

# Avaliação de Indicadores de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005

*Evaluation of Uterine Cervical Cancer Screening Indicators in the Amazonas, North of Brazil, from 2001 to 2005*

*Evaluación de Indicadores de Rastreo del Cáncer de Cuello Uterino en Amazonas, Norte de Brasil, de 2001 a 2005*

Joselita Cármen Alves de Araújo Nobre<sup>1</sup>, David Lopes Neto<sup>2</sup>

## Resumo

O estudo teve por objetivo avaliar os indicadores de rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas, no período de 2001 a 2005. Estudo descritivo, com análise ecológica e temporal dos métodos utilizados pelo programa, tendo como fonte de dados o IBGE e o SISCOLO/DATASUS. Os dados foram armazenados no programa Excel e analisados no programa Epi-Info. A taxa de cobertura da população-alvo variou de 75,78% a 78,07%; a realização de exames pela primeira vez oscilou de 8,89% a 27,17%. Os resultados dentro da normalidade foram de 1,86% em 2001 e 2,23% em 2005; as atipias variaram entre 5,13% e 1,00% e as amostras insatisfatórias entre 4,30% e 3,45%. A razão entre as lesões precursoras de baixo grau (LBGs) e as lesões precursoras de alto grau (LAGs) foi de 8,17 e 6,83. A taxa de concentração de exames da população-alvo encontra-se de acordo com o padrão nacional, porém ainda abaixo dos padrões dos países desenvolvidos; o percentual dessa população que informou ter realizado o exame pela primeira vez manteve-se estável, contudo a redução da resposta "não sabe" e a elevação da resposta positiva para exame anterior insinua a boa performance do programa quanto à acessibilidade e informação; os indicadores de rastreamento mostraram elevação de exames no limite da normalidade e redução das atipias celulares. A razão entre as LBGs e as LAGs mostrou tendência de queda, destacando-se um decréscimo das LBGs e estabilidade das LAGs, demonstrando serem necessárias medidas para a mudança do perfil das lesões precursoras.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero; Programas de Rastreamento; Indicadores; Epidemiologia Descritiva; Amazonas

<sup>1</sup>Mestre em Saúde pela Sociedade e Endemias da Amazônia pela Fundação Oswaldo Cruz /Universidade Federal do Amazonas/Universidade Federal do Pará; Enfermeira. Diretora-Geral da Policlínica Codajás da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas.

<sup>2</sup>Doutor em Enfermagem. Professor e Diretor da Escola de Enfermagem de Manaus/Universidade Federal do Amazonas.

Endereço para correspondência: Rua Terezina, 495 - Adrianópolis - Manaus (AM), Brasil - CEP: 69.057-070. E-mail: davidnetto@ufam.edu.br

## INTRODUÇÃO

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

Há mais de um século, em 1904, foi publicado no Boletim Brasil-Médico, o trabalho de A. Sodré intitulado "Frequência de Câncer no Brasil", que descrevia a presença de câncer no país no período de 1894 a 1898 e já observava a predominância do câncer uterino<sup>1</sup>.

Recentemente, pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA)/ Ministério da Saúde (MS) revela que o câncer continua sendo um grave problema de saúde pública, com estimativas para 2008 e 2009 de 460 mil casos novos. O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres<sup>2,3</sup>.

Entretanto, esse cenário pode ser modificado. Primeiro, porque a adoção de programas estruturados de rastreamento pode reduzir a mortalidade e a incidência dessa patologia, por meio da promoção da saúde e detecção precoce das lesões precursoras com potencial maligno ou carcinoma *in situ*; mas principalmente porque a detecção por meio do exame colpocitológico periódico tem baixo custo, é simples, eficaz, e é importante assumir que medidas para controlar as infecções pelo o papilomavírus humano (HPV) ajudarão a reduzir a incidência desse tipo de câncer<sup>4,5</sup>.

