro.

Com a participação de 97,9% dos municípios brasileiros, a expansão nacional mostrou que, para se atingir um grande número de mulheres, garantindo a realização do exame citopatológico e do tratamento, seria necessário um grande programa de capacitação de recursos humanos, inclusive gerencial, reestruturação da rede de serviços, sistema de informação adequado e garantia de financiamento dos procedimentos envolvidos, o que foi implementado durante os anos de 1999 e 2000, na Fase de Consolidação.

Para o câncer de mama, no dia 27 de novembro de 2000, foi lançada a primeira fase que se constitui no Projeto de Capacitação de

Recursos Humanos na Área da Saúde, com distribuição de material para treinamento contendo folhetos, livretos e vídeo para profissionais de saúde alocados nos diversos níveis de atenção à saúde e no Projeto de Organização da Rede de Serviço, prevendo a alocação de mamógrafos e pistolas para biópsia por agulha grossa (*core biopsy*) em pólos de diagnósticos estaduais.

• O Programa Viva Mulher propõe a oferta de serviços de prevenção e detecção em estágios iniciais da doença, o tratamento e a reabilitação das mulheres. Desta forma, as diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde.

Além disso, o Programa prioriza a capacitação permanente dos recursos humanos, a normatização dos procedimentos técnicos, o controle dos exames realizados, a elaboração de material educativo e de divulgação, o estabelecimento de parcerias com as organizações não governamentais e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde.

O Programa propõe a organização nos diferentes níveis de serviços, através da coordenação de unidades operativas em um sistema de complexidade crescente e interdependente a partir da atenção primária, de modo a prestar a assistência integral aos pacientes.

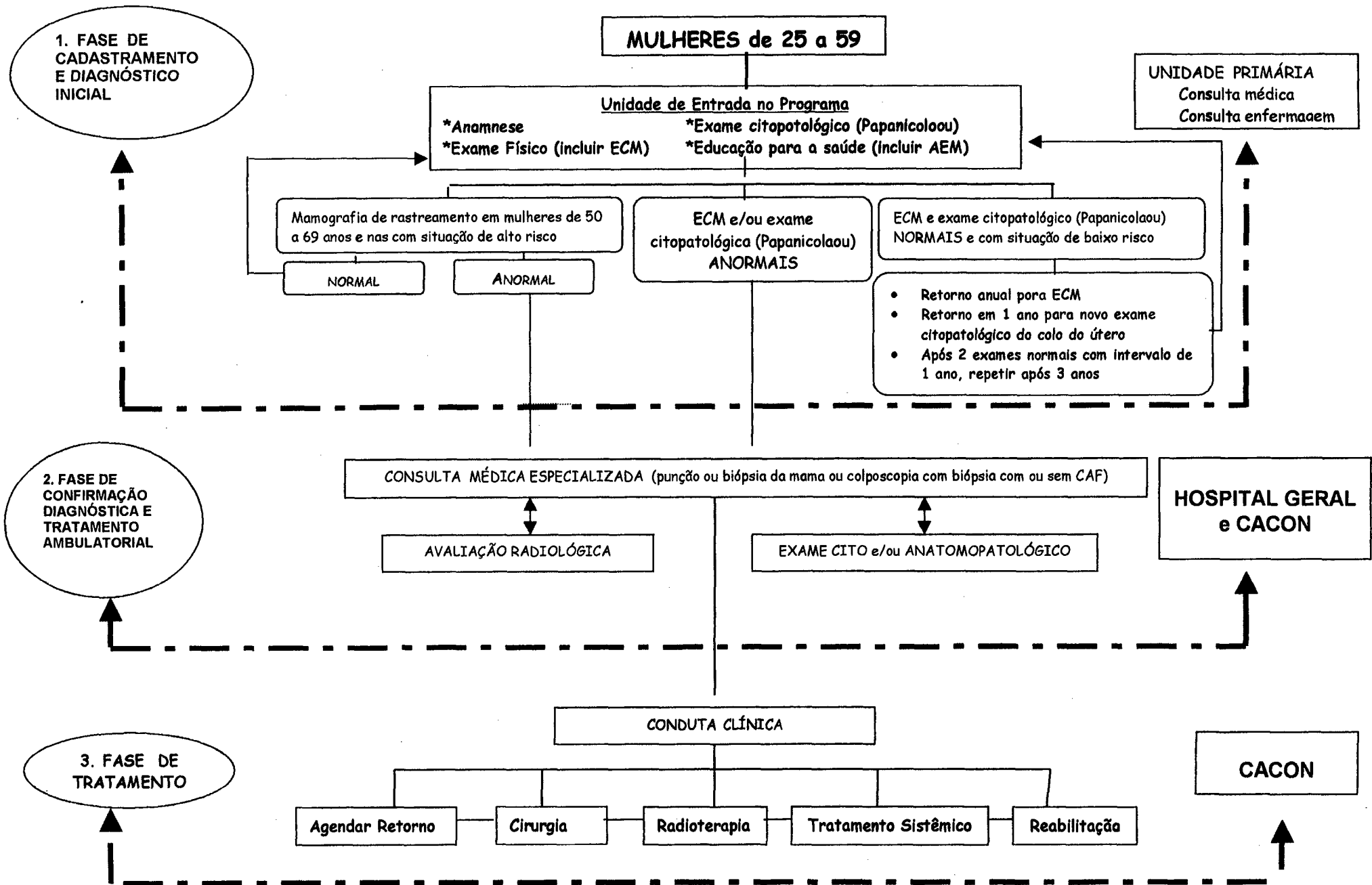
Pressupõe a centralização das unidades mais complexas e a descentralização da atenção mais simples, articuladas entre si através de mecanismos de referência e contra referência, de forma que o conjunto da população tenha acesso a todas as ações.

O conceito de níveis de atenção parte do pressuposto de que existe uma certa relação entre a complexidade de uma determinada situação de saúde e a complexidade dos métodos e recursos necessários para atender a esta situação.

O fluxograma do Viva Mulher, nos permite visualizar esta rede de interação, refletindo esta visão sistêmica, e propõem-se de certa forma a ser um orientador na organização da rede de serviços de saúde.

Figura no. 1

FLUXOGRAMA DO PROGRAMA VIVA MULHER



Conforme visualizado no fluxograma anterior, na “Fase de Cadastramento e Diagnóstico Inicial”, no que tange ao controle do câncer do colo do útero, a abordagem adotada pelo Programa é o oferecimento do exame citopatológico Papanicolaou às mulheres de maior risco para o câncer do colo do útero e suas lesões precursoras, além do tratamento ou acompanhamento das lesões detectadas pelo exame citopatológico, sendo responsabilidades das Unidades Primárias a sua execução.

Na “Fase de Confirmação Diagnóstica e Tratamento Ambulatorial” o tratamento priorizado é por meio da cirurgia de alta frequência (CAF) orientada pela colposcopia, a serem realizadas em Policlínicas, Hospitais Gerais e ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia-CACONS.

Na “Fase de Tratamento” a indicação é para encaminhamento das pacientes aos CACONS.

Para o câncer de mama a “Fase de Cadastramento e Diagnóstico Inicial”, do Programa estimula a realização do ECM (exame clínico de mamas) pelo profissional de saúde (médico e enfermeiro) e a realização do AEM (auto exame das mamas) pela mulher. São procedimentos básicos para a prevenção do tumor.

Após o ECM, na “Fase de Confirmação Diagnóstica e Tratamento Ambulatorial”, as mulheres com exame anormal serão encaminhadas a uma consulta médica especializada, onde será avaliada a necessidade de mamografia, exame citopatológico ou histopatológico, bem como a indicação de tratamento especializado ou retorno para uma nova avaliação.

Nas diferentes fases entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de colo do útero e de mama, o fluxograma não faz diferenciação entre os dois tumores quanto à responsabilização e aos locais para a realização dos procedimentos necessários.

O Ministério da Saúde, através de suas Normas Operacionais Básicas define quais os papéis que cada esfera de governo, deve desempenhar na busca de um modelo de atenção à saúde. Disciplina através das mesmas o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção

única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

O que caracteriza a palavra chave do novo modelo de gestão é a responsabilização dos gestores em cada instância de governo.

Neste sentido, o Programa Viva Mulher formula sua política definindo os papéis que cada instância de governo deve executar para desenvolver as ações preconizadas para o controle do câncer do colo de útero e de mama.

O papel do Ministério da Saúde, por intermédio do Instituto Nacional de Câncer, é formular, coordenar, monitorar e avaliar as ações para o controle do câncer no país, articulando as seguintes ações (Brasil 1998):

- a) levantamento dos recursos humanos e materiais existentes, bem como das necessidades de capacitação e reciclagem, por estado;
- b) estabelecimento das metas específicas por estado e município;
- c) realização de convênio com todas as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal para a estruturação de uma Coordenação Estadual;
- d) realização de encontros periódicos com os Coordenadores Estaduais para resolução e planejamento de estratégias;
- e) articulação com os gestores estaduais para garantia da execução das ações do Programa, por meio dos mecanismos disponíveis de gestão do SUS;
- f) distribuição de equipamentos aos estados, mediante comodato, necessários à colposcopia/cirurgia de alta frequência, mamografia e punção aspirativa por agulha grossa, visando a estruturação inicial de pólos de atendimento especializado e capacitação de recursos humanos;
- g) desenvolvimento de material educativo e de divulgação para o Programa;
- h) elaboração de programas de ensino para a capacitação de recursos humanos para a coleta e realização do exame citopatológico, exame clínico das mamas, consulta médica especializada, mamografia e cirurgia de alta frequência, dentre outros;
- i) normalização dos procedimentos técnicos para coleta, exame clínico das mamas, mamografia, exame histopatológico; padronização na emissão dos laudos em mamografia e cito-histopatologia, e elaboração do controle de qualidade dos procedimentos, em conjunto com as Sociedades Científicas;

- j) adaptação do sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS – DATASUS) instituindo o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA eletrônico, a fim de permitir a monitorização das ações por parte dos municípios, estados e Ministério da Saúde;
- k) elaboração de um sistema de informação - SISCAM, a fim de permitir a emissão de relatório estatístico para acompanhamento e avaliação do Programa, além da realização do controle de qualidade dos procedimentos;
- l) publicação periódica dos resultados alcançados em cada uma das unidades da federação;
- m) avaliação do impacto do Programa em nível nacional, estadual e municipal, por meio do monitoramento de indicadores de avaliação obtidos das fontes RHC - Registro Hospitalar de Câncer, RCBP - Registro de Câncer de Base Populacional, SIM - Sistema de Informação de Mortalidade e SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais;
- m) garantia de pagamento de todos os procedimentos necessários à execução do Programa;
- n) desenvolvimento de pesquisa operacional em diferentes regiões para avaliação de novas tecnologias para o controle do câncer do colo do útero e de mama;
- o) articulação permanente com sociedades científicas e sociedade civil.

Os estados, por intermédio das suas Secretarias de Saúde, participam e integram ativamente o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, dentro da política de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS realizando as seguintes ações (Brasil, 1998):

- a) realização de um plano de trabalho para o estado para celebração do Convênio MS/SES, tendo o INCA como interveniente;
- b) participação efetiva nas etapas do Programa e suas respectivas estratégias, bem como incorporação do “Fluxograma para o Atendimento da Mulher,” com garantia do atendimento;
- c) identificação de municípios e regiões sem a infra-estrutura necessária ao Programa para adequação dentro da disponibilidade do estado;
- d) ajuda na capacitação de recursos humanos nas categorias de profissionais de saúde consideradas prioritárias ao Programa (médicos, enfermeiros e técnicos em radiologia);

- e) ajuda na reprodução e distribuição, proporcional à clientela a ser atingida, do material educativo e de divulgação do Programa para todos os municípios;
- f) participação nos fóruns nacionais de planejamento e avaliação do Programa, fornecendo dados atualizados à Coordenação no âmbito federal sempre que necessário;
- g) descentralização do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama para os municípios, organizando a rede de serviços para os níveis de atenção secundária e terciária;
- h) organização de uma rede de serviços, mediante novos credenciamentos ou descredenciamento dos atuais, para leitura de exames citopatológicos e histopatológicos, bem como do monitoramento de qualidade externo;
- i) organização de uma rede de serviços para mamografia, mediante novos credenciamentos ou descredenciamento dos atuais, para leitura das mamografias, bem como do controle de qualidade;
- j) integração do Programa Viva Mulher com as ações dos diversos programas implementados pelo Ministério da Saúde.

Os municípios, por intermédio das suas Secretarias de Saúde, participam, integram ativamente e captam a população feminina para o Viva Mulher promovendo (Brasil, 1998):

- a) organização de um núcleo gerencial e a realização de um plano de trabalho para as atividades a serem desenvolvidas no município, sob a coordenação do Estado;
- b) participação efetiva no Programa promovendo a incorporação do "Fluxograma para o atendimento da Mulher" nos diversos níveis da rede de saúde existente no município;
- c) identificação das Unidades de Saúde sem a infra-estrutura necessária ao Programa, viabilizando sua adequação dentro da disponibilidade do município e do estado;
- d) organização da rede de coleta de material, orientação e tratamento de lesões ao seu alcance;
- e) provimento e distribuição às Unidades de Saúde dos kits de coleta, fixadores, formulários de requisição de exames, planilhas de coleta, material educativo e de divulgação;

- f) recolhimento de planilhas de coleta e consolidação dos dados, com encaminhamento à Coordenação Estadual;
- g) ajuda na capacitação de recursos humanos nas categorias de profissionais de saúde consideradas prioritárias ao Programa (médicos, enfermeiros e técnicos em radiologia);
- h) participação nos fóruns nacionais de planejamento e avaliação do Programa;
- i) descentralização do Viva Mulher para as suas Unidade de Saúde;
- j) desenvolvimento de estratégias para a captação e garantia do atendimento das mulheres, incluindo a ampliação da rede de serviços;
- k) organização de uma rede de serviços, mediante novos credenciamentos ou descredenciamento dos atuais, para leitura de exames citopatológicos e histopatológicos, bem como do monitoramento de qualidade externo;
- l) organização de uma rede de serviços para mamografia, mediante novos credenciamentos ou descredenciamento dos atuais;
- m) acompanhamento sistemático de todas as mulheres com resultado positivo no exame citopatológico, histopatológico e mamografia, até a conclusão do tratamento, com fornecimento periódico de dados para a Coordenação Estadual do Programa;
- n) integração do Viva Mulher com as ações dos diversos programas implementados pelo Ministério da Saúde.

A atenção à saúde especificamente voltada ao câncer de colo de útero e de mama, em todos os níveis do governo, tanto no campo da assistência como nas intervenções ambientais e nas políticas externas ao setor saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença, encerra todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde .

Neste processo, convém ressaltar o papel importante que assume o Município, passando a ser de fato o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde e das exigências de intervenções saneadoras, no âmbito do seu território (Werneck, 1997).

O SUS municipal voltado ao atendimento integral de sua própria população é inserido de forma indissociável no SUS em suas abrangências estaduais e nacional .

Os diferentes modelos de assistência, de diversificação de atividades, disponibilidade de recursos, capacitação gerencial, entre outros aspectos, resultam em modelos distintos de gestão, com diferentes níveis de complexidade .

As tarefas de harmonização, de integração e modernização dos diferentes sistemas municipais de saúde, realizadas com a devida equidade, competem, em especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores, preconizados pelo SUS, são os fóruns de negociação. A lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Ressalta a importância das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde nas diferentes instâncias de governo.

O Programa Viva Mulher, por ser uma ação pública, não se diferencia das demais ações de saúde governamentais, no que tange à legislação que o regulamenta e sua inserção no modelo assistencial.

O Programa está instalado no Estado desde o ano de 1999, através do convênio nº. 784, firmado entre a Secretaria do Estado da Saúde e o Ministério da Saúde, tendo como interveniente o INCA.

Em Santa Catarina, o Programa conta com um coordenador em cada um dos duzentos e noventa e três municípios do estado, um coordenador em cada uma das dezoito regionais de saúde existentes e com uma equipe de coordenação estadual sediada em Florianópolis junto ao Centro de Pesquisas Oncológicas-CEPON.

O CEPON é uma instituição pública estadual, que através do decreto nº. 2.701 de 10 de março de 1998, passou a ser responsável no âmbito do estado de Santa Catarina pela formulação, execução, acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação das políticas e ações programáticas que estimulem a prevenção o diagnóstico e o tratamento e a reabilitação das oncopatologias.

2.5. O MARCO TEÓRICO DO PROGRAMA VIVA MULHER

O modelo assistencial proposto, para o atendimento das mulheres portadoras de câncer de colo de útero e de mama, fundamenta-se numa visão sistêmica.

O biólogo vienense Bertalanffy define sistema como sendo “ um conjunto de unidades ligadas entre si”. A palavra conjunto sugere que as unidades possuem caracteres comuns. A natureza de cada unidade é condicionada e determinada pelo estado das outras unidades. O conjunto ultrapassa a simples adição das mesmas (Bertalanffy, 1977).

“A noção de sistema representa uma ruptura na medida em que obriga a substituir as leis de determinação por leis de interação entre um objeto e seu ambiente fazendo-nos pensar em utilizar metodologias onde cada problema de pesquisa possa ser compreendido no todo do sistema em que está inserido , mas também na sua perspectiva de unidade, contendo ela mesma um conjunto de subproblemas que é preciso conhecer (Hartz, 1997:25)”.

A incorporação da abordagem sistêmica na área da saúde é percebida pela própria utilização da expressão “ Sistema de Saúde”.

A V Conferência Nacional de Saúde em 1975 apresentou a teoria dos sistemas como referencial teórico mais adequado para a organização do Sistema Nacional de Saúde.

A teoria dos sistemas aplicada à saúde pode ter a vantagem de simplificar a realidade enquanto identifica as partes que compõem o todo e as suas possíveis redes de interação. Porém, ela precisa ir além se quiser abranger o todo do processo saúde/doença.

O sistema de saúde caracteriza o conjunto de agentes e agências cujas finalidades seriam a de prestar serviços de saúde.

Só existe um sistema quando se caracteriza um conjunto de relações entre um conjunto de elementos que se possa vincular a uma totalidade. O funcionamento deste sistema é, portanto, o conjunto das atividades desenvolvidas pelo sistema como um todo, e a função a contribuição de cada elemento ou subsistema para o funcionamento do mesmo.

O sistema não é visto como algo já dado, ele precisa ser construído, conceptualizado, como recorte mais ou menos arbitrário de uma realidade de limites e definições imprecisos.

A abordagem sistêmica em todas as variantes fundamenta-se na noção de modelo, como objeto artificial concebido para reproduzir nas suas leis e nos seus efeitos os fenômenos sociais (Almeida, Paim, 1982).

Um sistema de saúde corresponde, portanto, a uma abstração na medida em que tenta representar uma imagem idealizada da realidade concreta, pois a relação entre as partes, na prática, não é clara como parece no papel (Almeida, Paim, 1982).

É característico da ciência moderna que o esquema de unidades isoláveis atuantes por uma causalidade de sentido único, se tenha tornado insuficiente. O aparecimento em todas as disciplinas científicas de noções como as de totalidade, de organismo, todas significando em última instância que devemos pensar em termos de sistemas de elementos em mútua interação se constituem legítimos problemas científicos a serem pesquisados (Bertalanffy, 1977: 282).

As proposições elaboradas por diferentes programas de saúde, devem levar em conta, portanto, que a realidade não é disciplinária, seus problemas não são cuidadosamente classificados em correspondência com as disciplinas científicas. A saúde, neste sentido, não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. Ela está submetida às mesmas vicissitudes, avanços e recuos, interrogações e perspectivas da sociedade (Garcia, 1994).

Estudar um sistema é também reconhecer que o que está dado não é definitivo e que podemos influenciar nas mudanças. Não basta ter um modelo que represente uma clara descrição do sistema no momento ou período que se estuda. Os estudos históricos são uma ferramenta indispensável na análise sistêmica, principalmente dos eventos mais significativos.

Neste sentido, a teoria de sistemas complexos afirma e a investigação empírica confirma que uma modificação de um setor em um sistema introduz mudanças, maiores ou menores, em diferentes tempos, em toda a estrutura do

sistema. Sendo assim, um sistema é complexo não pela heterogeneidade de fenômenos que ele comporta e sim pelo conjunto de inter-relações de seus componentes que constituem a estrutura que lhe dá a forma de organização e que lhe faz funcionar como uma totalidade (Tarride, 1998).

O pensamento complexo é um pensamento da solidariedade entre tudo o que constitui nossa realidade, que tenta dar conta do que significa originariamente o termo *complexus* (o que tece em conjunto) e responde ao apelo do verbo latim *complexere* (abraçar).

O paradigma sistêmico ou a “cultura da complexidade” é pois, uma via indispensável no processo de avaliação e construção do SUS, capaz de viabilizar um equilíbrio dinâmico entre o interesse coletivo e individual, o local e o central, a medicina ambulatorial e a medicina hospitalar, o sanitário e o social, a equidade e a eficácia (Hartz, 1997:27).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama-Viva Mulher, que pretendemos avaliar neste trabalho, foi concebido a partir de uma concepção sistêmica de modelo assistencial. As suas propostas de organização das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas de colo de útero e de mama estão permeadas por este referencial teórico.

Com base no exposto, esta dissertação de mestrado se propõe a conhecer a real situação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Santa Catarina respondendo à seguinte pergunta:

Qual a estrutura existente, os processos realizados e os resultados alcançados pelo Programa no ano de 2000?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o Viva Mulher- Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama de Santa Catarina, através dos indicadores de estrutura, processo e resultados sugeridos pelo Instituto Nacional do Câncer.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar a estrutura de serviços disponíveis no Estado, para a realização das ações propostas pelo Viva Mulher.
- b) Identificar os processos desenvolvidos na execução das ações propostas pelo Programa.
- c) Mensurar os resultados obtidos em relação ao controle dos tumores do colo do útero e da mama, durante o ano de 2000.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa sobre o Viva Mulher- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama no âmbito do Estado de Santa Catarina. O período escolhido para análise foi o ano 2000.

A proposta de avaliação pretendeu aprofundar o conhecimento das dificuldades existentes na passagem e trânsito do discurso, portanto de uma proposição enunciada, para a condição de sua experimentação. Neste sentido, as propostas apresentadas pelo INCA , como o modelo teórico do Programa Viva Mulher, foram submetidas à avaliação.

Ao tornar-se ação ou tecnologia, uma proposição programática ganha vida social e submete-se às tensões dos interesses, dos pontos de vista e valores que estão interagindo no dia a dia de sua realização. O interesse não é só o entendimento do significado de uma implantação (não só como passagem do discurso à prática) mas a perspectiva de uma outra travessia. Não mais como um enunciado (dado) mas como uma enunciação (ato).

Neste sentido, o conhecimento da realidade do Programa Viva Mulher em Santa Catarina serve como um processo verificador do seu conteúdo, podendo validar ou negar o modo de sua construção anterior.

4.2. MÉTODO

Desenvolvemos uma avaliação, que consistiu no juízo de valor das intervenções do Programa, comparando os recursos empregados e sua

organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, segundo os critérios e normas estipulados pelo INCA.

O método adotado seguiu o modelo de avaliação proposto por Donabedian (1984) e Frenk e Donabedian (1987), para serviços de saúde.

Este modelo é composto, basicamente, de três conjuntos avaliadores:

a) avaliação da estrutura, que mede os recursos disponíveis e a capacidade de absorção da demanda a um serviço de saúde;

b) avaliação de processo, que mede a aderência dos usuários e dos profissionais e instituições envolvidos, monitorando as atividades preconizadas por um programa de saúde;

c) avaliação de resultado, que mede o impacto das ações de um programa sobre a população.

Para a execução da presente pesquisa usou-se indicadores e padrões, estipulados pelo INCA, que serviram para comparar os resultados encontrados (BRASIL, 2000 e).

Tendo em vista que os indicadores e os padrões são números que em certa medida descrevem algum aspecto da realidade pesquisada e que os mesmos são influenciados por fatores diversos, que vão desde a disponibilidade do dado até a própria concepção de saúde que se tenha, achamos conveniente usar nesta pesquisa os utilizados e recomendados pelo INCA, por ser o mesmo uma das instituições importantes em que o Ministério da Saúde se apóia para formulação das políticas nacionais voltadas ao controle do câncer no Brasil.

