



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 4, n. 1 janeiro-abril / 2013

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

Apresentação

O Informativo Detecção Precoce é uma estratégia de informação e comunicação para os gestores e demais profissionais de saúde que atuam na detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama. Cada edição aborda indicadores selecionados para mensurar e avaliar as ações de detecção nos estados brasileiros, além de apresentar matérias de interesse para a saúde pública sobre esses dois cânceres. O objetivo é subsidiar o trabalho gerencial e contribuir para a melhoria das ações desenvolvidas.

Nesta edição, o Informativo aborda a qualidade da informação do seguimento de mulheres com lesões de alto grau do colo do útero, a periodicidade da mamografia de rastreamento para mulheres da faixa etária alvo do programa e as informações sobre o processo de implantação do Sistema de Informação do Câncer (Siscan).

Boa leitura!

I - Indicadores de monitoramento das ações de detecção precoce

• *Qualidade da informação do seguimento de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau do colo do útero (HSIL), de 2007 a 2011*

O acompanhamento regular das mulheres com exames citopatológicos alterados, em especial daquelas com diagnóstico de lesão de alto grau, é imprescindível para que esses casos sejam tratados oportuna e adequadamente e não evoluam para o câncer invasivo, reduzindo, conseqüentemente, a incidência do câncer do colo do útero. A informação do tratamento, quando inserida no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), permite aos gestores acompanhar as ações de controle do câncer do colo do útero em sua área de abrangência, identificar as necessidades e aperfeiçoar o fluxo assistencial.

A análise da qualidade da informação de seguimento permite refletir sobre a adequação dos dados informados no Siscolo, considerando o uso que se espera dessa ferramenta como instrumento gerencial para organização do cuidado à mulher.

O tratamento da lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) é feito por meio dos métodos excisionais, com ótimos resultados. Algumas evidências, entretanto, demonstram que há um pequeno risco de recorrência de lesões

pré-invasivas do colo do útero e de carcinoma invasor no longo prazo, após o tratamento. O principal fator de risco para tal ocorrência está relacionado às margens comprometidas presentes no resultado da biópsia. Em tais casos, o seguimento dessas mulheres deve ocorrer de forma diferenciada.

Uma metanálise demonstrou que a proporção de mulheres com margem comprometida após procedimento excisional foi de 24%, mas, para alguns casos, esse percentual chegou a 40%. Outra evidência foi o crescimento substancial do risco de permanência de lesões quando a excisão foi incompleta. Mulheres com margens comprometidas ou incertas apresentaram 18% de prevalência de lesão de alto grau mesmo depois do tratamento¹.

Em estudo mais recente, o risco absoluto de mulheres apresentarem lesão residual após um ano do tratamento foi de 29,4% em comparação com 2,1% dos casos de mulheres com margem livre. No segundo ano de seguimento, as pacientes com margens comprometidas apresentaram risco de 6%².

Conforme as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*, quando o exame histopatológico de procedimento excisional mostra margens comprometidas por Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II e III (NIC II/III), a mulher deverá ser mantida em seguimento com exame citopatológico e colposcópico semestral por dois anos. Após esse período, assegurada inexistência de lesão residual, deve manter seguimento citopatológico trienal.

Nos casos em que houver margem comprometida por Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I (NIC I), ou quando se mostrarem livres de doença intraepitelial, o seguimento deverá ser feito com exames citopatológicos semestrais por um ano. Após dois exames citopatológicos negativos, com intervalo de seis meses, e assegurada inexistência de lesão residual, a mulher deve voltar à rotina (seguimento citopatológico trienal).

Considerando os aspectos comentados sobre a influência da margem comprometida e as condutas clínicas propostas nas *Diretrizes Brasileiras para os casos de HSIL*, é aceitável que até 40% dos casos permaneçam em seguimento

¹ Ghaem-Maghani, Sadaf; Sagi, Shlomi; Majeed, Gulnaz ; P Soutter William. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. *Lancet Oncol* 2007; 8: 985-93.

² Oliveira CA, Russomano FB, Júnior SCSG, Corrêa FM. Risco de persistência da lesão intraepitelial escamosa de alto grau após tratamento excisional eletrocirúrgico com margens comprometidas: uma metanálise. *Sao Paulo Med J.* 2012; 130 (2): 119-25.

por até três anos. Assim, percentuais que estiverem acima desse limite, sem mudança do *status* para seguimento concluído, serão tidos como “em seguimento por tempo excessivo”.

