

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELLE GRAÇA CAVALCANTE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PROPOSTA DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE ÓBITOS
POR NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO AMAZONAS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DANIELLE GRAÇA CAVALCANTE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PROPOSTA DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE ÓBITOS
POR NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO AMAZONAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Professor Orientador:

M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PROPOSTA DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO NO AMAZONAS** de autoria do aluno **DANIELLE GRAÇA CAVALCANTE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Prof. M.Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

ÍNDICE

RESUMO	iv
1 INTRODUÇÃO	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
3 MÉTODO.....	6
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	9
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
6 REFERÊNCIAS.....	16
FIGURA 1.FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ACESSO EM 25.02.2014.....	11
FIGURA 2. FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ACESSO EM 25.02.2014.....	11
FIGURA 3. FONTE: MS/SVS/DASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM. ACESSO EM 25.02.2014.....	12
TABELA 1. NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO.ÓBITOS P/RESIDÊNC POR RAÇA/COR E ANO DO ÓBITO	9
TABELA 2. NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO.ÓBITOS P/RESIDÊNC POR ESCOLARIDADE E ANO DO ÓBITO	10

RESUMO

O câncer de útero tem cura, especialmente quando ele é identificado e tratado precocemente. Segundo o INCA, o Instituto do Câncer no Brasil, quando estes 2 fatores estão presentes, as chances de cura para o câncer de útero podem chegar a 100%. No entanto segundo dados do SIM, Sistema de Informação de Mortalidade, o Amazonas no período de 2006 a 2011 foram registrados um total de 1124 óbitos. Considerando a média de 187 por ano, ou seja, em linhas gerais a cada dois dias uma mulher morreu por neoplasia maligna do colo do útero nos últimos 6 anos. Este estudo propõe identificar o perfil das mulheres que morrem por câncer de colo de útero segundo faixa etária, escolaridade, cor/raça, e partir deste levantamento, propor ações de enfrentamento factíveis.

PALAVRAS CHAVE: Perfil, Mortalidade, Câncer, Colo do útero

ABSTRACT

Cancer of the uterus have healing, especially when it is identified and treated early. According to INCA, the Cancer Institute in Brazil, when these two factors are present, the chances of cure for uterine cancer can reach 100%. However according to the SIM, Mortality Information System, in Amazonas in the period 2006 to 2011 were recorded a total of 1,124 deaths. Considering the average of 187 per year, in general every other day a woman died from malignant neoplasm of the cervix in the past 6 years. This study aims to identify the characteristics of women who die from cervical cancer according to age, education, ethnicity / race.

KEYWORDS: Profile, Mortality, Cancer, Cervical

1 INTRODUÇÃO

Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

No Brasil no período de 2006 a 2011 foram registradas 2.9375 mortes por neoplasia maligna do colo de útero, média anual de 4.896 óbitos. A região Norte é a terceira região com maior número de registro de morte no período um total de 3.269 com média de 545 obitos ano. No Amazonas no mesmo período foram registrados um total de 1124 óbitos com média de 187 ano, que nos leva ao inospito calculo de que a cada dois dias uma mulher morreu de neoplasia maligna do colo do útero nos ultimos 6 anos.

A taxa de mortalidade reflete o risco de morte em um determinado período em uma população específica, é a medida mais freqüentemente utilizada para estudos geográficos. As informações obtidas através do recolhimento sistemático das informações presentes nos atestados de óbito são as mais simples e acessíveis para o estudo das condições de saúde de uma população.

Desde sua criação em 1975, as informações contidas nas declarações de óbito passaram a ser codificadas, tabuladas e divulgadas em anuários estatísticos do Ministério da Saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, então CID-9. Em 1996, passou-se a utilizar a tradução da CID-10 em língua portuguesa para classificar as informações sobre mortalidade. Portanto neste estudo de Mortalidade por Câncer de colo uterino, as informações sobre o óbito foram organizadas por sexo, faixa etária, Brasil, regiões, unidade da federação (local de residência), municípios e causa de morte segundo Classificação Internacional de Doenças – CID

10. A fonte das informações de óbitos por câncer é do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

Considerando que o método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero) e, que o rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer, e evolução para o óbito, propõe-se destacar o perfil das mulheres que morreram de câncer no Amazonas no período de 2006 a 2011 com objetivo de propor direcionamento nas ações que possam ter potencial eficácia no enfrentamento a mortalidade por câncer de colo uterino.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Programa nacional de controle do câncer de colo do útero tem o objetivo de diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero.

