



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 6, n.1 janeiro/abril de 2015

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA

Apresentação

A primeira edição do Informativo Detecção Precoce de 2015 apresenta séries históricas de alguns indicadores calculados a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) e do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama), referentes a ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama para o Brasil e as regiões. Considerando a implantação gradual do Sistema de Informação de Câncer (Siscan), que passará a ser a fonte de dados para monitoramento e avaliação dessas ações, este será o último informativo com dados exclusivamente do Siscolo e do Sismama. Ressalta-se que os dados desses sistemas continuarão disponíveis para consulta na página do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹.

O período de análise compreende os anos de 2007 a 2013, para o câncer do colo do útero, e os anos de 2010 a 2013 para o câncer de mama². A base de dados de 2013 apresenta perda das informações em alguns municípios que implantaram o Siscan a partir do último trimestre, mas, como serão analisadas apenas proporções, isso não deve interferir nos resultados.

Detalhes sobre os indicadores apresentados, como método de cálculo e interpretação, podem ser acessados nas fichas técnicas de indicadores das ações de controle dos cânceres de mama e do colo do útero, disponíveis na página do INCA (www.inca.gov.br/mama e www.inca.gov.br/utero, em *textos de referência*).

Esperamos que esta edição seja útil na análise dos cenários nacional e regional, e que possa ser replicada, por Estados e municípios, para uma análise mais próxima de suas realidades.

Indicadores de acompanhamento do controle do câncer do colo do útero

Realização de exames citopatológicos na faixa etária alvo

O grupo alvo para o rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, por meio do exame

citopatológico, é o de mulheres de 25 a 64 anos, no qual há maior incidência dessas lesões.

No Brasil, entre 2007 e 2013, a proporção de exames realizados nessa faixa etária passou de 73,7% para 78,7%. Também foi observado um aumento nas cinco regiões do país, sendo menos expressivo na Região Sul. Chama atenção que, na Região Sudeste, em 2007, apenas 71% dos exames concentravam-se nessa faixa etária, em razão de maior proporção de exames realizados em mulheres com mais de 64 anos. No último ano analisado, todas as regiões apresentaram proporções superiores a 78% (Figura 1).

Periodicidade dos exames citopatológicos

As *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*, assim como a maioria das diretrizes internacionais, recomendam que o exame citopatológico seja realizado por mulheres do grupo alvo a cada três anos, após dois exames anuais com resultados normais. Essa orientação deve-se à história natural da doença, já que é grande o tempo transcorrido entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e a formação das lesões precursoras desse câncer.

Em 2007, no país, em apenas 9% dos exames que não eram de primeira vez, as mulheres disseram ter realizado o último exame há três anos. Essa proporção se manteve estável nos anos subsequentes e subiu para 11% em 2013. Em todas as regiões, as proporções foram inferiores ou próximas a 10% entre 2007 e 2012. Em 2013, verificou-se um aumento nesse indicador na maioria das regiões, chegando a 13% na Região Centro-Oeste (Figura 2).

Embora tenha ocorrido diminuição do percentual de exames realizados no intervalo de até um ano, de 55,9% em 2007 para 49,4% em 2013, ainda é muito frequente a realização de exames anuais em todas as regiões, indicando necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária e orientação da população feminina quanto às recomendações do Ministério da Saúde.

¹ Em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=04>.

² A análise foi realizada a partir de 2010 e 2007 por serem os primeiros anos com dados completos após a implantação do Sismama e da versão 4.0 do Siscolo. O ano de 2014 não foi incluído na análise por ser o ano de implantação do Siscan.

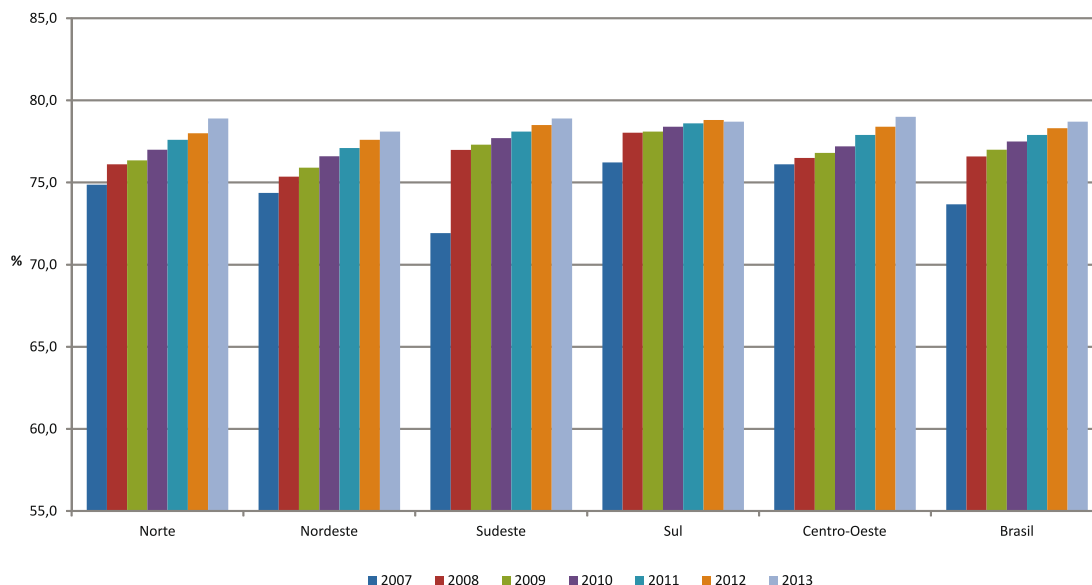


Figura 1. Proporção de exames citopatológicos do colo do útero realizados na faixa etária alvo (de 25 a 64 anos). Brasil e regiões, de 2007 a 2013

Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

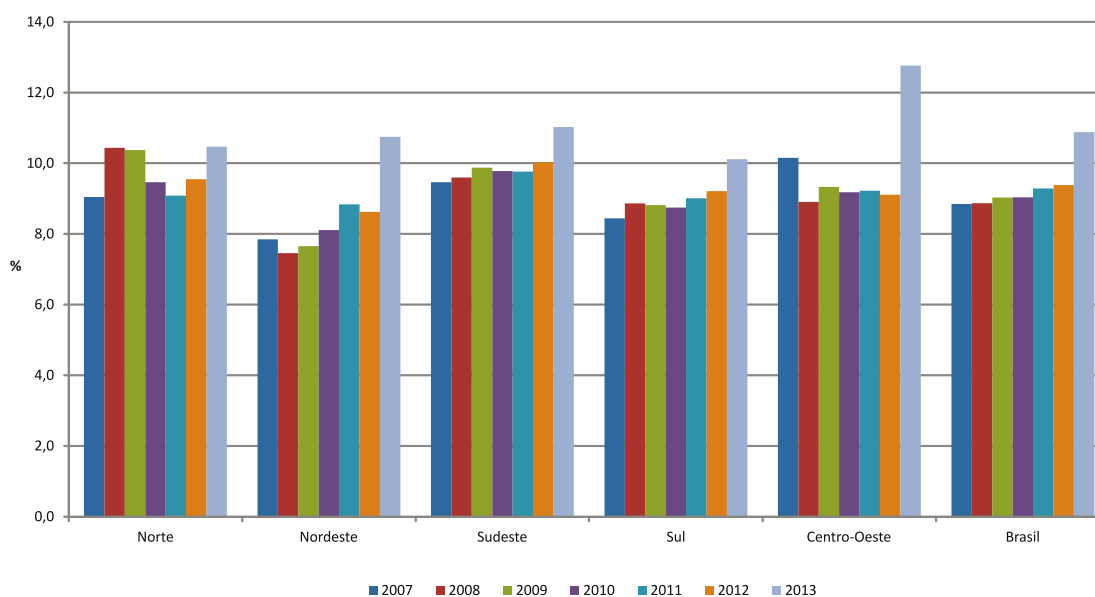


Figura 2. Proporção de exames citopatológicos do colo do útero realizados na periodicidade de três anos, em mulheres de 25 a 64 anos. Brasil e regiões, de 2007 a 2013

Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

Razão entre lesão intraepitelial de alto grau e câncer invasor

As ações de rastreamento do câncer do colo do útero visam à prevenção desse câncer, por meio da detecção precoce e do tratamento de suas lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL). Assim, em um programa bem-sucedido de controle de câncer do colo do útero, espera-se

encontrar, entre os resultados de exames citopatológicos do colo do útero, um número muito maior de HSIL do que de câncer invasor. No Brasil, essa razão apresentou aumento de 33% no período. Essa tendência foi seguida por todas as regiões, sendo que a Região Sul apresentou a maior razão em todo o período, destacando-se 2012, quando foram registrados cerca de 26 casos de HSIL para cada caso de câncer invasivo (Figura 3).

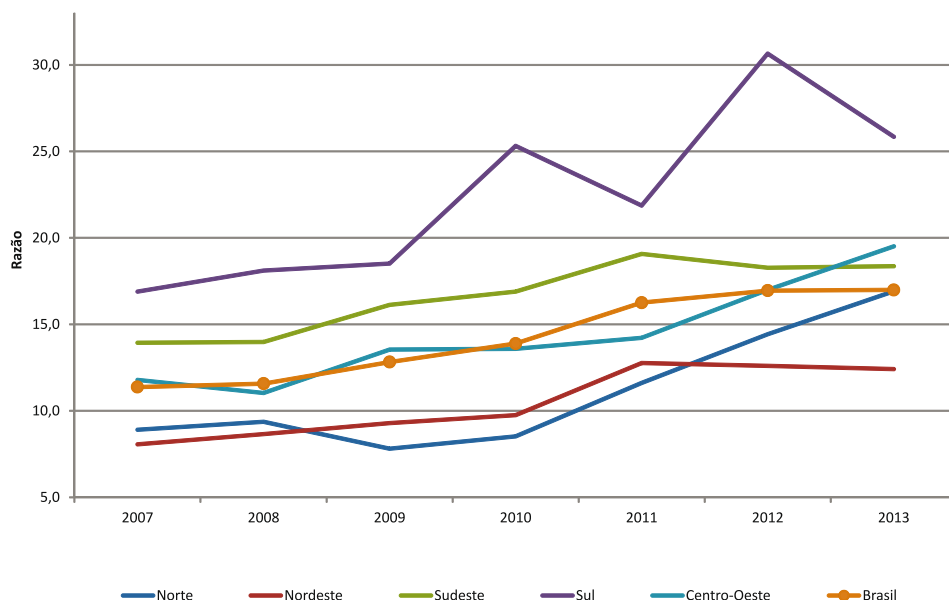


Figura 3. Razão entre HSIL e carcinoma invasor. Brasil e regiões, de 2007 a 2013
Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

Percentual de municípios com amostras insatisfatórias do exame citopatológico

O exame citopatológico do colo do útero é classificado como insatisfatório quando, por algum problema, em geral relacionado à coleta do material, não é possível analisar a lâmina e emitir um resultado. Esses exames precisarão ser repetidos, o que implica não só o aumento do custo do procedimento, mas também a necessidade de solicitar que a mulher retorne à unidade de saúde para nova coleta. O percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% aponta a necessidade de investir localmente na qualificação profissional. Para isso, recomenda-se que esse indicador seja analisado segundo unidades de saúde para uma identificação mais precisa da necessidade de capacitação.

