

Informativo DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 6, nº 2, maio/agosto 2015
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Ministério da Saúde

MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO Linha de Cuidado e Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero

Apresentação

Esta edição do Informativo Detecção Precoce apresenta um panorama epidemiológico do câncer do colo do útero no Brasil e dos procedimentos que fazem parte da sua linha de cuidado nos diferentes níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

As análises foram elaboradas a partir dos dados disponíveis nos sistemas de informação e com base nas regulamentações do Ministério da Saúde, principalmente: Portaria MS/GAB nº 874 de 2013, que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e Portaria MS/GM nº 140 de 2014, que estabeleceu critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia.

Considerando o cenário nacional de intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero, espera-se que as informações apresentadas contribuam para o aprimoramento das estratégias de controle, com a maior compreensão da magnitude do problema e da organização da rede de atenção à saúde das pessoas com esse agravo.

Incidência e mortalidade

O câncer do colo do útero é de grande magnitude no Brasil. Apesar de sua incidência e mortalidade apresentarem redução nos últimos anos, ainda representa, com exceção do câncer de pele não melanoma, a terceira localização mais incidente de câncer em mulheres e a terceira causa de mortes por câncer feminino no país. As estimativas para o ano de 2015 são de 15.590 casos novos (taxa bruta de incidência de 15,33 por 100 mil mulheres). Em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por essa causa (taxa bruta de mortalidade de 5,49 óbitos por 100 mil mulheres), sendo a taxa média bruta de mortalidade para o período de 2009 a 2013 de 5,28 óbitos por 100 mil mulheres. Há grande variação entre os Estados do país, principalmente em relação às taxas de incidência. Chamam a atenção os

Estados do Amazonas, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Maranhão e Piauí, que apresentam as taxas de incidência e de mortalidade bem acima da média nacional (Figura 1).

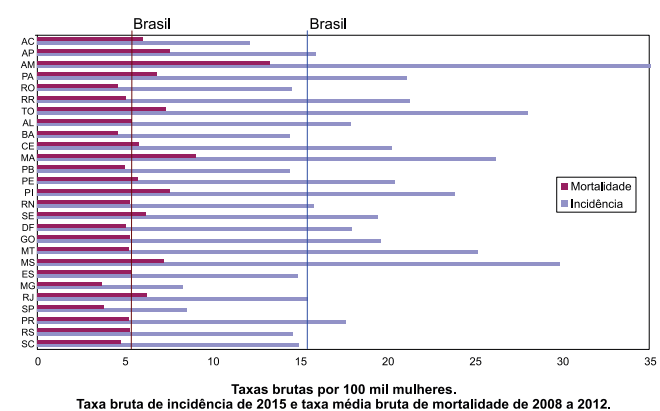


Figura 1. Taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero por UF e Brasil

Fontes: Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. INCA, 2014.

Atlas de mortalidade por câncer. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em maio de 2015.

Linha de cuidado

O controle do câncer do colo do útero tem como componente fundamental a detecção precoce por meio do rastreamento de lesões precursoras. Desse modo, no país, é possível fazer a prevenção desse tipo de câncer seguindo a recomendação da realização periódica da coleta do exame citopatológico na Atenção Primária/Básica, em mulheres do grupo-alvo, de 25 a 64 anos de idade¹. Conforme o resultado, seguem-se procedimentos diagnósticos e confirmatórios (colposcopia, biópsia e análise histopatológica) na Atenção Secundária/Média Complexidade. A lesão precursora do câncer do colo do útero, confirmada na colposcopia com biópsia, é tratada em nível ambulatorial, com sua retirada por meio da exérese da zona de transformação (EZT) indicada para doença ectocervical ou quando a junção escamocolunar (JEC) não ultrapassar o primeiro centímetro do canal

¹ Um exame citopatológico a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com periodicidade anual.

endocervical. Nos casos em que é necessário retirar a zona de transformação endocervical, o tratamento deve se dar por meio de conização², em nível hospitalar, com o uso de leito cirúrgico ou leito-dia. Quando há o diagnóstico de câncer, o tratamento é realizado em Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON e CACON, na Atenção Terciária/Alta Complexidade (Figura 2).

Os componentes dos Sistemas de Apoio (sistemas de informações, garantia de qualidade dos exames de diagnóstico e assistência farmacêutica), da Regulação (organização do acesso às ações e serviços especializados) e dos Sistemas Logísticos (transporte sanitário e informatização dos pontos de atenção), além da governança exercida nas Comissões Intergestores, são necessários para dar suporte e articular os diversos níveis de atenção da linha de cuidado³.