Os indicadores foram agrupados em: indicadores de estrutura, de processo e de resultado abaixo relacionados:

4.2.1. INDICADORES DE ESTRUTURA

Através destes indicadores mensuramos as características do Programa no que diz respeito à capacitação dos recursos humanos e aos equipamentos necessários. Foram utilizadas as fórmulas que seguem:

a) Percentual de municípios treinados para os programas de câncer do colo de útero e de mama.

$$\frac{\text{Número de municípios treinados}}{\text{Número de municípios do Estado}} \times 100$$

b) Número de Centros de Alta Complexidade em Oncologia-CACON- por 715.000 habitantes.

$$\frac{\text{Número de CACON}}{\text{População total do Estado}} \times 715.000$$

c) Número de Mamógrafos/100.000 mulheres de 50 a 69 anos.

$$\frac{\text{Número de mamógrafos}}{\text{População feminina acima de 50 anos}} \times 10.000$$

d) Número de Unidades de Saúde que realizam CAF/100.000 mulheres de 25 a 59 anos.

$$\frac{\text{Número de Unidades Saúde que realizam CAF}}{\text{População feminina de 25 a 59 anos}} \times 100.000$$

e) Número de Laboratórios de Citopatologia.

$$\frac{\text{Número de Laboratórios Citopatologia}}{\text{População feminina de 25 a 59 anos}} \times 100.000$$

f) Número de Unidades de Saúde que colhem Citopatológico do Colo do Útero/100.000 mulheres de 25 a 59 anos

$$\frac{\text{Número de Unidades de Saúde que colhem Citopatológico}}{\text{População feminina de 25 a 59 anos}} \times 100.000$$

4.2.2. INDICADORES DE PROCESSO

Com estes indicadores mensuramos o desenvolvimento das etapas do programa, desde a coleta do material cérvico vaginal, à análise dos exames citopatológicos.

Até o momento desta pesquisa o INCA não havia elencado os indicadores para avaliar processos relativos ao câncer de mama.

- a) Razão entre o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais (código 1201101, apresentados no SIA/SUS) / e a população feminina ≥ 15 anos

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos (todas as faixas etárias)}}{\text{Número de mulheres maior ou igual a 15 anos}} \times 100$$

- b) Razão entre o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres entre 25 a 59 anos / população feminina de 25 a 59 anos.

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos de 25 a 59 anos}}{\text{Número de mulheres de 25 a 59 anos}} \times 100$$

- c) Percentual de exames que se referem a mulheres que estão realizando o exame Papanicolaou pela primeira vez na vida.

$$\frac{\text{Número de exames de mulheres em 1º exame na vida}}{\text{Número total de exames citológicos registrados no SISCOLO}} \times 100$$

- d) Proporção do número de lâminas examinadas que tiveram sua coleta registrada no SIA/SUS .

$$\frac{\text{Número de coletas apresentadas}}{\text{Número total de exames citopatológicos apresentados}} \times 100$$

- e) Percentual de exames citopatológicos dentro dos limites da normalidade dentre os exames citológicos registrados no SISCOLO.

$$\frac{\text{Número de exames dentro dos limites de normalidade}}{\text{Número total de exames registrados no SISCOLO}} \times 100$$

- f) Percentual de exames citopatológicos com alterações detectados dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

$$\frac{\text{Número de exames citológicos com alterações}}{\text{Número total de exames registrados no SISCOLO}} \times 100$$

- g) Percentual de exames citopatológicos com alterações malignas (NIC II, NIC III, Adenocarcinoma in situ; Lesões invasivas: carcinoma invasivo e adenocarcinoma invasivo).

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos com lesões malignas}}{\text{Número total de exames registrados no SISCOLO}} \times 100$$

- h) Razão entre o número de lesões de baixo grau (HPV e NIC I, ASCUS ou AGUS) e alto grau de malignidade + câncer, detectadas entre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

$$\frac{\text{Número de exames citológicos com alterações de baixo grau}}{\text{Número de exames citopatológicos com lesões de alto grau e câncer}} \times 100$$

- i) Percentual de amostras com qualidade insatisfatória

$$\frac{\text{Número de amostras insatisfatórias}}{\text{Número total de exames}} \times 100$$

4.2.3. INDICADORES DE RESULTADO

Objetivou-se com estes indicadores mensurar o impacto das ações do Programa sobre a população, refletidas nas tendências temporais de mortalidade e de estadiamento inicial dos tumores, utilizando as fórmulas que seguem:

- 1) Percentual de pacientes com câncer de colo do útero e de mama que procuram atendimento em estágios avançados.
- 2) Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero e mama.

Por dificuldades operacionais, e pelas limitações encontradas para o levantamento de informações, não foram incluídos os indicadores de resultados relativos à incidência, morbidade hospitalar e número de casos novos evitados por câncer do colo de útero e de mama.

Os padrões e as explicações relativas às especificidades de cada indicador serão descritos durante a análise dos resultados.

4.3. COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados da seguinte forma :

- a) Durante os eventos de capacitação gerencial desenvolvidos pelo Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama no ano de 2000, realizados nas cidades de Florianópolis, Blumenau, Joinville, Tubarão, Fraiburgo e Chapecó. Os eventos de capacitação foram voltados aos coordenadores municipais e regionais do Programa e gestores municipais do SUS. Durante o referido treinamento, foi aplicado um questionário, distribuído a todos os participantes, conforme consta do anexo I. Posteriormente, os dados foram computados por Município, Regional e Macrorregional de Saúde dando origem aos gráficos, tabelas, quadros e figuras que compõe esta dissertação.

- b) Através de observações participantes feitas em reuniões realizadas com a equipe responsável pela coordenação estadual do Programa. Este método leva o pesquisador a “se deter na escuta da voz do outro, procurando penetrar no mundo de suas representações, no seu universo simbólico”. Observações desta ordem permitem conhecer detalhes que os instrumentos estruturados como os questionários não podem obter.
- c) Em entrevistas não diretivas com a coordenação estadual da Rede Feminina de Combate ao Câncer. As entrevistas não diretivas são flexíveis e permitem aprofundar a conversa sobre um determinado tema sem prévio roteiro (Minayo 1998:108).
- d) Nos Sistemas oficiais de informações do SUS.
- e) Nos bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- f) Em documentos oficiais, legislação sanitária, na literatura e através de sites específicos de oncologia na Internet .

Os dados colhidos foram analisados usando o método que Yin (1984, apud Contandriopoulos p. 46), denomina de técnica de emparelhamento, que consiste em comparar uma configuração teórica (predita) com a configuração empírica (observada) .

Desta forma foram estabelecidas inter-relações e comparações entre os dados tabulados dos questionários, dos indicadores propostos pelo INCA , da literatura consultada e das demais observações colhidas durante o desenvolvimento da presente pesquisa.

Os resultados serão apresentados por grupo de indicadores, sendo que as explicações pertinentes a cada indicador serão apresentadas juntamente com os dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE ESTRUTURA

Nas avaliações qualitativas um dos enfoques principais tem sido o de relacionar a estrutura, os processos e os resultados a boa qualidade da atenção. Este triplo enfoque é possível porque existe uma relação funcional fundamental entre os três elementos (Donabedian, 98).

O autor considera que estrutura engloba os provedores da atenção, os instrumentos e recursos técnicos disponíveis, os espaços físicos e organizacionais dos ambientes de trabalho. Vai mais além dos fatores de produção e inclui o financiamento do setor, a presença de seguro saúde, os salários pagos aos profissionais, a organização dos recursos humanos.

Sendo assim, a avaliação da estrutura é uma medida indireta da qualidade do Programa, uma vez que boas condições estruturais são imprescindíveis para o desenvolvimento de processos adequados e a resultados mais favoráveis. A estabilidade e as oscilações da estrutura requerem um monitoramento contínuo e revisões intermitentes.

A relação entre estrutura e qualidade da atenção é importante para o planejamento, desenho e implantação de sistemas cujos propósitos são o de proporcionar serviços pessoais de saúde.

Uma boa estrutura, com suficientes recursos e um desenho de sistema de atenção adequado, é provavelmente o meio mais importante de proteger e promover a qualidade de atenção. É neste tipo de avaliação que se apoiam os organismos de acreditação para avaliar a qualidade da assistência prestada.

A utilidade da estrutura como indicador isolado é limitada devido ao pouco que sabemos sobre as relações entre estrutura e atenção, podendo no entanto indicar tendência gerais.

Para Azevedo (1991), embora seja relativamente fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relativos ao processo e aos resultados, esta distinção nem sempre é fácil entre esses dois últimos. Por outro lado, vale lembrar que, enquanto se trabalha no terreno meramente quantitativo, a análise é

relativamente fácil, passando a tornar-se muito complexa e de difícil caracterização à medida que se caminha para o terreno qualitativo.

Para o Instituto Nacional do Câncer, embora tenha-se dificuldades em analisar todos os aspectos relativos à estrutura, é conveniente que se tenha o conhecimento da mesma como exercício contínuo de reavaliação das práticas e saberes.

O levantamento dos indicadores abaixo objetivam retratar aspectos da estrutura necessária ao bom desenvolvimento das ações do Viva Mulher.

5.1.1. NÚMERO DE TREINAMENTOS GERENCIAIS

O objetivo deste indicador é identificar o percentual de municípios do Estado que receberam treinamento gerencial durante o ano de 2000 e que os habilita a desenvolver as atividades preconizadas pelo Programa Viva Mulher.

O conteúdo programático desenvolvido durante os eventos de capacitação objetivava repassar informações sobre as bases de implantação do Programa, a metodologia de avaliação e as informações epidemiológicas necessárias para a formulação e planejamento das ações a serem desenvolvidas. Estes conteúdos mínimos estão contidos nas apostilas enviadas pelo INCA aos estados, disponíveis na coordenação estadual do referido programa.

A meta estabelecida pelo INCA para o ano de 2000 era de treinar pelo menos 60% dos municípios no nível gerencial (Brasil, 2000 e).

No âmbito estadual foram realizados 6 encontros de capacitação durante o ano de 2000, nas cidades de Florianópolis, Blumenau, Joinville, Chapecó, Tubarão e Fraiburgo, tendo como critério de escolha do local do evento a facilidade de deslocamento dos participantes e a redução dos custos de traslados. O quadro nº1, identifica os locais de realização dos eventos e a participação dos municípios nos mesmos.

Quadro n.º 1 Participação dos Municípios nos treinamentos gerenciais , SC, 2000.

Local do Treinamento	Data	Regional de Saúde	Número de Municípios	Nº. Municípios Presentes	Porcentagem de Municípios Treinados	Número de Pessoas Treinadas
Florianópolis	22 e 23/08/00	15ª	19	7	36,84	8
		18ª	22	17	77,27	20
Blumenau	31/08 e 01/09/00	4ª	28	22	78,57	26
		7ª	11	9	81,82	10
		9ª	14	13	92,86	14
Joinville	14 e 15/09/00	11ª	4	4	100,00	4
		13ª	9	8	88,89	10
		16ª	9	7	77,78	11
		17ª	7	7	100,00	9
Chapecó	26 e 27/09/00	1ª	17	14	82,35	17
		5ª	22	14	63,64	16
		10ª	37	30	81,08	31
Tubarão	05 e 06/10/00	6ª	15	11	73,33	15
		12ª	10	8	80,00	9
		14ª	18	18	100,00	22
Fraiburgo	19 e 20/10/00	2ª	16	13	81,25	17
		3ª	16	16	100,00	16
		8ª	19	18	94,74	18
Total		18	293	236	80,55	273

Fonte: Lista de presença dos eventos.

Ficou constatado que dos 293 municípios catarinenses **80,55%** receberam treinamento gerencial para os programas dos cânceres de colo de útero e de mama, no ano de 2000, superando assim as metas preconizadas pelo INCA.

O indicador proposto apenas visa refletir quantitativamente o percentual de municípios que aderiram à capacitação. Este indicador é sensível a variações em decorrência das alterações do quadro político municipal, que influenciam na rotatividade de mão de obra envolvida neste Programa. Faz-se

necessário, portanto, acompanhar periodicamente as alterações ocorridas no quadro funcional treinado, objetivando evitar interrupções de continuidade das ações preconizadas pelo Programa.

As informações obtidas nos referidos treinamentos foram utilizadas pelo “Viva Mulher” na montagem dos seus relatórios de atividades.

A Figura nº 2 nos permite visualizar a participação efetiva de cada uma das Regionais de Saúde no referido treinamento.

Figura nº 2 - Participação dos Municípios nos treinamentos gerenciais por Regional de Saúde , SC,2000.



Fonte: Lista de presença dos eventos.

Observa-se na Figura nº. 2 que a 5ª. Regional de Saúde de São Miguel do Oeste e a 15ª. de Lages apresentaram os menores índices de participação nos treinamentos gerenciais promovidos pelo Programa Viva Mulher no ano de 2000.

Neste trabalho não foram levantadas as razões que levaram a menor adesão dos municípios nos treinamentos programados. Não se pretendeu com esta pesquisa submeter à crítica os conteúdos desenvolvidos durante os eventos de capacitação.

5.1.2. NÚMERO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA (CACONS).

Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são regulamentados pelo Ministério da Saúde, através de Portaria específica nº. 3535 de 02 de setembro de 1998, conforme anexo nº II, como instituições para prestação de atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas, nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos diferentes cânceres.

As atividades de prevenção e de detecção precoce são desenvolvidas em conformidade com programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde com a interveniência do INCA. Exemplo a ser citado é o Viva Mulher, objeto do nosso trabalho.

A prestação da assistência ao paciente, nos CACONS, deverá contemplar os serviços de diagnóstico, oncologia clínica, cirurgia oncológica, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos, medidas de suporte e reabilitação.

Conforme prevê a referida Portaria, os CACONS são classificados por níveis (I,II,III) de acordo com o grau de complexidade das ações desenvolvidas. Constitui-se responsabilidade das secretarias estaduais de saúde definir a localização, efetuar o cadastramento, repassar as orientações técnicas e exercer o controle e avaliação dos mesmos.

O INCA preconiza que para cada 715.000 habitantes deveria existir um CACON, independentemente do tipo, para prestar atendimento a esta população (Brasil, 2000 e). Este padrão foi definido pelo INCA com base nas estimativas de incidência de câncer, para o Brasil, e leva em consideração a Portaria nº 3535 citada anteriormente.

Uma razão maior que um CACON por 715.000 habitantes indica que o padrão foi alcançado.

As questões relativas à localização geográfica dos referidos centros não estão sendo consideradas uma vez que requerem estudo específico. Outro aspecto importante é se os referidos Centros são referência para pacientes de outros estados vizinhos em razão da proximidade de fronteiras e das facilidades de acesso.

Figura nº 3
CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA - SC 2000



No Estado de Santa Catarina no ano de 2000, estavam credenciados seis CACONS dos diferentes níveis: quatro em Florianópolis, um em Joinville e outro em Blumenau. O indicador encontrado para o Estado, com uma população de 5.333.284 habitantes é de **0,80**. Este coeficiente, portanto, não corresponde ao preconizado pelo INCA, sugerindo deficiências no sistema.

A Figura nº 3 representa a localização dos CACONS no Estado, ressaltando a concentração dos mesmos na região litorânea.

5.1.3. NÚMERO DE MAMÓGRAFOS

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres devido a sua alta frequência e sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem pessoal.

O diagnóstico precoce é feito através do auto exame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e através de *screening mamográfico* (Maturidade, 1998).

A mamografia é o exame radiológico que permite a detecção precoce do câncer de mama. É considerado um dos mais importantes procedimentos para o rastreio do câncer, ainda impalpável, de mama (Royalgaricus, 1999).

Segundo o INCA, o tumor de mama lidera o *ranking* dos tipos de câncer que mais atingem a população feminina no Brasil, constituindo-se na primeira causa morte entre as mulheres e apresentando taxas crescentes de incidência e mortalidade (Brasil 2000 a).

Nos países desenvolvidos as estatísticas revelam uma situação diferenciada. As estimativas de risco de uma mulher nos Estados Unidos desenvolver câncer de mama permanece estável nos últimos 5 anos. Estes resultados são atribuídos ao *Screening Mamográfico*, pois considera-se que a chave para a redução da mortalidade é o diagnóstico precoce (Parkin, Whelan, Ferlay, 1997)

Os critérios mais adotados para sua indicação são os relativos à idade da mulher, história familiar de câncer de mama, nulíparas, entre outros, ficando desta forma difícil de quantificar, por falta de informações, o número esperado de mulheres que necessitarão deste tipo de exame (Metlin, 1999).

A doença é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária a incidência cresce rápida e progressivamente. A American Cancer Society e o National Cancer Institute (2000) recomendam que:

a) Mulheres entre 40 e 49 anos devem ser submetidas a mamografia entre um a dois anos;

b) Mulheres acima de 50 anos devem fazer mamografia entre um a dois anos, sendo esta a faixa etária prioritária;

c) Mulheres com risco elevado de câncer poderão ter indicação de início antes dos 40 anos.

A indicação de mamografia para pacientes entre 40 e 49 anos tem como base a redução em 16% na mortalidade por câncer de mama. Para mulheres acima de 50 anos, gira em torno de 25% a 30% dos casos.

Para orientar o planejamento das ações dos programas de rastreamento em massa, para o Brasil , O INCA sugere, portanto, que todas as mulheres acima de 50 anos realizem entre 1 a 3 anos uma mamografia e estabelece como padrão um mamógrafo para cada 10.000 mulheres acima de 50 anos, como ponto de partida (Brasil, 2000 e).

Não estão incluídas neste padrão as mulheres com risco elevado em qualquer idade, que requerem cuidados específicos.

Em Santa Catarina, em 2000, existiam 50 mamógrafos. Destes vinte e seis foram identificados como privados e que não atendem pacientes do SUS. Os privados conveniados com o SUS totalizam vinte e três e há apenas um público, sediado na capital do Estado.

A população na faixa etária recomendada é de 444.108 mulheres.

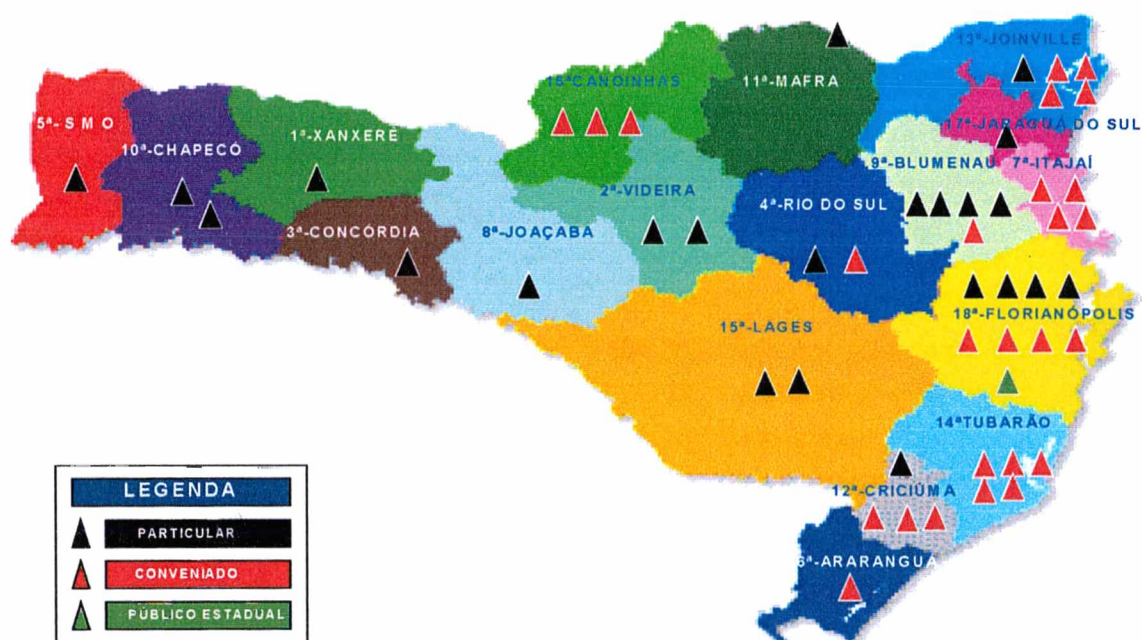
De acordo com o padrão preconizado pelo INCA, Santa Catarina necessitaria de 45 mamógrafos para cobrir a demanda da totalidade das mulheres. No Estado, portanto, há aparelhos em número suficiente.

Se analisarmos a oferta de mamografias para o SUS, verificamos que somente 24 mamógrafos, em maior número no litoral do Estado, são conveniados para atender a população alvo, restringindo assim o acesso. Há que se considerar, para efeito de planejamento das ações em saúde, outras variáveis tais como: a

quantidade ofertada por prestador de serviço e a distribuição geográfica dos mesmos para considerarmos o indicador válido.

A Figura nº 4 identifica a distribuição dos mamógrafos por regionais de saúde.

Figura nº 4 - Distribuição de mamógrafos por Regional de Saúde segundo tipo de prestador, SC, 2000.



Fonte: Coordenação Estadual do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama.

Constata-se pela figura que há uma concentração de aparelhos que prestam serviços ao SUS (públicos e privados conveniados) na região litorânea do Estado. As demais regiões do estado não possuem equipamentos públicos e não possuem convênio com o SUS. A população feminina que reside nestas regiões, quando necessita realizar este exame, compra o serviço da rede privada ou deixa de fazê-lo.

O sistema de informações do SIA/SUS que permite identificar o número de mamografias realizadas por prestador de serviço, no estado, não identifica, no entanto, a paciente que realizou o referido procedimento, quais foram as indicações clínicas para a sua realização e o número de vezes em que uma

mesma pessoa realizou este exame. Pela limitação imposta pelo banco de dados do referido sistema não podemos portanto quantificar e relacionar o número de mamografias realizadas com o número de mulheres que estão potencialmente em maior risco para câncer. Desta forma a análise mais detalhada requer um levantamento minucioso dos exames realizados junto as clínicas prestadoras do serviço, para então emitirmos um juízo de valor baseado em dados. Esta pesquisa não objetivou este levantamento, ficando portanto uma porta aberta para outros pesquisadores interessados no assunto.

Durante os eventos de capacitação do Programa e nos diferentes contatos que realizamos com os coordenadores municipais e regionais do mesmo e, ouvindo os depoimentos de pacientes e da Rede Feminina de Combate ao Câncer em nosso Estado, ficou-nos evidente que a atual oferta de mamografias e a distribuição geográfica dos aparelhos não correspondem a necessidade da população e aos padrões recomendados.

5.1.4 UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA QUE REALIZAM CIRURGIAS DE ALTA FREQUÊNCIA DO TRATO GENITAL INFERIOR - CAF.

Os resultados obtidos quando da realização de um exame preventivo do colo do útero indicam a conduta a ser seguida pela equipe que é responsável pelo tratamento a ser dispensado às mulheres submetidas ao mesmo. As categorias gerais obtidas como resultado da citologia são duas: dentro dos limites da normalidade e com alterações nas células. A conduta clínica, a ser seguida, está portanto baseada neste laudo.

O Programa elaborou manuais técnicos em parceria com as sociedades científicas para servirem de orientação aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e nas orientações necessárias ao bom acompanhamento das mulheres. O fluxograma apresentado na página 25, desta dissertação, evidencia de forma esquemática alguns procedimentos imprescindíveis no trato das mulheres que apresentaram alterações em seus laudos citopatológicos. Dentre os recomendados cita-se as Cirurgias de Alta Frequência-CAF-, indicadas para

confirmação diagnóstica e de tratamento das patologias do Trato Genital Inferior, efetuadas através de um exame colposcópico.

Para o INCA, este procedimento é fundamental para o diagnóstico precoce do câncer do colo uterino, entre outras não menos importantes indicações.

Este mesmo órgão recomenda que para fins de planejamento e dimensionamento da rede de serviços necessária para realizar cirurgias de alta frequência, deva-se considerar que a totalidade das mulheres que apresentarem no resultado do exame citológico lesão de alto grau deverão se submeter a este procedimento. Considera ainda para efeito do mesmo cálculo que aproximadamente 20% do total de mulheres que foram submetidas a colposcopia independentemente de sua indicação clínica, também necessitarão de cirurgias de alta frequência, sendo portanto um procedimento não exclusivo para a detecção precoce do câncer do colo do útero, o que aumenta a sua importância.

Baseados nestas estimativas, o referido Instituto considera a faixa etária entre 25 a 59 anos aquela em que as indicações médicas e técnicas serão mais frequentes. Recomenda, portanto, como padrão um aparelho para realizar CAF para cada 100.000 mulheres nesta faixa etária (Brasil, 2000 e).

A identificação dos locais que realizam este procedimento faz-se necessária uma vez que se pode, através deste mapeamento, ter conhecimento de qual é o encaminhamento dado às pacientes que tem indicação médica para realizá-lo. A não realização deste procedimento pode retardar o diagnóstico de lesões diferenciadas, evoluindo para tumores malignos e alterando os prognósticos.