Embora a coleta do exame seja uma atividade desenvolvida na atenção primária e, portanto, realizada em todos os municípios, identificou-se que alguns municípios não tinham registro de coleta no Siscolo no período³, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste. Considerando isso, para ter um indicador mais fidedigno, optou-se por incluir no denominador apenas o total de municípios que informaram algum exame no sistema.

No período de 2007 a 2013, observou-se redução desse percentual de 8,2% para 6,6% no Brasil. Somente a Região Centro-Oeste apresentou aumento (de 3,7% para 5%). As Regiões Norte e Nordeste apresentaram percentuais muito superiores às demais regiões (Figura 4).

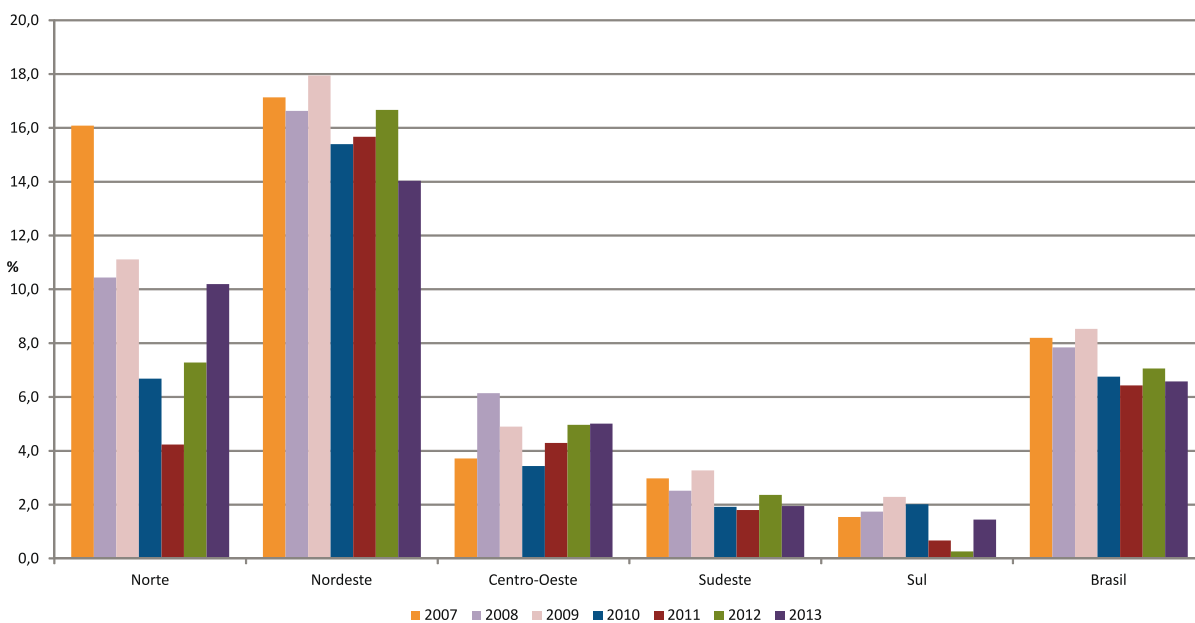


Figura 4. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias do exame citopatológico do colo do útero acima de 5%. Brasil e regiões, de 2007 a 2013

Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

Nota: Esse indicador foi calculado segundo município da unidade de coleta do exame.

³ No Brasil, o percentual de municípios sem informação de coleta do exame citopatológico variou de 0% a 5,8%, sendo os maiores percentuais encontrados em 2013, possivelmente em função da implantação do Siscan.

Indicadores de qualidade do exame citopatológico

O sucesso do rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras está diretamente relacionado à qualidade do exame citopatológico. O monitoramento da qualidade dos exames deve ser realizado por meio de uma série de indicadores, dentre os quais foram destacados três na presente análise.

Índice de positividade (IP) é a proporção de exames citopatológicos com resultados alterados. Ele reflete tanto a prevalência das alterações na população examinada, quanto a capacidade dos laboratórios em identificá-las. A Portaria QualiCito⁴ determinou 3% como um valor mínimo aceitável para o IP, porém esse valor não foi alcançado no país. As Regiões Sudeste e Centro-Oeste são as que apresentaram maiores índices. Nas Regiões Sul e Nordeste, os IP são próximos de 2% (Figura 5a).

É necessário avaliar esse indicador conjuntamente com outros, como a proporção de atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e de HSIL. A proporção de ASC, por ser um resultado inconclusivo, não deve representar 60% ou mais dos resultados alterados. No país, embora não tenha ultrapassado tal valor, os percentuais vêm aumentando no período (Figura 5b).

