



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE
E SECRETARIADO – FEAACS
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

GUSTAVO BELÉM MOURA

DESENHO DE UM PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO NO CEARÁ

Fortaleza - CE
2016

GUSTAVO BELÉM MOURA

**DESENHO DE UM PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO NO CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Ciências Econômicas na Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo – FEAACS da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Economia.

Orientador: Prof. Guilherme Irffi

**Fortaleza – CE
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Pós Graduação em Economia - CAEN

-
- M886d Moura, Gustavo Belém
 Desenho de um programa de diagnóstico precoce para câncer de colo de útero no Ceará /
 Gustavo Belém Moura. – 2016.
 41f. il. color., enc. ; 30 cm.
- Monografia (graduação em Ciências Econômicas) – Universidade Federal do Ceará ,
 Graduação em Ciências Econômicas, Fortaleza, 2016.
 Orientação: Prof. Dr. Guilherme Irffi
1. Economia da saúde 2 Câncer de colo de útero I. Título.

CDD 362.11

GUSTAVO BELÉM MOURA

**DESENHO DE UM PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOCE PARA CÂNCER
DE COLO DE ÚTERO NO CEARÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Ceará – UFC como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Economia.

Aprovada em 18/02/2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. (Orientador) Guilherme Irfi
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof(a). Mércia Santos da Cruz
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Ms. Maitê Rimekká Shirasu
Universidade Federal do Ceará (UFC)

*À Deus, à minha esposa e família, professores e amigos
pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a DEUS, por todas as graças que me tem oferecido ao longo da minha vida. Que me protegeu e deu forças para concluir esta grande etapa da minha vida.

Ao meu orientador Guilherme Irffi pelas sugestões, considerações, dedicação e paciência que contribuíram para o resultado final deste trabalho, pois sem seus preciosos conselhos e orientações não teria concluído.

À minha esposa, Regiane Chaves, por sempre estar ao meu lado, pelo incentivo, dedicação e companheirismo nesse momento da minha vida acadêmica.

A minha mãe, Maria Elizabeth, pela educação e confiança nas minhas decisões.

Aos meus professores, estimuladores do aprendizado e do crescimento.

À minha família e demais amigos que de alguma forma também me apoiaram nesse trajeto de minha vida.

Meus sinceros agradecimentos.

“Tudo aquilo que se compartilha, se multiplica.”
Papa Francisco

RESUMO

No Brasil, o câncer de colo de útero é uma das neoplasias mais comuns em mulheres, sendo a quarta causa de morte por câncer em mulheres no país, principalmente, nas áreas menos desenvolvidas do Brasil. Diante disso, é necessário investir na promoção da saúde e na melhoria da assistência as mulheres, para que muitas complicações possam ser evitadas ou detectadas precocemente por meio de ações da atenção primária, as quais envolvem uma assistência qualificada. Neste sentido, apresenta-se o *Projeto Útero é Vida*, bem como seu marco lógico e os indicadores de produtos, resultados e impactos, além de um desenho de avaliação de impacto do Projeto, que tem como objetivo capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da saúde e contribuir para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino. Para isso, preconiza um acompanhamento integral por parte da Equipe de Saúde da Família, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, os quais exercem ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, levando a saúde para mais perto da comunidade. Espera-se a partir do desenho deste Programa contribuir para elaboração de uma política que visa à redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo uterino a partir da identificação precoce nas mulheres. O que tende a gerar uma maior eficiência econômica, haja vista que a política é voltada para o diagnóstico precoce, isto é, detecção de casos em estágio inicial, tende a diminuir os gastos com tratamento além de aumentar a chance de cura (maior eficiência) e, por conseguinte, reduzir a mortalidade por câncer de colo uterino.

Palavras-chaves: Câncer do colo de útero, Agentes Comunitários de Saúde, Prevenção, Marco Lógico, Desenho de Avaliação.

ABSTRACT

Cervical cancer is the most common cancer in women worldwide. In Brazil, this cancer is the fourth leading cause of cancer death in women, the most common type in some less developed areas of the country. It is increasingly necessary to invest in health promotion and improving assistance to women, so many complications can be prevented or detected early through the actions of primary care, which involve a qualified assistance, a comprehensive monitoring by the Family Health Team, including the Community Health Agents, which exert prevention, promotion, recovery and rehabilitation of the people fully and continuously, leading to health closer to the community. The uterus is Life Project aims to empower Community Health Workers to promote health and contribute to reducing the incidence and mortality from cervical cancer. It will be developed in the city of Acaraú. The expected results are to contribute to reducing the incidence and mortality from cervical cancer early detection in women and economic efficiency, since the investments made with early treatment, ie in its early stages, are smaller than Investments in advanced stage and ensure greater assertiveness and efficiency in healing and reducing the incidence and mortality from cervical cancer.

Keywords: Cervical Cancer, Community Health Agents, Prevention Investment Cost.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CPO	Centro Paulista de Oncologia
CRES	Coordenadores Regionais de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HPV	Human Papilomas Vírus
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PIDAAC	Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer
PSH	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha de cuidado do câncer de colo de útero.....	214
Figura 2: Fluxograma de diagnóstico do colo de útero	25
Figura 3: Referências básicas do Programa Útero é Vida.	31
Figura 4: Marco Lógico do Programa Útero é Vida.....	314

LISTA DE QUADROS

Gráfico 1: Taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por câncer do colo do útero. Regiões. Brasil, 1983 a 2013	14
Gráfico 2: Taxas brutas de mortalidade por câncer do colo do útero segundo grupo etário. Brasil e regiões, 2013	25
Gráfico 3: Taxa bruta de mortalidade por câncer de colo de útero, por 100.000,00 mulheres, por Regional de Saúde, no Ceará no ano de 2013.	31

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. O Sistema de Saúde no Brasil - Oferta.....	176
2.1.A Situação da Oferta de Saúde Pública no Ceará.....	19
2.2 Oferta de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará	19
3. Câncer de Colo de Útero - Demanda.....	1
4. Os Custos Econômicos associados ao Câncer do Colo de Útero	20
5. O Programa de Diagnóstico Precoce	27
5.1 O Marco Lógico do Programa	27
5.1.1 O Programa.....	28
5.1.2 Descrição	28
5.1.3 Objetivos:	29
5.1.4 Ações	29
5.1.5 Público Alvo	29
5.1.6 Agentes Comunitários de Saúde.....	28
5.1.7 Avaliação do Programa	28
5.1.8 Mapeamento da incidência e mortalidade do câncer do colo de útero.....	29
5.2 A Construção do Marco Lógico	31
5.3 O Custo do Programa Útero é Vida.....	32
5.4 O Desenho de Avaliação do Programa Útero é Vida	33
5.4.1 Indicadores de Impacto.....	33
5.4.2 Grupos de Tratamento e de Controle.....	33
5.4.3 Fonte e Coleta de Dados	34
5.4.4 Metodologia Econométrica	34
5.4.5 O Retorno econômico	35
6. Considerações Finais	37
Referências Bibliográficas.....	Erro! Indicador não definido.

1. Introdução

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para o biênio 2016-2017 no Brasil, conforme a publicação Estimativa 2016 – Incidência de Câncer no Brasil. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico mostra que os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais freqüentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais freqüentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

O Ministério da Saúde (MS) e o INCA apresentaram os números em 2014 que refletem a tendência geral de aumento do número de casos novos de câncer, resultado do processo de envelhecimento da população brasileira. Contudo, há uma tendência de queda do câncer de pulmão, em homens, resultado de longo prazo das ações dos programas nacionais de controle do tabagismo, e do câncer do colo do útero.

O câncer de colo do útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente de vários tipos de vírus o Papiloma Vírus Humano (HPV), também chamados de oncogênicos. A infecção genital por este vírus é muito freqüente e, na maioria das vezes, não causa doença. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer.