O Ministério da Saúde, através da Portaria número 150, de 04 de setembro de 1998 (anexo III), inclui na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS esta cirurgia, com o objetivo de garantir a execução, a qualidade das ações de diagnóstico e de tratamento do câncer de colo uterino.

O mesmo órgão, em Portaria posterior número 49, de 13 de agosto de 2001 (anexo IV), considerando os avanços conquistados no tratamento ambulatorial das lesões precursoras, por meio de cirurgia de alta frequência do trato genital inferior, torna-a um procedimento estratégico merecendo, desta

forma, remuneração diferenciada entre os demais procedimentos ambulatoriais listados nas tabelas do SUS.

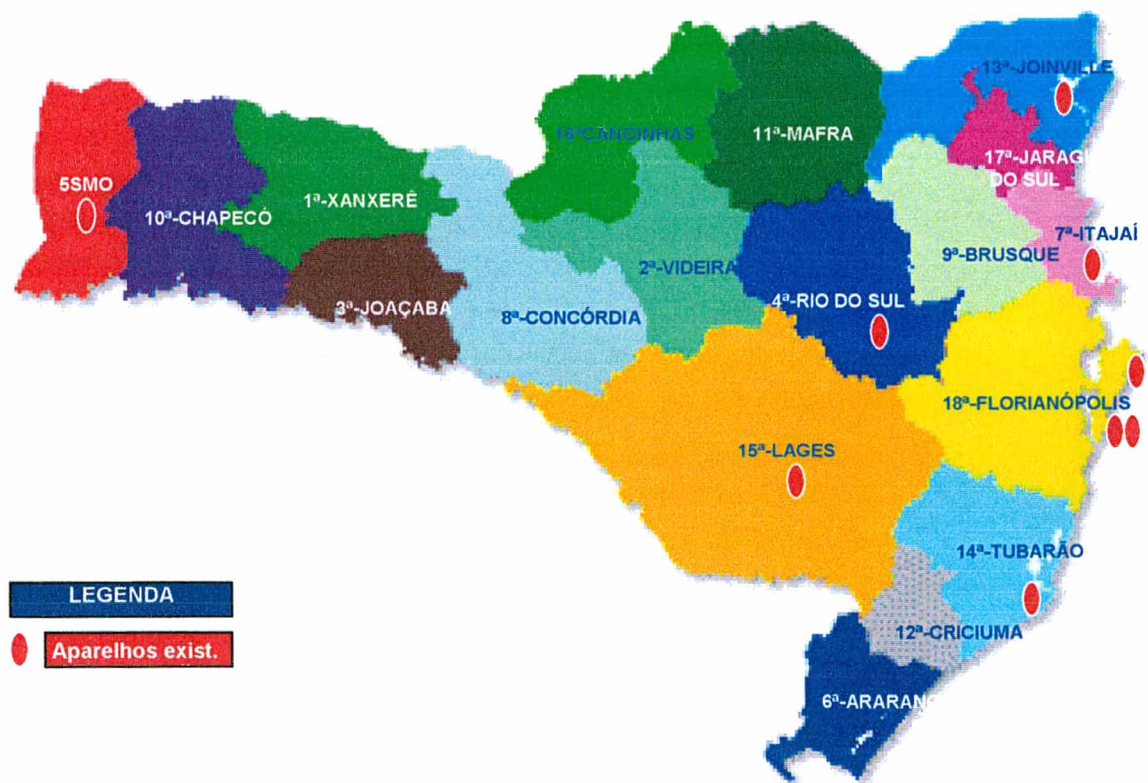
Em nossa pesquisa, levantamos que Santa Catarina dispõe de nove aparelhos em funcionamento na rede pública de saúde. Estes aparelhos estão à disposição de toda a população feminina do Estado.

A população feminina do Estado na faixa etária entre 25 a 59 anos, é de 1.206.231 mulheres (IBGE,2000), resultando, portanto, um coeficiente de **0,74** por 100.000 mulheres. O indicador levantado está abaixo do preconizado

O indicador sugerido, no entanto, sofre alterações em função de outras variáveis, que ele sozinho não leva em conta. Estas variáveis são: acesso, localização geográfica e falta de profissionais habilitados para executar o procedimento.

A Figura nº5 identifica a distribuição dos aparelhos públicos disponíveis para a realização das Cirurgias de Alta Frequência no Estado.

Figura nº 5 - Aparelhos de cirurgia de alta frequência -CAF- por Regional de Saúde , SC, 2000.



FONTE: Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama

A Figura nº. 5 permite identificar que entre as dezoito Regionais de Saúde, somente sete delas possuem equipamentos para a realização das cirurgias de alta frequência. Na capital do Estado, estão localizados três aparelhos. Observamos, portanto, que a região litorânea é a que conta com maior número deste equipamento. As demais regiões não possuem aparelhos disponíveis no serviço público, dificultando, assim, o acesso das mulheres a este procedimento e comprometendo a continuidade do tratamento.

Durante os eventos de capacitação do Programa Viva Mulher, constatou-se, através do questionário aplicado, ser esta uma grande dificuldade encontrada, apesar dos esforços que o Programa tem feito no sentido de equipar a rede de serviços e em treinar profissionais para a realização do procedimento.

O sistema de informações SIA/ SUS utilizado para registrar a produção de cirurgias de alta frequência, não permite identificar a paciente, o número de cirurgias realizadas por paciente, as indicações clínicas de sua indicação e tampouco a morbidade apresentada após a realização do mesmo. Estas limitações encontradas nos bancos de dados tem dificultado as análises a respeito do grau de cobertura real para este procedimento e impedindo maiores inferências sobre o assunto.

5.1.5. LABORATÓRIOS DE CITOPATOLOGIA E HISTOPATOLOGIA POR 100.000 MULHERES DE 25 A 59 ANOS

Conhecer a rede de laboratórios existentes no Estado significa identificar a estrutura disponível para o serviço público, que realiza a leitura das lâminas de material cérvico-vaginal colhidas nas unidades da rede pública de saúde. Os laboratórios que foram computados, para efeito de indicador, são os credenciados pelo SUS para realizarem as referidas leituras, podendo ser públicos e/ou da rede privada complementar.

Os referidos laboratórios, quando de seu credenciamento pelo SUS, recebem treinamento específico do INCA no que tange à padronização de normas técnicas, rotinas e utilização do sistema de informações.

O Ministério da Saúde e o INCA consideram obrigatória a utilização de *software* específico para registro das informações contidas no formulário de requisição de exame citopatológico, utilizado nas unidades de saúde que colhem o material cérvico-vaginal e padronizado nacionalmente (anexo nº. V).

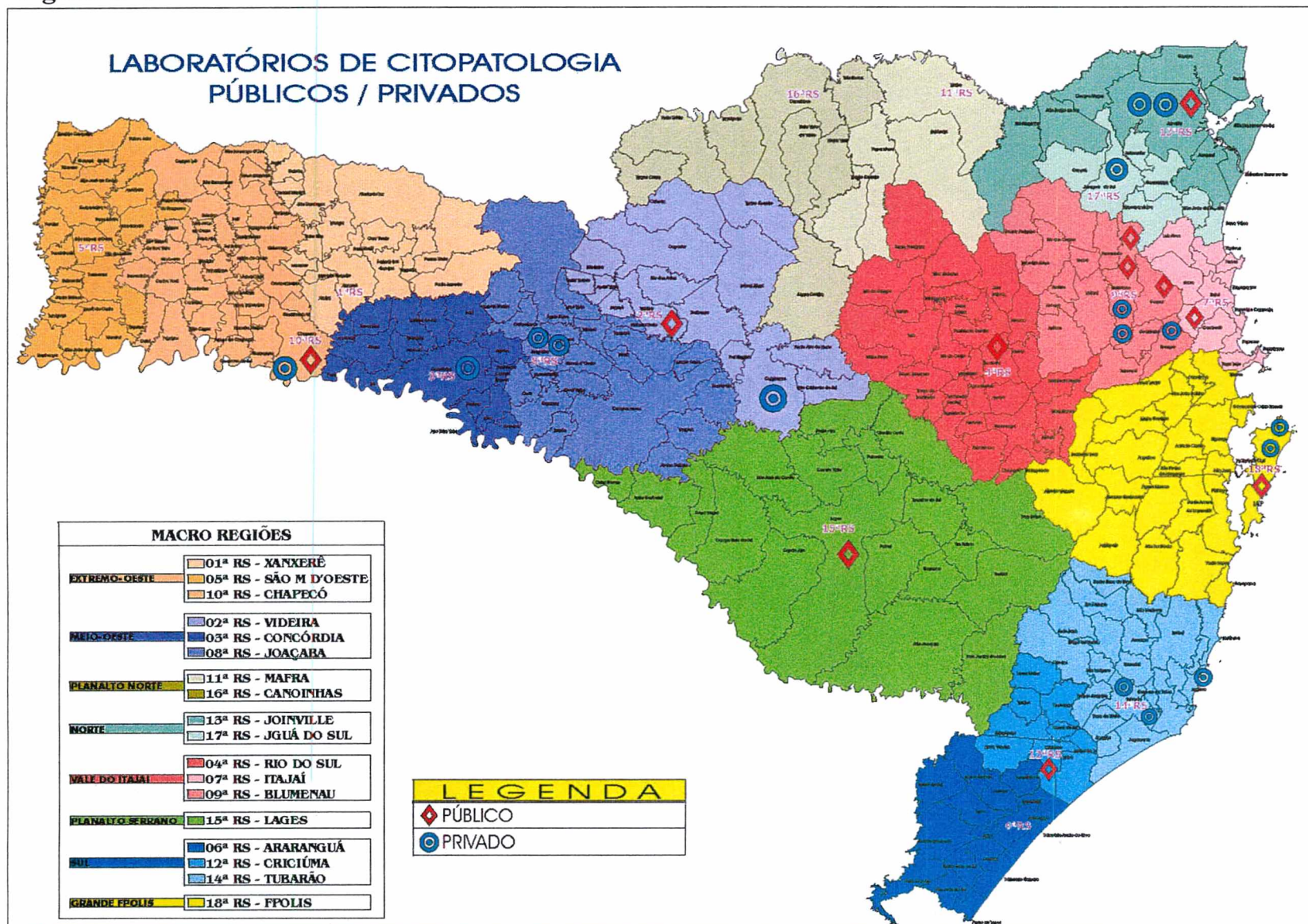
As informações geradas, a partir destes formulários, alimentam o sistema denominado Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO. O referido sistema tem como objetivo o gerenciamento das informações geradas pelas unidades públicas de saúde que realizam o exame preventivo e as complementadas nos laboratórios através da emissão dos laudos. Os dados de identificação das mulheres e os laudos dos exames citológicos e histológicos são digitados a partir dos laboratórios credenciados pelo SUS. Os laboratórios, portanto, são os responsáveis pela alimentação do referido sistema. O SISCOLO constitui-se, assim, num dos principais instrumentos que auxiliam a consolidação do Programa Viva Mulher . O sistema foi criado para atender às necessidades de acompanhamento da primeira campanha nacional de intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e de Mama, no ano de 1998. De acordo com os coordenadores nacionais do programa, à época, o mesmo atendeu satisfatoriamente a este propósito, razão pela qual foi adotado como rotina a partir desta campanha

Em Santa Catarina, o SISCOLO foi adotado durante a campanha de 1998 e efetivamente passou a gerar um banco de dados a partir do ano de 2000. O acompanhamento do SISCOLO, no Estado, é de responsabilidade da Coordenação Estadual do Programa Viva Mulher.

O INCA recomenda que haja, no mínimo, um laboratório para leitura das lâminas por grupo de 100.000 mulheres entre a faixa etária de 25 a 59 (Brasil, 2000 e).

Foram credenciados 26 laboratórios em Santa Catarina para atender uma população de 1.206.231 na faixa etária indicada (IBGE,2000), sendo que a maioria é da rede privada complementar. O indicador de cobertura para Santa Catarina resultou num coeficiente de **2,15** laboratórios por grupo de mulheres na faixa etária recomendada. Este número sugere que há laboratórios suficientes para atender a atual demanda de leitura de lâminas.

Figura nº 6



Fonte: Coordenação Estadual do Programa Viva Mulher

A Figura nº 6 representa a distribuição dos laboratórios no Estado, segundo tipo de prestador. Verifica-se que há uma concentração de laboratórios credenciados pelo SUS na região litorânea do Estado. Não foi alvo de nossa pesquisa a análise das razões desta distribuição. Verifica-se também que quatro das 18 regionais de saúde do Estado, não possuem laboratórios, dependendo portanto de outras regiões vizinhas.

O Quadro n. 2 identifica os laboratórios, segundo as Regionais de Saúde, apresentando as variáveis: número de municípios por regional, tempo médio para obtenção dos resultados, número de municípios que utilizam os laboratórios públicos e privados, implantação do SISCOLO e o município sede do laboratório.

Quadro Nº 2 - Rede de laboratórios que realizam leitura de citopatológicos por regional de saúde

Regionais de Saúde	Nº de Munic. por Regional	Tempo médio para obtenção dos resultados	Nº de Municípios que utilizam laboratório		Siscolo Implantado		Município sede do Laboratório	
			Lab. Público	Lab. Privado	Lab. Públ.	Lab. Priv.	Público	Privado
1ª Xanxerê	17	22 dias	1	15	Não	Sim	Chapecó	Joaçaba
2ª Videira	16	19 dias	0	16	-	Sim		Jçb-Vid-Ctb
3ª Concórdia	16	21 dias	0	16	-	Sim		Joaç.-Conc.
4ª Rio do Sul	28	34 dias	4	24	Sim	Sim	Fpolis	Rio do Sul
5ª SMO	22	23 dias	3	19	Não	Sim	Chapecó	Joaçaba
6ª Araranguá	15	75 dias	15	0	Sim	-	Criciúma	
7ª Itajaí	11	38 dias	8	3	Sim/Não	Sim/Não	Fpolis/BC	Baln. Camb.
8ª Joaçaba	19	17 dias	0	19	-	Sim		Joaçaba
9ª Blumenau	14	25 dias	6	8	Sim	Sim	Blumenau/Gpar	Blumenau/Indaial
10ª Chapecó	37	17 dias	19	18	Não	Sim	Chapecó	Chapecó/Joaçaba
11ª Mafra	4	25 dias	4	0	Sim	-	Fpolis	
12ª Criciúma	10	58 dias	10	0	Sim	-	Criciúma	-
13ª Joinville	9	48 dias	5	2			Joinville	Joinville
14ª Tubarão	18	11 dias	0	18	-	Sim		Tubarão/Laguna
15ª Lages	19		0	0				
16ª Canoinhas	9	28 dias	6	1			Fpolis	Joaçaba
17ª Jгуá do Sul	7	25 dias	3	1			Jvle/Fpolis	Jaraguá do Sul
18ª Fpolis	22	40 dias	22	6	Sim	Sim	Florianópolis	Fpolis/TB/Brusque
TOTAL	293		106*	166*				

Fonte: Questionário preenchido nos eventos de capacitação gerencial. * 21 municípios não responderam estas informações.

Durante os eventos de capacitação gerencial nos municípios, ocorridos no ano de 2000, foram colhidas informações complementares sobre o funcionamento dos laboratórios, conforme pode-se observar no Quadro 2.

Observa-se que existem marcantes diferenças regionais com referência ao tempo médio para obtenção dos resultados das leituras das lâminas e que os dados levantados sobre esta variável, oscilam entre 11 a 75 dias .

Neste sentido, o indicador usado para avaliar a estrutura de laboratórios disponíveis não é apropriado, pois há que se considerar também a variável “tempo de entrega de resultados” para que o mesmo se torne um indicativo de qualidade a ser usado para avaliar o Programa.

Constata-se que o sistema informatizado sobre o câncer do colo uterino, SISCOLO, adotado para registro dos laudos obtidos a partir da leitura das lâminas, está instalado em todos os laboratórios da rede privada. Os laboratórios públicos apresentam deficiências de equipamentos de informática, o que tem inviabilizado a alimentação do banco de dados, dificultando as análises epidemiológicas decorrentes da interpretação dos laudos e dificultando a possibilidade de se traçar estratégias para prevenção, controle e assistência desta patologia.

Uma característica importante do SISCOLO é permitir o monitoramento de qualidade sobre os laudos dos exames que os laboratórios realizam.

O Ministério da Saúde, INCA e Sociedade Brasileira de Citopatologia, nos dias 5 e 6 de outubro de 1993, realizaram um Seminário Nacional sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade dos Exames Citológicos e Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino, no Rio de Janeiro. A finalidade do evento era a de discutir as nomenclaturas vigentes para os exames colpocitológicos e estabelecer medidas de controle de qualidade para os programas de prevenção do câncer cérvico-uterino.

Ficou definido, neste evento, a necessidade de padronização de laudos a nível nacional, para um perfeito entendimento dos processos patológicos envolvidos no aparecimento do câncer cérvico-uterino, e a necessidade de se facilitar a informatização do laudo citopatológico, visando aumentar o conhecimento epidemiológico das neoplasias cervicais e permitindo um adequado planejamento das ações de prevenção e controle. Entre outras conclusões ficou

estabelecido também que seria necessário ampliar a oferta de Cursos de Citotecnologia e um programa de educação continuada para a promoção de transferência e intercâmbio de tecnologia. Estas discussões e treinamentos, desde então, são realizados periodicamente pelo INCA e as sociedades científicas envolvidas para que novos conhecimentos técnicos e científicos sejam incorporados às práticas adotadas. A coordenação nacional do Programa tem incorporado as recomendações a partir destas discussões e tem repassado aos Estados estas atualizações através de encontros de capacitação e pela emissão de manuais de orientação aos laboratórios envolvidos.

“O laudo CITOPATOLÓGICO, enquanto ato médico que desencadeia medidas intervencionistas ou expectantes, tem que estar intimamente relacionado ao conceito de QUALIDADE, que é entendido como um substantivo e não mero adjetivo ocasional. Para sua aplicação e garantia muitas são as medidas impostas, acarretando uma seqüência de atos e passos subseqüentes, sendo um deles o Programa de Controle Externo de Qualidade”.(Miziara, 2000)

Este controle deve ser exercido por um laboratório diferente daquele que leu a lâmina e realizar a confrontação dos laudos emitidos. O INCA recomenda que o mesmo, deva ser exercido por entidades de notório saber na área, contribuindo assim para a redução de possíveis erros nas interpretações dos achados.

Em geral nos Estados onde se efetua o monitoramento de qualidade, são as Universidades e as sociedades científicas que executam este controle. O Estado do Paraná tem sido uma referência nacional nestas discussões.

Até o presente momento, o controle de qualidade das leituras das lâminas não está sendo realizado no Estado de Santa Catarina. O Programa Viva Mulher catarinense não dispõe, portanto, de mecanismos de aferição e de mensuração dos possíveis erros de diagnósticos emitidos pela rede de laboratórios credenciados pelo SUS. A avaliação de qualidade do serviço prestado ao SUS, não é efetuada, sendo um grande desafio a ser vencido.

5.1.6. UNIDADES DE SAÚDE QUE COLHEM CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO/100.000 MULHERES DE 25 A 59 ANOS.

O objetivo deste indicador é dimensionar a rede instalada para a realização das ações de coleta de material citopatológico.

O Programa não estabelece um padrão ideal de Unidades de Saúde por município, mas considera que o exame preventivo é uma ação básica e sua realização constitui-se um compromisso do município conforme preconiza a legislação do SUS.

Os diferentes modelos de gestão municipal, não eximem os municípios deste compromisso. Portanto, é de se esperar que no mínimo cada município deva ter uma unidade de saúde que realize este procedimento.

O Quadro nº. 3 refere-se à distribuição dos postos de coleta nos serviços públicos de saúde, nas diferentes Regionais de Saúde do Estado.

Quadro nº 3 - Unidades de Saúde da Rede Pública que realizam coleta de material citológico do colo do útero - SC, 2000.

REGIONAIS DE SAÚDE	Municípios por Regional ¹	Postos de Saúde Existentes ²	Posto de Saúde com Serviço de Coleta ³
1ª RS – XANXERÊ	17	35	17
2ª RS – VIDEIRA	16	33	23
3ª RS - CONCÓRDIA	16	59	47
4ª RS – RIO DO SUL	28	65	34
5ª RS – S.MIGUEL D'OESTE	22	30	22
6ª RS - ARARANGUÁ	15	32	17
7ª RS – ITAJAÍ	11	73	35
8ª RS – JOAÇABA	19	49	24
9ª RS - BLUMENAU	14	105	44
10ª RS - CHAPECÓ	37	59	50
11ª RS – MAFRA	4	29	6
12ª RS - CRICIÚMA	10	110	66
13ª RS - JOINVILLE	9	110	77
14ª RS - TUBARÃO	18	103	34
15ª RS – LAGES	19	44	24
16ª RS - CANOINHAS	9	50	29
17ª RS - JARAGUÁ DO SUL	7	36	24
18ª RS – FLORIANÓPOLIS	22	86	33
TOTAL	293	1108	580

Fonte: ¹ Secretaria Estadual de Saúde, ^{2,3} Programa Estadual de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

Pode-se inferir, dos dados levantados, que a totalidade dos municípios catarinenses possuem no mínimo um posto de saúde para realizar o exame preventivo.

Para tornar o indicador um instrumento com maior validade, faz-se necessário conhecer as rotinas de cada unidade de saúde, tais como: pessoal disponível, capacidade instalada, dias e horários de atendimento, número de pessoas na região adstrita à referida unidade, distâncias geográficas, parcerias com o setor privado de prestação de serviços, para citar alguns.

Convém ressaltar as importantes parcerias que se somam ao setor público no enfrentamento desta difícil tarefa de redução dos índices de morbimortalidade por câncer destacando-se, principalmente, a atuação da Rede Feminina de Combate ao Câncer, entidade civil de caráter filantrópico. Sua participação na área de prevenção ao câncer de colo do útero e de mama em, Santa Catarina, merece destaque.

Em levantamento realizado junto à coordenação estadual da Rede Feminina de Combate ao Câncer em Santa Catarina sobre a sua atuação no Estado, identificou-se 46 entidades nos diferentes municípios catarinenses. A figura nº. 7 nos permite visualizar esta presença.

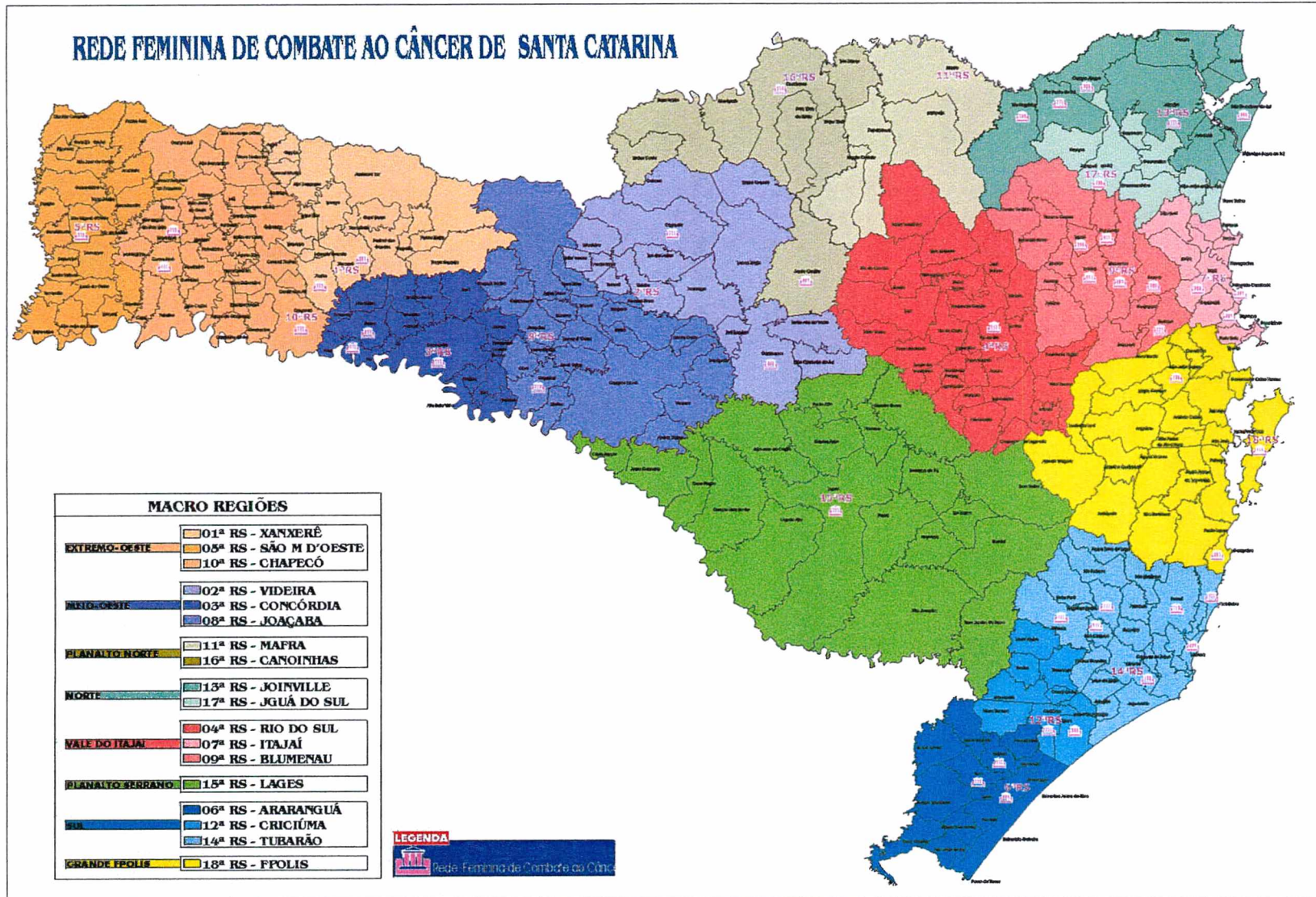
Constata-se que na maior parte dos municípios onde a Rede está presente, há um bom entrosamento entre a mesma e as Secretarias Municipais de Saúde.