Atenção primária (Atenção básica)

A coleta do exame citopatológico do colo do útero embora considerado um procedimento de baixa densidade tecnológica, requer qualificação e treinamento e deve ser realizado em todos os estabelecimentos da atenção básica do país (p. e.: unidades básicas de saúde/centros de saúde, postos de saúde, unidades mistas e unidades fluviais móveis). A avaliação da coleta, a partir da informação no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), no ano de 2014, indicou que 349 municípios (6,3%) não informaram realização de coleta do exame citopatológico (Tabela 1). A avaliação complementar pelo SISCOLO, a partir da identificação dos municípios das unidades que coletaram o exame, revelou que 262 desses municípios tinham informação nesse segundo sistema. Dessa forma, o percentual de municípios sem informação de coleta no Brasil é de 1,6%. Como o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) está em fase de implementação, deve ser considerada a possibilidade de que alguns dos municípios sem

informação no SISCOLO já estejam utilizando o SISCAN.

Os percentuais elevados de municípios sem informação em algumas Unidades da Federação (UF), em especial no SIA, são devido ao fato de a coleta do exame citopatológico do colo do útero estar incluída no Piso de Atenção Básica⁴ (Tabela 1). Isso significa que o pagamento desse procedimento é realizado independente do registro da informação nesse sistema.

A ausência de informação das unidades de saúde que coletam o exame pode também estar relacionada à compra direta dos exames pelo gestor municipal, com consequente ausência de registro no sistema de informação (SISCOLO). Outra possibilidade, além da não realização efetiva da coleta, são problemas de fluxo das informações ocasionando a ausência do registro.

Portanto, é importante que essa análise seja feita a partir dos dados dos sistemas de informação SISCOLO/SISCAN e SIA, bem como a necessidade de cuidado com a interpretação desses resultados.

Após a coleta, deve estar garantido o diagnóstico do exame citopatológico em laboratórios que realizem a leitura conforme os critérios, parâmetros e indicadores exigidos pela Portaria MS/GM nº 3.388 de dezembro de 2013 (Portaria da Qualcito). A partir do resultado do exame citopatológico, o profissional de saúde avaliará a necessidade de continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (Quadro 1).

Atenção Secundária (Atenção especializada)

Os procedimentos para confirmação diagnóstica são realizados na atenção secundária. Preferencialmente esses procedimentos devem ser realizados em uma mesma unidade, em Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero – SRC⁵, com ginecologistas que realizem colposcopia, biópsia e tratamento com a EZT.

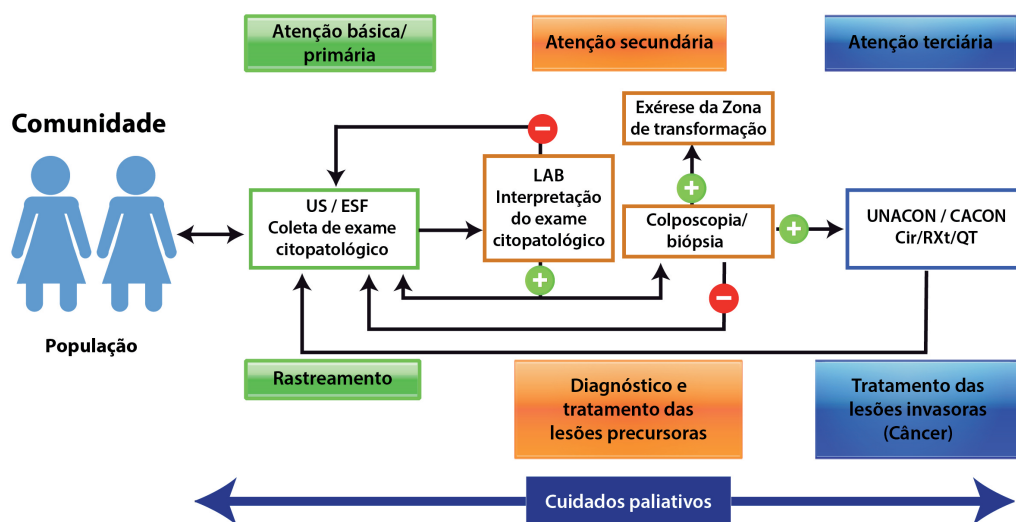


Figura 2. Principais pontos de atenção na linha de cuidado do câncer do colo do útero

Fonte: Adaptado de Cancer Control: Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 3 (EarlyDetection).WHO, 2007, p.13.

² Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. INCA, 2011.

³ Portaria MS/GM nº 874 de maio de 2013.

⁴ Portaria SAS/MS nº 315 de setembro de 2009.

⁵ Portaria MS/GM nº 189 de janeiro de 2014.

No Brasil, em 2013, o índice de positividade (proporção entre os exames citopatológicos alterados e o total de exames satisfatórios) foi de 2,9% variando de 1,0% a 9,7% entre as UF. Isso implica no acompanhamento de aproximadamente 240 mil mulheres/ano e a necessidade de cerca de 200 mil colposcopias, 80 mil biópsias e 30 mil

Tabela 1. Percentual de municípios sem informação de coleta do exame citopatológico do colo do útero, segundo UF e sistemas de informação, 2014

Região e UF	Percentual de municípios sem informação de coleta	
	SIA	SIA / SISCOLO*
Norte	5,3	0,9
AC	0,0	0,0
AP	12,5	-
AM	11,3	0,0
PA	4,2	1,4
RO	9,6	0,0
RR	0,0	0,0
TO	2,9	1,4
Nordeste	3,7	1,1
AL	2,9	-
BA	3,6	1,7
CE	2,7	0,0
MA	6,9	3,7
PB	3,1	0,4
PE	0,0	0,0
PI	3,1	0,9
RN	7,8	1,2
SE	2,7	0,0
Sudeste	5,7	0,4
ES	5,1	2,6
MG	8,6	0,4
RJ	3,3	1,1
SP	2,3	0,0
Sul	10,4	4,0
PR	16,3	2,3
RS	5,8	2,4
SC	10,2	9,2
Centro-Oeste	8,3	1,9
DF	0,0	0,0
GO	8,1	2,4
MT	9,2	2,1
MS	7,2	-
BRASIL	6,3	1,6

Fonte: SIA. Acesso em abril de 2015 e SISCOLO acesso em julho de 2015. Nota: Os Estados de Alagoas, Amapá e Mato Grosso do Sul não tinham informação no SISCOLO para o ano de 2014. Quando não foi possível calcular o percentual de municípios sem informação de coleta, foi utilizado o traço (-). *Municípios que estavam sem informação no SIA e que não foram localizados no SISCOLO.

EZT. No atendimento a essa necessidade, todas as UF do país dispõem de serviços que realizam colposcopia, biópsia e EZT. Entretanto, esses procedimentos nem sempre são distribuídos adequadamente, de forma a atender oportuna e resolutivamente à mulher com lesão suspeita (Figura 3).

Quadro 1. Condutas clínicas segundo resultado do exame citopatológico do colo do útero

Resultado		Conduta	
Normal ou alterações celulares benignas		Seguir a rotina de rastreamento citológico	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica (ASC-US)	Repetir citologia em seis meses para mulheres de 30 anos ou mais e em 12 meses para menores de 30 anos
		Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)	Colposcopia
	Em células glandulares ou de origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	
		Não se pode afastar lesão de alto grau	
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	Repetir citologia em seis meses	
	Lesão intraepitelial de alto grau ou Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão (HSIL)	Colposcopia	
	Carcinoma epidermoide invasor		
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i> ou Adenocarcinoma invasor	Colposcopia	

Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer do colo do útero. INCA, 2011.