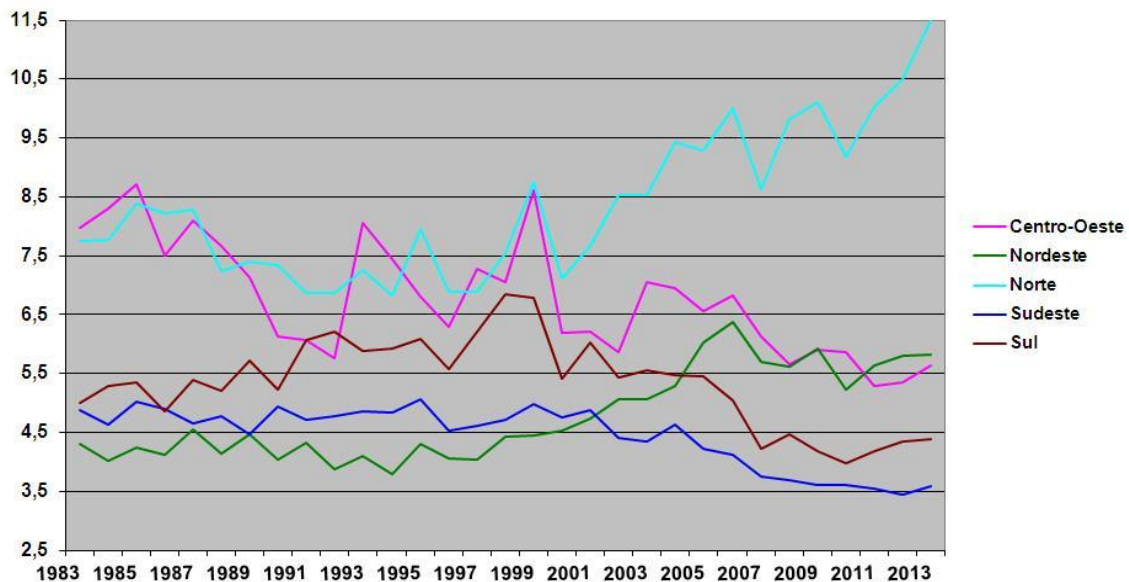
Vários fatores contribuem para que ocorra o desenvolvimento deste tipo de câncer como, por exemplo, a alimentação, a multiparidade, a menarca precoce e outros. Mas pode ser considerada como principal fator, a infecção causada pelo HPV, que possui diversos subtipos sendo alguns de alto risco e relacionados a tumores malignos, ou seja, alterações celulares que poderão evoluir para o câncer.

Esse tipo de câncer é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. No entanto, essa patologia pode ser diagnosticada pelo exame preventivo conhecido como Papanicolau. Diante do alto percentual de cura, quase 90% através da citologia ou exame do Papanicolau, recomenda-se a realização periódica deste exame para que o diagnóstico seja precoce, conforme pesquisa realizada pela oncogüia em 2015.

Um dos principais fatores de risco do câncer de colo de útero é a infecção pelo vírus HPV, detectado em mais 99% dos casos. A melhor forma de se prevenir é tomando as três doses da vacina contra HPV e realizar a rotina ginecológica. A vacina protege contra os tipos de HPV responsáveis por 70% dos cânceres do colo de útero. Outros fatores de risco são tabagismo, obesidade e má alimentação. Portanto, é uma doença que, além de ter altas chances de cura se for descoberta cedo, pode ser evitada. (NETO, 2013).

De acordo com o INCA (2015), o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce, tanto que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva, isto é, estágio mais agressivo. E, em 2013, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*, que é uma lesão localizada. Entretanto, o diagnóstico precoce ainda se mostra insuficiente como sinalizado nas estimativas de incidência e tendência de mortalidade, pois em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia. Nesse mesmo ano, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade ajustada* pela população mundial por câncer do colo do útero. Regiões. Brasil, 1983 a 2013



*Taxa por 100 mil mulheres
Fonte: INCA, 2015.

Na análise regional, quanto à mortalidade, é a região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento (gráfico 1). Em 2013, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,51 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,83/100 mil e 5,63/100 mil. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (4,39/100 mil e 3,59/100 mil) representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres.

A partir do diagnóstico precoce, espera-se que o tratamento do câncer seja facilitado e, ainda, possa propiciar melhor qualidade de vida para a paciente. Além disso, espera-se reduzir os custos do tratamento e a incidência de mortalidade em função dessa doença, inclusive existem diversos custos diretos e indiretos envolvidos

Diante disso, é necessário investir na prevenção por meio de informações concedidas pelas unidades básicas de saúde às mulheres e pelo exame preventivo de câncer de colo do útero. Todavia, para que aconteça o diagnóstico precoce é fundamental dirimir alguns entraves como, por exemplo, as dificuldades de absorção da demanda e das gestões na definição do fluxo assistencial em diferentes níveis de referência, além de qualificar (capacitar) os profissionais de saúde.

Assim, verifica-se a necessidade de investir cada vez mais na capacitação dos profissionais para que aumente o número de diagnóstico precoce de câncer de colo de útero de modo a qualificar e contribuir para a redução da incidência e mortalidade por esse tipo de câncer. Para isso, essa monografia tem como modelo desenhar uma política de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que visa municiar as mulheres sobre a importância de realizar exames preventivos como o Papanicolau. A opção por utilizar os ACS (e a equipe de Saúde da Família) se justifica pelos vínculos que esses profissionais possuem com a comunidade.

Adicionalmente, visando auxiliar o gestor público na consecução do Programa de diagnóstico precoce, se propõe a fazer o Marco Lógico para que seja possível executar, monitorar e avaliar, tanto resultados quanto os impactos dessa ação. Ressaltando que para elaboração do Marco Lógico, se faz necessário estabelecer indicadores de insumo, produtos, ofertas, resultados e impactos.

Para alcançar esses objetivos, optou-se por dividir o trabalho em mais cinco seções, além desta introdução. A próxima contempla a oferta de serviços de saúde pública no Ceara,

haja vista que os equipamentos e a mão de obra são considerados insumos para execução da política aqui desenhada e o mapeamento da incidência do câncer do colo de útero, pois a alta incidência em determinadas regiões do estado pode influenciar no cronograma de formação de turmas de ACS. Os custos econômicos associados ao câncer de colo de útero são reportados na terceira seção. A descrição do Marco Lógico e o desenho do Programa de Diagnóstico Precoce compõem a quarta seção. E, por fim, são apresentadas as recomendações para execução do *Programa Útero é Vida*.

2. O Sistema de Saúde no Brasil – Oferta

Para fornecer uma atenção mais específica e adequada, a oferta de saúde foi descentralizada para melhorar a triagem dos casos e, diminuir a demanda dos centros especializados de alta complexidade para casos de menor urgência ou de fácil resolução. Dessa forma, a oferta de saúde passou a ser a nível Primário, Secundário e Terciário.

As Unidades Básicas de Saúde (os Postos de Saúde) são classificadas como Nível Primário, por se configurar a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Nelas estão as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e de responsabilidade do município. Nesse nível de atenção são marcados exames e consultas além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

No Nível Secundário, estão as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento, bem como Hospitais Escolas, que por meio de uma rede de unidades especializadas – ambulatorios e hospitais –, devem garantir o acesso à população sob sua gestão. Nesse nível, são realizadas assistências nas especialidades básicas (pediatria, clínica médica e obstetrícia), além dos serviços de urgência e emergência, ambulatório eletivo para referências, assistência a pacientes internados e ainda treinamento, avaliação e acompanhamento da Equipe de Saúde da Família (ESF). Adicionalmente, são realizados procedimentos de intervenção, bem como tratamentos de doenças crônicas e agudas (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013).