Em alguns casos, os municípios repassam recursos como forma de auxílio e em outros delegam à Rede Feminina a responsabilidade total das ações relativas à prevenção, podendo portanto ser computados como unidades de saúde pública sem de fato ser. Verificou-se, no entanto, que as informações relativas à produção da coleta do material cérvico-uterino, na maioria dos municípios onde a Rede Feminina atua, não constam do banco de dados oficiais. Este subregistro não nos permite avaliar corretamente sua abrangência.

Na medida em que o Estado fragmenta a rede de assistência, diminui a possibilidade de controle sobre estes serviços. O Programa Viva Mulher enfrenta assim um problema. O grau de fragmentação de uma intervenção é pois um fator importante na avaliação de um sistema (Frenk,J; Donabedian, 1987).

Figura nº 7

Fonte: Documentos Oficiais da Rede Feminina do Estado de Santa



Fonte: Coordenação Estadual do Programa Viva Mulher

5.2. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE PROCESSOS

O INCA considerou os indicadores que apresentamos abaixo, como sendo os prioritários para avaliar os processos relativos ao câncer do colo de útero, não citando os relativos ao câncer de mama, tendo em vista as dificuldades na obtenção das informações.

5.2.1. EXAMES CITOLÓGICOS: EXAME DE PAPANICOLAOU (CITOLOGIA ONCÓTICA CERVICAL)

O exame citológico de amostras cérvico-vaginais (exame de Papanicolaou) é um componente fundamental em Programas de Saúde Pública de Detecção e Prevenção de Câncer de Colo do Útero. As lesões precursoras de câncer são assintomáticas e diagnosticadas em exames de rotina. O tratamento das lesões potencialmente precursoras de neoplasias pode prevenir o desenvolvimento de tumores invasivos.

O Papanicolaou (PAP) é o exame que visa identificar as alterações celulares que precedem o câncer no colo uterino. A efetividade do PAP como detecção estão comprovadas através de vários estudos (Eisner, Casey, Berek, 1995).

- Sua adoção, nos programas de prevenção em massa se deve ao seu baixo custo, sua simplicidade na execução e a eficácia como método de detecção precoce. Sua efetividade está diretamente ligada a fatores técnicos relacionados a coleta e preparação da lâmina, acurácia do laboratório e dos laudos emitidos.

A literatura nos informa que somente as nações que realizaram programas de prevenção adotando o Papanicolaou em sua população feminina, obtiveram redução significativa nas taxa de mortalidade por esta neoplasia (Eifel, Berer, Thipan 1997).

O intervalo de tempo ideal entre um exame e outro é controvertido pois leva em conta além da idade, o comportamento sexual da mulher e de seu parceiro, história familiar de câncer e outros fatores de risco, exame clínico e

resultados de exames anteriores.

A periodicidade recomendada é a realização de um exame citopatológico a cada três anos, após a realização de dois exames anuais consecutivos com resultados negativos, ou seja, exames que não apresentaram alterações neoplásicas malignas (MS/INCA/Pro-Onco,1988).

Também existe controvérsias, segundo os mesmos autores, quanto à idade inicial e final para a realização do Papanicolaou.

Para o Brasil, o INCA preconiza a faixa etária compreendida entre 25 a 59 anos como referência para efeito de planejamento de ações do Viva Mulher. As exceções devem ser tratadas segundo conhecimento específico da realidade sócio-cultural das mulheres, os fatores de risco a que as mesmas estão expostas e as condições gerais de saúde que apresentam.

Os indicadores abaixo levantados tomam como base a realização de um exame anual, por mulher, nas faixas etárias estipuladas pelo INCA e a primeira vez na vida em que a mesma realizou o exame.

Considerou-se a população feminina com 15 anos ou mais, uma vez que, segundo informações disponíveis no SISCOLO 2000, um pequeno percentual dos exames foi realizado em mulheres abaixo desta idade, e a faixa etária compreendida entre 25 a 59 anos por ser a mesma a prioritária em termos de rastreamento.

I- Segundo faixa etária

a)- Razão entre o número de exames citopatológicos cérvico-vaginais apresentados no SIA/SUS e a população feminina ≥ 15 anos.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos (todas as faixas etárias)

População feminina (maior igual a 15 anos)

$$\frac{289.479}{1.874.951} \times 100 = 15,4\%$$

b)- Razão entre o número de exames citopatológicos cervícos-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina de 25 a 59 anos.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos (25 a 59 anos)

População feminina do estado (25 a 59 anos)

$$\frac{134.258}{1.206.231} \times 100 = 11,12\%$$

É importante ressaltar que este não é um indicador de cobertura, uma vez que o banco de dados do SISCOLO não permite identificar mulheres com exames repetidos. Porém é um instrumento que sinaliza a abrangência do programa durante o período analisado. Neste sentido, os índices de 15,4% e 11,12% indicam o percentual de exames realizados em relação às faixas etárias preconizadas.

A análise contínua e sistemática deste indicador, dos resultados dos laudos citopatológicos apresentados e do monitoramento das mulheres que apresentaram resultados alterados dos seus exames e que, portanto, requerem uma rotina diferenciada daquelas com exame dentro dos limites da normalidade, é que permitirão a emissão de pareceres mais adequados sobre a real cobertura do Programa no Estado de Santa Catarina no que se refere as faixas etárias acima identificadas.

Ressaltamos também que somente foi possível levantarmos estas informações a partir do ano de 2000, com a implantação do SISCOLO em SC.

Registros anteriores relativos à idade das pacientes que realizavam o exame preventivo constavam apenas de fichas e anotações dos postos de saúde que realizavam o mesmo. A SES e a coordenação estadual do Viva Mulher não dispõe de registros desta variável anteriores ao ano de 2000 o que dificultou uma análise mais aprofundada.

O indicador proposto, portanto, tornar-se-á uma ferramenta útil para o planejamento em saúde na medida em que sistematicamente for levantado e interpretado.

II- Segundo número de mulheres que realizam o exame pela primeira vez.

-Proporção de exames citopatológicos das mulheres que realizam o mesmo pela primeira vez na vida em relação ao número total de exames realizados, segundo o SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos pela primeira vez _____ x 100

Nº total de exames citopatológicos registrados no SISCOLO

$$\frac{10.359}{178.546} \times 100 = 5,80\%$$

O resultado encontrado refere-se ao percentual de mulheres que realizaram exame pela primeira vez e que constam dos registros do SISCOLO. Como se trata de uma informação que não era gerada antes da implantação do SISCOLO, têm-se dificuldade em estabelecer comparações.

Levando-se em consideração que os índices de incidência e mortalidade caem sensivelmente onde um adequado Programa de Detecção é desenvolvido, e que estes índices variam na dependência do real engajamento das equipes de saúde e da população, entre outros aspectos (Alves e col.; Koss), acompanhar este indicador é imprescindível na avaliação da capacidade de absorção da demanda, principalmente de jovens mulheres, e a cobertura do Programa Viva Mulher.

As variáveis relativas à idade, vida sexual, história familiar de câncer, oferta do serviço, acesso e aspectos sócio-culturais, entre outros fatores, interferem na decisão da mulher em dar início a sua rotina de prevenção. A compreensão de todos estes aspectos, para que os Programas de rastreamento sejam inclusores de novas parcelas da população, requer uma visão multidisciplinar e multiprofissional uma vez que não se trata de um problema específico da saúde pública.

O trabalho dentro do SUS pressupõe esta interdisciplinariedade, claramente colocada na legislação que o regulamenta e pela complexidade de relações que o sistema articula. Para ser um sistema é uma condição necessária mas não suficiente.

Esta integração não emerge espontaneamente pois os problemas complexos precisam ser abordados dentro da perspectiva de superação do especialismo estreito das diferentes áreas do conhecimento e avançar na superação das dificuldades de relação entre os diferentes saberes que a ciência contemporânea tornou tão fragmentado. Trata-se de um desafio a ser superado.

5.2.2. LEITURA APRESENTADA DO EXAME CITOLÓGICO

- Proporção de lâminas examinadas (exames citopatológicos) que tiveram sua coleta registrada no SIA/SUS.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de procedimentos de coleta apresentados x 100

Nº de exames citopatológicos apresentados no SIA/SUS

204.003 X 100 = **70,47%**

289.479

Para efeito de cálculo deste indicador, levantamos as informações de produção apresentadas pelas prefeituras e pelos laboratórios no SIA/SUS (códigos 0.7.051.01-8 para coletas e 12.011.01 para leitura dos exames).

A confrontação dos dados nos permitiu identificar que há uma diferença de 29,53% entre a coleta e os exames citológicos realizados (leitura das lâminas). Somente 70,47% das coletas foram registradas no SISCOLO.

A expectativa é que esse indicador deva se aproximar de 100%. Os valores acima ou abaixo de 100% podem refletir problemas com o registro de informações no SISCOLO ou com o processamento do BPA (Boletim de Produção

Ambulatorial) utilizado pelos municípios para registrar seus atendimentos e que dá origem ao banco de dados do SIA/SUS.

Em Santa Catarina, este indicador sugere a necessidade de melhoria no sistema de registros de informações, não correspondendo portanto ao esperado.

Verificamos, conforme Quadro nº 4, que 67% dos municípios geravam informações ao sistema e que os demais não estavam com seus cadastros atualizados e, portanto, não informavam corretamente a sua produção de serviços, contribuindo para a explicação da diferença acima encontrada.

Quadro Nº 4 – Municípios que informam sua produção de coletas do preventivo do câncer de colo do útero, no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS - , segundo Regional de Saúde - SC, 2000.

REGIONAL DE SAÚDE	TOTAL DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS QUE INFORMARAM AO SIA-SUS ATÉ JULHO	MUNICÍPIOS QUE INFORMARAM AO SIA-SUS ATÉ DEZ.	% DE MUNICÍPIOS COM CADASTROS ATUALIZADOS
1ª RS XANXERÊ	17	14	17	100%
2ª RS VIDEIRA	16	2	8	50%
3ª RS CONCÓRDIA	16	13	13	81%
4ª RS - RIO DO SUL	28	11	17	61%
5ª RS – S.M. D'OESTE	22	17	21	95%
6ª RS – ARARANGUÁ	15	8	10	67%
7ª RS – ITAJAÍ	11	2	2	18%
8ª RS – JOAÇABA	19	8	12	60%
9ª RS – BLUMENAU	14	4	4	29%
10ª RS – CHAPECÓ	37	32	34	92%
11ª RS – MAFRA	4	0	2	50%
12ª RS – CRICIÚMA	10	9	10	100%
13ª RS – JOINVILLE	9	3	5	56%
14ª RS – TUBARÃO	18	12	16	89%
15ª RS – LAGES	19	2	7	37%
16ª RS – CANOINHAS	9	4	7	70%
17ª RS – JGUÁ DO SUL	7	4	5	71%
18ª RS – FPOLIS	22	3	8	36%
TOTAL	293	148	197	67%

Fonte: SES e DATASUS – período julho a dezembro de 2000.

Inferimos através desta constatação que duas situações poderiam estar ocorrendo: o desconhecimento das prefeituras relativo à burocracia envolvida no processo de registro e a leitura de lâminas, que embora não coletadas no sistema público, foram lidas pelos laboratórios credenciados pelo SUS¹.

Destacou-se o período entre julho a dezembro tendo em vista que durante o mesmo os municípios participaram de treinamentos gerenciais. Observa-se que antes dos treinamentos 148 municípios (50,5%) oficializavam sua produção e que este percentual aumenta para 67% após os treinamentos.

Pode-se constatar, também, durante os treinamentos gerenciais efetuados pelo Programa que as alterações ocorridas no sistema de registros e na tabela do SIA-SUS no ano de 1999 ainda não haviam sido assimiladas pela maioria dos municípios catarinenses.

A Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde de 1996 (NOB 96) ao referir-se às responsabilidades municipais, salienta a importância da alimentação dos bancos de dados oficiais de interesse nacional. As informações relativas à realização do exame preventivo do câncer são parte integrante dos relatórios que alimentam o Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), sendo responsabilidade de todos os municípios a manutenção e alimentação do sistema bem como a atualização do cadastro das unidades assistenciais sob sua gestão.

O Quadro n.º 4 demonstra que 33% dos municípios precisavam obter maiores esclarecimentos e orientações relativas aos registros necessários.

Observa-se que as regionais de Florianópolis, Blumenau, Lages e Itajaí apresentam os menores índices de atualização no que se refere aos cadastros necessários para se proceder os registros corretos dos procedimentos efetuados.

Consta do anexo VI (Produção apresentada no SIA/SUS de coletas de material cérvico uterino, código 07 051 01 08, por município e regional de saúde no período de janeiro a dezembro de 2000), informações detalhadas sobre quais

¹ Em Santa Catarina há um entendimento que o acesso aos serviços do SUS pode se iniciar em qualquer nível do sistema. Portanto uma paciente pode fazer sua consulta ginecológica em consultório privado e encaminhar a lâmina do material cérvico uterino para um laboratório conveniado do SUS.

os municípios por regionais de saúde que não alimentaram os bancos de dados oficiais durante o ano de 2000.

A discussão destas questões com os gestores municipais é recomendável, contribuindo desta forma com a criação de uma base de dados confiável, que quantifique e qualifique as necessidades preventivas e assistenciais e oriente a realização de ações futuras voltadas para a prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

As informações relativas à produção favorecem igualmente para que se possa identificar entre outras questões: a cobertura do serviço em relação a sua população alvo, a existência e a regularidade do serviço, a ocorrência de sub registro ou ausência de informações, capacidade gerencial na implementação do Programa e sazonalidade da assistência. A realização de estudos epidemiológicos e de planejamento em saúde podem ser enriquecidos a partir de base de dados que reflitam a realidade dos serviços executados.

5.2.3. DIAGNÓSTICOS APRESENTADOS

O objetivo destes indicadores é servir de subsídio para análises de incidência do câncer, conhecimento dos tipos de alterações apresentadas, bem como servir de parâmetro de comparação da atuação da rede de laboratórios e da qualificação técnica dos profissionais envolvidos na coleta do material citológico.

I - Dentro dos limites da normalidade

- Percentual de exames citopatológicos dentro dos limites da normalidade dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos dentro dos limites da normalidade X 100

Nº de exames citopatológicos registrados no SISCOLO

174.778 X 100 = **97,89**

178.546

O INCA estima que estes valores devam oscilar entre 95,8% e 98,7% dos exames realizados. Neste sentido Santa Catarina corresponde ao esperado.

Na análise deste indicador, há que se considerar, principalmente, a incidência esperada do câncer do colo do útero, a cobertura do programa de rastreamento e a qualidade da citopatologia.

Ressalta-se entretanto que Santa Catarina não dispõe de um sistema de registro de câncer de base populacional que possa levantar a incidência ocorrida nas diferentes regiões do Estado e compará-la com a estimada pelo INCA. A utilização deste indicador isoladamente pode levar, portanto, a falsas conclusões.

II - Por todos os tipos de alterações

- Percentual de exames com alterações (ASCUS /AGUS ², HPV³, NIC⁴ I, NIC II, NIC III, carcinoma escamoso invasor, adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma invasor) detectados dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos com alterações x 100

Nº de exames citopatológicos registrados no SISCOLO

$$\frac{2.331}{178.546} \times 100 = 1,31\%$$

O INCA estima que estes valores devam oscilar entre 1,3% a 4,2% dos exames realizados. Neste sentido Santa Catarina corresponde ao esperado pois somente 1,31% dos exames realizados apresentaram alterações.

Entretanto, é necessário buscar explicações para os valores numa série histórica mais longa e confrontá-los com a incidência esperada para o câncer de colo de útero, a cobertura do programa de rastreamento e a qualidade da citologia.

² Atipias de significado indeterminado em células escamosas ou células glandulares (AGUS).

³ Papiloma Vírus Humano.

⁴ Neoplasia Intraepitelial Cervical.

III - Segundo Lesões malignas

- Percentual de lesões malignas (carcinoma invasor, adenocarcinoma invasor) detectadas dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

Nº de exames citopatológicos com lesões malignas X 100

Nº de exames citopatológicos registrados no SISCOLO

$$\frac{28}{178.546} \times 100 = 0,02\%$$

Este indicador foi obtido somando-se o número de exames com laudos positivos para carcinoma invasor e adenocarcinoma invasor, sendo possível, em raras ocasiões, a ocorrência simultânea dos 2 diagnósticos, levando a uma ligeira superestimativa do indicador.

Na análise deste indicador, há que se considerar, principalmente, a incidência esperada do câncer do colo do útero, a cobertura do programa de rastreamento e a qualidade da citopatologia.

Há que se considerar também que Santa Catarina não dispõe de um sistema de registro de câncer de base populacional que possa levantar a incidência ocorrida e compará-la com a estimada.

Considerando as dificuldades de se calcular a cobertura real do programa a análise fica prejudicada pela pouca representatividade dos dados, fazendo-se necessário o acompanhamento destes indicadores, numa série histórica mais longa com dados representativos. A utilização deste indicador isoladamente pode levar, portanto, a falsas conclusões.

IV - Segundo Lesões de baixo grau

- Razão entre o número de lesões de baixo grau (ASCUS, AGUS, HPV, NIC I) e alto grau de malignidade + câncer (NIC II, NIC III, adenocarcinoma "in situ", carcinoma escamoso invasor e adenocarcinoma invasor) detectadas dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000Nº de exames citopatológicos com lesões de baixo grau

Nº de exames citopatológicos com lesões de alto grau e câncer

$$\frac{1.934}{397} = 4,87$$

Considerando-se que em raras ocasiões pode haver concomitância entre lesões de alto e de baixo grau, esse valor encontra-se ligeiramente superestimado.

O número de exames com lesões de baixo grau foi obtido subtraindo-se do número total de exames com alterações o número de exames com lesões de alto grau.

Na análise deste indicador, há que se considerar, principalmente, a incidência esperada do câncer do colo do útero, a cobertura do programa de rastreamento e a qualidade da citopatologia. O resultado encontrado indica que para cada 4,87 mulheres com alterações nos resultados do Papanicolau, uma delas terá lesão de alto grau e câncer. A expectativa é a de que este número seja o menor possível.

5.2.4. SEGUNDO QUALIDADE DAS AMOSTRAS

- Percentual de exames citopatológicos cuja adequabilidade da amostra foi considerada insatisfatória dentre os exames citopatológicos registrados no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000Nº de exames citopatológicos com amostra insatisfatória X 100

Nº de exames citopatológicos registrados no SISCOLO

$$\frac{1.451}{178.546} \times 100 = 0,81\%$$

Ressaltamos que valores elevados sugerem a necessidade de treinamento da rede especificamente para coleta do exame e manuseio do mesmo. Uma análise detalhada poderá ainda permitir identificar os locais onde a coleta é mais deficitária.

Conforme informações obtidas junto , Instituto de Anatomia Patológica-IAP, laboratório público sediado em Florianópolis, as razões para se classificar a amostra como insatisfatória são: problemas com identificação da lâmina, material escasso ou hemorrágico, dessecação, áreas espessas, esfregaço purulento, lâmina danificada, entre os principais.

O INCA estima que este valores devam oscilar entre 0,7 e 3,2% dos exames realizados. Neste sentido Santa Catarina corresponde ao esperado.

A ausência de controle de qualidade sobre as lâminas lidas não permite maiores inferências sobre os resultados encontrados.

Não encontramos registros de utilização destes indicadores em estudos epidemiológicos e/ou de planejamento de serviços em Santa Catarina.

5.2.5. CIRURGIAS DE ALTA FREQUÊNCIA

- Razão entre o número de cirurgias de alta frequência (CAF) pagas pelo SIA-SUS (código: 0803303) e o número de lesões precursoras de alto grau de malignidade (NIC II, NIC III e adenocarcnima "in situ") e canceres (carcinoma escamoso invasor e adenocarcinoma invasor) registradas no SISCOLO.

Período: Janeiro a Dezembro de 2000

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de CAF apresentados}}{\text{N}^\circ \text{ de lesões de alto grau e câncer}} \times 100 = \frac{101}{397} \times 100 = 25,44\%$$

A análise deste indicador deve ser cautelosa, considerando-se que, pode haver mais de um exame citopatológico alterado por mulher, enquanto a CAF só é realizada uma única vez. Devemos também considerar que o Sistema

de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), não permite identificar as pessoas. Assim sendo, não se pode afirmar que as Cirurgias de Alta Frequência realizadas e que constam do SIA/SUS, pertencem a mesma paciente com alterações de alto grau registrada no SISCOLO.

O indicador permite, entretanto, identificar do total das mulheres com lesões precursoras de alto grau de malignidade e câncer aquelas que foram submetidas à CAF.

Espera-se que 100% das mulheres com lesão de alto grau devem ser submetidas à CAF (Brasil, 2000 e).

Portanto, o indicador encontrado (25,44%) não corresponde ao preconizado.

Quando os valores forem superiores a 100% deve-se observar, para efeito de análise, a existência ou não de demanda reprimida, o atendimento a mulheres de outros estados da federação e os casos diagnosticados nos anos anteriores à realização da cirurgia, entre outros aspectos.

As mulheres que possuem indicação clínica para realizá-la, principalmente na região oeste do Estado, não encontram alternativas dentro do SUS pois o mesmo não disponibiliza este serviço à população. Infere-se, no entanto, que as mesmas compram o serviço da rede privada ou deixam de realizá-lo.

A integralidade da assistência segundo este indicador está comprometida.

Considerando que a cirurgia de alta frequência é um instrumento indispensável na detecção precoce do câncer, este resultado sugere falhas na prevenção do câncer do colo uterino em Santa Catarina.

Achamos conveniente ressaltar que para o câncer de mama, não é possível identificar os indicadores de processo relativos ao Exame Clínico de Mamas (ECM) e ao Auto Exame das Mamas (AEM), uma vez que não há um sistema de informações que registre estas ações.

O ECM e o AEM quando executados, não são registrados em bancos de dados, limitando-se aos prontuários das pacientes e/ou aos relatos dos

profissionais de saúde e de pacientes. As poucas informações disponíveis sobre a prática adotada nos postos de saúde quanto à abordagem dada à prevenção do câncer de mama são insuficientes para uma melhor avaliação, merecendo estudo específico.

O sistema de informação utilizado para registro das mamografias, biópsias, punções de mama e outros procedimentos, ligados ao diagnóstico do câncer de mama, não nos permite identificar as pacientes e suas características pessoais limitando-se ao registro quantitativo de procedimentos realizados. Desta forma, torna-se difícil analisar os processos realizados no atendimento desta neoplasia.

5.3. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RESULTADOS

5.3.1. ESTADIAMENTO

Estadiar um câncer é avaliar a extensão de comprometimento anatômico do organismo. O conhecimento da história natural dos tumores levou a União Internacional de Combate ao Câncer (UICC) a desenvolver um sistema que permitisse classificar a evolução das neoplasias malignas.

Este sistema, denominado no Brasil de “estadiamento,” é conhecido também como Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Leva em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Os tumores são classificados e agrupados em estágio 0 ou in situ, estágio I, II, III e IV.

O estadiamento clínico representa, portanto, a linguagem de que os oncologistas dispõem para definir condutas e trocar conhecimentos, a partir dos dados dos exames físicos e de exames complementares relativos ao tumor analisado.

O sistema é permanentemente atualizado pela UICC, sendo que a versão utilizada na classificação dos tumores em estudo é a editada em 1998 (Brasil, 1999:221).