Em 1995, o governo brasileiro participou da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, e assumiu o compromisso de desenvolver um programa nacional de rastreamento do câncer cervicouterino. Sem experiência na implantação de programa nacional de prevenção secundária do câncer, o INCA/MS, com a consultoria do *Cancer Care International* (CCI), da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer, realizou levantamento e pesquisa por todo o país sobre a capacidade laboratorial instalada e, de forma amostral, a disponibilidade de recursos humanos e equipamentos existentes nos três níveis de atenção, além de considerar pesquisas sobre atitudes de mulheres sobre prevenção e as razões pelas quais essas mulheres não atendiam ao programa de rastreamento<sup>6</sup>.

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

Com a experiência, o MS definiu as cinco etapas fundamentais do Programa Viva Mulher e realizou duas

campanhas nacionais de intensificação. As cinco etapas definidas foram o recrutamento da população-alvo (mulheres entre 35 e 49 anos); a coleta de material para o exame Papanicolau; o processamento da lâmina em laboratório credenciado; o tratamento dos casos; e a avaliação.

A primeira etapa da campanha foi em 18 de agosto de 1998, com a adesão de 97,9% dos municípios brasileiros, sendo realizados 3.177.740 exames preventivos. Em março de 2002, foi deflagrada a segunda fase de intensificação, tendo como população-alvo mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, que nunca tinham realizado o exame preventivo ou que o haviam realizado há mais de três anos. Foram examinadas 3.856.650 mulheres de todas as idades, sendo 2.173.285 mulheres na faixa etária da população-alvo, atingindo 84,94% da meta programada<sup>6</sup>.

O INCA/MS implantou o Programa Viva Mulher em 1999, o qual "(...) consiste no desenvolvimento de práticas e estratégias que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e mama<sup>7</sup>."

Em 1998, o INCA/MS, juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM), responsabilizou a Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas (FCECON) para coordenar o Programa Viva Mulher no Estado. Afirma Oliveira<sup>8</sup> que, em março de 1999, a fundação incluiu na sua estrutura organizacional a Coordenadoria dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer (COOPREVCC), como estratégia para auxiliar os gestores e profissionais de saúde na condução de políticas de controle e tratamento do câncer em nível estadual. Suas primeiras atividades foram com o Programa Viva Mulher por meio do estímulo à população para mudança de comportamento, utilizando três canais comunitários: ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde. Os profissionais de saúde foram sensibilizados a agir no papel de educadores, recebendo as instruções sobre os fatores externos de risco do câncer e orientados para a inclusão de novas rotinas no atendimento.

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

Em 2001, foi implantado Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), que permitiu o controle de todos os exames colpocitológicos do Estado, viabilizando a identificação das LBGs e LAGs, o seguimento das mulheres e o cadastramento dos profissionais treinados. Nesse mesmo ano, a SUSAM instituiu o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP/Amazonas), sistema que gera informações para o município<sup>9</sup>.

De acordo com os relatórios da COOPREVCC, o programa está implantado nos 62 municípios e em 72 unidades de saúde da capital. Existem dez laboratórios prestadores de serviço, e o controle de qualidade é realizado pelo laboratório da própria fundação. Os dez pólos de tratamento secundário são unidades de referência, sendo cinco localizadas na capital e cinco nos municípios-pólo do interior do Estado e não atuam em sua capacidade operativa por falta de compromisso de gestores e profissionais, uma vez que todas as capacitações para a realização de procedimentos foram atendidas e os equipamentos cedidos por comodato<sup>9,10,11,12</sup>.

Este estudo tem como objetivo avaliar os indicadores do rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas no período de 2001 a 2005.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo, com análise ecológica e temporal dos dados de resultados do Programa Viva Mulher, no período de 2001 a 2005, coletados no SISCOLO. Esse período foi assim determinado haja vista o programa ter sido implantado em 1999, mas só no início de 2001 passou a contar com registros adequados no SISCOLO.