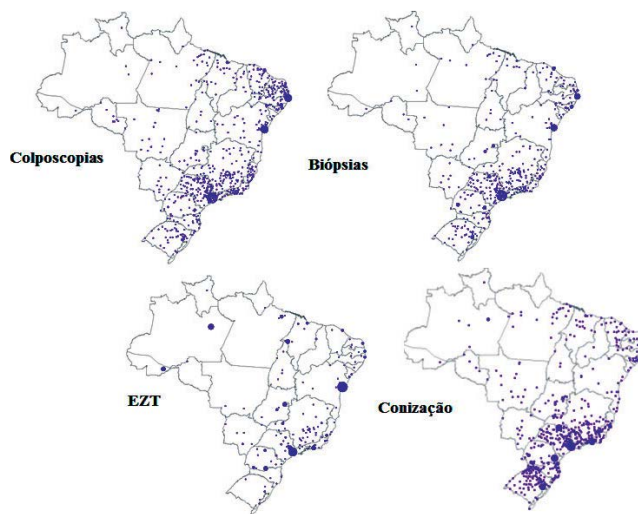


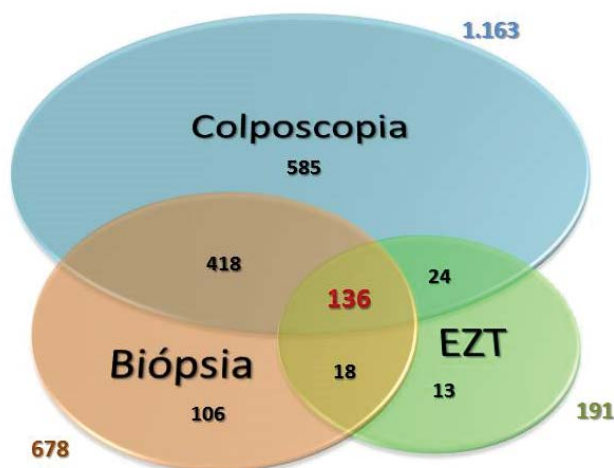
Figura 3. Distribuição de Unidades por município, segundo realização de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero, 2014

Nota: Os círculos no mapa apresentam raios proporcionais à frequência de procedimentos realizados. Fonte: SIA/ SUS e SIH/SUS. Acesso em abril de 2015.

Verifica-se que 1.304 serviços informaram realizar colposcopia ou biópsia ou EZT em 2014 no país. Entre esses, apenas 136 (10,4%) disponibilizaram, na mesma unidade, todos os três procedimentos previstos nesse nível de atenção (Tabela 2 e Figura 4).

Os Estados das regiões Norte e Centro-Oeste são os que apresentaram maior proporção de unidades que informaram realizar os três procedimentos da linha de cuidado (Tabela 2). Verifica-se, de uma forma geral, no país, uma fragmentação da rede que leva a uma descontinuidade de ações assistenciais, obrigando as mulheres, muitas vezes, a percorrerem vários serviços, às vezes, em diferentes municípios, até obter o diagnóstico e/ou tratamento definitivo.

A dificuldade na estruturação da atenção secundária também pode ser verificada a partir dos dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Observa-se que, no Brasil, 32% dos casos de câncer do colo do útero chegaram às UNACON/CACON sem diagnóstico, o que mostra que a



Fonte: SIA/SUS. Tabnet/Datasus. Acesso em 15/05/2015
Obs.: Excluídas as unidades com registro de realização de apenas um procedimento.

Figura 4. Número de unidades segundo procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Brasil, 2014

Tabela 2. Unidades de atendimento segundo realização de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero. UF, Regiões e Brasil, 2014

Região e UF da Unidade	Total de Unidades	Colposcopia	Biópsia	EZT	Colposcopia + Biópsia+ EZT	
	N*	N	N	N	N	% **
Norte	65	57	39	20	15	23,1
AC	1	1	1	1	1	100,0
AP	1	1	1	1	1	100,0
AM	11	9	5	3	0	0,0
PA	32	29	18	7	6	18,8
RO	10	8	5	2	1	10,0
RR	2	2	2	1	1	50,0
TO	8	7	7	5	5	62,5
Nordeste	363	346	130	46	34	9,4
AL	25	25	14	1	1	4,0
BA	78	71	27	11	10	12,8
CE	57	53	22	4	1	1,8
MA	30	29	13	6	4	13,3
PB	38	38	14	5	4	10,5
PE	75	72	20	9	6	8,0
PI	15	15	6	3	2	13,3
RN	37	36	11	5	5	13,5
SE	8	7	3	2	1	12,5
Sudeste	623	545	355	85	55	8,8
ES	33	32	19	6	4	12,1
MG	159	131	84	40	24	15,1
RJ	73	53	46	16	10	13,7
SP	358	329	206	23	17	4,7
Sul	173	145	112	21	16	9,2
PR	43	35	33	9	8	18,6
RS	86	70	50	7	6	7,0
SC	44	40	29	5	2	4,5
Centro-Oeste	80	70	42	19	16	20,0
DF	13	12	6	5	4	30,8
GO	23	22	12	7	7	30,4
MT	19	18	9	2	2	10,5
MS	25	18	15	5	3	12,0
BRASIL	1.304	1.163	678	191	136	10,4

Fonte: SIA/SUS. Tabnet/Datasus. Acesso em 15/05/2015.

* Número de unidades que informaram realizar EZT/Colposcopia ou biópsia. Excluídas as unidades com registro de realização de apenas um procedimento.