A detecção de HSIL é o principal objetivo do exame citopatológico e espera-se encontrá-la, no mínimo, em 0,4% dos exames realizados. No país, foram observados valores estáveis e inferiores a 0,3% em todo o período. Situações semelhantes ocorreram nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Apenas nos últimos anos, observou-se melhoria desse indicador nas Regiões Norte e Centro-Oeste, sendo que a Região Norte apresentou grande oscilação no período (Figura 5c). Visando ao planejamento de ações de intervenção para a melhoria na qualidade dos exames é importante que esses indicadores sejam avaliados de forma desagregada por unidade federada, municípios e prestadores de serviço (laboratórios).

Tempos de coleta e realização dos exames citopatológicos

Considerando que o exame citopatológico é um exame de rastreamento, ou seja, é realizado em mulheres assintomáticas sem suspeita clínica de câncer, e que o câncer do colo do útero é uma doença de evolução lenta, não há urgência na obtenção dos resultados desses exames. Entretanto, uma grande demora pode levar à perda de adesão das mulheres ao rastreamento e dificuldades no seguimento da mulher nas ações de controle do câncer do colo do útero.

Nessa análise foram avaliados dois momentos do exame: o tempo transcorrido entre a coleta do material pela unidade de saúde e seu recebimento pelo laboratório; e o tempo entre o recebimento pelo laboratório e a liberação do laudo.

Cerca de 70% dos exames do país chegaram ao laboratório em até 10 dias. Chama a atenção que, nas Regiões Sul, Nordeste e Norte, essa proporção veio decrescendo no período e, na Região Norte, cerca de 50% dos exames de 2013 despenderam tempos maiores nessa etapa.

O tempo máximo satisfatório para o laboratório processar as lâminas é de 30 dias⁴. No Brasil houve pouca variação nesse indicador entre 2007 (88,2%) e 2013 (87,1%). Na Região Sudeste, os valores foram estáveis, com mais de 90% dos exames liberados nesse intervalo. Já na Região Norte, essa proporção que, em 2010, era de 91,6%, reduziu para 74,8% em 2013.

O aumento do tempo de realização do exame na Região Norte pode ter ocorrido pelo credenciamento de laboratórios pequenos em conformidade com as ações para melhoria da qualidade dos exames e a consequente concentração de laboratórios nas capitais dos Estados com grandes extensões territoriais.

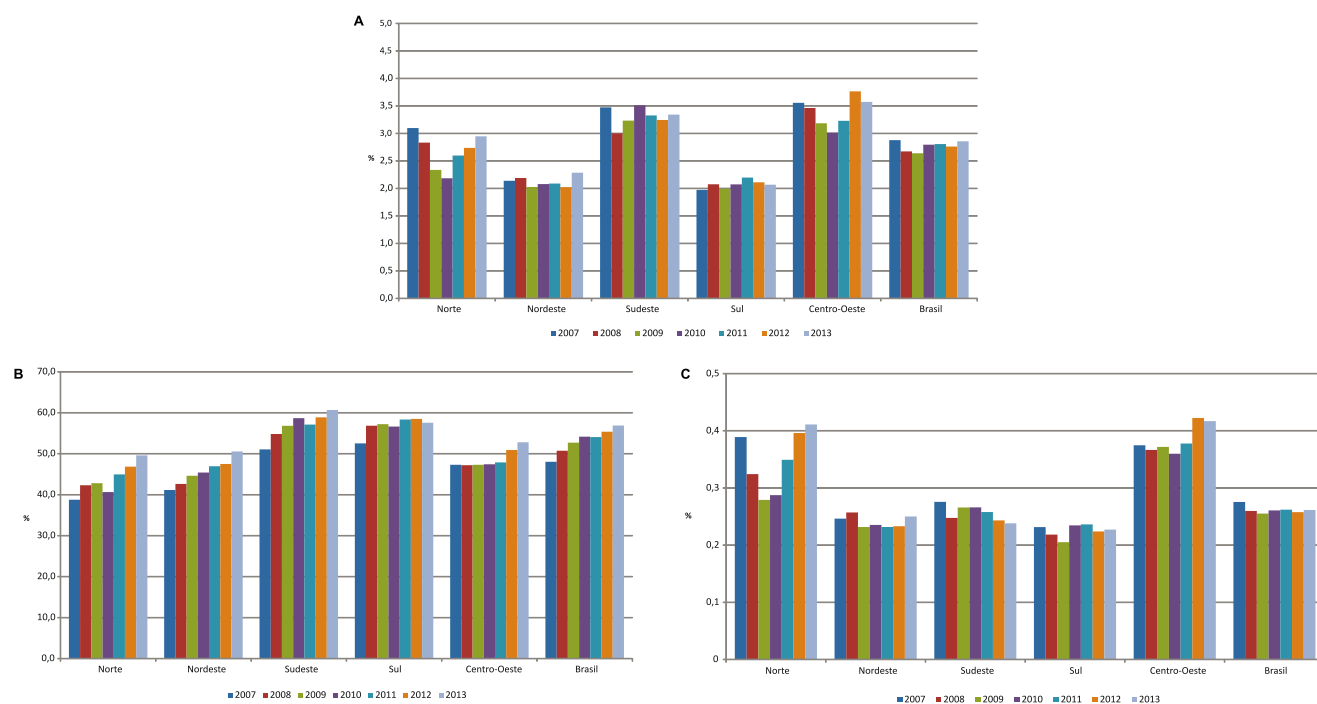


Figura 5. Indicadores de qualidade do exame citopatológico do colo do útero. Brasil e regiões, de 2007 a 2013: a) índice de positividade; b) percentual de ASC entre exames alterados; c) Percentual de HSIL entre exames satisfatórios
Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

⁴ Portaria MS/GM nº 3388, de 30 de dezembro de 2013.