A Tabela 1 mostra a situação das informações sobre seguimento das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau em diferentes momentos. A série histórica evidencia o aumento no número de lesões de alto grau, desde 2008, e a diminuição do seguimento informado, com consequente aumento da categoria “sem informação” (acima de 60% em todos os anos analisados, o que prejudica muito a análise). Para todas as situações em que existe registro de informação – *não localizada, em seguimento, alta/cura, transferência, óbito, recusa/abandono* – houve diminuição dos percentuais ao longo do tempo.

A situação “sem informação” corresponde aos exames com diagnóstico de lesão de alto grau no exame citopatológico sem nenhum outro dado registrado no Siscolo sobre o processo de investigação diagnóstica e tratamento.

Para a análise da qualidade do indicador de seguimento informado, buscou-se verificar se houve mudança de *status* ao longo do tempo. Os resultados mostram altos percentuais de mulheres (maior que 40%) que permanecem “em seguimento”, sem evoluir para algum desfecho clínico. Para os casos em que o diagnóstico ocorreu há três anos ou mais – 2007, 2008 e 2009 – mais da metade das mulheres com lesão de alto grau permanecem “em seguimento” até 2013. Por exemplo, entre as mulheres diagnosticadas em 2007 e que tinham informação de seguimento (35,3%, n=12.009), 56,3% permanecem “em seguimento” após cinco anos do diagnóstico (Figura 1). Esperava-se que, nesse período, houvesse registro no Siscolo sobre a evolução desses casos por alta/cura ou transferência para Centro de Alta Complexidade em Câncer. Para os diagnósticos realizados em 2010 e 2011, é aceitável encontrar percentuais maiores do que 40%, pois as mulheres ainda podem estar propriamente “em seguimento”, conforme as Diretrizes.

Tabela 1. Situação de seguimento das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau do colo do útero – Brasil, 2007-2011

Ano do diagnóstico	Total (HSIL) Quant.	Sem seguimento				Em seguimento Quant. %	Seguimento concluído						“Recusa/abandono” Quant. %	Seguimento informado Quant. %			
		Não localizada		Sem informação			Alta/cura	Transferência	Óbito	Recusa/abandono	Seguimento informado						
		Quant.	%	Quant.	%							Quant.			%	Quant.	%
2007	34.087	1.296	3,8	22.067	64,7	6.760	19,8	2.381	7,0	938	2,8	208	0,6	426	1,3	12.009	35,3
2008	30.934	1.229	4,0	19.808	64,0	6.547	21,2	1.810	5,9	1.037	3,4	143	0,5	358	1,2	11.124	36,0
2009	31.415	873	2,8	20.554	65,4	6.999	22,3	1.455	4,6	1.087	3,5	121	0,4	326	1,0	10.861	34,6
2010	31.466	860	2,7	22.065	70,1	6.359	20,2	923	2,9	924	2,9	80	0,3	255	0,8	9.401	29,9
2011	33.994	511	1,5	26.276	77,3	5.860	17,2	491	1,4	654	1,9	60	0,2	142	0,4	7.718	22,7

Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso: 19.03.2013

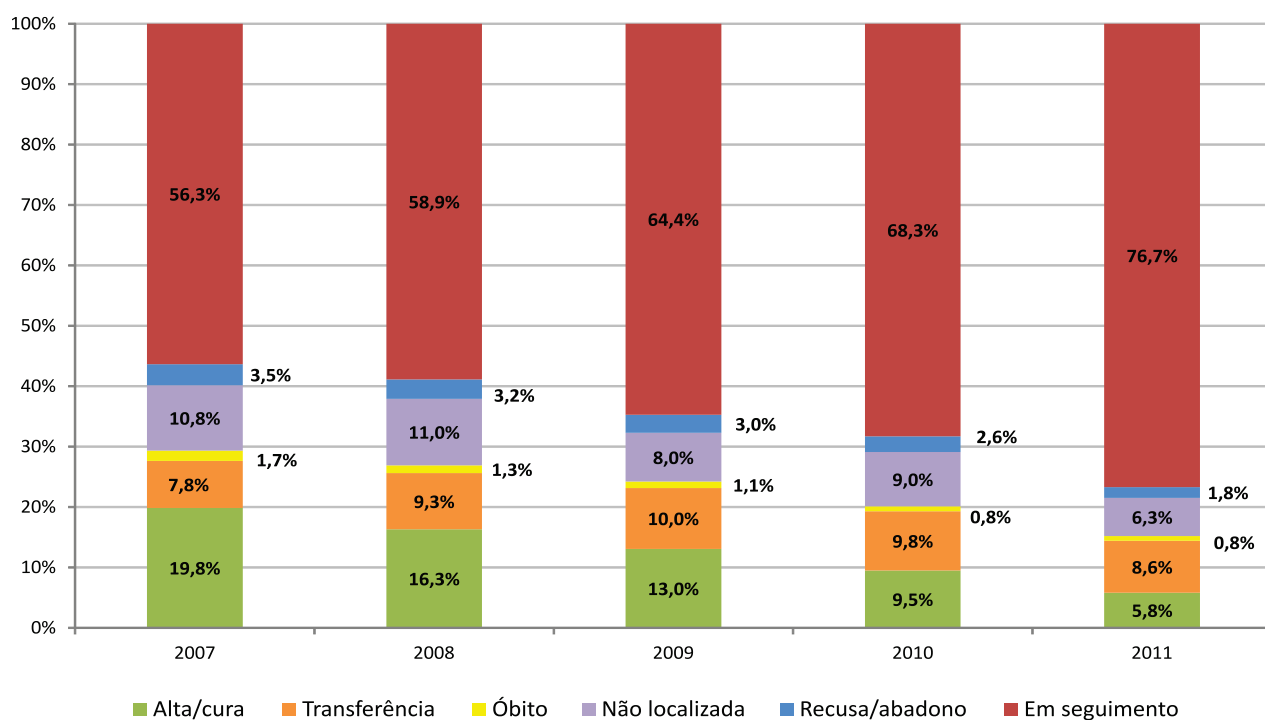


Figura 1. Informação sobre o seguimento das mulheres diagnosticadas com lesão de alto grau do colo do útero – Brasil, 2007-2011

Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 19.03.2013

O pequeno uso da ferramenta Seguimento deve continuar a ser debatido a fim de que alternativas sejam encontradas para se conhecer o acompanhamento das mulheres no rastreamento do câncer do colo do útero.

Importante: o Siscan permitirá alimentar automaticamente algumas informações do seguimento, tanto pelo *link* com o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto pelo processamento obrigatório da informação sobre o histopatológico do colo do útero (peça cirúrgica) nesse sistema.

• Periodicidade da mamografia em mulheres que fizeram mamografia de rastreamento

A recomendação para o rastreamento do câncer de mama no Brasil é a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, conforme adotado na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama. Apesar dessa recomendação do Ministério da Saúde, um número expressivo de mulheres realiza mamografia de rastreamento fora da periodicidade recomendada.

Entre as realizadas em 2012, mais de 50% tinham registro de mamografia anterior. Em 2010 e 2011, as informações apontavam mamografia anterior em 29% e 30% dos exames, respectivamente³. Em 2012, o Sudeste foi a região que mostrou maior percentual de mamografia anterior (quase 60% dos casos), seguido do Centro-Oeste e do Sul. Em contrapartida, o Norte e o Nordeste apresentaram, nessa ordem, os maiores percentuais de mamografia sendo realizadas pela primeira vez, conforme mostra a Figura 2. Os percentuais de exames cuja resposta sobre mamografia anterior é “não sabe” podem evidenciar problemas de mal preenchimento da ficha pelo profissional que solicita o exame ou de digitação dessa informação no Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama).

A informação sobre periodicidade da mamografia anterior para mulheres de 50 a 69 anos, em 2012, pode ser visualizada na Tabela 2. Os resultados mostram que 59% das mamografias de rastreamento têm registro de mamografia anterior, a maior parte delas no período de um ano (41,5%), seguido de dois anos (32,2%). Pará e Sergipe tiveram os maiores percentuais de exames realizados pela primeira vez (resposta “não” para mamografia anterior). Amapá, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo tiveram alto percentual de resposta “sim” quanto à mamografia anterior. A maioria desses exames, entretanto, está sendo repetida no intervalo de um ano.

Alagoas teve o maior percentual de mamografia de rastreamento na faixa etária alvo e na periodicidade recomendadas (43,9%). Piauí, Rondônia e Tocantins também tiveram os maiores percentuais de periodicidade concentrados na categoria “02 anos”, embora os índices para repetição em “01 ano” sejam próximos. Além disso, devem-se considerar os percentuais de informação de mamografia anterior respondidos como “sim” para esses estados, os quais não chegam a 60% dos exames. Todos os demais estados e o Distrito Federal tiveram maior concentração de mamografias realizadas no intervalo de um ano. Os percentuais para os intervalos “3 anos” e “ ≥ 4 anos” são muito próximos, e a quantidade de repetições no mesmo ano é pequena, estando abaixo de 4% para o Brasil (Tabela 2).