** Percentual sobre total de unidades.

rede não está devidamente organizada, visto que esses casos deveriam ter realizado a confirmação diagnóstica na rede secundária. Com exceção da região Norte, todas as regiões apresentam mais de 30% dos casos chegando nessas unidades sem diagnóstico prévio (Figura 5). Vale destacar que algumas UNACON/CACON também podem ser referências para o atendimento secundário, uma vez que são hospitais gerais.

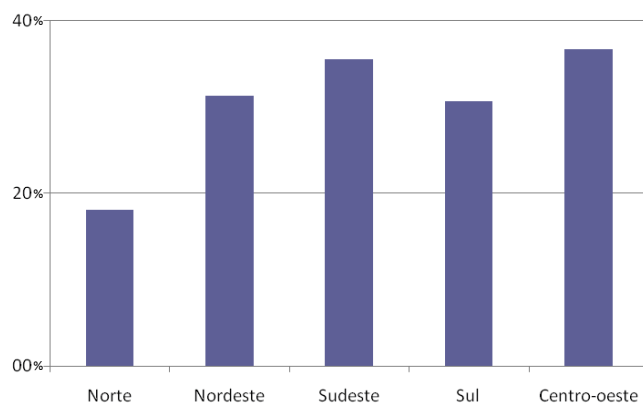


Figura 5. Percentual de casos de câncer do colo do útero que chegam às UNACON e CACON sem diagnóstico, 2010 e 2011
Fonte: Integrador RHC e FOSP. Acesso em julho de 2015.
Nota: Dados de 259 UNACON e CACON.

Atenção Terciária (Atenção especializada)

Para determinar o diagnóstico diferencial e definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento por cirurgia, quimioterapia (QT) e radioterapia (RXT), a reabilitação, a abordagem multidisciplinar e os cuidados paliativos, garantindo toda a estrutura assistencial para o cuidado das pessoas com câncer do colo do útero, é necessário que a Rede de Atenção à Saúde, em uma ou mais regiões intra ou interestadual, disponha de hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde como UNACON ou CACON⁶.

Estadiamento

A definição do estadiamento é fundamental para o planejamento terapêutico e para a avaliação do prognóstico da doença. A Figura 6 apresenta a distribuição do estadiamento clínico dos cânceres do colo do útero tratados em 259 UNACON e CACON com RHC implantados e em atividade. Observa-se, na região Norte, o maior percentual de casos em estadiamento avançado (estádios III e IV).

A região Sudeste registrou o maior percentual de casos *in situ* (27%). Entretanto, cabe ressaltar que os casos *in situ* não precisariam ser tratados nessas unidades hospitalares, considerando que esses tumores não são classificados como câncer, mas como lesões precursoras, as quais devem ser tratadas em nível ambulatorial por meio de EZT ou em nível hospitalar via conização. Os altos percentuais de casos sem informação em todas as regiões, especialmente no Centro-Oeste (58%) e Sul (56%), limitam a presente análise.

Essa análise alerta tanto para a organização da rede secundária, que deveria tratar os casos *in situ*, quanto para a melhoria da classificação do estadiamento realizado pelas UNACON/CACON, que apresentam elevada proporção de casos sem informação.

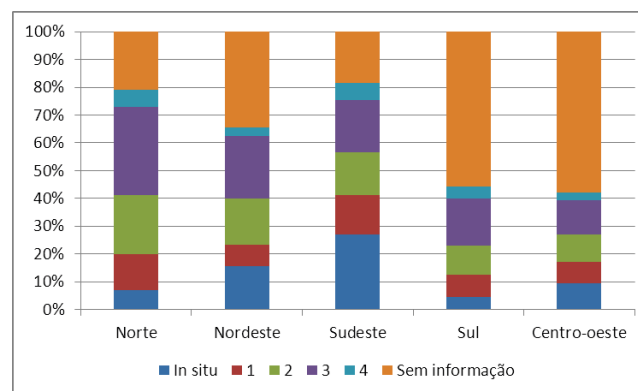


Figura 6. Percentual de estadiamento clínico dos cânceres do colo do útero registrados nos RHC. Brasil, 2010 e 2011
Fonte: Integrador RHC e FOSP. Acesso em abril de 2015.
Nota: No RHC, é registrado o estadiamento mais próximo ao início do tratamento. Os casos “sem informação” incluem os “não se aplica”.

Tratamento

As modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer do colo do útero são cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A radioterapia pode ser realizada por teleterapia profunda e braquiterapia de alta dose.

A Portaria nº 140 MS/GM de 2014 define que as UNACON devem possuir, no mínimo, quimioterapia, cirurgia com cirurgiões especializados em oncologia e em ginecologia/mastologia. A radioterapia pode ter sua referência formalizada.