A importância do uso deste indicador baseia-se na constatação de que as taxas de sobrevivência dos pacientes são diferentes quando a doença está restrita ao órgão de origem, ou quando ela se estende a outros órgãos. A indicação terapêutica do câncer depende do estadiamento e o prognóstico é mais satisfatório quanto menor for o estágio da doença (Brasil, 1999:15). As tabelas abaixo identificam esta correlação.

Tabela nº 3 - Relação entre estágio da doença e sobrevivência com câncer de mama

Estágio da doença		% de sobrevivência em 10 anos
In situ	0	100
	I	90-95
	II	50-70
	III	20
	IV	10

Fonte: Brasil, 1999:15

Tabela nº 4 - Relação entre estágio da doença e sobrevivência com câncer de colo de útero

Estágio da doença		% de sobrevivência em 5 anos
In situ	0	100
	I	91 -100
	II	65- 88
	III	35-62
	IV	0-20

Fonte: Brasil, 1999:15

Pelo conhecimento do estágio dos tumores pode-se avaliar a capacidade dos serviços de saúde em identificar precocemente os mesmos.

As dificuldades encontradas na obtenção de dados relativos ao atendimento de pacientes ambulatoriais, no que se refere às características da doença, levou o Ministério da Saúde a desenvolver estudos no sentido de aprimorar os registros.

No caso da oncologia, o Ministério da Saúde reuniu as suas instâncias técnicas internas, INCA, sociedades científicas e instituições nacionais ligadas ao câncer para procederem uma revisão completa de todas as normas e tabelas de procedimentos oncológicos.

A partir deste esforço e sob os princípios básicos de assistência integral à população brasileira, de atualização de procedimentos e de geração de dados para a avaliação de resultados, o Ministério regulamenta, através de Portarias, o atendimento aos pacientes oncológicos.

A implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) para pacientes oncológicos, a partir de 1998 (Portaria GM/MS nº. 3535/98 e sucedâneas), permitiu a criação de um banco de dados específico para suprir o Sistema de Informações Ambulatoriais -SIA- de informações qualificadas sobre pacientes oncológicos entre outros.

Em Santa Catarina, este Sistema passou a vigorar efetivamente a partir do ano de 1999, parcialmente, e no ano de 2000 torna-se mais abrangente.

A alimentação deste Sistema é feita através das informações contidas no laudo médico que solicita autorização para tratamento ambulatorial na rede pública e que dão origem à APAC .

O sistema público, através de um *software* criado para este fim, consolida estas informações e as disponibiliza para o DATASUS, gerando um banco de dados específico com informações sobre pacientes oncológicos atendidos na rede ambulatorial pública.

Para facilitar o acesso a informações sobre pacientes oncológicos nesse banco de dados e nos demais bancos de sistema público que trabalham informações sobre pacientes oncológicos, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, a partir de 1999, desenvolveu um Projeto intitulado “Câncer no Brasil”, cujo resultado foi a criação de um *software* próprio, que agrega as várias bases de dados disponibilizadas pelo DATASUS .Este *software* está disponível junto a SBOC, aos médicos e demais pesquisadores da área.

Utilizamos esta ferramenta criada pela SBOC para acessarmos as informações que necessitávamos.

Selecionamos apenas os dados relativos ao percentual de pacientes com câncer do colo de útero e mama, por estadiamento, que procuram atendimento ambulatorial nos serviços públicos de saúde e que oficialmente

constam das informações no banco de dados das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo –APAC-, do estado de Santa Catarina, no ano 2000 escolhido para análise.

A Tabela n. 5 identifica as pacientes com câncer de colo de útero e de mama, segundo estadiamento.

Tabela nº 5 - Percentual de pacientes com câncer de colo de útero e de mama, atendidas na rede pública estadual segundo estadiamento - SC, 2000.

Estágio	CA colo do útero		CA mama	
	Nº pac.	%	Nº pac.	%
In Situ	2	0,45%	21	0,87%
Estágio I	31	6,83%	257	10,76%
Estágio II	130	28,63%	1115	46,67%
Estágio III	204	44,93%	557	23,33%
Estágio IV	87	19,16%	439	18,38%
Total	454	100,00%	2389	100,00%

Fonte: DATASUS- Banco de Dados de APAC – 2000

Observa-se na Tabela nº 5, que no câncer de mama 46,67% das pacientes estavam em estágio II e 23,33% em estágio III, perfazendo um total de 70% das pacientes e que para o câncer do colo do útero, 44,93% estavam em estágio III e 28,63% em estágio II, perfazendo um total de 73,56% dos casos.

Pode-se, portando, inferir que nos dois tipos de cânceres analisados, aproximadamente 70% das pacientes estão entre os estágios II e III, diminuindo assim as possibilidades de cura.

Importante ressaltar que 19,16% dos tumores de colo de útero e 18,38% de mama no diagnóstico apresentaram estágio IV, em que as possibilidades de cura são praticamente inexistentes e os tratamentos adotados são paliativos.

No Brasil, considerando o estadiamento por todos os tipos de neoplasias, verifica-se que apenas 7,96% delas foram classificadas no estágio I e

cerca de 49,91% nos estágios III e IV (SBOC, 2000). Para a região Sul do Brasil, apenas 8,26% foram classificadas no estágio I e 52% em estágio III e IV.

A informação de estadiamento ignorado é de aproximadamente 10% para a região sul do País(SBOC,2000).

Os dados apresentados ratificam a necessidade de revisão das ações desenvolvidas quanto à prevenção e diagnóstico precoce, para que se possa alterar positivamente o quadro de morbimortalidade por estas patologias.

Constatamos em entrevistas realizadas com os médicos oncologistas que a prática de estadiar o tumor tem orientado a indicação terapêutica, mas que, posteriormente, não são feitas análises epidemiológicas do conjunto das informações obtidas por este indicador.

Não foram encontrados, também, registros na Secretaria Estadual de Saúde, em que se observe a utilização deste indicador como ferramenta para planejamento das políticas de saúde voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas.

5.3.2. MORTALIDADE

Historicamente, os registros de óbitos tem uma forte ligação com os rituais religiosos e, por este motivo, são limitados no que se refere aos dados objetivos das pessoas, pois preocupavam-se mais com o cerimonial religioso em detrimento das demais informações. Embora tenham se constituído em importante fonte de informação, o seu uso em saúde pública ficava limitado, pois o mesmo somente registrava os óbitos dos católicos mais abastados, deixando a grande maioria das ocorrências fora da oficialidade.

A grande peste, que assolou a Europa em meados do século XVI, muda esta realidade, pois os britânicos começaram a exigir das paróquias listas periódicas das ocorrências para fins de controle e vigilância epidemiológica da peste. Inicia-se os estudos sobre mortalidade, que gradativamente crescem em importância, transformando-se ao longo dos séculos em ferramenta indispensável para o planejamento e avaliação em saúde.

A padronização dos dados no Brasil, no entanto, só ocorre durante o

regime militar nos anos 1975 e 1976, quando o Ministério da Saúde promove, em Brasília, uma reunião com o objetivo de implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica em nível nacional (Brasil,1996:5).

Juridicamente, o registro constitui-se como prova do desaparecimento do indivíduo, para todos os efeitos legais decorrentes e, do ponto de vista de saúde pública, como um valioso instrumento de vigilância epidemiológica.

Em 1975, com a supervisão do Ministério da Saúde, Santa Catarina desenvolveu um projeto piloto de padronização e organização do sistema de registros de óbitos , sendo que a partir desta data, gradativamente, o Estado cresce em organização e confiabilidade dos dados .

Porém, é a partir da década de 90 que ocorre a informatização do sistema e o Estado passa a assumir, então, a responsabilidade de gerar estas informações, anteriormente de competência do Ministério da Saúde (Brasil, 1996:7).

O sistema desenvolvido para gerar as bases de dados sobre mortalidade, denominado Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM, é a principal fonte oficial sobre óbitos no país.

O envolvimento dos municípios neste sistema, como responsáveis pela qualificação dos dados, é mais recente, resultante da aplicabilidade da NOB/96, em direção à descentralização das ações de saúde.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) codifica todas as declarações de óbito emitidas no Estado, segundo as normas da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -CID-10 .

O Ministério da Saúde, baseado em série histórica, tem adotado como coeficiente de mortalidade geral para o Brasil 6 óbitos por mil habitantes por ano. Em Santa Catarina, o coeficiente encontrado é de 5,31 óbitos por mil habitantes ano.Os municípios que atingem 90% do coeficiente geral de mortalidade esperado para o Estado têm um bom sistema de registro, 80% são regulares e abaixo deste percentual , ruins.

Santa Catarina tem hoje 293 municípios, dos quais aproximadamente 80% tem bom sistema de registro.

A responsabilidade de gerar as informações sobre óbitos são compartilhadas entre os 600 cartórios de registro civil do Estado, as Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria Estadual . As rotinas, normas e o fluxo destas informações são definidas pela Secretaria de Estado da Saúde -SES.

Segundo a SES, o sub-registro de óbitos e a proporção de causas mal definidas não têm um comportamento homogêneo em todas as Regionais de Saúde do Estado e podem influenciar o cálculo dos coeficientes de mortalidade por grupos de causas.

O desconhecimento da causa morte, em grande proporção, interfere significativamente nas análises epidemiológicas, alterando o padrão de mortalidade e levando a falsas conclusões. Os resultados, portanto, devem ser interpretados levando em consideração estas limitações.

Estima-se, também, que menos de 1% dos óbitos ocorram fora do território catarinense.

A busca constante na melhoria da qualificação dos dados é feita pela Secretaria de Estado da Saúde .

Periodicamente os municípios são capacitados e, desde 1985, confronta-se os dados das declarações de óbitos com as informações veiculadas nos meios de comunicação, principalmente o jornal. Existem, no Estado, dois Serviços de Verificação de Óbito- SVO-. Um no Hospital Infantil em Florianópolis e o outro na Prefeitura Municipal de Criciúma.

Tem-se utilizado como indicador para avaliação da qualidade dos serviços de saúde a proporção dos óbitos classificados como “mal definidos”.

Em SC , se “mal definidas” fossem incluídas no ordenamento como um grupo, este ocuparia o 3º lugar entre as causas de óbito em 1996, representando 15,6 % do total. Em 2000, passaria para a 4ª posição com 12,8% dos óbitos

Atribui-se a proporção de óbitos por causas mal definidas à ocorrência de dois problemas: o preenchimento incorreto ou omissivo da Declaração de Óbito e as mortes “sem assistência médica” (Peixoto, 2000).

Segundo mesmo estudo, a grande parte dos óbitos por causa mal definida, recebem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte. Ao

registrar este óbito, no entanto, os declarantes e/ou familiares não sabiam informar a causa básica do óbito, atribuição específica do profissional médico.

Identificou-se que a proporção de óbitos por causas mal definidas não tem um comportamento uniforme em todas as regionais de saúde do Estado. Chama a atenção as Regionais de Mafra, Rio do Sul, Joinville e Araranguá, onde os percentuais ultrapassam os 20 %. No caso da Regional de Mafra, estes percentuais representam aproximadamente 1/3 do total de óbitos (Peixoto, 2000).

Embora se possa encontrar razões para explicar estes dados, torna-se muito difícil planejar ações e serviços baseados somente em mortalidade.

Um importante dado para que a análise da mortalidade por grupo de causa retrate melhor a realidade, é a identificação do grupo da população em que ocorre um número maior de óbitos por causas mal definidas .

Observa-se que 68,3% do total de mortes por causas mal definidas foram registradas como “sem assistência médica” e estavam concentradas na faixa etária de 65 anos e mais. O conhecimento desta informação reflete, em certa medida, a pouca importância epidemiológica dada a este grupo populacional (Peixoto, 2000).

Para este estudo, as informações sobre mortalidade serão levantadas com o objetivo de evidenciar o perfil da mortalidade por câncer de colo uterino e de mama no Estado de Santa Catarina.

Pretende-se com este estudo conhecer as principais tendências que vêm sendo observadas e servir de subsídio para o processo de planejamento e avaliação em saúde.

Para estudar as variações ocorridas no perfil da mortalidade, optou-se por trabalhar com dois indicadores: mortalidade proporcional, que permite avaliar a importância relativa, isto é, a participação percentual do grupo das neoplasias em relação ao total de óbitos por causas definidas e o coeficiente de mortalidade, que estima o risco de morrer por câncer de colo de útero e de mama, de uma população específica, em Santa Catarina e por Macro regiões de Saúde do Estado.

O ano base para análise é 2000, acrescido de dados relativos ao período 1979 a 2000 para facilitar a compreensão e enriquecer a análise.

5.3.2.1. COEFICIENTE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR TODOS OS TIPOS DE NEOPLASIAS EM SANTA CATARINA.

A Tabela nº 6, apresenta a mortalidade proporcional por todas as neoplasias com os percentuais calculados sobre o total de causas definidas (excluindo-se do total as causas mal definidas).

Em apenas 20 anos, o total de óbitos passou dos 11,7% (1979) para 17,8% (2000) , registrando um acréscimo significativo neste curto período.

Tabela nº 6 Mortalidade Proporcional por Neoplasias SC, 1979 a 2000

Ano	Total de óbitos	Óbitos causas mal definidas	Óbitos causas definidas	Óbitos por Neoplasias	Mortalidade proporcional
1979	18.821	3.973	14.848	1.736	11,7
1980	19.797	4.142	15.655	1.855	11,8
1981	19.311	4.053	15.258	2.008	13,2
1982	18.745	3.652	15.093	2.019	13,4
1983	20.184	3.918	16.266	2.160	13,3
1984	20.698	4.113	16.585	2.187	13,2
1985	20.347	3.756	16.591	2.353	14,2
1986	21.518	3.885	17.633	2.500	14,2
1987	22.014	4.047	17.967	2.548	14,2
1988	23.456	3.746	19.710	2.825	14,3
1989	22.930	3.677	19.253	2.927	15,2
1990	23.688	4.069	19.619	2.789	14,2
1991	23.019	3.573	19.446	3.008	15,5
1992	23.667	3.363	20.304	3.323	16,4
1993	24.995	3.660	21.335	3.251	15,2
1994	25.339	3.734	21.605	3.494	16,2
1995	26.482	3.989	22.493	3.559	15,8
1996	27.886	4.255	23.631	3.646	15,4
1997	27.007	3.683	23.324	3.832	16,4
1998	27.667	3.927	23.740	3.987	16,8
1999	27.862	3.618	24.244	4.198	17,3
2000	28.393	3.558	24.835	4.419	17,8

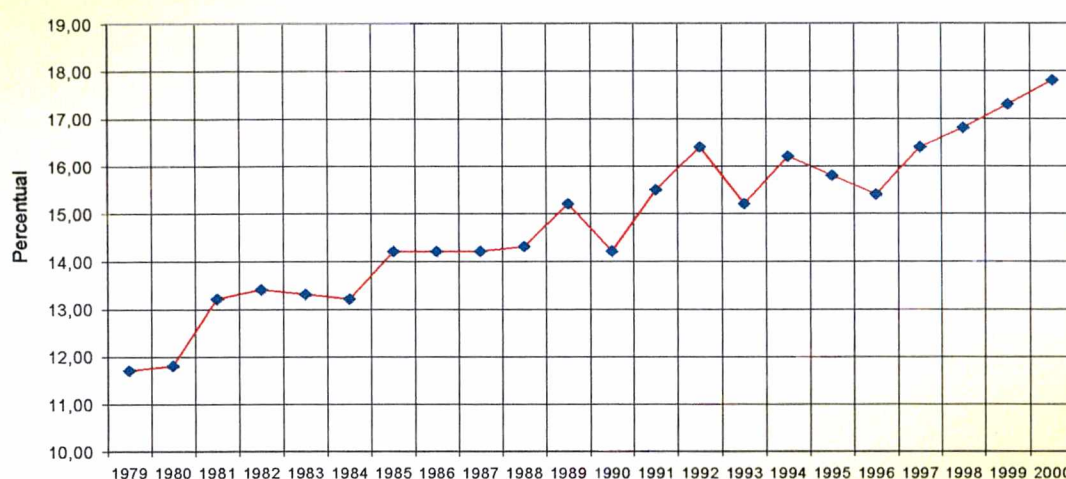
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, SC

As taxas mais elevadas podem significar: uma melhoria no sistema de informações sobre mortalidade, qualificando melhor os dados sobre os ocorrências; o processo de envelhecimento da população, com o aumento da expectativa de

vida e conseqüentemente das doenças crônico-degenerativas; o intenso processo de urbanização, ocorrido no país nos últimos anos; as mudanças de comportamento; as alterações dos hábitos alimentares e sociais e a exposição contínua a fatores de risco ambientais e ocupacionais responsáveis pela carcinogênese (Brasil, 1999).

A análise desta série temporal, mostrada no Gráfico 4 , permite-nos inferir que é crescente a mortalidade por neoplasias malignas no Estado de Santa Catarina.

Gráfico nº 4 – Mortalidade Proporcional por neoplasias malignas, SC 1979 à 2000.



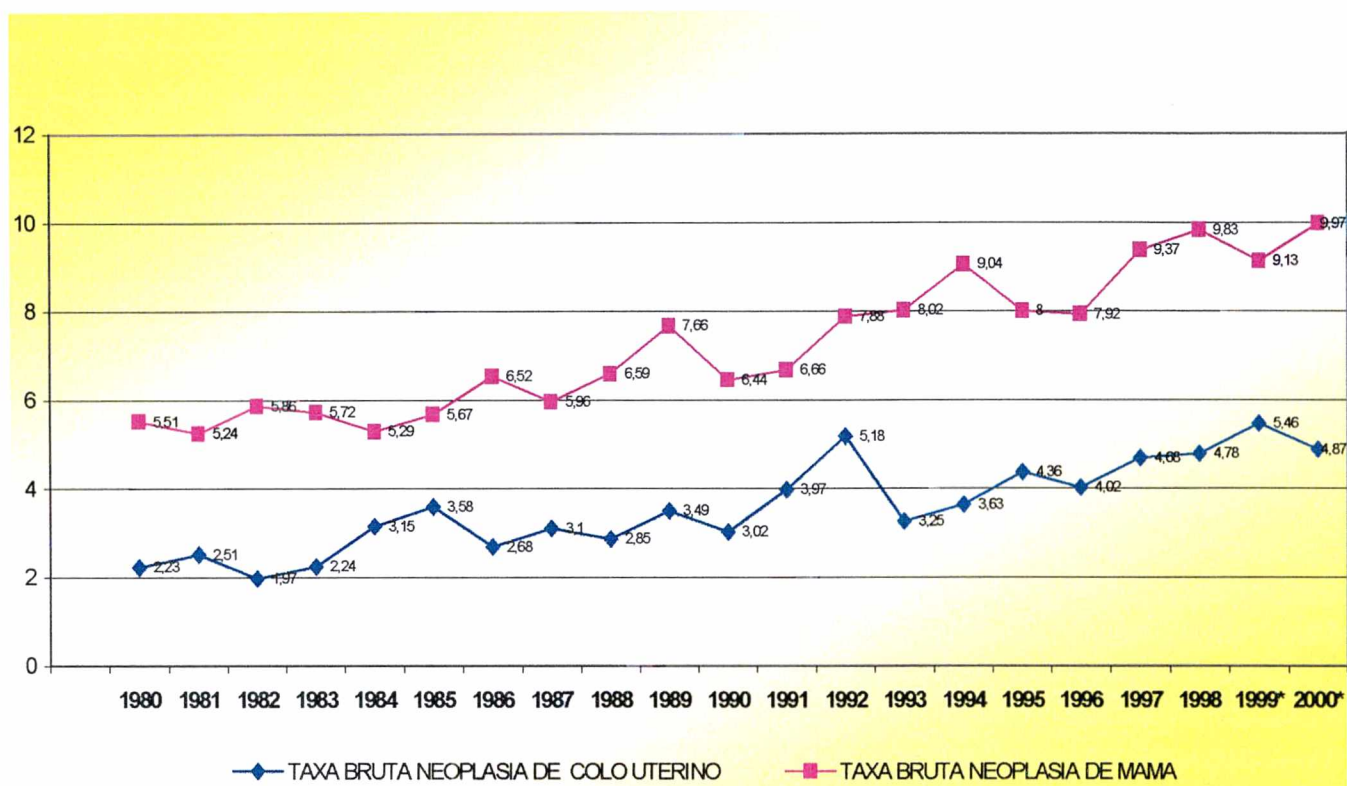
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, SC

5.3.2.2. COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR 100 000 PARA O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA, EM SANTA CATARINA.

O Gráfico nº 5 mostra os coeficientes de mortalidade por 100.000 habitantes residentes em Santa Catarina e a variação percentual no período, a fim de que se possa avaliar a magnitude da redução ou aumento do risco de morrer por câncer de colo uterino e de mama.

Santa Catarina apresenta um coeficiente de mortalidade por câncer de colo de útero e mama em crescimento ao longo dos últimos vinte anos, conforme Gráfico nº 5, sugerindo maiores questionamentos sobre a efetividade dos programas de *screening* e das práticas terapêuticas adotadas em diferentes cenários.

Gráfico nº 5 - Coeficiente de mortalidade por 100.000 para câncer do colo do útero e mama, SC, 1980 a 2000.



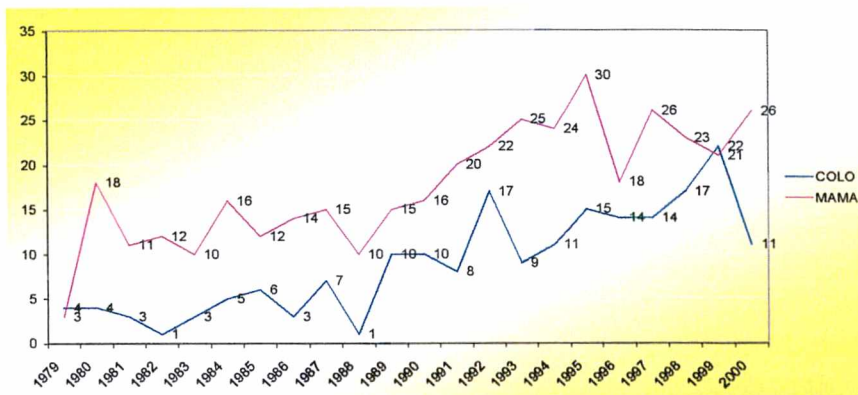
Fonte de.: Sistema Informações sobre mortalidade. SC

Pode-se observar uma tendência de crescimento da mortalidade em todas as Macrorregionais de saúde, merecendo estudo mais específico.

Observa-se ainda que o risco de morrer por câncer difere entre as Macrorregionais de Saúde, sendo que estas informações podem ser utilizadas para determinar áreas onde o problema é mais relevante, reorientando assim as práticas adotadas.