Impulsionado pelo Programa Viva Mulher, criado em 1996, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado pela presidente da República, Dilma Rousseff, em Manaus no ano de 2011. Com as novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (disponível em www.inca.gov.br/utero), a recomendação da faixa etária da população-alvo do rastreio foi estendida de 25 a 59 anos para 25 a 64 anos, seguindo a tendência internacional de aumento.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres.

Segundo a OMS, mais de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países em desenvolvimento, que concentram 82% da população mundial [4]. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em

desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados.

Nos registros do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014) o câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Dependendo da origem do epitélio comprometido duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero destacam-se: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos). Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 275 mil mulheres por ano [1].

No Brasil, em 2012, são esperados aproximadamente 17.540 casos novos de câncer de colo do útero, com um risco estimado de 17 casos novos a cada 100 mil mulheres [2]. Em 2011, a neoplasia por câncer de colo do útero representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres com 5.160 óbitos, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,66 óbitos para cada 100 mil mulheres [3].

Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte, com 24 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 28/100 mil e 18/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente na região Sudeste (16/100 mil) e quarto na Sul (14/100 mil) [2]. Em 2011 apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 10,2 mortes por 100.000 mulheres, seguidas, neste mesmo ano, as regiões Nordeste (5,63/100 mil), Centro-Oeste (5,29/100 mil), Sul (4,19/100 mil) e Sudeste (3,55/100 mil) [3]. Representaram cerca 17% de todos os óbitos por câncer em mulheres, ocupando a primeira posição no país [5].

Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2014), o câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais [5 e 6] como no Amazonas qu em 2009 18 de cada 100.000mil mulheres tiveram registro de óbito po neoplasia de colo de útero.

3 MÉTODO

O presente produto é um recurso de tecnologia de educação e administração para o monitoramento e análise da mortalidade por neoplasia maligna de colo de útero. Foi realizado na Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), instituição de formato administrativo único no Brasil, por está vinculado a Secretaria Estadual de Saúde e possuir status de esfera estadual. A FVS integra a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e laboratorial.

A fonte das informações de óbitos por câncer no Brasil utilizadas neste estudo foram extraídas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, utilizando o tabulador web tabnet no site do DATASUS. Neste estudo de Mortalidade por Câncer de colo uterino, as informações sobre o óbito foram organizadas por sexo, faixa etária, Brasil, regiões, unidade da federação (local de residência), municípios e causa de morte segundo Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Para referências populacionais foram utilizadas as estimativas populacionais, censitárias (2006 a 2011) utilizadas como denominadores para os cálculos das taxas de mortalidade, foram obtidas através do Datasus e fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As populações foram classificadas segundo sexo, raça/cor e faixa etária.

Métodos Estatísticos: Distribuição percentual – frequência relativa do número de eventos (óbitos) de uma determinada topografia em relação ao total de casos. $\times 100$; Distribuição por taxa bruta – quociente entre o total de eventos e a população sob risco. $\times 100.000$ pela população de referência para o período definido dividido pelo número total de um evento num período definido; Taxa específica – quociente entre o total de eventos por determinado atributo (idade, sexo, raça/cor) dividido pela população sob risco. $\times 100.000$

As variáveis utilizadas para tabulação foram: Óbitos por residência; Ano de ocorrência do óbito, com informações de 2006 a 2011; Causa - CID-BR-10: . 042 Neoplasia maligna do colo do

útero, Sexo – feminino e total; Faixa Etária – Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais, Idade ignorada (com soma das faixas de 1 a 4 anos e 5 a 9anos para adequar faixa de 1 a 9 anos); Local – município das capitais; Unidade da Federação - UF; Distrito Federal; região geográfica e Brasil.