Na detecção precoce do câncer de mama, assim como do câncer do colo do útero, observa-se o problema da baixa adesão dos profissionais de saúde à periodicidade recomendada para os exames de rastreamento. É possível observar um excesso de exames em parte da população feminina, enquanto outra parte deixa de ser coberta pelas ações. Estratégias de capacitação e atualização contínua dos profissionais devem ser implementadas.

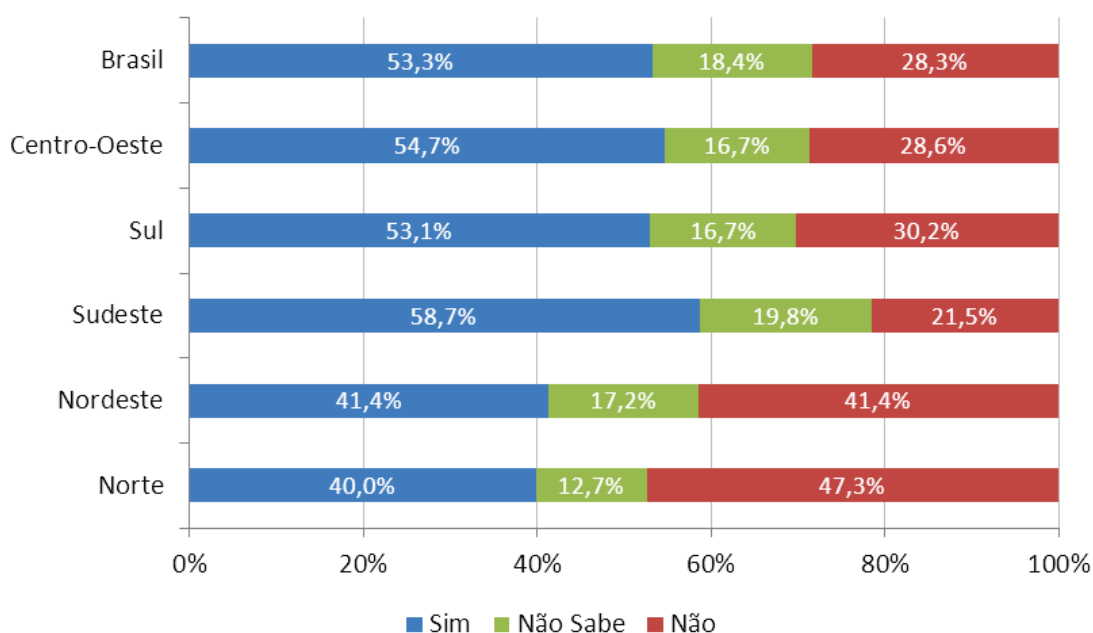


Figura 2. Percentual de mamografia anterior na mamografia de rastreamento – Brasil, 2012
Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 04.04.2013

³ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo Detecção Precoce. 2012 ago-dez;3(3).

Tabela 2. Percentual de mamografia anterior e tempo da mamografia anterior em mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia de rastreamento – Brasil, 2012