5.3.2.3. COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR 100.000 PARA CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E MAMA, POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE, SC, 1980/2000

Gráfico nº 6
Macrorregião do
Extremo Oeste



Fonte: SIM – SC

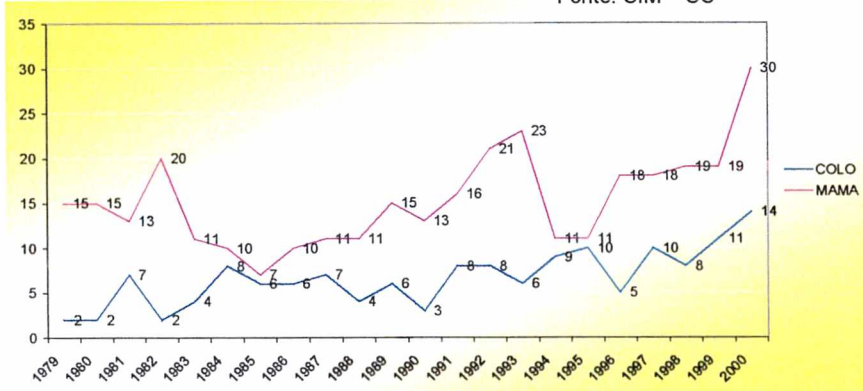
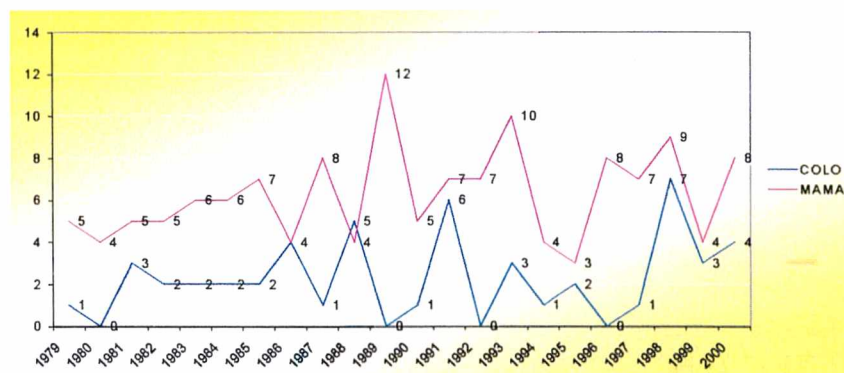


Gráfico nº 7
Macrorregião do
Meio Oeste

Fonte: SIM – SC



Fonte: SIM – SC

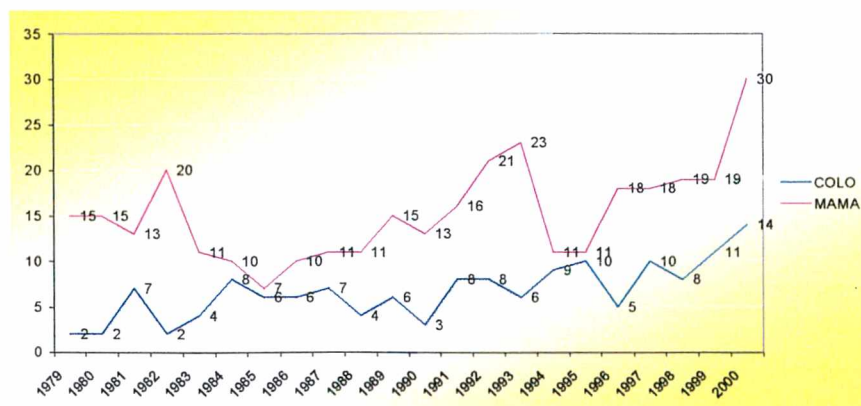
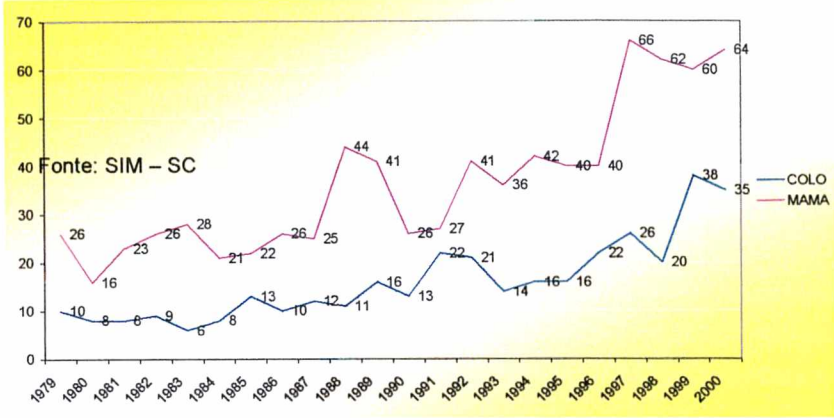


Gráfico nº 9
Macrorregião do
Nordeste

Fonte: SIM – SC

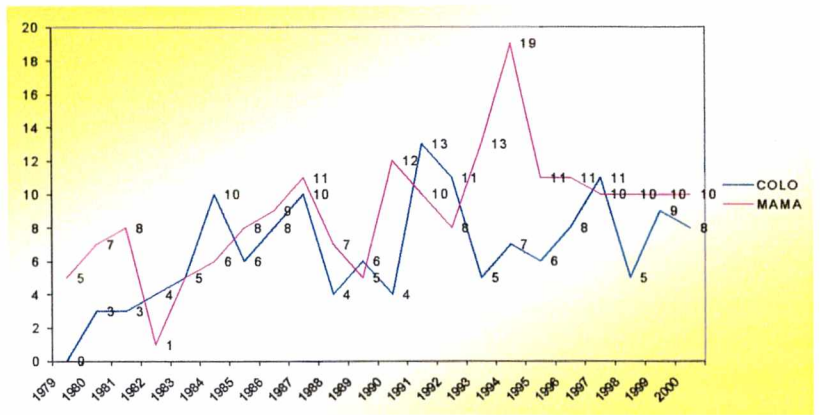
COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR 100.000 PARA CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E MAMA, POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE, SC, 1980/2000



Fonte: SIM - SC

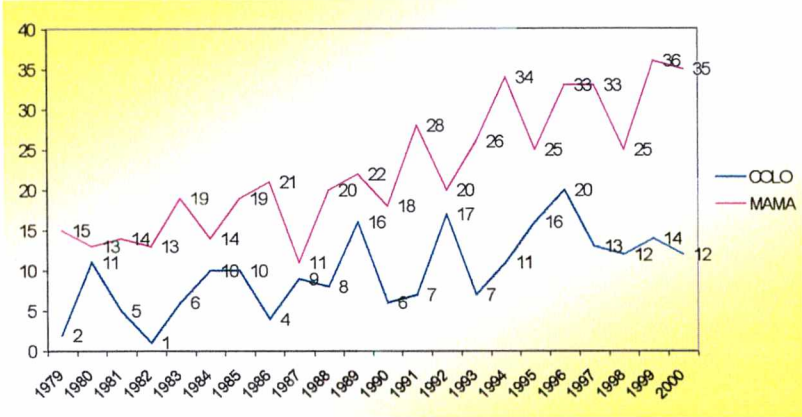
Gráfico nº 10
Macrorregião do Vale do Itajaí

Fonte: SIM - SC



Fonte: SIM - SC

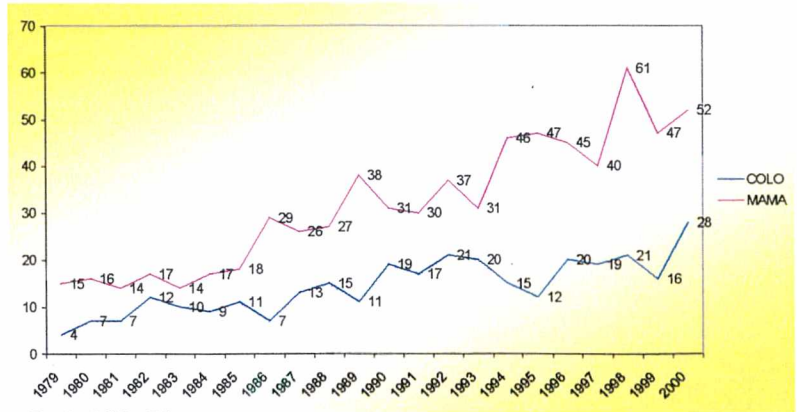
Gráfico nº 11
Macrorregião do Planalto Serrano



Fonte: SIM - SC

Gráfico nº 12
Macrorregião do Sul

Gráfico nº 13
Macrorregião de Florianópolis



Fonte: SIM - SC

O aumento temporal de óbitos observado por neoplasias do colo de útero e de mama é um indicativo do estágio de desenvolvimento do país e das dificuldades que o Programa Viva Mulher precisa enfrentar.

Os efeitos possíveis de uma mudança no quadro de mortalidade a partir das ações desenvolvidas pelo Programa Viva Mulher só serão captados numa série histórica mais longa.

Tendo em vista a grande dificuldade na produção de informações sobre incidência e prevalência de câncer georreferenciadas em Santa Catarina, os dados sobre mortalidade tornam-se a principal fonte de informação para se conhecer as tendências e os padrões de distribuição de câncer .

A criação de bancos de dados sobre registros hospitalares e de base populacional sobre câncer contribuiriam para o melhor conhecimento e controle do câncer no Estado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama em Santa Catarina verificamos que, embora uma proposição - criação teórica - possa apresentar-se pronta e bem acabada, em relação à articulação de princípios éticos e políticos, ou mesmo de princípios técnicos, ela também pode mostrar a insuficiência, os limites e as impropriedades para concretizar-se política e tecnicamente como o previsto.

Os indicadores utilizados para a avaliação de estrutura, processo e resultado, embora limitados em sua abrangência, nos facilitaram a compreensão do referido Programa e nos revelaram os acertos e dificuldades pelos quais o mesmo passa, na tentativa de se estabelecer enquanto tecnologia apropriada para enfrentar questões relacionadas às neoplasias do colo do útero e da mama.

Identificou-se, durante a pesquisa, que os indicadores propostos para a avaliação da estrutura e dos processos necessários ao desenvolvimentos das ações preconizadas pelo Programa Viva Mulher estão abaixo dos padrões esperados e distribuem-se de forma desigual pelo Estado.

O perfil da oferta dos serviços de saúde, relacionados às neoplasias analisadas, em boa medida expressa os arranjos políticos constituídos pelas relações entre o Estado e os atores políticos, cujas demandas, no processo de formulações de políticas, têm graus diferentes de acesso ao Estado.

Neste sentido, pode-se observar que a estrutura de serviços voltada à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo de útero e da mama, no Estado de Santa Catarina, concentra-se no litoral do Estado, onde historicamente o poder político se localiza.

Identificou-se que ainda estamos distantes da reorganização do sistema como um todo, a partir das necessidades das populações de cada região do Estado.

Embora os dias atuais tragam avanços na legislação em direção à descentralização da assistência, os desafios para concretizá-la ainda são enormes.

Se por um lado a reflexão em torno da organização dos serviços de saúde se articula à leitura dos condicionamentos mais gerais implicados na análise da intervenção do Estado no campo social, por outro, é preciso compreender os traços peculiares da política de saúde, a dinâmica interna do sistema de saúde e a ação dos atores, relevantes ao processo de decisão governamental na área e suas estratégias de formulação e o encaminhamento de suas demandas.

Os acertos e desacertos em abordar esta questão nos apontam para a necessidade de rever as suas práticas, de tornar-se alvo da avaliação intersubjetiva de seus agentes e participantes.

A mudança na organização do sistema de saúde ocorrida nas últimas décadas, tem incorporado progressivamente, através de resoluções e programas, parcelas novas da população ao sistema de saúde. Este aumento progressivo da clientela não trouxe consigo a ampliação proporcional dos investimentos do Estado na oferta de serviços, com implicações importantes ao estabelecimento do acesso universal à saúde como direito do cidadão.

Assim os impasses gerados pelas dificuldades da insuficiente estrutura de serviços têm dificultado o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama, retardando a concretização do direito universal à saúde e deixando claro a fragilidade existente entre a formulação teórica preconizada e a realidade dos serviços.

A estrutura de serviços existente para o atendimento às mulheres portadoras de neoplasias malignas de colo de útero e de mama, preconizada pelo Programa Viva Mulher, expressa os conflitos e a fragmentação do sistema de cuidados a saúde. Tal fenômeno tem sido recorrente. São necessárias coragem e lucidez para repensar esta distribuição dos serviços.

As usuárias têm tido um papel ativo na relação com a estrutura de serviços e o acesso a eles, uma vez que têm forjado seus próprios meios de buscar atendimento aos seus problemas de saúde.

Os sistemas de acolhimento e encaminhamento das pacientes que necessitam atendimento especializado, a partir de um diagnóstico de alteração no seu exame citopatológico ou da identificação de alterações em sua mama, tem

sido informal. Não se identificou durante a pesquisa um sistema de referência e contra-referência que assegure à mulher que necessita do serviço o acesso necessário. Na prática, as mulheres que dependem exclusivamente do SUS para realizar seus exames preventivos e especializados para os cânceres analisados nesta pesquisa, algo em torno de 94% conforme estimativas do INCA (Brasil 2001) enfrentam dificuldades. A montagem do seu “*menu*” de serviços fica por sua conta e risco.

Embora não se tenha verificado entre as unidades de saúde que prestam assistência às mulheres-alvo do Programa Viva Mulher uma hierarquização real desses serviços que conformem um sistema de referência e contra referência formalmente articulado, partimos da premissa que as instituições de saúde, de acordo com o que ofertam em termos de ações, são criadas para funcionar e atender as patologias correspondentes a um determinado nível de atenção.

Um dos princípios básicos do atendimento hierarquizado e planejado dentro de uma visão sistêmica de modelo é a transparência quanto aos critérios de acesso.

Os mecanismos de encaminhamento de pacientes podem ser concebidos enquanto procedimentos técnicos e normativos que, diante da parcialização do cuidado médico, buscam imprimir uma dada racionalidade ao processo de produção da assistência à saúde. Neste momento é que o conflito tem se estabelecido. Se os mecanismos de recepção e encaminhamento das pacientes dentro do sistema de saúde não estão claramente definidos e pactuados pelos diferentes níveis de atenção e locais de atendimento, o acesso fica prejudicado, sendo necessário analisar os sujeitos sociais presentes na diversidade dos serviços, o confronto e a luta política entre tais sujeitos num contexto concreto. As múltiplas interferências parciais voltadas ao atendimento das pacientes têm gerado acumulações diferenciadas de poder e dificuldades no controle dos resultados de cada intervenção.

O Estado, segundo o que preconiza a legislação do SUS, é o mediador destes conflitos. Neste sentido o Estado tem falhado.

As minúcias deste processo nos revelam as dificuldades do cotidiano das instituições e das pacientes que têm buscado os serviços.

O delicado momento de responder a uma demanda, quer seja com um "aguarde um momento", "não podemos atendê-la pois não somos responsáveis por tal serviço", "o teto financeiro disponível para a prefeitura não cobre estas ações" ou "a senhora não é do nosso município", "não temos vaga", "procure outro serviço", tornou-se revelador do quanto os órgãos públicos estão longe ou próximos do entendimento sobre as responsabilidades que as instituições têm em relação às pacientes e o quanto estão permeadas pela maior ou menor noção de sistema.

Os municípios, responsáveis primeiros pelo atendimento das mulheres-alvo do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama, têm, eventualmente, apresentado uma ótica de atomização em relação ao conjunto da sociedade. O pensar municipalista pode conter um risco perverso de negar os limites biogeográficos, técnica e epidemiologicamente definidos, substituindo-os por critérios administrativos, políticos e financeiros. O município é um constructo humano, uma formação política que se assenta sobre a formação geográfica. A saúde e o tratar dela não podem estar limitadas a divisões político-geográficas. Por isso as administrações das Secretarias Municipais de Saúde precisam preocupar-se com as regiões de fronteira entre municípios, com as migrações internas, com os fluxos de pacientes e de recursos entre uma unidade administrativa e outra. Em suma, o município, para as questões de saúde, não é um feudo, que nada tem a ver com seus vizinhos. As pactuações integradas, entre municípios, é a nova porta que se abre para propiciar o enfrentamento deste desafio.

A população é múltipla em suas demandas, diversa na sua composição social, rica na sua forma de se expressar. Torna-se portanto difícil falar de uma identidade das usuárias dos serviços de saúde. É difícil conceber um único projeto de assistência às mulheres que dê conta de toda esta heterogeneidade. Recomenda-se que o sistema mude de uma lógica de serviços para uma lógica de resultados de saúde. As crescentes taxas de mortalidade das neoplasias analisadas e o elevado percentual de mulheres com tumores em estágios

avançados são indicativos desta dificuldade de imprimir impacto significativo na redução destes percentuais.

• Vários são os critérios adotados pela população em relação ao que a faz procurar um determinado serviço de saúde. A proximidade parece ter um papel importante na busca de um serviço, mas não parece ter sido a definidora (Minayo, 1988, p. 106).

Em nossa pesquisa constatou-se que a qualidade do atendimento e a identificação da clientela com o serviço, a especificidade do agravo e a tendência à busca de um serviço especializado têm tido maior peso na procura da assistência.

Neste sentido, a concepção da complexidade crescente dos serviços tem sido compreendida pela população. As exigências no sentido de que todo o município tenha auto-suficiência em todos os serviços parece ter sido compreendida. Há no entanto uma dificuldade de interação entre as instituições que trabalham nos diferentes níveis de atenção. Há uma maior tendência ao atomismo do que ao sistemismo.

No contato com usuárias dos serviços de prevenção do câncer do colo de útero e de mama, colhemos impressões como:

“Não me incomodo em ter que me deslocar, viajar, sair da minha cidade, quando preciso, se eu for bem atendida eu vou (usuária)”.

Pareceu-nos pelos depoimentos colhidos durante a pesquisa que a população identifica dois grandes níveis de atenção: o nível ambulatorial e o nível hospitalar, com diferenças muito nítidas na relação acesso e utilização das ações e serviços ofertados.

No nível ambulatorial predominam as dificuldades no atendimento, a desinformação, os entraves burocráticos, as longas filas, a demora no atendimento, a precariedade na atenção, enfim, uma limitação do exercício da sua cidadania.

Os ambulatórios não têm conseguido exercer o seu papel de referência técnica especializada para a rede básica. Os serviços ambulatoriais, muitas vezes,

ficam como peças soltas dentro do sistema, na medida em que sua articulação tanto com a rede de serviços básicos, como com o hospital é mal equacionada.

No nível hospitalar verifica-se uma situação em que a baixa resolutividade das instituições de atenção primária e secundária tem gerado uma sobrecarga de atendimento e um desvirtuamento das suas reais finalidades, dentro de um modelo de complexidade crescente onde ele se situaria no topo.

A população reconhece o hospital como o espaço técnico mais sofisticado e com melhor qualidade no serviço prestado. Há uma fé na mágica atuação do hospital, que precisa ser enfrentada, uma vez que ele não consegue isoladamente imprimir impacto significativo nos indicadores de saúde da população.

Nesta medida, a concepção do sistema como uma pirâmide simbolizando a complexidade crescente na rede de assistência está muito distante da realidade. O Fluxograma proposto pelo Programa Viva Mulher, inspirado nesta concepção, tem dificuldade de se firmar enquanto proposta de modelo de assistência.

Repensar o sistema de saúde na ótica da complexidade crescente, implica, entre outras coisas, uma verdadeira mudança nos processos de trabalho dos serviços especializados, aliada à construção de uma nova ética de atuação nas unidades de saúde que compõem a rede básica de serviços.

Os centros de saúde têm dificuldades em assumir a promoção e vigilância à saúde. Têm dificuldades em assumir a responsabilidade pela população na sua área de cobertura. Não conseguem dar respostas às demandas, por encaminhamentos, às especialidades.

E esta não tem sido uma tarefa fácil, conquanto não impossível.

O centro de saúde deveria funcionar como articulador competente do acesso das pessoas a recursos tecnológicos mais complexos em outros pontos do sistema, devendo por outro lado organizar-se para dar acolhida a todas as pessoas.

Freqüentemente ótimos programas, em sua concepção, como é o caso do Programa Viva Mulher, encontram dificuldades em se firmar, pois o atual modo

de funcionamento do sistema de saúde não propicia a viabilização dos próprios objetivos para o qual foi criado.

Como síntese das considerações feitas a respeito das explicações que podem ser creditadas à forma como tem sido pensado o modelo assistencial, observa-se que temos insistido em defender determinadas missões para os

serviços localizados nos vários níveis da assistência que não guardam relação com a realidade.

É preciso elevar o conceito do sistema do nível teórico para o prático. Não se trata necessariamente de defender um o outro modelo como o ideal, mas de assegurar que, independentemente da forma de se organizar, a integralidade da assistência seja assegurada.

A situação epidemiológica de cada município e região deveria nortear a tecnologia a ser utilizada. As taxas de morbimortalidade é que deveriam ser o referencial para a escolha da estratégia.

Os vários Brasis exigem de nós várias tecnologias.

A meu ver, a Epidemiologia possui os ingredientes necessários para se converter numa linguagem comum para clínicos e sanitaristas, de um lado, e gestores dos serviços de saúde por outro.

A qualidade na atenção à saúde da mulher passa pela descentralização dos serviços e pela implementação responsável daquelas diretrizes que foram propostas no início da história do SUS e que continuamos buscando.

Para o enfrentamento das neoplasias, em especial no que refere aos cânceres de colo de útero e de mama, esta realidade é infelizmente o desafio a ser vencido para que os indicadores de estadiamento e as taxas de mortalidade possam alterar-se positivamente.

A correção das distorções e o enfrentamento deste grave problema de saúde pública requer o envolvimento efetivo das diferentes instituições voltadas à promoção da saúde, principalmente as públicas, e a tomada de decisões concretas que possibilitem alcançar os objetivos traçados pelo Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama.

Recomenda-se que o sistema mude de uma lógica de serviços para uma lógica de resultados de saúde.

O modelo assistencial precisa avançar. E nós profissionais de saúde temos um papel importante na articulação deste modelo.

Os mecanismos para a consolidação do sistema de saúde e em especial do Programa Viva Mulher passam necessariamente pela revisão dos pactos dos diferentes gestores do SUS, das parcerias com a iniciativa privada e da

priorização do problema. Faz-se necessário empenhar-se na gestão, ainda que isto pressuponha, inevitavelmente, se expor e cometer alguns erros. Mas não fazê-lo implica abandonar grande parte das possibilidades de atuação.

Não é somente um projeto técnico gerencial mas o projeto da civilização humana, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA Filho, N. de. (Org.). **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1998.

ALMEIDA Filho, N. de.; PAIM, J. S. **Contribuição à crítica da abordagem sistêmica em saúde**. cap. 2. In: **Introdução à Crítica do Planejamento de Saúde – Universidade Federal da Bahia – Bahia**. 1982.

ALVES, V. A. F.; LIMA, M. A. N.; UTAGAWA, M.L.; MAEDA, M.Y.S.- **Programa de Controle de Qualidade em Citoiologia Ginecológica do Instituto Adolfo Lutz: estratégias e análise crítica dos resultados de sua implantação piloto**. Rev.Ass.Méd.Brasil., 37-41, 1991.

ARAÚJO, J.D. **Polarização epidemiológica no Brasil. Informe Epidemiológico do SUS**. I(2):5-16, 1992.

AZEVEDO, AC de. **Avaliação de desempenho de serviços de saúde**. Revista de Saúde Pública. São Paulo: 1991, 25:64-71.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. **Mudanças em Padrões de Morbimortalidade: Conceitos e Métodos**. In: Monteiro, C.A. (1995). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Ed. HUCITEC / NUPENS/USP. 1995.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. Tradução de Francisco M. Guimarães. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1977. p. 287.

BERQUÓ E. **Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil**. In: **Velhice e Sociedade**. Campinas SP: Papirus, 1999. p. 232.).

BRASIL, Ministério da Saúde- Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde. Mortalidade Brasil, 1992**. 1ª. ed. Brasília: CENEPI. Fundação Nacional de Saúde. 1996. 560p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Coordenação Nacional. **Programa nacional de combate ao câncer do colo uterino: a estratégia brasileira**. Rio de Janeiro: 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999. p. 3-43 e 255-269.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. 2000 a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2000 b., p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev). **Falando sobre o câncer de mama.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev). **Falando sobre o câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Avaliação de Programas de Controle do Câncer.** [Mimeo] Rio de Janeiro: INCA, 2000 e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2001. p. 34

CHAIMOWICZ, F. **Transição epidemiológica.** A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do Séc. XXI: Problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2): 1997, p. 184-200.

COELHO, A. R. **O Urbano e o Sanitário na Globalização:** estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis, SC. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

DOLL, R. **The epidemiology of câncer.** *CANCER*, 1980. 45: p. 2475-85.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica.** Definición y métodos de evaluación. The University of Michigan: EUA. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S. A. 1984 – Paseo de las Facultades 26, Capilco – Universidad,

EIFEL, P. J.; BERER, J. S.; THIPAN, J. T. **Cancer of the cervix, vagina, and vulva.** In: DE VITA, V. T. Jr.; HELLMAN, S.; ROSEMBERG, S. A. *Cancer: Principles i Practice of oncology.* 5 ed. Philadelphia: Lippincott – Raven, 1997. p. 1433-1447.

EISNER, R. F.; CASEY, A. C.; BEREK, J.S.; WALKER, D. L. **Cervix, vagina, and vulva**. In: ABELOFF M. O.; ARMITAGE J. O.; LICHTER A. S.; NIEDERHUBER J. E. – *Clinical Oncology*. 1 ed. Churchill Livingstone: 1995. p. 1527.

ELUF-NETO,J; BOOTH,M; MUNÓZ,N; BOSCH,F.X.; MEIJER,C.I.L.M.; WALBOOMERS,J.M.M.- **Human papillomavírus and invasive cervical cancer in Brasil**. Br.J.Cancer 69:114-119, 1994.

FIORI, J. L. Introdução. In: GUIMARÃES, R. (Org.) **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FRENK, J.; DONABEDIAN, A. **State intervention in medical care: types, trends and variables, health policy and planning**. 1987. 2: p. 17-31.

GARCIA, R. (1994): **Interdisciplinarietà y Sistemas Complexos**. In: LEFF, E. (Org.) (1994): *Ciências Sociais y Formación Ambiental*. Barcelona: Gedisa Editorial, pp. 85-124.

GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996. **Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Rio de Janeiro: dezembro. 1996.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama, 2000**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer/tipos/mama.html>>. Acesso em: mar. 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil-2000**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estiativa2000/estimativas.html>>. Acesso em: mar. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000, 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/consulta.php?uf=42>>. Acesso em: fev. 2001.