Tipo de estudo: Quantitativo.

População de estudo: Casos registrados no SIM no período de 2006 a 2011.

Critério de Inclusão (ou elegibilidade) e Exclusão: foram considerados casos elegíveis todos os registros extraídos do tabnet/DATASUS.

Métodos e materiais aplicados: exportação dos dados do SIM registrados no tabnet/DATASUS de mortalidade geral para tabulação no TABWIN. Materiais: computador compatível com os sistemas de informação SIM, tabulador para Windows – TABWIN, Office 2008, ferramentas básicas de Excel (tabela dinâmica e fórmulas).

Limitação (ões) do estudo: Os bancos de dados ficam abertos permitindo a entrada de registros permanentemente. A correção dos dados provenientes das vinculações e correção na base local do SIM de registros de causas mal definidas podem contribuir para o aumento dos registros na base local não sendo refletida nacionalmente considerando que a base do tabnet/DATASUS está fechada.

Aspectos éticos (Aprovação ou submissão) no comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e/ou animais): não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida de site de domínio público.

Análise dos dados: para os dados quantitativos, análise descritiva simples. Para os dados qualitativos pareamento das informações do banco de dados com utilização de ferramentas básicas de Excel (tabela dinâmica e fórmulas) e Access.

Para elaboração do proposta de ação, considerou-se os dados epidemiológicos da série histórica, a complexidade geográfica para atuação em áreas onde historicamente predominasse a governança prioritária a doenças endêmicas transmissíveis, e a proposta de enfrentamento apresentada ao governo do estado do Amazonas para atuação compartilhada entre assistência á saúde – incluindo atuações na atenção primária, secundária e terciária – e vigilância em saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO: CONHECENDO PARA INTERVIR

4.1 Perfil dos óbitos por neoplasia maligna do colo do útero Amazonas 2006-2011

No período de 2002 a 2011 foram registrados no Amazonas 1124 óbitos por neoplasias malignas do colo do útero com média de 187/ano, sendo 2011 com maior volume de registro e 2007 o menor. Os registros indicam linha de tendência de crescimento.

Das regiões que apresentaram taxas por 100mil mulheres acima da média estadual destacam-se as regiões de Manaus e Entorno e Médio Amazonas, a região do Purús destaca-se por apresenta as menores taxas e ausencia de registros em 2006 e 2010.

Tabela 1. Neoplasia maligna do colo do útero. Óbitos p/Residênc por Raça/cor e Ano do Óbito

Cor/raça	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Branca	22	25	29	30	30	34
Preta	4	6	3	3	3	4
Amarela	-	-	5	2	-	-
Parda	122	97	149	158	168	174
Indígena	7	5	4	5	6	6
Ignorado	3	7	5	2	4	2
Total	158	140	195	200	211	220

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM acesso em 20.03.2014

A análise da cor ou raça mostra que, da população de mulheres que morreram por neoplasia maligna do colo de útero, residente no Amazonas, o maior registro é de mulheres de Cor/Raça parda – que na média anul ultrapassa os 75% –, seguidos por brancas – média anual de 15,22% com maior registro em 2007 de 17,86%.

As mulheres indígenas representaram a terceira maior média anual 3,02 % de mulheres residentes no Amazonas que faleceram por Neoplasia Maligna do colo de útero. Ressalte-se que, em termos relativos e absolutos, o Amazonas possui grande parte da população indígena da região Norte.

Quanto a cor/raça preta e amarela juntas possuem média anual 2,78%, e os casos ignorados respondem por 2,21% o que pode refletir a incompletude das informações da declaração de óbito no que refere ao campo cor/raça.

Tabela 2. Neoplasia maligna do colo do útero. Óbitos p/Residênc por Escolaridade e Ano do Óbito

Escolaridade	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nenhuma	27	39	40	36	40	47
1 a 3 anos	41	33	43	32	48	72
4 a 7 anos	45	33	59	75	63	41
8 a 11 anos	15	15	29	42	38	47
12 anos e mais	7	4	10	7	13	7
Ignorado	23	16	14	8	9	6
Total	158	140	195	200	211	220

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM acesso em 20.03.2014

Em relação ao número de anos de escolaridade informados, pela média anual 72,01% das mulheres que morreram por neoplasia maligna do colo do útero eram alfabetizadas, sendo 51,89% com ensino fundamental incompleto, 15,91%, ensino fundamental completo, e 4,21% que chegaram ao nível superior. Os casos sem nenhuma escolaridade informada ou registro como ignorado, representam média anual de 27,99%.

