



Informativo

DETECÇÃO PRECOCE

Boletim ano 3, n. 3 agosto/dezembro 2012

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

Apresentação

O Informativo Detecção Precoce, edição especial de 2012, apresenta séries históricas de alguns indicadores relativos ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, para o Brasil e as regiões. São abordados os indicadores do Pacto pela Saúde, assim como outros das ações de detecção precoce desses cânceres.

O panorama apresentado revela que há avanços em algumas áreas, mas que ainda há importantes questões a serem equacionadas no desempenho dos programas. É grande a heterogeneidade do país e as médias nacional e regional ainda não refletem as mudanças positivas identificadas em alguns estados brasileiros. Espera-se que as informações apresentadas contribuam para o balanço crítico das ações e o aprimoramento das estratégias, considerando o cenário nacional de intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

I - Monitoramento de Indicadores 2012

As *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*¹ recomendam, como população-alvo do rastreamento, as mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos, seguindo a tendência internacional de aumento da longevidade.

Em análise histórica das duas faixas etárias, de 25 a 59 anos e de 25 a 64 anos, não se observaram diferenças para os resultados da razão entre exames citopatológicos e mulheres da população-alvo do Brasil e das regiões (Figura 1), o que tornou factível analisar os indicadores de colo a partir da nova faixa etária recomendada.

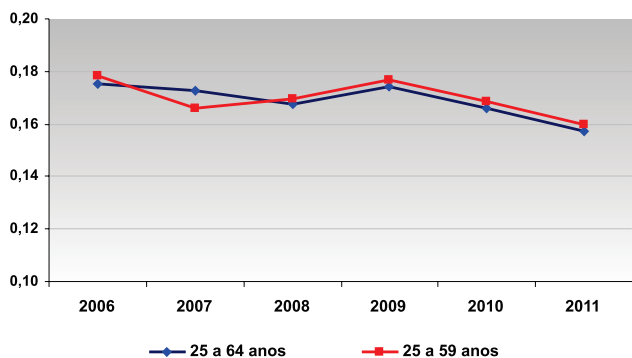


Figura 1. Série histórica das razões entre exames citopatológicos e mulheres das faixas etárias de 25 a 64 anos e de 25 a 59 anos, Brasil, 2006-2011
Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 25/05/2012.

A) Indicadores de acompanhamento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

1. Razão entre os exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64² anos e a população feminina nessa faixa etária, em determinados local e ano

O indicador de razão permite avaliar se a quantidade de exames ofertada para a população-alvo foi suficiente para alcance da meta de cobertura do Programa. Tendo por base a recomendação de repetição do exame citopatológico a cada três anos, a razão anual esperada para esse indicador é 0,3, que pressupõe alcançar 100% das mulheres elegíveis ao final desse período.

O indicador razão de exame citopatológico e população-alvo no Brasil sofreu pequena queda de 2005 para 2011, passando de, aproximadamente, 0,18 para cerca de 0,16. Conforme a Figura 2, de 2008 para 2009, houve crescimento da razão que voltou a cair no ano seguinte. O Nordeste e o Sul tiveram queda nesse indicador, apesar de o Sul ter apresentado uma elevada razão em 2009. O Centro-Oeste teve aumento da razão de 2006 para 2009, voltando a cair em 2010 e 2011. O Sudeste manteve a mesma razão de 2005 em 2011, com poucas variações no período. O Norte teve um crescimento da razão de 2005 para 2011.

Atenção!!!

O indicador razão entre os exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina nessa faixa etária é calculado com base no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo). A produção de exames deve ser notificada nesse sistema, conforme reafirmado pela Portaria n° 2.012, de 23 de agosto de 2011. A comparação com a produção de exames no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) mostra, entretanto, que há subnotificação no Siscolo. A razão calculada com o número de exames informados no SIA mantém-se, em 2011, em torno de 0,18.

¹ Disponível em: www.inca.gov.br/utero (textos de referência)

² Mudança no indicador conforme a nova recomendação de faixa etária para a realização do exame citopatológico/do colo do útero.

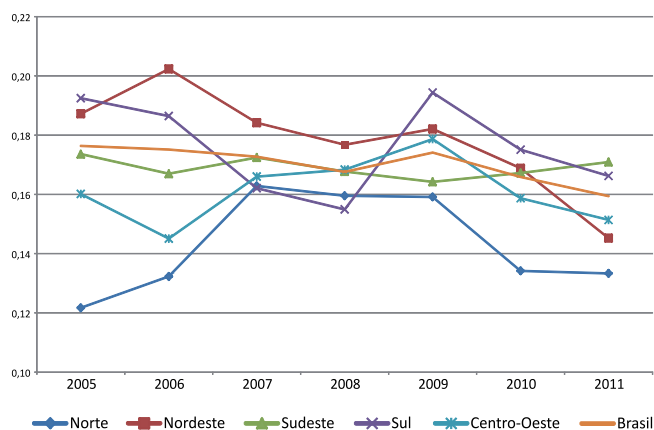


Figura 2. Razão entre os exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina nessa faixa etária, Brasil e regiões, 2005-2011

Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 25/05/2012.

Obs: Em 2007, houve mudança no cálculo da população, o que dificulta a comparação da razão para os anos anteriores.

Ainda se verifica, no país, um *déficit* elevado de exames citopatológicos em mulheres na faixa etária alvo do programa, mesmo levando em consideração a cobertura dada pela saúde suplementar (29,7% das mulheres).

A situação torna-se mais preocupante pelo fato, apresentado a seguir, de que apenas 8% dos exames são, de fato, realizados a cada três anos, enquanto há cerca de 50%

de repetição anual. Com essa prática, algumas mulheres permanecem sem fazer o exame preventivo, enquanto outras o repetem excessivamente.