Já no Nível Terciário, estão os Hospitais de Grande Porte, sejam mantidos pelo estado seja pela rede privada. Neles são realizados procedimentos mais invasivos e de maior risco à vida, bem como condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Além disso, podem funcionar nesses hospitais serviços Quaternários, de transplante de tecidos, como pulmão, coração, fígado, rins, dentre outros.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 com o objetivo de melhorar o acesso e potencializar a resolutividade das ações. A ênfase do novo sistema recai sobre a promoção da saúde, a melhoria de acesso do cidadão e na saúde como qualidade de vida e não mais como ausência de doenças, tendo a integralidade, a universalidade e a resolutividade como norteadores da organização dos serviços (BRASIL, 2015).

Para organizar e fortalecer a APS no país, o Ministério da Saúde definiu a Saúde da Família como estratégia prioritária. Nessa Estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma

articulada (interdisciplinar), que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade.

Cada equipe é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e por ACS, cujo total não deve ultrapassar a 12. Essa equipe pode ser ampliada com a incorporação de profissionais de Odontologia: cirurgia-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL 2015).

Quando a equipe não é composta pela formação mínima é chamada de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os quais ACS são considerados os pilares da Equipe de Saúde da Família (ESF), uma vez que foram criados visando envolver ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, levando a saúde para mais perto do paciente/comunidade, uma vez que são responsáveis pelo acompanhamento das famílias de uma área delimitada, na qual eles devem residir.

Dentre as suas atribuições estão: a identificação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que possam interferir na saúde da população da sua área, o planejamento de ações estratégicas juntamente com a equipe e o acompanhamento da comunidade através de visitas domiciliares, além de atividades educativas individuais e coletivas (BRASIL, 2009).

Em outras palavras, a equipe de saúde precisa conhecer a realidade da comunidade e para isso deve obter informações para identificar as principais necessidades em saúde do local. Com essas informações, é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a execução das ações. Através das visitas domiciliares, os ACS conseguem estabelecer um vínculo de confiança e proximidade com as famílias, pois acabam conhecendo suas reais condições de vida e necessidades, facilitando a criação de estratégias de promoção e proteção da saúde em conjunto com a equipe de ACS de forma mais direta e eficiente.

A Promoção da Saúde, por sua vez, representa uma das possibilidades de intervenção sobre a saúde na perspectiva individual ou coletiva, que introduz uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes de maneira reflexiva. As estratégias de promoção da saúde são realizadas através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, nos seus diversos setores, seja ambiental, social ou cultural, bem como do reforço da capacidade dos indivíduos e comunidades através do fortalecimento social.

Nesse contexto, Barroso (2007) reforça a ideia de que a saúde envolve o indivíduo em sua organização de vida cotidiana, tal como esta se expressa, através não só do trabalho, como também do lazer – ou da sua ausência, enfim do seu estilo e condições de vida.

A Promoção da Saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. É realizada mediante a intervenção sobre os recursos humanos e matérias nelas existentes, no sentido de intensificar a auto-ajuda e o apoio social, para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Tal intervenção requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

No que se refere à atenção a saúde, segundo Santos e Fracolli (2010), as propostas da Equipe de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) se baseiam em uma inserção em nível local, na qual a equipe é capaz de conhecer a realidade social, cultural e ambiental da comunidade a que assiste e as suas reais condições de vida, podendo assim identificar o impacto destes fatores sobre o processo saúde-doença e assim traçar estratégias de promoção da saúde que sejam voltadas para a especificidade daquela comunidade. O ACS exerce este papel com mais propriedade ainda, pois conhece de perto as reais condições da sua área, uma vez que também reside nela, estabelecendo um vínculo maior. Por isso é o elo entre a equipe e a comunidade, pois conhece as necessidades no âmbito social e no âmbito profissional. Contudo, o seu grande desafio é integrar o seu lado comunitário com o seu lado profissional de saúde, já que representa as duas vertentes.

Duarte, Silva e Cardoso (2007) citam a mobilização comunitária como mecanismo fundamental para o trabalho de promover a saúde em comunidades, uma vez que é extremamente importante que o ACS estimule a participação social neste processo. Dizem ainda que: Promover encontros para que essas pessoas possam refletir sobre suas vidas, identificar suas necessidades e agir coletivamente para resolvê-las é o grande desafio dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde. Ser agente comunitário de saúde é, sobretudo, lutar e aglomerar forças em sua comunidade na defesa dos serviços públicos de saúde e educação, e da melhoria dos determinantes sociais de saúde. É ser agente de mudanças e de incentivo à participação comunitária (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007, P.3).

3. As causas, a Linha de Cuidado e o Fluxo de Diagnóstico do Câncer de Colo de Útero

A doença e as reações à cirurgia, quimioterapia e radioterapia podem comprometer a mulher, tanto física quanto psicologicamente. Além de agredir, fragilizar e levar a distorções da sua identidade e imagem feminina e gerar sofrimento de seus familiares pela insegurança e temor, decorrentes da condição vivida.

Quanto mais tardio é o seu diagnóstico, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas. As Unidades de Pronto Socorro são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde, espaço em que pode ser realizado um trabalho preventivo.

De acordo com o Portal Educação, 2015, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é importante no diagnóstico preventivo dessa doença, os principais são:

- a. Infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV), sendo esse o principal fator de risco¹;
- b. Início precoce da atividade sexual²;
- c. Multiplicidade de parceiros sexuais³;
- d. Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados⁴;
- e. Baixa condição socioeconômica⁵;
- f. Uso prolongado de contraceptivos orais⁶; e,
- g. Higiene íntima inadequada⁷.

A partir desses fatores de riscos, pode-se estabelecer a linha de cuidado do câncer de colo de útero, visando um cronograma de informação e comunicação da doença. Note pela Figura 1 que ao longo do tempo, as mulheres estão expostas a condições e fatores que podem levar a promoção do desenvolvimento do câncer.

¹ Coelho, FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JTHG, Zeferino LC, Villa LL, Federico MH, Novaes PERS, Costa RLR. Câncer do colo de útero. São Paulo, SP. Tecmed, 2008, 66p. Consultado em 26 de novembro de 2015. Disponível em <http://www.mulherconsciente.com.br/cancer-colo-de-utero/sobre-o-cancer/>
 Câncer do colo de útero Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consultado em 26 de novembro de 2015. Disponível em http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio.
 The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP). Consultado em 26 de novembro de 2015. Disponível em <http://www.asccp.org/Education/Online-CME-Series/CourseListONL/Cervical-Cancer-Screening-Recommendations>

² Idem.

³ Idem.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

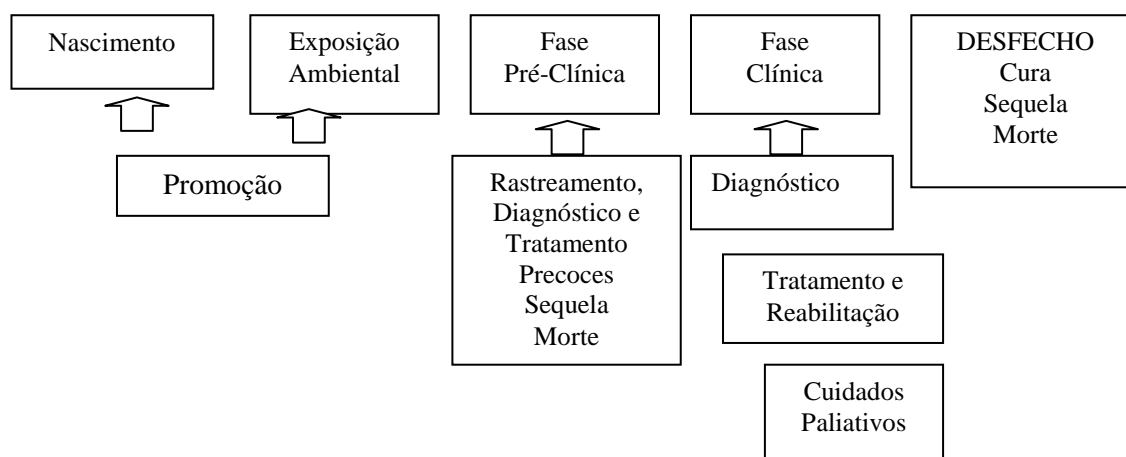
⁶ Idem.