A faixa etária para rastreamento do câncer de colo uterino pre-estabelecida pelo Instituto Nacional do Câncer é de 25 a <65 anos.

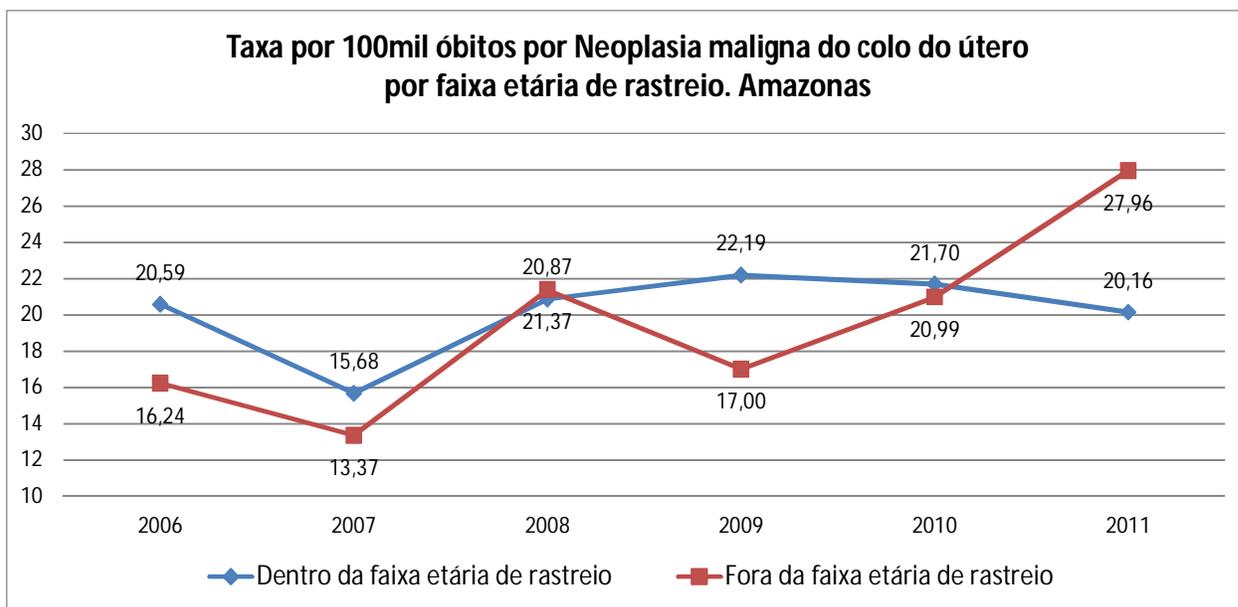


Figura 1. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Acesso em 25.02.2014.

Considerando a taxa por 100 mil habitantes identificou-se uma tendência de aumento de registro de óbitos fora da faixa etária de rastreo, em especial na faixa etária entre 70 e 75 anos que registrou em 2006 sete casos e em 2011 registrou 20 casos.