KOSS,L.G. , **The Papanicolaou Test for Cervical Cancer Detection- A triumph and a Tragedy**. JAMA, 261:737-743, 1989.

LEONETTI, R. L. M. **Avaliação da fase de intensificação do programa nacional do combate ao câncer de colo uterino em Santa Catarina.** Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas UFSC 2000.

MALIK, A. M., e SCHIESARI, L.M.C.. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde.** Vol. 3, São Paulo:FSP/USP, 1998.

MATURIDADE. Câncer de mama, 1998. Disponível em: <<http://www.maturidade.com.br/saude/mama.htm>>. Acesso em: jan. 1999.

MENDONÇA, G. A. e S.; TEIXEIRA, M. T. B. Epidemiologia do câncer no Brasil. In: LESSA, I. – **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998. Cap. 10. p. 155-180.

METTLIN, C., **Global Breast Câncer Mortality Statistics.** CA Cancer Journal Clinical 1999; 49:138-144.

MINAYO, M. C. de S. – **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996. _____ *

MIZIARA, E.F. **Citomedia.** Introdução. Disponível em: <<http://citomedia.org.br>>. Acesso em: 05 março 2002.

MS/INCA/Pro-Onco. **Consenso, periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino;** Rio de Janeiro, 1988.

National Cancer Institute . **Câncer Facts.** Questions and Answers About Screening Mamograms, 2000. Disponível em: <<http://www.cancernet.gov>>. Acesso em: 08/04/02.

OMRAN, A. (1971). The Epidemiologic Transition: **A theory of the epidemiology of population change.** *Milbank Quarterly.* 1971. 49: p. 509-538.

PACIORNK, M. **Aprenda a nascer e a viver com os índios: parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena.** Rio de Janeiro.Record: Rosa dos tempos, 1997. p. 144.

PAIM, J. S.; ALMEIDA Filho, N. (2000). **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade.

PARKIN, D.M.Epidemiology of câncer: global patterns and trends. *Toxicol Lett* 1998. 102:227-34.

PARKIN, D.M.; WHELAN, SL, FERLAY, J, et al: **Cancer Incidence in Five Continents** Vol. VII, IARC Scientific Publication no. 143, Lyon, 1997.

PARKIN, D. M.; PISANI, P.; FERLAY, Y. Global cancer stadies. **CA Câncer Journal Clinical**, v. 49:33-144, 1999. Disponível em: <http://cancer.org/eprise/main/docroot/PUB/content/PUB_3_8x_Global_Cancer_statistics>. Acesso em: 29 maio 2002.

PEIXOTO, H.C.G., **Análise da Mortalidade em Santa Catarina, 2000**. <<http://www.saúde.sc.gov.br>>. Acessado em fev.2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teórica e prática**. Cap. 8. Guanabara Koogan, 1999. p. 161.

PIMENTA, A. de L. (ORG). **Saúde e humanização: a experiência de Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2000 – (Saúde em Jeback, 135).

PRATA,PR, A transição epidemiológica no Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8(2):168-75.

RICE D. P. & HODGSON, T.A. Incidences sociales et economiques du cancer aux États-Unids d'Amérique. **Wordl Health Stat**.1980. Apud Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA 1999.

ROSSETTO, S.; GIORDANI, T.; IOP, R. **Diagnóstico de viabilidades para Implantação de instituição hospitalar**. Chapecó: Cooperalfa/CES/FUNDESTE, 1979.

ROYALGARICUS. **Câncer de mama, 1999**. Disponível em: <<http://www.royalgaricus.com.br/cancer/mama.htm>>. Acesso em: fev. 1999.

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, M. **Técnica espaço tempo: globalização e meio técnico-científico informacional**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SBOC-SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA – **Projeto câncer no Brasil**, [s.l.], 2000. 267 p.

SEGURA, A. (ORG). **Avaliação epidemiológica do efeito das intervenções sanitárias**. In: **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**.Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1998. Cap. 1. Pg. 15.

SERRANO, A.I., **Transição Epidemiológica e Mortalidade Auto-Infligida: O Caso de Santa Catarina**. In: <[http://ccs.univali.br/~medicina/forum clinico/trabalhos/Alan](http://ccs.univali.br/~medicina/forum_clinico/trabalhos/Alan)>. Acessado em: abril 2002.

SES. Governo de Santa Catarina. Secretaria da Saúde. 2000. Disponível em: <<http://www.2000.19.222.2/>> . Acesso em: fev 2000.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. **Avaliação em Saúde: limites e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan/março, 1994, p. 80-91.

TANAKA, O. Y. Políticas de Saúde: Estrutura e Avaliação dos Serviços. In: **Anais do I Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal.** Série ISMCA. nº 3, São Paulo, 1994.

TARRIDE, M.I., **Saúde Pública: Uma Complexidade Anunciada.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.p.43-84.

VIEIRA, M. G. E. D.; PEREIRA, R. M. F. A. (1997). Formações Sócio-Espaciais Catarinenses: Notas Preliminares. In: **Anais do Congresso de História e Geografia de Santa Catarina.** Florianópolis: CAPES/MEC.

WALDMAN, E. A. (2000). A Transição Epidemiológica: Tendências e Diferenciais dos Padrões de Morbimortalidade em Diferentes Regiões do Mundo. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, ano 24 v. 24 n. 1 jan./fev.2000.

United Nations. World population Prospect. The revision. 1999

WERNECK, A. (1997). Modalidade de gestão dos sistemas de saúde. In: **Revista TEMA-/FIOCRUZ,** 15, Outubro/97.

8. ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO APLICADO DURANTE O TREINAMENTO DE GERENCIAMENTO DO PROGRAMA VIVA MULHER NO ANO DE 2000.

1-Dados sobre a estrutura municipal :

Nome do Município, regional de saúde.

Número de clientela alvo.

Número de postos de saúde no município.

Número de postos de saúde que realizam coleta de material.

Qual a categoria profissional da pessoa(s) que fazem coleta.

Já realizaram treinamento específico, onde?

Necessitam de treinamento? Para quantos? Em que lugar?

A existência de laboratórios que realizam ou poderiam realizar a leitura das lâminas;

A existência de médicos ginecologistas e/ou outra especialidade que tratam de patologias como as DSTs e as identificadas no exame preventivo (excetuando os CA);

Para onde enviam as colposcopias;

Para onde enviam as biópsias que se fazem necessárias Para onde enviam as CAF;

Sobre a coleta:

Qual o volume de coletas efetuadas?

Aonde são lidas as lâminas? (município - laboratório)

De quanto em quanto tempo são enviadas as lâminas para leitura?

Qual o tempo médio para a obtenção dos resultados?

Depois da obtenção dos resultados quem entrega as pacientes o mesmo ?

No caso de apresentarem alguma alteração, qual é o encaminhamento ?

1- Para pacientes com até o grau II ?

2- Para pacientes com grau III (NIC I)?

3- Para pacientes/com grau III(NIC II - III)

4- Demais resultados (responder se tiver relatos importantes e significativos).

Sobre rede apoio existentes no município

Existência de rede feminina de combate ao câncer;

Outra instituição que realiza campanhas e ou preste atendimento na área;

Grupos de apoio- pastorais, grupos de idosos, grupo de mulheres organizadas, clube de mães, escolas femininas e ou mistas.

Sobre o faturamento dos serviços

- Município está cadastrado para informar a produção de coletas?
- O valor pago a rede privada de laboratórios, quando utilizada é o mesmo da tabela dos SUS?
- No caso de ser diferente o valor pago, qual é?
- Qual entendimento de como se pode usar os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, para cobrir despesas com o Programa?
- Alguma vez houve discussão sobre a distribuição destes recursos?

Obs.: As informações e perguntas relacionadas devem ser respondidas pelos coordenadores municipais e regionais do Programa.

DIAGNOSTICANDO O FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO E REGIÃO

PREENCHER DE ACORDO COM A REALIZADA VIVENCIADA EM CADA MUNICÍPIO

DIAGNÓSTICO	ENCAMINHAMENTO
ASCUS, AGUS, HPV, NIC I (se a paciente teve estes diagnósticos repetido, após 6 meses do primeiro diagnóstico)	
NIC II	
NIC III	
Carcinoma escamoso invasivo	
Adenocarcinoma in situ	
Adenocarcinoma invasivo	
Outras neoplasias malignas	
CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO	
Colposcopia	
Mamografia	
Biópsia de colo	
Biópsia de Mama	
CAF – Cirurgia de alta Frequência	
Cirurgias Mamárias	
Histectomia	
Mastectomia	
Quimioterapia	
Radioterapia	

Obs.: Todo trabalho deve ser realizado identificando o Município.

ANEXO II

DOU n° 196-E, Seção 1, pág. 53 e 54, de 14.10.98.

Portaria n° 3.535/GM Em, 02 de setembro de 1998(*)

Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de:

- a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas;
- b) estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes, e
- c) atualizar os critérios mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas Específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

Art. 2º Aprovar os parâmetros de casos novos anuais de câncer e de necessidade de serviços, na forma do Anexo II, que deverão servir para o planejamento de serviços da U.F.

Art. 3º Definir que compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com suas respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades pactuadas nas Comissões Intergestoras Bipartite, estabelecer os fluxos e referências para o atendimento a pacientes com câncer, com ênfase na prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Art. 4º Definir que os Centros de atendimento aos pacientes com câncer sejam vistoriados e avaliados no mínimo anualmente pela autoridade sanitária competente.

Art. 5º Determinar que a inobservância dos critérios mínimos estabelecidos nesta Portaria, bem como a falha na execução de medidas corretivas, implique na exclusão do Centro do cadastro do SUS, e na aplicação de medidas estipuladas pela autoridade sanitária competente.

Art. 6º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais.

Art. 7º Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios procedam ao recadastramento de todas os serviços, hospitais e Centros, incluídos no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer – SIPAC/Câncer, de acordo com o estabelecido nesta Portaria, no prazo de 06 (seis) meses, contados a partir da data da publicação desta.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria SAS/MS/Nº 170 de 17 de dezembro de 1993.

JOSÉ SERRA

(*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no D.O n° 169, de 03.09.98, Seção 1, página 75/77.

ANEXO I

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA

1 – DEFINIÇÕES

1.1 - Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

1.2 - As atividades de prevenção e de detecção precoce, devem ser desenvolvidas em conformidade com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde.

1.3 - A prestação da assistência ao paciente deve abranger 7 modalidades integradas:

- a) Diagnóstico – serviço médico ambulatorial e hospitalar destinado ao atendimento imediato aos pacientes com forte suspeita ou com diagnóstico de câncer e que procedem à confirmação diagnóstica e ao estadiamento do câncer por meio de exames complementares de Patologia Clínica, Imagenologia e Anatomia Patológica;
- b) Cirurgia oncológica - especialidade médica que atende, trata cirurgicamente e acompanha os pacientes com câncer;
- c) Oncologia clínica: especialidade médica responsável pelo tratamento clínico, acompanhamento e avaliação dos pacientes portadores de câncer. O tratamento compreende a indicação e aplicação dos medicamentos antineoplásicos e adjuvantes;
- d) Radioterapia - serviço médico especializado responsável pelo atendimento, indicação e aplicação de radiações ionizantes. Deve também acompanhar e avaliar os pacientes;

e) Medidas de suporte - compreende o conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes que necessitam receber as diversas modalidades terapêuticas indicadas;

f) Reabilitação - técnicas que ajudam os pacientes em áreas específicas, promovendo melhoria das condições físicas e psicológicas para reintegração ao seu meio social;

g) Cuidados paliativos - que incluem a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar por equipe multiprofissional, para o controle da dor e de outros sintomas apresentados por pacientes refratários aos tratamentos previamente instituídos.

2 – CARACTERIZAÇÃO GERAL

2.1 – Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames, estadiamento e tratamentos prévios, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável por cada atendimento.

2.2 - Os prontuários devem estar disponíveis aos órgãos gestores do SUS e aos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de Direito, no Código de Defesa do Consumidor e demais códigos vigentes.

2.3 – Os Centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2.4 – Os Centros devem atender às normas estabelecidas em códigos ou leis da esfera federal, estadual e municipal, inclusive as normas de controle de infecção hospitalar, as da Portaria GM/MS n.º 1884/94 - Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, de 11/11/94, e as normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas.

3 – CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA

Para proceder-se às modalidades assistenciais, os Centros devem, no mínimo, dispor das unidades especificadas a seguir:

3.1 - Serviço de Diagnóstico:

3.1.1 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar nas áreas de:

- a) ginecologia;
- b) pediatria;
- c) clínicas médica e cirúrgica;
- d) endoscopia.

3.1.2 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

- a) bioquímica;
- b) hematologia;
- c) microbiologia;
- d) gasometria;
- e) parasitologia;
- f) dosagem de metotrexato;
- g) dosagem de marcadores tumorais (antígenos cárcino-embriônico – CEA, prostático específico –PSA, alfa-feto-proteína - alfa-FP, fração beta da gonadotrofina coriônica - beta-hCG e ácido vanil-mandélico - VMA);
- h) líquidos orgânicos, inclusive o líquor.

3.1.2.1 - O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.1.2.2 - Os exames previstos nas alíneas "f" e "g" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorial-hospitalar do centro.

3.1.3 – Unidade de Imagenologia equipada com aparelhos de:

- a) raios-X;
- b) mamografia;
- c) tomografia computadorizada;
- d) ultra-sonografia com doppler colorido e transdutores trans-vaginais e trans-retais.

3.1.3.1 - A tomografia computadorizada e de ultra-sonografia com doppler colorido pode ser realizada em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.4. Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, própria ou por meio de contrato formal e específico com serviços de terceiros instalados dentro ou fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

3.1.5 – Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

- a) citologia;
- b) histologia;
- c) biópsia de congelação;
- d) cito-histopatologia com colorações especiais;
- e) imunofenotipagem e imunohistoquímica;
- f) necropsia.

3.1.5.1 - Os exames previstos nas alíneas "e" e "f" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do centro.

3.1.5.2 - A Unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

3.2 - Serviço de Cirurgia Oncológica, que deve contemplar os seguintes quesitos:

3.2.1 - fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nesta Portaria, além dos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral.

3.2.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo responsável técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- a) procedimentos médico-cirúrgicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) rotina de controle de infecção cirúrgica;
- e) manutenção preventiva de equipamentos;
- f) ficha própria para descrição de ato operatório.

3.2.3 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve conter:

- a) Centro Cirúrgico;
- b) Serviço de Anestesia e Recuperação Pós-Anestésica;
- c) Unidade de Terapia Intensiva;
- d) Enfermarias para internação nas áreas Clínica, Cirúrgica e Pediátrica.

3.2.4 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os cirurgiões oncológicos devem ser especialistas em Cirurgia Oncológica.

3.2.4.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Cirurgia Oncológica.

3.2.5 – o Serviço de Cirurgia Oncológica deve ter as seguintes especialidades:

- a) Cirurgia Geral;
- b) Proctologia;
- c) Cirurgia Torácica;
- d) Ginecologia;
- e) Mastologia;
- f) Urologia.

3.2.6 – todo Serviço de Cirurgia Oncológica, além dos equipamentos gerais de um centro-cirúrgico, deve contar ainda com os seguintes equipamentos:

- a) eletrocautério;
- b) oxímetro e capnógrafo;
- c) monitores de sinais vitais;

d) desfibrilador.

3.3 – serviço de Oncologia Clínica, que deve contemplar os seguintes quesitos:

3.3.1 - anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a quimioterapia: esquema terapêutico, dosagem prescrita e aplicada em cada sessão.

3.3.2 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia da quimioterapia;
- e) controle e atendimento de intercorrências e de internações;
- f) armazenamento, controle e preparo de soluções e quimioterápicos;
- g) procedimentos de biossegurança;
- h) acondicionamento e eliminação de resíduos de quimioterapia;
- i) manutenção de equipamentos.

3.3.2.1. todo preparo de medicamentos antineoplásicos deve ser realizado pelo farmacêutico, de acordo com a Resolução do CFF nº 288/96.

3.3.2.2 - todo preparo de quimioterápicos deve ser realizado em cabine de fluxo laminar classe II B2.

3.3.2.3 - durante todo o período de funcionamento deve permanecer no Serviço pelo menos um médico, conforme especificado no item 3.3.3.

3.3.3 - ter um Responsável médico, sendo que ele e todos os oncologistas devem ser especialistas em Oncologia Clínica.

3.3.3.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Oncologia Clínica.

3.3.3.2 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem somente pacientes com doenças hemolinfopoéticas podem ter como Responsável um médico especialista em Hematologia.

3.3.3.3 - os Serviços de Oncologia Clínica que atendem exclusivamente crianças e adolescentes com câncer devem ter como Responsável, um médico especialista em Oncologia Pediátrica.

3.3.4 - possuir uma Central de Quimioterapia com:

- a) cadeiras reclináveis com braço;
- b) maca ou leito;
- c) cabine de fluxo laminar classe II B2;
- d) geladeira;
- e) equipamento para atendimento de emergência clínica.

3.3.4.1 - os Serviços de Oncologia Clínica que prestam assistência a crianças e adolescentes devem dispor de área e instalações específicas para eles.

3.4 – Serviço de Radioterapia, que deve:

3.4.1 – além do disposto no item 2.4, atender especificamente à norma CNEN-NE 3.06/90 – Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia.

3.4.2 – anotar no prontuário, além do disposto no item 2.1, informações sobre a radioterapia: dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.3 - possuir uma Rotina de Funcionamento escrita, atualizada a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável de cada área, contemplando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) procedimentos médicos e de física médica;
- b) procedimentos de enfermagem;
- c) condutas terapêuticas;
- d) avaliação da eficácia do tratamento radioterápico;

- e) padrões de manipulação de fontes radioativas;
- f) padrões de preparo de moldes e máscaras;
- g) controle e atendimento de intercorrências e de internação;
- h) procedimentos de biossegurança;
- i) manutenção de materiais e equipamentos.

3.4.3.1 - manter o registro do controle do risco ocupacional de seus funcionários e arquivar os exames periódicos realizados.

3.4.3.2 - ter a presença no serviço, durante todo o período de atendimento, do médico radioterapeuta e, no caso dos serviços que dispõem de braquiterapia, também do físico médico, durante todo o turno de utilização das fontes radioativas.

3.4.3.3 - procurar atingir a relação de um médico radioterapeuta por cada 300 pacientes novos/ano.

3.4.4 - dispor de ficha de programação e de tratamento própria, devidamente preenchida com as informações sobre a dose total de radiação, a dose diária de radiação, as doses por campo de radiação, o número de campos por área irradiada, o equipamento utilizado e as datas de início e término da radioterapia.

3.4.5 - ter como Responsável pelo serviço, um médico especialista em Radioterapia, e como Responsável pelo setor de Física Médica, um físico especialista em Física Médica, ambos registrados na CNEN.

3.4.5.1 - o médico somente poderá assumir responsabilidade por um Serviço de Radioterapia.

3.4.6 - contar com os seguintes profissionais:

- a) médico especialista em Radioterapia;
- b) físico médico com título de especialista;
- c) técnico de radioterapia.

3.4.7 - contar com os seguintes equipamentos:

- a) aparelho de raios-X para simulação de tratamento;
- b) equipamento de ortovoltagem (Aparelho de raios-X de 10-50 kv - contatoterapia, ou de 50-150 kv - roentgenerapia superficial ou 150-500 kv - roentgenerapia profunda);
- c) equipamento de megavoltagem (Acelerador linear de até 06 MeV, sem feixe de elétrons, ou unidade de cobalto - ambos, para radioterapia profunda);
- d) fontes radioativas seladas para tratamento intracavitário e intersticial convencional com Césio 137 ou Iridium 192, inclusive os aplicadores e os equipamentos auxiliares de moldagens superficiais e intracavitárias, além dos dispositivos para a utilização destas fontes ou equipamento de braquiterapia de baixa ou média taxa de dose;

e) dosímetro clínico;

f) monitor de área e de monitoração individual;

g) equipamento para confecção de máscaras, moldes e blocos de colimação personalizados.

3.5 - Serviço de Suporte, que deve possuir os serviços e profissionais especialistas nas seguintes áreas:

- a) Psicologia Clínica;
- b) Hemoterapia (processamento e unidade transfusional);
- c) Pronto atendimento para as emergências oncológicas;
- d) Nutrição;
- e) Assistência Social;
- f) Terapia Ocupacional;
- g) Farmácia.

3.5.1 - Os procedimentos previstos nas alíneas "a" e "f" podem ser realizados em serviços de terceiros, instalados fora da estrutura ambulatorial-hospitalar do centro.

3.6 - Serviço de Reabilitação, que deve possuir os serviços e profissionais especialistas nas seguintes áreas:

- a) Fisioterapia;
- b) Estomaterapia.

3.7 - Serviço de Cuidados Paliativos, que deve oferecer:

- a) assistência ambulatorial multiprofissional;

- b) garantia das internações por intercorrências;
- c) garantia das internações de longa permanência;
- d) fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.

4 – CLASSIFICAÇÃO

Os Centros de Alta Complexidade na Área em Oncologia (CACON) são classificados como:

4.1 - CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA I

4.1.1 - São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada.

4.1.2 – Devem ter os serviços e seus respectivos profissionais especialistas, conforme descrito no item 3, nas seguintes modalidades assistências:

- a) Diagnóstico;
- b) Cirurgia Oncológica;
- c) Oncologia Clínica;
- d) Suporte;
- e) Reabilitação;
- f) Cuidados Paliativos.

4.1.2.1 - Podem ter um Serviço de Radioterapia próprio ou manterem contrato formal e específico com um CACON I, CACON II ou outro CACON III, para o atendimento nesta modalidade terapêutica.

4.1.3 - Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou um CACON III.

4.2 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA II

4.2.1 – São instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil (de pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfomatoepoéticos e da infância e adolescência), em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

4.2.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Oftalmologia;
- d) Pediatria Cirúrgica;
- e) Plástica Reparadora;
- f) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;
- g) Unidade de Órteses e Próteses;
- h) Fonoaudiologia;
- i) Emergência Oncológica;
- j) Voluntariado.

4.2.2.1 - O Serviço de Radioterapia pode estar equipado também com Simulador, Acelerador linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons.

4.2.3 – Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro.

4.2.4 – Devem também oferecer cursos de treinamento e atualização, pelo menos nas áreas de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica ou Radioterapia.

4.2.5 – Desenvolvem projetos de pesquisa oncológica, próprios ou em parceria com um CACON III.

4.2.6 - Participam dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer, em consonância com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

4.3 – CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA III

4.3.1 – São instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o que desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasia maligna, em todas as modalidades assistenciais citadas no item 1.3, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

4.3.2 – Além de todas as descrições feitas nos itens 1, 2 e 3 desta Portaria, devem prestar atendimento de:

- a) Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- b) Odontologia;
- c) Neurocirurgia;
- d) Oftalmologia;
- e) Pediatria Cirúrgica;
- f) Plástica Reparadora;
- g) Cirurgia de Tecidos Ósseo e Conjuntivos;
- h) Unidade de Órteses e Próteses;
- i) Fonoaudiologia;
- j) Voluntariado;
- k) Biologia Molecular;
- l) Emergência Oncológica;
- m) Serviço de Cuidados Paliativos que também disponha de assistência domiciliar;
- n) Unidade de Imagenologia equipada também com aparelhos de raios-X com dispositivo de estereotaxia e aparelho de ressonância nuclear magnética;
- o) Serviço de Radioterapia equipado também com Simulador, Acelerador Linear de mais de 6 MeV com feixe de elétrons;
- p) Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas da CNEN, dentro da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro;
- q) Unidade de Transplante de Medula Óssea, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde;
- r) Laboratório de Histocompatibilidade - podendo ser um serviço de terceiros, instalado fora da estrutura ambulatorio-hospitalar do Centro;
- s) Unidade de Hemoterapia e aferese, em consonância com as normas específicas do Ministério da Saúde.

4.3.3 – Devem também oferecer:

- a) Programa de Residência Médica, pelo menos em Oncologia Cirúrgica, Oncologia Clínica e Radioterapia;
- b) Programa de treinamento e especialização;
- c) Programas de prevenção, de detecção precoce e de pesquisa na área do câncer.

5 – TRATAMENTO DE BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE.

5.1 – Para realizar tratamento de braquiterapia de alta dose os CACON's - Centros de Alta Complexidade em Oncologia, devem:

5.1.1 - obter autorização da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde para a realização do procedimento;

5.1.2 – possuir sistema de computação para planejamento e equipamento para a aplicação;

5.1.3 – prestar as seguintes informações sobre a braquiterapia:

- a) treinamento dos profissionais envolvidos;
- b) número de casos tratados no serviço;
- c) classificação (estadiamento) dos tumores tratados;
- d) número de inserções utilizadas por caso;
- e) complicações observadas (taxa global e por tipo de complicação);
- f) número de campos de radioterapia externa associada (especificamente por caso tratado).