Cabe lembrar também que a saída do exame citopatológico do colo do útero do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), em 2008, e sua incorporação aos recursos para procedimentos de Média e Alta Complexidades pode ter resultado em redução do financiamento pela não aplicação de recurso nessa ação.

2. Periodicidade do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos

Esse indicador possibilita avaliar se a repetição de exames está sendo realizada conforme a recomendação do programa, a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano.

Como mostra a Tabela 1, em sua maioria, os exames são repetidos em um ano, tanto para o país quanto para as regiões. Em segundo lugar, destaca-se a periodicidade de dois anos. O percentual de exames na periodicidade de três anos foi constante entre as regiões no período analisado, ficando abaixo de 10%. Outro dado que chama a atenção são os elevados percentuais de periodicidade classificados como “ignorado/branco”, o que sugere problema na qualidade da informação. Para o Sudeste, em 2011, o percentual de informação “ignorado/branco” chegou a 25,6%.

Tabela 1. Periodicidade de exames citopatológicos para mulheres de 25 a 64 anos no Brasil e nas regiões, 2007-2011

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Ignorado/Branco	6,5%	4,5%	14,5%	1,8%	7,7%	8,8%
Até 01 ano	53,7%	59,6%	45,6%	54,2%	50,8%	51,7%
2007 2 anos	21,1%	20,3%	23,1%	25,6%	21,5%	22,5%
3 anos	8,5%	7,5%	8,1%	8,3%	9,4%	8,1%
04 anos ou mais	10,2%	8,1%	8,8%	10,1%	10,6%	9,0%
Ignorado/Branco	5,1%	3,3%	15,5%	1,5%	10,1%	9,1%
Até 01 ano	54,1%	61,8%	45,6%	56,5%	52,0%	52,6%
2008 2 anos	21,2%	20,5%	22,7%	24,2%	20,9%	22,1%
3 anos	9,9%	7,2%	8,1%	8,7%	8,0%	8,1%
04 anos ou mais	9,7%	7,1%	8,1%	9,1%	9,0%	8,1%
Ignorado/Branco	5,0%	3,5%	13,6%	1,9%	5,8%	7,7%
Até 01 ano	53,9%	59,6%	45,5%	54,5%	53,3%	52,0%
2009 2 anos	21,7%	22,3%	24,1%	25,3%	22,3%	23,6%
3 anos	9,9%	7,4%	8,5%	8,6%	8,8%	8,3%
04 anos ou mais	9,5%	7,2%	8,3%	9,7%	9,7%	8,4%
Ignorado/Branco	5,3%	4,0%	20,4%	1,5%	5,9%	10,9%
Até 01 ano	54,0%	58,2%	41,3%	55,1%	54,1%	49,8%
2010 2 anos	21,9%	22,8%	22,5%	25,2%	22,0%	23,0%
3 anos	9,0%	7,8%	7,8%	8,6%	8,6%	8,0%
04 anos ou mais	9,9%	7,3%	7,9%	9,6%	9,3%	8,2%
Ignorado/Branco	4,4%	3,7%	25,6%	2,0%	3,2%	13,5%
Até 01 ano	54,0%	57,2%	38,6%	53,2%	54,2%	47,5%
2011 2 anos	22,6%	22,9%	21,4%	26,1%	23,9%	22,8%
3 anos	8,7%	8,5%	7,3%	8,8%	8,9%	8,0%
04 anos ou mais	10,4%	7,6%	7,2%	9,9%	9,7%	8,1%

Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 27/08/2012.

Constata-se que a recomendação de periodicidade não tem sido adotada, embora seja a mesma desde 1988. Cabe destacar que repetição anual de exame citopatológico não aumenta significativamente o efeito protetor do rastreamento.

3. Distribuição proporcional de exames citopatológicos por faixa etária

O grupo de mulheres de 25 a 64 anos é o de maior risco para lesão de alto grau sendo, por isso, a população-alvo do rastreamento. Esse indicador permite avaliar o direcionamento da oferta de exames para esse grupo.

Ao longo dos anos, as maiores proporções de exames têm sido realizadas na faixa etária alvo do Programa, com aumento desses percentuais de 2007 até 2011. O maior percentual de exames realizados em mulheres de 25 a 64 anos foi registrado no Sul, em 2011, e o menor, no Sudeste em 2007. É importante destacar que há um percentual considerável de exames em mulheres com menos de 25 anos. O percentual de exames para mulheres de 65 anos ou mais foi maior para as regiões Sul e Sudeste (Tabela 2).

Os exames realizados nas faixas etárias inferiores a 25 anos e naquelas com 65 anos ou mais apresentam baixo impacto no controle das lesões de alto grau. Abaixo dos 25 anos, a incidência do câncer do colo do útero é menor e o rastreamento é menos eficaz. Para as mulheres de 65 anos ou mais, não há evidência de que o rastreamento seja efetivo.

4. Percentual de amostras insatisfatórias

O percentual de amostras insatisfatórias traz informação sobre quantas amostras foram consideradas inadequadas ou insuficientes para o diagnóstico. Esse é um problema diretamente relacionado à coleta inadequada do material, ou, com menor frequência, a questões anatomofisiológicas da própria mulher.

Apesar de o padrão mínimo de qualidade estabelecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) fixar em até 5% o limite para exames citopatológicos insatisfatórios, a meta para esse indicador deve tender a zero para garantir a efetividade da ação de rastreamento. Além disso, é importante frisar que uma amostra insatisfatória implica a repetição do exame, gerando gastos desnecessários ao sistema e dificultando a adesão das mulheres ao programa.