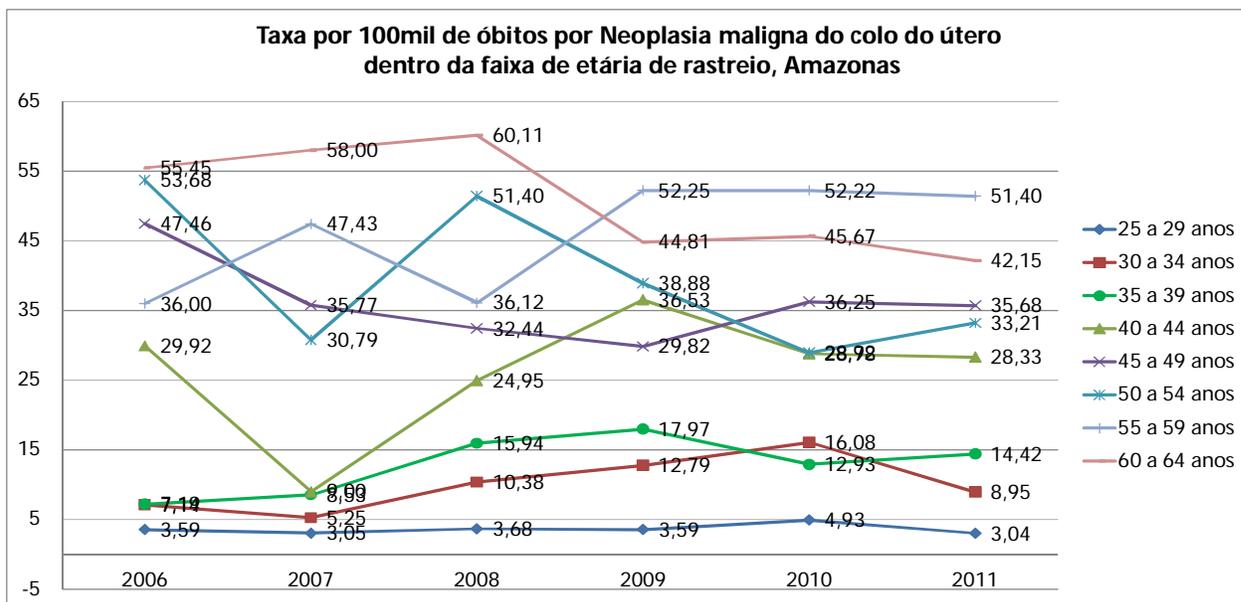


Figura 2. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Acesso em 25.02.2014

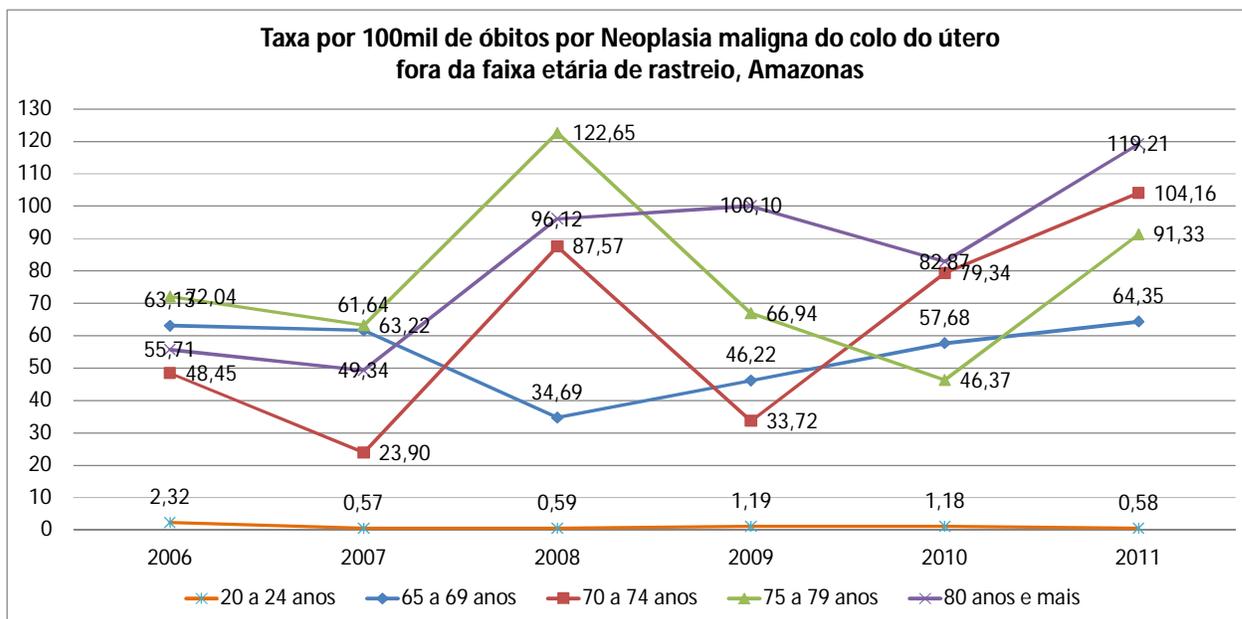


Figura 3. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Acesso em 25.02.2014