UF	Mamografia anterior					Tempo da mamografia anterior				
	Total n	Não (%)	Não sabe (%)	Sim (%) n		Mesmo ano (%)	1 ano (%)	2 anos (%)	3 anos (%)	≥ 4 anos (%)
Acre	2.509	40,9	24,3	34,8	869	4,0	39,9	26,7	10,8	18,5
Alagoas	1.001	47,3	14,5	38,3	383	0,8	16,2	43,9	22,7	16,4
Amapá	21	19,0	9,5	71,4	15	0,0	53,3	26,7	0,0	20,0
Amazonas	24.173	39,4	11,8	48,8	11.796	1,6	42,3	29,7	11,7	14,7
Bahia	170.937	43,3	13,9	42,9	72.999	8,3	34,1	28,2	14,0	15,4
Ceará	25.348	38,2	22,3	39,5	10.019	4,9	38,4	31,1	11,9	13,7
Distrito Federal	11.477	28,7	17,1	54,3	6.221	4,2	35,1	30,6	13,7	16,4
Espírito Santo	44.858	27,0	22,7	50,3	22.531	2,7	45,4	31,9	10,7	9,2
Goiás	25.450	16,6	20,0	63,4	16.142	3,2	40,4	31,8	11,1	13,5
Maranhão	7.920	36,0	9,6	54,4	4.307	1,6	40,7	33,1	13,9	10,7
Mato Grosso	15.528	27,8	17,9	54,3	8.422	3,6	37,4	34,3	12,3	12,4
Mato Grosso do Sul	21.211	15,4	13,6	70,9	15.040	3,0	38,1	32,9	12,7	13,4
Minas Gerais	268.559	18,3	17,6	64,1	171.894	3,8	41,1	32,9	11,8	10,4
Pará	5.879	51,1	8,6	40,4	2.372	4,2	40,1	32,6	10,4	12,7
Paraíba	17.610	35,6	20,5	43,9	7.731	2,3	38,8	32,0	12,8	14,1
Paraná	132.643	23,1	17,5	59,4	78.710	2,9	45,9	31,3	10,1	9,8
Pernambuco	85.966	27,1	21,3	51,6	44.360	1,1	45,3	29,8	11,7	12,2
Piauí	12.350	30,3	12,6	57,1	7.045	1,5	34,5	38,1	14,6	11,3
Rio de Janeiro	57.489	32,4	25,5	42,2	24.227	3,1	36,4	33,4	14,0	13,1
Rio Grande do Norte	20.976	36,9	12,5	50,7	10.619	3,4	41,7	32,2	10,5	12,2
Rio Grande do Sul	78.289	18,8	20,2	61,0	47.746	3,4	48,5	29,4	9,6	9,0
Rondônia	5.664	38,7	13,5	47,8	2.704	3,7	32,5	33,8	13,5	16,5
Roraima	1.695	21,9	14,5	63,6	1.075	6,0	38,8	27,3	12,1	15,7
Santa Catarina	74.696	30,6	13,5	55,9	41.734	4,7	45,1	30,4	10,0	9,8
Sao Paulo	503.527	10,4	20,3	69,3	349.718	3,8	41,4	33,7	11,7	9,4
Sergipe	8.765	53,1	38,7	8,2	719	1,5	27,4	34,6	19,7	16,7
Tocantins	6.097	31,9	22,3	45,7	2.785	2,5	29,8	34,2	14,4	19,1
Brasil	1.630.638	22,5	18,5	59,0	962.183	3,8	41,5	32,2	11,7	10,8

Obs.: A análise da periodicidade da mamografia em Sergipe ficou prejudicada em razão do baixo percentual de informação “sim” para mamografia anterior.
Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso: 04.04.2013

II – Treinamentos para implantação do Siscan

O Siscan é o sistema de informação de câncer desenvolvido em plataforma *web*, que irá integrar e substituir o Siscolo e o Sismama. Nele, as informações ficam disponíveis em tempo real ao serem inseridas via internet.

Para garantir a boa implantação desse sistema, foram realizadas oficinas locais em todos os estados e no Distrito Federal.

Os treinamentos foram iniciados em janeiro de 2013 e finalizados na segunda semana de abril. Três equipes – cada uma composta por membros das Divisões de Detecção Precoce e de Tecnologia da Informação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), em conjunto com a Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) – treinaram as coordenações estaduais, áreas técnicas da saúde da mulher, controle e avaliação, regulação, atenção básica e média e alta complexidades. Esses treinamentos deverão ser multiplicados

pelas coordenações para municípios, prestadores de serviço e unidades de saúde informatizadas com acesso à internet.

O sistema estará disponível para utilização a partir de maio e, em julho, o seu uso será obrigatório por todos os prestadores de serviço e coordenações. Nesse período de transição, os três sistemas poderão ser usados, assegurando uma migração gradativa para o novo.

O Siscan será integrado a outros sistemas de informação do Ministério da Saúde: Sistema de Controle de Permissão de Acesso (SCPA), Cartão Nacional de Saúde (CADSUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Sua principal característica é ser uma plataforma *web* e ter a obrigatoriedade da utilização do cartão SUS. As coordenações devem orientar as unidades de saúde sobre a necessidade do preenchimento desse cartão para a solicitação de exames e a estratégia que será utilizada para garantir seu fornecimento a todas as usuárias. Além disso, prestadores de serviço e unidades de saúde devem manter atualizados os dados referentes a serviços prestados e ao cadastro de profissionais no CNES, a fim de que possam ser disponibilizados corretamente no Siscan.