O percentual de amostras insatisfatórias para o Brasil ficou em torno de 1% para todos os anos analisados. Os maiores percentuais são encontrados nas regiões Nordeste e Norte, nessa ordem, havendo aumento desse percentual para a primeira e queda para a segunda, no intervalo considerado. O Centro-Oeste e o Sudeste também tiveram queda no percentual de amostras insatisfatórias, ficando abaixo de 1% em 2011. O Sul, região com menor percentual de amostras insatisfatórias (em torno de 0,5%), permaneceu estável ao longo dos anos (Figura 3).

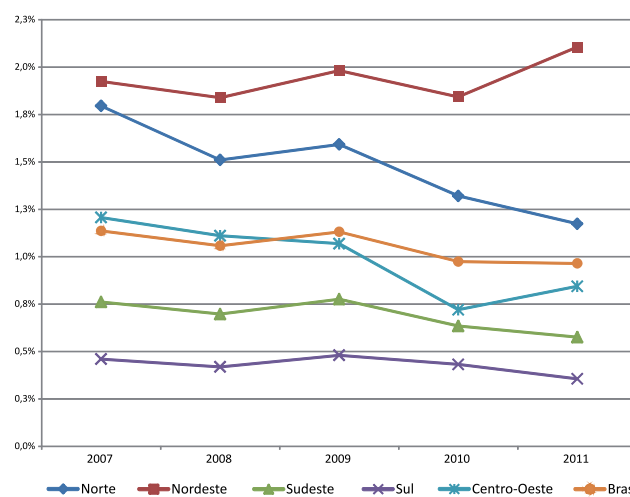


Figura 3. Percentual de amostras insatisfatórias, Brasil e regiões, 2007-2011
Fonte: DATASUS/Siscoco. Acesso em 27/08/2012.

Tabela 2. Distribuição proporcional de exames citopatológicos por faixa etária para o Brasil e as regiões, 2007-2011

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
< 25 anos	21,4%	21,3%	16,4%	17,3%	20,2%	18,5%
2007 25-64 anos	74,9%	74,4%	71,9%	76,2%	76,1%	73,7%
> 64 anos	3,8%	4,4%	11,6%	6,5%	3,7%	7,9%
< 25 anos	20,8%	20,7%	17,9%	17,2%	19,8%	18,9%
2008 25-64 anos	76,1%	75,4%	77,0%	78,0%	76,5%	76,6%
> 64 anos	3,0%	3,9%	5,2%	4,7%	3,7%	4,5%
< 25 anos	20,5%	20,0%	17,3%	16,9%	19,3%	18,3%
2009 25-64 anos	76,3%	75,9%	77,3%	78,1%	76,8%	77,0%
> 64 anos	3,1%	4,1%	5,4%	5,0%	3,9%	4,7%
< 25 anos	19,9%	19,2%	16,7%	16,2%	18,7%	17,6%
2010 25-64 anos	77,0%	76,6%	77,7%	78,4%	77,2%	77,5%
> 64 anos	3,1%	4,2%	5,6%	5,4%	4,1%	4,9%
< 25 anos	19,2%	18,4%	16,2%	15,7%	17,8%	16,9%
2011 25-64 anos	77,6%	77,2%	78,1%	78,6%	77,9%	77,9%
> 64 anos	3,2%	4,4%	5,7%	5,7%	4,3%	5,2%

Fonte: DATASUS/Siscoco. Acesso em 27/08/2012.

A análise positiva desse indicador por região mascara os problemas encontrados quando a unidade é o município. Por isso, recomenda-se que os gestores analisem o percentual de municípios com amostras insatisfatórias igual ou superior a 5% em sua localidade.

O Painel de Indicadores do Câncer do Colo do Útero, disponível em www.inca.gov.br/utero, traz informação sobre o percentual de amostras insatisfatórias desagregada para estados e municípios.

5. Percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%

Esse indicador mostra, para cada Estado, a proporção de municípios que apresentam problemas na qualidade do material para o exame citopatológico do colo do útero. O percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% aponta a necessidade de investir na qualificação profissional local. Dessa forma, é possível ao gestor identificar onde se concentra o problema e realizar ações pontuais para a melhora da qualidade do exame de Papanicolaou.

Conforme a Figura 4, houve diminuição do percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, de 2002 para 2011, em todo o país, principalmente no Norte e no

Centro-Oeste, nos quais tal indicador diminuiu visivelmente. O Sul também merece destaque, pois a série histórica evidencia poucos municípios com amostras insatisfatórias acima de 5% desde 2002. Por outro lado, a Bahia e, mais destacadamente, Pernambuco, permaneceram até 2011 com muitos municípios apresentando alto percentual de amostras insatisfatórias.

6. Índice de positividade

O índice de positividade expressa a prevalência de alterações celulares nos exames citopatológicos e a sensibilidade do prestador de serviço para detectar lesões na população examinada.

Em países onde o rastreamento foi bem sucedido na diminuição das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, como Estados Unidos³, Noruega⁴ e Reino Unido⁵, o percentual de positividade foi 6,8%, 4,9% e 6,4%, respectivamente.

A seguir, estabeleceu-se a seguinte categorização do percentual de positividade:

- Muito baixo: abaixo de 2%
- Baixo: entre 2% e 2,9%
- Esperado: entre 3% e 10%
- Acima do esperado: acima de 10%. Nessa situação, deve-se considerar que tais prestadores podem atender serviços de referência secundária em patologia do colo do útero.