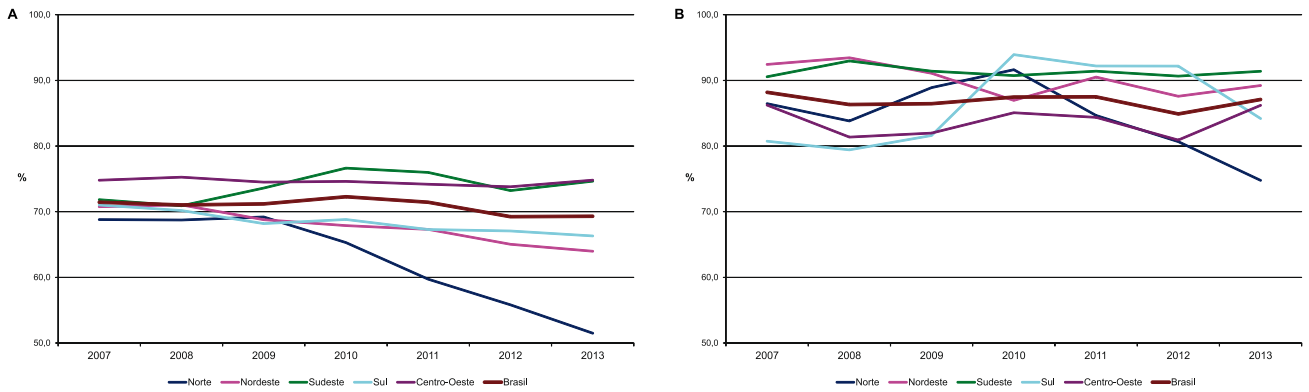


Figura 6. Tempos dos exames citopatológicos do colo do útero. Brasil e regiões, de 2007 a 2013: a) percentual de exames recebidos pelo laboratório em até 10 dias após a coleta; b) percentual de exames liberados pelo laboratório em até 30 dias após o recebimento
Fonte: Siscolo. Acesso em fevereiro de 2015.

Indicadores de acompanhamento do controle do câncer de mama

Realização de mamografias de rastreamento na faixa etária alvo

O Ministério da Saúde recomenda que o rastreamento mamográfico para o câncer de mama seja realizado em mulheres de 50 a 69 anos, bianualmente. Segundo as melhores evidências científicas disponíveis, essa estratégia proporciona maior equilíbrio entre riscos e benefícios do rastreamento. Assim, o percentual de mamografias de rastreamento realizadas na faixa etária alvo, em conjunto com outros indicadores, permite não só avaliar a adesão dos profissionais às recomendações do Ministério da Saúde, mas também o direcionamento adequado das ações e recursos para o controle desse câncer.

Nessa análise, só foram incluídas mamografias de rastreamento, pois a mamografia diagnóstica deve ser realizada em qualquer idade, em mulheres com algum sinal ou sintoma de doença.

No Brasil, entre 2010 e 2013, a proporção de exames realizados na faixa etária alvo passou de 50,3% para 53,1%. O aumento ocorreu em todas as regiões do país, tendo sido observada uma pequena redução desse percentual em 2013, na Região Nordeste (Figura 7). Chama a atenção a Região Norte, onde há a menor proporção de exames na faixa etária alvo.

Apesar do discreto aumento de mamografias realizadas na faixa etária alvo no país, ainda há uma proporção elevada de mamografias de rastreamento realizadas em mulheres entre 40 e 49 anos (35,9% em 2013), o que mostra a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária e a orientação da população feminina quanto às recomendações do Ministério da Saúde.

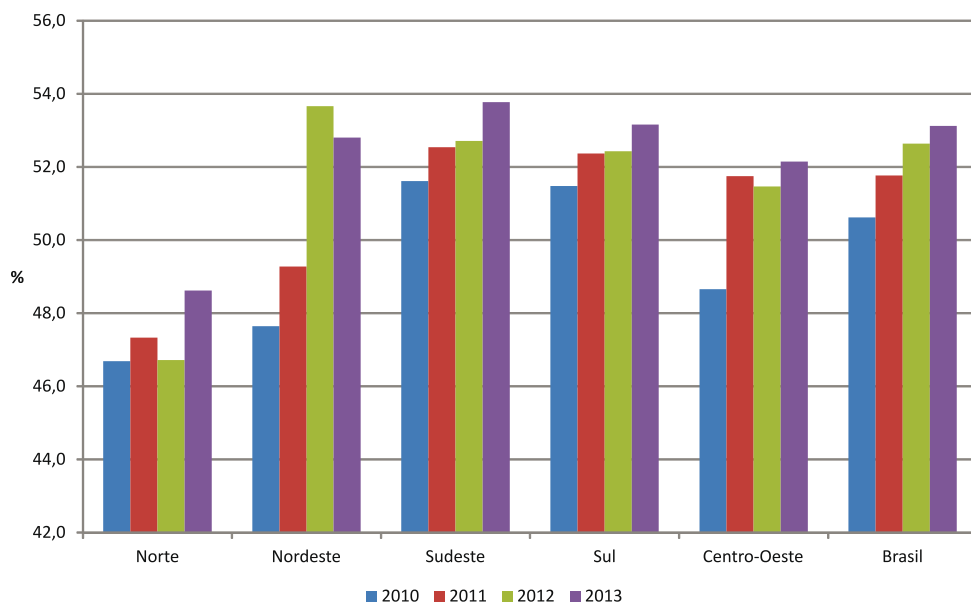


Figura 7. Proporção de mamografias de rastreamento realizadas na faixa etária alvo (de 50 a 69 anos). Brasil e regiões, de 2010 a 2013
Fonte: Sismama. Acesso em fevereiro de 2015.