Os CACON devem possuir obrigatoriamente serviço de radioterapia completo, o que inclui braquiterapia, além de cirurgia e quimioterapia. É importante destacar, no caso do câncer do colo do útero, a necessidade de disponibilizar, conforme protocolos, acesso a serviços de radioterapia que possuam braquiterapia, sejam eles em UNACON ou CACON. Para que a integralidade do tratamento desse câncer seja garantida, é necessário organizar o fluxo dos pacientes, com a implantação de processos regulatórios nas Regiões de Saúde que garantam o acesso a todos os pontos de atenção as pessoas com esse tipo de câncer.

É responsabilidade do gestor estadual, em conjunto com os municipais, pactuar esse fluxo nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Esse planejamento deve ser feito com base na magnitude do problema, por meio das informações de incidência e mortalidade e da proporção de casos de câncer do colo do útero sobre o total de casos de câncer em ambos os sexos. Essa proporção é um indicador importante para avaliar a relevância do câncer do colo do útero no cenário oncológico de cada localidade.

⁶ Portaria MS/SAS nº 140 de fevereiro de 2014.

As UF das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam proporções mais altas que a média nacional, reforçando a necessidade de priorização das ações de controle desse câncer (Figura 7).

A Tabela 3 apresenta a atual estrutura assistencial oncológica existente no SUS. O número de estabelecimentos de saúde habilitados como UNACON e CACON é definido segundo a estimativa da população residente e segundo a estimativa de casos novos de câncer, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma).

Observa-se a ausência de serviços de radioterapia (teleterapia profunda e braquiterapia) nos Estados do Amapá e Roraima e de braquiterapia em Mato Grosso do Sul. Nos outros Estados, há todas as modalidades assistenciais exigidas para a organização da linha de cuidado do câncer do colo do útero em seu nível terciário. No entanto, apesar de a maioria dos Estados possuir todas as modalidades assistenciais, a capacidade instalada, principalmente em radioterapia, ainda é um ponto de estrangulamento da rede, dificultando a garantia, em tempo oportuno, do tratamento integral desse câncer.

Após levantamento realizado pelo INCA/MS em 2011, que identificou os principais vazios assistenciais, o Ministério da Saúde, no seu Plano de Expansão de Radioterapia⁷, previu a implantação ou ampliação da capacidade instalada em Radioterapia das UNACON no Amapá, Roraima e em Mato Grosso do Sul, todos eles com braquiterapia. Aguarda-se a conclusão do Plano de Radioterapia para ampliação da capacidade instalada nessa modalidade de tratamento mais deficitária.

Com objetivo de avaliar em quais estruturas hospitalares do SUS são realizadas as cirurgias do câncer do

colo do útero, foi levantada a produção desses procedimentos que continham a CID do câncer do colo do útero (C53), tanto nos CACON e UNACON quanto nos hospitais não habilitados em alta complexidade em oncologia.

Do total de procedimentos cirúrgicos do colo do útero informados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), em 2014, com CID C53 (n=7.638), 73% foram realizados em UNACON/CACON (n=5.589) e 27% em hospitais não habilitados (n=2.049). Destacam-se os hospitais gerais dos Estados Ceará, Goiás e Tocantins por apresentarem uma produção maior que as unidades especializadas (Figura 8).

Espera-se que as cirurgias oncológicas sejam realizadas em UNACON e CACON, habilitados pelo Ministério da Saúde, por possuírem os requisitos técnicos necessários para esse tipo de tratamento. As informações de produção sinalizadas no parágrafo anterior apontam para a necessidade dos Estados avaliarem sua produção cirúrgica, visando aos ajustes na organização e no dimensionamento de sua rede (fluxo/regulação, mapa da saúde e investimentos), quando for o caso. O acesso ao tratamento deve sempre ser realizado nas melhores estruturas assistenciais disponíveis.

No tratamento (plano terapêutico) do câncer do colo do útero, é necessário, ainda, analisar como está estruturado o apoio multidisciplinar, a reabilitação e os cuidados paliativos dentro das UNACON e CACON, conforme disposto na Portaria MS/GM nº 140 de fevereiro de 2014.