5. PLANO DE AÇÃO

5.1 OBJETIVO GERAL:

Fortalecer os serviços de saúde para o enfrentamento e redução das mortes por cancer de colo do utero.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Fomentar a institucionalização da vigilância de óbitos por DCNT;
- Implementar a gestão da informação, com melhoria do aporte tecnológico;
- Incentivar implementação de capacitação de RH relacionado à temática;

- Articular ações para o alcance das metas contratualizadas no Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) e na Agenda Estratégica da Vigilância em Saúde em relação ao tema de DCNT.

As ações inerentes ao plano serão coordenadas por representantes das Secretarias de Estado da Saúde e Fundação de Vigilância em Saúde bem como parceiros das respectivas Secretarias Municipais para o desenvolvimento das atividades relacionadas as:

EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE	III: CUIDADO INTEGRAL (ASSISTÊNCIA)
<ul style="list-style-type: none"> • Implementação dos sistemas de informação em saúde locais; • Estruturação da vigilância e prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis nos municípios; • Elaboração de relatório anual de análise de situação em saúde sobre as doenças crônicas e agravos não transmissíveis. • Divulgação das informações epidemiológicas obtidas a partir das análises de rotina, dos inquéritos e dos estudos realizados sobre DCNT, nos níveis locais de saúde e outras instâncias; • Assessoramento contínuo aos órgãos de decisão e gestores do SUS; • Monitoramento do perfil epidemiológico da mortalidade por DCNT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde na atenção primária; • Mobilização social e participação em eventos de concentração de massa populacional para fomento da promoção a saúde e prevenção de DCNT; • Incentivo à desenvolvimento de programas de comunicação e marketing social na atenção primária, para promoção à saúde e a adoção de estilos de vida saudável; • Realizar atividade de promoção da saúde com ênfase nos fatores de risco e proteção para DCNT, vinculada às atividades da copa do mundo de futebol e outros eventos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo as ações integradas entre atenção primária, secundária e terciária em saúde para redução das mortes por DCNT; • Incentivo a capacitação para gestores e profissionais do SUS e outros setores para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde e prevenção das DCNT's da atenção á saúde primária, secundária e terciária; • Melhorias do acesso à programas de reabilitação para pacientes com seqüelas; • Implementação da rotina solicitação de exames de mamografia e ultra-sonografia para rastreamento/diagnóstico de colo de útero; • Ampliação de cadastro de cartão SUS, para acelerar o atendimento na solicitação de exames e consultas com referencia as especialidades;