⁷ Idem.

O projeto deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral na fase pré-clínica. Na fase clínica, a abordagem das mulheres com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) para ter sucesso no tratamento e reabilitação e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida e garantir um desfecho favorável.

A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

Figura 1: Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.



Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Apesar das ações de prevenção e detecção precoce desenvolvidas no Brasil, dentre elas o Programa Viva Mulher, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, as taxas de incidência e mortalidade têm-se aumentado ao longo dos anos.

O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos. Em 21 de junho de 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero através da Portaria GM/MS nº 3040/98. A primeira fase de intensificação ocorreu de agosto a setembro de 1998, com a adoção de estratégias para estruturação da rede

assistencial, desenvolvimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações, estabelecimento de mecanismos para mobilização e captação de mulheres, assim como definição das competências nos três níveis de governo. Os resultados foram medidos pelos indicadores de impacto do Programa sobre a população-alvo: a incidência e a mortalidade por câncer do colo uterino (INCA, 2006).

Parte das taxas de incidência pode estar associada ao aumento e a melhoria do diagnóstico que, por conseguinte, melhora a qualidade da informação e dos atestados de óbitos. Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com:

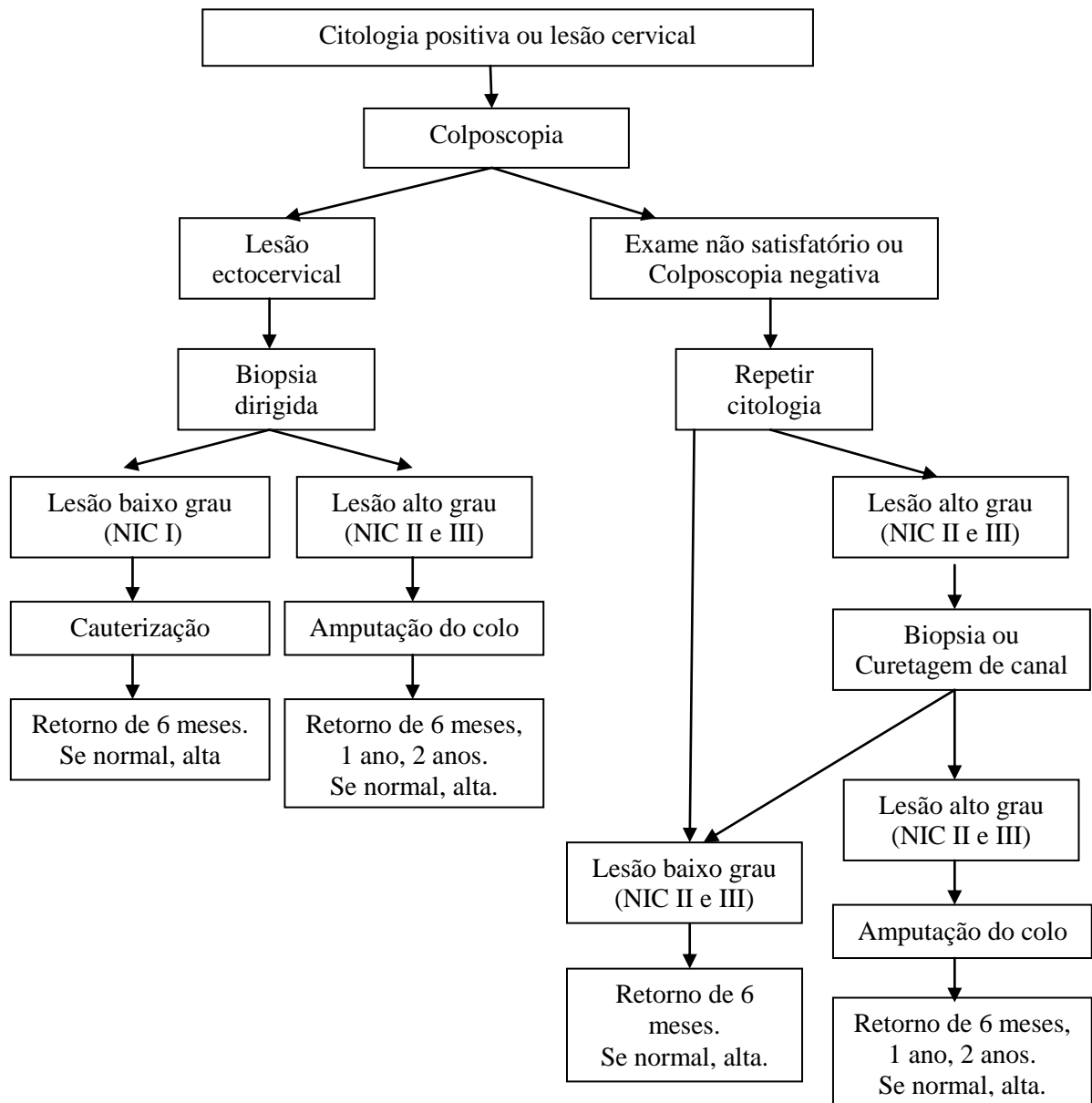
1. A dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde;
2. A capacitação insatisfatória de recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte;
3. A capacidade do sistema público em absorver a demanda nas unidades de saúde;
4. A dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que englobe todos os níveis de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

Após a realização do exame e detecção do processo infeccioso, seguem algumas etapas a serem seguidas pelos pacientes de acordo com o diagnóstico do colo de útero, como descritas na Figura 2. Estas etapas são fundamentais no rastreamento do câncer, tendo a finalidade de delimitar a extensão da doença, fatores de risco e a confirmação do diagnóstico.

No centro de saúde, é realizado exame clínico-ginecológico anual, coleta de material para citologia oncótica, Teste de Schiller, com diferenciação de áreas iodo positivas e áreas iodo negativa, tratamento de leucorréias e vulvo-vaginites, tratamento químico (INCA 2006).

As pacientes deverão ser encaminhadas ao nível secundário, explicitando o motivo e contendo história, exame clínico e resultado da citologia, além de exames prévios realizados para repetição de exames e tratamento específico.

Figura 2: Fluxograma de diagnóstico do colo de útero.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, BH, 2008.

4. Os Custos Econômicos associados ao Câncer do Colo de Útero

Existem diversos indicadores de custos que podem ser desencadeados após doença diagnosticada, como custos com o tratamento após laudo médico, custo cirúrgico, custo pelas faltas no trabalho para o tratamento, custos com o tratamento de quimioterapia, custos de transporte, estadia para tratamento, custos previdenciários, custo em caso de invalidez, custos a partir de anos potenciais de vida perdida (APVP).

O estadiamento do câncer de colo do útero é o fator mais importante na escolha de tratamento. No entanto, outros fatores que podem influenciar nessa decisão incluem a localização exata do tumor, o tipo de doença (células escamosas ou adenocarcinoma), idade da paciente, condição física geral e se a paciente deseja ter filhos. Dependendo do estágio, os custos do tratamento são diferenciados.