Figura 3. Treinamentos para implantação do Siscan realizados no primeiro semestre de 2013. Acima: registro da dinâmica de treinamento do Siscan no Acre. Abaixo: turma que participou do treinamento no Distrito Federal

Os formulários padronizados sofreram alterações e em breve deverão ser reproduzidos pelas coordenações estaduais. Os atuais formulários do Siscolo e do Sismama não devem mais ser reproduzidos, uma vez que o prazo máximo para sua utilização é junho de 2013. Os formulários do Siscan já estão disponíveis em versão .pdf no site do INCA⁴. Durante a implantação, é necessário assegurar que as unidades e os prestadores de saúde utilizem os formulários corretos de forma a não prejudicar o preenchimento das informações no sistema.

Dúvidas e comentários a respeito do Siscan podem ser encaminhados para o e-mail: lista.siscan@saude.gov.br.

Mais informações sobre o sistema podem ser encontradas nos folders disponíveis nos sites dos Programas, em www.inca.gov.br/utero e www.inca.gov.br/mama, em Textos de Referência.

Alguns estados ainda permanecem sem envio de bases para o Siscolo e o Sismama em 2012. O Amapá não tem informação de bases para o Siscolo desde julho de 2012, e Alagoas não enviou dados de novembro e dezembro. Para o Sismama, esse último estado tem informação para janeiro e abril, este com erro ao abrir tabela. O Rio Grande do Norte não enviou a competência do mês de novembro do Sismama, e dezembro permanece com erro. Santa Catarina e São Paulo também apresentam erro no Sismama para os meses de junho e outubro, respectivamente. Reforçamos a importância de manter a consistência das bases de dados desses dois sistemas, a fim de tornar possíveis as análises, mesmo com a implantação do Siscan.

III - Dicas e informes

- Está disponível no *site* do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (www.inca.gov.br/mama) o painel de indicadores, cuja finalidade é auxiliar os profissionais e gestores de saúde no acompanhamento das ações de detecção precoce do câncer de mama. Os indicadores apresentados, no momento, são exclusivos do Sismama e incluem: percentual de exames citopatológicos de mama insatisfatórios, Brasil, Estados e municípios, por prestador de serviço; número de exames citopatológicos de mama insatisfatórios por municípios de residência e unidade de saúde; razão entre mamografias e mulheres da população, Estado; e razão entre mamografias e mulheres da população, municípios.
- Os serviços de mamografia podem inscrever-se no Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), Avaliação da Qualidade das Imagens Clínicas e Laudo para solicitar a análise da qualidade das imagens clínicas das mamas e laudos mamográficos, por meio do INCA, em parceria com o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). Os serviços também podem acompanhar o andamento do processo de avaliação, além de consultar a listagem dos serviços inscritos e aprovados nessa etapa do PNQM. A inscrição deve ser realizada pelo *site* do INCA, no seguinte endereço: <https://qiid.inca.gov.br/QIDWeb/CAUPrepararLogin.action>.
- O *Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, 2ª edição revista e atualizada* encontra-se disponível no site do INCA, em Textos de Referência (<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>). Tem a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais da Atenção Básica em Saúde, por meio de informações atualizadas e recomendações de condutas relativas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama na Atenção Primária à Saúde.
- Em razão das demandas para encaminhamento das ações nacionais de controle do câncer de mama e do colo do útero, o IX Encontro Nacional de Coordenadores das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, previsto para maio de 2013, foi adiado para o segundo semestre desse ano. Oportunamente será divulgada a nova data.

⁴ Os formulários de requisição de citopatologia e histopatologia do colo do útero encontram-se em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_utero/deteccao_precoce

Os formulários de resultado de mamografia e requisição de citopatologia e histopatologia de mama estão disponíveis em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce

Expediente:

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

© 2013 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde.

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.

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ
ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede
Área Técnica de Detecção Precoce do Câncer do Colo do Útero
Área Técnica de Detecção Precoce do Câncer de Mama
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-Geral 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

Elaboração: Paula Chagas Bortolon, Elícia de Oliveira Soares Melo, Jeane Gláucia Tomazelli, Caroline Madalena Ribeiro, Mônica de Assis.

Coordenação: Maria Beatriz Kneipp Dias. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede/ Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância /INCA/SAS/MS

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

APOIO



Ministério da
Saúde