5.3 AÇÕES PRIORITÁRIAS:

Ação	2013	2014	2015	2016
EIXO I: VIGILÂNCIA, INFORMAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO				
Melhorar o aporte tecnológico (<i>hardwer e softwer</i>) para implementação dos sistemas de informação em saúde;	2.º sem	2.º sem	2.º sem	2.º sem
Incentivar a estruturação da gestão da vigilância na prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis nos municípios para a execução das ações de vigilância, prevenção e monitoramento dos fatores de risco e proteção da morbidade e da mortalidade;	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
Fomentar a elaboração de relatório anual de análise de situação em saúde, incluindo análises sobre as doenças crônicas e agravos não transmissíveis utilizando os sistemas de monitoramento existentes: Sistemas de informação de morbimortalidade (Vigitel, PeNSE, PETab, VIVA), sistema de informações de mortalidade (SIM), e nascidos vivos (SINASC), dentre outros.	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
Promover divulgação das informações epidemiológicas obtidas a partir das análises de rotina, dos inquéritos e dos estudos realizados sobre DCNT, nos níveis locais de saúde e outras instâncias;	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
Colaborar com assessoramento contínuo aos órgãos de decisão e gestores do SUS, fomentando a utilização do conhecimento da realidade epidemiológica como suporte à gestão.	rotina	rotina	rotina	rotina
Monitoramento do perfil epidemiológico para acompanhamento da efetividade das ações de promoção da saúde implantadas no território de abrangência, com recomendações e sugestões de estratégias aos municípios para a redução das mortes por DCNT.	rotina	rotina	rotina	rotina
EIXO II: PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Promover nivelamento da informação sobre a temática para fortalecimento das ações de promoção e prevenção de DCNT na atenção primária, com participação do controle social;	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
Incentivar mobilização social/participação de eventos de concentração de massa populacional para fomento da promoção a saúde e prevenção de DCNT;	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
Incentivar o desenvolvimento de programas de comunicação e marketing social junto à população utilizando meios de comunicação visual, rádios, mídia impressa e eletrônica, e também a parceria com as Unidades Básicas de Saúde e escolas próximas ao local onde serão realizadas as atividades que visam promoção à saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis;	1.º sem	1.º sem	1.º sem	1.º sem
EIXO III: CUIDADO INTEGRAL (ASSISTÊNCIA).				
Realizar ações integradas entre atenção primária, secundária e terciária em saúde para redução das mortes por DCNT evitáveis;	1.º sem	rotina	rotina	rotina
Incentivo a capacitação para gestores e profissionais do SUS e outros setores para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde e prevenção das DCNT's na atenção primária, secundária e terciária;	2.º sem	rotina	rotina	rotina
Articulação intersetorial para garantir o acesso à programas de reabilitação aos pacientes com seqüelas;	1.º sem	rotina	rotina	rotina
Realizar ações de promoção á saúde com ênfase nos fatores de risco e proteção para DCNT's, vinculada às atividades da copa do mundo de futebol e outros eventos;	periódico	periódico	periódico	periódico
Incentivar a ampliação de cadastro de cartão SUS, para acelerar o atendimento na solicitação de exames e consultas com referencia as especialidades;	1.º sem	rotina	rotina	rotina

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consabido que as dificuldades geográficas características do Amazonas dificultam o acesso a atenção a saúde em todos os níveis de atenção a saúde. Diferente da região Sudeste do Brasil o Amazonas ainda apresenta altas taxas por 100 mil habitantes de mortalidade por neoplasia maligna de colo de útero.

A análise do perfil de mulheres, segundo escolaridade, cor/raça e faixa etária, que morreram por neoplasia maligna do colo uterino no período de 2006 a 2011, permitiu identificar que o maior número de registros de óbitos foi de mulheres alfabetizadas, de cor/raça parda, e faixa etária entre 40 a 45 anos. Isto posto, a proposta consideramos as seguintes propostas que possivelmente podem culminar na redução dos óbitos por neoplasia maligna de colo de útero, sendo:

- O total de 11 óbitos na faixa etária entre 20 e < de 25 anos, que está fora da faixa etária de rastreamento de acordo com as referências literárias, bem como a faixa etária acima dos 65 anos que somou no período 199 óbitos, torna interessante a realização de um inquérito para rastreamento de câncer do colo de útero na faixa etária de 15 a 25 anos, considerando que estes resultados possam apontar uma nova proposta para início do rastreamento do câncer do colo uterino no Amazonas.
- A implantação de um centro qualificador em ginecologia para diagnóstico do câncer do colo uterino é uma opção para identificação de casos ainda na fase inicial da doença possibilitando maior probabilidade de cura.
- Qualificação da coleta e transporte de lâminas para reduzir as o número de lâminas insatisfatórias para leitura.
- E implantação do Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) para os laboratórios credenciados melhorando não só a qualidade e fidedgnidade do resultado dos exames, mas também a entrega oportuna do resultados dos exames possibilitando tratamento em tempo oportuno

6 REFERÊNCIAS

[WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2012. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acesso em: 01/10/2013.

UN DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. The world population prospects: the 2008 revision. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/topics/2008_populationstats/en/index.html>. Acesso em: 26 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acesso em: 01/10/2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Conceito e Magnitude. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uteri/conceito_magnitude. Acesso em: 20/03/2014.