Uma limitação encontrada, neste trabalho, na estimativa de custo do tratamento foi a utilização de valores de reembolso e não o levantamento dos custos atribuíveis a cada uma das opções de rastreamento. No Brasil, a maioria das unidades de saúde não possuem sistemas de custos e, ainda, desconhece o consumo preciso de recursos vinculados à prestação de cada intervenção ou serviço.

Os valores pagos por um dado procedimento pelo SUS dizem respeito aos gastos contabilizados pelo sistema e não ao consumo dos recursos empregados em uma função de produção relativa àquele procedimento. Embora o uso dos fatores envolvidos na função de produção de cada intervenção seja um custo na perspectiva do Estado brasileiro, na medida em o repasse pelo SUS é inferior ao faturado pelo hospital, por exemplo. Todavia, o custo para SUS, se restringe ao valor efetivamente pago por este sistema.

O APVP é um indicador econômico que leva em consideração a perda de produtividade a partir óbito. Ou seja, esse indicador quantifica o número de anos de vida não vividos em função de uma morte considerada prematura. Tome por exemplo, o APVP em menores de 70 anos. Assim, para cada morte ocorrida se contabiliza a quantidade de APVP subtraindo da idade limite (aqui fixada em 70 anos) a idade em que a morte ocorreu. Considerando uma pessoa que veio a óbito na faixa etária entre 50-59 anos, perdeu potencialmente, em média, 15 anos de vida.

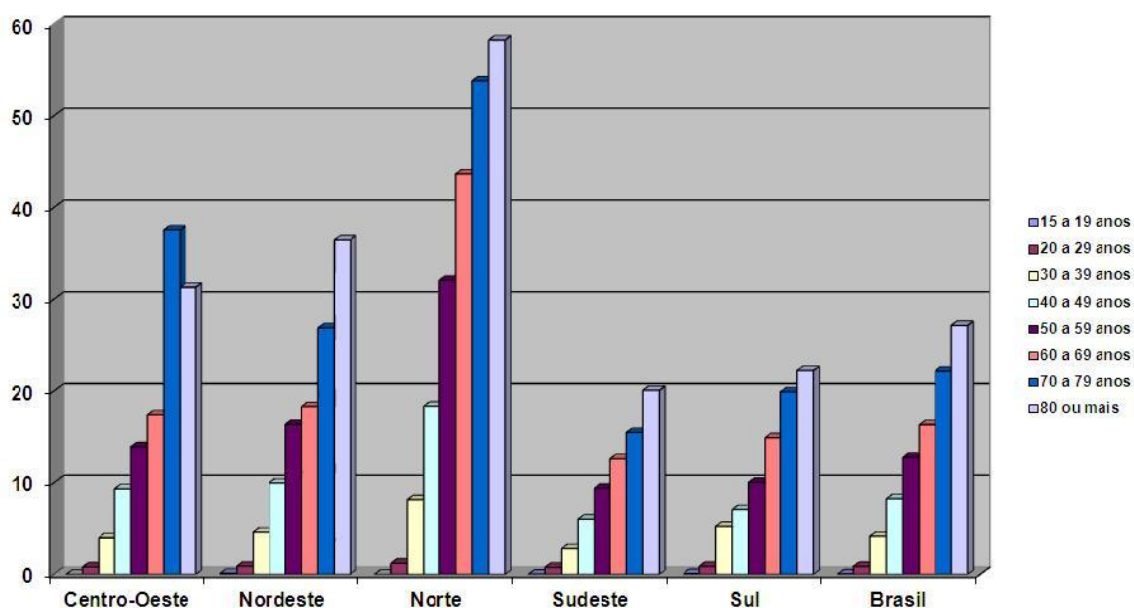
De acordo com alguns autores, o risco de morte por câncer cérvico-uterino é maior em idades elevadas, tendendo a um aumento progressivo com a idade; é provável que essas mulheres tenham sido expostas a fatores de riscos diferentes por fazerem parte de gerações

distintas. Este perfil também foi encontrado no México, Estados Unidos e Bélgica. (DEROSS, 2001).

Com efeito, Derossi (2001) defende que a morte em uma etapa produtiva da vida, penaliza o indivíduo e o grupo que lhe é próximo, além de privar a sociedade de seu potencial econômico e intelectual. Esta observação aplica-se com mais propriedade ainda aos anos produtivos de vida perdidos.

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais, conforme apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2: Taxas brutas de mortalidade* por câncer do colo do útero segundo grupo etário. Brasil e regiões, 2013



*Taxa por 100 mil mulheres

Fonte: INCA (2013).

A chegada de novas terapias, equipamentos e medicamentos mais o envelhecimento da população são apontados como fatores que terão grande impacto nos custos do tratamento do câncer nos próximos anos conforme INCA (2007). Tanto para o setor público como para o segmento de saúde privada. Um estudo realizado pela Unimed de Belo Horizonte divulgado pelo INCA, baseado em dados de usuários de um plano de saúde privado estimou que, entre 2008 e 2010, o tratamento do câncer em estágios avançados foi quase oito vezes mais caro do que se esses mesmos pacientes tivessem detectado a doença na fase inicial. Para o mesmo

período, as previsões verificaram que os custos de tratamento foram sete vezes maiores do que as despesas com ações de prevenção. Por conta disso, algumas operadoras de saúde começaram a adotar programas de educação para a saúde e para detecção nos estágios iniciais de alguns tipos de câncer.

Este estudo avaliou os dados de 447 pacientes de câncer atendidos pela operadora. De acordo com as projeções dos pesquisadores, o custo do tratamento de estágios avançados da doença entre 2008 a 2010 para a operadora será de R\$ 35 milhões, enquanto que se a doença fosse detectada na fase inicial o tratamento sairia por R\$ 5 milhões.

Para reduzir as dificuldades e barreiras no enfrentamento do câncer é necessário investir em ações globais de prevenção. O custo global do câncer tem aumentado consideravelmente, onde o volume considera não somente o valor empregado na prevenção e tratamento da doença, mas também o custo humano, de vidas perdidas. A implementação de ações de prevenção e políticas de prevenção precoce representam, em termos econômicos, um benefício econômico e uma economia futura em despesa com o câncer.

5. O Programa de Diagnóstico Precoce

A elevação dos gastos em saúde e a escassez de recursos frente às demandas têm imposto a necessidade de se justificar a incorporação de novos modelos de gestão da saúde pública em termos de seu custo-efetividade. Assim, tão importante quanto o tratamento após a detecção da doença é a sua eficiência comparativa em termos da utilização dos recursos médicos e sociais preventivamente.

Em alguns casos, a introdução de uma nova tecnologia pode produzir economia de recursos do programa de rastreamento que suplantam o custo aumentado dos testes como, por exemplo, quando a sensibilidade do novo teste torna possível aumentar o intervalo entre exames, desse modo reduzindo os custos totais (Hutchinson *et al*, 2000).

No caso do câncer de colo uterino, o tempo médio entre o aparecimento de anormalidades detectáveis e o desenvolvimento de doença invasiva é de cerca de 10 anos. Entretanto, intervalos menores de tempo entre os exames de detecção são necessários devido ao número de testes falso-negativos, ou seja, as mulheres necessitam ser testada, repetidamente, de um a três anos após um exame anormal para reduzir a chance de se perder anormalidades existente.

Diante disso, o desenho do Programa Útero é Vida, tende a auxiliar os gestores no aumento do diagnóstico precoce de câncer de colo de útero. E, para isso, essa seção contempla a descrição do Programa e também de um sistema de execução, monitoramento e avaliação.

A perspectiva de análise utilizada no estudo foi a do Sistema de Saúde, o que significa que apenas foram considerados aqueles custos diretamente envolvidos no cuidado prestado, qual seja aqueles gerados pela utilização de recursos no diagnóstico do câncer cérvico-uterino.