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

Para a coleta de dados, foram considerados os dados relativos à população feminina de todos os 62 municípios do Estado e tiveram como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As informações relativas à cobertura da população-alvo, adequabilidade das amostras, proporção de atípicas, LBGs, LAGs e de exames nos limites da normalidade foram colhidas no banco de dados do SISCOLO e no Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Na avaliação, utilizaram-se os indicadores para monitoramento do Programa Viva Mulher com adequações, uma vez que a população-alvo do programa

são as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos; mas, segundo o INCA/MS, a população de risco está situada na faixa etária entre 20 e 49 anos, que passará a ser designada nesta pesquisa de população-alvo. Os indicadores utilizados para atingir os objetivos propostos foram:

- a. Percentual de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, que fizeram o exame colpocitológico pela primeira vez, no período de 2001 a 2005.
- b. Concentração de exames na faixa etária de 20 a 49 anos de idade, no período de 2001 a 2005.
- c. Percentual de exames colpocitológicos dentro da normalidade, entre os exames colpocitológicos registrados, no período de 2001 a 2005.
- d. Percentual de exames colpocitológicos com adequabilidade do material insatisfatória, entre os exames colpocitológicos registrados, no período de 2001 a 2005.
- e. Razão entre o número de exames colpocitológicos com LBGs e o número de exames colpocitológicos com LAGs, no período de 2001 a 2005.

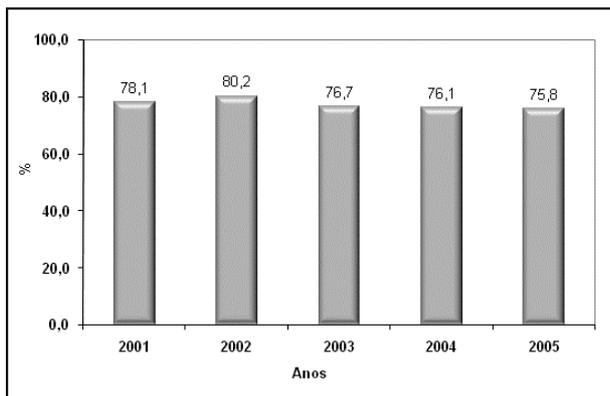
Os dados foram armazenados no programa Excel e analisados no programa Epi-Info, o qual realizou a análise descritiva e o cálculo dos indicadores, por meio de gráficos.

Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, intitulada "Avaliação do impacto do Programa Viva Mulher na taxa de mortalidade por câncer do colo do útero - 2001 a 2005", com projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), sob o CAAE 0009.0.252.000-06.

## RESULTADOS

No período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2005, realizaram-se em todo o Estado do Amazonas 570.187 exames colpocitológicos. Destacando-se, desse total, a população-alvo de 20 a 49 anos, observa-se na Figura 1 que, no ano de 2001, coletaram-se 12.110 (78,07%) exames em mulheres desse grupo etário; em 2002, realizaram-se 87.737 (80,20%) coletas entre a população-alvo; em 2003, o total de exames nesse grupo foi de 64.031 (76,67%); em 2004, atingiram-se 72.031 (76,14%) exames; e, em 2005, realizam-se 74.356 (75,78%) coletas.

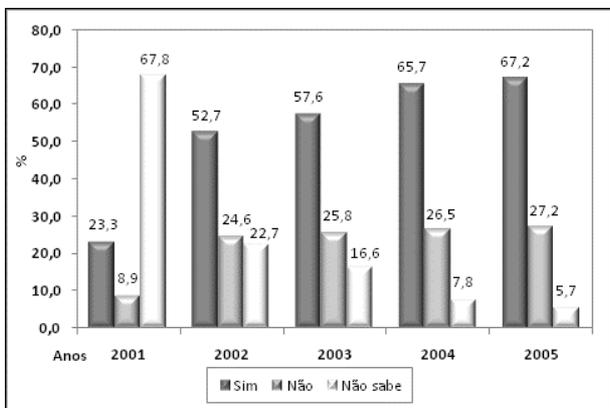
Analisando a Figura 2, que demonstra a realização de exame colpocitológico anterior, observa-se que, em 2001, 67,83% da população-alvo responderam "não sabe" à pergunta sobre a realização prévia do exame preventivo, apresentando declínio nos anos seguintes, chegando a apenas 5,65% em 2005.