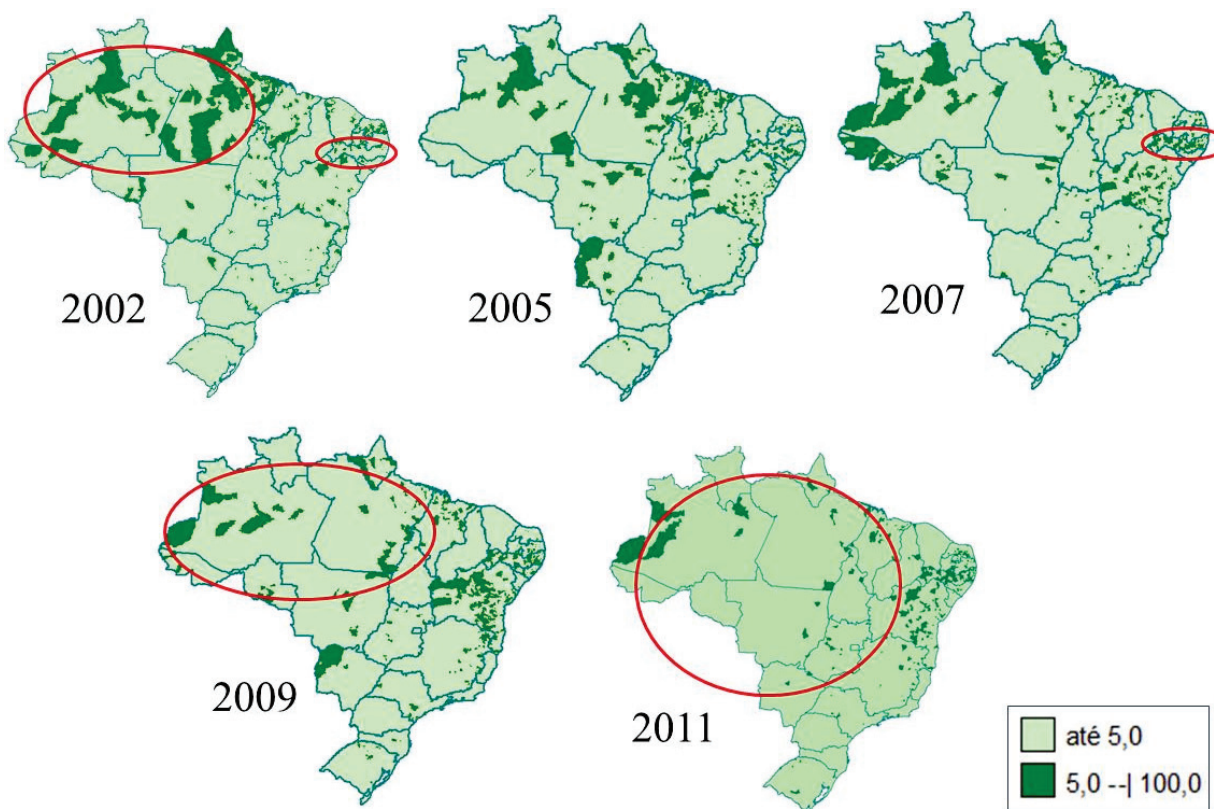


Figura 4. Mapas de percentual de municípios com amostras insatisfatórias acima de 5%, Brasil, 2002-2011
Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 27/08/2012.

³ Davey DD, Neal MH, Wilbur DC, Colgan TJ, Styer PE, Mody DR. Bethesda 2001 implementation and reporting rates: 2003 practices of participants in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison Program in Cervicovaginal Cytology. Arch Pathol Lab Med. 2004;128(11):1224-9.

⁴ Nygård JF, Skare GB, Thoresen SØ. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap Smear coverage and incidence of cervical cancer. J Med Screen. 2002; 9:86-91.

⁵ NHS Cervical Screening Programme Statistical Bulletin (England 2010-11). [Internet] [citado 2011 dez 02]. Disponível em: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/statistics.html>.

O índice de positividade para o Brasil ficou acima de 2,5% nos cinco anos estudados, sendo considerado baixo. O Sul e o Nordeste também tiveram positivities baixas, ficando com índices próximos de 2%. O Centro-Oeste e o Sudeste tiveram positividade acima de 3% (esperada). O Norte, em 2007, apresentava positividade maior do que 3%, mas sofreu queda até 2010 só voltando a crescer em 2011, quando o índice de positividade ficou em torno de 2,5%, também considerado baixo (Figura 5).

As informações do Siscolo e do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama) são constantemente atualizadas, o que pode alterar os dados encontrados no TabNet do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Por isso, deve-se sempre verificar a situação das bases enviadas e atentar para a data de coleta e atualização dos dados.

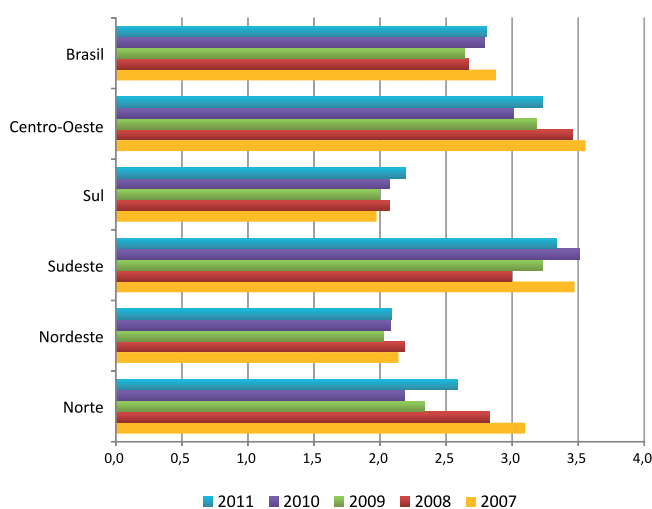


Figura 5. Índice de Positividade, Brasil e regiões, 2007-2011
Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 27/08/2012.