Periodicidade de realização da mamografia de rastreamento na população alvo

Em média, no período analisado, apenas 32% das mamografias de rastreamento no Brasil foram realizadas no intervalo de dois anos, recomendado pelo Ministério da Saúde, não sendo observadas variações expressivas entre as regiões do país (Figura 8).

Cerca de 40% das mamografias de rastreamento foram realizadas no intervalo de um ano. Como o Sismama contabiliza apenas a diferença entre anos, sem considerar o mês em que o exame foi realizado, é possível que parte desses exames tenha sido realizada entre um e dois anos. O excesso de exames anuais em uma mesma população de mulheres falseia os resultados de cobertura do rastreamento, aumenta a exposição das mulheres à radiação, dificulta a busca por mulheres que nunca

realizaram o exame e eleva gastos desnecessariamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Proporção de resultados alterados nas mamografias de rastreamento

No Brasil, observa-se estabilidade do percentual de resultados alterados (BI-RADS® 0,4 e 5) nas mamografias de rastreamento, com valores próximos a 12%, ao longo do período. Entretanto, há variações regionais importantes. Grande parte das regiões apresenta pequena redução desse percentual, enquanto a Região Centro-Oeste apresenta aumento (Figura 9).

O monitoramento desse indicador é útil no dimensionamento da oferta de serviços de investigação diagnóstica, visto que os resultados alterados demandam continuidade da investigação diagnóstica com a realização de outros exames.

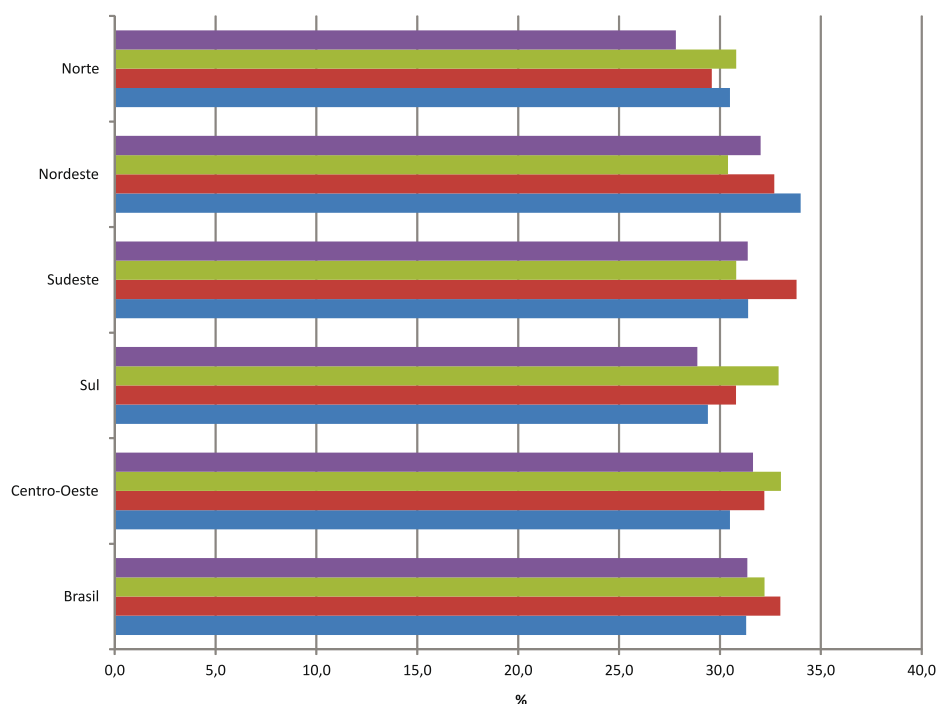


Figura 8. Proporção de mamografias de rastreamento realizadas na periodicidade de dois anos em mulheres de 50 a 69 anos. Brasil e regiões, de 2010 a 2013
Fonte: Sismama. Acesso em fevereiro de 2015.