5.1 O Marco Lógico do Programa

As referências básicas apresentam o enunciado do problema e seu detalhamento na situação inicial e os atributos que delimitam o campo de atuação do programa, quais sejam: objetivos, público-alvo e beneficiários, bem como os critérios para seleção das pessoas que serão atendidas pelo programa. A figura 3 reporta as referências para o programa Útero é Vida.

Figura 3: Referências básicas do Programa Útero é Vida

Programa	Útero é Vida
Problema	Câncer do colo uterino
Objetivo Geral	Contribuir para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino
Público Alvo	Mulheres com câncer de colo de útero, atendidas e em tratamento
Beneficiário	Mulheres atendidas pelo Programa
Critério de Seleção	O grupo de controle consiste em mulheres com câncer de colo de útero não atendidas por equipes de ACS treinadas para detectar precocemente esse tipo de câncer.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após identificação das referências básicas e com base na definição de Marco Lógico, busca-se uma estrutura de implicações lógicas de causa-efeito com relação a uma situação-problema, e de meios fins em relação à intervenção proposta para mudar a situação-problema. Diante disso, pode-se dizer que o Marco Lógico consiste em um conjunto de conceitos inter-relacionados que definem as causas de uma intervenção, bem como o qual deve ser a estratégia para alcançar o resultado desejado.

A construção do modelo lógico é necessária, por ser um instrumento para explicitar o objetivo do programa. Já sua aplicação resulta em processo que facilita planejar e comunicar o que se pretende e qual o funcionamento esperado. Em particular, pode ser utilizado como um instrumento para se proceder a avaliação *ex-ante* de programas, visando melhorar a consistência de sua formulação inicial.

É importante ressaltar que o Marco Lógico não é um plano completo de um projeto e, sim uma versão resumida do plano de intervenção que fornece respostas às seguintes perguntas:

1. Por que o projeto deve ser realizado?
2. Qual é o seu propósito e quais as mudanças a serem alcançadas?
3. Como se pretende produzir melhorias?
4. Quais as condições externas que influenciam o alcance dos resultados e dos seus efeitos?
5. Como é possível identificar o alcance das melhorias e mudanças?

Em seguida, mostra o detalhamento do Programa.

5.1.1 O Programa

Programa Útero é Vida de âmbito municipal.

5.1.2 Descrição

O Programa Útero é Vida tem como principal objetivo contribuir para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino. Uma maneira comprovada para prevenir o câncer do colo do útero é a realização de exames, como Papanicolau e HPV, para detectar a presença de lesões pré-cancerosas antes que elas se transformem em tumores malignos. Uma lesão pré-cancerosa encontrada pode ser tratada, evitando que se torne um câncer. É realizado por Agentes Comunitários de Saúde.

5.1.3 Objetivos:

- i) Favorecer a identificação precoce de mulheres com câncer de colo uterino;
- ii) Promover o conhecimento e orientações para percepção dos primeiros sintomas da doença;
- iii) Assistir financeiramente às mulheres em situação de vulnerabilidade, em função do tratamento em estágio avançado da doença;
- iv) Treinar os Agentes Comunitários de Saúde para identificarem precocemente a doença por meio de fatores de risco e sinais de alerta para possíveis complicações da doença;
- v) Promover a percepção dos fatores de risco associados, em especial aos relacionados com o comportamento sexual, além da adoção de medidas preventivas de caráter pessoal;
- vi) Fortalecer os vínculos familiares para cuidar da saúde da mulher.

5.1.4 Ações

- i) Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- ii) Coleta dos dados dos municípios com maior incidência e mortalidade por câncer de colo uterino;
- iii) Levantamento do perfil socioeconômico e características das mulheres e local onde residem;

5.1.5 Público Alvo

O público alvo para treinamento das equipes de Saúde da Família são os municípios escolhidos através dos critérios de elegibilidade:

- i) Maior taxa de prevalência de câncer de colo de útero;

- ii) Maior percentual de mulheres de 16 a 49 anos em relação ao total de mulheres (e também pelo total da população); e,
- iii) Com equipes Saúde da Família com cobertura de ao menos 70% da população municipal.

5.1.6. Agentes Comunitários de Saúde

A elaboração do programa possui várias etapas que vão desde a identificação de áreas prioritárias a seleção de profissionais. Sendo os municípios elegíveis para receber o treinamento dos ACS os que integram a CRES de maior incidência e mortalidade por câncer de colo uterino.

O envolvimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é importante para viabilizar a aplicação da capacitação junto aos demais integrantes dos NASF, junto às equipes de saúde e junto aos próprios ACS.

À medida que a responsabilidade e demanda pelo sistema de saúde público têm aumentado e os recursos se tornado cada vez mais escassos, o sistema de saúde, assim como a prática da Medicina, têm sido forçados a reexaminar os benefícios e custos de suas ações para assegurar que haja uma implementação efetiva das intervenções e alocação eficiente de recursos. As análises econômicas são ferramentas básicas para atender a esse objetivo.

Findadas estas etapas dar-se seguimento a reorganização do trabalho nas unidades de saúde destinadas ao planejamento local das atividades, ao cadastramento das famílias, ao diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade, a programação das atividades da ESF e ao acompanhamento e avaliação das atividades da ESF, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Instrumentos como o cadastro das famílias e o diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade são vitais para identificação e priorização de problemas.

5.1.7. Avaliação do Programa

Posterior ao treinamento das equipes para diagnóstico precoce, os grupos de tratamento e controle serão formados por:

- i) Tratamento: mulheres com câncer de colo de útero atendidas e em tratamento, residentes dos municípios que tiveram equipes de ACS treinadas para diagnóstico precoce serão acompanhadas pelo Programa.

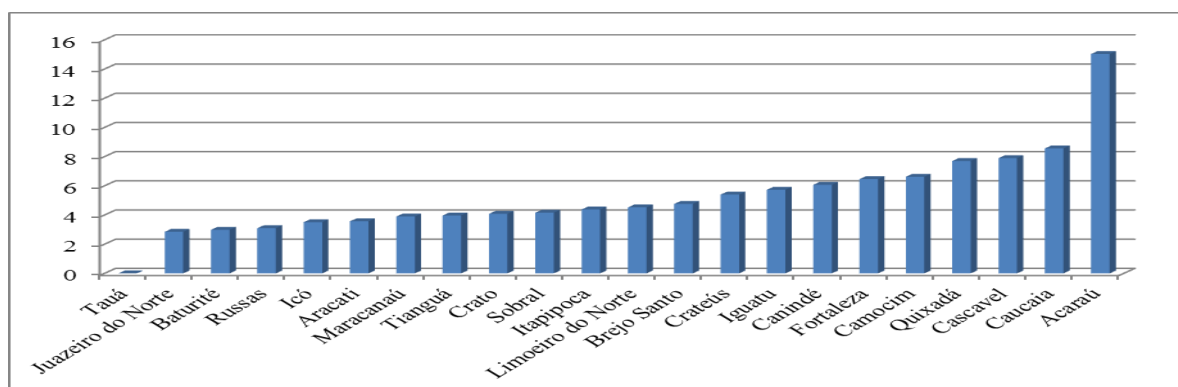
- ii) Controle: mulheres com câncer de colo de útero, atendidas e em tratamento residentes dos municípios que ainda não tiveram equipes de ACS treinadas para diagnóstico precoce.

5.1.8. Mapeamento da incidência e mortalidade do câncer de colo de útero

No Estado do Ceará, a Regional de Acaraú apresenta o maior percentual de taxa bruta de mortalidade por câncer de colo de útero, por 100.000,00 mulheres no Ceará no ano de 2013 conforme dados do INCA, conforme gráfico 3.