A baixa positividade pode indicar que alterações suspeitas não estão sendo identificadas pelo laboratório, o que acarreta exames falsos-negativos. Quando o índice de positividade é muito baixo, é necessário avaliar e intensificar o monitoramento interno da qualidade do laboratório. A análise por prestador de serviço pode revelar os laboratórios que necessitam de alguma intervenção por parte das coordenações estaduais e municipais de detecção precoce do câncer.

A forma de cálculo desse indicador está descrita no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, disponível em www.inca.gov.br/utero (textos de referência).

7. Percentual de seguimento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau do colo do útero (HSIL⁶)

A informação de seguimento para os casos de lesão de alto grau permite avaliar se as mulheres diagnosticadas estão tendo adequado acompanhamento assistencial. Para

tanto, é importante o preenchimento apropriado da ficha do Siscolo e a inclusão correta das informações no sistema.

A série histórica para os estados e o Distrito Federal mostra que, em alguns locais, houve melhoria do percentual de seguimento informado (em verde), enquanto, em outros, ocorreu diminuição (em vermelho). O Amapá permanece, desde 2005, sem nenhuma informação sobre seguimento, e Alagoas apresenta informação residual. Proporção elevada de informação sobre seguimento é observada no Acre, com mais de 80%; em Tocantins, que chegou a 97% em 2011; e em Roraima, que atualmente tem 100%. Para o Brasil, o percentual de seguimento informado diminuiu ao longo do tempo, de 2005 para 2011, chegando a 25,5% (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual de seguimento informado das lesões de alto grau do colo do útero, segundo o ano de diagnóstico, Brasil, 2007- 2011

UF	2007	2008	2009	2010	2011
Acre	81,4%	88,9%	93,9%	83,6%	83,6%
Alagoas	0,0%	2,7%	3,5%	1,7%	1,7%
Amapá	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Amazonas	82,2%	78,4%	70,2%	71,9%	71,4%
Bahia	26,6%	21,3%	15,6%	8,3%	6,9%
Ceará	47,3%	83,1%	56,0%	62,2%	61,9%
Distrito Federal	59,9%	41,7%	27,6%	63,2%	56,4%
Espírito Santo	70,5%	66,8%	67,0%	51,1%	48,3%
Goiás	5,0%	4,9%	25,7%	22,5%	21,3%
Maranhão	35,9%	40,2%	31,5%	23,3%	22,9%
Mato Grosso	31,8%	34,0%	77,7%	70,9%	21,4%
Mato Grosso do Sul	19,1%	71,8%	32,5%	30,5%	68,9%
Minas Gerais	40,6%	52,4%	56,9%	51,2%	48,7%
Pará	12,3%	15,0%	13,7%	10,3%	10,4%
Paraíba	40,4%	35,5%	36,3%	13,5%	11,6%
Paraná	77,8%	68,9%	65,4%	60,5%	60,5%
Pernambuco	48,1%	38,4%	27,4%	14,1%	12,7%
Piauí	29,1%	9,4%	8,0%	7,9%	1,6%
Rio de Janeiro	40,4%	40,5%	31,7%	19,2%	18,8%
Rio Grande do Norte	17,2%	16,7%	19,0%	8,1%	6,0%
Rio Grande do Sul	19,6%	14,0%	15,0%	11,4%	9,7%
Rondônia	76,0%	63,8%	56,6%	43,8%	40,5%
Roraima	54,5%	67,0%	90,2%	100,0%	100,0%
Santa Catarina	27,0%	22,8%	37,8%	33,4%	33,4%
São Paulo	21,5%	22,9%	18,7%	15,8%	15,5%
Sergipe	43,4%	43,4%	33,2%	21,2%	21,2%
Tocantins	85,5%	82,2%	96,4%	97,0%	97,0%
Brasil	33,5%	33,6%	32,1%	26,6%	25,5%

Fonte: DATASUS/Siscolo. Acesso em 27/08/2012.

⁶ HSIL: abreviação de lesão intraepitelial escamosa de alto grau, do inglês *High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*.

Entretanto, cabe lembrar que o percentual de seguimento informado pode melhorar ao longo do tempo, pois o acompanhamento das mulheres diagnosticadas em anos anteriores é contínuo, e a informação deve ser constantemente registrada. No Brasil, por exemplo, para o ano de 2007, os dados coletados em agosto de 2009 mostravam que o percentual de seguimento informado era de 13,5%. Em agosto de 2012, como mostra a Tabela 3, esse indicador alcançou 33,5%.

A informação sobre o seguimento tem como objetivo maior monitorar o real encaminhamento das mulheres diagnosticadas em anos anteriores. Portanto, além de informar sobre seguimento, é necessário analisar qualitativamente os dados para avaliar a adequação do fluxo, o tempo entre os procedimentos e o desfecho do acompanhamento das mulheres.

A pequena utilização da ferramenta “seguimento” no nível gerencial deve ser debatida pelas coordenações estaduais e municipais. Quais são as dificuldades encontradas? Como é possível superá-las? Quais foram as estratégias adotadas pelos Estados que melhoraram a informação de seguimento? É necessário aprofundar esse debate a fim de encontrar alternativas para a melhoria substantiva desse indicador.

B) Indicadores de acompanhamento do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

O Sismama é um subsistema SIA, do SUS, para monitoramento das ações de detecção precoce do câncer de mama (Portaria SAS nº 779, dezembro de 2008). Apesar de ter sido implantado nacionalmente em junho de 2009, os procedimentos de mamografia, citopatologia e histopatologia de mama só passaram a ser faturados exclusivamente pelo Sismama em setembro de 2009. Isso ocorreu para que houvesse um período de adaptação na transição do sistema e uma melhoria da qualidade das informações. Por isso, optou-se por fazer as análises que se seguem a partir de 2010.