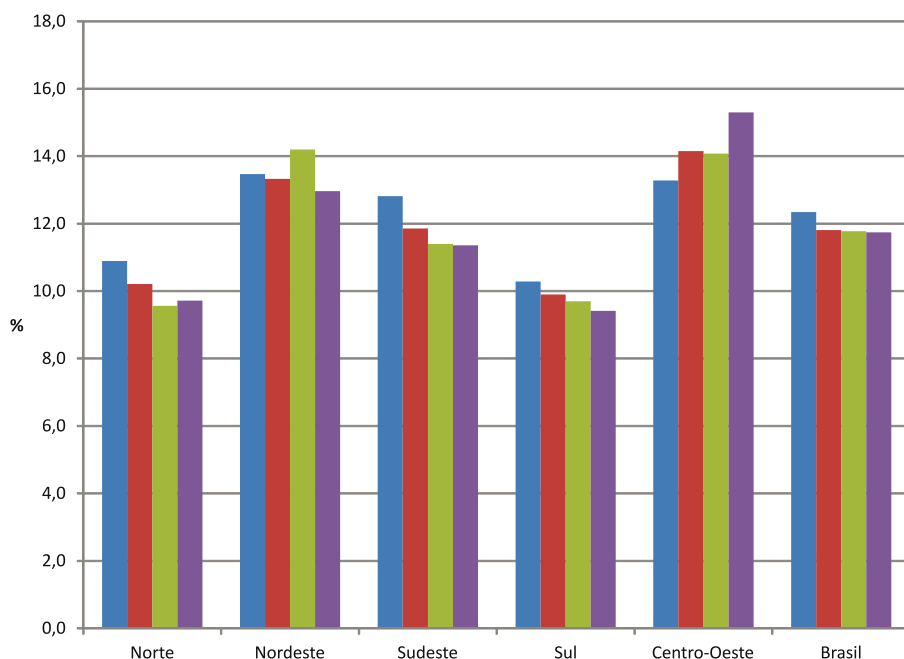


Figura 9. Proporção de resultados alterados nas mamografias de rastreamento, BI-RADS® 0,4 e 5. Brasil e regiões, de 2010 a 2013
Fonte: Sismama. Acesso em fevereiro de 2015.

A maior parte desses exames alterados é composta pelo resultado inconclusivo. No Brasil, aproximadamente 11% das mamografias de rastreamento realizadas no período apresentaram como resultado a categoria BI-RADS® 0. Embora essa proporção esteja de acordo com padrões internacionais que apontam como valor aceitável até 10% de resultados inconclusivos, é necessário que essa avaliação seja realizada segundo prestadores de serviço (clínicas radiológicas) para identificar precisamente locais que necessitem capacitar seus profissionais. Não foram observadas variações ao longo do período no Brasil e regiões. O maior percentual ocorreu na Região Centro-Oeste, que apresentou em média 13% dos exames na categoria 0.

Tempos de solicitação e liberação do laudo das mamografias

Nessa análise foram avaliados dois momentos do exame: o tempo transcorrido entre a solicitação da mamografia pela unidade de saúde e sua realização na clínica radiológica; e o tempo entre a realização e a liberação do laudo. Não existem parâmetros nacionais para esses indicadores,

entretanto, com o objetivo de avaliar a priorização de mamografias diagnósticas, optou-se pelo ponto de corte de 10 dias, diferente do apresentado na ficha de indicadores.

No Brasil, em média, 51% das mamografias de rastreamento e diagnósticas, no período analisado, levaram até 10 dias entre a solicitação e a realização. Não se observou priorização das mamografias diagnósticas em relação às de rastreamento, exceto nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste, que mostraram maior agilidade na realização da mamografia diagnóstica em 2012 e 2013 (Figura 10). Mulheres com indicação de mamografia diagnóstica apresentam alguma suspeição clínica de câncer, portanto, os responsáveis pelo agendamento desse exame devem priorizar seu atendimento.

Em relação ao tempo da liberação do laudo, em média, 72% e 76% das mamografias de rastreamento e diagnósticas, respectivamente, tiveram resultado liberado em até 10 dias no período analisado. Em 2013, os dados da Região Centro-Oeste parecem mostrar uma expressiva priorização na liberação do laudo das mamografias diagnósticas, quando comparadas às de rastreamento. Entretanto chama atenção a baixa proporção (46,4%) observada nessa região em 2011 (Figura 11).

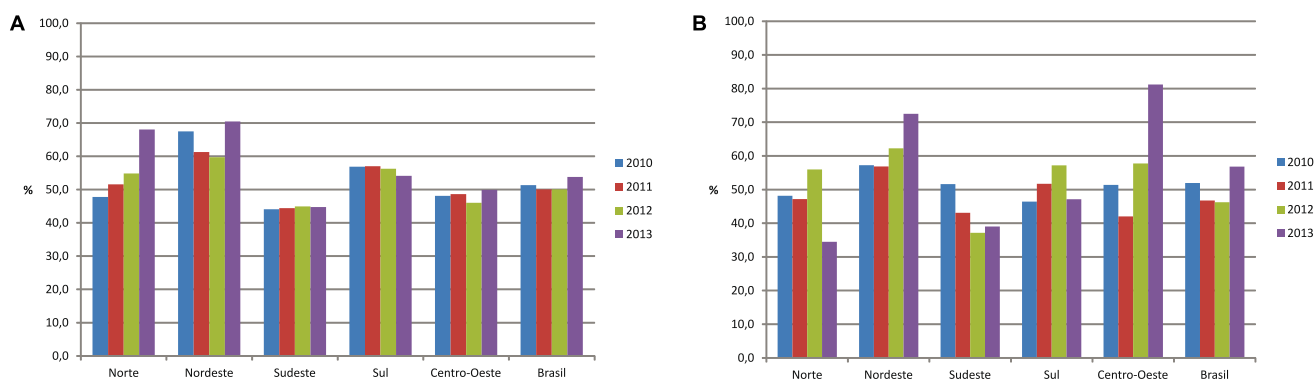


Figura 10. Proporção de mamografias realizadas em até 10 dias após a solicitação. Brasil e regiões, de 2010 a 2013: a) mamografia de rastreamento; b) mamografia diagnóstica
Fonte: Sismama. Acesso em fevereiro de 2015.