5.1.4. não é permitido cadastrar para tratamento de braquiterapia de alta dose serviços isolados, ou não cadastrados como CACON I, CACON II E CACON III.

6 - AVALIAÇÃO

6.1 – Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, realizar a avaliação contínua do desempenho e padrão de funcionamento dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, podendo o Ministério da Saúde realizar visitas complementares de avaliação, sempre que necessário, juntamente com o Gestor local do SUS.

6.2 - Constituem indicadores de avaliação, entre outros:

- a) tempo médio entre a data do diagnóstico e a do início do tratamento;
- b) percentual de pacientes tratados e em seguimento;
- c) tempo médio que os pacientes ficam sob tratamento;
- d) tempo médio de sobrevida global dos pacientes tratados, por localização primária e extensão do tumor;
- e) taxa de abandono de tratamento.

7 - NORMAS PARA CADASTRAMENTO JUNTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

7.1 – A abertura de qualquer Centro de Alta Complexidade em Oncologia deve ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em níveis local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

7.1.1 - As bases técnicas para a estimativa de casos novos de câncer entre uma dada população e do cálculo de estimativas da necessidade de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constituem o Anexo I desta Portaria.

7.2 – Uma vez confirmada a necessidade de criação do Centro, a solicitação de cadastramento deve ser formalizada junto à Secretaria de Saúde do Estado, Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuada na Comissão Intergestora Bipartite, que se encarregará da avaliação das condições de funcionamento do Centro, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento, bem como da integração do novo Centro na rede de referência estadual.

7.3 – O Ministério da Saúde, se julgar necessário, poderá solicitar parecer técnico ao Instituto Nacional de Câncer com relação ao cadastramento e, caso o parecer seja favorável, tomará todas as medidas necessárias ao cadastramento.

8. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

8.1 – Os Serviços cadastrados anteriormente à publicação desta Portaria que não possuem as diferentes unidades especificadas no item 3 deverão formalizar suas referências, definidas em conjunto com a SES, de modo a garantir assistência integral ao paciente oncológico.

8.2 – A partir da data de publicação desta Portaria, não se cadastram mais nem serviços, nem hospitais, nem Centros que não sejam CACON I, CACON II ou CACON III

8.3 – Todos os serviços, hospitais e Centros já incluídos no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade na Área do Câncer devem se adequar aos requisitos desta Portaria no prazo de 06 (seis) meses, a contar da data da publicação desta Portaria.

ANEXO II

ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS ANUAIS DE CÂNCER E DE NECESSIDADE DE SERVIÇOS

1. Estimativa de casos novos anuais a partir das taxas de incidência de câncer* específicas por sexo**

REGIÃO		
Nordeste	165,4	191,9
Norte	141,4	150,3
Centro-Oeste	223,2	260,4
Sudeste	154,1	160,6
Sul	260,9	252,7
BRASIL	176,8	189,3

2. Estimativa da necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica

2.1 - Estima-se que 60% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de radioterapia.

2.2 - Estima-se que 70% dos casos de casos novos de câncer/ano necessitarão de quimioterapia.

a) Necessidade de serviços de Radioterapia, 1 serviço descrito no item 3.4 por cada 500 casos novos anuais.

b) Necessidade de serviços de Oncologia Clínica, 1 serviço com 2 oncologistas clínicos por cada 600 casos novos anuais.

c) Necessidade de serviços de Radioterapia e de Oncologia Clínica pelo SUS. 80% do calculado nos itens 3 e 4 acima.

Fontes: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. 1) Estimativa de Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, 1998. 2) Programa de Controle e Avaliação em Oncologia, 1994-1997.

ANEXO III


 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Portaria nº 150

de 04

de setembro

de 1998

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e,

Considerando a necessidade de garantir a execução e a qualidade das ações de diagnóstico e de tratamento do Câncer de Colo Uterino, resolve:

Art. 1º - Incluir na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

132-5 - Cirurgia de Alta Frequência no Trato Genital Inferior (CAF) - Cirurgia de conização de colo uterino realizado com alça de leep.

Item de Programação	23 - Atendimento Médico - Proc.(não PAB)
Nível de Hierarquia	5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	00/00
Atividade Profissional	22, 73

305-0 - Coleta de Material de Exame Citológico para Prevenção do Câncer de Colo Uterino.

Item de Programação	01 - AVEIANM (PAB)
Nível de Hierarquia	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	00/00
Atividade Profissional	1, 22, 59, 60, 73, 74, 76, 84, 90, 91

609-2 - Exame Anátomo - Patológico do Colo Uterino

Item de Programação	12 - Outros Exames Especializados
Nível de Hierarquia	3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	02/05, 02/06, 02/08, 02/09
Atividade Profissional	00

Art. 2º - Fixar os valores dos procedimentos de que trata o artigo 1º desta Portaria .

CÓDIGO	SP	ANEST	OUTROS	TOTAL
132-5	3,86	2,89	12,10	18,85
305-0	0,00	0,00	0,50	0,50
609-2	8,65	0,00	0,61	9,26

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeito a partir da competência setembro/98.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO IV

Portaria Conjunta SES/SAS/Nº 49 de 13 de agosto de 2001.

O Secretário Executivo e o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando que dentro das prioridades do Ministério da Saúde estão os programas de atenção à saúde da mulher;

Considerando a intensificação das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino, instituído com o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, e

Considerando os avanços conquistados no tratamento ambulatorial das lesões precursoras por meio da cirurgia de alta frequência do trato genital inferior, resolvem:

Art. 1º - Incluir na relação de procedimentos estratégicos do SIA/SUS, o procedimento abaixo descrito:

08.033.03-0 Cirurgia de Alta Frequência no Trato Genital Inferior (CAF).

Art. 2º - Estabelecer que o procedimento de que trata o Artigo anterior será financiado pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

§ 1º - Os valores referentes ao financiamento destes procedimentos, apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, serão transferidos aos municípios e estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros.

§ 2º - Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema realizem, aos prestadores de serviços, os pagamentos objeto deste Artigo, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica para custeio dos procedimentos estratégicos, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada à movimentação desta para outros fins.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de setembro de 2001.

BARJAS NEGRI

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO V



REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF Cartão SUS Código da Unidade de Saúde

Unidade de Saúde

Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome Completo da Mulher

Nome Completo da Mãe

Apelido da Mulher

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / Idade

Dados Residenciais

Logradouro

Número Complemento

Bairro UF

Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeto 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano

Não Não sabe

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Está grávida? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional?
 Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?
 Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia?
 Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra:
 / / Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?
 (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?
 (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção do colo
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos.

ANEXO V

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido em:

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

Adequabilidade do material

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Satisfatória | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - sem identificação da lâmina ou identificação errada |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por ausência de dados clínicos (idade e DUM) | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - identificação da lâmina não coincide com a do formulário |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por presença de sangue | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - material escasso ou hemorrágico |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por purulento | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - dessecação |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por áreas espessas | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - áreas espessas |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por dessecação | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - esfregaço purulento |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por ausência de células endocervicais | <input type="checkbox"/> Insatisfatória - lâmina danificada ou ausente |
| <input type="checkbox"/> Satisfatória mas limitada por outras causas | <input type="checkbox"/> Insatisfatória por outras causas |

 DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

- Inflamação
- Metaplasia escamosa
- Reparação
- Atrófia com inflamação
- Radiação
- Outros _____

MICROBIOLOGIA

- Lactobacilos
- Cocos
- Bacilos
- Sugestiva de *Chlamydia sp*
- Actinomyces sp*
- Candida sp*
- Trichomonas vaginalis*
- Vírus do grupo herpes
- Gardnerella vaginalis*
- Outros _____

ALTERAÇÕES EM CÉLULAS EPITELIAIS

EM CÉLULAS ESCAMOSAS

- Atípicas de significado indeterminado
- Efeito citopático compatível com HPV
- NIC I (Displasia leve)
- NIC II (Displasia moderada)
- NIC III (Displasia acentuada/ Carcinoma in situ)
- Carcinoma escamoso invasivo

EM CÉLULAS GLANDULARES

- Atípicas de Significado Indeterminado
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma invasivo

 Outras neoplasias malignas _____ Células endometriais presentes Observações gerais _____

Data da liberação:

 / /

Responsável pelo resultado

CNPJ (CPF)

ANEXOS VI

Produção apresentada no SIA/SUS, de coletas de material cervico-uterino código 07 051 01 08 por Município e Regional de Saúde no período de janeiro a dezembro de 2000

1ª REGIONAL DE SAÚDE – XANXERÊ													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4201 Xanxerê	68	287	728	850	931	1483	1454	1277	960	1536	1378	1483	12435
.... Abelardo Luz	0	0	0	0	115	105	110	107	140	107	125	365	1174
.... Bom Jesus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	10	0	101
.... Coronel Martins	0	0	0	17	39	41	18	11	27	17	15	13	198
.... Entre Rios	0	0	0	0	0	35	35	33	39	46	0	0	188
.... Faxinal dos Guedes	0	0	0	0	40	48	25	24	44	41	38	44	304
.... Galvão	0	0	0	10	23	25	15	19	21	28	25	28	194
.... Ipuacu	0	0	0	0	0	104	25	35	42	60	60	60	386
.... Jupia	0	0	0	190	0	53	31	36	10	15	11	22	368
.... Lajeado Grande	0	0	0	0	0	0	7	0	0	9	0	0	16
.... Marema	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	31	17	66
.... Ouro Verde	0	0	0	0	36	42	0	0	0	19	24	24	145
.... Passos Maia	0	0	0	0	82	82	83	82	82	82	82	82	657
.... Ponte Serrada	68	0	0	0	70	0	0	70	0	68	68	85	429
.... São Domingos	0	0	0	0	0	205	190	169	0	156	144	0	864
.... Vargeão	0	0	0	0	0	48	25	27	21	32	78	69	300
.... Xanxerê	0	0	416	400	410	484	336	400	208	462	336	302	3754
.... Xaxim	0	287	312	233	116	211	554	264	326	285	331	372	3291

2ª REGIONAL DE SAÚDE – VIDEIRA													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4202 Videira	9	251	655	584	532	405	624	715	786	753	1048	566	6928
.... Arroio Trinta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	51	101
.... Caçador	0	0	0	0	0	0	319	295	388	314	401	382	2099
.... Calmon													
.... Curitibaanos													
.... Fraiburgo	9	251	410	325	297	216	152	266	216	195	226	0	2563
.... Frei Rogério													
.... Ibiã	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13	10	34
.... Iomerê	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	13	41
.... Lebon Régis													
.... Macieira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	30	0	59
.... Pinheiro Preto													
.... Ponte Alta do Norte													
.... Rio das Antas													
.... Salto Veloso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	35
.... Santa Cecília													
.... São Cristóvão do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	35
.... Timbó Grande													
.... Videira	0	0	245	259	235	189	153	154	182	204	230	110	1961

**Produção apresentada no SIA/SUS, de coletas de material cervico-uterino
código 07 051 01 08 por Município e Regional de Saúde no período de
janeiro a dezembro de 2000**

3ª REGIONAL DE SAÚDE - CONCÓRDIA													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4203 Concórdia	108	311	288	369	523	431	406	301	433	398	405	295	4268
.... Alto Bela Vista	0	0	0	0	25	31	24	48	36	0	30	19	213
.... Arabutã	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0	0	36
.... Arvoredo													
.... Concórdia													
.... Ipira	0	0	0	0	12	22	23	23	20	25	23	16	164
.... Ipumirim	6	68	69	63	63	58	56	52	46	42	20	13	556
.... Irani	0	0	0	0	32	0	0	0	0	14	25	0	71
.... Itá	0	0	0	0	92	61	68	59	61	107	81	16	545
.... Jaborá	0	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	0	23
.... Lindóia do Sul	0	0	0	0	3	29	4	18	33	18	19	31	155
.... Paial													
.... Peritiba	0	50	60	58	56	0	62	0	0	0	0	31	317
.... Piratuba	0	0	0	0	10	24	13	19	33	18	17	15	149
.... Presidente Castelo Branco	0	0	0	0	49	24	0	0	31	0	38	0	142
.... Seara	70	154	118	160	113	111	111	65	139	159	127	128	1455
.... Xavantina	32	39	41	88	32	48	45	17	34	15	25	26	442

4ª REGIONAL DE SAÚDE - RIO DO SUL													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4204 Rio do Sul	186	389	462	590	729	778	622	725	712	628	914	468	7203
.... Agrolândia	0	0	0	0	0	0	0	68	118	70	60	37	353
.... Agronômica													
.... Atalanta	0	0	75	38	0	59	30	23	0	0	111	25	361
.... Aurora	0	0	0	0	30	33	15	28	12	39	15	0	172
.... Braço do Trombudo													
.... Chapadão do Lageado													
.... Dona Emma	0	0	0	0	0	0	0	25	50	0	100	0	175
.... Ibirama	0	29	76	55	65	68	75	72	112	42	30	0	624
.... Imbuia	1	6	0	11	11	27	0	22	13	16	9	0	116
.... Ituporanga	0	0	0	0	0	110	110	110	110	129	116	59	744
.... José Boiteux													
.... Laurentino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	15
.... Lontras	0	0	0	0	21	20	12	28	34	31	40	29	215
.... Mirim Doce													
.... Petrolândia	0	31	0	62	31	56	0	32	28	44	29	6	319
.... Pouso Redondo	19	58	52	125	216	97	80	53	56	39	68	46	909
.... Presidente Getúlio	0	0	0	0	48	53	50	48	60	56	68	55	438
.... Presidente Nereu													
.... Rio do Campo													
.... Rio do Oeste	0	0	0	0	0	56	27	22	5	6	47	59	222
.... Rio do Sul	166	265	259	299	307	199	223	62	67	105	185	152	2289
.... Saleté													
.... Santa Terezinha													
.... Taió	0	0	0	0	0	0	0	132	0	0	0	0	132
.... Trombudo Central													
.... Vidal Ramos													
.... Vitor Meireles	0	0	0	0	0	0	0	0	47	17	21	0	85
.... Witmarsum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	0	0	34

**Produção apresentada no SIA/SUS, de coletas de material cervico-uterino
código 07 051 01 08 por Município e Regional de Saúde no período de
janeiro a dezembro de 2000**

7ª REGIONAL DE SAÚDE - ITAJAÍ													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4207 Itajaí	1150	1796	1321	1119	1451	1652	1139	1428	1402	1346	1057	810	15671
.... Balneário Camboriú	582	445	396	541	587	508	277	274	233	276	608	627	5354
.... Bombinhas													
.... Camboriú													
.... Ilhota													
.... Itajaí	568	1351	925	578	864	1144	862	1154	1169	1070	449	183	10317
.... Itapema													
.... Luiz Alves													
.... Navegantes													
.... Penha													
.... Piçarras													
.... Porto Belo													

8ª REGIONAL DE SAÚDE - JOAÇABA													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4208 Joaçaba	378	439	371	410	320	415	464	346	579	923	670	945	6260
.... Abdon Batista	0	0	0	0	0	24	11	18	104	29	29	14	229
.... Água Doce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	30
.... Brunópolis	0	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	70
.... Campos Novos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103	400	503
.... Capinzal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	273	0	83	356
.... Catanduvas													
.... Erval Velho	0	0	0	0	41	22	37	34	49	67	51	102	403
.... Herval d'Oeste	225	213	164	162	94	143	114	89	235	161	167	156	1923
.... Ibicaré	0	0	0	0	55	53	50	27	0	30	0	0	215
.... Joaçaba	153	174	168	221	104	117	116	74	138	160	133	120	1678
.... Lacerdópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	13	10	38
.... Luzerna	0	52	39	27	26	28	13	24	34	28	21	20	312
.... Monte Carlo													
.... Ouro	0	0	0	0	0	0	100	62	0	134	125	0	421
.... Tangará													
.... Treze Tilias													
.... Vargem	0	0	0	0	0	18	13	8	9	11	8	0	67
.... Vargem Bonita													
.... Zortéa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	0	15

**Produção apresentada no SIA/SUS, de coletas de material cervico-uterino
código 07 051 01 08 por Município e Regional de Saúde no período de
janeiro a dezembro de 2000**

9º REGIONAL DE SAÚDE - BLUMENAU													
Regional/Municip	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4209 Blumenau	361	597	1127	1189	1402	1603	1512	1264	1254	1343	1196	431	13279
.... Apiúna													
.... Ascurra													
.... Benedito Novo													
.... Blumenau	224	279	373	533	684	784	564	612	668	552	528	431	6232
.... Botuverá													
.... Brusque	137	318	521	428	554	461	556	538	454	535	446	0	4948
.... Doutor Pedrinho													
.... Gaspar													
.... Guabiruba													
.... Indaial	0	0	164	158	164	173	162	0	0	205	159	0	1185
.... Pomerode													
.... Rio dos Cedros													
.... Rodeio													
.... Timbó	0	0	69	70	0	185	230	114	132	51	63	0	914

10º REGIONAL DE SAÚDE - CHAPECÓ													
Regional/Municip	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4210 Chapecó	1648	2130	2366	2859	3043	2803	2336	3046	2891	3039	3282	1991	31434
.... Águas de Chapecó	0	0	0	40	58	0	39	42	54	51	0	0	284
.... Águas Frias													
.... Bom Jesus do Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	40	110
.... Caibi	0	0	57	66	0	0	41	36	0	49	38	25	312
.... Campo Erê	0	0	0	0	0	33	0	0	0	0	0	0	33
.... Caxambu do Sul	0	0	0	0	95	93	68	75	67	30	25	0	453
.... Chapecó	1446	1753	1905	1826	1514	1423	1153	1655	1398	1740	1868	1127	18808
.... Cordilheira Alta	0	0	0	0	32	0	51	40	0	30	33	27	213
.... Coronel Freitas	0	0	59	164	156	72	55	21	85	57	49	8	726
.... Cunha Porã	0	0	0	92	54	81	54	54	67	53	29	0	484
.... Cunhataí	0	0	0	0	0	16	10	11	20	14	6	0	77
.... Formosa do Sul	15	11	22	27	25	50	44	22	45	28	39	9	337
.... Guatambu	0	43	30	31	49	46	42	49	29	23	50	17	409
.... Iraceminha	0	0	0	0	35	0	0	35	0	35	0	0	105
.... Irati	17	13	9	12	14	15	8	45	31	18	11	21	214
.... Jardinópolis	9	0	0	0	0	15	0	15	0	5	5	0	49
.... Maravilha	0	0	0	68	42	36	34	17	20	20	43	0	280
.... Modelo	1	17	16	14	25	27	26	34	24	20	21	15	240
.... Nova Erechim	0	29	0	0	42	27	20	48	38	47	45	36	332
.... Nova Itaberaba	0	8	0	27	40	40	40	40	12	0	40	0	247
.... Novo Horizonte	0	0	15	30	25	17	26	31	16	50	25	0	235
.... Palmitos	0	0	0	0	67	81	80	88	240	120	130	0	806
.... Pinhalzinho	65	129	120	142	124	120	84	134	141	71	89	127	1346
.... Planalto Alegre	0	21	21	0	42	24	0	0	51	27	21	22	229
.... Quilombo	37	43	24	75	97	117	76	107	121	110	56	47	910
.... Saltinho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	64	0	96
.... Santa Terezinha do Progresso													
.... Santiago do Sul													
.... São Bernardino	5	0	8	22	9	12	15	20	11	17	8	4	131
.... São Carlos	0	0	0	0	55	62	42	80	83	74	48	18	462
.... São Lourenço do Oeste	0	0	0	181	197	252	176	199	183	159	263	187	1797
.... São Miguel da Boa Vista	0	0	0	0	26	27	27	18	27	0	0	0	125
.... Saudades	49	63	80	42	56	56	61	66	66	66	183	216	1004
.... Serra Alta	0	0	0	0	42	0	42	40	40	40	0	0	204
.... Sul Brasil	4	0	0	0	49	13	0	16	0	0	0	0	82
.... Tigrinhos	0	0	0	0	22	34	22	8	22	21	0	23	152
.... União do Oeste	0	0	0	0	51	14	0	0	0	32	23	22	142



**Produção apresentada no SIA/SUS, de coletas de material cervico-uterino
código 07 051 01 08 por Município e Regional de Saúde no período de
janeiro a dezembro de 2000**

11ª REGIONAL DE SAÚDE - MAFRA													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4211 Mafra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	284	173	502
.... Itaiópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	84	0	129
.... Mafra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	150
.... Monte Castelo													
.... Papanduva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	23	223


12ª REGIONAL DE SAÚDE - CRICIÚMA													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4212 Criciúma	345	1348	2308	2910	2428	2803	1997	1872	1839	1938	2031	1724	23543
.... Cocal do Sul	56	66	192	244	70	142	283	178	138	161	132	55	1717
.... Criciúma	235	779	1056	1416	1271	1718	805	883	846	841	859	747	11456
.... Forquilha	11	25	150	154	188	125	116	123	124	116	111	130	1373
.... Içara	0	312	425	437	365	346	333	297	341	327	379	319	3881
.... Lauro Muller	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	107	108	215
.... Morro da Fumaça	23	89	124	119	152	67	79	77	80	101	95	82	1088
.... Nova Veneza	0	40	69	244	99	73	70	108	92	76	36	45	952
.... Siderópolis	0	0	94	48	100	173	126	76	102	108	108	103	1038
.... Treviso	0	0	30	65	35	28	23	0	0	4	29	46	260
.... Urussanga	20	37	168	183	148	131	162	130	116	204	175	89	1563

13ª REGIONAL DE SAÚDE - JOINVILLE													
Regional/Município	2000 Jan	2000 Fev	2000 Mar	2000 Abr	2000 Mai	2000 Jun	2000 Jul	2000 Ago	2000 Set	2000 Out	2000 Nov	2000 Dez	Total
4213 Joinville	230	1008	1140	1674	2008	1396	1594	1498	1374	1400	1729	1287	16338
.... Araquari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	19	0	50
.... Balneário Barra do Sul													
.... Campo Alegre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	20	43	181
.... Garuva													
.... Itapoá													
.... Joinville	227	480	626	952	1162	916	1089	1093	783	721	1076	704	9829
.... Rio Negrinho	3	241	299	405	432	328	261	203	273	266	258	185	3154
.... São Bento do Sul	0	287	215	317	414	152	244	202	318	264	356	169	2938
.... São Francisco do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	186	186

ANEXO VII

	ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE SISTEMA UNICO DE SAUDE - SUS	APAC - I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC 002217722-1
NOME DO PACIENTE _____		CPF ou CNS _____	
SOLICITAÇÃO			
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE Cepan		CÓDIGO 31097	
CPF DO SOLICITANTE _____		NOME DO MÉDICO SOLICITANTE Cristiane Fabiani	
AUTORIZAÇÃO			
PROCEDIMENTO / MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S): CA mama		CÓDIGO 29121060	
ORGÃO AUTORIZADOR PRR		CÓDIGO 3948	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS Cepan		CNPJ 735341815000112	
PERÍODO DE VALIDADE 04/02 a 20/02		ASSINATURA E CARIMBO 	

ANEXO VIII

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC QUIMIOTERAPIA	Nº precatório _____
Identificação da Unidade				
Nome CEPON- CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS			CGC 7 3 5 3 4 8 8 5 0 0 0 1 8 2	
Dados do Paciente				
Nome do Paciente _____				
CPF do Paciente _____		Nome da Mãe _____		
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) _____				
Município _____	UF _____	CEP _____	Data nascimento _____	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
Dados da Solicitação				
CPF do Médico _____		Nome do Médico _____		
CÓDIGO(S) DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) _____				
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO				
IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO				
Localização do Tumor _____		CID Morfológico _____		CID-10 _____
LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Localização de Metástase(s) _____				
Estádio (UICC) _____		Estádio (outro sistema) _____		Grau Histopatológico _____
Diagnóstico Cito/Histopatológico _____				Data _____
TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)				
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		QUAL(AIS) _____		
DATAS DE INÍCIO				
1º Tratamento _____		2º Tratamento _____		3º Tratamento _____
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global				
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO _____		
VIA	IV <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	VC <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> IVES <input type="checkbox"/>
FINALIDADE	CURATIVA DE CONTROLE <input type="checkbox"/>	PREVIA <input type="checkbox"/>	ADJUVANTE <input type="checkbox"/>	PALIATIVA <input type="checkbox"/>
ESQUEMA (Sigla ou abreviatura)	_____	Nº TOTAL DE MESES	_____	MESES JÁ AUTORIZADOS
DATA _____				
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____				