1. Razão entre as mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária, em determinados local e ano

Sem fazer diferenciação entre a indicação clínica da mamografia (diagnóstica ou de rastreamento), esse indicador considera o número total de mamografias produzidas em certa localidade para a população feminina de 50 a 69 anos.

Conforme a Figura 6, no Brasil e nas regiões, observa-se crescimento desse indicador, com exceção do Sul, que teve redução de 5%. O Sudeste apresentou maior crescimento (27% de aumento), chegando a 0,13 em 2011. O Norte, apesar do aumento da razão de mamografias (20% de aumento), permanece como a região de menor razão, abaixo de 0,05. O Centro-Oeste, com incremento de 26% na meta, e o Nordeste apresentam resultados semelhantes para esse indicador.

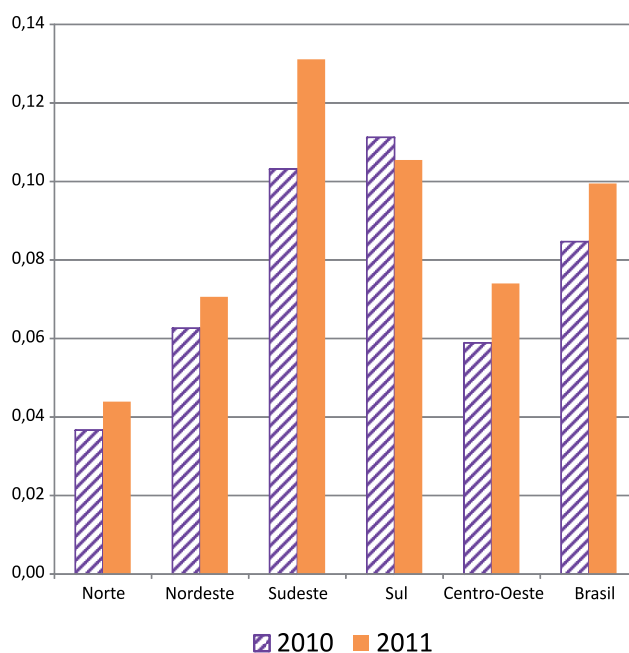


Figura 6. Razão entre as mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nessa faixa etária, Brasil e regiões, 2010-2011
Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

2. Percentual de mamografia segundo indicação para mulheres de 50 a 69 anos

A maior parte dos exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, tanto para 2010 quanto para 2011, teve a indicação clínica de rastreamento (Tabela 4). Com exceção do Centro-Oeste, para as demais regiões houve aumento desse percentual de 2010 para 2011, assim como para o Brasil. O Sul se destaca com o maior percentual de mamografias de rastreamento entre as regiões do país. Por outro lado, o Norte apresentou os maiores percentuais de mamografias diagnósticas e, em 2010, esse índice chegou a quase 7% dos exames, embora tenha ocorrido redução em 2011.

Tabela 4. Indicação clínica de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos, Brasil e regiões, 2010-2011

Região	2010		2011	
	diagnóstica	rastreamento	diagnóstica	rastreamento
Norte	6,8%	93,2%	4,2%	95,8%
Nordeste	4,1%	95,9%	3,0%	97,0%
Sudeste	4,7%	95,3%	3,2%	96,8%
Sul	1,7%	98,3%	1,4%	98,6%
Centro-Oeste	2,4%	97,6%	3,9%	96,1%
Brasil	3,9%	96,1%	2,9%	97,1%

Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

3. Distribuição proporcional de mamografia de rastreamento por faixa etária

A recomendação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama é a realização da mamografia de

rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, e do exame clínico das mamas a cada ano. A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são as rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo.

Para a análise, consideraram-se apenas as mamografias de rastreamento, já que as diagnósticas devem ser realizadas sempre que as pessoas apresentem sinais e/ou sintomas da doença, independente da idade.

A Tabela 5 mostra que cerca de 50% das mamografias de rastreamento são realizadas em mulheres da faixa etária do Programa. Contudo, é elevado o percentual de exames em mulheres de 40 a 49 anos, sendo que, no Norte, nos dois anos, e no Nordeste, em 2011, essa proporção é bem próxima da encontrada para mulheres da faixa etária alvo.

É necessário reforçar que, para mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico das mamas, anualmente, e a mamografia diagnóstica em caso de alteração nesse exame. Segundo a OMS, o rastreamento mamográfico nesse grupo tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade. Uma das razões é a menor sensibilidade da mamografia em mulheres na pré-menopausa, devido à maior densidade mamária. Ressalta-se também que, nessa faixa etária, é maior o número de resultados falsos-positivo, o que resulta em excesso de exames diagnósticos e ansiedade para a mulher.

A alta proporção de mamografia de rastreamento em mulheres mais jovens tem sido fruto da controvérsia nas recomendações das sociedades médicas e do Ministério da Saúde. Atualmente, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) estabeleceu um Comitê de Especialistas, com a participação dessas sociedades, na busca de atualização e alinhamento das diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama.

4. Periodicidade da mamografia de rastreamento para mulheres de 50 a 69 anos

Do total de mamografias de rastreamento realizadas em 2010 e 2011, respectivamente 29% e 30% dos exames tinham informação de realização de mamografias anteriores.

Para Brasil e regiões, em 2010 e 2011, o maior percentual de repetição de mamografias foi no intervalo de um ano, com destaque para o Sudeste, em 2010, e o Sul, em 2011. Em segundo lugar, aparece o intervalo de dois anos. Os menores percentuais de repetição ocorrem em um intervalo de três anos, com exceção do Sudeste em 2011 (Tabela 6).

A repetição anual das mamografias e a concentração de exames em faixas etárias diferentes da população-alvo ratificam que as recomendações do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama não estão sendo devidamente adotadas pelos profissionais de saúde.

Tabela 5. Distribuição proporcional de mamografia de rastreamento por faixa etária, Brasil e regiões, 2010-2011

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	
2010	< 40 anos	6,4%	6,6%	6,0%	7,1%	6,2%	6,4%
	40 a 49 anos	42,4%	40,4%	36,0%	36,0%	40,5%	37,1%
	50 a 69 anos	46,7%	47,6%	51,6%	51,4%	48,7%	50,6%
	> 69 anos	4,6%	5,4%	6,4%	5,4%	4,6%	5,9%
2011	< 40 anos	5,9%	5,7%	5,5%	6,5%	5,3%	5,7%
	40 a 49 anos	42,5%	39,4%	35,5%	35,5%	38,4%	36,5%
	50 a 69 anos	47,3%	49,2%	52,5%	52,3%	51,7%	51,7%
	> 69 anos	4,3%	5,7%	6,5%	5,7%	4,6%	6,1%

Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

Tabela 6. Periodicidade da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, Brasil e regiões, 2010-2011

Grande Região	2010				2011			
	1 ano	2 ano	3 ano	4 anos ou mais	1 ano	2 ano	3 ano	4 anos ou mais
Norte	43,0%	30,5%	11,0%	15,6%	42,4%	29,6%	12,5%	15,5%
Nordeste	41,5%	34,0%	11,3%	13,3%	40,8%	32,7%	12,8%	13,7%
Sudeste	48,4%	31,4%	9,9%	10,3%	45,2%	33,8%	11,2%	9,8%
Sul	46,1%	29,4%	10,8%	13,7%	47,0%	30,8%	10,5%	11,7%
Centro-Oeste	45,9%	30,5%	10,5%	13,1%	42,7%	32,2%	11,5%	13,6%
Brasil	46,6%	31,3%	10,4%	11,7%	44,7%	33,0%	11,4%	11,0%

Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

5. Tempo entre a realização e o resultado da mamografia

Esse indicador mede o conjunto de etapas compreendidas entre o momento de solicitação do exame de mamografia pela unidade de saúde e a liberação do laudo, expressando o tempo, em média, que a mulher espera para ter seu resultado.

A Tabela 7 evidencia que, para o Brasil e as regiões, o maior percentual de resultados dos exames de mamografia ocorre no intervalo de até 30 dias, tanto para as mamografias diagnósticas quanto para as de rastreamento. Entretanto, em relação às últimas, o Norte, em 2011, e o Sudeste e o Centro-Oeste, em 2010 e 2011, tiveram mais exames concentrados no tempo acima de 60 dias do que no intervalo de 31 a 60 dias. Nas mamografias diagnósticas, o Sudeste e o Centro-Oeste, em 2010, e todas as regiões em 2011, com exceção do Nordeste, tiveram mais concentração de exames no intervalo de mais de 60 dias em relação ao intervalo de 31 a 60 dias. Para o Brasil, em 2011, 58,6% das mamografias diagnósticas foram liberadas em até 30 dias, percentual equivalente ao encontrado na mamografia de rastreamento.

As mamografias diagnósticas estão relacionadas ao diagnóstico precoce, sendo realizadas em pessoas com sinais e/ou sintomas da doença. Por isso, espera-se que o tempo para o seu resultado seja inferior ao tempo para o da mamografia de rastreamento. Ademais, a análise dessa informação, bem como dos resultados do indicador a seguir (distribuição de categorias *Breast Imaging Reporting and Data System – BI-RADS®*), corrobora a necessidade de prestadores de serviço e gestores organizarem o fluxo de liberação dos laudos de mamografia de acordo com a indicação clínica, priorizando a investigação diagnóstica das mulheres com sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama.

6. Distribuição de categoria BI-RADS® para mamografias de rastreamento e diagnóstica em mulheres de 50 a 69 anos

O laudo mamográfico gerado no Sismama baseia-se na categorização do BI-RADS®, publicação do Colégio

Americano de Radiologia, traduzida pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Esse sistema padroniza o laudo mamográfico e sugere as condutas clínicas.

A Tabela 8 mostra as categorias BI-RADS® no laudo mamográfico e as recomendações de conduta que devem ser seguidas de acordo com cada resultado.

Tabela 8. Categoria BI-RADS® no laudo mamográfico e recomendações de conduta

Categoria BI-RADS®	Interpretação	Risco de câncer	Recomendação
0	Inconclusivo	-	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores
1	Sem achados	0,05%	Rotina de rastreamento
2	Achados benignos	0,05%	Rotina de rastreamento
3	Achados provavelmente benignos	Até 2%	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biópsia)
4 (A, B, C)	Achados suspeitos de malignidade	> 20%	Biópsia
5	Achados altamente sugestivos de malignidade	> 75%	Biópsia
6	Biópsia prévia com malignidade comprovada	100%	-

Fonte: Sismama: Informação para o avanço das ações de controle do câncer de mama no Brasil, INCA, 2010.

Tabela 7. Tempo entre a realização da mamografia e o seu resultado, Brasil e regiões, 2010-2011

	Mamografia Rastreamento			Mamografia Diagnóstico			
	0 - 30 dias	31 - 60 dias	> 60 dias	0 - 30 dias	31 - 60 dias	> 60 dias	
2010	Norte	73,1%	15,9%	11,1%	66,8%	19,3%	13,8%
	Nordeste	76,5%	13,4%	10,0%	73,1%	16,4%	10,5%
	Sudeste	55,2%	21,2%	23,6%	61,3%	18,5%	20,3%
	Sul	71,0%	16,5%	12,5%	64,1%	21,0%	14,8%
	Centro-Oeste	61,1%	17,7%	21,2%	63,3%	16,1%	20,6%
	Brasil	63,2%	18,5%	18,3%	64,2%	18,3%	17,5%
2011	Norte	68,5%	14,0%	17,5%	55,6%	17,5%	26,9%
	Nordeste	72,7%	16,6%	10,7%	75,5%	13,6%	10,9%
	Sudeste	53,3%	23,1%	23,6%	54,4%	16,1%	29,5%
	Sul	69,8%	17,2%	13,0%	62,4%	17,7%	20,0%
	Centro-Oeste	63,6%	17,1%	19,3%	42,7%	12,7%	44,6%
	Brasil	60,3%	20,5%	19,2%	58,6%	15,6%	25,8%

Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

A análise da distribuição BI-RADS® evidencia que há maior concentração de exames nas categorias 1 e 2 (sem achados e achados benignos, respectivamente), tanto para mamografias de rastreamento como para as mamografias diagnósticas. Os percentuais de categorias 1 e 2, juntos, tendem a ser maiores para as mamografias de rastreamento do que para as diagnósticas, o que é esperado dada a situação clínica do exame diagnóstico. Em algumas situações, o percentual de exames para a categoria 1 é maior para mamografias diagnósticas. Isso pode ocorrer

quando a mulher tem um achado clínico não visualizado na mamografia - talvez por problemas relacionados à imagem, ou por falhas no sistema de informação, quando os dados são registrados (Tabela 9).

A soma dos percentuais das categorias 4 e 5 é maior para as mamografias diagnósticas, condizente com o esperado. A categoria 3 é maior nas diagnósticas, em razão da existência de sinais e sintomas clínicos nas mulheres que tiveram esse tipo de requisição. O esperado para a categoria 0 (inconclusivo), segundo a literatura, é em torno de 10%.

Tabela 9. Distribuição de categoria BI-RADS® para mamografias de rastreamento e diagnóstica em mulheres de 50 a 69 anos, Brasil e regiões, 2010-2011

	Rastreamento Categoria Bi-Radis						Diagnóstica Categoria Bi-Radis							
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	
2010	Norte	9,6%	41,2%	45,6%	2,3%	1,1%	0,2%	8,5%	61,8%	21,6%	5,2%	1,8%	0,3%	0,7%
	Nordeste	12,1%	47,0%	37,6%	1,9%	1,1%	0,2%	17,0%	51,7%	20,2%	6,5%	3,6%	0,5%	0,6%
	Sudeste	11,4%	34,9%	49,1%	3,1%	1,2%	0,2%	10,3%	24,8%	46,0%	10,8%	4,9%	0,7%	2,5%
	Sul	8,6%	39,2%	48,0%	2,5%	1,5%	0,2%	10,7%	27,4%	42,4%	10,8%	5,7%	0,8%	2,1%
	Centro-Oeste	11,6%	39,8%	43,7%	3,2%	1,5%	0,2%	11,0%	40,8%	33,5%	6,3%	4,9%	0,7%	2,8%
	Brasil	10,9%	38,3%	46,6%	2,8%	1,3%	0,2%	11,5%	31,8%	39,6%	9,7%	4,6%	0,6%	2,0%
2011	Norte	8,9%	45,8%	41,6%	2,4%	1,1%	0,2%	11,4%	61,1%	19,6%	4,1%	2,7%	0,5%	0,7%
	Nordeste	12,1%	46,8%	37,9%	1,9%	1,1%	0,2%	15,0%	43,8%	27,0%	8,9%	3,8%	0,6%	0,9%
	Sudeste	10,6%	32,8%	52,4%	2,9%	1,1%	0,1%	7,3%	21,1%	45,2%	16,3%	6,2%	1,1%	2,7%
	Sul	8,8%	40,5%	47,1%	2,4%	1,1%	0,1%	11,9%	23,3%	49,7%	9,9%	3,9%	0,7%	0,6%
	Centro-Oeste	12,6%	38,8%	43,9%	3,2%	1,4%	0,2%	15,2%	39,5%	27,9%	12,1%	3,1%	1,1%	1,2%
	Brasil	10,6%	37,0%	48,5%	2,6%	1,1%	0,1%	9,6%	27,7%	40,6%	13,9%	5,3%	0,9%	2,1%

Fonte: DATASUS/Sismama. Acesso em 27/08/2012.

II - Considerações finais

Os indicadores analisados corroboram a necessidade de fortalecer a gestão local dos programas de controle dos cânceres de mama e do colo do útero, bem como de se investir na qualidade dos serviços, na capacitação profissional e em estratégias de mobilização social.

A necessidade de maior adesão dos profissionais às recomendações técnicas chama a atenção e deve ser enfrentada por meio do contínuo trabalho de informação e pela busca de alinhamento do discurso e das práticas em prol da maior efetividade das ações.

Nessa linha, deve ser mantido o esforço para garantir a integridade quantitativa e qualitativa dos dados do Siscolo

e do Sismama. Mesmo com o advento em breve do Siscan – versão *web* que, além de outras mudanças positivas, unificará os dois sistemas e corrigirá o problema da diferença no número de exames em relação à produção informada no SIA – permanecerá oportuna a atualização contínua dos dados tanto para efeito de análises temporais quanto para o seguimento da mulher.

Muito ainda há de ser feito para se chegar ao patamar desejado de oferta e qualidade das ações de detecção precoce dos cânceres de mama e do colo do útero no Brasil. Espera-se que os dados apresentados contribuam para esse reconhecimento e que motivem, em todos os níveis, a busca permanente das condições necessárias para o adequado desempenho das ações de controle dessas neoplasias.

Expediente:

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

© 2012 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, Mônica de Assis, Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp, Jeane Glauca Tomazelli e Maria Asunción Solé Pla.

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

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

APOIO



Ministério da
Saúde