**Figura 1.** Percentual de exames realizados na faixa etária da população-alvo de 20-49 anos, no Estado do Amazonas, 2001-2005

FONTE: DATASUS

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



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

FONTE: DATASUS

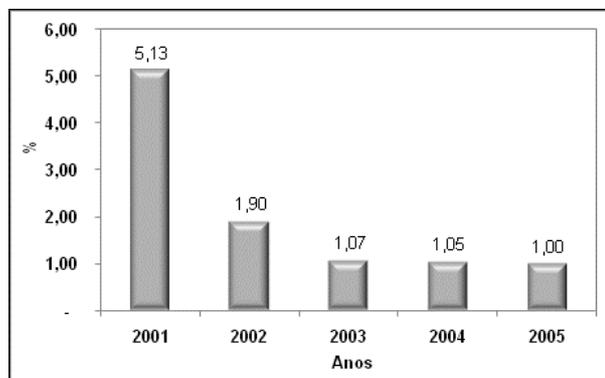
Observação: (1) Período: Jan-Abr/2001, Set-Dez/2001.

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

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

Em relação à classificação binária de adequabilidade das amostras, em 2001, o percentual de 4,37% exames analisados foi considerado insatisfatório. Já em 2002, esse percentual atingiu 5,01%, voltando a baixar em 2003 para 4,68%. Em 2004, 3,06% das amostras examinadas foram consideradas insatisfatórias e, finalmente, em 2005, 3,45% das coletas tiveram resultados insatisfatórios (Tabela 1).

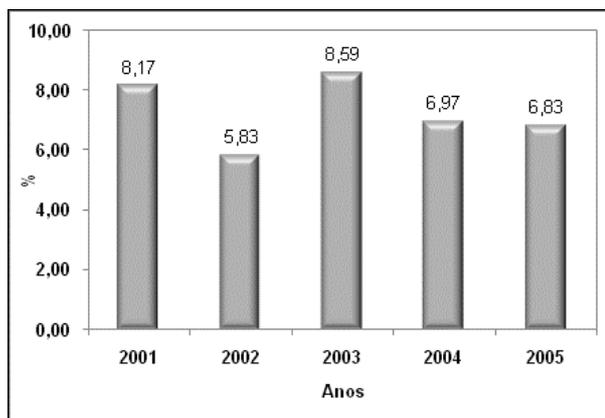
Quanto à razão entre as LBGs e LAGs, observou-se que, em 2001, essa foi de 8,17; apresentando, em 2002, uma significativa redução (5,83); todavia, voltando a elevar-se para 8,59, em 2003. Em 2004, houve um declínio (6,97), mantendo essa tendência também em 2005 (6,83), conforme a Figura 4.



**Figura 3.** Percentual de atipias celulares nos exames colpocitológicos realizados no Amazonas, 2001-2005

FONTE: DATASUS para os anos 2002 a 2005.

Relatório das atividades em 2001 da gerência dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer do Amazonas.



**Figura 4.** Razão entre as LBGs e as LAGs nos resultados dos exames realizados no Amazonas, 2001 a 2005

FONTE: DATASUS para os anos 2002 a 2005.

Relatório das atividades em 2001 da gerência dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer do Amazonas.

**Tabela 1.** Distribuição dos resultados dos exames colpocitológicos de acordo com a classificação de adequabilidade no Amazonas, 2001-2005

<b>Classificação de adequabilidade</b>	<b>2001 (1)</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Insatisfatório	2,143	6,783	5,345	4,136	4,136
Satisfatório	46,883	128,543	108,791	131,190	115,676
Geral	49,026	135,326	114,136	135,326	119,812
% de exames insatisfatórios	4,37	5,01	4,68	3,06	3,45

Fonte: DATASUS

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

## DISCUSSÃO

O sucesso de um programa de rastreamento está relacionado a vários fatores, como: cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados. Com base nos levantamentos supracitados, avaliaram-se os indicadores do rastreamento do câncer do colo do útero no Amazonas por meio da comparação de seus resultados com os indicadores de monitoramento definidos no Manual Viva Mulher<sup>6,13</sup>.