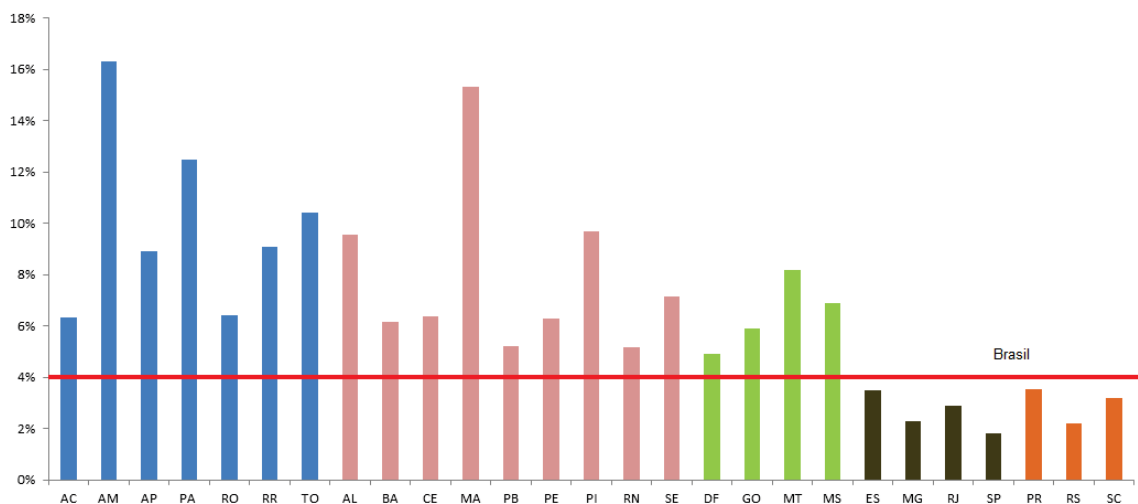


Figura 7. Proporção estimada de câncer do colo do útero em relação ao número de casos novos estimado de outros cânceres, por UF, 2014
Fonte: Estimativas 2014.

⁷ Portaria MS/GM nº 931 de maio de 2012 e Edital do Ministério da Saúde - Pregão Presencial nº 11/2013.

Tabela 3. Estrutura assistencial oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, segundo UF e regiões, 2014

Região e UF	Estimativa de casos de câncer ¹	UNACON e CACON ²	Capacidade instalada em UNACON e CACON ³			
			Cirurgia Oncológica	Quimioterapia	Radioterapia	
					Teleterapia profunda	Braquiterapia Alta Taxa de Dose
N	N	N	N	N	N	
Norte	15.690	10	14	14	11	9
AC	630	1	1	1	1	1
AM	3.860	1	1	1	1	1
AP	560	1	1	1	0	0
PA	6.650	2	6	6	6	4
RO	1.710	2	2	2	2	2
RR	550	1	1	1	0	0
TO	1.730	2	2	2	1	1
Nordeste	74.760	50	65	65	50	19
AL	3.250	5	5	5	4	3
BA	18.130	12	15	15	14	4
CE	14.540	8	11	11	8	3
MA	5.740	3	4	4	2	1
PB	5.550	4	6	6	4	1
PE	15.460	9	10	10	9	3
PI	4.120	1	2	2	2	1
RN	5.040	6	10	10	5	2
SE	2.930	2	2	2	2	1
Sudeste	196.720	127	176	176	132	41
ES	7.690	5	8	8	5	1
MG	38.200	31	40	40	30	12
RJ	46.360	23	28	28	20	8
SP	104.470	68	100	100	77	20
Sul	81.340	62	78	78	50	11
PR	28.380	21	29	29	21	5
RS	37.910	27	33	33	21	5
SC	15.050	14	16	16	8	1
Centro-Oeste	25.940	19	22	22	15	4
DF	5.280	2	3	3	3	1
GO	10.510	5	7	7	7	2
MT	4.770	5	5	5	2	1
MS	5.380	7	7	7	3	0
BRASIL	394.450	268	355	355	258	84

Fontes:

1. Estimativas INCA/2014.

2. Portaria MS/GM nº 140 de 27 de fevereiro de 2014 e Portarias de habilitações subsequentes, exceto as UNACON exclusivas de pediatria e hematologia.

3. CNES, SQRI/INCA e CENEN.

Nota: A capacidade instalada em cada UNACON ou CACON é igual a um equipamento de radioterapia, nas diferentes modalidades assistenciais (Quimioterapia, Radioterapia e Cirurgia Oncológica), correspondendo ao atendimento de até 900 casos de câncer/ano. Quando a UNACON ou CACON tiver mais de um equipamento de radioterapia (Acelerador linear ou Unidade de Cobalto) sua capacidade instalada, nas diferentes modalidades assistenciais, será proporcional ao número desses equipamentos (Ex.: Um CACON que possui 4 equipamentos de RXT é contado como 4 capacidades instaladas em RXT, QT e Cirurgia Oncológica - proporcionalidade - ou seja, poderá atender até 3.600 câncer/ano - 900*4). Quando a UNACON não possuir Serviço de RXT, foi considerada capacidade instalada igual a 1 (um) em QT e cirurgia oncológica.