O município eleito para receber o treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde, será Acaraú que integra a Regional com maior incidência e mortalidade por câncer de colo uterino do Ceará.

Gráfico 3: Taxa bruta de mortalidade por câncer de colo de útero, por 100.000,00 mulheres, por Regional de Saúde, no Ceará no ano de 2013.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância.

5.2 A Construção do Marco Lógico

Os elementos do modelo lógico são divididos em: recursos, ações, produtos, monitoramento, resultados intermediários (produtos) e finais (impacto), assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto. A figura 4 reporta o modelo de construção de Marco Lógico para o Projeto em questão.

Diante do diagnóstico precoce de câncer nas mulheres, pode-se iniciar o tratamento no estágio primário. Estima-se que o tratamento no estágio inicial apresenta resultados com mais chances de cura, menos impacto negativo ao paciente e redução nos custos do tratamento.

Figura 4: Marco Lógico do Programa Útero é Vida

Insumos	Humanos: Agentes Comunitários de Saúde; Físicos: Salas para Treinamento, Coleta dos Dados e realização de exames. Financeiros: Material para capacitação, vacinas, medicamentos.
Ações	Acompanhamento médico. Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS para favorecer o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero ampliando as chances de cura das mulheres.
Produtos	Treinamento e tratamento
Monitoramento	Grupos de Tratamento e Grupos de Controle
Resultado	Mulheres diagnosticadas precocemente apresentam maiores chances de cura, menos sequelas terapêuticas e custos de tratamento reduzidos.
Impacto	Redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Programa Útero é Vida tem como estratégia inicial contribuir para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino com a identificação precoce nas mulheres, através de visitas domiciliares a serem realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios que possuem os maiores índices de mortalidade por câncer de colo uterino do estado do Ceará.

Os investimentos realizados no tratamento precoce, ou seja, no seu estágio inicial da doença, são menores que os realizados no estágio avançado e garantem maior assertividade e eficiência na cura e na redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino.

E, a partir desses resultados, pode-se pensar que os impactos do Programa consistem em melhoria na qualidade de vida das pacientes, além de reduzir os custos com o tratamento.

5.3 O Custo do Programa Útero é Vida

Os custos do *Projeto Útero é Vida* será baseado na capacitação dos ACS para favorecer o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero ampliando as chances de cura das mulheres.

Será realizada 01 capacitação na cidade preferencialmente no dia da reunião mensal dos ACS para que todos participem. Cada capacitação terá duração de 4h. Os ACS serão divididos em 2 turmas cada uma com 2 facilitadores.

O conhecimento e a realização de testes de rastreamento garantem que uma maior proporção de indivíduos com doença sejam captados no rastreamento, podem permitir um espaçamento dos intervalos sem prejuízo da segurança e com implicações importantes para os custos e a eficiência na recuperação.

No caso do câncer de colo uterino, o tempo médio entre o aparecimento de anormalidades detectáveis e o desenvolvimento de doença invasiva é de cerca de 10 a 15 anos. Entretanto, intervalos menores de tempo entre os exames de detecção são necessários,

devido ao *número de testes falso-negativos*, ou seja, as mulheres precisam ser retestadas um a três anos após um exame normal para reduzir a chance de se perder anormalidades existentes e não devido ao rápido desenvolvimento da doença. De forma bastante consistente, estudos de análises econômicas dos programas de rastreamento cervical têm mostrado que a relação de custo efetividade do rastreamento, independentemente da tecnologia utilizada, aumenta exponencialmente à medida que os intervalos entre os exames *precoces* de rastreamento diminuem, efeito que é ampliado pelo aumento da sensibilidade do teste (MANDELBLATT et al., 2002).

5.4 O Desenho de Avaliação do Programa Útero é Vida

5.4.1 Indicadores de Impacto

Para fazer a avaliação de impacto do Programa Útero é Vida, recomenda-se a utilização dos seguintes indicadores:

- Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino;
- Taxa de incidência de câncer de colo uterino;
- Diagnóstico precoce (tempo entre a percepção dos primeiros sintomas e início do tratamento).

A escolha desses indicadores decorre do fato de serem relacionados com os objetivos do Programa e também com ação desenvolvida (qualificação do ACS para diagnóstico precoce).

5.4.2 Grupos de Tratamento e de Controle

Para avaliar esses impactos, são necessários dois grupos, tratamento e controle. O primeiro será formado por mulheres com câncer de colo de útero atendidas e em tratamento, residentes dos municípios que tiveram equipes de ACS treinadas para diagnóstico precoce. Enquanto que o grupo de controle serão as mulheres com câncer de colo de útero atendidas e em tratamento residentes dos municípios que ainda não tiveram equipes de ACS treinadas para diagnóstico precoce.

Iniciando o Projeto em municípios com maior incidência e mortalidade, este será agraciado com treinamento de equipes de ACS (grupo de tratamento). Ressaltando que o foco são as mulheres com câncer de colo de útero. Sendo assim, com a expansão do Programa, a construção dos grupos de tratamento e controle será feita a partir da informação de qual município a mulher reside.

5.4.3 Fonte e Coleta de Dados

Os instrumentos de coleta serão compostos por fontes internas e fontes externas.

- Fontes internas: Dados do projeto (lista de equipes treinadas, quantidade de pessoas capacitadas, data das capacitações), prontuários das pacientes e questionário.
- Fontes externas: características do município de origem.

Os dados serão coletados dos prontuários do centro de tratamento, das informações dos IBGE, DATASUS e Secretarias de saúde dos municípios e do Estado. Os dados serão coletados através de questionário aplicado no centro de tratamento e secretaria de saúde, onde especificará as seguintes variáveis:

- Taxa de incidência do câncer de colo do útero na CRES trabalhada.
- Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero na CRES trabalhada.
- Diagnóstico Precoce: tempo entre aparição dos primeiros sintomas, procura por médico e início do tratamento.

Existem ainda outras variáveis a serem analisadas como características dos Municípios e características das mulheres. Nas características dos municípios, verificar equipamentos de saúde, quantidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc), perfil demográfico, gastos com saúde.

Quanto às características das mulheres é importante coletar as seguintes informações: idade, cor da pele, estado civil, renda, ocupação, escolaridade, município em que reside, se tem filhos e quantidade de filhos, histórico familiar (outras pessoas na família já tiveram câncer? Qual o tipo), se possuem Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST, principalmente infecção por HPV, tabagismo, quantidade de parceiros, relações desprotegidas.

Essas variáveis foram escolhidas devido à necessidade de conhecer as características da mulher com câncer de colo de útero, bem como informações sobre o município em que ela reside, identificando os fatores de risco.

5.4.4 Metodologia Econométrica

A metodologia a ser aplicada será Método não Experimental, uma vez que a escolha do município para que a Equipe de ACS seja treinada é feita em função da maior taxa de incidência e de mortalidade de câncer de colo de útero no Ceará.

A técnica a ser utilizada pode ser o método de Diferenças em Diferenças, com e sem o pareamento pelo score de propensão. No entanto, para que seja utilizado esse método se faz

necessário coletar informações, antes e após, o treinamento das equipes de ACS em cada um dos municípios, independente de ter ou não equipes treinadas pelo programa.

5.4.5 O Retorno econômico

O retorno econômico será realizado através da transformação do impacto em benefício monetário. Será feito baseado no custo do tratamento para câncer de colo do útero comparando os custos de um tratamento de estágio inicial da doença com o de um câncer avançado. Ou seja, o diagnóstico precoce tende a reduzir o custo do tratamento; logo, pode ser utilizado como benefício do projeto, além de gerar mais renda do trabalho das pessoas.

O benefício vai permanecer durante a sobrevivência da mulher após a doença, utilizando a hipótese que mulheres diagnosticadas precocemente apresentam maiores chances de cura, menos sequelas terapêuticas e custos de tratamento reduzidos.