A eficiência do programa está associada a taxas de concentração de exames maiores que 80%. Segundo Gustafson *et al.* (1996) apud Naud<sup>14</sup>, países desenvolvidos como a Finlândia e Islândia, após alguns anos de implantação do programa de rastreamento do câncer cervicouterino, tiveram taxa de cobertura de 80% e 75%. De acordo com o Manual Viva Mulher<sup>6</sup>, antes da implantação desse programa, alguns estudos estimaram a cobertura para o Brasil em 1987, em 7,7%. O inquérito domiciliar realizado pelo INCA em 2002 e 2003 mostrou que a cobertura variou de 74% a 93% em 15 capitais e no Distrito Federal, mas esse percentual oscilou de 33% a 64% nos exames realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>15</sup>.

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

Segundo os indicadores do Pacto de Atenção Básica, a razão mínima esperada para a realização de exame Papanicolau é de 0,3/mulher/ano. No Amazonas, em

2005, esse indicador foi de 0,15; porém ressalta-se que 12,7% da população feminina têm cobertura ambulatorial da saúde suplementar, o que pode suprir a responsabilidade na realização desses exames<sup>16</sup>.

A comunidade científica internacional recomenda que antes de repetir o exame colpocitológico em uma mulher deve ser garantida a realização de um exame preventivo para toda a população-alvo do programa<sup>16</sup>. Em atenção a essa recomendação, no Estado do Amazonas, houve uma alteração significativa nas informações sobre a realização de exame colpocitológico anterior. Primeiro, porque o percentual de mulheres informando estar realizando o preventivo pela primeira vez oscilou entre 8,89%, em 2001; e 27,17%, em 2005. Em seguida, com a importante redução da informação "não sabe", que baixou de 67,83%, em 2001, para 5,65%, em 2005, pressupõe-se melhora na qualidade nos registros realizados pelos profissionais envolvidos no processo. Por último, com a elevação do percentual de "sim" (realizou exame anterior), que induz a suposição de uma melhor adesão das mulheres ao programa de prevenção.

Em estudo realizado em São Paulo<sup>17</sup>, no qual foi reavaliada a situação de concentração de exame Papanicolau, após a primeira campanha de intensificação em 1998, foi detectado que 86,1% das mulheres relataram que já haviam realizado o teste uma vez na vida. Todavia, estudo da mesma natureza, no Maranhão<sup>18</sup>, apontou que somente 48,89% das mulheres avaliadas apresentaram dados de citologia anterior. Comparando os resultados acima, observa-se que houve um incremento na proporção de mulheres com informação de exame citopatológico anterior no Amazonas de 23,29% em 2001 para 67,18% em 2005; estando esses valores acima dos valores encontrados no Maranhão; porém abaixo dos valores encontrados na reavaliação realizada.

Entre os critérios congruentes com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, que possui similaridade com o Sistema Bethesda (2001), utilizada pelo Programa Viva Mulher até junho de 2006,

os diagnósticos são classificados em lesão precursora de baixo grau, de alto grau e câncer. São consideradas LBGs as atipias celulares glandulares de significado indeterminado (AGUS), as atipias celulares escamosas de significado indeterminado (ASCUS), as alterações citológicas compatíveis com HPV e as neoplasias intraepiteliais grau I (NIC I). Como LAGs, são consideradas as neoplasias intraepiteliais grau II (NIC II) e as neoplasias intraepiteliais grau III (NIC III); e, finalmente, classificam-se como câncer o carcinoma epidermoide invasor, o adenocarcinoma *in situ*, o adenocarcinoma invasor e outras neoplasias malignas<sup>19</sup>.

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

A avaliação da adequabilidade da amostra, pelo Sistema Bethesda (2001), é disposta em um sistema binário "satisfatório e insatisfatório" para caracterizar a visão microscópica da colheita. São consideradas "satisfatórias" as amostras que apresentam quantidade representativa de células bem distribuídas, fixadas e coradas, de modo a facilitar o diagnóstico. "Insatisfatórias" são as amostras cujas leituras são prejudicadas pela escassez celular ou presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecamento, superposição celular e presença de contaminantes externos<sup>19</sup>. No Amazonas, este indicador apresentou uma variação de 4,37% de exames classificados como insatisfatórios em 2001 e 3,45% em 2005. Do mesmo modo, pesquisa realizada em Naviraí-MS<sup>20</sup>, avaliando os métodos empregados no programa, detectou que 12,51% das citologias colhidas resultaram em "insatisfatório".