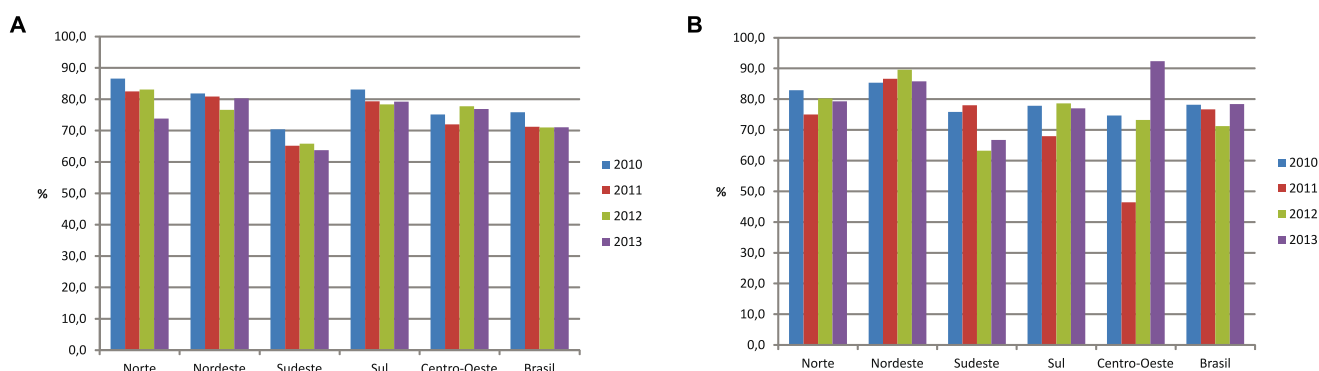


Figura 11. Proporção de laudos de mamografias liberados em até 10 dias após a realização. Brasil e regiões, de 2010 a 2013: a) mamografia de rastreamento; b) mamografia diagnóstica
Fonte: Sismama. Acesso em fevereiro de 2015.

Considerações finais

Os panoramas nacional e regional aqui apresentados revelam discreta tendência positiva em indicadores relativos ao câncer do colo do útero, com exceção do índice de positividade e da proporção de lesões de alto em grau entre os exames alterados. Apesar disso, a razão entre lesão de alto grau e câncer invasor tem aumentado, revelando uma maior capacidade dos programas em detectar precocemente as lesões. Desigualdades regionais foram destacadas nos indicadores insatisfatoriedade da amostra e tempo de liberação do exame, sendo as regiões Nordeste e Norte as que mais necessitam de melhoria.

Os indicadores de câncer de mama ainda não revelam mudanças em direção ao padrão de referência esperado, com exceção do aumento na concentração de mamografias de rastreamento na faixa etária alvo e a priorização de mamografias diagnósticas, principalmente na Região Centro-Oeste.

Com base nesse cenário, espera-se que Estados e municípios possam fazer suas avaliações e identificar problemas e alternativas em nível local.

Apesar da transição em curso para o Siscan, é preciso garantir que os laboratórios e as clínicas que ainda não estejam usando o novo sistema enviem suas bases de dados do Siscolo e do Sismama referentes aos anos de 2013 e 2014. A maior completude dos dados contribuirá para que a perda de informação nesse processo seja minimizada.

Dicas e informes

- A cartilha *Câncer de Mama: é preciso falar disso* foi lançada no final de 2014 e está disponível no site www.inca.gov.br/mama em *impressos e multimídias*. Esse material objetiva orientar as mulheres a respeito da prevenção e da detecção precoce do câncer de mama, incluindo informações sobre riscos e benefícios da mamografia de rastreamento.
- O catálogo *A Mulher e o Câncer de Mama* está disponível no site www.inca.gov.br/mama em impressos e multimídias. É uma realização do projeto *História do Câncer – atores, cenários e políticas públicas*, uma parceria entre o INCA e a Casa de Oswaldo Cruz (COC), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).
- Também fruto dessa parceria, foi recentemente publicado o livro *O controle do câncer do colo do útero: um desafio para a saúde pública*, que faz parte da série *Depoimentos para a história do controle do câncer no Brasil*. Essa publicação está disponível no site www.inca.gov.br/colo em textos de referências.
- Em setembro de 2014, o INCA realizou, em parceria com a organização não governamental (ONG) Criar Brasil, uma oficina em Manaus para radialistas que trabalham com populações indígenas na região Norte do país, visando a sensibilizá-los para a prevenção do câncer do colo do útero. Como exercícios, foram criados vários materiais em áudio, que podem ser acessados em: <http://www.radiotube.org.br/audio-4136NsZwepAe7>.

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde são estratégicos para a qualificação do SUS.
Divulgue este Informativo!
Pratique e estimule uma cultura de avaliação.

Expediente:

Informativo quadrimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA).



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5512/5639
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br

Edição
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5979

Coordenação: Maria Beatriz Kneipp Dias. **Elaboração:** Caroline Ribeiro, Danielle Nogueira e Maria Asuncion Sole Pla. **Colaboradores:** Mônica de Assis, Marcos Félix, Itamar Claro.

Supervisão Editorial: Letícia Casado. **Edição:** Taís Facina. **Revisão:** Rita Rangel de S. Machado. **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá