



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 5, n. 1 janeiro/ abril 2014

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

Esta edição do *Informativo Detecção Precoce* aborda a avaliação da adesão às recomendações do Ministério da Saúde (MS) para o rastreamento do câncer do colo do útero. Além disso, traz avaliação dos tempos para realização da mamografia e uma análise dos exames histopatológicos de mama para subsidiar a discussão da faixa etária alvo do rastreamento do câncer de mama.

O monitoramento e a avaliação da produção dos exames de rastreamento (mamografia e citopatológico do colo do útero), segundo faixa etária e periodicidade, são fundamentais, visto que eles permitem avaliar o direcionamento da oferta de exames para o grupo etário alvo.

Espera-se que este informativo contribua para o monitoramento das ações e subsidie a proposição de medidas que possam corrigir os problemas identificados e qualificar as ações de detecção precoce do câncer nas Unidades de Federação (UF) e municípios brasileiros.

1. Mamografias e exames histopatológicos de mama

O controle do câncer de mama é uma prioridade da política de saúde do Brasil. Um dos pilares para a redução da morbimortalidade pela doença é a detecção precoce, que tem como estratégias o rastreamento e o diagnóstico precoce. O rastreamento do câncer de mama consiste em oferecer periodicamente exames a mulheres assintomáticas com objetivo de detectar uma lesão ainda sem expressão clínica. Já o diagnóstico precoce consiste em identificar lesões em estágio precoce a partir de sinais ou sintomas iniciais da doença.

A mamografia é um exame de imagem frequentemente utilizado na detecção precoce do câncer de mama, podendo ser classificada em mamografia de rastreamento ou diagnóstica. A mamografia de rastreamento é realizada em mulheres assintomáticas para identificar lesões ainda imperceptíveis clinicamente e a mamografia diagnóstica é realizada para investigação em mulheres que apresentam alguma alteração clínica, como nódulos mamários.

1.1. Tempo das mamografias e exames histopatológicos

A análise a seguir mostra que, no Brasil, mulheres que necessitam realizar mamografia diagnóstica não têm

atendimento priorizado. Considerando que o tamanho do tumor é um dos fatores prognósticos, mulheres que apresentam sinais ou sintomas da doença deveriam ter acesso ao exame o mais breve possível, devendo ter seu atendimento priorizado em relação àquelas que estão sendo rastreadas.

A Tabela 1 apresenta o tempo entre a solicitação do exame pela unidade de saúde e sua realização pela mulher na clínica radiológica.

No Brasil, os intervalos entre a solicitação do exame e sua realização são praticamente iguais nas mamografias diagnósticas e de rastreamento, evidenciando que não há prioridade para a investigação diagnóstica em mulheres sintomáticas. Na maioria das UF, as mamografias de rastreamento são realizadas com mais agilidade que as diagnósticas, com exceção de sete UF: Bahia, Distrito Federal, Pará, Piauí, Rio de Janeiro, Roraima e Tocantins.

Considerando que esse intervalo abrange apenas o tempo até o comparecimento da mulher ao serviço de radiologia para realizar o exame, supõe-se que a indicação clínica não é critério para o agendamento da mamografia pelas unidades de saúde ou centrais de regulação. Outro fator que pode retardar esse tempo é o não comparecimento da mulher na data agendada para o exame.

É importante que os profissionais responsáveis pelo agendamento dos exames, seja na regulação ou na unidade de saúde, sejam orientados quanto à necessidade de agilizar o acesso da mamografia diagnóstica às mulheres sintomáticas.

Além disso, é preciso que os serviços de mamografia também sejam sensibilizados quanto à necessidade de priorizar a liberação dos laudos das mamografias diagnósticas, para que essas mulheres tenham maior agilidade na investigação diagnóstica.

A Tabela 1 mostra que é necessário um esforço conjunto entre os profissionais das unidades de saúde, sistema de regulação, secretarias de saúde e serviços de radiologia para melhor organização das etapas envolvidas na realização da mamografia, a fim de reduzir o tempo que uma mulher sintomática leva para realizar seus exames. No Amapá e no Espírito Santo, por exemplo, os percentuais de mamografias diagnósticas com intervalo maior que 30 dias entre a solicitação e a realização do exame chegam a 89% e 64%, respectivamente.

O exame histopatológico é o método de escolha para a confirmação diagnóstica do câncer, portanto, o monitoramento do tempo de realização desse exame também é fundamental. Não é possível avaliar o tempo

Tabela 1. Tempo entre a solicitação da mamografia pela unidade de saúde e sua realização, segundo UF e indicação clínica. Brasil, 2012-2013

Região	UF de Residência	0 - 10 dias (%)		11 - 20 dias (%)		21 - 30 dias (%)		> 30 dias (%)		Total de mamografias	
		Diagnóstica	Rastreamento	Diagnóstica	Rastreamento	Diagnóstica	Rastreamento	Diagnóstica	Rastreamento	Diagnóstica	Rastreamento
Norte	Acre	69	74	8	9	4	4	18	13	532	9.429
	Amapá	1	95	3	1	7	1	89	3	1.770	772
	Amazonas	69	74	13	14	9	3	9	10	1.029	99.284
	Pará	85	52	2	5	2	8	11	35	1.691	33.274
	Rondônia	31	68	16	10	25	7	28	15	450	22.264
	Roraima	23	23	44	11	3	15	29	51	205	4.846
	Tocantins	53	19	8	11	9	16	30	54	429	25.852
Nordeste	Alagoas*	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	29	2.664
	Bahia	78	61	6	7	3	6	12	27	9.247	496.317
	Ceará	73	66	7	11	6	8	14	16	1.880	76.503
	Maranhão	35	64	16	10	14	9	35	18	3.817	48.251
	Paraíba	38	61	33	10	11	9	18	20	309	52.817
	Pernambuco	70	75	12	8	7	5	10	12	7.478	394.710
	Piauí	87	63	9	19	2	9	2	9	352	47.482
	Rio Grande do Norte	20	26	24	24	12	11	44	39	323	66.455
Sergipe	74	74	9	11	6	11	11	5	2.759	35.193	
Centro-Oeste	Distrito Federal	96	67	1	9	1	8	3	16	11.507	48.563
	Goiás	54	58	19	21	7	9	20	12	1.331	87.474
	Mato Grosso	14	15	15	13	18	15	53	58	2.044	68.410
	Mato Grosso do Sul	55	50	11	13	8	11	27	25	2.601	75.801
Sudeste	Espírito Santo	17	25	10	8	10	11	64	57	1.197	160.607
	Minas Gerais	36	40	14	14	10	10	40	36	16.886	793.462
	Rio de Janeiro	48	28	10	8	10	15	32	49	4.077	226.253
	São Paulo	38	51	10	11	11	9	40	30	52.783	1.945.476
Sul	Paraná	62	66	9	12	9	7	20	15	10.261	377.886
	Rio Grande do Sul	48	46	18	17	12	10	22	27	3.568	201.131
	Santa Catarina	41	47	15	12	13	10	30	30	4.176	214.201
Brasil		51	51	10	11	9	9	30	29	142.731	5.615.377

Fonte: Sismama. Acesso em 22/04/2014.

NA - Não avaliado.

* Os dados de Alagoas são referentes apenas a janeiro de 2012 devido à falha no envio das bases de 2012 e 2013, por isso os percentuais não foram calculados.

entre a solicitação da biópsia e sua realização pelo Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama). Entretanto, o intervalo entre a coleta do material para o exame histopatológico e a liberação de seu resultado é um indicador que pode ser calculado para auxiliar na avaliação das ações de detecção precoce, como apresentado na Tabela 2.

A maior parte dos exames histopatológicos no Brasil tem resultado em até 30 dias. Amazonas e Acre apresentaram elevados percentuais de exames com resultados em mais de 60 dias (44% e 33%, respectivamente), sendo recomendável uma avaliação dos motivos que levam a essa demora.

É importante que cada UF crie mecanismos para avaliar o tempo entre a solicitação da biópsia e sua realização, a fim de garantir o diagnóstico do câncer de mama o mais precocemente possível.

Além de monitorar o tempo de realização e resultado dos exames, a qualidade e a garantia da continuidade do cuidado devem ser uma preocupação constante de todos os profissionais envolvidos nesse processo.

2. Confirmação diagnóstica do câncer de mama

As ações de detecção precoce devem ser planejadas com o objetivo de gerar o maior benefício possível à população. Nesse sentido, esforços têm sido feitos para garantir que todas as mulheres tenham acesso ao diagnóstico precoce e que o rastreamento mamográfico seja realizado na população em que os benefícios são maiores que os riscos (mulheres de 50 a 69 anos), como recomendado pelo MS, baseado nas evidências científicas atuais. O debate acerca da faixa etária para realização da mamografia de rastreamento é intenso e frequentemente está presente nos Informativos de Detecção Precoce. Em mulheres com menos de 50 anos, há mais riscos que benefícios quando o rastreamento é realizado. Destacam-se a exposição mais frequente à radiação ionizante e o maior número de resultados falsos-positivos nas mamografias, com consequente realização de biópsias desnecessárias e ansiedade para a mulher.

Para ajudar no debate sobre essa questão, com base nos dados disponíveis no exame histopatológico de mama,

Tabela 2. Tempo entre a coleta do material e resultado do exame histopatológico de mama segundo UF de residência. Brasil, 2012-2013

Região	UF de Residência	0 - 30 dias (%)	31 - 60 dias (%)	> 60 dias (%)	Total de exames
Norte	Acre	15	51	33	162
	Amapá*	NA	NA	NA	3
	Amazonas	16	39	44	266
	Pará	73	11	16	37
	Rondônia	90	6	3	31
	Roraima**	NA	NA	NA	0
	Tocantins	60	33	7	428
Nordeste	Alagoas***	NA	NA	NA	3
	Bahia	79	17	4	5.170
	Ceará	84	13	3	1.565
	Maranhão	99	1	0	1.081
	Paraíba	36	40	24	735
	Pernambuco	96	4	0	3.341
	Piauí	99	1	0	295
	Rio Grande do Norte	99	1	0	386
Centro-Oeste	Sergipe	67	29	4	174
	Distrito Federal	83	14	3	1.373
	Goiás	97	2	1	703
	Mato Grosso	87	9	4	341
Sudeste	Mato Grosso do Sul	91	7	2	520
	Minas Gerais	92	6	2	3.804
	Espírito Santo	62	32	7	800
	Rio de Janeiro	74	16	10	1.547
Sul	São Paulo	83	14	3	22.962
	Paraná	98	2	1	2.584
	Santa Catarina	87	8	5	1.243
	Rio Grande do Sul	95	3	2	941
	Brasil	84	12	3	50.492

Fonte: Sismama. Acesso em 22/04/2014.

NA - Não avaliado.

* Os percentuais não foram calculados para o Amapá devido ao número pequeno de exames histopatológicos.

** Não há registro de exames histopatológicos para 2012 e 2013 em Roraima.

*** Os dados de Alagoas são referentes apenas a janeiro de 2012 devido à falha no envio das bases de 2012 e 2013, por isso os percentuais não foram calculados.

foram analisados a origem do material enviado para o exame anatomopatológico, se proveniente de exame de imagem (lesão não palpável) ou pelo exame clínico (lesão palpável), e os resultados quanto à malignidade.

No Brasil e na maior parte das UF, houve pouca diferença entre a forma de detecção da lesão entre mulheres de menos de 50 anos e 50 anos ou mais, sendo a maior parte dos exames oriunda de lesões detectadas pela imagem.

Na Tabela 3, é possível observar um número maior de exames em mulheres com idade inferior a 50 anos que foram encaminhadas para a realização do exame histopatológico, a partir de alterações não palpáveis (detectadas pela imagem).

Embora o MS recomende a mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos,

é notória a dificuldade de adesão dos profissionais de saúde a essa recomendação, observando-se uma elevada produção de mamografias de rastreamento em mulheres abaixo da faixa etária alvo.

Por parte dos profissionais de saúde, é comum o argumento de que muitas mulheres têm resultados alterados na mamografia de rastreamento antes dos 50 anos, o que justificaria a realização do exame em mulheres jovens, possibilitando um diagnóstico mais precoce. A análise dos dados do Sismama mostra que realmente a proporção de exames alterados (categorias 4 e 5) é semelhante em mulheres dos 40 aos 49 anos e dos 50 aos 69 anos, representando cerca de 1% do total de exames realizados nas duas faixas etárias; porém, como mostra a Tabela 3, a proporção de casos suspeitos no rastreamento que se confirmam no exame histopatológico é menor entre mulheres jovens, ou seja, há um risco maior de resultados falsos-positivos nessa faixa etária.

A análise da Tabela 3 mostra que a produção de exames histopatológicos de mama é maior entre mulheres com menos de 50 anos na maioria das UF e no Brasil. Entretanto, independente da forma de detecção da lesão, a proporção de neoplasias malignas é maior entre as mulheres com 50 anos ou mais, em todos os locais. Há uma maior proporção de diagnósticos de câncer entre as lesões detectadas pelo exame clínico em todas as faixas etárias, o que é esperado, já que, nesses casos, estão presentes sinais ou sintomas da doença.

Enquanto em mulheres jovens 31% dos exames indicados por lesão detectada no exame clínico apresentaram diagnóstico de câncer, nas mulheres com mais de 50 anos esse percentual foi 65%. Já entre as lesões identificadas pela imagem, o percentual de lesões malignas foi de 20% entre mulheres jovens e 45% entre mulheres mais velhas.

Esses achados sugerem que, provavelmente, cerca de 80% das mulheres jovens que recebem um laudo de mamografia de rastreamento alterado no país realizam a biópsia desnecessariamente, reforçando a necessidade de que elas devem ser amplamente informadas sobre os riscos e benefícios do rastreamento para que possam participar exercendo a sua autonomia.

É importante que os gestores façam análises de sua realidade local levando em consideração os estabelecimentos que realizam as mamografias e os exames histopatológicos, a fim de identificar falhas na qualidade desses exames. Problemas na qualidade das mamografias e nos exames histopatológicos podem levar a um aumento do número de falsos-positivos e falsos-negativos. Destaca-se, nessa situação, o Estado do Maranhão, onde o percentual de exames histopatológicos com diagnóstico de neoplasia maligna está muito abaixo do encontrado nas demais UF em todas as faixas etárias entre as mulheres encaminhadas por lesões detectadas por imagem, o que pode indicar problemas na qualidade das mamografias e/ou do histopatológico nesse Estado.

3. Rastreamento do câncer do colo do útero: adesão às recomendações nacionais

A realização periódica do exame citopatológico é a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero e apresenta impacto positivo na redução da incidência e da mortalidade pela doença em locais onde a cobertura do exame é adequada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma cobertura de 80%

Tabela 3. Proporção de neoplasias malignas segundo forma de detecção da lesão e faixa etária. Brasil, 2012-2013

Região	UF de Residência	< 50 anos				≥ 50 anos			
		Nº exames - detecção pelo exame clínico	Neoplasias malignas (%)	Nº exames - detecção pela imagem	Neoplasias malignas (%)	Nº exames - detecção pelo exame clínico	Neoplasias malignas (%)	Nº exames - detecção pela imagem	Neoplasias malignas (%)
Norte	Acre	93	11%	18	6%	38	42%	9	22%
	Amapá*	1	NA	2	NA	0	NA	0	NA
	Amazonas	84	25%	58	21%	65	57%	69	41%
	Pará	30	40%	17	29%	16	69%	10	50%
	Rondônia	22	41%	36	17%	19	68%	15	20%
	Roraima**	0	NA	0	NA	0	NA	0	NA
	Tocantins	88	22%	195	24%	38	71%	85	67%
Nordeste	Alagoas***	3	NA	2	NA	5	NA	3	NA
	Bahia	659	42%	2.885	11%	720	76%	1.074	44%
	Ceará	334	22%	609	13%	218	56%	403	36%
	Maranhão	362	11%	460	3%	97	66%	184	8%
	Paraíba	177	6%	349	11%	44	36%	170	48%
	Pernambuco	1.525	23%	435	12%	1.101	62%	274	39%
	Piauí	58	45%	72	14%	71	76%	83	33%
	Rio Grande do Norte	181	45%	30	33%	142	73%	34	68%
	Sergipe	78	45%	22	36%	45	76%	28	79%
Centro-Oeste	Distrito Federal	526	34%	199	29%	344	63%	184	48%
	Goiás	395	33%	134	25%	246	68%	130	41%
	Mato Grosso	216	31%	19	11%	129	63%	24	33%
	Mato Grosso do Sul	121	27%	185	12%	93	63%	236	33%
Sudeste	Espírito Santo	75	25%	331	49%	50	60%	346	72%
	Minas Gerais	952	32%	1.063	20%	991	65%	1.105	45%
	Rio de Janeiro	343	59%	151	49%	697	82%	367	74%
	São Paulo	4.877	32%	4.900	26%	4.670	62%	7.083	43%
Sul	Paraná	261	46%	1.043	20%	291	66%	965	43%
	Rio Grande do Sul	229	34%	174	16%	274	59%	263	45%
	Santa Catarina	327	30%	359	28%	255	62%	306	58%
Brasil		12.017	31%	13.748	20%	10.659	65%	13.450	45%

Fonte: Sismama. Acesso em 22/04/2014.

NA - Não avaliado.

* Os percentuais não foram calculados para o Amapá devido ao número pequeno de exames histopatológicos.

** Não há registro de exames histopatológicos para 2012 e 2013 em Roraima.

*** Os dados de Alagoas são referentes apenas a janeiro de 2012 devido à falha no envio das bases de 2012 e 2013, por isso os percentuais não foram calculados.

da população-alvo, mas, em locais com cobertura inferior, com 100% de acompanhamento das mulheres com exames alterados, é possível também observar impacto positivo.

Sendo assim, é importante monitorar a produção desse exame e também avaliar a adequação dessa oferta em relação à faixa etária, à periodicidade e à qualidade, e à continuidade do cuidado.

Em 2011, foi lançado pela presidência da república o plano de fortalecimento da prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, que destacou o câncer do colo do útero como uma das prioridades. Apesar dos esforços atuais no sentido de ampliar o acesso à prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero nos últimos anos, observa-se uma queda na

produção do exame citopatológico. Neste informativo, será avaliado se a queda na produção foi acompanhada de alguma melhora nos indicadores relacionados à adesão às diretrizes nacionais.

O Plano de Fortalecimento estabeleceu como meta a realização de, no mínimo, 75% dos exames citopatológicos para rastreamento do câncer do colo do útero, na faixa etária alvo (25 a 64 anos). O ideal é que esse percentual se aproxime de 100%, visto que os exames realizados fora da faixa etária alvo do programa têm baixo impacto no controle das lesões de alto grau. Essa meta deve ser aumentada progressivamente à medida que as UF consigam qualificar sua rede de atendimento.

O Informativo de Detecção Precoce nº 3/2013 mostrou que, na distribuição das alterações nos exames citopatológicos por faixas etárias, há maior positividade entre mulheres jovens, com predomínio de lesões de baixo grau, e, com avançar da idade, há aumento das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Esses achados estão de acordo com a história natural da doença, em que a infecção pelo HPV é comum em mulheres jovens e tende a regredir espontaneamente. Por outro lado, pesquisas mostram a associação entre o tratamento de lesões precursoras em mulheres jovens e o aumento da morbidade obstétrica e neonatal. Por isso, a recomendação nacional é que o exame preventivo para o rastreamento do câncer do colo do útero seja realizado em mulheres de 25 a 64 anos.

Tem sido observado um aumento da proporção de exames na faixa etária alvo, que passou de 73,7%, em 2008, para 78,3%, em 2012, e 78,7%, em 2013.

Entre 2012 e 2013, houve queda de 6% na produção do exame citopatológico no país (Tabela 4). Embora a queda na produção seja um pouco maior fora da faixa etária recomendada, ocorreu também uma redução de exames na faixa etária alvo que merece ser investigada.

Entre as UF, observam-se diferenças, com destaque para as que apresentaram redução na produção de exames fora da faixa etária alvo e aumento dentro da faixa, como Piauí e Minas Gerais.

Recomenda-se que os gestores estaduais e municipais monitorem esses indicadores, pois eles permitem avaliar o direcionamento da oferta de exames para o grupo etário alvo.

Tabela 4. Produção de exames citopatológicos do colo do útero, por faixa etária, segundo UF de residência. Brasil, 2012-2013

Região	UF de residência	Exames fora da faixa etária alvo			Exames na faixa de 25 a 64 anos			Exames em todas as faixas etárias		
		2012 (N)	2013 (N)	Incremento/Redução (%)	2012 (N)	2013 (N)	Incremento/Redução (%)	2012 (N)	2013 (N)	Incremento/Redução (%)
Norte	Acre	11.649	10.600	-9	44.313	43.211	-2	55.962	53.811	-4
	Amapá*	1.178	5	NA	4.171	43	NA	5.349	48	NA
	Amazonas	37.115	36.982	0	123.310	128.637	4	160.425	165.619	3
	Pará	48.733	47.056	-3	177.890	177.259	0	226.623	224.315	-1
	Rondônia	19.497	16.964	-13	68.044	62.799	-8	87.541	79.763	-9
	Roraima	5.930	3.955	-33	20.128	13.519	-33	26.058	17.474	-33
	Tocantins	17.058	15.061	-12	66.150	66.007	0	83.208	81.068	-3
Nordeste	Alagoas	34.682	31.347	-10	121.190	109.401	-10	155.872	140.748	-10
	Bahia	169.167	122.631	-28	620.505	445.301	-28	789.672	567.932	-28
	Ceará	122.113	103.740	-15	387.704	350.587	-10	509.817	454.327	-11
	Maranhão	45.505	38.150	-16	161.025	140.537	-13	206.530	178.687	-13
	Paraíba	72.897	69.325	-5	271.027	274.413	1	343.924	343.738	0
	Pernambuco	105.265	102.153	-3	370.049	370.847	0	475.314	473.000	0
	Piauí	55.820	53.155	-5	180.335	186.249	3	236.155	239.404	1
	Sergipe	23.252	21.145	-9	77.581	71.973	-7	100.833	93.118	-8
Centro-Oeste	Distrito Federal	22.712	25.113	11	84.408	99.708	18	107.120	124.821	17
	Goiás	63.515	57.504	-9	230.246	214.052	-7	293.761	271.556	-8
	Mato Grosso	37.603	37.563	0	141.187	141.992	1	178.790	179.555	0
	Mato Grosso do Sul	42.251	40.083	-5	146.621	143.885	-2	188.872	183.968	-3
Sudeste	Espírito Santo	50.203	45.626	-9	194.386	178.408	-8	244.589	224.034	-8
	Minas Gerais	251.084	246.482	-2	1.036.278	1.048.314	1	1.287.362	1.294.796	1
	Rio de Janeiro	142.750	88.865	-38	471.586	308.388	-35	614.336	397.253	-35
	São Paulo	568.276	547.749	-4	2.009.698	1.959.259	-3	2.577.974	2.507.008	-3
Sul	Paraná	162.535	166.026	2	591.962	601.611	2	754.497	767.637	2
	Rio Grande do Sul	132.183	135.038	2	502.540	510.160	2	634.723	645.198	2
	Santa Catarina	105.986	97.645	-8	386.199	361.207	-6	492.185	458.852	-7
Brasil		2.392.477	2.199.070	-8	8.635.535	8.147.218	-6	11.028.012	10.346.288	-6

Fonte: SIA. Acesso em 22/04/2014.

NA - Não avaliado.

* Os percentuais não foram calculados para o Amapá devido ao número pequeno de exames citopatológicos em 2013.

Esse monitoramento deve ser feito inclusive por unidade de saúde, o que permitirá, se necessário, realizar ações pontuais e direcionadas que contribuam para otimizar a oferta de exames de rastreamento.

A análise da periodicidade desse exame também é fundamental para a avaliação das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero.

O MS preconiza que o exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero seja repetido a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, tendo como base as recomendações da OMS e estudos que demonstram eficácia semelhante à da realização anual nessa periodicidade.

Espera-se que o percentual de exames realizados a cada três anos seja próximo a 100%, uma vez que é

baixo o percentual de mulheres com exames alterados em que a conduta é a repetição semestral ou anual do citopatológico.

Os dados mostram que ainda há elevado percentual de repetição desnecessária de exames citopatológicos (Tabela 5). Excluindo os exames em que a informação do ano do último preventivo é ignorada, todas as UF apresentam mais de 40% dos exames sendo realizados no intervalo de até um ano. Se o exame é realizado predominantemente a cada ano, o alcance da população-alvo é provavelmente menor que o ideal, com as mesmas mulheres repetindo anualmente o citopatológico, enquanto outras continuam sem acesso.

Em 2013, o percentual de exames na periodicidade de três anos variou entre 7% em Santa Catarina e 16% no Mato Grosso do Sul, percentuais bem inferiores ao desejado.

Tabela 5. Periodicidade da realização do exame citopatológico do colo do útero, em mulheres entre 25 e 64 anos, segundo UF de residência. Brasil, 2012-2013

Região	UF de residência	2012					2013				
		Até 1 ano (%)	2 anos (%)	3 anos (%)	≥ 4 anos (%)	N*	Até 1 ano (%)	2 anos (%)	3 anos (%)	≥ 4 anos (%)	N*
Norte	Acre	64	21	7	7	39.793	63	22	9	7	30.936
	Amapá**	45	27	14	14	2.649	NA	NA	NA	NA	48
	Amazonas	52	26	10	12	98.980	53	25	12	10	102.634
	Pará	53	23	10	13	56.606	56	22	10	12	43.563
	Rondônia	55	24	10	10	53.397	60	22	9	8	48.066
	Roraima	63	22	8	7	17.875	59	24	10	7	10.847
	Tocantins	59	24	9	8	40.774	56	24	11	9	29.441
Nordeste	Alagoas	53	30	10	7	38.024	59	19	11	11	18.943
	Bahia	52	32	9	7	389.372	55	26	11	8	267.462
	Ceará	52	27	10	11	246.496	51	27	12	11	167.523
	Maranhão	58	24	9	9	113.034	57	21	13	10	94.576
	Paraíba	66	21	7	7	171.292	65	21	8	6	144.970
	Pernambuco	60	25	8	8	288.853	59	23	10	8	303.205
	Piauí	64	24	6	6	87.379	60	19	15	6	91.554
	Rio Grande do Norte	61	24	8	7	127.390	56	26	10	8	92.774
Sergipe	55	25	10	10	56.539	53	25	11	11	44.445	
Centro-Oeste	Distrito Federal	44	29	13	14	66.252	47	27	13	13	68.957
	Goiás	53	27	11	10	81.745	53	24	13	10	96.440
	Mato Grosso	61	23	8	8	122.945	59	23	10	8	115.795
	Mato Grosso do Sul	58	28	7	7	125.627	57	20	16	6	101.255
Sudeste	Espírito Santo	56	27	9	8	177.561	56	28	10	7	159.206
	Minas Gerais	51	30	10	9	808.871	51	28	11	9	693.067
	Rio de Janeiro	48	29	11	11	240.676	52	27	11	10	132.700
	São Paulo	52	29	10	9	938.421	52	28	11	9	875.478
Sul	Paraná	52	27	10	11	404.791	51	27	11	12	411.889
	Rio Grande do Sul	53	27	10	10	412.483	53	27	10	10	294.970
	Santa Catarina	63	22	7	8	201.621	66	20	7	7	121.102
Brasil		54	27	9	9	5.409.446	54	26	11	9	4.561.823

Fonte: Siscolo. Acesso em 22/04/2014.

N* = número de exames com informação "sim" para a pergunta "fez preventivo anteriormente" excluindo aqueles cujo campo "ano do último preventivo" apresenta informação ignorada ou em branco.

NA - Não avaliado.

** Os percentuais não foram calculados para o Amapá devido ao número pequeno de exames citopatológicos em 2013.

Ao analisar a diferença entre os anos, percebe-se, porém, uma leve redução nos exames realizados em menos de três anos e discreto aumento dos exames realizados a cada três anos, o que pode indicar um maior reconhecimento da importância da adesão às diretrizes.

Destaca-se a situação do Piauí, que apresentou leve aumento na produção do exame citopatológico, redução dos exames realizados fora da faixa etária alvo e aumento significativo dos exames realizados na periodicidade recomendada.

Outro dado que chama atenção são os elevados percentuais de periodicidade classificados como “ignorado/branco” (Figura 1). Pará, Maranhão, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo e Goiás apresentaram mais de 10% dos exames classificados dessa forma, o que evidencia problema na qualidade da informação.

Outro indicador importante a ser analisado é a oferta do exame citopatológico a mulheres que nunca haviam realizado o exame anteriormente. A Tabela 6 apresenta esses percentuais, excluindo os casos sem informação para a variável ano de realização do exame anterior. Em geral, há um decréscimo no percentual de exames em mulheres que nunca o realizaram. A redução nesse percentual deve ser avaliada com cautela pelas UF, pois é esperado que, a cada ano, novas mulheres iniciem

o rastreamento ao entrar na faixa etária alvo. Além disso, a análise da produção em conjunto com a periodicidade sugere que há uma parcela da população que pode não ter acesso ao exame, uma vez que há um elevado percentual de mulheres realizando o exame anualmente.

O monitoramento da produção de exames deve ser uma preocupação dos gestores, a fim de garantir a cobertura adequada do citopatológico, porém é necessário avaliar outros fatores que impactam na incidência e mortalidade por câncer, como a qualidade do exame e seu correto direcionamento em relação à faixa etária e à periodicidade. A realização de exames fora da faixa etária alvo e fora da periodicidade recomendada sobrecarrega os serviços, podendo comprometer o acesso das mulheres que realmente precisam ser rastreadas e encaminhadas para a investigação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras.

A redução observada na produção do exame citopatológico deve ser analisada em cada nível de gestão buscando compreender se é reflexo de uma oferta coerente com as diretrizes nacionais. Esforços precisam também ser direcionados para se avançar para o rastreamento organizado com estratégias para maior adesão ao protocolo e promoção do acesso das mulheres que nunca realizaram o exame.