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

o sistema de saúde, além de evitarem transtornos nas mulheres pela necessidade de repetição da coleta. No Brasil, mais de 30% dos municípios apresentaram esse índice maior que 5%<sup>16,21</sup>.

Quando o programa de rastreamento está implantado de maneira eficaz, espera-se que a razão entre as LBGs e as LAGs seja crescente, indicando que as lesões precursoras são detectadas precocemente, o que permite também levantar a prevalência das LBGs e LAGs. No Chile, o MS estabelece que essa razão deva ser inferior a 2,0. Em nível de Brasil, o INCA apresenta dados de rastreamento referentes a alguns municípios antes da implantação do Programa Viva Mulher: Recife (PE), com a razão de 2,0 (1998); e Belém (PA) com a razão de 2,1 (1998)<sup>6</sup>. Neste estudo, observa-se que a razão variou de 8,17, em 2001, para 6,83, em 2005, mostrando leve tendência de queda nesse indicador. Entretanto, verifica-se no período uma redução no diagnóstico das LBGs de 3.098, em 2001, para 2.314, em 2002, e uma estabilização no diagnóstico das LAGs de 306, em 2003, para 339, em 2005.

## CONCLUSÃO

Pela presente pesquisa, conclui-se que o percentual de exames na faixa etária da população-alvo, com variação de 78,07% de 2001 a 75,78% em 2005, é semelhante ao padrão de cobertura nacional diagnosticado pelo inquérito domiciliar do INCA, estando abaixo dos 80% que é o parâmetro do MS.

Os indicadores de rastreamento mostraram uma elevação de exames no limite da normalidade de 1,86%, em 2001, para 2,23%, em 2005; uma redução das atipias celulares de 5,13%, em 2001, para 1,0%, em 2005; uma redução de amostras insatisfatórias de 4,3%, em 2001, para 3,45%, em 2005, vislumbrando um envolvimento positivo dos profissionais que executam as atividades de coleta e leitura das lâminas.

A razão entre as LBGs e as LAGs mostrou uma tendência de queda; porém destaca-se um decréscimo no número de diagnósticos de LBGs e uma estabilidade nos de LAGs, demonstrando serem necessárias medidas de implementação para a mudança do perfil das lesões precursoras, uma vez que a detecção precoce por meio de rastreamento populacional oferece maiores chances de cura, sobrevida, qualidade de vida e melhor relação custo/efetividade.

Para execução de um programa dessa magnitude, devem ser definidas as atribuições em todos os níveis de serviços, acompanhadas de qualificação formal, treinamentos, monitoramento e motivação. Tais dados deixam transparecer que os profissionais que atuam nas etapas de recrutamento da população-alvo, na coleta de

material para o exame Papanicolau e no processamento das lâminas nos laboratórios credenciados, estão correspondendo às expectativas de desempenho, superando as peculiaridades regionais desse imenso Estado. Em contrapartida, a participação das mulheres pode exprimir a consolidação desse programa de prevenção, haja vista que a elevação do número de repetição do Papanicolau associada à queda da informação "não sabe" pode representar a redução da dificuldade de acesso, melhores registros, a desmistificação e a melhor divulgação sobre a importância desse exame.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar**

### REFERÊNCIAS

- Mirra AP. Registro de Câncer no Brasil e sua História. São Paulo: Tomgraf; 2005.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância der Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.
- Programa Viva Mulher. Revista brasileira de cancerologia 1997 abr./ jun; 43( 2).
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual anual de controle das DST. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST/AIDS; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Falando sobre Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002a.
- \_\_\_\_\_. Viva Mulher. Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002b.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama. [acesso em: 2005 jun 28]. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br>
- Oliveira MMC. Prevenção e controle de câncer no estado do Amazonas. Manaus: 2003. [acesso em: 2005 jun 23]. Disponível em: URL: <http://saudebrasilnet.com.br>
- Fundação de Controle em Oncologia. Coordenação dos Programas de Prevenção e Controle do Câncer da FCECON. Relatório Anual. Manaus: 2001.
- \_\_\_\_\_. Relatório Anual. Manaus: 2002.
- \_\_\_\_\_. Relatório Anual. Manaus: 2003.
- \_\_\_\_\_. Relatório Anual. Manaus: 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico - profissionais de saúde. Brasília: 2002c.
- Naud P. Detecção precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino através de inspeção cervical. [tese] Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2006.
- \_\_\_\_\_. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2006.
- Pinho AA, França Júnior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para realização ou não dos testes de papanicolau no município de São Paulo. Cad Saude Publica 2003 mar./abr.: 19( 2): 303 - 13.
- Nascimento MDSB, Pereira ACS, Silva AMN, Silva LM, Viana GMC. Programa nacional de combate ao câncer do colo do uterino: análise de aspectos citológicos e epidemiológicos. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23(4).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais e condutas clínicas preconizadas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2003.
- Roberto Neto A, Ribalta JCL, Fochi J, Baracat EC. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero do Ministério da Saúde. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23 (4).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico - Organizando a assistência. Brasília: 2002.