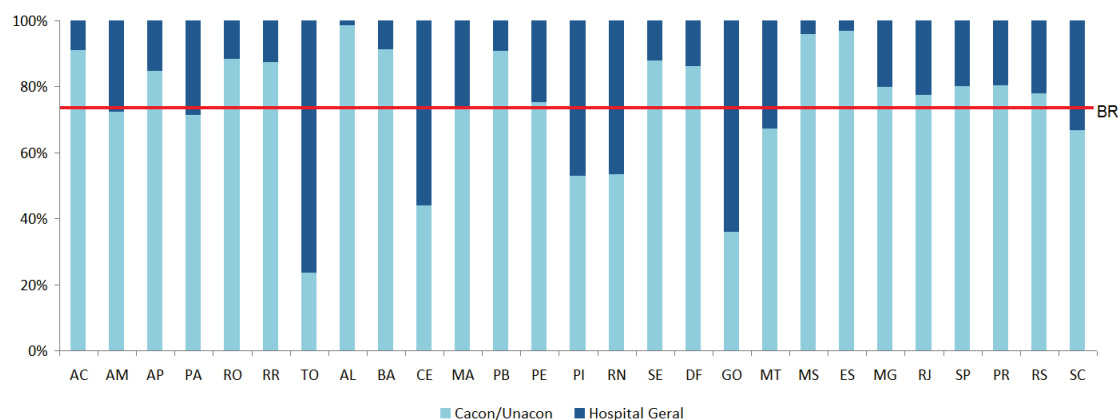


Figura 8. Produção de cirurgias do colo do útero com CID C53 em UNACON/CACON e Hospital Geral, por UF, 2014
Fonte: SIH/SUS. Acesso em abril de 2015.

Considerações finais

Embora o câncer do colo do útero seja uma doença prevenível na quase totalidade dos casos, essa doença ainda apresenta importante magnitude no Brasil. As grandes variações regionais observadas na incidência e mortalidade desse câncer refletem, em grande parte, as disparidades observadas em todos os níveis de atenção: básica e especializada.

As análises corroboram a importância de fortalecer a gestão local dos programas de controle do câncer do colo do útero na contratualização de serviços capazes de dar continuidade aos cuidados necessários, bem como de se investir na qualidade dos serviços, na formação e capacitação profissional e em estratégias de mobilização social.

A análise aqui realizada mostra a necessidade de aprimorar a qualidade da informação. Estados e municípios devem estar atentos à ausência de dados nos sistemas de informação. Algumas unidades e serviços utilizam recursos orçamentários próprios e não registram os procedimentos nesses sistemas.

É fundamental para avançar no controle desse câncer que a gestão do SUS, em todos os seus níveis, aperfeiçoe a estruturação de todos os pontos de atenção e suas conexões. Espera-se que as informações aqui apresentadas contribuam para o conhecimento e para fomentar investigações locais que subsidiem e promovam o adequado desempenho das ações de controle dessa neoplasia.

Dicas e informes

- No 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado de 28 a 31/julho, em Goiânia, a *Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede*, do INCA/MS, realizou a mesa-redonda: *Novas Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama e Câncer do Colo do Útero: Desafios para implementação no SUS*. Durante o evento, foi distribuído o *Sumário Executivo das Diretrizes Nacionais para a Detecção Precoce do Câncer de Mama*, que sintetiza o processo metodológico de revisão das diretrizes e as recomendações. O documento completo será em breve disponibilizado on-line.
- A 2ª dose da vacina contra o Papilomavírus humano (HPV) será iniciada em setembro de 2015.

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:** Antonio Bertolasce, Danielle Nogueira, Jeane Tomazelli, Marcos Félix e Maria Asuncion Sole Pla. **Colaboradores:** Denise Rangel, Itamar Bento Claro e Monica de Assis.

Supervisão Editorial: Taís Facina. **Edição:** Maria Helena Rossi Oliveira. **Revisão:** Maria Helena Rossi Oliveira/Edilaine Rodrigues da Silva (estagiária). **Projeto Gráfico e Diagramação:** Cecília Pachá.