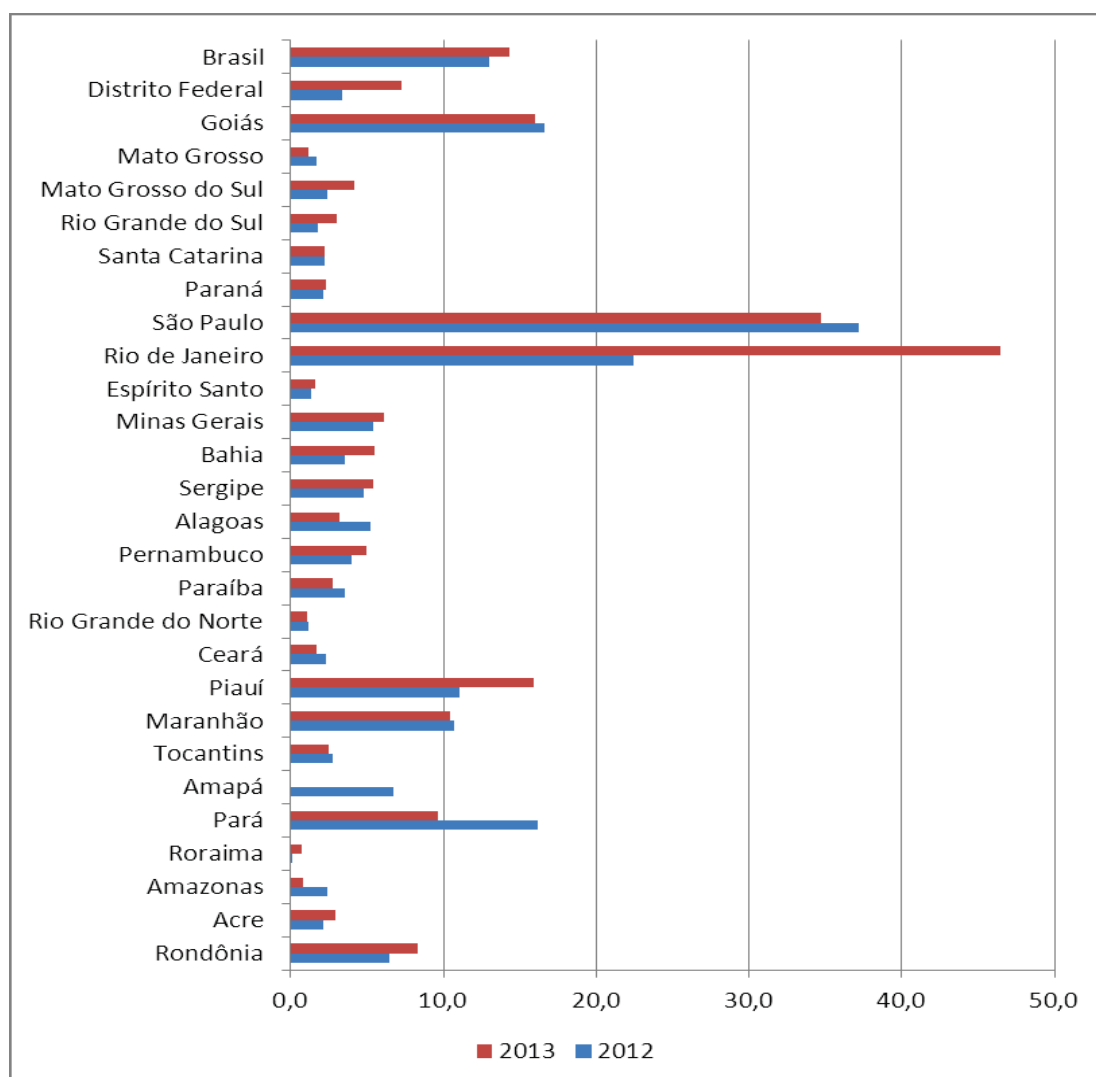


Figura 1. Percentual de informação ignorada em relação ao tempo da realização do último exame citopatológico do colo do útero, em mulheres entre 25 e 64 anos, segundo UF de residência. Brasil, 2012-2013

Tabela 6. Distribuição dos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos que nunca realizaram preventivo, segundo UF de residência, 2012-2013

Região	UF de residência	% Nunca fez preventivo anteriormente		
		2012	2013	Incremento/Redução
Norte	Acre	6,5	6,6	2
	Amapá*	9,2	NA	NA
	Amazonas	10,3	6,3	-39
	Pará	16,8	7,6	-54
	Rondônia	5,2	3,9	-24
	Roraima**	3,7	NA	NA
	Tocantins	32,6	35,7	9
Nordeste	Alagoas	27,1	37,0	36
	Bahia	5,3	4,1	-21
	Ceará	8,8	5,9	-33
	Maranhão	18,9	23,6	24
	Paraíba	6,2	9,8	56
	Pernambuco	9,0	4,4	-50
	Piauí	8,9	5,3	-41
	Rio Grande do Norte	6,1	4,1	-32
	Sergipe	9,2	8,4	-9
Centro-Oeste	Distrito Federal	6,0	9,7	62
	Goiás	18,0	13,0	-27
	Mato Grosso	4,9	4,5	-6
	Mato Grosso do Sul	2,8	2,0	-26
Sudeste	Espírito Santo	4,1	4,6	13
	Minas Gerais	3,6	3,5	-2
	Rio de Janeiro	7,5	3,9	-48
	São Paulo	4,0	4,3	7
Sul	Paraná	3,8	3,3	-13
	Rio Grande do Sul	2,8	2,7	-1
	Santa Catarina	9,9	11,1	12
Brasil		6,3	5,7	-10

Fonte: Siscolo. Acesso em 22/04/2014.

NA - Não avaliado.

*Os percentuais não foram calculados para o Amapá devido ao número pequeno de exames citopatológicos em 2013.

** Os dados de 2013 de Roraima são referentes aos meses de janeiro a agosto, por isso os percentuais não foram calculados.

Expediente:

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

© 2014 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.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações – 4.0 Internacional.

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

Elaboração: Caroline Ribeiro e Danielle Nogueira

Coordenação de elaboração: Maria Beatriz Kneipp Dias

Colaboradores: Monica de Assis, Ronaldo Correa, Maria

Asunción Solé Pla e Itamar Bento Claro

Supervisão Editorial: Letícia Casado. **Edição:** Taís Facina.

Revisão: Maria Helena Rossi Oliveira. **Projeto Gráfico e**

Diagramação: Cecília Pachá.

O monitoramento e a avaliação das ações de saúde são estratégicos para a qualificação do Sistema Único de Saúde.

Divulgue este Informativo!
Pratique e estimule uma cultura de avaliação.