O retorno significa a razão custo benefício, ou seja, o investimento feito pelo projeto reduzirá a incidência e mortalidade por câncer de colo uterino nos municípios tratados além de reduzir os custos do tratamento.

Podem existir limitações do exercício de avaliação realizado pela estratégia adotada (dados coletados, grupo controle escolhido) que são:

- Ausência de dados importantes no prontuário das pacientes;
- Dados incompletos dos municípios quanto ao registro de câncer;

Realizaremos uma pesquisa para coletar dados e informações para que possamos preparar uma capacitação aos profissionais de saúde e gerar resultados em um curto e médio período de tempo.

6. Considerações Finais

Prevenção, detecção precoce e tratamento dos cânceres mais recorrentes na população mundial, como mama, colo do útero, colorretal e de boca, representariam um grande impacto na economia mundial conforme o pesquisador brasileiro Gilberto Lopes, do Centro Paulista de Oncologia (CPO) e HCor Onco - instituições do Grupo Oncológicas do Brasil. O pesquisador avalia que “o investimento em planejamento nacional de controle do câncer é vital para organizar e executar programas rentáveis destinados a reduzir a incidência e mortalidade por câncer, melhorando a qualidade de vida, o bem estar dos pacientes e diminuindo os impactos econômicos do câncer globalmente”.

A disponibilidade de acompanhamento do câncer por meio de uma base de dados eficaz, incluindo a incidência de câncer, o estágio no momento do diagnóstico, e o índice de mortalidade são informações essenciais não só para desenvolver planos nacionais de controle da doença de maneira direcionada e eficaz, mas também na avaliação de seu tratamento.

Sendo assim, esse estudo se pautou em desenhar uma ação a ser executada pelo Governo a partir da atuação das equipes do PSF no exercício da prevenção e a promoção da saúde, visando reduzir a incidência, prevalência e mortalidade de câncer de colo de útero a partir do diagnóstico precoce e disseminação do conhecimento.

Como estratégia de redução de danos, utiliza-se do exame de Papanicolaou, visando a detecção precoce da doença e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida das mulheres a partir de um aumento de cura, de tratamentos menos invasivo e, por conseqüência, de bem estar.

Além de redução de custos para os sistemas de saúde, tanto público quanto privado. Haja vista que o tratamento do câncer de colo de útero gera gastos diretos e indiretos para governos, planos de saúde e para número significativo de pacientes.

Neste estudo, os custos do tratamento do câncer se mostram elevados, em especial para os tratamentos dos estágios mais avançados. É importante apontar que a análise completa do custo de tratamento de um paciente com câncer de colo de útero depende de probabilidades definidas pelo histórico natural da doença, o acompanhamento dos exames, a efetividade do tratamento em vários estágios, os riscos de complicações, os riscos competitivos de mortalidade e as perdas de receitas advindas da morte ou da incapacidade produtiva devido o tratamento.

Todavia, para dirimir esses custos diretos e indiretos, bem como aumentar o bem estar das mulheres acometidas por essa neoplasia, esse estudo fundamentou-se no desenho de um

Programa, denominado como *Útero é Vida*; o qual se propõe a capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para a promoção da saúde e contribuir para a redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino.

A análise desta intervenção consiste na descrição do Marco Lógico do programa, a partir de um diagnóstico (alta índice de mortalidade por câncer de colo uterino) se propôs a uma descrição lógica para alcançar os resultados e impactos esperados.

Não obstante, a pesquisa ainda apresenta os indicadores de monitoramento e de avaliação, bem como os custos de implementação e, ainda, um desenho de retorno econômico do *Programa Útero é Vida*.

Para monitorar e avaliar o programa, é necessário um desenho que contemple as diversas fases e etapas e, por conseguinte, que permita a construção de banco de dados com diversas informações.

Portanto, espera-se que a partir desse desenho seja possível, implementar o Programa *Útero é Vida*, bem como alimentar o banco de dados para que, posteriormente, o programa seja avaliado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROSO, M.G.T. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudanças**. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, v.23 n.1, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Trad. de Luís Eduardo Fonseca. Brasília; 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Dados sobre câncer do colo do útero**. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>, Acessado em: 29 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.
- BRASIL. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.
- CARVALHO, Fabricia Joisse Vitorino Carvalho. **Análise sobre os níveis de prevenção à saúde: evidenciando o autocuidado dos brasileiros**. João Pessoa: 2016.
- COELHO, FRG, Soares FA, Focchi J, Fregnani JTHG, Zeferino LC, Villa LL, Federico MH, Novaes PERS, Costa RLR. **Câncer do colo de útero**. São Paulo, SP. Tecmed, 2008, 66p. Disponível em <<http://www.mulherconsciente.com.br/cancer-colo-de-utero/sobre-o-cancer/>>. Acessado em 14 jun. 2016.
- DEROSSI, Susanne Andrade; PAIM, Jairnilson Silva; AQUINO, Estela; SILVA, Ligia Maria Vieira. **Evolução da Mortalidade e Anos Potenciais de Vida Perdidos por Câncer Cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997**. Salvador, 2001.
- DUARTE, L.R.; SILVA, D.J. e CARDOSO, S.H. **Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde**. Botucatu, Interface: Comunicação, Saúde, Educação. V.11, n.23, Sept./Dec. 2007
- HUTCHISON, ML; BERGER, BM; FARBER, FL. **Clinical and Cost Implications of New Technologies for Cervical Cancer Screening: The Impact of Test Sensitivity**. American Journal of Managed Care, 2000.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acessado em 15 mar. 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da Mortalidade**. 2006. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acessado em: 10 dez. 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_utero.pdf> Acesso em: 10 set. 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/qual-a-porcentagem-de-eficacia-do-exame-de-papanicolaou-na-prevencao-do-cancer-de-colo-do-utero/4739/724/>>. Acessado em 13 mai. 2016.

LOPES, Gilberto. Disponível em:

<<http://www.investmentosenoticias.com.br/noticias/saude/investir-em-prevencao-do-cancer-pode-reduzir-custos-globais>>. Acessado em 17 jan. 2016.

MANDELBLATT, J. S. et al. **Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries.** J. Natl. Cancer Inst., v. 94, n. 19, p. 1469-1483, 2002.

MARTINS, C.M. **Educação e saúde: Educação profissional e docência em saúde – a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

NETO, Glauco Baiocchi. **Estudo realizado pelo Núcleo de Ginecologia Oncológica e pelo Laboratório de Bioestatística.** 2013. Disponível em:

<<http://www.accamargo.org.br/noticias/nove-entre-dez-mulheres-que-tratam-de-cancer-de-colo-do-utero-no-accamargo-se-curam/352/>>. Acessado em 02 mar. 2016.

PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em:

<<http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/33011/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil>>. Acessado em 25 nov. 2015.

SAMPAIO, *et al.* **Plano Alfa Saúde: Aplicação dos pressupostos do letramento em saúde e da formação de navegadores na capacitação de equipes do SUS.** Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2014.

SAUDE, Ministério da. **Caderno de Atenção Básica: Controle do cânceres do colo de útero e de mama, n 13.** Brasília, 2006.

SAUDE, Ministério da. **Protocolo de Atenção à Saúde da mulher. Prevenção e Controle do câncer do colo de útero.** Belo Horizonte, 2008.

SAUDE, Secretaria de. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acessado em 25 nov. 2015.

SANTOS, L.P.G.S e FRACOLLI, L.A. **O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde.** São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.44, nº.1, Mar. 2010.

VASCONCELOS, Kelyne Sales. **Capacitação dos agentes comunitários de saúde do município de Acaráu/Ce para a promoção da saúde das gestantes.** Fortaleza: 2010.