### **Abstract**

The study aimed to evaluate the uterine cervical cancer screening indicators in the Amazonas, Brazil, from 2001 to 2005. It was a descriptive study, with ecological and time-based analysis of the methods used by the program, using IBGE and SISCOLO/DATASUS as database. The data were stored at software Excel and analyzed at Software Epi-Info. The target-population coverage rate proportion varied from 75.78% to 78.07%; the first time exams fulfillment oscillated from 8.89% to 27.17%. Results considered within normality were 1.86% in 2001 and 2.23% in 2005; atypical cells varied between 5.13% and 1.00% and unsatisfactory samples varied between 4.3% and 3.45%. The ratio between low grade-Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) and high grade-CIN scored 8.17 and 6.83. The target-population exams concentration rate has scored similarly to the national standard, though it is still below developed countries standards. The percentage of population who informed being examined for the first time has kept stable; however, a reduction in the number of answers "does not know" and an increase in the number of positive answers for previous examination imply a good performance of the program accessibility and information. Mass screening indicators showed elevation of normality-edge exams and atypical cells reduction. The ratio between low grade-CIN and high grade-CIN showed a tendency to decrease, pointing out a low grade-SIL decrease and high grade-CIN stability, demonstrating that measures are necessary to change the precursory lesions profile.

**Key words:** Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Indicators; Epidemiology, Descriptive; Amazonas State

### **Resumen**

El estudio tuvo como objetivo evaluar los indicadores de rastreo del cáncer de cuello uterino en Amazonas en el período de 2001 a 2005. Un estudio descriptivo, con análisis ecológico y temporal de los métodos utilizados por el programa, teniendo como fuente de datos el IBGE y el SISCOLO/DATASUS. Los datos fueron almacenados en el programa Excel y analizados en el programa Epi-Info. La tasa de cobertura de la población meta osciló entre 75,78% y 78,07%; la realización de exámenes, por primera vez, osciló entre 8,89% y 27,17%. Los resultados dentro de la normalidad fueron de 1,86% en 2001 y 2,23% en 2005, las atipias oscilaron entre 5,13% y 1,00% y las muestras insatisfactorias entre 4,30% y 3,45%. La relación entre las lesiones precursoras de bajo grado (LBG) y las lesiones precursoras de alto grado (GAL) fue de 8,17 y 6,83. La tasa de concentración de exámenes de la población meta se encuentra de acuerdo con el estándar nacional, pero aún por debajo de los estándares de los países desarrollados; el porcentual de esta población que declaró haber realizado el examen por primera vez se mantuvo estable, sin embargo la reducción de la respuesta "no sabe" y el aumento de la respuesta positiva para el examen anterior insinúa el buen desempeño del programa en cuanto a la accesibilidad e información; los indicadores de rastreo mostraron una elevación de exámenes en el límite de la normalidad y reducción de las atipias celulares. La relación entre las LBG y las LAG mostró tendencia hacia la caída, destacándose una disminución de las LBG y una estabilidad de las LAG, demostrando que son necesarias medidas para el cambio de perfil de las lesiones precursoras.

**Palabras clave:** Neoplasias del Cuello Uterino; Tamizaje Masivo; Indicadores; Epidemiología Descriptiva; Amazonas